

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Ústav pedagogiky a sociálních studií**



**Disertační práce**

Mgr. Petra Kaduchová

**EDUKAČNÍ STRATEGIE SESTER ZAMĚŘENÉ  
NA PACIENTY V SENIORSKÉM VĚKU**

Olomouc 2020

Školitelka: doc. PhDr. Iveta Bednaříková, Ph.D.

Disertační práce je duševním vlastnictvím Mgr. Petry Kaduchové a podléhá právní ochraně podle § 2 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem disertační práci s názvem *Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku* vypracovala samostatně pod odborným vedením školitelky doc. PhDr. Ivety Bednaříkové, Ph.D. a čerpala jsem pouze ze zdrojů uvedených v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 31. 8. 2020

.....  
Podpis autorky disertační práce

## **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Ivetě Bednařikové, Ph.D. za její podněty, připomínky a cenné rady, které mi jako školitelka poskytovala při zpracovávání disertační práce, a za všechny čas, který mi ochotně věnovala.

Taktéž děkuji hlavní sestře Fakultní nemocnice Olomouc a zvláště pak sestřím začleněným do projektu s názvem *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*, které mi umožnily uskutečnit výzkumné šetření přímo na místě v jejich zařízení, za jejich vstřícnost, ochotu, čas a spolupráci.

## **Abstrakt**

Disertační práce řeší problematiku vztahující se jak k oboru pedagogika (se zaměřením na edukaci seniorů), tak i k teorii a praxi ošetrovatelství.

Disertační práce je zaměřena na zjištění úrovně znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku, včetně zjištění, jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality klinické praxe. Jejím východiskem bylo zkoumání edukačních strategií sester zaměřené na pacienty v seniorském věku a jejich promítání do reality klinické praxe. Objektem výzkumu byly edukační sestry poskytující tzv. specializovanou a úzce specializovanou edukaci. Výzkumný vzorek byl záměrný, tvořily ho sestry, které jsou začleněné do projektu s názvem *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*. Paralelním cílem disertační práce, orientovaným na pedagogickou praxi, bylo vypracovat návrh doporučení pro praxi a doporučení k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

Svým zaměřením téma disertační práce reflektuje současné aktuální potřeby gerontagogiky (geragogiky). Z hlediska potřeby zkvalitnění kompetencí sester a jejich edukačních intervencí při práci s pacienty v seniorském věku považujeme téma disertační práce za velmi žádoucí. Práce může být inspirací pro osoby, které rozhodují o působení a vzdělávání samotných sester pro edukci pacientů - seniorů, či samotní realizátoři vzdělávacích aktivit pro sestry v edukaci pacientů - seniorů; ale hlavně ti, kteří realizují, či nějakým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy v ošetrovatelské praxi.

## **Klíčová slova**

Edukace, edukační proces, edukační sestra, edukační strategie, dovednosti sester, klíčové kompetence, postoje sester, specifika edukace seniorů, zdravotní gramotnost, znalosti sester

## **Summary**

This dissertation thesis deals with the issue related both to the field of pedagogy (aimed at education of elderly patients) and to the nursing theory and practice. The thesis is focused on finding out the level of knowledge, skills and attitudes of nurses-educators while working with elderly patients, including how these variables are projected into the reality of clinical practice. The starting point was to explore the teaching strategies of nurses-educators focused on elderly patients and to find out how they are projected into the reality of clinical practice. The nurses-educators providing so-called specialized or narrowly specialized education were the object of the research. The research sample was intentional, involving nurses participating in the project titled *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc (Nurse-educator in University Hospital Olomouc)*. The parallel goal of the thesis, aimed at the pedagogical practice, was to provide recommendations for practice and recommendations for the methodology of teaching interventions in elderly patients.

The thesis focuses on reflecting the current needs of geragogy (geragogics). Concerning the need to improve the quality of nurses' competencies and their educating interventions while working with the elderly patients, we consider the topic of this thesis crucial. The thesis can be inspirational for those managing the work and education of nurses educating the elderly patients, or for managers organizing educational activities for nurses in teaching elderly patients, but in particular for those who determine or influence real educational processes in nursing practice.

## **Key words**

Education, educational proces, nurse-educator, teaching strategies, skills of nurses, key competencies, attitudes of nurses, specifics of education of elderly patients, health literacy, knowledge of nurses

# OBSAH

<b>Úvod</b> .....	11
<b>Cíle disertační práce</b> .....	14
Struktura disertační práce .....	17
Metody a techniky použité v disertační práci .....	19
Prameny .....	20
<b>TEORETICKÁ ČÁST DISERTAČNÍ PRÁCE</b> .....	21
<b>1 Vymezení základních pojmů</b> .....	22
1.1 Všeobecná sestra .....	22
1.2 Stárnutí a stáří .....	26
1.2.1 Stáří a jeho členění .....	26
1.2.2 Charakteristika procesu stárnutí .....	31
1.2.3 Proměny osobnosti související s procesem stárnutí .....	33
1.2.4 Potřeby ve stáří .....	39
1.2.5 Životní změny ve stáří .....	42
1.2.6 Adaptace na stáří .....	45
1.2.7 Starý člověk a rodina .....	47
1.2.8 Zdraví a nemoc ve stáří .....	49
1.2.9 Nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů v seniorském věku .....	51
<b>2 Edukace seniorů</b> .....	53
2.1 Vybrané aspekty edukace seniorů.....	54
2.1.1 Význam edukace seniorů.....	54
2.1.2 Cíle edukace seniorů.....	54
2.1.3 Funkce edukace seniorů.....	55
2.1.4 Etapy edukační práce se seniory.....	55
2.1.5 Didaktické zásady.....	56
2.1.6 Didaktické prostředky a pomůcky.....	58
2.1.7 Metody a formy edukace seniorů .....	58
2.1.8 Vzdělavatelé v edukaci seniorů a jejich kompetence .....	60
<b>3 Edukace v kontextu zdravotní gramotnosti</b> .....	63
3.1 Edukace pacientů .....	64
<b>4 Edukace pacientů jako součást ošetrovatelské péče</b> .....	67
4.1 Ošetrovatelství .....	67
4.1.1 Vztah pedagogiky a ošetrovatelství.....	69
4.1.2 Potřeba edukace v ošetrovatelství.....	70

4.2	Vybrané aspekty edukace pacientů.....	72
4.2.1	Význam a cíle edukace pacientů .....	72
4.2.2	Pojetí edukace.....	73
4.2.3	Oblasti edukační činnosti .....	75
4.2.4	Možné bariéry v edukaci pacientů.....	76
4.3	Vybrané didaktické kategorie v edukaci pacientů .....	78
4.3.1	Obsahové zaměření edukace pacientů.....	79
4.3.2	Edukační cíle .....	80
4.3.3	Didaktické zásady.....	82
4.3.4	Didaktické prostředky a pomůcky.....	86
4.3.5	Metody a formy edukace pacientů.....	88
4.4	Edukační proces .....	90
4.5	Dokumentace edukačního procesu .....	99
4.5.1	Edukační plán .....	101
4.5.2	Edukační standard.....	103
4.6	Sestra v roli edukátorky pacientů.....	105
4.6.1	Klíčové kompetence sestry v edukaci pacientů.....	107
<b>5</b>	<b>    Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku.....</b>	<b>114</b>
5.1	Specifika edukační činnosti sestry při edukaci pacientů v seniorském věku.....	116
5.2	Znalosti, dovednosti a postoje sestry k edukaci pacientů v seniorském věku .....	118
<b>6</b>	<b>    Projekt Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc .....</b>	<b>122</b>
 <b>EMPIRICKÁ ČÁST DISERTAČNÍ PRÁCE.....</b>		<b>129</b>
<b>7</b>	<b>    Empirická východiska disertační práce .....</b>	<b>130</b>
<b>8</b>	<b>    Výzkumné šetření .....</b>	<b>134</b>
8.1	Cíle výzkumného šetření .....	134
8.2	Subjekt a předmět výzkumu .....	136
8.3	Výzkumné otázky .....	136
8.4	Metody získávání údajů .....	137
8.4.1	Konstrukce dotazníku .....	140
8.4.2	Konstrukce sémantického diferenciálu.....	141
8.4.3	Sestavování otázek k polostrukturovanému rozhovoru.....	143
8.4.4	Vytvoření rámce pro strukturované pozorování.....	144
8.4.5	Výběr dokumentů k jejich analýze .....	146
8.5	Charakteristika výzkumného vzorku .....	148
8.5.1	Výběr výzkumného vzorku .....	148
8.5.2	Charakteristika respondentů .....	150



8.6	Průběh výzkumného šetření .....	154
8.6.1	I. fáze výzkumného šetření .....	156
8.6.2	II. fáze výzkumného šetření .....	158
8.7	Metody zpracování získaných údajů .....	162
8.8	Zajištění kvality výzkumu .....	170
<b>9</b>	<b>Výsledky I. fáze výzkumného šetření .....</b>	<b>175</b>
9.1	Analýza a interpretace výsledků průzkumného dotazníkového šetření .....	175
9.2	Analýza všech typů dokumentů .....	175
9.3	Shrnutí výsledků I. fáze výzkumného šetření .....	180
<b>10</b>	<b>Výsledky II. fáze výzkumného šetření .....</b>	<b>189</b>
10.1	Analýza a interpretace výsledků polostrukturovaného rozhovoru .....	189
10.2	Analýza a interpretace výsledků strukturovaného pozorování .....	189
10.3	Analýza a interpretace výsledků analýzy dokumentů .....	190
10.4	Shrnutí výsledků II. fáze výzkumného šetření .....	192
<b>11</b>	<b>Vyhodnocení a interpretace výzkumu .....</b>	<b>211</b>
<b>12</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>262</b>
<b>13</b>	<b>Doporučení pro praxi .....</b>	<b>276</b>
<b>14</b>	<b>Výstupy disertační práce a přínos pro obor Pedagogika .....</b>	<b>278</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>280</b>
	<b>Seznam použité odborné literatury a zdrojů .....</b>	<b>284</b>
	<b>Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>296</b>
	 <b>PŘÍLOHY .....</b>	 <b>298</b>
	Příloha č. 1: Vzor průvodního dopisu k výzkumnému šetření .....	1
	Příloha č. 2: Vzor dotazníku .....	2
	Příloha č. 3: Schválení žádosti o poskytnutí informace pro studijní účely .....	7
	Příloha č. 4: Vzor scénáře polostrukturovaného rozhovoru .....	10
	Příloha č. 5: Vzor pozorovacího archu .....	12
	Příloha č. 6: Příklad kódování rozhovoru s respondentem č. 1 .....	14
	Příloha č. 7: Analýza a interpretace výsledků průzkumného dotazníkového šetření .....	16
	Příloha č. 8: Edukační materiál Aplikace Fraxiparinu .....	54
	Příloha č. 9: Edukační materiál Pitný režim .....	58
	Příloha č. 10: Edukační materiál Prevence tromboembolické nemoci .....	64
	Příloha č. 11: Data získaná polostrukturovanými rozhovory .....	72
	Příloha č. 12: Analýza a interpretace výsledků strukturovaného pozorování .....	111
	Příloha č. 13: Příklady dobré praxe .....	144
	Příloha č. 14: Návrh doporučení ve vztahu k výzkumem zjištěným rezervám .....	153

Příloha č. 15: Obecná doporučení k metodice edukačních intervencí.....	158
Příloha č. 16: Seznam tabulek .....	168
Příloha č. 17: Seznam grafů.....	172

*„Nikdy neztrácím příležitost vyzývat k praktickému začátku, ať je malý, protože je úžasné, jak často v takových záležitostech klíčí hořčičná semena a kořeny.“*

Florence Nightingalová<sup>1</sup>

## Úvod

V centru pozornosti předložené disertační práce stojí dva aktéři edukace v ošetrovatelském procesu: pacient a sestra. Pacienti seniorského věku patří k specifické cílové skupině z hlediska naplňování jejich edukačních potřeb a zájmů. Jde především o oblast jejich informování, poučování, vzdělávání, instruování výcviku, o změnu některých názorů, zažitých způsobů chování, formování žádoucích návyků, postojů apod.

Nedostatek informací je častým problémem v každodenní praxi u pacientů všech věkových kategorií, seniorů však především. Mnoho odborných zdrojů totiž poukazuje na to, že pacienti v seniorském věku jsou nejen méně informováni o svém zdravotním stavu a poskytované péči než pacienti mladší, ale taktéž jejich schopnost zapamatování může být zhoršená. Děje se tak patrně v souvislosti s předpoklady omezené ability starších lidí a s poznatky o involučních změnách ve stáří spolu s automatickým přesvědčením o neschopnosti dalšího učení u seniorů.

Nemůžeme však jednoznačně tvrdit, že je těmto pacientům předáváno omezené množství informací. Mnohem častěji se bohužel v klinické praxi můžeme setkávat s neznalostí efektivních postupů předávání informací, nebo s různými předsudky o seniorech, především s negativním postojem zdravotnického personálu vůči těmto pacientům, kdy je na tyto jedince pohlíženo jako na nespolupracující, neschopné dalšího učení a pro realizátory různých edukačních intervencí se tudíž jedná o věkovou kategorii pacientů, která pro svá omezení není příliš perspektivní.

U těchto pacientů je pak „zdravotní gramotnost“ žádoucím stavem, o který stojí za to usilovat. Mnoho problémů spojených s onemocněním souvisí často s nedostačujícími znalostmi a dovednostmi. Neporozumění podaným informacím a nežádoucí postoj

---

<sup>1</sup> Myšlenka je přejata od významné osobnosti světového ošetrovatelství F. Nightingalové (1820 – 1910) z webu [www.citaty.cz](http://www.citaty.cz). Jedná se o výňatek z dopisu příteli, citovaný v *The Life of Florence Nightingale sv. II (1914) Edward Tvas Cook*, s. 406. Tato anglická ošetrovatelka ovlivnila zdravotní péči 19. až 20. století. Položila základy ženského profesního vzdělávání a profesionálního ošetrovatelství. Florence Nightingalová byla legendou již ve své době, její publikace však mohou být inspirací pro sestry i další zdravotnické pracovníky doposud. Svými humánními a obětavými činy položila základy vysoké prestiže ošetrovatelské profese.

k onemocnění se pak mnohdy projevuje v nedodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení.

Edukační činnost je, v souladu s *Vyhláškou č. 55/2011 Sb.*<sup>2</sup> v platném znění, neoddělitelnou součástí pracovní náplně také všeobecné sestry. Při edukační činnosti u pacientů v seniorském věku jistě hrají zásadní úlohu nejen její odborné znalosti, znalosti a dovednosti v oblasti vzdělávání, ale také znalosti, dovednosti, schopnosti a zkušenosti při práci s touto specifickou věkovou skupinou. Ačkoliv se jedná o klíčovou pozici, která významně ovlivňuje kvalitu edukačního procesu pro tuto cílovou skupinu, není k dispozici dostatek odborné literatury a zdrojů, které by se problematikou náležitě zabývali.

Východiskem pro porozumění sdělovaného v rámci edukace je dle našeho názoru důkladná individuální diagnostika jedince a přizpůsobení edukačního procesu jeho schopnostem a dovednostem tak, aby byl respektován aspekt individuality, různorodosti seniorské populace a jejich specifických potřeb.

Na výše zmíněné aktuální téma jsme se proto rozhodli reagovat a přispět k diskusi předkládanou disertační prací, jejímž východiskem je zkoumání edukačních strategií<sup>3</sup> sester zaměřené na pacienty v seniorském věku<sup>4</sup>, s akcentem na vybrané klíčové kompetence<sup>5</sup> v podmínkách reálné klinické praxe.

Svým zaměřením téma disertační práce reflektuje současné aktuální potřeby gerontagogiky (geragogiky). Z hlediska potřeby zkvalitnění kompetencí sester a jejich edukačních intervencí při práci s pacienty v seniorském věku považujeme téma disertační práce za velmi žádoucí.

---

<sup>2</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tzv. kompetenční vyhláška) v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017.

<sup>3</sup> Edukačními strategiemi rozumíme systémové, holistické uspořádání takových metod a postupů, kterými jsou pozitivně rozvíjeny vědomosti, dovednosti, postoje a návyky pacientů. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 9.

<sup>4</sup> Slovní spojení edukace pacientů seniorského věku můžeme chápat jako výchovu a vzdělávání každého staršího člověka nad 65 let, který je v kontextu předkládané práce klientem ambulantní či lůžkové péče – pozn. autorky.

<sup>5</sup> Mezi námi vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku patří znalosti, dovednosti a postoje. Klíčové kompetence pak tvoří souhrn znalostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj jedince. Klíčové kompetence se osvojují prakticky celý život, jsou výsledkem celého vzdělávacího procesu, mají delší životnost než kvalifikace vázané na profesi a mohou sloužit jako základ k dalšímu učení, většinou v rámci celoživotního vzdělávání. KRÁTKA, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 25.

K volbě výše uvedeného tématu nás vedla nejen jeho aktuálnost a potřeba řešení, ale i fakt, že se této problematice věnuje v českém prostředí poměrně málo pozornosti. Obecně je problematika klíčových kompetencí sester v edukaci pacientů nastíněna v publikacích mnoha autorů zabývajících se edukací pacientů obecně; edukací pacientů v seniorském věku, pokud vůbec, tak pouze okrajově, ve formě doporučeného postupu při edukaci. Edukaci pacientů a s ní spojené kompetence sester k edukaci pacientů obecně v současnosti ve svých odborných publikacích řeší např. Juřeníková (2010), Krátká (2016), Kuberová (2010), Mastiliaková (2015) a Svěráková (2012), na Slovensku pak např. Magerčiaková (2008), Magurová a Majerníková (2009), Nemcová a Hlinková (2010) a Závodná (2005). Ze zahraničních autorů pak např. Bastable (2003), Rankin a Stallings (2005). V literatuře věnující se ošetrovatelské péči o pacienty v seniorském věku obecně pak nalezneme doporučené postupy k edukaci pacientů v seniorském věku v publikacích autorů Neméth et. al. (2009), Buttaro a Barba (2013), Miller (2012) a Reed, Clarke et al. (2012).

Osobním důvodem výběru tohoto tématu jsou pracovní zkušenosti autorky disertace s ošetřováním pacientů v seniorském věku. Dalším, ne méně důležitým podnětem, je snaha autorky v roli odborné vyučující střední zdravotnické školy, o co nejkvalitnější přípravu budoucích zdravotnických profesionálů v edukaci pacientů seniorského věku. Dalším motivem jsou také poznatky a další otázky, které vyplývají ze současného zapojení autorky do projektu určeného pro další vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, který je zaměřen na problematiku efektivní edukace pacientů všech věkových kategorií, seniorů nevyjímaje. Osobní bádání v oblasti edukace seniorů je nejen zajímavou výzvou, ale zejména zdrojem nezbytných znalostí a dovedností důležitých pro práci se seniory.

Proto doufáme, že disertace rozšíří vhléd do edukační práce s pacienty v seniorském věku a že přinese poznatky, jež by mohly využít jak osoby, které rozhodují o působení a vzdělávání samotných sester pro edukci pacientů - seniorů, tak samotní realizátoři vzdělávacích aktivit pro sestry v edukaci pacientů - seniorů; ale hlavně ti, kteří realizují, či nějakým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy v ošetrovatelské praxi.

## Cíle disertační práce

**Hlavním cílem disertační práce** je v rovině teoretické popsat realizaci edukačního procesu v rámci ošetrovatelské péče vč. zvláštností edukace u seniorů, objasnit vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku<sup>6</sup> a jejich edukační strategie<sup>7</sup> zaměřené na pacienty v seniorském věku, a prezentovat realizaci projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*.

V rovině empirické je cílem disertační práce zjistit úroveň znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku, a zjistit, jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality klinické praxe. Sledované proměnné včetně nástrojů pro jejich měření, znázorňuje následující tabulka:

<b>Sledované proměnné</b>	<b>Znalost</b>	Dotazník Polostrukturovaný rozhovor	Schopnost sestry: <ul style="list-style-type: none"> <li>• charakterizovat období stárnutí a stáří;</li> <li>• objasnit zdraví a nemoc ve stáří;</li> <li>• vyjmenovat nejčastější ošetrovatelské problémy;</li> <li>• specifikovat zvláštnosti edukace seniorů;</li> <li>• analyzovat vztah sestra a edukace pacientů v seniorském věku.</li> </ul>
	<b>Dovednost</b>	Strukturované pozorování	Schopnost sestry: <ul style="list-style-type: none"> <li>• posoudit edukační potřeby pacienta;</li> <li>• analyzovat schopnost pacienta učit se;</li> <li>• posoudit případné překážky při edukaci;</li> <li>• definovat edukační diagnózu;</li> <li>• projektovat vhodné edukační strategie<sup>8</sup>;</li> <li>• aplikovat vhodné edukační strategie<sup>9</sup>.</li> </ul>
	<b>Postoj</b>	Sémantický diferenciál	Postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku: <ul style="list-style-type: none"> <li>• do jaké míry si sestry uvědomují svoji roli a osobní význam při edukaci pacientů v seniorském věku.</li> </ul>

Tabulka 1: Sledované proměnné a nástroje jejich měření (počin autorky)

<sup>6</sup> Mezi vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku patří znalosti, dovednosti a postoje - pozn. autorky.

<sup>7</sup> Edukačními strategiemi rozumíme systémové, holistické uspořádání takových metod a postupů, kterými jsou pozitivně rozvíjeny vědomosti, dovednosti, postoje a návyky pacientů. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 9.

<sup>8</sup> Posoudit druh edukace, formulovat cíl edukace, určit téma edukace, vybrat metody edukace, vybrat formu edukace, určit obsah edukace, vybrat prostředí a vytvořit podmínky pro vlastní edukaci, vybrat didaktické pomůcky a prostředky edukace, stanovit časový plán, posoudit vhodnou dobu edukace, popsat způsob evaluace výstupů edukace – pozn. autorky.

<sup>9</sup> Posoudit aktuální připravenost pacienta na edukační lekci, vytvořit důvěryhodný vztah s pacientem, rozvíjet zájem pacienta o spolupráci, podpořit motivaci pacienta, rozvíjet všechny stránky osobnosti pacienta, používat vhodné verbální prostředky, vhodně aplikovat vybrané metody, využívat vhodné modelové příklady, demonstrovat a účelně používat didaktické pomůcky, prakticky usměrňovat pacienta při nácvičce činností, posoudit práci pacienta, aplikovat nepřetržitou zpětnou vazbu, pohotově řešit problémové a mimořádné situace – bariéry – obtíže při učení – pozn. autorky.

Paralelním cílem disertační práce, orientovaným na pedagogickou praxi, je vypracovat návrh doporučení pro praxi a vytvořit základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

Hlavní cíl disertační práce předpokládá naplnění dílčích cílů, tyto cíle lze specifikovat v rovině teoretické a empirické.

#### **Dílčí cíle teoretické části disertační práce**

- vymezit termín všeobecná sestra a podstatu výkonu její profese;
- předložit teoretická východiska týkající se stárnutí a stáří;
- popsat teoretická východiska týkající se zvláštností edukace u seniorů;
- objasnit edukaci v kontextu zdravotní gramotnosti;
- vysvětlit vztah edukace k ošetřovatelství;
- popsat edukační proces realizovaný v rámci ošetřovatelské péče;
- specifikovat roli sestry edukátorky pacientů;
- objasnit klíčové kompetence sester v edukaci pacientů;
- provést rozbor edukačních strategií sester zaměřených na pacienty v seniorském věku;
- vymezit znalosti, dovednosti, postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku;
- popsat projekt Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc.

#### **Dílčí cíle empirické části disertační práce v kontextu výzkumného šetření**

##### **I. fáze výzkumného šetření:**

- na základě teoretické části práce vytvořit a sestavit výzkumné nástroje, které monitorují znalosti a postoje sester při edukaci pacientů v seniorském věku;
- realizovat sběr empirických dat pomocí průzkumného dotazníkového šetření;
- provést analýzu, interpretaci a zhodnocení výsledků zjištěných dat;
- sestavit sadu všech typů dokumentů k jejich analýze<sup>10</sup>;
- realizovat analýzu všech typů dokumentů;

---

<sup>10</sup> Analýza dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – legislativní, metodické, didaktické a zdravotnické (resp. ošetřovatelské) - pozn. autorky.

- sestavit obsah problémových okruhů a otázek k polostrukturovanému rozhovoru;
- vytvořit rámeček pro strukturované pozorování (vytvořit pozorovací arch).

## II. fáze výzkumného šetření:

- realizovat sběr empirických dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru;
- realizovat sběr empirických dat pomocí strukturovaného pozorování;
- realizovat analýzu didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů;
- provést analýzu, interpretaci a zhodnocení výsledků zjištěných dat;
- vypracovat návrh doporučení pro praxi a vytvořit základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.



## Struktura disertační práce

Disertační práce je členěna na **teoretickou** a **empirickou část**: **teoretickou část** tvoří šest kapitol, **empirickou část** osm kapitol. Předkládaná práce obsahuje také **úvod**, **hlavní i dílčí cíle**, popis **struktury** disertační práce, ale rovněž **použité metody** a **techniky**.

**První kapitola** disertační práce je věnována základním pojmům nebo spíše uvedení do problematiky a vymezení vstupů, jež mají na průběh edukačních intervencí vliv. První podkapitola definuje všeobecnou sestru a taktéž přibližuje podstatu výkonu sesterské profese. Druhá podkapitola vymezuje období stáří a stárnutí, resp. staršího člověka, na něhož má být prostřednictvím edukačního procesu působeno a věnuje se aspektům stáří, které v různé míře ovlivňují každého jedince a mohou mít na proces edukace v období stáří podstatný vliv.

**Druhá kapitola** objasňuje pojmy senior a edukace, a taktéž objasňuje přínos edukace a její vybrané aspekty ve vztahu k seniorům. Uvedení do této problematiky je klíčové pro vysvětlení námi používané terminologie v této práci, ale zejména pro prezentaci edukace této věkové kategorie jako činnosti velice specifické a jedinečné.

Úkolem **třetí kapitoly** je vysvětlit přínos a způsoby edukace ve vztahu ke zdravotní gramotnosti. Vzhledem k hlavnímu záměru disertační práce se věnuje především sekundární edukaci pacientů s provázaností na edukaci terciální s objasněním specifických podmínek i prostředí, v němž se edukace pacientů odehrává.

**Čtvrtá kapitola** je věnována problematice edukace v rámci ošetrovatelské péče. Záměrem této kapitoly je vymezit obor ošetrovatelství a vysvětlit jeho vztah k pedagogice, objasnit vybrané aspekty edukace pacientů a úlohy didaktiky ošetrovatelství, popsat vlastní edukační proces včetně jeho dokumentace, a v poslední v řadě vysvětlit roli sestry edukátorky se zaměřením na její klíčové kompetence. Deskripce této problematiky je podstatná k utvoření celkové představy o koncepci edukace realizované v rámci ošetrovatelské péče.

**Pátá kapitola** objasňuje obecné cíle edukace pacienta v seniorském věku, specifika této edukace a potřebnost přizpůsobení edukace specifickým potřebám pacientů v seniorském věku. Cílem této kapitoly je provést rozbor edukačních strategií sester zaměřených na pacienty v seniorském věku a vymezit znalosti, dovednosti, postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku. Splnění tohoto cíle nebylo, i přes velké množství informací vztahujících se k edukaci pacientů, snadnou úlohou.

Záměrem **šesté kapitoly** je představení projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*, jehož tým edukačních sester realizující specializovanou a úzce specializovanou edukaci pacientů je výzkumným vzorkem našeho šetření. Nejprve je věnována pozornost počátkům realizace tohoto projektu, poté činnosti týmu a náplni práce edukačních sester a nakonec i organizaci jejich činnosti. Východiskem ke zpracování této kapitoly byl zejména materiál projektu či dostupná odborná periodika.

Praktický, tj. empirický, oddíl práce zahrnuje **kapitolu sedmou až čtrnáctou**. V úvodu **sedmé kapitoly** uvádíme empirická východiska disertační práce, které nás přiměly ke zkoumání edukačních strategií sester v edukaci pacientů v seniorském věku.

V **kapitole osmé** uvádíme hlavní a dílčí cíle výzkumného šetření, taktéž představujeme subjekt a předmět výzkumu, výzkumné otázky. Pozornost věnujeme i metodologii výzkumného šetření, v níž specifikujeme nejen metody sběru dat a výzkumné nástroje, metody zpracování získaných údajů, ale i možná rizika (předpoklady) zvoleného přístupu. Dále v uvedené části práce charakterizujeme výzkumný vzorek a provádíme popis průběhu výzkumného šetření, včetně pilotáže a předvýzkumu.

V **kapitole deváté** provádíme analýzu dat získaných prostřednictvím průzkumného dotazníkového šetření a následně provádíme interpretaci získaných výsledků. Ve shodné kapitole se pak zaměřujeme i na data získaná analýzou všech typů dokumentů, na závěr kapitoly uvádíme výsledná data z těchto použitých výzkumných metod dohromady. Data získaná analýzou didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů, prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a strukturovaného pozorování analyzujeme a následně získané výsledky interpretujeme v **kapitole desáté**.

V **kapitole jedenácté** provádíme vyhodnocení a interpretaci výzkumu. **Dvanáctou kapitolu** uzavírá krátké shrnutí výzkumu a diskuze k výsledkům výzkumného šetření. **Třináctá kapitola** prezentuje námi vypracovaný návrh doporučení pro praxi. Ve **čtrnácté kapitole** předkládáme náměty pro pedagogickou teorii a praxi, které vycházejí ze zjištěných výsledků provedeného výzkumného šetření. **Závěr** disertační práce je shrnutím výsledků výzkumu. V této kapitole hodnotíme naplnění cílů práce a navrhuje možnosti, jež povedou k rozvoji zkoumané problematiky.

Součástí disertační práce jsou i **přílohy**, na které je čtenář odkazován přímo v textu práce.

## Metody a techniky použité v disertační práci

V průběhu zpracovávání disertační práce jsme využili **techniku práce s odbornou literaturou**. Zadali jsme požadavek na rešerši a prostřednictvím jmenných i předmětových katalogů knihoven vyhledávali zdroje, ze kterých bychom mohli vzhledem k záměru naší práce čerpat. Informace k naší problematice jsme vyhledávali taktéž prostřednictvím internetu<sup>11</sup> a využívali jeho informačních databází<sup>12</sup>, které byly přístupné. Získané informace jsme následně třídili dle důležitosti a zaměření disertační práce.

V teoretické části disertační práce jsme **operacionalizovali pojmy** (např. sestra, stárnutí a stáří, senior, edukace, pacient, edukační strategie, kompetence atd.), s nimiž jsme následně pracovali v rámci výzkumného šetření. V průběhu celého procesu zpracovávání dat jsme uplatňovali obecné metody vědecké práce, jakými jsou **analýza a syntéza**.

Pro naplnění záměru disertační práce byl realizován empirický výzkum. Za proměnné (vlastnosti, jevy), které se staly předmětem našeho zkoumání, byly zvoleny vybrané klíčové kompetence, tedy znalosti, dovednosti a postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku. Designem pro zjišťování vybraných klíčových kompetencí sester v edukaci pacientů seniorského věku se stala **případová studie (case study)**. Naš výzkum byl koncipován jako smíšený; kombinoval převážně kvalitativní přístup s doplňujícím přístupem kvantitativním.

V rámci výzkumného šetření byly využity metody **polostrukturovaného dotazníku, sémantického diferenciálu, polostrukturovaného rozhovoru, strukturovaného pozorování a analýzy dokumentů**<sup>13</sup>. Zjištěné údaje byly zpracovány kvalitativními i kvantitativními metodami.

Získaná data prostřednictvím dotazníkového šetření a strukturovaného pozorování jsme v rámci **třídění prvního stupně** prezentovali do grafů a tabulek četností. Rozhovory byly po souhlasu dotazovaných nahrávány<sup>14</sup>, poté byla provedena jejich **transkripce, kódování a interpretace**. V rámci nekvantitativní analýzy dokumentů jsme provedli

<sup>11</sup> Při vyhledávání zdrojů prostřednictvím internetu jsme dbali na důvěryhodnost vybraných webových stránek a odkazů – pozn. autorky.

<sup>12</sup> Pro potřeby naší práce např. plnotextovou databázi *ERIC - Educational Resource Information Centre* nebo *EBSCOhost Publishing* a její „*Academic Search Complete*“ - pozn. autorky.

<sup>13</sup> Analýza všech typů dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – legislativní, metodické, didaktické a zdravotnické (resp. ošetrovatelské) - pozn. autorky.

<sup>14</sup> V několika případech sestry nesouhlasily s nahráváním rozhovoru, v těchto situacích jsme volili metodu zápisků – pozn. autorky.

**analýzu** klíčových témat dokumentu v kontextu řešené problematiky, redukci zdrojových dat a následnou **interpretaci**.

Vhodným přístupem pro zpracování kvalitativně získaných dat je přístup **induktivní**.

Získané informace jsme následně interpretovali v kontextu české i zahraniční odborné literatury.

## **Prameny**

Informace ke zpracování tématu disertační práce jsme získali prostřednictvím českých i zahraničních zdrojů – jednalo se především o monografie, příspěvky ve sbornících, články v odborných časopisech, výzkumné zprávy a studie, kurikulární a vládní dokumenty. Četné informace jsme čerpali z důvěryhodných webových stránek a elektronických databází.

Důležité informace jsme získali taktéž z materiálu projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* a všech typů dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – zejména metodických, didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských).<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Jedná se zejména o metodický pokyn, edukační a informační materiály, dokumentace k zápisu edukace edukační sestrou apod. - pozn. autorky.

## **TEORETICKÁ ČÁST DISERTAČNÍ PRÁCE**

# 1 Vymezení základních pojmů

Úvodem disertační práce vymežíme základní pojmy, jako všeobecná sestra, stárnutí a stáří tak, jak je prezentují mnozí autoři v dostupné odborné literatuře. Uvedení do problematiky je klíčové pro porozumění vstupům, jež mají na průběh edukačních intervencí vliv.

## 1.1 Všeobecná sestra

Objektem výzkumu realizovaného pro naplnění záměru předkládané disertační práce jsou všeobecné sestry, které poskytují tzv. specializovanou a úzce specializovanou edukaci. Je tedy vhodné nejprve zmínit, kdo všeobecná sestra je.

Sestra<sup>16</sup> je osoba, která získala absolvováním příslušného studijního oboru profesní kvalifikaci na výkon povolání sestry ve všeobecné ošetrovatelské péči.<sup>17</sup> Kritéria, jejichž splnění je pro výkon povolání sestry nevyhnutelné, vymezuje platná legislativa; mezi tato kritéria patří odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost.<sup>18</sup>

K vymezení pojmu sestra je vhodné předložit i další definice, jež nám blíže pomohou porozumět také tomu, v čem profese sestry spočívá. Podle Mezinárodní rady sester (ICN<sup>19</sup>) je sestra *..., osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra.*<sup>20</sup> Sestře pak přiznává způsobilost k následujícím činnostem<sup>21</sup>:

- vykonávat všeobecnou ošetrovatelskou péči, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o tělesně a duševně nemocné a postižené osoby různého věku ve všech typech zdravotnických a komunitních zařízeních;

---

<sup>16</sup> Pro účely této práce budeme dále používat termínu sestra, jako označení osoby s konkrétní kvalifikací a způsobilostí k výkonu povolání nelékařského zdravotnického pracovníka - pozn. autorky.

<sup>17</sup> Srov. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 32.

<sup>18</sup> Všeobecná sestra tak získává odbornou způsobilost, již při vzdělávání, a to v souladu s *Vyhláškou č. 39/2005 Sb.*, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, v aktuálním znění ze dne 1. 1. 2018; a dále se *Zákonem č. 96/2004 Sb.* o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, v aktuálním znění ze dne 28. 12. 2018.

<sup>19</sup> *International Council of Nurses* - pozn. autorky.

<sup>20</sup> ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vydání. Brno: Národní institut ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, s. 6.

<sup>21</sup> ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vydání. Brno: Národní institut ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, s. 6.

- vyučovat témata, která spadají do problematiky zdravotnické péče;
- plně se zapojovat do zdravotnického týmu;
- dozírat nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči a školit je;
- zapojovat se do výzkumu.

Podle Velkého lékařského slovníku je sestra odborně vzdělaná pracovnice ve zdravotnictví vykonávající jednoduché vyšetřovací a léčebné úkony a ošetrovatelskou péči.<sup>22</sup>

Podle Závodné sestra *...,pomáhá jednotlivci, pacientům, rodinám a skupinám při zabezpečování a dosahování jejich fyzického, mentálního a společenského potenciálu v kontextu prostředí, v němž žijí a pracují.*<sup>23</sup>

Pro nás podstatná definice, kterou je nezbytné respektovat, však vyplývá z platné legislativy. Český právní řád sestru řadí mezi nelékařská zdravotnická povolání. Podle *Zákona č. 96/2004 Sb.*<sup>24</sup> sestra patří mezi zdravotnické profese, které jsou po získání odborné způsobilosti vykonávané bez odborného dohledu.<sup>25</sup> Zdravotnickým povoláním se pak v legislativním pojetí rozumí souhrn činností, které jsou uskutečňované při poskytování zdravotní péče, a to ve všech jejích podobách. Ten, který tyto aktivity vykonává, tedy i sestra, je pak označován jako zdravotnický pracovník.<sup>26</sup>

Podle § 5 odst. 2 *Zákona č. 96/2004 Sb.* se za výkon povolání sestry považuje *...,poskytování ošetrovatelské péče.*<sup>27</sup> *Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem*

<sup>22</sup> HUGO, J.; VOKURKA, M. *Velký lékařský slovník*. 5. vydání. Praha: Maxdorf, 2005, s. 991.

<sup>23</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2005, s. 32.

<sup>24</sup> Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v aktuálním znění ze dne 28. 12. 2018.

<sup>25</sup> Hlava II, díl 1 *Zákona č. 96/2004 Sb.* o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v aktuálním znění ze dne 28. 12. 2018.

<sup>26</sup> Podle § 2 *Zákona č. 96/2004 Sb.* o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v aktuálním znění ze dne 28. 12. 2018.

<sup>27</sup> Ošetrovatelskou péči se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004, s. 1 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

*nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.*<sup>28</sup>

Vykonávání těchto činností, ke kterým je sestra způsobilá, ať už v roli spolupracovnice lékaře, kterou se sestra podílí na poskytování zdravotní péče, jež je indikovaná lékařem; obzvláště však v roli autonomní, ve které sestra jedná jako odbornice v rámci poskytování ošetrovatelské péče; je podstatou výkonu sesterské profese.

Výčet konkrétních činností, ke kterým je sestra způsobilá, jsou v České republice legislativně zakotveny ve *Vyhlášce č. 55/2011 Sb.*<sup>29</sup> Podle této vyhlášky sestra *..., vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.*<sup>30</sup> Podle této vyhlášky dále sestra může *..., vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich.*<sup>31</sup> Platná legislativa tedy pak rozlišuje ošetrovatelskou péči základní, specializovanou a vysoce specializovanou.<sup>32</sup> Podstatou tohoto členění je konkrétní vymezení vysoce specializované péče, kterou smí vykonávat pouze sestra s příslušnou specializovanou způsobilostí (bez specializované způsobilosti pak pouze pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí).<sup>33</sup>

Z výše uvedeného můžeme usoudit, jak důležitou a nezastupitelnou úlohu sestra zastává v péči o potřeby pacienta, jež jsou vzniklé či pozměněné v důsledku nemoci,

---

<sup>28</sup> Podle § 5 odst. 2 *Zákona č. 96/2004 Sb.* o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů v aktuálním znění ze dne 28. 12. 2018.

<sup>29</sup> *Vyhláška č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tzv. kompetenční vyhláška) v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017.

<sup>30</sup> Podle § 4 odst. 1 *Vyhlášky č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tzv. kompetenční vyhláška) v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017.

<sup>31</sup> Podle § 4 odst. 3 *Vyhlášky č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tzv. kompetenční vyhláška) v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017.

<sup>32</sup> Měřítkem pro její rozlišení je zdravotní stav pacientů, kterým je tato péče poskytována - pozn. autorky.

<sup>33</sup> Podle § 4 *Vyhlášky č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tzv. kompetenční vyhláška) v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017.



při zachování nebo obnově jeho sebezpečí, či v zajištění péče o pacienta v případě nevléčitelné nemoci.

Podle Krátké<sup>34</sup> a Závodné<sup>35</sup> se profese sestry vyznačuje:

- souborem znalostí, dovedností a schopností;
- komunikativní způsobilostí;
- schopností týmové spolupráce;
- smyslem pro službu veřejnosti;
- dodržováním etických kodexů při práci s pacientem či jeho rodinou, oddaností k práci a pacientům;
- autonomií v rozhodování ve vybraných oblastech pracovní činnosti;
- zodpovědností k prováděným výkonům a k dodržování standardů;
- aplikace výsledků výzkumných šetření a teorie v praxi;
- způsobilostí permanentně hodnotit (zpětná vazba, reflexe a analýza) svoji práci;
- důvěrou jednotlivých pracovníků v profesi a pracovníků v týmu.

Sesterská profese náleží ve vztahu k evropským normám k profesi uznávané a regulované. V České republice je tato profese regulována jednak na úrovni akreditací sesterských vzdělávacích programů (pregraduálních i postgraduálních), i na úrovni samotného výkonu sesterské profese (Národní registr zdravotnických pracovníků). Profese sestry se opírá o systematickou teorii oboru ošetrovatelství (demarkační oborové metaparadigmatické koncepty, oborové konceptuální metody a teorie), metodologii a metody, pojímá specifické znalosti a dovednosti, kterými laik nedisponuje. Mezi tyto specifické znalosti a dovednosti patří např. hodnocení stavu potřeb zdravých i nemocných jedinců, péče o potřeby zdravých, zejména však nemocných jedinců, ošetrovatelské činnosti, specifika práce a komunikace s různými kategoriemi pacientů. Profese sestry má své profesní organizace pečující o neustálý rozvoj svých členů i svůj etický regulativ – *Etický kodex sester*.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 24.

<sup>35</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2005, s. 32 - 33.

<sup>36</sup> ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 11 – 16.

Světová zdravotnická organizace ve svém programu *Zdraví 2020 - strategie pro 21. století* uvádí, že sestry představují vysoký potenciál a značný přínos do oblasti zdraví jednotlivců a skupin.<sup>37</sup>

Sestra vykonává profesi nejen tělesně, ale i duševně velice namáhavou. Denně je v bezprostředním styku s lidským neštěstím, umíráním či smrtí. Z tohoto intenzivního kontaktu s nemocnými lidmi sestra prožívá velkou psychickou zátěž. Profese sestry má ale vysoce humánní poslání spočívající v péči o člověka, udržování a upevňování jeho zdraví, které je nejvyšší hodnotou lidského života. Profese sestry je jednou z nejnáročnějších nejen na osobnostní výbavu, ale i na profesní přípravu, kterou je třeba systematicky rozvíjet. Součástí této přípravy je i osvojení si jednotlivých rolí důležitých pro profesionální vykonávání tohoto povolání. K těmto rolím náleží právě role sestry edukátorky pacientů. Edukační činnost je totiž jedna z jejích kompetencí, a to v souladu s již výše citovanou *Vyhláškou č. 55/2011 Sb.*<sup>38</sup>

## 1.2 Stárnutí a stáří

Mezi pojmy, o které se v této práci opíráme, patří také stárnutí a stáří, a taktéž senior jako jedinec, na něhož má být prostřednictvím edukačního procesu působeno. Poněvadž je tato problematika velice obsáhlá, jednotlivé podkapitoly uvedeme tak, aby se vztahovaly k hlavnímu záměru disertační práce, a to k edukaci pacientů v seniorském věku.

### 1.2.1 Stáří a jeho členění

Stáří a stárnutí je přirozená součást života každého lidského jedince. Stáří je jednou z vývojových etap, tak jako dětství nebo dospělost. Z důvodu intraindividuální variability

---

<sup>37</sup> PRAHA: MZČR. *Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století* [online]. Praha, MZČR, 2014, s. 114 - 115 [cit. 2017-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020\\_8526\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html).

<sup>38</sup> §3 Vyhlášky č. 55/2011 Sb., vymezuje činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí. Podle tohoto paragrafu odst. 1, písm. g) zdravotnický pracovník bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. Podle §4 výše citované vyhlášky je pak všeobecná sestra oprávněna (mimo činnosti podle § 3 odst. 1 - viz výše) bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem dle odst. 1, písm. k) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály. §54 pak opravňuje všeobecnou sestru se specializovanou způsobilostí (mimo činnosti podle §4) dle písm. a) bez odborného dohledu a bez indikace 1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech (tedy výkonech, které sami provádí) a připravovat pro ně informační materiály; a písm. b) na základě indikace lékaře 2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

je jednoznačné definování pojmu stáří velice obtížné. V odborných zdrojích se tak můžeme setkat s různými definicemi pojímající stáří z určitých hledisek a projevů.

Podle Határa<sup>39</sup> označuje pojem stáří „určitou etapu životního cyklu člověka, která se vztahuje k období právního nároku člověka na pobírání a prožívání starobního důchodu a k období, kdy člověk zaznamenává ve svém organizmu a na své osobnosti vícero involučních změn“. Mühlpachr<sup>40</sup> vymezuje období stáří jako poslední fázi ontogeneze lidského jedince, která je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů. Involuční změny jsou významně ovlivněny dalšími faktory, především nemocemi, projevy životního stylu či životních podmínek. Toto období má spojitost i s velkou řadou sociálních změn, jako např. osamostatněním dětí, odchodem z pracovního života a dalšími změnami v sociálních rolích. Všechny tyto probíhající změny se navzájem prolínají a ovlivňují, někdy i protichůdně, a jednotné pojetí a členění období stáří se tak dle názoru tohoto autora stává velmi obtížné.

Pacovský<sup>41</sup> popisuje stáří jako posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organizmu a které postupně omezují a oslabují výkonnost jedince. V období stáří dochází v kontextu souhrnu involučních změn ke zhoršování odolnosti organizmu a také ke snížení adaptační schopnosti, a to jak ve smyslu biologickém, tak i psychosociálním.<sup>42</sup>

Pichaud a Thareau<sup>43</sup> uvádí, že v období stáří se nápadně mění dosud navyklý způsob života jedince. Doposud produktivní jedinec zvolna vstupuje do období stárnutí a stáří. Tento okamžik si častokrát uvědomí až prostřednictvím tzv. syndromu prázdného hnízda, tedy osamostatněním už dospělých dětí a narozením vnoučat. Dalším výrazným životním momentem je odchod do penze. Dochází k postupnému poklesu výkonnosti, zpomalování životního tempa i zhoršování zdravotního potenciálu jedince. Velkým problémem se stává i zhoršení ekonomické situace a s tím spojené životní úrovně. Dalším výrazným životním mezníkem je úmrtí životního partnera či vrstevníků. Seniori často trpí pocitem zbytečnosti, což pak může vést k vážným psychologickým problémům. K největším problémům seniorů

---

<sup>39</sup> HATÁR, C. *Seniori v systéme rezidenčiálnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. 1. vydání. Praha: Česká a Slovenská andragogika; Rozlet, 2011, s. 29.

<sup>40</sup> MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008, s. 18.

<sup>41</sup> PACOVSKÝ, V.: *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. 85.

<sup>42</sup> KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006, s. 7.

<sup>43</sup> PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 82.

patří i pěstování sociálních kontaktů, což v případě podcenění může vést až k úplné sociální izolaci jedince. Stáří podle Vágnerové<sup>44</sup> „přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci“.

Stáří nejčastěji členíme na kalendářní, biologické a sociální.

### **Kalendářní stáří**

Z důvodu toho, že proces stárnutí je součástí nepřetržité proměny, je nesnadné zastihnout a definovat ten okamžik, ve kterém končí střední věk a začíná období stáří. Proto existuje celá řada pojetí a metod k objektivnímu posouzení období stáří. Nejčastěji používaným měřítkem stanovujícím počátek stáří bývá kalendářní věk. Kalendářní, nebo také chronologický věk, se odvíjí od dosažení určitého věku jedince, tedy ode dne narození. Výhodou vymezení kalendářního věku je jednoduchost, jednoznačnost a snadné porovnání. Jedná se ale o obecné měřítko, které mohou někteří jedinci podstatně přesahovat. Pro posouzení kalendářního stáří se mnohdy používá jednotná periodizace, která ale nebere ohled na důležité ontogenetické odlišnosti mezi muži a ženami. Kalendářní věk má význam spíše právní. Smysl periodizace tkví také v odhadu potřeb, rizik a nároků jedinců v určitém věku.<sup>45</sup>

V odborných zdrojích můžeme najít různé přístupy k periodizaci věku. Světová zdravotnická organizace v 60. letech minulého století vymezila hranici stáří k 60. roku života a doporučila jednotnou klasifikaci tří etap stáří opírající se o patnáctileté periody lidského života, které pak jsou dále mnohými autory specificky pojmenovány<sup>46</sup>:

- období od 60 do 74 let bývá označováno jako rané stáří, stároucí, vyšší věk či mladí senioři;
- období od 75 do 89 let jako vlastní stáří (senium) či staří nebo starší senioři;
- období od 90 a více let jako dlouhověkost, kmetství, stařectví nebo velmi staří senioři.

<sup>44</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 299.

<sup>45</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 19.

<sup>46</sup> Srov. ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 130; ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998, s. 130; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 22; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 45; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 21; ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 49; PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 27.

Hranice kalendářního stáří se stále posouvá, neboť se průběžně zvyšuje zdravotní i funkční potenciál nově stárnoucích generací, a prodlužuje se očekávaná doba dožití. Mühlpachr<sup>47</sup> tedy poukazuje na to, že věková hranice 60 let už není v současné době aktuální a počátek stáří posouvá k věku 65 let. Stejně tak Benešová<sup>48</sup> pojímá stáří jako období po 65. roce života jedince, ve kterém jeho organismus slábne, má větší sklon k úrazům či nemocem a emoční prožívání je orientováno k introverzi a melancholii.

V současné době se nejběžněji uplatňuje následující členění<sup>49</sup>:

- Období od 65 do 74 let je označováno jako mladé stáří (*young old*), je to období adaptace na odchod do penze, problematiky využívání volného času, aktivit a seberealizace.
- Období od 75 do 84 let jako staré stáří (*old old*), kdy převažují témata adaptace, poklesu výkonnosti, specifické medicínské problematiky, osamělosti.
- Období od 85 let a více jako velmi staré stáří (*very old old*), ve kterém převládá problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Z uvedeného členění vyplývá kritický ontogenetický bod kolem 75 let věku.

Kalendářní věk však nevypovídá ani o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka. Důležitější než kalendářní věk je věk funkční, který odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu jedince (věk skutečný). Je určen souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik, představuje tak míru soběstačnosti, sociální a psychické zdatnosti jedince.<sup>50</sup>

Stáří je kategorií velice heterogenní. Nemůžeme tedy popřít, že takto široké věkové spektrum v sobě zaujímá značné individuální rozdíly. Podle Benešové<sup>51</sup> existují funkční kategorie, ve kterých jsou představitelé této věkové skupiny podle jejich možností a schopností dále rozděleni, na seniory:

- Elitní, kteří jsou schopni extrémních výkonů do vysokého věku.

---

<sup>47</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 20.

<sup>48</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 18.

<sup>49</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 20.

<sup>50</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 22.

<sup>51</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 22 - 23.

- Zdatné, za které jsou považováni ti jedinci, kteří zvládají život v náročném prostředí, včetně pohybu, práce i ostatních aktivit.
- Nezávislé, kteří zvládají běžné každodenní nároky, mají však nižší funkční rezervy a potenciál zdraví.
- Křehké, jež mívají labilní funkční i zdravotní stav, vyžadují časté intervence včetně tísňové péče.
- Závislé, mající velmi nízký potenciál zdraví, vyžadující podporu druhé osoby.
- Zcela závislé, vyžadující trvalý dohled a péči.

### **Biologické stáří**

Dalším možným měřítkem stáří je věk biologický, který můžeme zjednodušeně označit jako věk orgánů a fyzické kondice. Jedná se o teoretické stanovení rozsahu involučních změn (atrofie, změny adaptačních a regulačních mechanismů, změny funkční zdatnosti aj.) spojené s nemocemi vyskytujícími se obvykle ve vyšším věku jako je např. ateroskleróza. Stanovení biologického věku se prakticky neprovádí, protože se pokusy o určení výstižnějšího věku konkrétního jedince než je ten kalendářní, nezdařily. I nadále tedy schází prokázání nesporné skutečnosti, že jedinci shodného kalendářního věku se navzájem výrazně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti.<sup>52</sup>

Důvody rozdílů v rychlosti stárnutí nejsou dodnes docela objasněny, existuje však mnoho teorií a hypotéz, mezi nejznámější patří např. teorie rozštěpu buněk, teorie volných radikálů, teorie účinku kyslíku, lipofuscinová teorie a další teorie vyplývající ze zkoumání způsobu života, tj. život ve vysokohorských podmínkách, způsob stravování, míra tělesné aktivity.<sup>53</sup>

### **Sociální stáří**

Za počátek sociálního stáří je často považováno období, ve kterém jedinec dosáhne určitého věku, ve kterém je připsán nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dále definováno změnami v životních rolích, životního stylu a ekonomického

<sup>52</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 22 – 23.

<sup>53</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 25.

zabezpečení.<sup>54</sup> Podle Benešové<sup>55</sup> lze v této souvislosti vymezit tzv. sociální periodizaci členící lidský život do 3 případně 4 velkých období, tzv. věků.:

- První věk, který je označován jako před-produktivní, tj. období dětství a mládí, které charakterizuje růst, vývoj, vzdělání a profesní příprava jedince.
- Druhý věk, produktivní, období dospělosti, charakterizované zakládáním rodiny, sociální a především pracovní produktivitou.
- Třetí věk je post-produktivní, který představuje podobu stáří nejen jako období odpočinku a snížení zdatnosti, ale také jako období bez produktivní přínosnosti. Východisko, které je nebezpečné pro podceňování, diskriminaci a minimalizaci potřeb jedinců v tomto období.
- Čtvrtý věk, někdy označován fází závislosti, což je však velmi nevhodné, poněvadž navozuje dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. Tato myšlenka pak odporuje konceptu úspěšného stárnutí.

## 1.2.2 Charakteristika procesu stárnutí

Stárnutí je přirozený a zákonitý jev, kterému podléhají všechny živé organizmy, tedy i člověk. Je to specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces.<sup>56</sup> Špatenková a Smékalová<sup>57</sup> definují proces stárnutí jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince, a které kulminují ve stáří a následně ve smrti*“.

Stárnutí je tedy výsledkem změn, kterým podléhá živý organismus v průběhu času. Tyto změny ale nenastupují současně, proces stárnutí je velice individuální a asynchronní a jednotlivé tělesné systémy a jejich funkce stárnou nerovnoměrně. Rychlost procesu stárnutí je geneticky podmíněna, dále je ovlivněna životním stylem, prostředím, ve kterém jedinec žije, prací, jež vykonává, stresem aj.<sup>58</sup>

<sup>54</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 21.

<sup>55</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 22.

<sup>56</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 24; ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 29.

<sup>57</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 29.

<sup>58</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 24; FOZARD, J. L., THOMAS, J. C. *Psychology of Aging : Basic Findings and Some Psychiatric Applications*. In. HOWELLS, J. G. (ed.) *Modern Perspectives in the Psychiatry of Old Age*. New York: Brunner/Mazel, Inc., 1975, s. 114; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 23.

K poklesu tělesných funkcí dochází už v etapě rané dospělosti, protože většina tělesných systémů se už po třicátém roce života vyznačuje každoročním úpadkem funkce zhruba o 0.8 až 1 procento. K úpadku jednotlivých tělesných funkcí dochází sice jen pozvolna, ale mají-li pracovat součinně, je celkové zhoršení závažnější než samotný součet úpadku jednotlivých tělesných funkcí.<sup>59</sup> Stárnutí je tedy „celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnější zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.“<sup>60</sup> Podle Pacovského<sup>61</sup> tedy můžeme považovat proces stárnutí za přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím. Haškovcová<sup>62</sup> pak pojímá stárnutí jako „proces, který je vždy diskontinuitní“, z čehož vyplývá, že v některých obdobích svého života jedinec stárne rychleji a v jiných pomaleji.

Teorii a hypotéz vztahujících se k vlastní podstatě procesu stárnutí existuje skutečně mnoho. Teorie o procesu stárnutí podle Benešové<sup>63</sup> rozdělujeme ze dvou hledisek na teorie:

- Stochastické, které se domnívají, že události a děje související s procesem stárnutí jsou většinou nahodilé. S pokročilým věkem přibývá různých poruch, chyb a opotřebování.
- Nestochastické, které soudí, že stárnutí je převážně geneticky determinováno a naprogramováno.

Společnost však stáří vnímá většinou negativně a s jistými obavami, neboť se v tomto období automaticky očekává vznik řady problémů a omezení v důsledku poklesu tělesné zdatnosti a psychických funkcí kulminující až ve snížení sebepečce, dále omezení kontaktů s okolím a nemožnosti realizace. Mylné představy o stáří pak vzbuzují pocit strachu ze ztráty lidské důstojnosti a úcty. Tyto obavy jsou však neodůvodněné a tudíž zbytečné, protože jak jsme již zmínili, proces stárnutí je velice individuální a vznik výše popsaných problémů není samozřejmostí. V této souvislosti tedy můžeme podle Mühlpachra<sup>64</sup> popisovat tyto typy průběhu stárnutí:

- Fyziologické, probíhající přirozeně v rámci zákonitého ontogenetického vývoje, tedy jako normální součást života. Fyzický a funkční stav jedince odpovídá vrstevníkům, současné normě české populace.

<sup>59</sup> STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. Vydání. Praha: Portál, 1999, s. 23.

<sup>60</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 16.

<sup>61</sup> PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 30.

<sup>62</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 20.

<sup>63</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 25.

<sup>64</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2009, s. 34.



- Úspěšné, kdy je fyzický a funkční stav jedince lepší než současný průměr, dovoluje nejen celkovou soběstačnost, ale i žádoucí fyzickou, psychickou a sociální aktivitu.
- Patologické, kdy fyzický a funkční stav jedince je horší než současný průměr. Tento typ stárnutí se může projevovat několika možnými způsoby. Objevují se onemocnění vyššího věku s neobyčejně výrazně vyjádřenými příznaky a důsledky, které mohou nastupovat neobvykle brzy, předčasně. Převažuje závislost nebo dojem vyššího biologického věku než je ten kalendářní, tedy progerie - předčasné stárnutí.

Podle Pichaud a Thareau je stárnutí „*působení času na lidskou bytost*.“<sup>65</sup> Toto pojetí však odkrývá jak negativní, tak i pozitivní stránku procesu stárnutí. Některé schopnosti člověka se totiž v průběhu času měnit nemusí (např. slovní zásoba), jiné se dokonce i posilují (např. vytrvalost v provádění jednotvárné činnosti).<sup>66</sup>

### 1.2.3 Proměny osobnosti související s procesem stárnutí

Proměny osobnosti související s procesem stárnutí probíhají na úrovni tělesné (fyzické, biologické), psychické a sociální. Tyto oblasti se vzájemně propojují.

Organismus jedince se tak stává velmi křehkým a velice těžce se adaptuje na jakoukoli negativní změnu.

#### Tělesné (fyzické, biologické) změny

Na biologické úrovni dochází ve stárnoucím organismu k typickým tělesným změnám, a to primárně ke změně struktury (morfologie – resp. atrofie) a poté funkce (zpomalení, úbytek). Podstatou fyzických změn je taktéž opotřebenování orgánů, zpomalený metabolismus a snížení biologických adaptačních mechanismů. Tělesné změny organismu se projevují u jednotlivých seniorů rozdílně (bez ohledu na věk, stejný životní styl atd.). Dotýkají se většiny tělesných funkcí, atrofie postihne všechny orgány a tkáně. Nejvíce patrné jsou změny týkající se vzhledu, držení těla, pohybu, kvality kůže a vlasů.<sup>67</sup>

<sup>65</sup> PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 25.

<sup>66</sup> PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 25.

<sup>67</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 26 - 27.

Blíže pak můžeme změny jednotlivých systémů podle uvedených autorů<sup>68</sup> ve stručnosti specifikovat následovně.

Jedny z prvních známek stárnutí se objevují na kůži. Dochází k poklesu aktivity mazových žláz, mizení podkožního tuku a k poklesu obsahu vody. Dochází ke ztrátě elasticity a ztenčení kůže, tvorbě vrásek, šedivění a řidnutí vlasů, k hyperpigmentaci (stařecké skvrny *lentigo senilis*) či skvrnitě depigmentaci kůže (*vitiligo*) a zpomalení růstu nehtů. Postupně se mění vzhled a výraz tváře. Ztráta chrupu má za následek zmenšení čelisti a pokles brady. Dále dochází k postupnému zvětšování špičky nosu, ztenčení horního rtu a prodloužení boltce ucha. Oční víčka jsou zduřelá.

V rámci pohybového systému dochází k atrofii kostí, degenerativním změnám chrupavky a sesedání meziobratlových plotének, což má za následek i pokles tělesné výšky. Z důvodu změn tělesných proporcí, např. šířky ramen, pánve, snížení hmotnosti celé kostry, váhy svalstva a váhy orgánů dochází k i poklesu tělesné hmotnosti. Vzniká osteoporóza, s tím i riziko zlomenin. Dochází k úbytku kloubní chrupavky, následně ke zvýšení bolestivosti kloubů a omezené schopnosti pohybu. Zároveň klesá rychlost, pružnost a hbitost pohybů. Mění se držení těla. Dochází k poklesu svalové výkonnosti a souhry neuromuskulárního aparátu, což má negativní vliv na motorické dovednosti jedince.

V oběhovém systému dochází ke snížení elasticity a průsvitu cév z důvodu aterosklerózy, s tím vzniká riziko hypertenze, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. Ateroskleróza postihuje tepny celého těla i srdce. Dlouho probíhá asymptomaticky. Klesá výkonnost srdce, při vyšší zátěži se objevují známky funkční nedostatečnosti, až u jedné třetiny starších osob je ischemická choroba srdeční nejčastější příčinou úmrtí. Ateroskleróza způsobuje ve vyšším věku nejen ztrátu fyzických sil, ale i ztrátu duševních schopností.

V důsledku funkčních změn je postižen dýchací systém, mnohdy v kombinaci s kardiovaskulárním onemocněním. Snižuje se plicní ventilace a v důsledku snížené funkce řasinkového epitelu častěji vzniká infekce dýchacích cest. Tento jev je nebezpečný zvláště pro kuřáky a ležící seniory.

---

<sup>68</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 26 - 28; ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 131 - 135; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 49 - 51; KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 99 - 101; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 23 - 25.

Morfologickými i funkčními změnami podléhá i nervový systém. Pozvolna ubývá počet neuronů, v neuronech probíhají biochemické změny, dochází k zužování průměru myelinizovaných nervů a k poklesu rychlosti vedení vzruchů. S postupujícím věkem se reakce člověka stále více zpomalují. S tímto faktem vzniká větší časová potřeba na příjem a zpracování informací, prodloužení reakční doby na podněty atp. Orgánem stárnoucím nejpomaleji než orgány ostatní je právě mozek. Psychické obtíže ve stáří jsou tedy ztrátou buněk nervové soustavy a buněčnými změnami ovlivněny více, než na základě jejich degenerativních změn.

Určité formy involuce se projevují taktéž u žláz s vnitřní sekrecí. Omezená tvorba hormonů má vliv na změny chování člověka, např. ospalost, změny v intelektové činnosti apod.

Nastává také pokles efektivity smyslových orgánů, tj. hmatu, čichu, chuti, ale především zraku a sluchu. Tento fakt s sebou přináší omezení v pracovních činnostech a zálibách, ohrožení bezpečnosti jedince a problémy při komunikaci. Dochází ke zhoršení akomodace čočky a tím ke zhoršenému vidění především na blízko, zhoršení adaptace na tmou, změně vnímání barev především červené a modré. Objevují se degenerativní změny sluchového receptoru, dochází k poklesu citlivosti pro vysoké tóny, zvýšené citlivosti na šumy a nedoslýchavosti. Involučními změnami je postiženo i ústrojí rovnovážné, dochází ke zhoršenému vnímání polohy a pohybu těla.

V zaživacím systému dochází k opotřebenosti až ztrátě zubů, následně pak k potížím při jídle a výslovnosti. Nastává pokles percepce chuti na slané a sladké podněty. Zpomaluje se průchodnost tráveniny žaludkem a střevy, vzniká dyspeptický syndrom. Mění se také základní metabolismus.

Ve vyšším věku dochází ke snížení termoregulace, což souvisí jednak se změnou základního metabolismu, ale i se změnou v citlivosti kožních receptorů a změnami v hypotalamu řídící tepelné procesy. Problémem tak bývá zimomřivost a adaptace na výraznější změny teploty.

Močový systém vykazuje pokles schopnosti tvořit a vylučovat moč. Dochází k omezení kapacity močového měchýře a případně k inkontinenci.

Činnost pohlavních orgánů taktéž klesá. Sexuální aktivita je velice individuální, s ohledem na degenerativní změny pohlavních žláz – u mužů nastávají pozvolna, u žen pak po menopauze s výraznějšími zvraty.

### Psychické změny

S tělesnými změnami pak úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince. Psychické změny ve stáří se promítají především do kognitivních funkcí, jako je vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení. Benešová<sup>69</sup> popisuje souhrnně tyto nejčastější jevy psychické involuce:

- zpomalení psychické činnosti;
- důraz na preciznost více než rychlost;
- zhoršená adaptace na změny;
- snížená motivace;
- pokles zájmu o okolní dění až netečnost.

Blíže pak můžeme změny jednotlivých systémů podle uvedených autorů<sup>70</sup> specifikovat následovně. Snižuje se vitalita, iniciativa a flexibilita. Pokles funkce smyslových orgánů může mít také za následek strach a nejistotu, mnohdy se projevující v obavě vycházet ven a setkávat se s druhými lidmi. Zvyšuje se fixace na již zažitá, objevují se těžkosti přijímat nové podněty, propojit naučené s novým a neschopnost změnit své zvyky a postoje. Při časově limitovaných úkolech jedinci ve vyšším věku oproti mladším podávají horší výkony. Ale na rozdíl od snížené rychlosti, realizaci činností provádí s vytrvalostí, trpělivostí a s důrazem na detail. Nemění se systematickosti, důslednost a pečlivost.

---

<sup>69</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 28.

<sup>70</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 28 - 30; ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 135 - 140; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 51 - 54; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 96; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 25 - 26; STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999, s. 87 - 88; VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 315, s. 18; HOFFMEISTER, F., MÜLLER, C. (eds.) *Brain Function in Old Age : Evaluation of Changes and Disorders. (Bayer-Symposium VII. held at Grosse Ledder, Germany, Oct. 18-22, 1978.)* Berlin: Springer-Verlag, 1979, s. 505; CROPLEY, A. J. *Lifelong Education: A Psychological Analysis*. 1. vyd. Hamburg: UNESCO Institut for Education, 1978, s. 82 - 84; PAPALIA, D. E., WENDKOS OLDS, S. *Human Development*. 5. vyd. New York: McGraw – Hill, Inc., 1992, s. 479 - 481.

Ve stáří často klesá schopnost adaptace člověka na nové životní události a podmínky. Jakákoliv nemoc a stres tuto schopnost dále výrazně omezují. Každá dramatická životní událost (např. hospitalizace, smrt partnera, změna bydliště) je pro jedince ve vyšším věku velice stresující a často vede ke zhoršení jeho zdravotního stavu.

Ve stáří se také snižuje intenzita emocí, člověk se jen tak lehce nenadchne pro něco nového. U některých jedinců se neprojevují zásadní odchylky, ale všeobecně platí, že s pokročilým věkem se snižuje kontrola emocí tak, že starý člověk je citově labilnější, citlivější, náladovější a více zranitelný. Starý člověk tak často reaguje úzkostně, někdy u něj převládá smutné ladění a plačtivost. Zároveň ale dovede racionálněji a klidněji posoudit určité situace.

Charakteristická je také názorová stálost. Velice často se v tomto věku vyskytuje i slabá vůle, mající vliv na důslednost, což se projevuje např. zhoršenou péčí o sebe a domácí prostředí. Do popředí se s přibývajícím věkem dostává i potřeba emočního zakotvení a kladného přijetí u osob blízkých. V pozdějším stáří dochází ke snížení zájmu o okolní dění a zaměření se na sebe a své problémy. Přecitlivělost jedince může vyústit až v hypochondrii.

Rysy osobnosti jsou stálé, některé se však s věkem zvýrazní a promítají se do jejího chování. Jako příklad můžeme zmínit spořivost projevující se ve vyšším věku až lakomstvím, nebo dominanci projevující se až despotickým rázem. Charakter jedince se v průběhu jeho života proměňuje, duševní nerovnováha s přibývajícím věkem klesá, sklon k introverzi předvídají menší výkyvy nálad a vnitřní klid.

Slovní zásoba, komunikační schopnost a obecná pozornost se nemění. Dochází ale ke zhoršení selektivní pozornosti, plynulé řeči, prostorové představivosti a logické analýzy. Fluidní inteligence (vrozená - důvtip, bystrost) se s přibývajícím věkem zhoršuje, krystalická inteligence (zkušenost - životní moudrost) se takřka nemění a do jisté míry tak kompenzuje neodvratný pokles inteligence fluidní. Zásadní změny se týkají paměti. U paměti stárnoucích lidí jsou patrné značné rozdíly. Starý člověk již nedokáže spolehlivě kódovat (vštěpovat) a opětovně si vybavovat informace. Vštěpování paměťového materiálu je ve stáří vlivem procesu fyziologického stárnutí přirozeně pomalejší, a také méně spolehlivé. Tento problém lze zmírnit tréninkem paměťových funkcí. S věkem se tak zhoršuje paměť krátkodobá, schopnost zapamatovat si jména, názvy či čísla a také paměť epizodická, naopak se nehorší a může být dokonce zlepšena paměť sémantická

a dlouhodobá. Vzpomínky starých lidí ale často bývají obsahově a emočně zkrácené. Bývá také poškozeno vytváření asociací. Místo, čas a obsah vybavované události jsou méně spolehlivě propojeny, tudíž reprezentace jednotlivých událostí jsou od sebe ztěžka rozlišitelné.

Koncentrace pozornosti je snižena, i přes značný význam zaměřeného objektu je závislá na unavitelnosti. Délka pozornosti se odvíjí od dispozic a motivace a potřebného rozsahu soustředění. Zvýšené obezřetnosti je potřeba při vykonávání náročných úkolů. Při učení zvládají snadné úkoly téměř shodně jako jedinci mladší. Při úkolech složitějších již rozdíl rostou, objevují se těžkosti. To ale neznamená, že stárnoucí lidé již nejsou schopni se něco nového naučit, ač je to pro ně složitější a k naučení potřebují více času.

Psychické změny jsou vázány i na změny biologické a sociální povahy. S psychickou involucí mohou přicházet i psychické poruchy, mezi které patří deprese, senilní demence a deliria.<sup>71</sup> V tomto životním období může docházet také ke změně sebepojetí, bohužel ale v tom záporném smyslu, a to v kontextu negativního pojetí společnosti ke stáří.<sup>72</sup>

### **Sociální změny**

Nejvýraznější sociální změnou ve stáří je penzionování. Odchod do důchodu představuje významnou sociální událost, zásadní změnu v životě jedince, která ho může ovlivnit v pozitivním i negativním smyslu. V souvislosti s odchodem do důchodu dochází podle Haškovcové<sup>73</sup> ke ztrátě životního programu a s tím spojené podstatné změně sociální role, podle Mühlpachra<sup>74</sup> pak přichází období jakési „ne – role“. V dnešní společnosti zacílené na ekonomickou produktivitu tento člověk pozbývá své hodnoty a ztrácí svůj status, což následně vede k pocitům neužitečnosti a bezmoci.<sup>75</sup>

Denní režim se tedy zásadně mění, dosavadní pravidelná pracovní činnost končí, sociální kontakty, zejména ty pracovní jsou přerušeny, nastává nadbytek volného času a prázdný prostor. Starý člověk se dále potýká úmrtím životního partnera či vrstevníků.

<sup>71</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; CALLAHAN, D. *Setting Limits : Medical Goals in an Aging Society*. 1. vyd. New York: Simon & Schuster, Inc., 1987, s. 19 - 20; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 26.

<sup>72</sup> STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stáří*. 1. Vydání. Praha: Portál, 1999, s. 87 – 88.

<sup>73</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 45 - 48.

<sup>74</sup> MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogii*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 28.

<sup>75</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 45 - 48; NEUGARTEN, B. L. (ed.) *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1968, s. 367.

Tyto skutečnosti pak souvisí s další sociální změnou ve stáří, a to je omezení sociálních kontaktů až sociální izolace.<sup>76</sup> Jak dále uvádí Haškovcová, starý člověk prožívá strach nejen ze samoty skutečné, ale i té potenciální.

Další změnou, která zasáhne rodinný život je odchod dospělých dětí z domova (syndrom prázdného hnízda). Ztráta rodičovské role pak bývá vystřídána novou rolí – rolí prarodičů.<sup>77</sup>

Jako poslední zde uvádíme problém závislosti. V souvislosti s procesem stárnutí organismu a tělesnými změnami může postupně ubývat samostatnost jedince a narůstat tak závislost na pomoci druhého člověka.<sup>78</sup>

#### 1.2.4 Potřeby ve stáří

Starý člověk potřebuje saturovat všechny potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž je velice často odkázán na pomoci druhých. Nutnost této pomoci však není spojená s pokročilým věkem, ale s poklesem soběstačnosti, který omezuje člověka v jeho schopnosti saturovat si své potřeby sám. Podstatné samozřejmě není uspokojovat pouze potřeby fyziologické, ale i ty vývojově vyšší, tzv. psychosociální, které však vystupují v okamžiku, kdy jsou uspokojeny potřeby základní. Všechny tyto lidské potřeby společně tvoří neoddělitelný celek spojující fyzickou, psychickou i sociální stránku člověka. Potřebou se totiž „nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také, a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje.“<sup>79</sup> V tomto smyslu si tedy můžeme pod pojmem potřeba představit určitou hybnou sílu, která daného jedince posunuje buď k druhému člověku, nějakému předmětu nebo určité činnosti. „Potřeba je projevem bytostného přání.“<sup>80</sup> Nenaplnění potřeb vede k frustraci, tedy ke zklamání, a často ke vzniku problémového chování.

Ve stáří dochází ke změnám v hierarchii lidských potřeb. Do popředí se tak dostává pocit jistoty a bezpečí, a to ve smyslu toho fyzického a psychického, ale i dostatečného

---

<sup>76</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 206; MADDOX, G. L. Retirement as a Social Event in the United States. In NEUGARTEN, B. L. (ed.) *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1968, s. 361 - 362.

<sup>77</sup> PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 27 - 28.

<sup>78</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 9 - 20.

<sup>79</sup> PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 36.

<sup>80</sup> PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 36.

ekonomického zabezpečení. Neméně důležitý je pocit uznání a užitečnosti, pocit vyrovnanosti a spokojenosti, zájem o vlastní zdraví a nalezení smyslu života. Starý člověk jakoby se vracel z vrcholu pomyslné Maslowovy pyramidy k jejím základům. Větší význam mají tedy potřeby fyziologické, z psychosociálních potřeb pak potřeba bezpečí a jistoty, sounáležitosti a lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut, potřeba informovanosti a autonomie.<sup>81</sup>

Mění se též upřednostňovaný způsob uspokojování potřeb. „*Stárnutí je charakteristické poklesem potřeby nových podnětů a zkušeností či ochoty nevyhnutelnou změnu akceptovat a vzestupem důrazu na jistotu a stabilitu. Prožívání stárnutí a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na sebe sama, na uspokojení vlastních potřeb, což vyplývá ze zhoršení některých fyzických i psychických kompetencí a vědomí ubývání soběstačnosti.*“<sup>82</sup>

Vágnerová<sup>83</sup> dále uvádí, jak jsou ve stáří modifikovány některé z vyšších potřeb. Potřeba stimulace (tedy podnětů), potřeba změn a otevřenost novým zkušenostem bývá ve stáří snížena. Jejich větší intenzita může staršího člověka dráždit a unavovat. Staří lidé upřednostňují zažitý klidnější stereotyp. Při větší intenzitě nových podnětů se může senior cítit dezorientovaný a nejistý. Senioři tak rádi zůstávají ve světě, který je jim důvěrně známý, jenž je minulostí, což se může projevat častým vzpomínáním. I přesto senioři potřebují určitou míru nových podnětů pro aktivizaci a oddalování závislosti na pomoci druhého člověka.

Potřeba sociálního kontaktu bývá pozměněna. Staří lidé sice potřebují dostatek sociálních podnětů, ale na druhé straně i své soukromí právě proto, aby nebyli vystaveni zátěži přílišné stimulace. Upřednostňují kontakty se známými lidmi, které upevňují pocit jistoty a současně je příliš nezátěžují. Většinou se jedná o vlastní rodinu či blízké, kteří rozumí jejich steskům a potřebám.

Potřeba citové jistoty a bezpečí bývá ve stáří silnější než ve středním věku. Senioři si jsou vědomi ubývání svých sil a schopností, cítí se být ohroženi nemocí či jinými ztrátami.

---

<sup>81</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. 2.*, přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 252 - 253; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 83 - 85; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.* Praha: Portál, 1998, s. 35 - 41.

<sup>82</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 1.* vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 344.

<sup>83</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 1.* vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 344 - 347.



Vazba na rodinu či blízké lidi ochotné poskytnout pomoc a oporu však pocit bezpečí a jistoty posiluje.

Potřeba intimity již nemá podobu erotického zaměření, ale nabývá významu ve smyslu pocitu psychické blízkosti, pochopení, přijetí či sdílení. Blízkost rodiny je nenahraditelná a velmi důležitá.

Potřeba otevřené budoucnosti a naděje bývá ve vztahu k zachování soběstačnosti a sebeúcty. Naděje bývá přesunuta na mladší generaci, na život dětí či vnoučat.

Důraz na potřeby seniorů klade i Klevetová<sup>84</sup>. Tato autorka uvádí pět oblastí životních vývojových potřeb, které ve vztahu k seniorskému věku blíže vysvětluje:

1. Potřeba stimulace správnými podněty se zakládá především na přijímání dostatečných informací, a to prostřednictvím sluchu, zraku, čichu, hmatu a vnímání těla. Pro lidský organismus je důležité po celý život přijímat správné podněty, na správném místě, ve správném čase, v přiměřeném množství a kvalitě. I starý člověk musí dostávat i přes vývojové změny probíhající ve stáří dostatečné informace, a to takové, kterým je schopný rozumět.
2. Potřeba smysluplného světa souvisí s výše popsanou potřebou. Správné podněty jsou důležité pro pochopení sebe sama a prostředí, ve kterém člověk žije, a také pro porozumění účelu, ke kterému lze získané poznatky využít. U starého člověka je tedy důležité vše objasňovat pro pochopení změn, ke kterým v jeho organismu dochází. Senior se totiž velmi těžko smíruje se ztrátami. Takový jedinec proto „*potřebuje pochvalu a podporu za cokoliv, co dokázal. Je třeba zkoušet najít jiné způsoby sebepéče, které dokáže přijmout, a umí je zvládat. Schopnost učení a tvořivost ve stáří nezaniká.*“<sup>85</sup>
3. Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti pak souvisí se ztrátou sociální role (nebo několika rolí), ke které dochází ve vztahu k odchodu do důchodu, a jež je spojená se spoustou sociálních změn, životních ztrát, ale i s pocitem vyřazení ze společnosti a neužitečnosti, které jsou často seniory velmi obtížně přijímány.

---

<sup>84</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 68 – 82.

<sup>85</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 78.

4. Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými vyplývá z momentálního chápání vlastního životního obrazu a z přemýšlení o otázkách kdo jsem, co mám, co umím, co dovedu a o čem všem můžu rozhodovat. Životní ztráty, nemoc i jistá sociální omezení mohou ovlivnit autonomii a kontrolu nad vlastním životem. Tuto potřebu tedy autorka blíže specifikuje jako „*mít svůj život pod kontrolou a moci si rozhodovat o svých činnostech, ...uznávat se takový, jaký jsem a získat pocit důležitosti.*“<sup>86</sup>
5. Potřeba otevřené budoucnosti prostřednictvím naděje a perspektivy, která je postavená na víře staršího člověka ve vlastní schopnosti a naději, že má u sebe někoho, kdo ho bude doprovázet úskalím stáří a pomůže mu nést tíhu minulých let, ale i současných i potenciálních omezení.

Celková péče o starého člověka musí vycházet nejen z hodnocení jeho aktuálních tělesných změn, ale i z chápání jedince jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším, kde bereme ohled na změny v jeho prožívání, změny v sociálních rolích a životních perspektiv. V období stáří nemůžeme podceňovat důležitost psychosociálních potřeb, tyto musí být zajištěny i v nemocnici či jiné instituci. Jejich saturace má významnou úlohu pro upevnění celkového zdraví i pro motivaci k dalšímu životu.<sup>87</sup>

Nelze než souhlasit, že výše citované potřeby člověka ve stáří naprosto vystihují i situaci pacienta v seniorském věku a je třeba si je v rámci jejich péče plně uvědomit a maximálně zohledňovat. Poskytovatelem této péče může být rodina, profesionál (např. zdravotník) či jiný člověk, měřítkem pro hodnocení kvality poskytnuté péče však nemůže být nic jiného než spokojenost a prospívání samotného seniora.

### **1.2.5 Životní změny ve stáří**

Jak jsme již dříve zmínili v části věnované sociálním změnám ve stáří, nejvýraznější sociální změnou v životě staršího člověka je odchod do penze. Při odchodu do penze je člověk postaven před další zásadní problém, kterým je vhodná změna životního stylu. Denní režim byl doposud řízen pravidelnou pracovní činností a nyní nadešel čas na nové uspořádání života. Někdo s nadšením využije tento prostor k realizaci svých plánů, na které neměl

---

<sup>86</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 81.

<sup>87</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 67

v průběhu rodičovské role prostor a v rámci pracovní činnosti čas, pro jiného vzniká pocit nejistoty a jakési prázdné místo. Na odchod do penze se hůře adaptují muži, ženy obvykle nacházejí další uplatnění v domácnosti. Značným problémem je tak odchod do penze bez kompenzace zaběhlého denního rytmu, bez denního programu.<sup>88</sup>

Často také v souvislosti s odchodem do penze dochází k výrazným změnám finančního zajištění a následným poklesem životní úrovně. Což seniora mimo jiné výrazně omezuje i v zažitých kulturních, společenských či jiných aktivitách.<sup>89</sup>

Smrt životního partnera patří mezi jedny z nejtěžších životních zkoušek, se kterou se musí člověk vyrovnat. Společná existence a jakási část vlastní bytosti jakoby odešla. Někdo se s tímto faktem nevyrovná po zbytek svého života. Postupně však umírá i řada vrstevníků a u člověka pak další smrt v jeho okolí může vyvolat strach a obavy z přicházející vlastní smrti.<sup>90</sup>

I rodinný život staršího člověka doprovází mnoho změn. Někdo se ještě věnuje svým velmi starým rodičům. Dospělé děti odchází z domova, osamostatňují se, starší rodiče se spolu ocitají sami, a musí najít nový způsob života bez dětí. Tato situace může tuto dvojici sblížit, nebo naopak se mohou objevit problémy a vytvoří se jakási prázdnota. Krize pak může nastat v rodině, jejich jediným pojátkem byly právě děti. Posléze se ze starých rodičů stanou prarodiči a přibude starost o vnoučata. Mnozí rodiče pak usilují o možnost znovu nabytí rodičovské role, ze které pak vytlačují rodiče svých vnoučat. Jsou ale staří lidé, kteří žijí osaměle, v moderní rodině může totiž ubývat mezigeneračního soužití, vzájemného sdílení

---

<sup>88</sup> Srov. ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 139; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 47 - 48; BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 82; ROGERS, D. *The Adult Years: An Introduction to Aging*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1979, s. 329; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004, s. 54 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).

<sup>89</sup> Srov. ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 139; BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 82.

<sup>90</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018, s. 60.

rodinných pout, nastat citové ochlazení a omezení komunikace v rámci rodiny. Tak tomu ale naštěstí není vždy.<sup>91</sup>

Zdravotní stav člověka se s přibývajícím věkem postupně nenávratně zhoršuje. U starších lidí je tedy vyšší pravděpodobnost výskytu vážných a strasti přinášejících nemocí, což může být důvod, proč se bojí stáří. A mít strach je přirozené. Dostaví-li se ve stáří nemoc, zejména chronická či těžká, ovlivní v zásadě všechny každodenní činnosti jedince. Takový člověk se pak ocitá v těžké životní situaci, zvláště je-li nemoc spojená s hospitalizací a omezením soběstačnosti. Člověk pak zjišťuje, že nemusí fyzicky zvládnout či stihnout to, co by ještě v životě chtěl konat. Příchod takové nemoci pak starší lidé většinou akceptují jako nepřekvapující zlo a také ji mohou vnímat jako neklamnou předzvěst na možnost blížící se konec své životní cesty.<sup>92</sup>

Další výraznou životní změnou ve stáří může být změna bydlení (možné přestěhování do menšího bytu, k dětem, domova důchodců, domova s pečovatelskou službou atp.). Nastává tak rozloučení se s minulostí, se soukromím a dále s čímkoli, co doposud bylo součástí života. O velmi náročnou životní situaci se pak jedná zejména v případě, pokud tato změna přichází náhle, nebo se děje proti vůli daného člověka.<sup>93</sup>

Zhoršení soběstačnosti je dalším problémem. Starý člověk je časem více či méně závislý na pomoci svých dětí, nebo blízkého okolí, které často v této době samy začínají stárnout. Mnoho seniorů se zdráhá říci o pomoc a obtížně se smiřuje se závislostí na druhých. Člověk pak prožívá pocity osamělosti, méněcennosti a zbytečnosti, a spolu s ochuzováním dřívějších sociálních vztahů se může ocitnout ve dříve již zmíněné sociální izolaci.<sup>94</sup>

---

<sup>91</sup> Srov. KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 85 - 106; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 82.

<sup>92</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 248 - 252; KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018, s. 64 - 65; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004, s. 30 - 32 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).

<sup>93</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 52, s. 57 - 60.

<sup>94</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 248 - 252; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 50 - 57; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004, s. 30 - 32 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).

Prevenčí těchto následných jevů jsou zejména optimální příprava na stáří (ať už dlouhodobá, střednědobá či krátkodobá), kvalitní interpersonální vztahy a funkční rodina seniora.<sup>95</sup>

### 1.2.6 Adaptace na stáří

Proces stárnutí provází více problémů, které se vztahují zejména k nově vznikajícím sociokulturním, ekonomickým a existenčním podmínkám. Pro adaptaci na tyto nově vznikající podmínky neexistuje žádná norma. Délka adaptace je velmi individuální a je podmíněna různými faktory. Vlastní adaptace na stáří závisí zejména na typu osobnosti člověka, jeho povahových rysech, dosavadních zkušenostech a životní filosofii.<sup>96</sup> Můžeme však konstatovat, že existuje několik strategií, jak se může starší člověk vyrovnat se skutečností, že stárne. Határ<sup>97</sup> vymezuje těchto pět základních strategií adaptace člověka na seniorský věk:

1. Konstruktivní přístup ke stáří. Tento přístup ke stáří je optimální strategií. Je to strategie soběstačného člověka, který přijímá vlastní stáří včetně jeho projevů. Pohled na život ve stáří má optimistický, je relativně vyrovnaný s blížícím se koncem své životní cesty, do budoucna hledí s perspektivou, zachovává si smysl pro humor a má radost ze života. Udržuje si duševní rovnováhu i fyzickou kondici, je soběstačný, rozvíjí své zájmy a udržuje si kvalitní vztahy s rodinou i okolím.
2. Strategie závislosti. Tato strategie je typická převážně pro jedince, kteří zaujímají k životu všeobecně pasivní postoj. Příznačná je nesoběstačnost a spoléhání se na druhé i následné očekávání pomoci a péče. Své problémy jedinec zvětšuje pro snadnější manipulaci s lidmi v okolí nebo rodinou.
3. Obranná strategie. Obrannou strategií zaujímají jedinci, kteří svůj věk popírají a nechťejí se s ním smířit. Obávají se hrozící ztráty aktivního života a odmítají změny

---

<sup>95</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 30 - 32; ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, S. 145 - 146; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 173 - 178; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 52, s. 56 - 57; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 58 - 67.

<sup>96</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 31; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 55 - 57.

<sup>97</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 56.

ve stáří i pomoc od druhých. Lpí na svých zvyklostech a nechtějí nic měnit. Obranným způsobem může být oddalování odchodu do penze a úsilí zachovat si společenské i pracovní postavení za každou cenu. Jedná se většinou o jedince, kteří jsou zvyklí tvrdě pracovat, mnohdy i ve vysokých funkcích.

4. Strategie hostility (nepřátelství). Strategie jedinců, kteří jsou nepřátelští vůči všemu a všem. Ze strachu způsobují neshody a problémy všude tam, kde je to možné. Charakteristické je svalování vlastní viny na jiné, agresivita, zloba, nevrlost a nespokojenost. Mnohdy tyto jedinci žijí osaměle, protože se jim vlastní rodina i okolí vyhýbá.
5. Strategie sebenenávisti. Typická pro jedince, kteří sami sebe obviňují ze svých neúspěchů, nemají se rádi a na svůj život pohlíží kriticky. Mají pocit viny a osamění. Jsou pasivní, mírně deprimovaní a chybí jim iniciativa. Nemají uspokojivé rodinné vztahy a zájem o společenský život.

Strategie se v průběhu stáří mohou měnit a vzájemně propojovat, závisí tak na každém jedinci a jeho celkovému postoji k životu, a to i v předešlých životních obdobích. Ve stáří je schopnost adaptace na změnu pomalejší, je tedy důležité, pokud to jde, změny ve stáří plánovat postupně a s rozvahou. Podstatné je taktéž neulpívat na činnostech, na které se již síly nedostávají, odvážně přijmout fakt omezení a tyto síly zacílit k jiným životním hodnotám.<sup>98</sup>

Záměrem úspěšné adaptace je udržet si pocit identity a kontinuity. Efektivitu adaptace hodnotíme podle toho, do jaké míry se jedinci podaří zkoordinovat své životní potřeby a způsob jejich saturace s podmínkami svého životního a společenského prostředí, a také s požadavky současné společnosti. Bezpečným ukazatelem úspěšné adaptace ve stáří jsou zejména vnitřní spokojenost jedince a pozitivní společenské vztahy.<sup>99</sup> K úspěšné adaptaci na stáří významně přispívá příprava na stáří, jako dlouhodobý proces, který by měl začít od brzkého věku člověka. Realizovat opatření až ve stáří je pozdě. Příprava na stáří by měla být mnohostranná, měla by směřovat k naplnění cílů krátkodobých a hlavního cíle celoživotního. Ten spočívá v přípravě jedince na aktivní stáří, pokud možno v dobrém zdraví, tvořivé pohodě, v důstojném prostředí a sociálním zabezpečení. Záměrem

---

<sup>98</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 31.

<sup>99</sup> ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998, s. 50 – 51.

přípravy na stáří je dále snaha o minimalizaci negativně a podporu pozitivně působících vlivů.<sup>100</sup> „Umění stárnout se opírá o fakt, že člověk se naučí přijmout krásu tohoto období i s její odvrácenou tváří. Zestárnout úspěšně a šťastně je velké umění.“<sup>101</sup>

### 1.2.7 Starý člověk a rodina

Rodinný život prochází několika fázemi. Ve vztahu k tématu této práce se zaměříme až na tu poslední, kterou je fáze stáří a životního osíření. Jedná se o konečnou vývojovou etapu manželského soužití a závěrečné období života. Starý člověk vzpomíná na prožitá období života a bilancuje. Mohou se vyvíjet i nové vztahy, pro okolí někdy nepochopitelné a nepřijatelné, nic méně skýtající krásné dny plánování šťastné budoucnosti těm, kteří jsou odvážní znovu začít. Vzpomínky na mladá léta mohou sblížovat prarodiče se svými vnoučaty. Některé rysy osobnosti s věkem mohou krystalizovat a přichází jiné nároky na soužití. V manželství se může objevit tzv. ponorková nemoc. Muži mají obvykle kratší život než ženy. Vývoj rodiny tak často končí ovdověním. Více jak polovina žen v České republice žije sama.<sup>102</sup>

Do způsobu života současného modelu rodiny zasahuje mnoho změn z oblasti společenské, kulturní, ekonomické a právní. Vývoj současné rodiny je značně dynamický. Vztahy v rodině tak procházejí velkými změnami.<sup>103</sup>

Některé studie ukazují, že stejně tak jako v západních zemích v 60. letech 20. století i u nás po roce 1989 došlo ke změně chápání rodinných vztahů. Z pohledu mladších i starších respondentů není soužití více generací většinou pokládáno za žádoucí a spolužití tří generací pod jednou střechou tak bývá výjimečné. I přesto, že je obecně společnost a to zejména ve vyspělých zemích vůči seniorské populaci navenek naladěna záporně, studium mezigeneračních vztahů poukazuje na to, že senioři nejsou ve společnosti na pokraji sociálních vazeb, ale právě naopak jako příbuzní či přátelé jsou nedílnou součástí sociálních sítí. Ačkoli již starší generace nebydlí se svými potomky tak často jak tomu bylo dříve a tito jsou převážně pracovně zaneprázdněni, je četnost jejich vzájemných kontaktů poměrně

---

<sup>100</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 32; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 52.

<sup>101</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 32.

<sup>102</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 154; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 88; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004, s. 59 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).

<sup>103</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 86 - 87.

velká. Kvalitní mezigenerační vztahy tak mohou poskytovat nenahraditelnou vzájemnou pomoc a podporu napříč všemi generacemi a to nejen v rámci rodiny. Jednotlivé generace mohou žít sice odděleně, ale v takové blízkosti, aby si v případě nutnosti mohli pomoci. Senioři pak upřednostňují preferované bydlení do okamžiku, dokud se neobjeví intenzivnější potřeba pomoci druhé osoby. Závěry těchto studií sdělují, že rodina si svou hodnotu udržela.<sup>104</sup>

Pro seniora má rodina a bezpečné rodinné zázemí nenahraditelný význam. Péči v domácím prostředí tak senioři přijímají převážně kladně. Dobře fungující rodina skýtá všem členům rodiny pocit bezpečí, porozumění a vzájemnou pomoc. Přetrvává zde přirozená úcta ke starší generaci, současně i respekt a podpora práv a nároků té mladší. Soužití všech členů rodiny je tak založeno na demokratických zásadách, solidaritě, a zejména lásce. Správně fungující rodina ve stáří splňuje řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena rodiny, mezi ty nejdůležitější patří: moci pečovat, chtít pečovat a umět pečovat. Postoj rodiny a její ochotu pečovat o seniora v domácích podmínkách však ovlivňuje závažnost nemoci, její délka a prognóza. Někteří příbuzní, pečují-li o svého starého ne již zcela soběstačného člena rodiny, i když péči dobře zvládají, ji však mohou po čase pociťovat jako nadměrnou zátěž. Tato péče pak u nich může způsobovat celkové emoční vyčerpání. Žádají tak o pomoc zvenčí, nebo na péči dříve rezignují. I přes veškerou snahu rodiny tak může nastat situace, kdy už nelze pečovat o starého člověka v rodinném prostředí. U mnoha případů tak dojde k umístění seniora do některé ze zdravotních či sociálních institucí. I po umístění do ústavní péče však má správně fungující rodina snahu se o seniora dále starat – návštěvy, drobné úkony.<sup>105</sup>

Smutnou realitou je však očekávání potomků, že zabezpečování potřeb starších členů rodiny je v kompetenci státu. Ve větší míře upřednostňované oddělené bydlení jednotlivých generací nebere ohled na možnou závislost starší generace na pomoci svých dětí, počítá spíše s pomocí občasnou, realizující prostřednictvím docházení za svými staršími členy rodiny.

---

<sup>104</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. 2.*, přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 65 - 79; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 88; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004, s. 57 - 59 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).

<sup>105</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. 2.*, přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 285 - 297; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 87 - 98; PACOVSKÝ, V.: *O stárnutí a stáří. 1.* vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. 54; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.* Praha: Portál, 1998, s. 68 - 75; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004, s. 57 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).



Nedostatek klidu, soukromí a péče o staršího příbuzného navíc znemožňuje realizovat své pracovní či osobní plány. „Možná, že v současném společenském klimatu je považováno za vhodnější, aby starší lidé byli raději v bezpečném sociálním zařízení. Mladí o ně mají strach, a tak své povinnosti pečovat o rodiče přesouvají na jiné. Je to jednodušší.“<sup>106</sup>

V praxi se můžeme setkávat i s tím, že rodina mylně zaměňuje omezenou soběstačnost ve stáří za nemoc a pocítuje tak obavy, aby svou péčí seniorovi nějak neublížila. Na druhé straně, ve snaze mu pomoci, však může komplikovat dodržování jeho léčebného režimu, např. nedodržením klidu na lůžku, dietního režimu donášením nevhodného jídla nebo nápojů, vzbuzováním nedůvěry ke způsobu léčení atd. Úkolem profesionálů je pak snaha o adekvátní zapojení rodiny do spolupráce na zvyšování úrovně soběstačnosti a sebezpečí daného seniora. Je prioritní seznámit členy rodiny s individuálním plánem péče a vysvětlit v něm roli rodiny. Podstatný je tedy včasný rozhovor s rodinou, zjištění, zda vůbec má a v jakém rozsahu o spolupráci zájem. Význam rodiny s narůstajícím věkem výrazně stoupá. Úloha rodiny v péči o svého člena rodiny je nenahraditelná. Rodina by ale měla poskytovat pomoc pouze v takových záležitostech, které si senior nemůže obstarat sám. V takovém případě pak rodina představuje záruku pomoci psychické, fyzické i materiální. Podle zkušeností vyplývajících z praxe řady vyspělých zemí nemůže úlohu rodiny v péči o své blízké zastoupit žádná zdravotnická instituce.<sup>107</sup>

### 1.2.8 Zdraví a nemoc ve stáří

V hodnotovém žebříčku stárnoucího člověka stoupá do popředí hodnota zdraví, na němž stojí schopnost sebeobsluhy, soběstačnost a nezávislost. Za zdravého je senior považován tehdy, pokud nemá zjevně přítomné žádné onemocnění, je celkově spokojený, zdravotně a sociálně adaptován. Populace seniorů je však z hlediska zdravotního stavu velice heterogenní. Oproti mladším jedincům se tato populace vyznačuje vyšší celkovou morbiditou, zejména vysokým výskytem chronických či degenerativních onemocnění, ale i vyšší incidencí akutních zhoršení a dekompenzací.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 97.

<sup>107</sup> Srov. KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 101 - 102; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští seniori včera, dnes a zítra*, 2004, s. 57 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).

<sup>108</sup> Srov. NEMÉTH, F. et al. *Geriatra a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 22 - 23; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013, s. 42 - 43.

V každém věku jsou příčiny způsobující onemocnění shodné, rozdílný je však terén, na kterém onemocnění působí, jeho odlišnost je daná především procesem stárnutí. Jednotlivé tělesné systémy a orgány ve stáří tak reagují na vyvolávající příčinu onemocnění jiným způsobem. Specifickým rysem nemocnosti ve vyšším věku jsou tzv. polymorbidita (taktéž multimorbidita, neboli přítomnost několika onemocnění u téhož jedince bez kauzální souvislosti najednou), jednotlivá onemocnění se vzájemně prolínají, ovlivňují (může vzniknout i tzv. dominový efekt) a jsou doprovázena celkovou rizikovostí seniora. S polymorbiditou pak souvisí i polypragmázie (užívání velkého množství léků). Dalším specifickým rysem jsou zvláštnosti klinického obrazu. První z nich je mikrosymptomatologie (příznaky nemoci jsou jen minimálně vyjádřené), dále monosymptomatologie nebo oligosymptomatologie (neboli tzv. fenomén ledovce, kdy nemoc se neprojevuje obvyklou škálou příznaků, ale jen jedním nebo několika z nich), symptomatologie druhotného postižení (na chorobný stav zareaguje jiný než postižený orgán, obvykle ten nejzranitelnější, což je u starého člověka mozek), řetězení příznaků, atypické lékové reakce a poslední zvláštností klinického obrazu ve stáří je ohlášení nemoci pouze prostřednictvím nespecifických příznaků. Charakteristický je také atypický průběh nemoci, specifické komplikace, častý je přechod současné choroby do chronicity a vysoký invalidizující potenciál nemoci. Ve stáří je prevalence chronických onemocnění tak vysoká, že nepřítomnost chronické nemoci nebo chronických příznaků je patrná pouze u malého procenta obyvatel.<sup>109</sup>

Z chronických onemocnění objektivně sledovaných u starých osob se nejčastěji vyskytují onemocnění kardiovaskulárního systému (stavy po infarktu myokardu, ischemická choroba srdeční, hypertenzní nemoc, cévní mozkové příhody), onemocnění pohybového systému (osteoporóza, artrózy), onemocnění endokrinního systému (zejména diabetes mellitus), dále onemocnění nervového systému (Parkinsonova choroba), dýchacího systému (infekce dýchacích cest), smyslových orgánů (katarakta, makulární degenerace), močového systému (inkontinence), gastrointestinálního traktu nebo úrazy. Nejčastějšími subjektivními zdravotními obtížemi u těchto osob jsou bolesti, porucha spánku, závratě, dušnost a celková slabost. Vedle onemocnění postihující tělesnou schránku se pak ve stáří častěji objevují amentní stavy, deprese a stařecké demence, z nichž pak nejzávažnější Alzheimerova choroba,

---

<sup>109</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 250; NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 24 - 25; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013, s. 42 - 43, TOPINKOVÁ, E. *Geriatríe pro praxi*. Praha: Galén, 2010, s. 5.

kterou v České republice trpí podle odhadů přibližně 50 až 70 tisíc osob. Nejzávažnějším a zároveň nejobávanějším důsledkem nemocnosti ve stáří je snížení soběstačnosti, které může vyústit až v bezmocnost vyžadující si permanentní pomoc od druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. Cílem péče je pak snaha dosáhnout návratu plné nebo alespoň praktické soběstačnosti.<sup>110</sup>

Lékaři pak v této spojitosti mluví o nemocných seniorech jako o křehkých pacientech. Což znamená, že se jejich zdravotní stav může naprosto lehce a náhle dekompenzovat. Křehkost (anglickým termínem *frailty*), respektive rizikovost je způsobena jednak fyziologickým poklesem funkce orgánů, tak i úbytkem svalové hmoty v důsledku dekonkondicace, úbytkem kostní hmoty a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, eventuálně i poruchou imunity a kognitivních funkcí či kardiovaskulární výkonnosti. Tyto jedince pak ohrožuje omezení (anglickým termínem *disability*) v provádění běžných denních činností, nesoběstačnost, pády, zlomeniny, inkontinence a nepříznivý vývoj jejich zdravotního stavu. Na seniorskou křehkost má ale vliv celá řada faktorů, nejen těch zdravotních, ale i sociálních. Proto je důležité zdravotní stav takového pacienta posoudit komplexně, správně tak poznat jeho aktuální potřeby, jen tak je možné je efektivně uspokojit.<sup>111</sup>

Vzhledem k tematickému zaměření této práce je důležité poznamenat a pamatovat na to, že zdravotní stav, resp. onemocnění, zvláště pak to duševní může mít negativní vliv na edukační proces a tvořit překážky – bariéry v edukaci.

### 1.2.9 Nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů v seniorském věku

Ošetrovatelský problém popisuje situaci, ve které pacient potřebuje pomoc při upevnování, udržení či navrácení zdraví, anebo zabezpečení klidného umírání a smrti. Ošetrovatelské problémy se u pacientů v seniorském věku odvíjí především od zdravotního stavu (vč. zvláštností chorob ve stáří) a jejich soběstačnosti a schopnosti sebepéče. U starých lidí se tak mohou tyto problémy vyskytovat současně v tělesné, psychické i sociální oblasti. Typická je také přítomnost vícero aktuálních i potenciálních problémů, které mají dlouhodobý

---

<sup>110</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. 2.*, přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 251 - 252; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.* Praha: Portál, 1998, s. 59 – 60; TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi.* Praha: Galén, 2010, s. 6.

<sup>111</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. 2.*, přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 251 - 252; MILLER, C. A. *Nursing care of older adults: theory and practice.* Philadelphia: J. B. Lippincott, 1995, s. 13; NEMÉTH, F. et al. *Geriatric a geriatrické ošetrovatelstvo.* Martin: Osveta, 2009, s. 29.

ráz a vyžadují si nestálé ošetrovatelské zásahy. Ošetrovatelská péče je u starých pacientů komplexní, zaměřená na více aspektů, orientovaná více na nemocného než na nemoc a má tak holistický charakter. Z těchto důvodů se ošetrovatelské problémy vztahují na somatické, psychické, sociální i spirituální potřeby seniora.<sup>112</sup>

Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy, které se vztahují na tělesné potřeby seniorů, patří: omezená pohyblivost, nedostatečná sebezpečie, intolerance aktivity, riziko úrazu, změna ve výživě (menší příjem než tělesná potřeba, nebo naopak větší příjem než tělesná potřeba), porucha polykání, snížený objem tělesných tekutin, zvýšený objem tělesných tekutin, inkontinence moče (funkční, urgentní, stresová, reflexní), zácpa, inkontinence stolice, neúčinná samočistící schopnost dýchacích cest, akutní bolest, chronická bolest.<sup>113</sup> K ošetrovatelským problémům týkajících se psychických a sociálních potřeb seniorů patří: akutní zmatenost, chronická zmatenost, strach, úzkost, beznaděj, bezmocnost, nedostatek vědomostí, sociální izolace, smutek, narušená adaptace, narušená verbální komunikace.<sup>114</sup>

Předpokladem saturace potřeb pacienta v seniorském věku je tedy holistický přístup, tj. hodnocení jeho biopsychosociálních a duchovních potřeb s respektováním všech zvláštností vyššího věku. Sestra se orientuje především na ty potřeby, které mohou být v návaznosti na stáří či onemocnění modifikované, popřípadě na potřeby, které v důsledku s těmito změnami vznikly.<sup>115</sup> V důsledku polymorbidity a změnám ve stáří tak mohou vznikat rozličné problémy, které se vzájemně ovlivňují. Vyřešení jednoho problému tak může napomoci k řešení ostatních. Hodnocení potřeb pacienta však nemá nikdy konečnou podobu, je to proces, který neustále trvá a mění se podle jeho momentálního stavu a situace. Úlohou sestry pak je problémy pojmenovat. Plánování a realizaci ošetrovatelské péče by sestra měla realizovat právě s ohledem na aktuální potřeby daného jedince. Plánování a hodnocení ošetrovatelské péče je podmínkou její efektivity, kontinuity a důslednosti.<sup>116</sup>

---

<sup>112</sup> NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 57 - 58.

<sup>113</sup> Srov. NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 58; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 21 - 24.

<sup>114</sup> Srov. NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 58; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 21 - 24.

<sup>115</sup> Při hodnocení pacienta v seniorském věku je důležité, aby sestra rozlišovala mezi normálními změnami stárnutí a onemocněním. Například změna duševního stavu může být chybně připsána ke stáří v době, kdy může být známkou základního zdravotního problému. Navíc u těchto pacientů mohou klinické příznaky poruchy existovat odlišně než v případě mladšího pacienta. Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 9 - 10.

<sup>116</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 9; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 9 - 25; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 79 - 89.

## 2 Edukace seniorů

V této kapitole se zacílíme na specifika edukace seniorů. Nejprve se však zaměříme na pojmosloví, která pokládáme při zpracování tohoto tématu za vhodná a z nichž vycházíme i v naší práci. Dále se budeme věnovat vybraným aspektům edukace seniorů.

Objektem edukačních strategií sester v naší disertační práci je stárnoucí a starý člověk. Jak ale představitele této věkové skupiny označit? Pro označení jedinců v pozdních fázích ontogenetického vývoje se v odborné literatuře setkáváme s různými termíny. Gerontologie používá nejčastěji termín *geront*, psychologická literatura pak pojem *senescent*, jinde se můžeme setkat s označením *starý člověk* nebo *starobní důchodce*. Reálné je i používání eufemismů jako *stříbrná generace*, *zkušenější* či *zralejší občané*, nebo pojmenování stáří jako *podzim života*.<sup>117</sup> Haškovcová<sup>118</sup> také navrhuje jednoduché označení: *starší občané*. V současné době se stále více prosazuje i označení populace 65+. V edukační praxi se dnes používá termín *senior*, a to zejména proto, že je významově neutrální. Termín *senior* je většinou příznivě přijímán a používán i samotnými účastníky v rámci edukace.<sup>119</sup>

Edukace je pak výraz latinského původu: *educō, educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. V obecném významu pojem edukace pak vymezují v *Andragogickém slovníku Průcha a Veteška*<sup>120</sup> jako všechny situace, ve kterých se odehrávají nějaké edukační procesy, tj. dochází k nějakému druhu učení, ať už záměrného či bezděčného. V *andragogickém*, resp. *geragogickém* významu dle týchž autorů pojem edukace zahrnuje všechny druhy formálního a neformálního vzdělávání včetně vzdělávání dospělých a seniorů.<sup>121</sup> Pojem edukace je v novodobé pedagogice používán jako vhodnější než tradiční výraz „výchova a vzdělávání“, neboť ten se aplikuje jen na řízené vzdělávací procesy v rámci školy.<sup>122</sup> Pro potřeby předkládané práce vidíme jako vhodnější chápání pojmu edukace jako širě

<sup>117</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMĚKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 47.

<sup>118</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 21.

<sup>119</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 27.

<sup>120</sup> PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 93.

<sup>121</sup> Srov. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 93; ŠPATENKOVÁ, N., SMĚKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 55.

<sup>122</sup> Srov. BEDNARÍKOVÁ, I. *Kapitoly z andragogiky 1*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012, s. 47 - 53; PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 93.

chápaný proces výchovy a vzdělávání, jež si klade za cíl nejen osvojení si určitých poznatků či dosažení určité změny v chování, ale i vytváření, resp. přebudování hodnotových, vztahových postojů, citových, volních a vzdělanostních struktur osobnosti jedince.<sup>123</sup> V tomto smyslu budeme pojem edukace v této práci používat stejně.

Problematikou edukace seniorů se v české odborné literatuře zabývají zejména: Livečka, Mühlpacher a Špatenková; na Slovensku pak Čornaničová a Határ. Zacílíme se tedy nejvíce na pojetí těchto autorů. Představíme ale i přístup několika autorů dalších, neboť je pokládáme za ne méně inspirativní a mohou stejně tak přispět ke snadnějšímu porozumění řešené problematice.

## **2.1 Vybrané aspekty edukace seniorů**

Seniori jako cílová skupina v rámci edukace je značně různorodá. Jak vyplývá z předchozích kapitol, pro tuto věkovou skupinu jsou typické značné individuální rozdíly např. v psychických a kognitivních schopnostech, rozličných zájmech a potřebách, individuálních zkušenostech, anebo také v kognitivních, emočních, tělesných či a sociálních změnách typických ve stáří. V souladu s respektováním odlišností období stáří je podle našeho názoru důležité reflektovat specifické potřeby seniorů, přizpůsobit edukaci schopnostem a dovednostem naslouchajícího, tzn. volit takovou edukační strategii, která napomáhá průběhu učení u seniorů a zefektivňuje jeho výsledky.

### **2.1.1 Význam edukace seniorů**

Dnešní výzkumy potvrzují, že edukační aktivity realizované v seniorském věku výrazně přispívají k pocitu uspokojení, důstojnosti, začlenění do společnosti i k fyzickému a duševnímu zdraví. Mohou taktéž zlepšit orientaci jedince v nových životních podmínkách a schopnost samostatně se rozhodovat.<sup>124</sup>

### **2.1.2 Cíle edukace seniorů**

Hlavním cílem edukace seniorů není získávání vědomostí a dovedností, které jsou předpokladem výkonu, ale rozvoj schopností, obohacení znalostí a rozvoj osobnosti

---

<sup>123</sup> SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 24.

<sup>124</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 12.

k seberealizaci.<sup>125</sup> Mezi nejpodstatnější cíle edukace seniorů podle Petřkové a Čornaničové patří:

- „*kultivace života a jeho obohacování;*
- *pochopení vývojových úkolů seniorského věku a usnadnění adaptace na změněný způsob života;*
- *udržování tělesné i duševní aktivity;*
- *pomoc při orientaci v dnešním rychle se měnícím světě.*“<sup>126</sup>

### 2.1.3 Funkce edukace seniorů

Mezi základní funkce edukace seniorů podle Čornaničové<sup>127</sup> patří:

- vzhledem k rozvoji osobnosti seniora: vzdělávací, kulturně-kultivační a sociálně-psychologická funkce;
- vzhledem k zaměření vzdělávání: preventivní, anticipační, rehabilitační, adaptační, stimulační, komunikační, kompenzační, aktivizační, relaxační a funkce mezigeneračního porozumění.

### 2.1.4 Etapy edukační práce se seniory

Každá edukační aktivita zacílená na seniorskou populaci musí být promyšlená, projektovaná a organizovaná tak, aby vedla k naplnění požadovaných cílů. Systematickým plánováním edukačního procesu redukuje, zabraňuje nebo předcházíme vzniku možných problémů, které se mohou vyskytnout z intuitivní a neodborné práce se seniorem.<sup>128</sup> Odborné činnosti, obsáhnuté v procesu edukace seniorů (ať už vzdělávací instituci, v zařízení sociálních služeb, tak i ve zdravotnickém zařízení) můžeme dále podle Határa<sup>129</sup> členit do těchto etap:

- Etapa poznávání a motivace seniora – v rámci které ve vztahu k seniorovi zjišťujeme jeho potřeby, zájmy, schopnosti; fyziologické, psychické, sociální a duchovní aspekty;

<sup>125</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 63.

<sup>126</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 64.

<sup>127</sup> ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. 2. vydání. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007, s. 74 – 74.

<sup>128</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 80 - 81.

<sup>129</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 80 - 85.

předcházející zkušenosti s plánovanou edukační aktivitou; očekávání ve vztahu k edukační aktivitě; kognitivní úroveň; životní styl před příchodem do zařízení a nynější; prostředí, ze kterého přichází. K závěru této etapy zpracováváme pomyslnou diagnózu dotýkající se kognitivní, výchovné a výcvikové oblasti. Dále následuje adekvátní vnější motivace seniora se záměrem jeho zapojení do realizace plánované edukační aktivity. Jako motivační faktor pak mohou působit i jeho vzdělávací potřeby, sociální potřeby a potřeba seberealizace.

- Etapa plánování programu edukační činnosti – zaměřená na promyšlení cílů edukace a jejich následnou formulaci; rozpracování obsahové stránky edukace; uvažování o edukačních zásadách; volbu odpovídajících organizačních forem; výběr adekvátních edukačních metod, didaktických prostředků a pomůcek. Na základě výše uvedeného, samostatně či ve spolupráci se seniorem vypracujeme vlastní edukační program. Ten může být týdenní, měsíční nebo celoroční charakter (což závisí na tom, zda se jedná o vzdělávací instituci, sociální či zdravotnické zařízení).
- Etapa realizace programu edukační činnosti – ve smyslu zavedení programu edukační práce do reálných podmínek vzdělávací instituce, sociálního či zdravotnického zařízení.
- Etapa evaluace programu edukační činnosti – vyhodnocení edukačního procesu, zda byly stanovené cíle splněny.

### 2.1.5 Didaktické zásady

K předpokladům úspěšného edukačního procesu patří i respektování didaktických zásad, které usnadňují průběh učení seniorů a zefektivňují jeho výsledky. Didaktické zásady jsou obecné požadavky vztahující se na všechny činitele edukačního procesu.<sup>130</sup> Protože se věnujeme cílové skupině seniorů, uvádíme didaktické zásady akceptující jejich psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání. K požadavkům na edukaci seniorů podle Špatenkové a Smékalové<sup>131</sup> patří:

- Seniorští posluchači potřebují k porozumění nových informací individuální způsob a tempo.

---

<sup>130</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika.* Praha: Grada Publishing, 2015, s. 147.

<sup>131</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika.* Praha: Grada Publishing, 2015, s. 147.



- Seniorští posluchači vyžadují přehledné a názorné informace.
- Je vhodné těmto posluchačům informace rozdělit do několika částí (ne mnoho informací najednou).
- Je potřeba průběžně zjišťovat, zda jsme to řekli tak, aby nám posluchač rozuměl.
- Nemůžeme po těchto posluchačích požadovat učení se nazpaměť.
- Senior potřebuje vědět meze svých možností (proč to dělá a k čemu to vede).
- Seniorský posluchač si zaslouží za své úsilí ocenění.

Podle Čornaničové a Petřkové<sup>132</sup> navíc k požadavkům na vzdělávání seniorů náleží:

- při výběru učiva přihlížet k aktuálním potřebám cílové skupiny;
- poskytovat posluchačům prostor pro komunikaci;
- poskytovat účastníkům edukace emoční podporu, být k nim empatický;
- podporovat aktivitu seniorů, motivovat je k nezávislému a kreativnímu životu;
- zařazovat modelové příklady, které usnadňují proces porozumění učivu;
- obsah vzdělávání zaměřit k současnému stavu vědeckého poznání;
- používat přiměřenou slovní zásobu, hlavně ve vztahu k odborné terminologii.

K psychosociálním potřebám, které by se měli reflektovat v didaktických zásadách, dle Vágnerové<sup>133</sup> řadíme:

- potřebu stimulace;
- potřebu aktivity;
- potřebu citové jistoty a bezpečí;
- potřebu seberealizace.

Mezi nejvýznamnější didaktické zásady, které musí vzdělavatel při edukaci seniorů uplatňovat, patří: zásada uvědomělosti a aktivity, zásada názornosti, zásada přiměřenosti, zásada trvalosti, zásada systematičnosti, zásada diferencovaného a individuálního přístupu,

<sup>132</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 66.

<sup>133</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, s. 467 – 470.

zásada komplexnosti a vědeckého přístupu, zásada spojení výchovy se životem, zásada jednoty teorie a praxe, zásada podpory kladných stránek osobnosti seniora, zásada jednoty výchovy a vzdělávání, zásada dobrovolnosti, zásada nepřetržité zpětné vazby, zásada různorodosti výchovných podnětů, dynamičnosti, zásada sociálního konsenzu, zásada názorového pluralizmu a jiné.<sup>134</sup>

Při edukační práci se seniory je nutné si uvědomit, že nepracujeme s dítětem, ale s dospělým jedincem. Dospělý účastník edukačního procesu je, oproti dítěti či mládeži, více zranitelnější, což se odvíjí od jeho potřeby uznání. Dospělý jedinec nechce být vychovávaný, ale podporovaný a usměřňovaný ke správnému postupu při sebevýchově a sebevzdělávání.<sup>135</sup>

### 2.1.6 Didaktické prostředky a pomůcky

K dosažení stanovených edukačních cílů může vzdělavatel využít různých prostředků edukace seniorů. Tyto prostředky lze třídit podle několika kategorií, např. Határ<sup>136</sup> popisuje didaktické prostředky:

- duchovní povahy (např. výroky lektora, filozofie myšlení, náboženské přesvědčení apod.);
- materiální povahy (např. učební pomůcky, textové pomůcky, didaktická technika, interiér učebny apod.).

Při přípravě a práci s didaktickými pomůckami vzdělavatel opět reflektuje potřeby cílové skupiny (např. při demonstraci pomůcek dbá vzdělavatel na to, aby vše znázorňované bylo dobře vidět a slyšet).<sup>137</sup>

### 2.1.7 Metody a formy edukace seniorů

Metoda obecně je určitý postup vedoucí k cíli. Didaktická metoda je v užším pojetí „určitý postup, kterým se lektor řídí při výuce, prostředek stimulace učení dospělého“<sup>138</sup>.

---

<sup>134</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 90.

<sup>135</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 86.

<sup>136</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 92.

<sup>137</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMĚKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 146.

<sup>138</sup> MALACH, J. *Efektivní metody vzdělávání dospělých*. Ostrava: Ostravská univerzita - Pedagogická fakulta, 2003, s. 7.

V širším pojetí pak „*postup naplňování vzdělávacích cílů pomocí optimálního zvládnutí obsahu vzdělávání, která se realizuje v rámci určité vzdělávací formy a za určitých situací a podmínek.*“<sup>139</sup>

Při výběru didaktických metod v rámci edukace seniorů vycházíme především z možných didaktických metod užívaných ve vzdělávání dospělých. Metod vzdělávání dospělých je ale celá řada. Ne všechny didaktické metody užívané ve vzdělávání dospělých jsou však pro edukaci seniorů vhodné. Je proto důležité, aby vzdělavatelé uměli zvolit pro edukaci seniorů vhodnou metodu a v neposlední řadě při jejich užití dodržovali určité zásady či pravidla respektující specifika této věkové kategorie (tzv. didaktické zásady).<sup>140</sup>

Pro edukaci seniorů je ale důležitý výběr takových didaktických metod, které respektují odlišnosti seniorů jako účastníků edukačního procesu. Výběr metod je dále dle Petřkové a Čornaničové<sup>141</sup> ovlivňován těmito faktory:

- vzdělávacím cílem;
- vzdělávacím obsahem;
- schopností seniorů učit se;
- heterogeností studijních skupin;
- přístupem ke vzdělání, ochotou spolupracovat;
- časovými a materiálními podmínkami;
- osobností lektora.

Petřková s Čornaničovou<sup>142</sup> uvádí, že z hlediska efektivnosti edukace seniorů jsou zvláště účinné metodické postupy, které:

- podněcují motivaci účastníků;
- zajišťují jejich aktivní účast;
- respektují jejich individualitu a specifický styl učení;

---

<sup>139</sup> MALACH, J. *Efektivní metody vzdělávání dospělých*. Ostrava: Ostravská univerzita - Pedagogická fakulta, 2003, s. 7.

<sup>140</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 125.

<sup>141</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 70.

<sup>142</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 70.

- zabezpečují zpětnou vazbu;
- umožňují využití získaných poznatků v praxi.

Pro zprostředkování vzdělávacího obsahu můžeme pro edukaci seniorů vybírat z velké škály metod. Výběr vhodných metod výuky je velice důležitý a to ve všech edukačních formách určených pro seniory. Z hlediska tematického zaměření disertační práce uvádíme nejčastěji používané metodické postupy v institucionálních formách edukace seniorů, mezi které patří metody<sup>143</sup>:

- monologické (přednáška, výklad, vyprávění);
- dialogické (diskuzní – rozhovor, diskuze, beseda), při kterých je potřeba komunikace, mnohokrát však s menší ochotou projevu staršího jedince ve větším kolektivu;
- problémové - zacílené na osvojení, analýzu konkrétní situace při simulaci apod.;
- výcvikové – užívané v motorických a senzomotorických činnostech.

Didaktická forma edukace je pak dána organizačním uspořádáním podmínek edukačního procesu se zřetelem na prostor, čas, činnost vzdělavatele a počet edukantů, na které se bude edukačně působit. Je tedy taktéž označována jako organizační forma, protože vytváří organizační prostředí (tj. kde vlastní didaktický proces probíhá) a způsob organizace činností lektora a vzdělávajících se (tj. jak a s kým vzdělavatel pracuje). Jedná se tedy o vnější stránku didaktických metod.<sup>144</sup>

*„Čím zajímavější a poutavější je učební prostředí spojené s adekvátním vzdělávacím obsahem, tím větší je motivace a pozornost seniorů, což v konečném důsledku zahrnuje snadnější zapamatování, získávání nových zkušeností a také prožitků, a přispívá tak k celkovému rozvoji a kultivaci osobnosti seniora.“<sup>145</sup>*

## 2.1.8 Vzdělavatelé v edukaci seniorů a jejich kompetence

Základním činitelem pro naplnění stanovených učebních cílů v edukačním procesu je nepochybně vzdělavatel, jeho činnosti a vztahy, které při svém jednání či při interakci

<sup>143</sup> Srov. LIVEČKA, E. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: Ústav školských informací při ministerstvu školství ČSR, 1979, s. 164 – 169; PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 70 – 72.

<sup>144</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 91 - 92.

<sup>145</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 145.

s učícími se jedinci vytváří. Na jeho schopnostech a osobnosti závisí kvalita celého procesu.<sup>146</sup> Role vzdělavatele v edukačním procesu seniorů je velmi náročná, protože seniori jako cílová skupina, která má své životní zkušenosti, specifické potřeby a limity, patří k nejnáročnějším posluchačům.<sup>147</sup> Úloha vzdělavatele v sobě zahrnuje řadu kvalit, které jsou předmětem bádání a diskusí. Tzn., že jde o požadavky toho, co by měl vzdělavatel znát, co má umět, ale také jakým má být. Nejvýstižnějším termínem pro popis těchto kvalit je termín kompetence.

Problematikou kompetencí vzdělavatele v edukaci seniorů se v současnosti ve svých publikacích zabývají v České republice zejména Kryštof a Špatenková (2010), na Slovensku např. Hrapková (2010). V jejich pojetí je role vzdělavatele v edukaci seniorů velmi náročná. Podle Hrapkové<sup>148</sup>, Kryštofa a Špatenkové<sup>149</sup> by totiž měl kvalitní vzdělavatel v edukaci seniorů:

- akceptovat seniory jako účastníky edukačního procesu, být empatický a mít k seniorům kladný vztah, úctu a respekt;
- umět aktivně naslouchat, tolerovat specifika a individuální rozdíly seniorů (stupeň vzdělání, individuální zkušenosti, rozličné zájmy a potřeby, rodinná situace, zdravotní stav apod.);
- mít dostatečné penzum znalostí a schopností, jež jsou podstatné pro zvládnutí velkého množství činností, jako např.: umění komunikace, analytická práce s informacemi, dovednosti z oblasti pomoci, podpory, organizování, konzultace a lektorské dovednosti;
- umět obhajovat před seniory své názory, životní zkušenosti, otevřeně s nimi debatovat na různá témata;

---

<sup>146</sup> BEDNAŘÍKOVÁ, I. *Kapitoly z andragogiky 2*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012, s. 25 - 32.

<sup>147</sup> KRYŠTOF, D., ŠPATENKOVÁ, N. Klíčové kompetence lektora v seniorském vzdělávání. In *Univerzita třetího věku. Historie, současnost a perspektivy dalšího rozvoje. Sborník příspěvků z konference konané u příležitosti 20. výročí založení Univerzity třetího věku na Masarykově univerzitě 6. - 7. dubna 2010 v Brně*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. s. 118.

<sup>148</sup> HRAPKOVÁ, N. Osobnost lektora vo vzdelávaní seniorov. In *Univerzita třetího věku: historie, současnost a perspektivy dalšího rozvoje. Sborník příspěvků z konference konané u příležitosti 20. výročí založení Univerzity třetího věku na Masarykově univerzitě 6. - 7. dubna 2010 v Brně*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. s. 95.

<sup>149</sup> KRYŠTOF, D., ŠPATENKOVÁ, N. Klíčové kompetence lektora v seniorském vzdělávání. In *Univerzita třetího věku. Historie, současnost a perspektivy dalšího rozvoje. Sborník příspěvků z konference konané u příležitosti 20. výročí založení Univerzity třetího věku na Masarykově univerzitě 6. - 7. dubna 2010 v Brně*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. s. 118.

- vhodně seniory motivovat a vést při překonávání nových životních orientací a při překonávání nedůvěry ve vlastní schopnost učit se.

Petřková s Čornaničovou<sup>150</sup> uvádí, že vzdělavatel seniorů vykonává často roli motivátora, facilitátora a poradce. Z klíčových kompetencí vzdělavatele seniorů zdůrazňují psychologicko-didaktické kompetence (sociální, psychosociální a komunikativní), které jsou důležité pro vytvoření takového učebního klimatu, který odpovídá potřebám seniorů a zároveň je povzbuzuje k aktivní účasti na učení a vzdělávání se. Ne méně důležité jsou také osobnostní kompetence; s důrazem na autentičnost, empatii, schopnost autoregulace a sebereflexe, vřelost, dále pak integritu osobnosti a dynamismus (schopnost rychle postihovat změny v edukačních situacích a přizpůsobovat se jim).

Kryštof a Špatenková<sup>151</sup> upozorňují na neutěšený stav ve vzdělávání samotných vzdělavatelů pro edukaci seniorů a poukazují na nutnost kvalitní přípravy a kultivaci jejich kompetencí. Popisují následující klíčové kompetence:

- komunikační a prezentační schopnosti;
- schopnost vytvoření optimálního učebního klimatu;
- motivační a organizační schopnosti;
- vhodné osobnostní charakteristiky – osobní zralost, autentičnost, vřelost, emocionální stabilita, odolnost vůči zátěži, samostatnost, schopnost sebereflexe a autoregulace, ochota k osobnostnímu rozvoji, tvůrčí schopnosti, sebeúcta, ochota ke kompromisu a pomoci druhým i sobě k němu dospět, otevřenost vůči změnám a rozmanitostem názorů apod.

<sup>150</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 72 – 73.

<sup>151</sup> KRYŠTOF, D., ŠPATENKOVÁ, N. Klíčové kompetence lektora v seniorském vzdělávání. In *Univerzita třetího věku. Historie, současnost a perspektivy dalšího rozvoje. Sborník příspěvků z konference konané u příležitosti 20. výročí založení Univerzity třetího věku na Masarykově univerzitě 6. - 7. dubna 2010 v Brně*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. s. 119 - 121.

### 3 Edukace v kontextu zdravotní gramotnosti

Úkolem následující kapitoly je vysvětlit záměr edukace ve vztahu ke zdraví a objasnit podmínky a prostředí, v němž se edukace pacientů odehrává.

Právo občanů na zdraví garantuje stát, ten také podporuje i jejich motivaci a informovanost k ochraně a podpoře jejich zdraví<sup>152</sup>. Člověk je tak ke zdraví edukován již od nejtělejšího dětství, a to na příklad v rámci zdravé výchovy v rodině, ve školských zařízeních v předmětu Výchova ke zdraví, prostřednictvím různých projektů primární prevence, při volnočasových aktivitách, ale také ve zdravotnickém zařízení.

Edukace ke zdraví je tedy celoživotní proces, který napomáhá přizpůsobit se životním podmínkám v každém období života lidského jedince, týká se všech stránek člověka, a to ve zdraví i nemoci.<sup>153</sup>

Záměrem edukace ve vztahu ke zdraví je zabránit vzniku onemocnění, udržovat či navracet zdravotní potenciál a v případě nevléčitelné nemoci či handicapu pomoci ke zvýšení kvality života jedince. Z tohoto hlediska edukaci členíme na tři druhy<sup>154</sup>:

- Primární edukace - cílovou skupinou této edukace jsou zdraví jedinci, nebo definované cílové skupiny, jejím hlavním záměrem je prevence onemocnění, ale také činnosti směřující k podpoře zdraví a kvality života jedince či skupin.
- Sekundární edukace - je zaměřena na nemocné jedince či skupiny, její podstatou je ovlivnění vědomostí, dovedností a postojů jedince pro zdárný proces uzdravování a prevenci komplikací. Tato činnost je označována jako edukace pacientů. Sekundární edukace je zacílena zejména na dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení.

---

<sup>152</sup> Právo pacientů na informace a povinnost poskytovatelů péče jim je poskytnout je v České republice legislativně zakotveno v § 31 Zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dalším dokumentem, ze kterého vyplývá právo pacienta na poučení, je *Etický kodex práv pacientů* zpracovaný na základě *Listiny lidských práv a svobod*. Definitivní verze Práv pacientů respektující česká specifika byla sestavena na základě výsledků široké diskuse odborné veřejnosti. Byla formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992 - pozn. autorky.

<sup>153</sup> JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 20.

<sup>154</sup> Srov. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 22; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 11; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 33; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 44 - 45; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 61 - 63.

- Terciární edukace – probíhá u jedinců již s trvalými a nevratnými změnami ve zdravotním stavu, s cílem pomoci jim zlepšit kvalitu jejich života.

Vzhledem k hlavnímu záměru disertační práce upřednostníme právě sekundární edukaci pacientů s provázaností na edukaci terciární. V pravém slova smyslu se tedy jedná o edukaci pacientů s určitou diagnózou, kdy je žádoucí, aby v rámci léčebného procesu změnili své chování.

### 3.1 Edukace pacientů

Edukace je tedy nedílnou součástí zdravotní péče. Edukace realizovaná v rámci zdravotní péče má ale určité zvláštnosti. Zdravotnické instituce jsou primárně zacílené na péči o zdraví svých pacientů a edukace jako taková je pak realizovaná v rámci této péče a v souladu s organizací i metodami péče dané zdravotnické instituce.<sup>155</sup>

Lékařská věda jde v současnosti rychlým tempem kupředu. Stále se rozvíjí možnosti prevence, léčby a péče. Stoupá finanční zatížení zdravotnického systému. Tyto důvody nutí pracovníky ve zdravotnictví nejen se s novými přístupy seznamovat, ale také s nimi seznamovat širokou veřejnost či své pacienty. Prostřednictvím edukace pacient získává nejen nové znalosti, ale získává i nové, praktické dovednosti, postoje a návyky, a to s cílem dosáhnout požadované změny v jeho chování a jednání podstatných k přijetí potřebných změn v životním stylu pro zdárný proces uzdravování, účinnou léčbu či kompenzaci zdravotního stavu daného jedince. Zároveň taktéž přispívá ke zvýšení schopnosti pacientů pečovat o sebe sama tzv. *selfmanagement*. Účelem takové edukace pak je přivést pacienta k roli aktivního účastníka péče o vlastní zdraví. Edukace má příznivý vliv na spokojenost pacientů, snížení funkční disability i zmírnění pocitů úzkosti, nejistoty a obavy z budoucnosti. Podílí se též na zvyšování kvality a bezpečí či na snížení finančních nákladů poskytované péče.<sup>156</sup>

Edukace ve zdravotnictví tudíž v současné době nabývá na důležitosti, stává se tak jedním ze základních pilířů efektivní léčby a péče. Jestliže je pacient adekvátně

<sup>155</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21.

<sup>156</sup> Srov. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 20; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 9; MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7 - 8; NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 74; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 23 - 29; ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 105 - 115.



obeznámen o svém zdravotním stavu, zdravotní péči a poučen o léčebném režimu, je pak vyšší pravděpodobnost, že prováděná zdravotní péče bude daleko úspěšnější. Mnoho problémů a otázek spojených s onemocněním, jsou totiž často způsobené nedostačujícími znalostmi a dovednostmi pacienta. Neochota dodržovat stanovený léčebný režim se mnohdy odvíjí od neporozumění podaných informací a nežádoucího postoje pacienta k jeho onemocnění.<sup>157</sup>

Podle Magurové a Majerníkové<sup>158</sup> a Závodné<sup>159</sup> můžeme edukaci ve zdravotní péči rozdělit na následující typy:

- Základní - jedinci nebo skupině jsou předávány nové vědomosti či dovednosti, dále je také motivován ke změně postojů či návyků, např. při nově zjištěném onemocnění. Příkladem může být i edukace pacienta po operaci se zavedenou stomií.
- Reedukační (pokračující, rozvíjející, nápravná) – kdy navazujeme na předchozí vědomosti a dovednosti již edukovaného jedince, které se snažíme prohlubovat a aktualizovat. Příkladem může být edukace pacienta s macerovanou kůží v okolí stomie.
- Komplexní – většinou realizovaná v kurzech, ve kterých jsou jedinci či skupině etapově předávány ucelené vědomosti, zlepšovány dovednosti a budovány zkušenosti a postoje ke zdraví prospěšným opatřením udržující či zlepšující zdraví. Příkladem mohou být edukační kurzy pořádané pro stomické pacienty.

Podle typu informací, které jsou klientům v průběhu edukace předány, je podle Juřeníkové<sup>160</sup> objektem edukace ve zdravotnictví:

1. Nedeterminovaná cílová skupina, kde nejsou daná přesná kritéria pro zařazení do edukace. Příkladem mohou být informace o prevenci nádoru tlustého střeva v médiích (určeny tedy pro všechny posluchače).

---

<sup>157</sup> Srov. MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 7.

<sup>158</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 63 – 64.

<sup>159</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 84.

<sup>160</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatel'ské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 12.

2. Determinovaná cílová skupina, zde jsou již dána určitá kritéria (např. věk, určité onemocnění). Příkladem mohou být brožury či odborné texty určené pro pacienty po operaci tlustého střeva.
3. Cílová uživatelská skupina, u níž probíhá individuální plánování podle edukační potřeby. Příkladem je Edukace nemocného se stomií stomickou sestrou.

Termín pacient je původním výrazem latinského *patiens*, tedy označením pro toho, kdo trpí a je trpělivý<sup>161</sup>. Tudíž taktéž jemu poskytovaná péče by měla být trpělivá. Požadované změny životního stylu a návyků nelze docílit nekompromisním zásahem, nýbrž dlouhodobým a systematickým působením toho kdo ví, na toho kdo (prozatím) neví. Ani vysoce kvalitní péčí není možné dojít k žádoucím výsledkům bez kontinuity další léčby, včetně edukace. Podle našeho názoru tak má být edukace poskytovaná v rámci zdravotní péče systematická a navazující. Edukace by měla být rozmanitá, jednotlivé oblasti edukace by se měli prolínat tak, aby mohly pojmut všechny aspekty každého období lidského života a splnit tak svou výše popsanou úlohu.

---

<sup>161</sup> VOKURKA, M.; HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 10. vydání. Praha: Maxdorf, 2011, s. 339.

## 4 Edukace pacientů jako součást ošetrovatelské péče

Následující kapitola je věnována problematice edukace pacientů v rámci ošetrovatelské péče. Nejprve se zaměříme se na definování oboru ošetrovatelství a vysvětlení jeho vztahu k pedagogice, objasnění vybraných aspektů edukace pacientů a úlohy didaktiky ošetrovatelství, také na popis vlastního edukačního procesu včetně jeho dokumentace, a v poslední v řadě na vysvětlení role sestry edukátorky se zaměřením na její klíčové kompetence. Deskripce této problematiky je podstatná k utvoření celkové představy o koncepci edukace realizované v rámci ošetrovatelské péče.

### 4.1 Ošetrovatelství

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a systematické uspokojování individuálních potřeb jedince v kontextu jeho zdraví, nebo potřeb vzniklých či pozměněných onemocněním.<sup>162</sup> Ošetrovatelství má holistické zaměření, objektem jeho péče je celostný člověk se svými potřebami. Orientuje na člověka, jeho problémy v oblasti lidských potřeb, ne na jeho chorobu.<sup>163</sup>

Podle definice Mezinárodní rady sester (ICN<sup>164</sup>)<sup>165</sup> ošetrovatelství ..., zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních. “

*„Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči.“<sup>166</sup>*

Svým zaměřením má tedy ošetrovatelství významnou a nezastupitelnou pozici v péči o zdraví člověka. Moderní ošetrovatelství má dnes v rámci lůžkové, ambulantní i komunitní

<sup>162</sup> PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004, s. 2 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

<sup>163</sup> JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 11.

<sup>164</sup> *International Council of Nurses* - pozn. autorky.

<sup>165</sup> ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J.: *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vydání. Brno: Národní institut ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, s. 6 - 7.

<sup>166</sup> PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004, 3 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

péče svůj vlastní prostor působnosti, ve kterém je ošetrovatelský personál daleko samostatnější než tomu bylo dříve.<sup>167</sup> Současná koncepce ošetrovatelství ...,klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení.“<sup>168</sup> Ošetrovatelskou péči se pak rozumí ...,soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.“<sup>169</sup>

Ošetrovatelství jako vědní disciplína tak vyžaduje pochopení a praktickou aplikaci specifických znalostí a dovedností, které se v rámci možností opírají o výsledky vědeckého výzkumu a praxe. Tímto se ošetrovatelství významně podílí na implementaci přístupu *Evidence Based Nursing*<sup>170</sup> nebo také *Evidence Based Nursing Practice*<sup>171</sup> do ošetrovatelské praxe. Ošetrovatelská praxe založená na důkazech je procesem spojujícím nejlepší praxi (výsledky výzkumu) s odbornou zkušeností sestry a potřebami pacienta.

Ošetrovatelství je integrovaná disciplína, která se opírá o další vědní oblasti a to zejména vědy biologické a medicínské, psychologické, pedagogické, sociologické a další. Tyto vědy se v ošetrovatelství spojují do podpory předmětu ošetrovatelství. Aby sestry mohly dobře vykonávat svoji profesi, musí si osvojit všestranný přístup k péči, jež vyplývá ze systematického pojetí oboru a je řízena specifickým koncepčním rámcem.<sup>172</sup>

---

<sup>167</sup> PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004, s. 2 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

<sup>168</sup> PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004, s. 2 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

<sup>169</sup> PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004, 1 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

<sup>170</sup> Termín *Evidence Based Nursing* neboli „ošetrovatelství založené na vědeckých důkazech“ nemá jednotnou definici. Často v definici nalézáme integraci tří komponentů - základních principů: nejlepší vědecký důkaz, klinická zkušenost a potřeby pacienta. Jedná se o vědomé zřetelné a soudné využití nejlepších dostupných vědeckých důkazů, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v procesu klinického rozhodování sester. ZELENÍKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. Úvod do problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech (*Evidence Based Nursing*). *Kontakt - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 7 – 13.

<sup>171</sup> Využití přístupu *Evidence Based Nursing* v praxi se označuje jako *Evidence Based Nursing Practice* neboli „praxe založená na vědeckých důkazech“. ZELENÍKOVÁ, R. Evidence based practice – nový trend ošetrovatelství. In Bužgová, R., Jarošová, D. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 96 – 99.

<sup>172</sup> JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 11.

### 4.1.1 Vztah pedagogiky a ošetrovatelství

Pedagogika má v ošetrovatelství své pevné místo. Propojenost obou věd a vědeckého poznání významně přispívá k nastavení optimální metodiky edukace, tedy ke zvládnutí postupů edukace všech účastníků zdravotní péče. V rámci edukační činnosti v ošetrovatelství jsou aplikovány poznatky z oblasti pedagogiky při výchově a vzdělávání pacientů a různě definovaných cílových skupin. Tyto poznatky jsou východiskem pro edukační činnost sester. Kromě těchto poznatků jsou využívány i poznatky z řady dalších vědních disciplín, jako je psychologie, sociologie, andragogika, etika a teorie komunikace.<sup>173</sup>

Edukace v ošetrovatelství je aplikovaný obor ošetrovatelství, který se zabývá výchovou a vzděláváním pacientů a také zdravé populace.<sup>174</sup> Edukace pacientů je tedy nedílnou součástí ošetrovatelské péče.<sup>175</sup> Tvoří důležitou samostatnou funkci ošetrovatelství a patří tak mezi nejdůležitější prvky ošetrovatelské praxe.<sup>176</sup> „*Edukace jako podstatná součást ošetrovatelství je tak jednou z nejdůležitějších a nejnáročnějších úloh sestry. Proto je nevyhnutelné, aby sestra měla vědomosti z pedagogiky, komplexně zvládla edukaci, osvojila si praktické edukační postupy a zásady, které bude uplatňovat v ošetrovatelském procesu.*“<sup>177</sup>

Sestry tak hrají klíčovou úlohu při zlepšování zdraví celé populace.<sup>178</sup> Sestra může účinnými edukačními strategiemi pacientům pomoci k dosažení nejvyššího zdravotního potenciálu, zvýšení zdravotního uvědomění zdravých i nemocných a přispět tak ke zlepšení kvality jejich života.<sup>179</sup>

„*Edukační činnost nemůže sestra vykonávat bez adekvátní přípravy a vhodných předpokladů a schopností.*“<sup>180</sup> Způsoblost k provádění edukace sestra získává

<sup>173</sup> SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 26.

<sup>174</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 21.

<sup>175</sup> BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 12.

<sup>176</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 29.

<sup>177</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 7.

<sup>178</sup> BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 10.

<sup>179</sup> Srov. MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 37; MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnícke listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7.

<sup>180</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 28.

během kvalifikačního studia<sup>181</sup> a rozšiřuje ji specializačním či trvalým kontinuálním vzděláváním, a především pak v klinické praxi v interakci s pacientem.<sup>182</sup>

#### 4.1.2 Potřeba edukace v ošetrovatelství

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka.<sup>183</sup> Toto je první z důvodů, proč se v ošetrovatelství zabýváme právě potřebou edukace.

Jedinec je integrovaný a organizovaný celek, každá potřeba je tedy výrazem celého jedince. Člověk je bytost se svými potřebami a dosahuje zřídka stavu naprostého uspokojení. Podle teorie lidských potřeb amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa (1908-1970) má každý jedinec svůj individuální systém potřeb, který je hierarchicky uspořádán do pomyslné pyramidy. K vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, individuality, autonomie a další. Tyto metapotřeby jsou sice ve srovnání s potřebami základními méně naléhavé, ale jejich uspokojení podle Maslowa *„...posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti.“*<sup>184</sup> Existují však i jiné přístupy k pojetí potřeb člověka, ale při studiu problematiky lidských potřeb se ošetrovatelství opírá právě o teorii Abrahama H. Maslowa, kterou tu z tohoto důvodu uvádíme.<sup>185</sup>

Druhým důvodem je samotná filozofie oboru ošetrovatelství. Ošetrovatelství využívá a upřednostňuje filosofii holismu. V tomto pojetí je živý organizmus (člověk) chápán jako jednotný celek, který funguje ve vzájemné interakci s okolím. Vnímá jedince neredukovatelný celek. Říká, že pokud je celek rozdělen, celistvost zaniká. Vyjadřuje, že celek (člověk) není pouhým souhrnem jednotlivých izolovaných složek, ale je výsledkem jejich vzájemné interakce. Jednou z těchto složek je právě složka kognitivní (biologická, společenská, emocionální, duchovní). Pokud má tedy ošetrovatelská intervence jedinci pomoci při podpoře nebo navrácení zdraví, musí být současně uspokojovány potřeby jako celek: bio-psycho-sociální jednota.<sup>186</sup>

---

<sup>181</sup> V současnosti je edukace se zaměřením na zdravotnictví vyučována jako samostatný předmět u nelékařských zdravotnických profesí na lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních fakultách. Zde se připravují sestry na edukační roli při výkonu své profese, nebo na funkci sester edukátorek - pozn. autorky.

<sup>182</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 28.

<sup>183</sup> JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 41.

<sup>184</sup> TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IVPZ, 1999, s. 14.

<sup>185</sup> TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IVPZ, 1999, s. 9 – 16.

<sup>186</sup> TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IVPZ, 1999, s. 9.

*Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky* zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným jedincem. Prvním krokem této metody je právě zhodnocení stavu individuálních potřeb jedince, v jehož návaznosti se pak uskutečňuje ošetrovatelská diagnostika. Po stanovení diagnostického závěru probíhá plánování individuální ošetrovatelské péče.<sup>187</sup> Povinnost poskytovat ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu pro sestry uvádí i *Vyhláška č. 55/2011 Sb.*<sup>188</sup>. Zde se ošetrovatelský procesem míní zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace pacienta.

Sestra musí mít kvalifikaci k posuzování potřeb každého pacienta a ke stanovování priorit pro splnění nejkritičtějších potřeb.<sup>189</sup> Pacienti totiž mají různé požadavky týkající se potřeby získávání znalostí. Potřeba učení je požadavkem na změnu chování a postojů daného jedince. Jedná se tedy o mezeru mezi informací, jež tento jedinec má, a informací, jež potřebuje k tomu, aby byl schopný zvládnout určité činnosti, nebo se postarat sám o sebe.<sup>190</sup>

Ke zhodnocení, jestli je stav potřeb pacienta v normě, či se od ní odchyluje, je možné dnes využít i výzkumných a vývojových aktivit mezinárodní odborné asociace s názvem *NANDA*<sup>191</sup>, která vyvinula a neustále doplňuje podrobný a široce uplatnitelný diagnostický systém. Z tohoto diagnostického systému tedy mohou reprezentanti všech ošetrovatelských specializací v konkrétních situacích čerpat. Názvy ošetrovatelských diagnóz s určitým číselným kódem jsou uvedeny v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz *NANDA – International*. Tyto názvy ošetrovatelských diagnóz je možné chápat jako standardní pojmenování ošetrovatelských problémů. Přítomnost tohoto problémů

<sup>187</sup> PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004, s. 2 - 5 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

<sup>188</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tzv. kompetenční vyhláška) v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017.

<sup>189</sup> RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 6.

<sup>190</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 25; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 19.

<sup>191</sup> *North American Association for Nursing Diagnosis International* (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku) - pozn. autorky.

vyjadřuje skutečnost, že v ošetrovatelském kontextu není v určité potřebě nemocného či zdravého jedince vše v pořádku. Ošetrovatelský problém pak může být aktuální, potenciální, nebo edukační – zacílený na zlepšení zdraví. To znamená, že potřeba pacienta je funkční, nevykazuje dysfunkci ani potenciál dysfunkce, ale edukací a podporou je možné její fungování zlepšit.<sup>192</sup>

## 4.2 Vybrané aspekty edukace pacientů

Edukace, jež je součástí ošetrovatelské praxe, se uskutečňuje v dynamickém vztahu sestry a pacient, případně jeho rodina, nebo široká veřejnost, ale také student připravující se na svou ošetrovatelskou profesi.<sup>193</sup> Z tohoto širokého záběru možného edukačního působení sester nás ale vzhledem k hlavnímu záměru disertační práce zajímá zejména edukační činnost realizovaná ve vztahu k pacientovi.

Sestry sice mohou, pokud stav pacienta není pro edukaci vhodný, pracovat s jeho blízkou osobou přebírající péči do domácího prostředí. Pro výše uvedenou skutečnost však naši pozornost zaměřujeme především na edukaci pacientů. V této souvislosti tedy budeme v nadcházejícím textu používat slovní spojení edukace pacienta nebo pojem edukant.

### 4.2.1 Význam a cíle edukace pacientů

Nyní se v následujícím textu zaměříme na vybrané aspekty edukace pacientů.

Obecnými cíli edukace realizované v rámci ošetrovatelské péče jsou obecné cíle výchovy a vzdělávání. Směřují k formování všestranně a harmonicky rozvinuté osobnosti, přípravu jedince na úspěšný a šťastný život, a také jeho uplatnění ve společnosti. Tvoří tak podstatu edukace v ošetrovatelství a celospolečenskou úlohu výchovy a vzdělávání populace při péči k podpoře a obnově zdraví.<sup>194</sup>

Edukace realizovaná v rámci ošetrovatelské péče tak dává prostor k výchově konkrétního jedince k samostatnější péči o dané onemocnění, a současně tak převzetí větší části jeho zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí a důsledky svého chování. Také by si měl

---

<sup>192</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. I. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 17.

<sup>193</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 32.

<sup>194</sup> SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 25.



mimo získání nových informací, jejich pochopení a uplatnění v reálném životě, osvojit určité dovednosti, a to jak v rovině teoretické (např. poznat onemocnění), tak i v rovině praktické (provedení konkrétního ošetrovatelského výkonu – např. ošetření stomie, realizace zdravého způsobu života), a taktéž získat nové žádoucí návyky.<sup>195</sup>

Efektivní edukace tedy vede nejen k získání nových poznatků či dovedností (zručností), ale také formuje hodnotové, postoje a volní struktury osobnosti. Výsledkem efektivní edukace je žádoucí změna, v myšlení, v úrovni dovedností, v přesvědčení konkrétního jedince a vede k pozitivní změně v jeho chování.<sup>196</sup> Výsledkem efektivní edukace je podle Majerníkové a Magurové<sup>197</sup> to, že *„dobře edukovaný pacient je méně úzkostlivý, více nám důvěřuje, lépe spolupracuje a více akceptuje spoluzodpovědnost za svůj zdravotní stav“*... Efektivní edukace pacienta je reálně dosažitelná tím, že bude respektována celá jeho osobnost. Je důležité ho motivovat tak, aby se chtěl učit, a také udělat vše proto, aby se mohl učit.<sup>198</sup>

Hlavním cílem efektivní edukace v ošetrovatelské péči je pomoci pacientům k dosažení nejvyššího zdravotního potenciálu, zvýšení zdravotního uvědomění zdravých i nemocných a přispět tak ke zlepšení kvality jejich života. *„Profesionální model edukace v ošetrovatelství symbolizuje ideál, nejvyšší úroveň péče, primárně orientovanou na potřeby pacientů a obhajobu jejich práva na zdraví.“*<sup>199</sup>

#### 4.2.2 Pojetí edukace

V této podkapitole se zaměříme na možné přístupy k pojetí edukace. Žádný z nich není pro aplikaci v klinické ošetrovatelské praxi univerzální a jediný správný. Sestra má být profesionálem ve svém oboru, měla by proto na základě celkového zhodnocení edukačních potřeb pacienta správně zhodnotit jeho aktuální stav a naplánovat vhodný postup edukace. Měla by proto znát a uvědomovat si rozdílnost jednotlivých přístupů k pojetí edukace. V ošetrovatelství tedy rozlišujeme podle Jarošové<sup>200</sup> tato pojetí edukace:

<sup>195</sup> Srov. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, 32; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 23 – 24.

<sup>196</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 31.

<sup>197</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 32.

<sup>198</sup> MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnícke listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 8.

<sup>199</sup> MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnícke listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 8.

<sup>200</sup> JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 21.

1. Medicínské pojetí. Cílem tohoto přístupu je snaha zabránit vzniku onemocnění a invalidity. Zahrnuje medicínskou intervenci za účelem prevence nebo zmírnění onemocnění.
2. Behaviorální pojetí. Tento přístup si klade za cíl změnit postoje a chování jedince k přijetí zdravého životního stylu.
3. Vzdělávací pojetí. Cílem tohoto přístupu je zprostředkovat jedinci s předstihem vhodné informace tak, aby byl dostatečně poučen dříve, než učiní nějaké rozhodnutí, a také aby svobodně rozhodoval o svém chování. Tento přístup se, na rozdíl od předcházejících dvou, nesnaží přenášet na edukanta vlastní postoje sestry, ani se nesnaží tohoto jedince k něčemu nutit.
4. Výchova kontrolovaná vychovávanými osobami. Záměrem tohoto přístupu je to, aby si jedinec sám určil, co chce vědět, a rozhodoval se podle svých vlastních zájmů a přesvědčení. Podstatný rozdíl mezi tímto a předchozími přístupy tkví v tom, že zájmové oblasti určí jedinec sám.
5. Sociální pojetí. Úmyslem tohoto přístupu je změnit životní podmínky tak, aby dovolily volbu zdravějšího způsobu života. Zahrnuje politické a sociální činnosti, které mají významný společenský dopad.

Jediný správný způsob edukace neexistuje. Každá sestra by si měla tedy ujasnit, které pojetí a přístup edukace nejvíce odpovídá jejímu osobnímu profesionálnímu kodexu a potřebám pacienta v určité situaci.<sup>201</sup>

Z výše uvedeného vyplývá, že není vhodné, aby pro samotný edukační proces sestra upřednostňovala jen jedno či pouze některá z těchto pojetí. Měla být tedy schopna používat všechna z výše popsaných pojetí, jež by v kontextu aktuální situace dokázala také kombinovat a vzájemně prolínat. Tuto skutečnost by měly umožňovat právě její klíčové kompetence, kterými se budeme zabývat v dalším textu. Tyto kompetence sestře umožní adaptovat se na rychle se měnící situaci, orientovat se v aktuálním dění a zvládat také nároky své a svého okolí.

---

<sup>201</sup> JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 21.

### 4.2.3 Oblasti edukační činnosti

Tato podkapitola je zaměřená na jednotlivé oblasti edukační činnosti sester pro vytvoření představy širšího záběru jejich možného pole působení. Sestra vykonává edukační činnost podle Krátké<sup>202</sup> v následujících oblastech:

- edukace pacientů nebo jeho blízké osoby (pokud bude péči o pacienta přebírat do domácího prostředí), zacílená na omezení nevhodných návyků či naopak upevnění návyků žádoucích, nácvik dovedností v péči o zdraví, sebepéči apod.;
- edukace veřejnosti v oblasti wellness, prevence onemocnění, úrazů apod.;
- edukace kolegyň, kolegů a to prostřednictvím přednášek, seminářů, workshopů (v oblasti její specializace);
- zpracování informačních či edukačních materiálů pro různé cílové skupiny;
- publikování (článek v odborném časopise, příspěvek ve sborníku, apod.);
- edukace žáků či studentů připravujících se na povolání sestry, a to prostřednictvím seminářů a cvičení, tak vedením praxe, tzv. mentorstvím.

Sestra pak pacientům při edukační činnosti poskytuje<sup>203</sup>:

- informace o onemocnění podle svých kompetencí, o postupu při vyšetření, o režimových opatřeních, o rizikových faktorech a správné životosprávě;
- dovednosti, osvojení správné techniky;
- své vlastní zkušenosti a zkušenosti dalších pacientů o daném onemocnění;
- informační či edukační materiály (brožury, texty);
- rady, návody, doporučení.

Podle pracovního zařazení sestry může její edukační činnost spadat do problematiky primární, sekundární a terciální prevence. Charakter její edukační činnosti pak závisí na tom, zda pracuje v ambulantním, nebo lůžkovém typu zdravotnického zařízení.<sup>204</sup>

---

<sup>202</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 27.

<sup>203</sup> DROBILIČOVÁ, A., ŠAMAJ, M. Projekt: Edukační sestra ve FN Olomouc. *Nové vademecum Sterilizace*, 2014, č. 2, s. 11.

<sup>204</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2005, s. 34 – 36.

Vzhledem k hlavnímu záměru disertační práce v našem výzkumu upřednostníme právě sestry poskytující sekundární edukaci pacientů s provázaností na edukaci terciální, u cílové skupiny pacientů v seniorském věku, ambulantních i hospitalizovaných.

#### 4.2.4 Možné bariéry v edukaci pacientů

Při edukaci pacientů se může vyskytnout řada bariér, které mohou mít na vlastní edukační proces záporný vliv. Jedná se o překážky či komplikace, které nám znesnadní nebo zabrání dosažení stanoveného edukačního cíle. Tyto překážky v edukaci pak můžeme popsat jak ze strany sestry, tak i pacienta. Mezi překážky ze strany sestry mohou patřit<sup>205</sup>:

- nedostatek lidského přístupu (ignorování jedince, sarkasmus, hněv);
- přezírání potřeb pacienta;
- podceňování edukačního procesu, nedostatečná příprava na edukaci, roztříštěnost edukace (edukace je neplánovaná, opakovaná, duplicitní, není stanoven cíl edukace – očekávání pacienta se liší od představy sestry, přetížení pacienta informacemi, nesprávná volba času, nedostatečná zpětná vazba, nevhodný edukační materiál apod.);
- nevhodná komunikace s pacientem;
- nedostatek času, spěch, rychlé propuštění pacienta do domácího ošetření;
- únava;
- osobní předpoklady sestry (špatný osobní příklad, nedostatečné znalosti a zkušenosti sestry v oblasti medicíny a ošetrovatelství, ale i psychologie či pedagogiky);
- malá motivace sestry k edukaci;
- neschopnost týmové spolupráce;
- nedostatečná dokumentace;

---

<sup>205</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 14 - 16; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 56 - 57; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 72 - 73; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 27 - 28; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 49; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 28 - 29; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 37 – 38.

- deficit problematiky edukace ve vzdělávacích programech (nedostatečné edukační znalosti a dovednosti sestry).

Možné překážky vyplývající z prostředí a materiálního vybavení<sup>206</sup>:

- záporný vliv prostředí (nadměrný hluk, ztráta soukromí, důstojnosti, sebekontroly, sociální izolace);
- nedostatečné materiální vybavení, nedostatek didaktických pomůcek, nedostupnost písemných edukačních materiálů pro pacienty apod.

Možné překážky ze strany pacienta jsou<sup>207</sup>:

- charakter onemocnění (např. Alzheimerova choroba, poruchy vědomí);
- celkový stav organismu (úroveň soběstačnosti, bolest, poruchy smyslového vnímání – ztráta zraku, hluchoněmý pacient apod.);
- prognóza onemocnění;
- biorytmus;
- mentální handicap;
- špatná adaptace pacienta na onemocnění;
- věkové období a s tímto spojená určitá specifika;
- osobnostní rysy pacienta;
- nedostatečná motivace pacienta;
- popření potřeby edukace pacientem;
- stres v akutním i chronickém stadiu onemocnění;
- emoce;

<sup>206</sup> MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 28.

<sup>207</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 14 - 16; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 56 - 57; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 72 - 73; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 27 - 28; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 49; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 28 - 29; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 37 – 38; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 159 – 175.

- neschopnost nést odpovědnost;
- jazykové, kulturní a etnické bariéry.

Z vlastních zkušeností taktéž můžeme poznamenat, že svoji úlohu hrají i názory pacienta na hodnotu zdraví, jeho přístup k ošetřujícímu personálu a postoj ke zdravotní péči. Pokud pacientovi nezáleží na jeho zdraví či životě, na návratu do pracovního procesu či běžného života, nebude mít tudíž zájem dodržovat léčebný režim ani ochotu vykonávat jakékoliv žádoucí činnosti navíc. Podle našeho názoru poznání a pochopení žebříčku hodnot pacienta pomáhá sestře vhodněji plánovat jeho edukaci.

Sestra by tyto překážky měla předvídat a podle možností ty ovlivnitelné eliminovat. „*Nekompetentní pedagogický přístup k pacientovi, nesprávně zvolené informace, jejich způsob podání, nesprávný výběr metod a jiné didaktické chyby mohou mít na nemocného člověka špatný vliv, případně mohou znemožnit jeho uzdravení.*“<sup>208</sup> Při plánování i realizaci edukace musí být sestra samozřejmě připravena i na to, že se edukace u pacienta nebude moci uskutečnit pro další nepředvídatelné okolnosti, jako je například zhoršení jeho zdravotního stavu.

### 4.3 Vybrané didaktické kategorie v edukaci pacientů

Teorii o intencionálních edukačních procesech se obecně zabývá základní disciplína pedagogiky – didaktika.<sup>209</sup> Ve zdravotnické praxi pak didaktika ošetřovatelství. V této podkapitole se tedy zaměříme na deskripci úlohy didaktiky ošetřovatelství a využití vybraných didaktických kategorií v edukaci pacientů.

Didaktika ošetřovatelství tedy objasňuje podstatu edukační činnosti v ošetřovatelství. Zabývá se obsahem, cíli, metodami, formami, didaktickými prostředky a jejich využitím v edukačním procesu. Kromě organizace edukačního procesu také zkoumá vyučovací koncepce, teorie i vztahy mezi aktéry edukačního procesu v rámci ošetřovatelství.<sup>210</sup>

<sup>208</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 10.

<sup>209</sup> PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 82.

<sup>210</sup> Srov. KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetřovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 21 - 24.

### 4.3.1 Obsahové zaměření edukace pacientů

Sestry velice často mluví o tom, že edukují, ale ve skutečnosti svého pacienta pouze informují. Edukace není to samé co poskytnutí informací. Jedná se o naprosto jiné intervence. Edukace poskytování informací zahrnuje, ale informování edukací nikoliv. Poskytování informací pacientovi totiž podle Špirudové<sup>211</sup> směřuje jen na jeho kognitivní úroveň učení. Výsledkem této intervence je podle kvality zapamatovaného tedy povědomí, nebo znalost či vědomost. Tyto zapamatované informace se však mohou stát pro pacienta nepoužitelnými, a pokud pacient získané informace dále nevyužívá, může dojít k jejich zapomenutí, nebo se stávají pasivní znalostí. Znalost či vědomost pacienta nepředurčuje to, že se jí bude ve svém životě skutečně řídit. Například, obézní pacient přesně slovně reprodukuje zásady redukční diety, ale ve skutečnosti jí to, na co byl zvyklý dříve, poněvadž tuto informaci neumí včlenit do svých osobních či rodinných stravovacích zvyklostí.

Edukace je oproti tomu proces, který cílí na všechny tři úrovně učení – tedy kognitivní (poskytuje informace), emotivní (postojovou) a také behaviorální (konativní, praktickou – dovednostní). Aby byl jedinec schopen změnit své chování, musí získat informace, musí změnit svůj postoj a v konečném důsledku pak změnit i své chování.<sup>212</sup>

Změna chování jedince podléhá taktéž zákonitostem procesu změny. Teorie změny podle Lewina zahrnuje fázi rozmrazení, fázi posunu a fázi zamrazení. Těmito fázemi pak jedinec prochází, až je změna kompletní. Poznání těchto fází nám pomůže pochopit, ve které fázi se jedinec nachází a podle potřeby pak přizpůsobit samotný edukační proces. K dosažení pozitivní změny v chování a jednání jedince je proto důležité, aby edukace pacientů tento proces akceptovala.<sup>213</sup>

Obsah edukace je daný jejími cíli, které se odvíjí od potřeb.<sup>214</sup> Obsahové zaměření edukace pacienta tedy souvisí s otázkou, co bude obsahem edukace ve vztahu k potřebám pacienta, zda zvolíme edukaci základní nebo reedukační.

---

<sup>211</sup> ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 106.

<sup>212</sup> ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 106.

<sup>213</sup> Srov. MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 19 - 22; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 29 - 31; ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 106; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 91 – 93.

<sup>214</sup> Srov. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. s. 26; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51.

### 4.3.2 Edukační cíle

Cíle edukace tvoří nepostradatelný a základní stavební prvek každého edukačního programu. Edukační cíle jsou východiskem všech edukačních pracovníků, tedy i sester edukujících své pacienty. Cíle edukace v ošetrovatelské péči lze definovat jako očekávané změny ve vědomostech, dovednostech, postojích či hodnotách, kterých má být prostřednictvím edukace dosaženo.<sup>215</sup> Vzhledem k tomu, že edukace má mít komplexní charakter, je nutné se při plánování cílů zaměřit na celou osobnost edukanta. V tomto kontextu můžeme cíle rozdělit na 3 základní druhy<sup>216</sup>:

- Kognitivní (poznávací, vzdělávací), které jsou zaměřené na osvojování vědomostí. Jsou tedy spojené s poskytováním určitých informací, vysvětlováním a přesvědčováním se o tom, zda edukant skutečně podaným informacím rozuměl. Příklad kognitivního cíle: Pacient je schopen popsat příznaky svého onemocnění, vyjmenovat jeho možné příčiny, vysvětlit možnosti léčení apod.
- Afektivní (emocionální, postojové), jež se týkají emocionální složky osobnosti, tedy na získávání žádoucích postojů, hodnot, názorů, návyků a životního přesvědčení. Tyto cíle se orientují na ujasnění, vytváření, nebo změnu postojů, přesvědčení, hodnot a názorů jedince. Příklad afektivního cíle: Pacient akceptuje důležitost změny svého jídelníčku, respektuje pokyny ke změně stravování, je ochoten ztotožnit se s novým životním stylem apod.
- Psychomotorické (výcvikové, nebo také behaviorální, konativní) zaměřující se na získání způsobilosti a schopnosti naučit se dovednost a realizovat ji v životě. Psychomotorické cíle tedy vyjadřující, jaké motorické dovednosti by měl edukant získat. Týkají se tedy určité schopnosti a zručnosti. Příklad psychomotorického cíle: Pacient provede praktickou ukázkou ošetření kolostomie apod.

---

<sup>215</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 27; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 26 - 27; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 11; ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 105.

<sup>216</sup> Srov. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 22; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 27 - 30; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 26 - 27; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 11.



Behaviorální cíle úzce souvisí s afektivní oblastí, zaměřují se na změnu chování edukanta, proto je některé autorky uvádí jako samostatnou oblast. Možným příkladem behaviorálního cíle: Pacient se aktivně zapojí do edukačního procesu.

V edukačním procesu se vymezují cíle krátkodobé (etapové, částečné, operativní) spojené s očekávaným chováním edukanta na konci každé edukační jednotky. Vztahují se tak k aktuálním potřebám jedince. Krátkodobé cíle musí být ve shodě s hlavním cílem edukace. Příklad krátkodobého cíle: Pacient vybere z předloženého jídelního lístku jídla vhodná pro kolostomiky. Komplexní všeobecné očekávané chování edukanta pak vyjadřují cíle dlouhodobé (konečný výsledek, záměr). Příklad dlouhodobého cíle: Pacient sestaví jídelní lístek na jeden týden z jídel vhodných pro kolostomiky.<sup>217</sup>

Sestra musí edukační cíle nejen správně určit, ale i jasně zformulovat. Při formulaci edukačních cílů je nutné respektovat požadavky na jejich vlastnosti (správně stanovený edukační cíl by tedy měl být jednoznačný, přiměřený, realistický, apod.).<sup>218</sup>

Pro formulaci a stanovení cílů lze užít tzv. taxonomie (kategorizace) cílů. Mezi nejpoužívanější taxonomie kognitivních cílů patří taxonomie podle Blooma či Niemerka, k formulaci afektivních cílů lze užít Kraftwohlovu taxonomii a cílů psychomotorických taxonomii podle Davee<sup>219</sup>. Pro potřeby edukace ve zdravotnictví se jeví jako vhodná taxonomie dle M. Simpsona.<sup>220</sup>

Je také důležité dodržovat formální požadavky na strukturu cílů. Cíle by měly obsahovat<sup>221</sup>:

- Očekávané chování nebo činnost (výkon pacienta nebo rodiny), které jsou měřitelné, či viditelné.
- Podmínky, při kterých se chování nebo činnost projeví.
- Kritéria, jak dobře, či s jakou přesností zvládne výkon předvést.

---

<sup>217</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 27; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 27.

<sup>218</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 27; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 27.

<sup>219</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 37 - 45.

<sup>220</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 38.

<sup>221</sup> Srov. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 108 - 111; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 151 - 153.

Příklad: po pozorování a předvedení výměny stomického sáčku (podmínka) bude pacient (kdo) schopen technicky správně vyměnit stomický sáček 1 x denně (kritéria).

Na vyjádření výkonu či chování se používají aktivní slovesa měřitelná přímo pozorováním (vymění stomický sáček) nebo nepřímou vyslechnutím edukanta (edukant je schopný vyřešit).

Cíle, jež sestra stanoví, mají mít podobu doporučení, nikoliv zákazů či rozkazů, které vedou spíše k opačnému chování nebo ke vzpouře pacienta, a přirozeně také k tomu, že pacient vnímá sestru jako osobu zodpovědnou za jeho zdravotní stav. Pokud jim ale cíle sestra předloží jako doporučení, co by v zájmu jeho zdraví bylo vhodné a co ne, a vytvoří tím prostor pro jeho vnitřní motivaci, z velké části již cíle dosáhla. K dosažení edukačních cílů je také důležité, aby pacient viděl ze strany sestry podporu a pochopení, byl k získávání nových informací či dovedností dostatečně motivován, souhlasil se stanovenými cíli, chápal podstatu onemocnění a léčbu, chápal tak i svou roli v péči o sebe, převzal tak zodpovědnost za své chování a ochotně se sestrou na splnění edukačních cílů spolupracoval - *compliance*.<sup>222</sup>

### 4.3.3 Didaktické zásady

Dalším prostředkem, který významně ovlivňuje kvalitu výuky, jsou didaktické zásady (principy). V této podkapitole se proto zaměříme na způsob, jakým se uplatňují při edukačním procesu v rámci ošetrovatelské péče.

Pro efektivní a úspěšnou edukaci je tedy důležité respektovat určité didaktické zásady. Krátká pak cituje Průchu<sup>223</sup>, podle kterého se obecně jedná se o určité teze či pravidla, jež shrnují osvědčené zkušenosti lidstva s efektivním vyučováním a mají pro edukaci univerzální ráz.

Moderní edukace a výuka v ošetrovatelství jako didaktický, edukační proces tak vyžaduje adaptaci na nejnovější moderní vymoženosti a požadavky.<sup>224</sup>

V edukačním procesu by měli být didaktické zásady uplatňovány ve vzájemné shodě, neměla by tedy být jedna z nich potlačena nebo preferována. Didaktické zásady by měla

---

<sup>222</sup> Srov. KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 40; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 27.

<sup>223</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34.

<sup>224</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34 - 35.

respektovat nejen sestru, ale také edukant. V současné době neexistuje jejich jednotná klasifikace. Mezi zásady, které se pak nejvíce uplatňují při edukaci zdravých i nemocných dětí a dospělých patří: zásada názornosti, spojení teorie s praxí, vědeckosti, přiměřenosti, soustavnosti, trvalosti, aktuálnosti, zpětné vazby, uvědomělosti a aktivity, individuálního přístupu a kulturního kontextu.<sup>225</sup>

V následujícím textu uvádíme charakteristiku jednotlivých didaktických zásad uplatňovaných pro efektivní edukaci v rámci ošetrovatelské péče<sup>226</sup>:

- Zásada názornosti – je základem úspěšného edukačního procesu, v praxi se bohužel často opomíjí. Čím více totiž analyzátorů pro smyslové vnímání jedinec při učení zapojí, tím více si pamatuje. Proto je vhodné volit takové metody a formy výuky i didaktické pomůcky, které tuto zásadu podpoří a usnadní tak edukantovi proces učení. To samozřejmě platí i při edukaci pacientů.
- Zásada spojení teorie s praxí – jedná se o velmi důležitou zásadu, při které sestry při edukaci pacientů využívají své teoretické poznatky, dovednosti, zkušenosti a postoje, jež získaly praxí. Vhodné znalosti, dovednosti a postoje by měla upevnit, ty nesprávné se pak snažit změnit v pozitivní.
- Zásada vědeckosti – je v současné době v ošetrovatelství velice aktuální. Obsah edukace má být v souladu s nejnovějšími objevy vědy, techniky, pedagogiky, ale i ošetrovatelství. Ošetrovatelství jako vědní disciplína vyžaduje pochopení a praktickou aplikaci specifických znalostí a dovedností, které se v rámci možností opírají o výsledky vědeckého výzkumu a praxe. Tímto se ošetrovatelství významně podílí na implementaci přístupu *Evidence Based Nursing*<sup>227</sup> nebo také *Evidence Based Nursing Practice*<sup>228</sup> do ošetrovatelské praxe. Dodržení této zásady je velice náročné.

---

<sup>225</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. S. 31.

<sup>226</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

<sup>227</sup> Termín *Evidence Based Nursing* neboli „ošetrovatelství založené na vědeckých důkazech“ nemá jednotnou definici. Často v definici nalézáme integraci tří komponentů - základních principů: nejlepší vědecký důkaz, klinická zkušenost a potřeby pacienta. Jedná se o vědomé zřetelné a soudné využití nejlepších dostupných vědeckých důkazů, klinické zkušenosti a preferencí pacienta v procesu klinického rozhodování sester. ZELENÍKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. Úvod do problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech (*Evidence Based Nursing*). *Kontakt - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*, 2013, roč. 15, č. 1, s. 7 – 13.

<sup>228</sup> Využití přístupu *Evidence Based Nursing* v praxi se označuje jako *Evidence Based Nursing Practice* neboli „praxe založená na vědeckých důkazech“. ZELENÍKOVÁ, R. Evidence based practice – nový trend v ošetrovatelství. In Bužgová, R., Jarošová, D. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 96 – 99.

Od sestry si vyžaduje soustavné, celoživotní vzdělávání. Obsah edukace by měl být věcný a zahrnovat pouze podstatné informace, které by edukantovi neměly být prezentovány příliš odborně.

- Zásada přiměřenosti – požadavky na edukanta by měly být splnitelné a úspěšné, měly by tedy být v souladu s úrovní jeho vědomostí, dovedností, návyků a postojů. Sestra tak musí umět určit připravenost pacienta k ošetrovatelskému výkonu a přizpůsobit tak způsob jeho edukace.
- Zásada aktuálnosti – souvisí s aktuální úrovní edukačních potřeb. Jaký výkon pacient potřebuje procvičit, v čem má nedostatečné znalosti? Jaký je tedy aktuální stav pacienta a s tím související edukační potřeba?
- Zásada zpětné vazby (*feedbacku*) – měla by být uplatňována v průběhu celého edukačního procesu, zjišťujeme od edukanta informace (vhodným způsobem, např. kladením otázek z obsahu edukace, diskusí, dotazníkem, pozorováním apod.), jestli zprostředkovaná fakta chápe, rozumí jim, pamatuje si je a umí je použít při praktické činnosti.
- Zásada jednotnosti - spočívá v jednotnosti podaných informací. Podané informace od různých edukátorů se tedy nesmí lišit.
- Zásada uvědomělosti a aktivity – spočívá ve vědomé potřebě samotného pacienta se aktivně zapojit do edukačního procesu, účastnit se uzdravování a spolupracovat (*compliance*). Měl by se sám zajímat a vyhledávat informace prospěšné zdraví, nebo se dotazovat na to, co neví, nebo čemu nerozumí. K tomu je samozřejmě důležitá vhodná vnitřní i vnější motivace pacienta (pacientovi musí být objasněno, k čemu určité znalosti a dovednosti potřebuje).
- Zásada individuálního přístupu – edukovaného jedince nesrovnáváme s ostatními, ale přihlížíme k jeho individuálním zvláštnostem (např. temperament, osobní zkušenosti, psychický stav nebo jiné znevýhodnění apod.).
- Zásada soustavnosti – učivo by mělo být seřazeno do logických celků, je také důležité určit, co je nejdůležitější a co vedlejší. Edukant by měl vědět cíl a obsah učiva, měl by být schopný navázat na dosavadní znalosti a dovednosti, které pak trvale prohlubuje. V závěru edukace je vhodné shrnout její nejdůležitější body, tedy co se pacient nového naučil.

- Zásada trvalosti – záměrem je docílit toho, aby si edukant osvojené znalosti a dovednosti udržel v paměti trvale (uchoval je v dlouhodobé paměti), a byl tak schopen si je i po delším časovém odstupu podle potřeby zpětně z paměti vybavit a použít. Trvalé znalosti a dovednosti jsou pak ty, na které edukant dokáže navázat novými znalostmi a dovednostmi. Vhodné je mj. vybavit pacienta do domácího prostředí vhodným edukačním materiálem.
- Zásada kulturního kontextu – spočívá v respektování zvláštnosti jednotlivých kultur, sociálních skupin a pohlaví.

V edukaci v rámci ošetrovatelské péče pak podle Krátké<sup>229</sup> a Magurové a Majerníkové<sup>230</sup> postupujeme:

- přiměřeně (podle schopností pacienta ve vhodném tempu a rozsahu, obsah a metody edukace odpovídají potřebám, cílům, věku a úrovni pacienta);
- individuálně (s respektováním zvláštností jednotlivých pacientů včetně jejich kultury);
- postupně (od nejjednoduššího ke složitějšímu, s využíváním dosavadních znalostí a dovedností pacienta, postupné zvyšování nároků odpovídá věkovým a individuálním zvláštnostem pacienta);
- systematicky, soustavně (s nezbytností opakování, procvičování);
- uvědoměle, cílevědomě (s důrazem na porozumění informací a chápání jejich smyslu samotným pacientem, každé setkání má jasně vytčený cíl);
- trvale (se záměrem na stálost osvojených návyků, znalostí a dovedností);
- aktivně, tvořivě (s podporou zájmu pacienta o danou problematiku a jeho aktivity);
- názorně (prostřednictvím co nejvíce smyslů pacienta – s využitím příkladů, příběhů, modelů, nákresů, schémat apod.);
- emocionálně, zábavně (pomocí empatie, opravdového zájmu o pacienta, navázání důvěryhodného vztahu s pacientem);

---

<sup>229</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 – 37.

<sup>230</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. s. 49.

- teorii propojme s praxí (zdůvodněním důležitosti propojení teoretických poznatků s praktickou činností, využíváním dovedností a znalostí v běžných denních aktivitách);
- jednotně (shodným postupem, stejnými nároky na pacienta u celého týmu);
- kvalitně, náročně (bezchybným předváděním činností, přiměřenou přísností, ale spravedlností);
- všestranně, komplexně (v rámci holistického pojetí);
- výchovně (profesionálním přístupem, pro pacienta reálným vzorem);
- optimisticky, pozitivně, lidsky (s očekáváním dobrých výsledků, s respektováním důstojnosti člověka, s taktním jednáním a pochopením apod.).

#### 4.3.4 Didaktické prostředky a pomůcky

K dosažení stanovených edukačních cílů může sestra využít různých prostředků edukace. Jedná se o prostředky nemateriální (např. obsah edukace, metody edukace, formy edukace, vědomosti edukátora, výroky edukátora, filozofie myšlení apod.) a materiální povahy (např. učební pomůcky, textové pomůcky, didaktická technika, interiér místnosti apod.), které je možné podle potřeby či možností i vhodným způsobem vzájemně kombinovat.<sup>231</sup>

Didaktické prostředky a pomůcky mají podle Juřeníkové<sup>232</sup> funkci: motivační, informačně-logickou, názornou, propojení teorie s praxí, aktivační, rozšiřující a doplňující.

Didaktické prostředky materiální povahy sloužící sestře jako podpůrný materiál k dosažení edukačních cílů tím, že přispívají ke zprostředkování učiva v názorné podobě.<sup>233</sup>

V ošetrovatelské praxi jsou často používány specifické, reálně používané předměty, které jsou využívány pro nácvik konkrétních postupů. Edukační materiál je pak vhodným písemným obrazovým či slovním doplněním pokračující edukace, je zpracován odborníky a jejich vydání je obvykle podporované sponzorsky. Nicméně edukátoři si mohou připravit vlastní, pro potřeby edukace vyhovující edukační materiál. V současné době tak mají

<sup>231</sup> Srov. MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 18 – 19; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 56.

<sup>232</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 48.

<sup>233</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 48.

jednotlivé medicínské oblasti pro edukaci svých pacientů zpracovány speciální metodiky (metodický balíček, edukační opora). Příkladem může být: Metodická příručka pro pacienta se stomií apod.<sup>234</sup>

Následující tabulka znázorňuje dělení didaktických pomůcek pro potřeby edukace ve zdravotnictví:

Typ pomůcek	Příklady pomůcek
Textové učební pomůcky	učebnice, letáky, časopisy, brožury, pracovní listy a sešity
Vizuální učební pomůcky	nástěnné obrazy, fotodokumentace, modely, trenažéry, zdravotnický materiál (např. stomický sáček, inzulinové pero apod.), kostra
Auditivní učební pomůcky	hudební a zvukové záznamy (např. záznam srdečních ozev), výukové programy se zvukovými výstupy
Audiovizuální učební pomůcky	výukové filmy, televizní pořady
Počítačové edukační programy a internet	interaktivní edukační programy
Vybavení edukátora a edukanta	pero, psací potřeby, papír

Tabulka 2: Dělení didaktických pomůcek (upraveno podle Juřeníkové<sup>235</sup>)

Při volbě didaktických pomůcek přihlížíme ke stanovenému cíli, zvoleným metodám, formám a obsahu edukace. Dále je důležité zohlednit věk, zdravotní a psychický stav pacienta a možnosti daného zařízení, ve kterém budeme edukaci realizovat. Podle výběru pomůcky pak eventuálně následuje volba didaktické techniky.<sup>236</sup>

Při přípravě a práci s didaktickými pomůckami vč. techniky sestry dodržuje určité zásady. Pro potřeby ošetrovatelské péče uvádíme ty nejdůležitější<sup>237</sup>:

- znát a umět s pomůckou pracovat;
- ověřit si její funkčnost;
- vyřazovat zastaralé pomůcky;

<sup>234</sup> NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, s. 27.

<sup>235</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 48 - 49.

<sup>236</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 49.

<sup>237</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 49; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 39 – 40.

- při práci s pomůckou dodržovat bezpečnost práce a ochranu zdraví.

Snad si ale můžeme dovolit k závěru této kapitoly konstatovat, že sebedokonalejší pomůcka nebo technika nenahradí vlastní edukační činnost sestry. Osobní setkání sestry s pacientem a přímé sdělování informací tváří v tvář jsou bezpochyby nenahraditelné.

#### 4.3.5 Metody a formy edukace pacientů

Metody edukace se mohou v klinické praxi vzájemně kombinovat a doplňovat. Podle aktivity edukátora a edukanta je můžeme podle Krátké<sup>238</sup> dělit na metody mluveného slova, metody tištěného slova a metody názorných prostředků. Uvádíme zde modifikaci jednotlivých metod pro edukaci realizovanou v rámci ošetrovatelské péče<sup>239</sup>:

- Metoda mluveného slova je nejčastější využívanou metodou edukace v rámci ošetrovatelské péče (přednáška, výklad, diskuse, vyprávění příběhu, beseda, reprodukce, konzultace, *brainstorming*). Sestra by měla omezit odbornou terminologii, měla by mluvit v kratších větách, srozumitelně, spisovně, musí se umět vyjadřovat, měla by dbát na přiměřenou rychlost projevu, intonaci, výšku hlasu apod. (rétorické schopnosti).
- Metoda tištěného slova (plakát, leták, článek, brožura, časopis, kniha, internetový zdroj, různé postupy činností a podpůrné osnovy) pak doplňuje mluvené slovo. Materiál musí být kvalitně vytvořený (velikost písma podle cílové skupiny pacientů), nesmí obsahovat chyby či překlepy. V současnosti jsou na některých pracovištích zpracovány tištěné materiály i ve více jazycích (multikulturní společnost).
- Metody přímé zkušenosti a názorných prostředků (poster, nástěnka, učební panel, tabule, videotechnika, film, televize, výstava, demonstrátory, pomůcky, instruktáž, kampaň – využití známé osobnosti např. v rámci preventivních programů atd.) musí být připraveny a používány tak, aby pro svůj požadovaný efekt upoutali pozornost a zájem cílové skupiny.

<sup>238</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 29.

<sup>239</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 37 - 47; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 29; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 153 - 204; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 53 - 56; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 38 - 39; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 68 - 73.



U pacientů je pak podle Špirudové<sup>240</sup> vhodné pracovat metodami, v nichž se uplatňuje jejich kritické myšlení a které jsou aktivizující. Konkrétní metody v jednotlivých fázích procesu učení je důležité volit s ohledem na téma, na osobnost konkrétního pacienta, k jeho dosavadním znalostem, dovednostem a zkušenostem, a také s respektem k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu, a rovněž také k prostředí, v němž bude edukace realizována. Taktéž musíme při volbě metody přihlídnout ke stanoveným cílům, obsahu a zvolené formě edukace.

Forma edukace je tedy konkrétní podoba uspořádání vnějších organizačních stránek a podmínek výuky tak, aby sestra mohla optimálně realizovat stanovené specifické výukové cíle v současných reálných podmínkách daného zdravotnického zařízení. Ačkoliv existuje celá řada organizačních forem výuky, pro potřeby edukace ve zdravotnictví postačí následující základní formy edukace<sup>241</sup>:

- Individuální, která vychází z úzkého kontaktu a vzájemné důvěry mezi sestrou a edukantem (individuální rozhovor, konzultace, instruktáž s praktickým cvičením apod.). Je jednou z nejčastějších forem edukace ve zdravotnictví. V rámci této formy edukace je možné dosahovat cíle ve všech doménách učení (kognitivní, afektivní a psychomotorické), Obsah edukace se odvíjí od individuálních potřeb konkrétního pacienta. Tato forma edukace nejčastěji probíhá v ambulanci, u lůžka pacienta, či v ordinaci lékaře. Vhodná je pro edukanty s poruchou učení, se špatnou gramotností, eventuálně pro edukaci s emocionálně nestabilními pacienty. Opakovaná zpětná vazba umožní pacientovi bezprostředně projevit jejich porozumění novým informacím.

Příklad: Individuální instruktáž k výměně stomického sáčku u pacienta po operaci (založení stomie).

- Skupinová, využívající vliv na větší, většinou cílenou skupinu zdravých nebo nemocných jedinců (beseda apod.). Výhodou je možnost výměny zkušeností a názorů mezi jednotlivými členy skupiny. Ve zdravotnictví se nejčastěji využívá

---

<sup>240</sup> ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 109.

<sup>241</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelství praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 34 - 36; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 205 - 226; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 17 - 18; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 61 - 62; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 163 - 165; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 39; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 69.

v lázeňské péči. Ideální počet členů ve skupině je 3 – 5 (malá skupina, nácvik dovedností), spíše ojediněle 6 – 30 (střední skupina, nácvik relaxačních technik apod.). Skupina pak může vzniknout na základě vlastního zájmu jedince (neformální), nebo je vytvořena na základě jistých kritérií (formální). Tímto kritériem může být například věk, pohlaví, určité onemocnění apod. Příklad: Beseda k ošetřování střevního vývodu a péče o jeho okolí u pacienta

- Hromadná, jež se zaměřuje na širší okruh lidí než obě předešlé (tisk, rozhlas, televize apod.). Ve zdravotnictví se používá tam, kde chceme účastníkům edukace sdělit stejný obsah. Nevýhodou je nízká aktivita edukantů, omezený individuální přístup a nízká zpětná vazba. Příklad: Přednášky a různorodé preventivní programy zaměřené na zdravou výživu.
- Specifické organizační formy (kluby, svépomocné skupiny apod.) pak sdružují jedince s podobnými zájmy nebo podobnými zdravotními problémy. Podstatnými atributy těchto forem jsou především sdílení zkušeností, uvolnění nahromaděných emocí v podpůrné a chápající atmosféře a výměna informací. Příklad: ILCO - dobrovolné sdružení stomiků České republiky.

Podle interakce mezi sestrou a edukantem můžeme rozeznat edukaci, která probíhá v přímém kontaktu *face to face* (nejvhodnější, přizpůsobená momentálním potřebám pacienta), bez přímého kontaktu (e-learning, práce s textem), nebo formou smíšenou (kombinace obou předchozích). Při volbě formy edukace vždy přihlížíme ke stanovenému cíli edukace, tematickému obsahu, k připravenosti a specifickým potřebám pacienta a k možnostem, které máme v rámci určitého zdravotnického zařízení.<sup>242</sup>

#### **4.4 Edukační proces**

Následující podkapitola je zaměřena na popis vlastního edukačního procesu realizovaného u pacienta v rámci ošetrovatelské péče a vymezení vstupů, jež mají na edukační činnost sester zásadní vliv. Jedná se tedy o popis výchozích podmínek, které je třeba brát v úvahu.

Edukační proces v ošetrovatelství je často realizován metodou tzv. ošetrovatelského procesu. Jedná se o předání konkrétních informací konkrétnímu jednotlivci či skupině,

---

<sup>242</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 34 – 36.

které se uskutečňuje ve specificky připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a pacienta.<sup>243</sup>

Do edukačního procesu vstupují čtyři faktory, a to edukant a jeho charakteristika, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí.<sup>244</sup> O každém faktoru nyní pojednáme samostatně.

### **Edukant a jeho charakteristika**

Pod pojmem edukant rozumíme subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, v němž edukační proces probíhá.<sup>245</sup> Ve zdravotnickém prostředí, a jež nás ve vztahu k zaměření předkládané práce zajímá, se pak nejčastěji jedná o zdravého nebo nemocného člověka (příp. tedy osobu, která bude pečovat o svého blízkého v domácím prostředí). Každý takový edukant je individuální osobností se svojí určitou charakteristikou ovlivňující samotný edukační proces. Může se jednat např. o tyto znaky: věk, pohlaví, jeho zdravotní stav, sociální statut, životní potřeby, postoje, morální zralost, víra, etnická příslušnost, motivace k uzdravení, předcházející zkušenosti, kognitivní schopnosti – schopnost učit se apod.<sup>246</sup>

### **Edukátor**

Podle Závodné<sup>247</sup> je edukátorem kterýkoliv aktér edukační aktivity, tedy ten, kdo učí a řídí edukační proces. Ve zdravotnických institucích provádí edukaci na základě povinnosti vyplývající ze zákona různé kategorie zdravotnických pracovníků, tedy lékař, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut a samozřejmě všeobecná sestra.<sup>248</sup> Stejně, jako má na edukační proces vliv osobnost edukanta, výrazný podíl hraje i osobnost edukátora, tím máme na mysli zejména jeho odbornost, profesionální zkušenosti, úroveň teoretických

---

<sup>243</sup> Srov. KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 32; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 77; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 84.

<sup>244</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 33; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 7 – 8.

<sup>245</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10.

<sup>246</sup> Srov. KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 33; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 49; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 7 - 8; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 48; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 85.

<sup>247</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 85.

<sup>248</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10.

znalostí, didaktické schopnosti, komunikační dovednosti, temperament, zodpovědnost, zájem o edukanta apod.<sup>249</sup>

### **Edukační konstrukty**

Edukační konstrukty nějakým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy. Patří mezi ně různé teorie, plány, modely, edukační standardy, legislativa (zákony, vyhlášky, věstníky, předpisy), edukační materiály, edukační pomůcky a učebnice.<sup>250</sup>

### **Edukační prostředí**

Edukačním prostředím pak rozumíme jakékoliv prostředí, v němž jsou realizovány edukační procesy. Je dáno fyzikálními podmínkami, zúčastněnými subjekty a jejich vzájemnými psychosociálními vztahy. Ve zdravotnické instituci vstupuje do edukačního procesu více faktorů. Jejich variabilita vychází z typu zdravotnické instituce a organizace práce daného pracoviště (standardní i speciální ošetrovací jednotka, ambulance apod.), skladbou pacientů, vybavením pracoviště (pomůcky pro nácvik aktivit) a kategoriemi zdravotnických pracovníků. Vhodné prostředí na edukaci musí mít optimální osvětlení a teplotu, přiměřený prostor, musí mít bez hluku a ve zdravotnickém prostředí také zaručovat důležitou intimitu. Podstatnou roli pak hraje i atmosféra na pracovišti a dostatek času pro vlastní edukaci.<sup>251</sup>

### **Fáze edukačního procesu**

Podle Juřeníkové<sup>252</sup> se edukační proces v ošetrovatelství z didaktického hlediska skládá z fáze počáteční pedagogické diagnostiky, fáze projektování (plánování), fáze realizace, fáze upevnění a prohlubování učiva a fáze zpětné vazby (vyhodnocení). Příprava edukačního procesu se vztahuje k základním povinnostem a kompetencím sestry

---

<sup>249</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 49; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 7 - 8; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 48; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

<sup>250</sup> Srov. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

<sup>251</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 34; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

<sup>252</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21 – 22.

před edukací, v jejím průběhu a po jejím skončení. Kvalita edukačního procesu pak závisí na jejich vzájemné interakci, osobnostních kvalitách, hodnotách, názorech a postojích. Jedná se o proces záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný. Tento proces vytváří nepřetržitý cyklus, na kterém se podílí dva vzájemně se ovlivňující účastníci – edukátor (sestra) a edukant (pacient). Uvedené fáze edukace je pak vhodné přizpůsobit nejčastěji užívané metodě péče o pacienta, tzv. ošetrovatelskému procesu. Edukační proces je realizován se zřetelem na pedagogické a didaktické zásady.<sup>253</sup>

### 1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky (posouzení edukačních potřeb pacienta, příp. jeho blízké osoby, bude-li péči o pacienta přebírat) spočívá v pečlivém sběru údajů o pacientovi, analýze jeho schopností učit se (stav zraku, sluchu, čichu, rovnováhy, hmatu, schopnosti řeči, schopnost soustředěnosti a pozornosti, úroveň všípivosti nových poznatků, manuální zručnost – jemná motorika apod.), odhalení úrovně vědomostí, dovedností, návyků a postojů, posouzení edukačních potřeb pacienta získat nebo rozšířit vědomosti, dovednosti, návyky (přípravenost na výuku). Na základě sebraných informací o pacientovi a jejich analýzy tedy stanovíme edukační potřebu, tuto skutečnost jednoznačně definujeme a zapíšeme do dokumentace pacienta (např. zjištěn nedostatek znalostí v péči o stomii).<sup>254</sup>

Mimo pedagogické diagnostiky je nutné zohlednit i následující faktory: věk (vývojový stupeň), pohlaví, vzdělání, zaměstnání, úroveň soběstačnosti a sebek péče, zdravotní problémy, zdravotní omezení, specifické potřeby (kompenzační pomůcky), momentální zdravotní stav (bolest apod.), momentální psychický stav (nálada apod.), mentální úroveň (demence apod.), sociálně-ekonomické zázemí, zdroje podpory, kulturní zvláštnosti, náboženství, životní styl a hodnoty (názory na hodnotu zdraví), ochota učit se, motivace k akceptování a uskutečňování

---

<sup>253</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 29; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 25; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 85 - 86.

<sup>254</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 25; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 41; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 47 - 50; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 84 - 90; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 33 - 34; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 93 - 94.

změny, styl učení, úroveň spolupráce pacienta případně jeho blízké osoby (*compliance*), dřívější zkušenosti (při případné reedukaci) apod.<sup>255</sup>

Primárním a významným zdrojem informací jsou údaje přímo od pacienta. Tyto informace jsou doplněny ze sekundárních zdrojů, kterými může být rodinný příslušník, blízká osoba, jiný zdravotnický pracovník, nebo zdravotnická dokumentace. Pokud pacient není pro edukaci disponován (např. v případě velmi vážného stavu, dezorientovanosti apod.) se pak považují za zdroj primární. Pro sběr informací je možné využít rozhovor, pozorování, testování (písemné či ústní) i záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Informace, které získáme, by měli být validní, přesné, komplexní a systematické. Rozsah posouzení edukačních potřeb závisí na charakteru onemocnění, prognóze, lékařském a ošetrovatelském režimu. Posuzování edukačních potřeb má mít týmový charakter (lékařská, ošetrovatelská anamnéza). Pacient a jeho rodina jsou však v čele tohoto týmu. Důsledné posouzení edukanta je důležité pro úspěšnost dalších fází edukačního procesu.<sup>256</sup>

Ze strany sestry je dle našeho názoru pak důležité i ve vztahu k edukační potřebě pacienta prostudovat a zhodnotit možnosti dostupných edukačních konstruktů daného pracoviště (metodický pokyn, standardní ošetrovatelský postup, dokumentace k zápisu edukace, edukační materiály a informační materiály, edukační pomůcky apod.).

## 2. Fáze projektování (plánování)

Hlavním smyslem této fáze je vytvořit edukační plán. Fáze projektování je nejprve zaměřená na formulování edukační diagnózy. Edukační diagnóza vymezuje problémy a potřeby jedince, jejich příčiny a faktory, které ovlivňují a podmiňují tyto problémy. Edukační diagnóza může patřit do kategorie nedostatku vědomostí, zručností, popřípadě nedostatku motivace. Můžeme se setkat také s diagnózami pro zlepšení zdraví, tzv. *wellnes*. Edukační diagnózy členíme podle důležitosti, ke vztahu k potřebám jedince a jeho prioritám.

---

<sup>255</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 24 - 25; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 42; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 84 - 90; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 26; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 33; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 94 - 95.

<sup>256</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21 - 24; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 25; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 84 - 90; RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 6.

Pro stanovení edukační diagnózy se používá NANDA taxonomie II.<sup>257</sup> Příkladem edukační diagnózy může být<sup>258</sup>:

### **Doména 5: Percepce / kognice, třída 4 Kognice**

#### **Nedostatečné znalosti (00126)**

Nedostatek kognitivních informací souvisejících s ošetřováním stomie a péčí o její okolí

- Určující znaky: nepřesné provádění instrukcí, nepřesná interpretace znalostí v testu, nevhodné chování (hysterické, nepřátelské, agitované, apatické), nedostatečné znalosti.
- Související faktory: alterace kognitivních funkcí, změny paměti, nedostatek informací, nezájem učit se, neobeznámenost se zdroji informací, dezinformace uváděna jinými osobami.

Dalším úkolem této fáze je volba edukačních strategií. Volba edukačních strategií musí vyplývat z předpokladů pacienta, obsahu edukace i z předpokladů sestry. Volba závisí od strategie, typu edukace a charakteristiky obsahu.<sup>259</sup>

Probíhá tedy stanovení druhu edukace (základní, komplexní, reedukace) a jejich priorit, ve spolupráci s pacientem pak stanovení reálného cíle edukace (v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní, jež mají v ošetřovatelské edukaci často přednost před kognitivními). Rozpracovávají se tedy identifikovaná témata a k nim příslušné kompetence do postupně navazujících edukačních kapitol. Posuzují se případné překážky při edukaci, volí se vhodné metody, forma, obsah, prostředí pro vlastní edukaci, pomůcky, časový plán, způsob evalvace výstupů edukace – cílových kompetencí pacienta. Na základě

---

<sup>257</sup> Srov. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 25 - 26; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 50; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 90 - 91; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, s. 26.

<sup>258</sup> NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: definície a klasifikácie 2015 – 2017*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 230.

<sup>259</sup> Srov. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 95; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 96.

edukačních potřeb (problémů) se takto sestaví určitý plán, na podkladě kterého bude edukace probíhat.<sup>260</sup>

Důsledné projektování edukačního procesu je velice důležité, a to jednak pro usnadnění práce sestry, ale také pro motivaci pacienta. Pokud je plán edukace důsledně připraven, pacient tedy vidí, že mu ošetřující personál věnuje velkou pozornost, přistupuje pak k edukaci s větší odpovědností.<sup>261</sup> Při projektování edukace, resp. konkrétní edukační jednotky je důležité respektovat tělesný i psychický stav pacienta a jeho právo na osobní svobodu a rozhodování. Na začátku edukace je příhodné začít s tím, co pacienta zajímá, co zná, a tím podpořit jeho sebedůvěru. Až po zvládnutí základů je vhodné přejít k variantám, úpravám. Edukační plán musí být dostatečně flexibilní, aby se mohl přizpůsobit nepředvídaným změnám.<sup>262</sup> Edukační plán je vhodné sestavit v písemné podobě, ve spolupráci s pacientem a měl by být založen v jeho zdravotnické dokumentaci.

### 3. Fáze realizace

Ve třetí fázi edukačního procesu v ošetrovatelství je v konkrétních podmínkách aplikována jednak teoretická příprava, ale také prokazována i jistá praktická dovednost vedení celého edukačního procesu, vč. jeho možných následků či důsledků.<sup>263</sup> Na realizaci edukace by se měl podle sestaveného plánu, dle svých kompetencí a specializací podílet celý zdravotnický tým. Fáze realizace probíhá v několika krocích<sup>264</sup>:

- motivace pacienta (vnitřní, vnější);
- expozice (zprostředkování nových poznatků spolu se snahou o aktivní spoluúčast pacienta);

---

<sup>260</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 42; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 94 - 95; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 26; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 34; ŠPIRUDOVOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 107; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 95 - 97.

<sup>261</sup> SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 33.

<sup>262</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 27.

<sup>263</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 28.

<sup>264</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 42; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 52 - 54; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 95 - 97; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 98.



- fixace (navazování na dřívější vědomosti a dovednosti, procvičování veškerých získaných vědomostí a dovedností);
- průběžná diagnostika (diagnostikování, prověřování či testování pochopení daného učiva, zájmu a postoje pacienta);
- aplikace, v rámci které se snažíme, aby pacient dokázal získané vědomosti a dovednosti použít.

Pro úspěšnost edukace je potřeba přizpůsobit tempo této fáze tak, aby edukovanému pacientovi vyhovovalo.<sup>265</sup>

#### 4. Fáze upevnění a prohlubování učiva

Tato fáze edukačního procesu v ošetrovatelství se především zaměřuje na upevnění a prohlubování si osvojených kompetencí pacientem, jež byly vymezeny edukačním plánem. Naplánované vyučovací strategie tedy směřují k dosažení požadovaného výsledku s respektováním věkových a individuálních zvláštností. Aby byla tedy edukace dostatečně efektivní, je důležité přizpůsobit její tempo edukovanému jedinci, nepoužívat odporné pojmy a zkratky, pacienta povzbuzovat a volit vhodné metody. Obsah edukace je důležité shrnout, přeformulovat a přiblížit informace učebním možnostem pacientů.<sup>266</sup>

#### 5. Fáze zpětné vazby (vyhodnocení)

Hodnocení je proces průběžný i závěrečný. V poslední fázi edukačního procesu v ošetrovatelství se sestra spolu s edukovaným jedincem zaměřují na výstupní kompetence pacienta, tzn. zjištění, zda bylo stanovených cílů edukace dosaženo. Zjišťujeme tedy, zda došlo k osvojení požadovaných znalostí (prostřednictvím kladení otázek a posouzení odpovědí) a dovedností (pozorováním zručností při provádění praktických úkonů), a případně také, zda je reálné dodržování požadovaného denního režimu v domácím prostředí. Vyhodnocení výsledků edukace se mohou ověřovat také pomocí objektivních ukazatelů (laboratorní výsledky – snížení hladiny cholesterolu úpravou jídelníčku, snížení tělesné hmotnosti, zlepšení pohyblivosti ochrnuté končetiny pravidelnou rehabilitací apod.). Při hodnocení efektivnosti proběhlé edukace je také důležité mít neustále na mysli

<sup>265</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 28.

<sup>266</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 42; ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 108.

povzbuzování pacienta, nešetřit tedy chválou i při sebemenším požadovaném pokroku. Při hodnocení je vhodné přesně konkretizovat, co bylo dobré, a co naopak. Hodnocení by také mělo poskytnout prostor pro návrhy, kterými lze požadované změny realizovat. V případě zjištění nedostatků nebo nesplnění cílů edukace je nutné zjistit příčiny a poté sestavit nový plán, jehož úkolem bude tyto nedostatky odstranit. Edukační plán se musí přehodnotit i v případě, změní-li se požadavky pacienta, nebo zjistíme, že dosavadní postup edukace není efektivní.<sup>267</sup>

V této fázi edukačního procesu tak hodnotí i sestry sebe samé jako realizátorky edukace. Mohou k tomu využít i zpětnou vazbu od edukovaného pacienta či jeho blízkých. *„Každá sestra má pamatovat na to, že i nesprávně připravená, realizovaná nebo hodnocená edukace může mít iatrogenní účinek, proto by měla těmto komplikacím předcházet svou důkladnou odbornou přípravou.“*<sup>268</sup>

Mezi nejčastější nedostatky v edukaci pacientů podle Závodné<sup>269</sup> a Magurové a Majerníkové<sup>270</sup> patří:

- nedostatečný nebo nevhodné posouzení edukačních potřeb pacienta (nezhodnocení připravenosti, úrovně znalostí, zkušeností, zručností, poruch vnímání a motoriky, jazykové způsobilosti a etnické příslušnosti);
- nesprávně stanovené edukační diagnózy;
- absence cíle edukace či stanovení nereálných cílů (jiné očekávání pacienta a sestry);
- volba nevhodné strategie učení;
- nedostatečná nebo nulová motivace (je vhodné začít s tím, co pacient považuje za nejdůležitější);

---

<sup>267</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 22; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 42; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 56 - 57; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 97; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 26; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 35; ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 108; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2005, s. 98 - 103.

<sup>268</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 30.

<sup>269</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2005, s. 1158 - 116.

<sup>270</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 98 - 99.

- neplánovaná edukace, duplicitní edukace (více sester, různé způsoby)
- nepřiměřené časové rozplánování (pacient je soustředěný na svoje onemocnění, ne na přijímání nových informací);
- nevšímavost k projevům nepohody (únava, bolest apod.)
- neschopnost pracovat s danou situací (sestra má k edukaci daného pacienta odmítavý postoj)
- přetížení informacemi a neprověření pochopení poskytnutých informací;
- zasahování do autonomie pacienta, ignorování jeho práva rozhodnout se jinak;
- chyby v komunikaci (používání odborných výrazů apod.)
- zhodnocení, zda bylo stanovených cílů edukace dosaženo.

O průběhu edukačního procesu je prováděn zápis do zdravotní dokumentace pacienta. O jakou dokumentaci se jedná, nyní pojednáme v následující podkapitole.

## 4.5 Dokumentace edukačního procesu

Ošetrovatelská dokumentace je podstatnou součástí zdravotnické dokumentace pacienta a je ukotvena i v legislativě České republiky<sup>271</sup>.

Všeobecnou povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci a pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci tedy upravuje obecně závazný právní předpis (zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, vyhláška o zdravotnické dokumentaci) a dále specifikuje interní předpis zdravotnického zařízení (vnitřní směrnice zdravotnického zařízení).<sup>272</sup>

Ošetrovatelská dokumentace poskytuje skutečnosti, které se týkají poskytované ošetrovatelské péče<sup>273</sup> a její nedílnou součástí je tedy i dokumentování edukačního procesu.

<sup>271</sup> Zejména *Zákon č. 372/2011 Sb.* ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (*zákon o zdravotních službách*) a *Vyhláška č. 98/2012 Sb.*, o zdravotnické dokumentaci, v aktuálním znění ze dne 1. 11. 2018 - pozn. autorky.

<sup>272</sup> KADUCHOVÁ, Petra. *Základy klinické propedeutiky*. In SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Stomatologie I. pro SZŠ a VOŠz*. Praha: Grada Publishing, 2016, s. 43.

<sup>273</sup> Mezi povinné součásti ošetrovatelské dokumentace patří: ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu pacienta; individuální ošetrovatelský plán; průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta; ošetrovatelská propouštěcí nebo překládová zpráva s doporučením k další ošetrovatelské péči - pozn. autorky.

Dokumentování edukačního procesu plní podle Magerčiakové<sup>274</sup> tyto funkce:

- Informativní – pro poskytování informací všem členům multidisciplinárního týmu, kteří tak mohou plynule navázat na již proběhlou edukaci a zabránit tak také duplicitě podaných informací pacientovi (pojímá údaje o pacientovi, edukační plán, výsledky evaluace apod.).
- Odbornou – týkající se použití různých typů edukačního záznamu, obsahové zaměření edukace poukazuje na její profesionální úroveň, údaje se mohou použít taktéž v ošetrovatelském výzkumu.
- Kvalitativní – zajišťující návaznost a přehled již realizované edukace (podklad pro hodnocení kvality poskytované péče).
- Ekonomická – tvořící podklad pro vyúčtování péče.
- Právní – jako možný zdroj informací pro účel právního vyšetřování.

Vedení záznamů o realizované edukaci podle Juřeníkové<sup>275</sup> a Svěrákové<sup>276</sup> také podporuje:

- kontinuitu edukace;
- informování dalších členů interdisciplinárního týmu o stavu edukace u konkrétního pacienta;
- soustavnost edukace;
- efektivitu edukace;
- včasné zachycení eventuálních problémů v oblasti edukace;
- ochrana sestry (zdravotnický personál) před trestním stíháním, ale i před pouhým nařčením pacientem, či jeho rodinou, že pacient nebyl řádně poučen;
- usnadnění hodnocení edukačního procesu.

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci umožňuje zdravotnickým zařízením vytvářet potřebné součásti ošetrovatelské dokumentace.<sup>277</sup> Povinné součásti ošetrovatelské

---

<sup>274</sup> MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 57 – 58.

<sup>275</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 63.

<sup>276</sup> SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 35 - 36.

<sup>277</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 102.

dokumentace tak může doplnit i další dokumentace – záznam rizik u pacienta, záznam o ošetřování ran, záznam bolesti, a v neposlední řadě i dokumentace určená pro zápis realizované edukace u pacienta.

Standardy pro vytváření této dokumentace vychází z pedagogické dokumentace, ale do budoucna bude nutné je specifikovat pro potřeby edukace v ošetrovatelském procesu.<sup>278</sup>

Pro požadovanou efektivitu by záznamy o edukaci měly podle Krátké<sup>279</sup> obsahovat následující informace: úroveň znalostí edukovaného pacienta na počátku a konci realizované edukace; cíl edukace; obsah edukace (alespoň osnova či odkaz na číslo edukačního standardu); použité metody a formy edukace; použité didaktické pomůcky; bariéry edukace; odezvu na edukaci (hodnocení cílů); kdo, kdy, kde, koho edukoval (event. přítomná další osoba, např. která bude přebírat péči o pacienta v domácím ošetřování); podpis sestry a podpis pacienta.

Formulář pro zápis dokumentace realizované edukace může být sestaven tak, že do něj lze zapisovat bez rozdílu onemocnění, s jakým byl pacient přijat. Další možností je samozřejmě záznam, který bude zpracován přímo pro specifický druh onemocnění s předem zaznamenanými cíli, metodami a formami práce, což výrazně sníží administrativní práci sestry. I v tomto záznamu by měl být prostor pro individuální odlišnosti edukanta.<sup>280</sup>

Vedení záznamů o realizované edukaci by mělo být srozumitelné, úplné, stručné, čitelné, snadno zdravotnickému personálu dostupné. Zápis by se měl provádět stejnou terminologií.<sup>281</sup>

#### **4.5.1 Edukační plán**

Edukační plán je realizován v jednotlivých etapách. Je zpracováván podle požadavků a zvyklostí daného pracoviště (zdravotnického zařízení), ale vždy ve spolupráci s pacientem. Edukační plán by měl být koncipován podle jednotlivých fází edukačního procesu. Edukační

---

<sup>278</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 58.

<sup>279</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 44.

<sup>280</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 66.

<sup>281</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 63 – 67.

plán by měl obsahovat formulář pro posouzení edukanta, edukační plán pro rozpracování jednotlivých edukačních diagnóz do edukačních jednotek a vyhodnocení.<sup>282</sup>

Možná struktura edukačního plánu podle Krátké<sup>283</sup>:

- edukační oblast;
- informace o edukantovi;
- potřeby edukanta (a edukátora);
- edukační diagnóza;
- druh edukace;
- téma edukačního setkání;
- edukační cíle (z pohledu edukanta, i edukátora);
- výsledný kritéria k jednotlivým cílům;
- obsah edukačního setkání;
- forma edukace podle časového aspektu;
- forma edukace podle prostředí;
- forma edukace podle charakteristiky edukantů;
- výukové metody a pomůcky;
- metodický postup (plánování jednotlivých kroků): úvod, motivační fáze, expoziční fáze, fixační fáze, hodnotící fáze, pedagogická diagnostika);
- vyhodnocení edukačního setkání (z pohledu edukanta i edukátora);
- závěrečné hodnocení;
- návrhy a podněty pro další edukační setkání.

Můžeme se setkat i se situací, že pacient edukaci odmítne. V takovém případě o této skutečnosti vyhotovíme zápis do zdravotnické dokumentace, včetně případného uvedení důvodu odmítnutí. Údaje o edukaci pacienta provádíme stejně tak i při propuštění

---

<sup>282</sup> Srov. MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 58; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelstvi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 45.

<sup>283</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelstvi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 45 - 46.

pacienta do domácího ošetření, či jeho přeložení na jiné oddělení nebo přeložení do jiného zdravotnického zařízení. Způsob dokumentování těchto situací se většinou řídí vnitřní směrnici zdravotnického zařízení.<sup>284</sup>

#### 4.5.2 Edukační standard

V klinické praxi se dnes sestra již běžně setkává se standardy pro ošetrovatelskou péči, ne méně důležité však jsou standardy edukační. Jejich problematika je v dnešní době velice klíčová v souvislosti se zavedením hodnocení a kontroly kvality poskytované péče a udělováním akreditace. Edukační standardy jsou součástí i mezinárodních standardů a východiskem pro udělení akreditace zdravotnických zařízení po celém světě. Zdravotnické zařízení, jež si žádá o udělení mezinárodní akreditace, tak musí splnit mezinárodní akreditační edukační standardy pro nemocnice<sup>285</sup>. Akreditační komise od tohoto zařízení požaduje, aby měl každý pacient ve svém plánu péče začleněnou i edukaci.<sup>286</sup>

Edukační standard můžeme definovat jako dohodnutou normu, měřítko nebo kritérium pro zajištění profesionální úrovně kvality edukace.<sup>287</sup> Edukační standard určuje minimální požadavky pro edukaci a stává se tak závazným pro všechny edukátory na daném pracovišti. Standard je předem naplánovaná edukace pro pacienta, měl by sdělovat o rozsahu informací podaných pacientovi (nebo jeho blízké osobě, která bude péči přebírat do domácího ošetřování) a umožňovat taktéž objektivní hodnocení poskytnuté edukace. Standardy mají vycházet z principu řízení kvality a jejího kontinuálního zvyšování. Úroveň zpracování edukačního standardu výrazně ovlivňuje kvalitu poskytované edukace.<sup>288</sup> Správně zpracovaný

---

<sup>284</sup> KADUCHOVÁ, Petra. Základy klinické propedeutiky. In SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Stomatologie I. pro SZŠ a VOŠz*. Praha: Grada Publishing, 2016, s. 43 - 44.

<sup>285</sup> Obsahem mezinárodních akreditačních edukačních standardů je třeba, jakým způsobem se prostřednictvím edukace podporuje účast pacienta či jeho blízkých na rozhodování k poskytování zdravotní péče či jejich dílčích kroků. Další náplní mezinárodních akreditačních edukačních standardů je i to, zda pacientovi či jeho blízkým, je zprostředkován takový rozsah informací, jež jim dovoluje dávat informovaný souhlas, účastnit se poskytování péče, a zda jim je zabezpečen dostatek informací o možné finanční spoluúčasti na poskytované péči. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 104 – 105.

<sup>286</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 104.

<sup>287</sup> MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 58.

<sup>288</sup> V zahraničí většinou při větších nemocnicích existují pracovní týmy, které jsou zaměřené na problematiku tvorby edukačních standardů. Pracují na velmi vysoké profesionální úrovni, v dané oblasti edukace s aspektem respektování praxe založené na důkazech. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, s. 27.

edukační standard odpovídá potřebám či možnostem pacienta a příslušného pracoviště, cíle edukačního standardu jsou uskutečnitelné, je formulován jasně a srozumitelně.<sup>289</sup>

Edukační standard by měl podle Závodné<sup>290</sup> obsahovat tyto části:

- téma (zaměření) edukace;
- míra závaznosti (pro koho je určený, kdo je povinný se jím řídit);
- cíl edukace (jasný, reálný, srozumitelný, jaké znalosti a dovednosti má edukant získat);
- kritéria plnění standardu:
  - strukturální kritéria (předpoklady pro realizaci standardu: materiální předpoklady - názorné pomůcky, dokumentace; organizační předpoklady - vhodné prostředí, optimální čas; personální předpoklady – edukátor, jeho kvalifikační předpoklady);
  - procesuální kritéria (popis, jak bude edukátor postupovat, podrobné rozpracování jednotlivých edukačních aktivit v určitém logickém pořadí);
  - kritéria výsledku (výsledná kritéria edukace, jaké znalosti a dovednosti si edukant osvojil, jak byl s edukací spokojen apod.);
- způsob hodnocení plnění standardu (údaje a důkazy o výkonu edukanta a sestry: kdo je oprávněný vykonávat kontrolu a jak často jej bude kontrolovat);
- dobu platnosti - termín revize.

Edukační standardy mohou být vypracované všeobecně, v praxi se ale v současné době nejčastěji používají standardy pro pacienta s konkrétním onemocněním, např. Standard edukace pacientů s kolostomií.<sup>291</sup>

K edukačnímu standardu náleží i audit. Jedná se o systematické zhodnocení, zda se edukace realizuje efektivně, jestli zvolené metody a postupy jsou vhodné k dosažení cílů, a zda činnosti a výsledky jsou v souladu s plánovanými záměry. Záměrem edukačního

---

<sup>289</sup> Srov. KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 46; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 57 - 58; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 105 – 106.

<sup>290</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 84.

<sup>291</sup> Srov. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 27; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 11.



auditů je zhodnocení, do jaké míry zdravotnické zařízení poskytuje péči v souladu se standardy. Součástí je i hodnocení a posouzení způsobilosti sestry edukaci vykonávat. Tento audit mohou provádět buď zdravotničtí pracovníci, nebo nezávislí experti. Edukační audit je realizován buď jako součást ošetrovatelského auditu, nebo hodnocení samostatné činnosti v rámci zdravotnického zařízení či hodnocení při udělování mezinárodní akreditace.<sup>292</sup>

Možnými metodami edukačního auditu podle Závodné<sup>293</sup> jsou zejména: pozorování sestry při edukaci, pozorování pacienta při edukaci, rozhovor s pacientem, kontrolní otázky pro sestru, kontrolní otázky pro pacienta, hodnocení přípravy sestry na edukaci, sledování využití týmové spolupráce sestrou, hodnocení vlastní práce sestry a kontrola záznamu o edukaci v ošetrovatelské dokumentaci.

## 4.6 Sestra v roli edukátorky pacientů

Funkce sestry<sup>294</sup> jsou přímo odvozeny z poslání ošetrovatelství ve společnosti. Tyto funkce jsou pak zakotveny již v dříve zmíněných legislativních normách upravujících podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče. Z těchto funkcí pak vyplývají profesní role<sup>295</sup> sester, jež se navzájem prolínají. Sestra tak plní řadu rozličných avšak stejně důležitých profesních rolí<sup>296</sup>. K těmto rolím náleží právě role sestry edukátorky pacientů.

Role sestry edukátorky je hluboko zakořeněná a souvisí s rozvojem sesterské profese.<sup>297</sup> Vykonávání edukační role sestrami je v současnosti považováno za jednu z klíčových kompetencí a odpovědnosti sester. Autonomie všeobecných sester

---

<sup>292</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 71; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 47; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 58 - 59; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 106 – 107.

<sup>293</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 107.

<sup>294</sup> Mezi hlavní funkce sestry patří poskytování a řízení ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu, vzdělávání pacientů a dalších zdravotnických pracovníků, aktivní začlenění sestry do zdravotnického týmu a rozvoj ošetrovatelské praxe prostřednictvím kritického myšlení a výzkumu. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s. 35.

<sup>295</sup> Profesionální role jsou specifickými sociálními rolemi vázané na profesi, odráží určité očekávání veřejnosti (laické či odborné) vztahující se k profesionálnímu chování a vystupování příslušníku dané profese při plnění jejich pracovních povinností. Mění se v čase a jsou dynamické. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 28.

<sup>296</sup> Jedno z nejznámějších současných vymezení rolí nabízí Magurová a Majerníková. Podle těchto autorek sestra v současnosti plní nejčastěji tyto role: sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče, sestra manažerka, sestra advokátka, sestra nositelka změn, sestra výzkumnice, sestra mentorka a sestra edukátorka. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 28.

<sup>297</sup> NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 20.

v této souvislosti tedy úzce souvisí s jejich osvojenými znalostmi, dovednostmi, postoji a schopnosti kritického myšlení.<sup>298</sup> Z tohoto se odvozují i požadavky směrem k profesní přípravě sestry. Problematika edukace pacientů je tak implementovaná do vzdělávacích programů ošetrovatelství. Cílem je, aby studující oboru ošetrovatelství byli připraveni převzít roli edukátora na podporu zdraví, prevenci chorob a péči v období nemoci a umírání.<sup>299</sup>

Mezinárodní sesterská organizace (ICN - *International Council of Nurses*) dlouhodobě roli sestry edukátorky podporuje jako nedílnou součást při poskytování ošetrovatelské péče.<sup>300</sup> Od sester se tedy očekává, že budou svým pacientům zprostředkovávat informace potřebné k dosažení úrovně jejich fyzické či duševní pohody, včetně prevence vzniku onemocnění a jejich managementu.<sup>301</sup>

*„Edukací pacientů a jejich rodin sestry dosahují profesionálního cíle poskytováním finančně efektivní, bezpečné a vysoce kvalitní péče.“*<sup>302</sup> Podle ICN kariérní růst ošetrovatelství a efektivita edukace jsou častým ukazatelem míry úrovně a kvality poskytované péče ve zdravotnické praxi.<sup>303</sup> Stejně tak *Článek 31 Směrnice 2013/55/EU*<sup>304</sup> nově vymezuje osm rámcových kompetencí všeobecných sester, které reflektují kontinuální vývoj ve zdravotnických systémech a ošetrovatelské péči.

*„Role sestry jako edukátorky není v tom, aby byla poskytovatelem informací, ale aby aktivně podporovala učení a vytvářela podmínky přispívající k učení... Aby byli pacienti v edukačním procesu aktivní, sestra by měla působit jako koordinátor a vytvářet situace, které budou motivovat jednotlivce, aby se chtěli učit a dělat všechno pro to, aby se mohli učit.“*<sup>305</sup>

---

<sup>298</sup> MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7.

<sup>299</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 19.

<sup>300</sup> NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, s. 20.

<sup>301</sup> MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7 - 8.

<sup>302</sup> MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7 - 8.

<sup>303</sup> MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7 - 8.

<sup>304</sup> Směrnice 2013/55/EU<sup>304</sup> o vzájemném uznávání odborných kvalifikací. EUR – lex. *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/55/EU o uznávání odborných kvalifikací ze dne 20. listopadu 2013* [online]. 2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupný z: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj/?locale=cs>.

<sup>305</sup> NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, s. 21.

Plnění edukační role sestrami je historicky neoddelitelným prvkem ošetrovateľskej péče a v každej dobe malo svoj obsah i podobu. Svojí povahou bola edukačná činnosť sester vždycky zacielená na posilovanie a podporu zdravia, predchádzanie ochorenia a péči jednak v priebehu ochorenia, tak i v konečných fázach života jedinca. Orientovala sa na jednotlivce, skupiny, rodiny či komunity. Vždy sa podieľala na účelnom dodržiavaní preventívnych opatrení a efektívne lečebných postupů.<sup>306</sup>

Pojem edukácie v ošetrovateľskej péči poprvé vešiel do povedomia v 19. storočí, kedy významná osobnosť svetového ošetrovateľstva Florence Nightingalová zdôrazňovala to, že *„...„nestačí informácie pacientům len predávať, je potreba je i naučiť s nimi zacházet tak, aby je mohli využiť v péči o své zdraví.“*<sup>307</sup>

Pro vykonávanie edukačnej role teda sestra potrebuje radu kvalít, jež jsou predmetom bádania a diskusií. Jedná sa o požiadavky toho, čo by mala znáť, čo má umieť, ale také jaká by mala byť. V súčasnej teórii jsou tyto požiadavky prezentované termínom kompetencie.<sup>308</sup>

O problematice kompetencií sester v kontextu edukácie pacientů pojednává navazujúca podkapitola.

#### **4.6.1 Klíčové kompetence sestry v edukaci pacientů**

V následujúcej podkapitole vnímame jako vhodné najprve sa zaměřit na výklad pojmu kompetencie, resp. klíčové kompetencie. Dále pak se zaciľme na objasnenie samotných klíčových kompetencií sester v edukácii pacientů.

---

<sup>306</sup> MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnické listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 7.

<sup>307</sup> DROBILIČOVÁ, A., ŠAMAJ, M. Projekt: Edukační sestra ve FN Olomouc. *Nové vademecum Sterilizace*, 2014, č. 2, s. 9.

<sup>308</sup> Termín kompetencie pochází z anglosaského prostředí a objevuje se v různých kontextech práce s lidskými zdroji. Co tedy pod pojmem kompetence rozumíme? Většina autorů se totiž shoduje v tom, že kompetence se projevuje vždy v určité podobě chování. V anglickém jazyce má termín kompetence dva ekvivalenty značně rozdílného významu. Pojem *competence (competences)* je používán ve vztahu k podávání kompetentního výkonu v jistém situačním kontextu, jedná se tedy o způsobilost, kompetenčnost. Naproti tomu termín *competency (competencies)* se vztahuje spíše k souboru lidských kvalít, které jsou ke kompetentnímu výkonu potřeba. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 158.

V našich podmínkách se termín kompetence v zásadě uplatňuje ve dvou základních významech, a to kompetence jako zevní aspekt<sup>309,310</sup> a kompetence jako vnitřní kvalita jedince, jež nás k záměru této práce zajímá především. Tento pro nás podstatný význam slova kompetence můžeme charakterizovat jako jedinečnou schopnost člověka úspěšně konat a dále rozvíjet svůj potenciál prostřednictvím integrovaného souboru vlastních zdrojů, a to ve vztahu k řadě různých studijních, pracovních i osobních životních situacích, spojených s možnostmi a ochotou rozhodovat a za svá rozhodnutí nést odpovědnost.<sup>311</sup> Ve vztahu k ošetrovatelství pak těmito kompetencemi rozumíme úroveň výkonu demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku.<sup>312</sup> V tomto kontextu tedy můžeme konstatovat, že tyto kompetence vyjadřují určitá kritéria, podle kterých můžeme posuzovat, zda je daná sestra schopná vykonávat dobře svoji edukační činnost.

V literatuře se můžeme setkat s různými přístupy k dělení těchto kompetencí. Není však účelem této práce toto členění dále specifikovat, proto se zaměříme rovnou na ty, které nás ve vztahu k tématu naší práce zajímají především, a to na klíčové kompetence.

### **Klíčové kompetence**

Termín klíčové kompetence zatím není jednoznačně definován. V systému pedagogických pojmů se stále vyvíjí a postupně zpřesňuje.

Termín klíčové kompetence podle autorů Belze a Siegrista<sup>313</sup> poprvé popsal Mertens v roce 1974. Pojem se začal formovat v anglofonním prostředí. Zpočátku byly klíčové kompetence označovány jako *basic skills*, a to obvykle pro označení dovedností spojené se čtením a počítáním. A právě pro svůj úzký rozsah byl nahrazen termíny *competencies*, následně *key competencies*. Vedle termínu klíčové kompetence jsou v evropských zemích

---

<sup>309</sup> První význam slova kompetence, jako formální věcná a odborná zodpovědnost, způsobilost, oprávnění, povinnost, pravomoc aj., a to ve spojení s výkonem profese, která je obvykle udělena nějakou autoritou, nebo určité autoritě patří. V tomto významu se jedná o něco přiděleného, propůjčeného z venku. Srov. BENEŠ, M. K problematice pojmu kompetence. In *Lidský kapitál a vzdělávací marketing*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, s. 57; PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 158.

<sup>310</sup> V tomto kontextu tedy můžeme konstatovat, že sestra získává profesní způsobilost k edukaci pacientů během kvalifikačního studia, kterou pak ale dále rozšiřuje specializačním či trvalým kontinuálním vzděláváním, a především pak v klinické praxi v interakci s pacientem - pozn. autorky.

<sup>311</sup> Srov. BENEŠ, M. K problematice pojmu kompetence. In *Lidský kapitál a vzdělávací marketing*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, s. 57; PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 158.

<sup>312</sup> ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J.: *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vydání. Brno: Národní institut ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, s. 19.

<sup>313</sup> BELZ, H., SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001, s. 27.

používány i jiné ekvivalenty jako jsou prahové a finální kompetence, dále základní kompetence, nebo klíčové kvalifikace či klíčové dovednosti. V současné době se objevuje silný tlak na sjednocení této terminologie.<sup>314</sup>

Autoři Belz a Siegrist<sup>315</sup>, Krátká<sup>316</sup>, Veteška a Tureckiová<sup>317</sup> klíčové kompetence pojímají mimo orientace na budoucí profesi, také orientaci na osobnost. Tvoří specificky strukturované soubory znalostí, dovedností, schopností, zkušeností, metod a postupů, ale také postojů, hodnot, a dalších osobnostních charakteristik, jež jedinec využívá k úspěšnému řešení nejrůznějších pracovních úkolů i životních situací, a které mu umožňují osobní rozvoj i naplnění životních aspirací. Jsou obsahově neutrální, neboť jsou použitelné na libovolný obsah. Jejich zprostředkování se však váže na konkrétní obsah. S jejich pomocí je tedy možno v daném okamžiku zastávat velký počet rolí a funkcí, a jsou vhodné ke zvládnutí problémů celé řady většinou nepředvídatelně se měnících požadavků. Jsou tedy využitelné kdykoliv, v jakékoliv situaci. Nemající tak přímý vztah ke konkrétnímu pracovnímu místu, představují jakési obecnější kvalifikace, tedy bez nároků na konkrétní pracovní místo. Jako klíčové jsou označovány proto, že pomáhají adaptovat se na rychle se měnící prostředí, orientovat se v každodenním dění a zvládat tedy také nároky své a svého okolí. Jsou základem umění jedince, jež mu pomáhá k vlastní seberealizaci v osobním i profesním životě. Klíčové kompetence umožňují účelně využít odborné znalosti, a tím je přesahují. Samotné znalosti by totiž bez kompetencí zůstaly nevyužité. Tyto kompetence se osvojují v průběhu celého života, jsou výsledkem celého vzdělávacího procesu, jsou oproti kvalifikacím vázaným na povolání trvalejší a mohou tvořit základ k dalšímu učení, většinou prostřednictvím celoživotního vzdělávání.

Jednotný způsob dělení klíčových kompetencí však neexistuje. Jak uvádí Beneš<sup>318</sup>, klasifikace klíčových kompetencí není zcela sjednocena, avšak poměrná shoda panuje v jejich rozdělení na odborné, sociální a metodické. Tyto druhy kompetencí se seskupují kolem určitých kompetencí, na které různí autoři kladou rozdílný důraz a používají pro tyto kompetence různá označení.

---

<sup>314</sup> BENEŠ, M. K problematice pojmu kompetence. In *Lidský kapitál a vzdělávací marketing*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, s. 17.

<sup>315</sup> BELZ, H., SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001, s. 13- 27.

<sup>316</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 25.

<sup>317</sup> VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M. *Vzdělávání a rozvoj podle kompetencí. Kompetence v andragogice, pedagogice a řízení*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 45 - 53.

<sup>318</sup> BENEŠ, M. *Andragogika*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 17 – 18.

## Klíčové kompetence sestry v edukaci pacientů

Vzhledem k tomu, že i v literatuře zabývající se edukací pacientů obecně nenalezneme jednotné členění klíčových kompetencí, uvádíme zde výčet kompetencí, které shodně ve svých publikacích uvádí autorky Krátká<sup>319</sup>, Magurová a Majerníková<sup>320</sup> a Závodná<sup>321</sup>. Podle těchto autorek sestra při realizaci edukace pacienta uplatňuje tyto kompetence:

- smysluplnou strukturu, znalosti a schopnosti, jež sestra používá ve specifických situacích;
- komplexní schopnost plánovat, realizovat a hodnotit;
- schopnost sestry vnímat a pohotově reagovat na vzniklou situaci;
- schopnost pedagogicky adekvátně intervenovat v situaci, ve které je žádoucí změna postoje a chování pacienta.

Podle našeho názoru můžeme poznamenat, že klíčovou úlohu hrají jistě i osobnostní kompetence jako je např.: ochota pomoci, trpělivost, tolerance, taktnost, vlídnost, důslednost, zodpovědnost, svědomitost, empatie, kreativita, vysoká míra odolnosti vůči psychické zátěži, smysl pro humor a optimismus.

V následujícím textu vnímáme jako vhodné se dále zaměřit na objasnění těch klíčových kompetencí, které budou v souvislosti se záměrem disertační práce empiricky získávány a sledovány. Mezi tyto vybrané klíčové kompetence sestry v edukaci pacientů patří: znalosti, dovednosti a postoje. Deskripce těchto klíčových kompetencí je podstatná k vytvoření celkové představy o jejich využití v kontextu řešené problematiky.

### Znalosti

Vzhledem k tomu, že se budeme v předkládané práci blíže zabývat nejen teoretickými znalostmi, ale také praktickou stránkou vykonávání edukační činnosti, termín znalost budeme používat v širším pojetí. V širším pojetí tedy termín **znalost** pokrývá nejen vědomosti<sup>322</sup>,

---

<sup>319</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 24.

<sup>320</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 32.

<sup>321</sup> ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 33.

<sup>322</sup> Mnozí pedagogičtí odborníci používají pojem znalost jako ekvivalentní k termínu vědomost. PRŮCHA, J., VETEŠEKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 311.

ale i dovednosti, profesní zručnost a zkušenost jedince, tedy vše, co je možno označit jako *know-how*.<sup>323</sup> Ve vztahu k edukační činnosti sestry jsou to pak<sup>324</sup>:

- znalosti z oboru, ve kterých sestra edukuje (vědecké poznatky z ošetrovatelství a medicíny, jež jsou základním předpokladem správného obsahu edukace);
- znalosti z oblasti edukace (metody, formy edukace apod.);
- znalosti z oblasti etiky, psychologie, sociologie a jiných disciplín, které jsou důležité pro úspěšnost sestry edukátorky.

### **Dovednosti**

Z dalších vybraných klíčových kompetencí, kterými se zde vzhledem k záměru disertační práce blíže zabýváme, jsou i **dovednosti**. Tento pojem však není jednotně vymezen. Dovednosti jsou většinou pojímány jako výkonná složka lidské činnosti a chování. "*Je však známo, že výkonná složka činnosti je ovlivněna také motivací, znalostmi, schopnostmi, zkušenostmi a dalšími složkami osobnosti subjektu.*"<sup>325</sup>

Dovednosti v edukaci se vždy vztahují ke konkrétní situaci, ke které se vážou. Uvádíme zde modifikaci a doplnění základních skupin dovedností za účelem edukace pacientů sestrou podle Krátké<sup>326</sup>. Jedná se o výběr dovedností, které autorka považuje za nejdůležitější. Tyto dovednosti jsou dynamické a lze je upravovat a měnit s ohledem na charakteristiku pacienta. Jedná se o dovednost:

- analyticko-didaktickou (promyšlení postupu edukace se zřetelem na cíl a schopnosti pacientů);

---

<sup>323</sup> PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 311 - 312.

<sup>324</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 69; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 28; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 37 - 39; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 31; RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 7; ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 107 - 108; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 37.

<sup>325</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 26.

<sup>326</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, 26 - 27.

- řídicí a organizační (vytvoření příznivých podmínek pro prezentaci činností, usměrňování při nácviu činností, volba nejvhodnější doby k edukaci, schopnost adekvátně reagovat na vzniklou situaci, improvizace);
- komunikativně zprostředkující (navázat kontakt a vytvořit důvěryhodný vztah s pacientem, navodit zájem o spolupráci, pomoc při překonání komunikační bariéry, rétorika apod.);
- stanovit priority a rozhodovat (schopnost rozhodnout se k optimálnímu postupu, informace předávat podle priority, sestavit vhodný edukační plán);
- kriticky-analytická (vést pacienty k maximální možné samostatnosti a nezávislosti na zdravotních a na jejich službách, umět objektivně analyzovat situace a posoudit práci pacienta);
- správně řešit problémové a mimořádné situace;
- týmové spolupráce (uvědomit si svoji roli edukační sestry, dodržovat své kompetence, předávat informace a navazovat na práci dalších členů týmu);
- dovednost poskytnout pacientovi podporu (umět rozpoznat, kdy je pacient v nepohodě či má strach a poskytnout mu adekvátní podporu).

Poskytování edukace je zásadní rolí každé sestry. Kompetence k edukaci pacientů by měly být součástí základních dovedností a aplikovány jako základní součást klinické praxe sester.<sup>327</sup>

## Postoje

Poslední z vybraných klíčových kompetencí, které nás v kontextu záměru této práce zajímá, jsou **postoje**. Postoj obecně můžeme chápat jako tendenci odpovídat kladně nebo záporně na určité osoby, předměty nebo situace. Postoje jsou součástí osobnosti a souvisí s jejími zájmy. Determinují poznání, myšlení, chápání a cítění jedince. Vlastní postoje získáváme v průběhu života, a to díky poznávání nových skutečností, vzděláváním a také všeobecně sociálními vlivy, jako je veřejné mínění, udržování sociálních vztahů apod. Jsou poměrně trvalé. Postoj bývá charakterizován prostřednictvím tří složek.

---

<sup>327</sup> Srov. RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 6; KELLIHER, F. *Nurses and Patient Education* [online]. Paris, Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique, 2013, s. 10 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: [http://www.connecting-nurses.com/web/disease\\_knowledge\\_](http://www.connecting-nurses.com/web/disease_knowledge_).



První z nich je složka kognitivní, která se týká názorů, myšlenek, které jedinec má ve vztahu k předmětu postoje. Druhou je pak složka emotivní, vyjadřující citový vztah k předmětu postoje, emoce a emocionální reakce. A poslední, třetí složkou je složka konativní, týkající se sklonů k chování nebo jednání ve vztahu k předmětu postoje.<sup>328</sup>

Postoj sestry edukátorky k pacientovi se projevuje i v jejím etickém jednání a verbální i neverbální komunikaci.<sup>329</sup> Kromě znalostí a dovedností v edukaci by tedy sestra podle našeho názoru měla být dostatečně empatická, a projevovat snahu a ochotu pacientovi pomoci. Takového pacienta jistě povzbudí, když jej sestra ujistí, že chápe jeho obavy a že ví, že pro něj není snadné se požadované naučit, ale že to spolu pokud budou oba chtít, určitě zvládnou. A za každý, i sebemenší pokrok takového pacienta sestra povzbudí či pochválí.

---

<sup>328</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 422.

<sup>329</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 77.

## 5 Edukační strategie<sup>330</sup> sester zaměřené na pacienty v seniorském věku

V důsledku stárnutí obyvatelstva celkově, ale i stárnutí samotné populace seniorů přibývá počet seniorských pacientů se svými zdravotními problémy plynule narůstajícími s věkem, vyžadující si pro své specifické potřeby přizpůsobenou a kvalifikovanou zdravotní péči. V této souvislosti můžeme hovořit o tzv. geriatrizaci medicíny, kdy se ve všech jejích oborech zvyšuje podíl pacientů v seniorském věku.<sup>331</sup>

Onemocnění lidí ve stáří tedy řeší veškeré klinické obory. Edukace pacientů v seniorském věku se tak dotýká zdravotníků řady oddělení a pracovišť, tedy i sester, ošetrovatelství a edukace pak mají v péči o seniory totožný cíl.

Cílem edukace pacienta v seniorském věku (případně jeho blízké osoby přebírající péči do domácího prostředí) tedy je<sup>332</sup>:

- jejich zapojení do léčby;
- zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta;
- pomoci mu adaptovat se na nemocniční prostředí a snížit stres během hospitalizace;
- převzít větší zodpovědnost za sebe sama i své zdraví;
- zlepšit kompenzaci nemoci a snížit četnost hospitalizací;
- omezit vznik komplikací z nemoci;
- zlepšit kvalitu života.

---

<sup>330</sup> Edukačními strategiemi rozumíme systémové, holistické uspořádání takových metod a postupů, kterými jsou pozitivně rozvíjeny vědomosti, dovednosti, postoje a návyky pacientů. JURENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 9.

<sup>331</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 9; VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004, s. 33 [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).

<sup>332</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 – 155; MILLER, C. A. *Nursing care of older adults: theory and practice*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1995, s. 49; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 67; NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 74; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013, s. 53; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 81.

Ústřední osobou v edukačním procesu je samotný pacient či jeho blízké osoby, přičemž se zachovává a podporuje pacientova aktivizace ve stáří.<sup>333</sup> V jeho edukaci je třeba se především zacílit na fixaci nejnужnějších návyků a úkonů. Tyto návyky, úkony a dovednosti je nezbytné stále opakovat, procvičovat a kontrolovat. Edukace seniorských pacientů je proto časově daleko náročnější a především vyžaduje citlivý a empatický přístup ze strany zdravotníků.<sup>334</sup>

Mnoho pacientů v seniorském věku ale nerozumí podaným informacím. U některých pacientů je zdravotní gramotnost ohrožena právě kvůli nerespektování změn nastávajícím ve stáří a neefektivními způsoby předávání informací vůbec. Pro tyto pacienty je pak zdravotní gramotnost akutním problémem.<sup>335</sup> Zejména u seniorů totiž zdůrazňují všechny dostupné odborné zdroje aspekt individuality (individuálně podmíněné involuční změny), mluvíme také o heterogenitě seniorské populace.<sup>336</sup> Z těchto důvodů je důležité dodržovat určité konkrétní podmínky napomáhající průběhu učení a zefektivňující jeho výsledky.<sup>337</sup>

Proces edukace v období stáří tedy ovlivňuje řada odlišností, tyto je třeba znát a respektovat je. Ve všech fázích edukace je nutné zohlednit osobnost pacienta, jeho emocionální stav a psychický stav, motivaci, styl a tempo učení, předchozí zkušenosti, fázi onemocnění či disabilitu v oblasti hybnosti (motorické), smyslového vnímání

---

<sup>333</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 66.

<sup>334</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatel'ství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56 - 58; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 31 - 36; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 66; MASTILIAKOVÁ, D. *Edukace v ošetrovatel'ství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati; Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2015, s. 70 - 73; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, s. 127; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 74 - 75.

<sup>335</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 6 - 7, 518; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 166; SÄVENSTEDT, S., ZINGMARK, K., HYDÉN, L. CH. et al. Establishing Joint Attention in Remote Talks with Elderly about Health: a study of nurses conversation with elderly persons. In *Scandinavian journal of caring science*, 2005, roč. 19, s. 317 - 318.

<sup>336</sup> ARMSTRONG - ESTHER, C. A., BROWNE, K. D. The influence of elderly patients' mental impairment on nurse patient interaction. *Journal of Advanced Nursing*. 1986, 11, s. 379 - 387.

<sup>337</sup> Problematikou edukace seniorů obecně se v České republice zabývají zejména: Bednaříková (2012), Beneš (2003), Benešová (2014), Mühlbacher (2009), Petřková (1999, 2004), Kryštof a Špatenková (2010), Špatenková a Smékalová (2015); na Slovensku pak Čornaničová (1998, 2007), Határ (2011, 2014), Porubská a Határ (2009) a Hrapková (2010).

(senzorické) či myšlení (kognitivní). V souladu s respektováním těchto odlišností v období stáří je tedy nezbytné přizpůsobit edukační proces možnostem a schopnostem jedince.<sup>338</sup>

## 5.1 Specifika edukační činnosti sestry při edukaci pacientů v seniorském věku

Sestra v edukaci pacientů seniorského věku na základě naší zkušenosti nejčastěji využívá své edukační dovednosti týkající se manipulace s lůžkem či signalizací, přípravy pacienta na různé výkony, péče o ránu, prevence šíření infekce, diabetického režimu, aplikace nízkomolekulárního heparinu, prevence pádu, nácviku soběstačnosti, péče o stomii, péče o močový katétr (nebo jiný invazivní vstup) či používání kompenzačních pomůcek.

Seniorští pacienti jsou však v rámci edukace nepochybně skupinou, která si vyžaduje odlišný přístup a pojetí edukačního procesu než vzdělávání jiných věkových kategorií, což prezentuje jejich edukaci jako činnost velice specifickou a jedinečnou. Při edukační činnosti u pacientů v seniorském věku podle našeho názoru hrají klíčovou úlohu nejen odborné znalosti sestry, znalosti a dovednosti v oblasti vzdělávání; ale také znalosti, dovednosti, schopnosti a zkušenosti při práci s touto specifickou věkovou skupinou.

Domníváme se, že základní strategií pro porozumění sdělovaného v rámci edukace je důkladná individuální diagnostika jedince a přizpůsobení edukačního procesu jeho možnostem, schopnostem a dovednostem. Taková strategie, která respektuje aspekt individuality, různorodost seniorské populace a jejich specifické potřeby, je dovedností, které je možné se naučit. *„Tato výzva jasně spočívá v tom, jak pomoci těmto pacientům se o sebe postarat s koordinovanou podporou profesionálů, zejména sester, které tvoří největší skupinu zdravotnických pracovníků po celém světě.“*<sup>339</sup>

---

<sup>338</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 146; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7.

<sup>339</sup> KELLIHER, F. *Nurses and Patient Education* [online]. Paris, Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique, 2013, s. 12 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: [http://www.connecting-nurses.com/web/disease\\_knowledge\\_](http://www.connecting-nurses.com/web/disease_knowledge_).

Dostupné odborné zdroje doporučují následující edukační strategie zaměřené na pacienty v seniorském věku<sup>340</sup>:

- přijít v dohodnutý čas („nepřepadnout“ pacienta);
- brát ohled na momentální stav pacienta a uspokojení jeho základních potřeb (signály únavy, bolest apod.);
- provést pečlivou pedagogickou diagnostiku (zvážit, co může pacient zvládnout; zhodnotit stav smyslových funkcí apod.);
- nepodceňovat šanci edukace už dopředu;
- seznámit pacienta se záměrem edukace (je potřebné, aby se vyjádřil, a popřípadě sdělil své obavy; edukační cíle upravit ve spolupráci s pacientem tak, aby bylo reálné je dosáhnout);
- motivovat pacienta ke spolupráci (aby sám chtěl, příliš na něj netlačit, nechat prostor na rozmyšlenou, popřípadě dát možnost porady s jeho blízkými);
- zvolit vhodné prostředí (klidné);
- vybrat vhodné metody (umožňující zpětnou vazbu);
- podle potřeby či přání pacienta a bude-li to žádoucí přizvat k edukaci jeho blízké osoby;
- zdržovat se v zorném poli pacienta a udržovat oční kontakt;
- mluvit zřetelně v kratších větách a dělat pomlky;
- pochopit pomalejší reakce a být trpělivý (individuální přístup, chovat se profesionálně, vyčlenit si potřebný čas a chránit pacienty před časovým stresem);

---

<sup>340</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56 - 58; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 31 - 36; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ. L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 66; MASTILIAKOVÁ, D. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati; Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2015, s. 70 - 73; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 127; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 69; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 74 - 75.

- informace zprostředkovávat postupně (až pacient zvládne jednu část, přidat další) a vyžadovat častou zpětnou vazbu;
- poskytnout pacientovi podpůrný materiál (brožurky, osnovy, písemné materiály, ke kterým se může vracet, případně je použít jako návod);
- nácvik dovedností podpořit vhodnými pomůckami či modely;
- povzbuzovat a vybízet pacienta k prozkoušení praktické dovednosti;
- ubezpečit pacienta, že věříme v jeho úspěch (chválit pacienta za snahu, poukazovat na to, v čem již byl úspěšný; projevovat uznání i za malé úspěchy; nešetřit uznáním, prokázat radost nad tím, že úkol zvládl; neporovnávat ho s ostatními pacienty, ale pouze s ním samotným – jaký již udělal pokrok)
- pokud je to reálné spolupracovat s blízkými osobami pacienta;
- zajistit funkční kompenzační pomůcky (pozor na prasklá skla v brýlích, naslouchátko bez baterek apod., v případě nutnosti přizpůsobit komunikaci);
- ověřit porozumění našim pokynům (pacient ví, co po něm vyžadujeme);
- opakovat již naučené;
- při nedosažení úspěchu hledat příčinu.

*„Přístup sestry musí být profesionální, ale zároveň lidský, aby dokázala odhadnout, čeho je pacient schopen dosáhnout. Je velmi důležité, aby zažil úspěch! Jedině tak bude senior motivován k opakování těchto naučených činností i doma, bez dohledu sestry.“<sup>341</sup>*

## **5.2 Znalosti, dovednosti a postoje sestry k edukaci pacientů v seniorském věku**

Mezi další cíle teoretické části disertační práce patří vymezit znalosti, dovednosti a postoje edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku tak, jak je prezentují autoři v dostupné odborné literatuře. Vymezit tyto vybrané klíčové kompetence sestry v edukaci pacienta v seniorském věku, však nebylo, i přes velké množství informací vztahujících se k edukaci pacientů, snadnou úlohou. Této problematice se v dostupné odborné literatuře okrajově zabývá pouze Magerčiaková. Podle této autorky by sestra, která realizuje edukaci

---

<sup>341</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56.

u pacientů v seniorském věku, měla mít teoretické i praktické znalosti o edukaci a její zvláštnosti při výchově a vzdělávání seniorů. Tímto má na mysli zejména zásady edukačního procesu, změny ve stáří ovlivňující kognitivní funkce a osvojování si nových poznatků, podávání informací seniorům, faktory ovlivňující edukaci a etapy edukačního procesu.<sup>342</sup>

Miller ve své publikaci zaměřené na ošetrovatelskou péči o seniory vymezuje funkce sester se zdůrazněním jejich role ve výuce, vedení a poradenství, jež pomáhají těmto pacientům udržovat zdraví. Podle této autorky by sestry měli mít a používat takové znalosti a dovednosti, které pomáhají těmto pacientům jednak vyrovnat se s jejich existenčními problémy, ale také naučit se způsoby, jak se přizpůsobit změnám ve svých každodenních činnostech.<sup>343</sup>

A jaký postoj zaujímají edukační sestry k edukaci seniorů? V klinické praxi se můžeme podle Krátké<sup>344</sup> setkat s různými postoji k edukaci pacientů v seniorském věku. Jedním z nich je bohužel odmítnutí seniorů, kdy na tyto pacienty je personálem pohlíženo jako na neschopné dalšího vzdělávání, a tudíž se jedná o věkovou kategorii, která pro své limity není pro edukátory příliš atraktivní. Mnoho odborných zdrojů totiž poukazuje na to, že zejména hospitalizovaní seniorští pacienti jsou jednak méně informováni o svém zdravotním stavu a péči, než pacienti mladší, ale také si zachovávají menší množství informací.<sup>345</sup> Děje se tak pravděpodobně v souvislosti s předpoklady omezené ability starších lidí a s poznatky o involučních změnách, probíhajících ve stáří, automaticky spojené s přesvědčením o neschopnosti dalšího učení u seniorů.<sup>346</sup>

---

<sup>342</sup> MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 32.

<sup>343</sup> MILLER, C. A. *Nursing care of older adults: theory and practice*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1995, s. 49.

<sup>344</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56.

<sup>345</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 6 - 7; SÄVENSTEDT, S., ZINGMARK, K., HYDÉN, L. CH. et al. Establishing Joint Attention in Remote Talks with Elderly about Health: a study of nurses conversation with elderly persons. In *Scandinavian journal of caring science*, 2005, roč. 19, s. 317 - 318.

<sup>346</sup> Srov. KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 33; POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 42 - 44; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 81 - 82.

Edukace pacientů v seniorském věku může být podle Magerčiakové<sup>347</sup> pro sestru frustrující. Několik záporných zkušeností s edukací pacientů v seniorském věku může u sestry vytvořit škodlivý názor, že edukace u seniorů je zbytečná. Tento postoj pak ovlivní přístup sestry v edukaci k dalším takovým pacientům. Magerčiaková ve své publikaci klade svým čtenářům následující otázky k zamyšlení: „*Mluvili jste s jeho rodinou o tom, jak se mají o něho starat po propuštění z nemocnice, zatím co samotného seniora jste do diskuse nezahrnuli, anebo jste k němu byla dokonce otočená zády? Řekli jste pacientovi, když se Vás na něco zeptal, ať jednoduše nemá obavy, že se o všechno sama postaráte? Nevěřovali jste se mu tak, jako byste se věnovali mladšímu pacientovi? Neřekli jste mu všechno, co byste řekli mladšímu pacientovi?*“<sup>348</sup> Pokud čtenář podle Magerčiakové alespoň jednou na tyto otázky odpověděl ano, potřebuje se nad svým postojem k edukaci pacientů v seniorském věku zamyslet.<sup>349</sup>

Při edukaci v ošetrovatelství musí být respektovány etické normy a principy. Specifikum ošetrovatelské etiky spočívá především v tom, že ošetrovatelská péče je zabezpečovaná v podmínkách lidské nouze pacienta.<sup>350</sup> Dle *Etického kodexu* sestry při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na jeho věk, a také dbá na dodržování úmluvy o lidských právech, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů<sup>351</sup>.<sup>352</sup> „*Projevení úcty a respektu i lidský přístup ošetřujícího personálu podporují zvláště u seniorů vytváření a navazování vztahů.*“<sup>353</sup>

Mravní relevantní jednání v sobě zahrnuje zodpovědnost a oprávněnost v bezprostřední návaznosti na svobodu volby. Nicméně výsledné rozhodnutí o tom,

<sup>347</sup> MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 32 – 33.

<sup>348</sup> MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 32.

<sup>349</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 – 155.

<sup>350</sup> POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 53.

<sup>351</sup> Práva pacientů jsou zpracována na základě *Listiny lidských práv a svobod*, a to bez věkového ohraničení. Definitivní verze Práv pacientů respektující česká specifika byla sestavena na základě výsledků široké diskuse odborné veřejnosti. Byla formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992. Listinou zabezpečující právo na adekvátní zdravotní péči pro každého seniora je *Evropská charta práv pacientů seniorů*, kterou deklarovala Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 v Adelaide. České znění bylo schváleno v roce 1998 výbory České gerontologické a geriatrické společnosti a České Alzheimerovy společnosti - pozn. autorky.

<sup>352</sup> PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 7/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_1778\\_11.html](https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html).

<sup>353</sup> KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018, s. 121.



jaké jednání sestra v dané situaci zvolí, záleží na její osobnosti. Domníváme se proto, že je nutné mít k dispozici určitá doporučení pro praxi či metodiku k edukačním intervencím u pacientů v seniorském věku, které sestřám pomohou určit priority postupů jednání v konkrétních situacích. Jednou z takových pomocných cest jsou i výše popsany holistický přístup a ošetrovatelský proces, neméně důležité pak i standardy ošetrovatelské péče.

*„Je správné, jak se sestra při ošetrování pacienta v seniorském věku učí vážit si život, pomáhá mu hledat nové hodnoty a překonávat nostalgii za minulostí a zároveň ho podporuje, aby se těšil z toho, co nyní dokáže. Mnozí lidé potřebují pomoc v každodenním životě, žel, péče o opotřebovaného člověka se stává nezajímavou z pohledu členů ošetrovatelského týmu, kteří se ji snaží redukovat jen na sociální sféru péče. Pokud chceme vnést do ošetrovatelské péče starých lidí něco nové, v první řadě musíme mít pozitivní postoj k poslední etapě lidského života. Důležitý je realistický pohled a zároveň humánní přístup založený na hlubokém respektu ke každé lidské bytosti (bez rozdílu věku, vzhledu, národnosti, pohlaví) a k její důstojnosti v pokročilém věku.“<sup>354</sup>*

---

<sup>354</sup> POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatricom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013, s. 54.

## 6 Projekt Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc

Zájem o profesionály v problematice edukační činnosti v ošetrovatelské péči stále vzrůstá i ze strany zaměstnavatelů. Řada nemocnic v rámci služeb pacientům nabízí různé edukační aktivity. Záměrem následující kapitoly je tedy představení projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*, jehož tým edukačních sester realizující specializovanou a úzce specializovanou edukaci pacientů je výzkumným vzorkem našeho šetření. Nejprve bude věnována pozornost počátkům realizace tohoto projektu, poté činnosti týmu a náplni práce edukačních sester a nakonec i organizaci jejich činnosti. Východiskem ke zpracování této kapitoly byl zejména materiál projektu či dostupná odborná periodika.

Projekt *Edukační sestra Fakultní nemocnice v Olomouci* jakožto akreditovaného zařízení je realizován jako služba pro pacienty s vizí zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelské péče je totiž jedním z kritérií kvality péče.<sup>355</sup>

Jedná se o dlouhodobý projekt, který je nástrojem k aktivnímu zapojení pacienta a jeho příbuzných do procesu poskytování zdravotní péče. Cílem tohoto projektu je sjednocení a posílení aktivit, které vedou k informování pacientů, příbuzných a veřejnosti v oblasti edukace a v oblasti prevence proti nemocem.<sup>356</sup>

Činnost edukačních sester v tomto zdravotnickém zařízení procesně a koordinačně zajišťuje Oddělení ošetrovatelství přímo řízené hlavní sestrou. Implementace edukačních sester v rámci tohoto projektu na klinikách s lůžkovým oddělením začala v roce 2011.

V roce 2012 byla pod odborným vedením Úseku nelékařských oborů vytvořena dokumentace pro zajištění edukace, která se skládá z metodického pokynu, standardního ošetrovatelského postupu a dokumentace k zápisu edukace edukační sestrou. Současně byla vytvořena i řada edukačních materiálů a informačních materiálů, na jejíž tvorbě se podíleli lékaři, nutriční terapeuti, Úsek nelékařských oborů, Odbor kvality a studenti *Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého Olomouc*. Od března stejného roku bylo zahájeno sledování počtu edukací u hospitalizovaných pacientů.<sup>357</sup>

---

<sup>355</sup> DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237.

<sup>356</sup> DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237.

<sup>357</sup> DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237.

Od roku 2013 bylo zavedeno sledování počtu edukovaných pacientů ve vztahu k počtu edukací. V tomto roce dochází k rozšíření spektra edukovaných pacientů o ambulantní provoz. Úsek nelékařských oborů pokračuje ve spolupráci s *Fakultou zdravotnických věd Univerzity Palackého Olomouc* na tvorbě edukačních a informačních materiálů podle aktuálních požadavků jednotlivých pracovišť.<sup>358</sup>

Mezi tyto materiály patří tzv. společná průřezová témata (např. Prevence pádu, Prevence trombembolické nemoci, Aplikace Fraxiparinu, Pitný režim aj.) a dále pak speciální – specifická témata pro konkrétní pracoviště (např. pro potřeby urologického oddělení: Péče o permanentní močový katétr, Péče o epicystostomii, Péče o nefrostomický drén, Rady a pokyny pro nemocné s ledvinovými kameny, Rady a pokyny při zánětu močových cest a preventivní opatření aj.). Edukační, informačních materiály jsou pak dostupné i na webovém portále nemocnice se záměrem poskytnout informace široké veřejnosti.

V roce 2014 se tým edukačních sester významně podílel na realizaci různých projektů (Capture the fracture, Den srdce apod.) a seminářů (Kompresivní terapie, Manuální lymfodrenáž, Péče o nemocné se stomií, Aktivní pití ve Fakultní nemocnici Olomouc, Péče o tracheostomickou kanylu apod.).

Edukační sestry prezentují výsledky své činnosti prostřednictvím odborných seminářů, konferencí, kongresů a zveřejněním v odborném periodiku. Své opodstatnění mají také pravidelné konzultační schůzky s vedoucí odboru nelékařské péče, jejichž náplní je analýza dosavadní činnosti, řešení aktuálních požadavků a stanovení dalších cílů.<sup>359</sup>

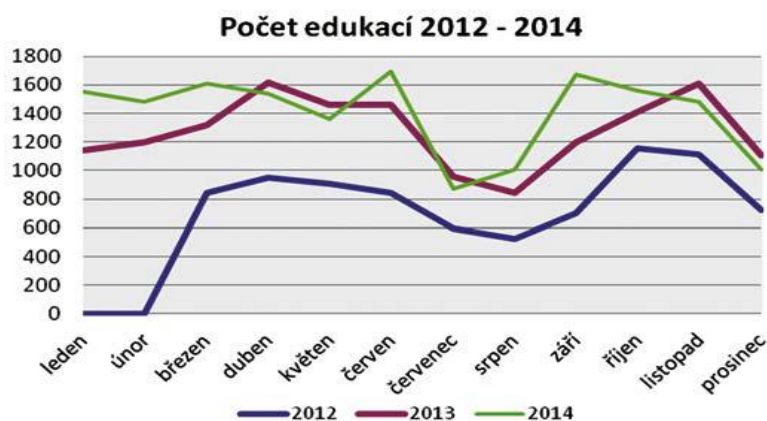
V roce 2015 byl uveden systém elektronické dokumentace s vazbou na provázanost s ošetrovatelskou dokumentací.

Pro představu uvádíme vývoj v trendu edukací u hospitalizovaných pacientů za rok 2012 – 2014 a vývoj v trendu edukovaných hospitalizovaných pacientů za rok 2012 – 2014:

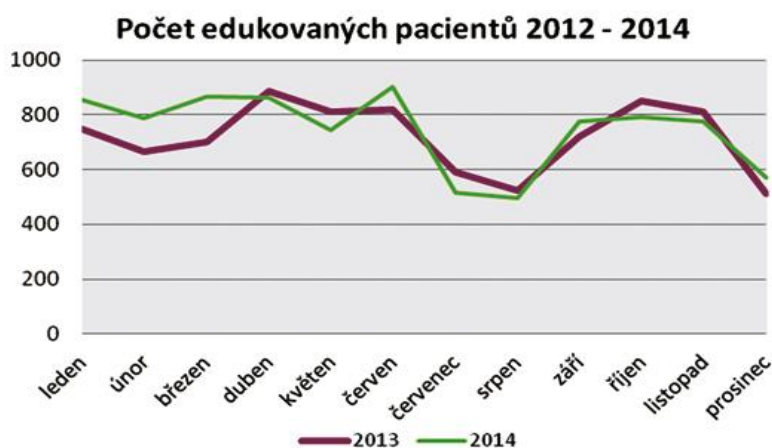
---

<sup>358</sup> DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237.

<sup>359</sup> DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237.



Graf 1: Vývoj v trendu edukací u hospitalizovaných pacientů za rok 2012 – 2014<sup>360</sup>



Graf č. 2: Vývoj v trendu edukovaných hospitalizovaných pacientů za rok 2012 – 2014<sup>361</sup>

V roce 2016 bylo realizováno celkem 14 033 edukací a reedukací (13771 v roce 2015), z toho 11 088 edukací u hospitalizovaných pacientů (13 665 v roce 2015) a 2 945 (2 667 v roce 2015) edukací u ambulantních pacientů. I v tomto roce pokračovala spolupráce s Fakultou zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci při tvorbě edukačních materiálů pro pacienty.<sup>362</sup> V roce 2017 pak bylo 33 edukačními sestrami

<sup>360</sup> Zdroj: FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Zpráva o činnosti Edukačních sester ve Fakultní nemocnici Olomouc za rok 2012 - 2014* [online]. 2015 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/Zprava%20o%20cinnosti%20edukacnich%20sester\\_2012-2014.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/Zprava%20o%20cinnosti%20edukacnich%20sester_2012-2014.pdf).

<sup>361</sup> Zdroj: FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Zpráva o činnosti Edukačních sester ve Fakultní nemocnici Olomouc za rok 2012 - 2014* [online]. 2015 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/Zprava%20o%20cinnosti%20edukacnich%20sester\\_2012-2014.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/Zprava%20o%20cinnosti%20edukacnich%20sester_2012-2014.pdf).

<sup>362</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Výroční zpráva Fakultní nemocnice Olomouc 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [www.msmt.cz/file/43950\\_1\\_1/](http://www.msmt.cz/file/43950_1_1/).

provedeno 16 301 edukací. Pacienti a jejich příbuzní byli edukováni ve 34 732 tématech.<sup>363</sup> Při hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče dosahuje pravidelná anketa sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů v monitorovaných oblastech, jejichž součástí je i edukace pacientů, dlouhodobě velmi dobrých hodnocení.<sup>364</sup>

Edukace je v klinické praxi členěna na základní<sup>365</sup>, tedy poskytovanou všemi nelékařskými zdravotnickými pracovníky dle kompetencí, a také na tzv. specializovanou a úzce specializovanou<sup>366</sup>, kterou poskytují sestry specialistky a speciálně vyškolené edukační sestry.<sup>367</sup>

Základní úroveň edukace je tedy poskytovaná všemi nelékařskými zdravotnickými pracovníky v rámci svých kompetencí a je zaměřena na základní ošetrovatelské postupy, provoz oddělení, práva pacienta, domácí a vnitřní rád oddělení atd. Realizace této úrovně edukace je zaznamenávána písemně do ošetrovatelské dokumentace ve formuláři *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči*.<sup>368</sup>

Úzce specializovaná edukace je poskytována např. pacientům s komplikacemi při diabetes mellitus a nově zjištěným diabetikům, pacientům při léčbě kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou či pacientům se zavedenou stomií či tracheostomickou kanylou. Realizace této úrovně edukace je zaznamenávána písemně do ošetrovatelské

---

<sup>363</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Výroční zpráva Fakultní nemocnice Olomouc 2017* [online]. 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/FNOL\\_vyrocní%20zpráva%202017\\_FINAL.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/FNOL_vyrocní%20zpráva%202017_FINAL.pdf).

<sup>364</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Výroční zpráva Fakultní nemocnice Olomouc 2017* [online]. 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/FNOL\\_vyrocní%20zpráva%202017\\_FINAL.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/FNOL_vyrocní%20zpráva%202017_FINAL.pdf).

<sup>365</sup> Podle *Vyhlášky č. 55/2011 Sb.* (o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017), §3 odst. 1, písm. g) zdravotnický pracovník bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. Podle §4 je pak všeobecná sestra oprávněna (mimo činnosti podle § 3 odst. 1 - viz výše) bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem dle odst. 1, písm. k) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály.

<sup>366</sup> Podle *Vyhlášky č. 55/2011 Sb.* (o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v aktuálním znění ze dne 14. 12. 2017), §54 je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí oprávněna (mimo činnosti podle §4) dle písm. a) bez odborného dohledu a bez indikace 1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech (tedy výkonech, které sami provádí) a připravovat pro ně informační materiály; a písm. b) na základě indikace lékaře 2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

<sup>367</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

<sup>368</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

dokumentace ve formuláři *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči*, ale taktéž v elektronické podobě do *Záznamu o edukaci* edukační sestrou.<sup>369</sup>

Specializovaná edukace se pak týká edukací společných všem pracovištím zdravotnického zařízení a také specifickým edukacím pro daná pracoviště. Nejčastěji jsou to edukace v oblasti předoperační a pooperační péče, prevence tromboembolické nemoci, následné péče (lázně), sebepéče a zdravého životního stylu (po infarktu myokardu). Realizace této úrovně edukace je zaznamenávána písemně do ošetrovatelské dokumentace ve formuláři *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči*, ale taktéž v elektronické podobě do *Záznamu o edukaci* edukační sestrou.<sup>370</sup>

Pozici edukační sestry zajišťují všeobecné sestry, v pracovním úvazku 0.25 – 1.0, odbornice ve svém oboru se znalostmi a zkušenostmi získané v praxi, mající s edukací pacientů dlouholeté zkušenosti, absolvované pomaturitní specializační nebo vysokoškolské vzdělání, či kurz Mentor. V rámci celoživotního vzdělávání v problematice edukační činnosti je tento tým vzděláván i prostřednictvím pravidelných edukačních schůzek, a to ve spolupráci již dříve zmíněné *Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci*.<sup>371</sup> V současné době je do týmu edukačních sester zapojeno celkem 34 sester realizujících edukaci pacientů všech věkových kategorií, ambulantních i hospitalizovaných na odděleních různých medicínských oborů.

Edukační sestry mají na řadě pracovišť k dispozici samostatnou místnost, edukační program na PC a materiály v tištěné podobě s možností psaní poznámek k individuální potřebě konkrétního pacienta.

Náplní práce edukačních sester je dle Drobiličové a Šamaje<sup>372</sup> informování pacientů v rámci svých kompetencí o nemoci, diagnóze a léčebných postupech; poučení pacientů o správné životosprávě, tvorba edukační materiálů, předávání zkušeností svých či jiných pacientů o daném onemocnění a předávat rady, návody a doporučení.

---

<sup>369</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

<sup>370</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

<sup>371</sup> DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237.

<sup>372</sup> DROBILIČOVÁ, A., ŠAMAJ, M. Projekt: Edukační sestra ve FN Olomouc. *Nové vademecum Sterilizace*, 2014, č. 2, s. 9.

Každý hospitalizovaný či ambulantní pacient je zhodnocen v oblasti potřeby edukace. Hodnocení vychází z toho, zda má pacient dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu. Aktivní vyhledávání pacientů s potenciální edukační potřebou se realizuje zejména pozorováním a rozhovorem s pacientem či zjišťováním informací ze zdravotnické dokumentace. Zdrojem informací mohou být také rodinní příslušníci, důležitá je i spolupráce se staniční sestrou, sestrami ve službě či lékaři.<sup>373</sup>

Průběh edukace vyplývá z edukačního programu naplánovaného pro konkrétního pacienta na základě jeho potřeb (stanovení hlavního cíle a cílů dílčích, obsah edukace, realizace vlastní edukace, vč. otázek a odpovědí). Samozřejmé je používání didaktických zásad. „Edukace je vždy individuální, závisí na zdravotním stavu pacienta, věku, vzdělání... Při verbální komunikaci se vždy přizpůsobujeme řeči edukantů, nejdůležitější je naslouchat.“<sup>374</sup>

Edukace je realizována individuálně, skupinově či hromadně. Mezi sestrami volené edukační metody patří teoretické (přednáška, vysvětlování – fotografie, model, schéma), teoreticko-praktické a praktické (instruktáž). Velmi často ke sdělování informací využívají prezentací na datovém projektoru, při které se vhodně uplatní i diskuze či konzultace. Edukační sestry mají k dispozici řadu tištěných edukačních, informačních materiálů nebo své pacienty mohou k jejich studiu odkázat i na webový portál Fakultní nemocnice Olomouc.<sup>375</sup>

Výzkumné šetření spojené s činností tohoto projektu uskutečnila J. Rábková<sup>376</sup>. Cílem výzkumného šetření bylo identifikovat edukační potřeby seniorů a vyvodit možnosti naplňování potřeb hospitalizovaných pacientů v seniorském věku prostřednictvím edukace s ohledem na jejich specifickou povahu. V souladu s cílem výzkumu se zajímala o kritéria výběru edukovaných pacientů, zda se hospitalizovaní pacienti setkali s činností edukační sestry a jaká edukační témata jsou nejvíce diskutována. Zahájení výzkumu bylo realizováno v rámci odborné praxe prostřednictvím zúčastněného pozorování (seznámení s prostředím

---

<sup>373</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

<sup>374</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

<sup>375</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

<sup>376</sup> RÁBKOVÁ, J. *Vybrané aspekty edukace na oddělení geriatric ve Fakultní nemocnici v Olomouci* [online]. Olomouc, 18. 4. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8jm1wz/00173667-334384772.pdf>. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.

oddělení, organizačním členěním pracoviště, diagnózami pacientů, věkovou strukturou hospitalizovaných pacientů a projektem *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*). V další fázi výzkumu bylo využito metody nestrukturovaného rozhovoru s edukačními sestrami, nestrukturovaného pozorování několika edukací realizovaných edukační sestrou, analýzy dokumentů, a následně i metody strukturovaného rozhovoru s pacienty. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na vzorek seniorů, muže i ženy, pacienty hospitalizované na oddělení geriatrické ve Fakultní nemocnici Olomouc. Výzkumný soubor k řízenému rozhovoru pak tvořilo 10 pacientů. Výběr pacientů k pohovoru byl zvolen na základě doporučení edukační a všeobecné sestry. Vybraní pacienti odpovídali stejným kritériím, podle kterých vybírá edukační sestra pacienty vhodné k edukaci. Z vybraných výsledků výzkumu vyplývá, že při realizaci edukace byly respektovány zvláštnosti edukace seniorů, pacienti prostřednictvím odpovědí vyjadřovali nejen míru své spokojenosti s edukací, současně ale signalizovali, že nepotřebují pouze informace (nové poznatky a dovednosti), ale i prostý sociální kontakt - blízkost druhého (zájem, komunikace, účast, empatie, pochopení). „*Výsledky šetření v plné míře prokázaly, že pacienti mají o edukaci velký zájem a aktivně spolupracují.*“<sup>377</sup>

„*Projekt edukačních sester se jeví přínosným pro pacienty i pro personál. Hodnocení pacienty jsou vesměs kladná, pozitivně hodnotí, že jim někdo věnuje dostatek času na otázky a odpovědi. I vzhledem ke krátké době používání projektu je nutno říct, že edukační proces začíná vést k pozitivním změnám – změně postojů klientů ke svému onemocnění.*“<sup>378</sup>

---

<sup>377</sup> RÁBKOVÁ, J. *Vybrané aspekty edukace na oddělení geriatrické ve Fakultní nemocnici v Olomouci* [online]. Olomouc, 18. 4. 2013, s. 44 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8jm1wz/00173667-334384772.pdf>. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.

<sup>378</sup> SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.



## **EMPIRICKÁ ČÁST DISERTAČNÍ PRÁCE**

## 7 Empirická východiska disertační práce

V úvodu empirické části disertační práce se zaměříme na důvody, které nás přiměly ke zkoumání edukačních strategií<sup>379</sup> sester v edukaci pacientů v seniorském věku<sup>380</sup>.

Podnět k realizaci výzkumného šetření vycházel z aktuální situace nedostatečné informovanosti pacientů v seniorském věku. Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, mnoho odborných zdrojů poukazuje na to, že zejména hospitalizovaní seniorští pacienti jsou jednak méně informováni o svém zdravotním stavu a poskytované péči, než pacienti mladší, ale také jejich schopnost zapamatovat si poskytnuté informace může být zhoršená.<sup>381</sup>

Jeden z důvodů, který nás vedl k realizaci výzkumného šetření, je i malý počet pedagogických výzkumů, které by se orientovaly na klíčové kompetence sester v edukaci pacientů v seniorském věku. V této souvislosti je třeba konstatovat, že realizované výzkumy v problematice edukace v ošetrovatelství se ve větší míře zaměřují na nějaký ošetrovatelský problém, lékařskou diagnózu či lékařský obor a výzkumů zaměřených na problematiku klíčových kompetencí sester v edukaci seniorských pacientů není mnoho. Provést analýzu výsledků výzkumů v kontextu zaměření předkládané disertační práce proto nebylo snadné. Některé výsledky těchto výzkumů<sup>382</sup> však považujeme za problematické (námi vybrané dílčí výsledky výzkumů podobných prací prezentujeme v kapitole s názvem *Diskuze*).

Dalším impulsem, který nás přiměl ke zpracování tohoto tématu, je i fakt, že se problematice edukace pacientů v seniorském věku realizované sestrou věnuje v českém

---

<sup>379</sup> Edukačními strategiemi rozumíme systémové, holistické uspořádání takových metod a postupů, kterými jsou pozitivně rozvíjeny vědomosti, dovednosti, postoje a návyky pacientů. JURENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 9.

<sup>380</sup> Slovní spojení edukace pacientů seniorského věku můžeme chápat jako výchovu a vzdělávání každého staršího člověka nad 65 let, který je v kontextu předkládané práce klientem ambulantní či lůžkové péče – pozn. autorky.

<sup>381</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 6 – 7, 518; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 166; SÄVENSTEDT, S., ZINGMARK, K., HYDÉN, L. CH. et al. Establishing Joint Attention in Remote Talks with Elderly about Health: a study of nurses conversation with elderly persons. In *Scandinavian journal of caring science*, 2005, roč. 19, s. 317 - 318.

<sup>382</sup> Srov. KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97. ISSN e-ISSN 2320–7388, p-ISSN: 2320–737X; KADUCHOVÁ, P. Education of Elderly Patients Within Nursing Care in Slovakia. *Acta Educationis Generalis*, 2017, Vol. 7, No. 2, 86 – 95; NOVÁKOVÁ, L., JENERÁLOVÁ, M. Edukace – součást ošetrovatelského procesu. *Logos Polytechnikos*, 2015, roč. 6, č. 1, 96 – 103; ŠMÍDOVÁ, Š. *Edukace geriatrických pacientů* [online]. Plzeň, 27. 3. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s970hs/>. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni; VÁPENÍKOVÁ, S. *Propuštění pacientů z interního oddělení* [online]. Pardubice, 13. 7. 2015 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/61592>. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice.

prostředí poměrně málo pozornosti. Ačkoliv se jedná o klíčovou pozici, která významně ovlivňuje kvalitu edukačního procesu pro tuto cílovou skupinu, není k dispozici dostatek odborné literatury a zdrojů, které by se problematikou náležitě zabývali.

V našem výzkumu jsme se proto zajímali o to, jaké edukační strategie sestry uplatňují při edukaci pacientů v seniorském věku, s akcentem na vybrané klíčové kompetence<sup>383</sup>. Jednalo se o výzkumné šetření s cílem prezentovat současný reálný stav klinické praxe vztahující se k danému tématu, jehož zásadním úkolem především bylo postihnout všechny vztahy a souvislosti ve vzájemném doplňujícím se kontextu.

Při volbě a popisu metodologie práce vycházíme převážně z odborných publikací P. Gavory (2000), J. Hendla (2005), J. Kutnohorské (2009), R. Švaříčka a K. Šedové et al. (2007) a Š. Švece et al. (2009), jež jsme chápali jako teoretický materiál pro vlastní výzkumné šetření disertační práce.

Vlastnosti (jevy), které se staly předmětem našeho zkoumání a které během šetření nabývaly různých hodnot, nazýváme *proměnnými*.<sup>384</sup> V našem případě se jednalo o vybrané klíčové kompetence, tedy znalosti, dovednosti a postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku.

Vhodným designem pro zjišťování vybraných klíčových kompetencí sester v edukaci pacientu seniorského věku se jeví *explorativně - deskriptivní případová studie*. Přestože se případové studie využívají především ve výzkumu psychologickém, sociologickém či antropologickém, patří tato strategie také k stále frekventovanějším postupům i v pedagogickém výzkumu.<sup>385</sup>

Případová studie (*case study*) je empirickým designem, jehož smyslem je velice podrobné zkoumání a porozumění sledovaných jevů v přirozeném prostředí.<sup>386</sup> Jednou z hlavních předností této výzkumné strategie je podle Yin<sup>387</sup> možnost zpracovat a maximálně informačně vytěžit paletu rozmanitých zdrojů dat. Podle stejného autora

---

<sup>383</sup> Mezi námi vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku patří znalosti, dovednosti a postoje – pozn. autorky.

<sup>384</sup> ŠVEC, Š. et al. *Metodologie věd o výchově. Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009, s. 58.

<sup>385</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 101.

<sup>386</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 104.

<sup>387</sup> In ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 101.

je také považována za nejvýhodnější výzkumnou strategii v situacích, kdy se ptáme, *jak* či *proč* se dějí určité současné jevy, nad kterými nemáme žádnou kontrolu a jako výzkumníci jejich existenci ovlivňujeme minimálně nebo vůbec. Důkladným prozkoumáním jednoho případu, pak můžeme lépe porozumět jiným podobným případům.<sup>388</sup>

Volba této výzkumné strategie je vhodná pro sledování specifických jevů, jak tomu v případě klíčových kompetencí bezpochyby je. Při volbě našeho „ideálního“ případu jsme se zaměřili pro námi sledované vlastnosti na tým sester, který je začleněn do projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*.

Explorativní případová studie má za cíl prozkoumat neznámý případ a jeho strukturu, může nás navést na další otázky a sloužit tak jako živná půda pro další výzkum.<sup>389</sup> Vzhledem k tomu, že se v našem výzkumu zaměřujeme zejména na námi vybrané jevy, považujeme tuto studii také za částečně deskriptivní, která se používá k podrobnému popisu jevu reálného života v kontextu, v němž se vyskytuje.<sup>390</sup> Transverzální charakter studie nám pak umožňuje prezentovat současný reálný stav klinické praxe vztahující se k danému tématu.<sup>391</sup>

Naši roli výzkumníka pojímáme v souladu se Švaříčkovým doporučením jako roli „přítele“.<sup>392</sup>

Náš výzkum je koncipován jako smíšený. Kombinuje převážně kvalitativní přístup s doplňujícím přístupem kvantitativním a umožňuje tak komplexnější porozumění sledované edukační reality.<sup>393</sup>

Je nutné podotknout, že cíle výzkumného šetření vycházely z hlavního cíle, který jsme si stanovily v úvodu předkládané práce. K dosažení stanoveného cíle výzkumného šetření jsme pro sběr dat v první fázi výzkumného šetření použili *dotazník* vlastní konstrukce, realizovaný jako pedagogický průzkum zaměřený zejména na zjištění úrovně znalosti a postojů sester při edukaci pacientů v seniorském věku. V druhé fázi výzkumného šetření

<sup>388</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 104.

<sup>389</sup> Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 110; MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015, roč. 65, č. 2, s. 121; ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 102 – 103.

<sup>390</sup> Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 110; MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015, roč. 65, č. 2, s. 121.

<sup>391</sup> Srov. MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015, roč. 65, č. 2, s. 121; ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 103 - 107.

<sup>392</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 81.

<sup>393</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 271.

jsme ke sběru dat zvolili *polostrukturovaný rozhovor* zjišťující zejména obecné názory, zkušenosti, informovanost a připravenost edukačních sester v oblasti edukace seniorů, a nezúčastněné *strukturované pozorování* edukační intervence zjišťující dovednosti sester k edukaci pacientů v seniorském věku. Dále jsme k dosažení stanoveného cíle výzkumného šetření zvolili *analýzu všech typů dokumentů* vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení - legislativních, metodických, didaktických a zdravotnických (resp. ošetřovatelských).

Převážná část námi užitých metod je kvalitativního rázu. Podstatu, kterou je hloubkové a kontextuálně zakotvené prozkoumání daného jevu se záměrem přinést o něm maximální množství informací, vyzdvihují v kvalitativním výzkumu Švaříček, Šed'ová et al. (2007)<sup>394</sup>. Takový komplexní pohled na zkoumaný jev kvantitativní přístup nabídnout nemůže.

Postup při konstrukci dotazníku, vytvoření rámce pro strukturované pozorování a sestavení obsahu problémových okruhů a otázek k polostrukturovanému rozhovoru blíže charakterizujeme v kapitole osmé.

Nejdříve bylo nutné stanovit si hlavní cíl(e), popř. také dílčí cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky. Dále jsme se zaměřili na popis výzkumného procesu (subjekt i předmět výzkumu, použité metody pro zpracování dat, charakteristiku výzkumného vzorku) a představení časového plánu šetření.

---

<sup>394</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 24.

## 8 Výzkumné šetření

Vlastní výzkumné šetření jsme provedli v souladu s hlavním cílem disertační práce. Jeho charakteristice je věnována následující kapitola, ve které představíme výzkumné cíle, subjekt a předmět výzkumu, stanovení výzkumných otázek, metodologii, výzkumný vzorek a průběh výzkumného šetření.

### 8.1 Cíle výzkumného šetření

V rovině empirické je cílem disertační práce *zjistit úroveň znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku, a zjistit, jakým způsobem se tyto proměnné<sup>395</sup> promítají do reality klinické praxe.*

Sledované proměnné včetně nástrojů pro jejich měření, znázorňuje následující tabulka:

<b>Sledované proměnné</b>	<b>Znalost</b>	Dotazník Polostrukturovaný rozhovor	Schopnost sestry: <ul style="list-style-type: none"> <li>• charakterizovat období stárnutí a stáří;</li> <li>• objasnit zdraví a nemoc ve stáří;</li> <li>• vyjmenovat nejčastější ošetrovatelské problémy;</li> <li>• specifikovat zvláštnosti edukace seniorů;</li> <li>• analyzovat vztah sestry a edukace pacientů v seniorském věku.</li> </ul>
	<b>Dovednost</b>	Strukturované pozorování	Schopnost sestry: <ul style="list-style-type: none"> <li>• posoudit edukační potřeby pacienta;</li> <li>• analyzovat schopnost pacienta učit se;</li> <li>• posoudit případné překážky při edukaci;</li> <li>• definovat edukační diagnózu;</li> <li>• projektovat vhodné edukační strategie<sup>396</sup>;</li> <li>• aplikovat vhodné edukační strategie<sup>397</sup>.</li> </ul>
	<b>Postoj</b>	Sémantický diferenciál	Postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku: <ul style="list-style-type: none"> <li>• do jaké míry si sestry uvědomují svoji roli a osobní význam při edukaci pacientů v seniorském věku.</li> </ul>

Tabulka 3: Sledované proměnné a zvolené výzkumné nástroje (počin autorky)

<sup>395</sup> Mezi sledované proměnné patří znalosti, dovednosti a postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku – pozn. autorky.

<sup>396</sup> Posoudit druh edukace, formulovat cíl edukace, určit téma edukace, vybrat metody edukace, vybrat formu edukace, určit obsah edukace, vybrat prostředí a vytvořit podmínky pro vlastní edukaci, vybrat didaktické pomůcky a prostředky edukace, stanovit časový plán, posoudit vhodnou dobu edukace, popsat způsob evaluace výstupů edukace – pozn. autorky.

<sup>397</sup> Posoudit aktuální připravenost pacienta na edukační lekci, vytvořit důvěryhodný vztah s pacientem, rozvíjet zájem pacienta o spolupráci, podpořit motivaci pacienta, rozvíjet všechny stránky osobnosti pacienta, používat vhodné verbální prostředky, vhodně aplikovat vybrané metody, využívat vhodné modelové příklady, demonstrovat a účelně používat didaktické pomůcky, prakticky usměrňovat pacienta při nácviu činností, posoudit práci pacienta, aplikovat nepřetržitou zpětnou vazbu, pohotově řešit problémové a mimořádné situace – bariéry – obtíže při učení – pozn. autorky.

Paralelním cílem disertační práce, orientovaným na pedagogickou praxi, je vypracovat návrh doporučení pro praxi a vytvořit základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

Z hlavního cíle vyplývá několik dílčích empirických a praktických cílů, které jsme si vymezili takto:

I. fáze výzkumného šetření:

- na základě teoretické části práce vytvořit a sestavit výzkumné nástroje, které monitorují znalosti a postoje sester při edukaci pacientů v seniorském věku;
- realizovat sběr empirických dat pomocí průzkumného dotazníkového šetření;
- provést analýzu, interpretaci a zhodnocení výsledků zjištěných dat;
- sestavit sadu všech typů dokumentů k jejich analýze<sup>398</sup>;
- realizovat analýzu všech typů dokumentů;
- sestavit obsah problémových okruhů a otázek k polostrukturovanému rozhovoru;
- vytvořit rámec pro strukturované pozorování (vytvořit pozorovací arch).

II. fáze výzkumného šetření:

- realizovat sběr empirických dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru;
- realizovat sběr empirických dat pomocí strukturovaného pozorování;
- realizovat analýzu didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů;
- provést analýzu, interpretaci a zhodnocení výsledků zjištěných dat;
- vypracovat návrh doporučení pro praxi a vytvořit základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

---

<sup>398</sup> Analýza dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – legislativní, metodické, didaktické a zdravotnické (resp. ošetrovatelské) - pozn. autorky.

## 8.2 Subjekt a předmět výzkumu

*Subjektem výzkumu byly edukační sestry<sup>399</sup> poskytující tzv. specializovanou a úzce specializovanou edukaci<sup>400</sup>. Předmětem výzkumu byly znalosti, dovednosti a postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku, a jejich promítání do reality klinické praxe.*

## 8.3 Výzkumné otázky

Empirické šetření se opíralo o stanovenou výzkumnou otázku „*Jaká je úroveň znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku a jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality klinické praxe?*“

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na soubor vzájemně provázaných dílčích výzkumných otázek směřujících k dosažení stanoveného cíle:

Dílčí výzkumné otázky:

1. *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester?*
2. *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku?*
3. *Jaké jsou znalosti sester v edukaci pacientů seniorského věku?*
4. *V jakých oblastech/tématech se edukační činnost u pacientů v seniorském věku realizuje?*
5. *Existují pro edukační činnosti sester odborně zpracované metodické materiály a formalizované postupy?*
6. *Pokud metodické materiály a formalizované postupy existují, do jaké míry je edukační sestry využívají?*

---

<sup>399</sup> Edukační sestrou rozumíme aktéra edukační aktivity, který řídí edukační proces, který vzdělává. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005, s. 85.

<sup>400</sup> Základní edukace je ve FNOL poskytována všemi nelékařskými zdravotnickými pracovníky dle kompetencí. Specializovanou a úzce specializovanou edukaci poskytují speciálně vyškolené edukační sestry. Úzce specializovaná edukace je poskytována pacientům s komplikacemi při diabetes mellitus a nově zjištěným diabetikům, pacientům při léčbě kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou či pacientům se zavedenou stomií nebo tracheostomickou kanylou. Specializovaná edukace se věnuje edukacím společným všem pracovníkům zdravotnického zařízení a také specifickým edukacím pro daná pracoviště. Nejčastěji jsou to edukace v oblasti před a pooperační péče, prevence tromboembolické nemoci, následné péče (lázně), sebedpěče a zdravého životního stylu (např. po infarktu myokardu). SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.



7. *Kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje?*
8. *Na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci? Které indikátory vedou sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu?*
9. *Do jaké míry se při realizaci edukačních činností využívá specifických materiálů a pomůcek, příp. speciálně upraveného prostředí?*
10. *Jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku?*
11. *Jakým způsobem je pro edukační sestru realizující edukaci pacientů v seniorském věku zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi?*
12. *Jaké jsou postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku?*
13. *Jaká je struktura sledované edukační intervence (se zaměřením zejména na formu, téma - cíl, metody, prostředky a pomůcky, délku, místo, prostředí a podmínky, podporu učení, komunikaci a rétoriku)?*
14. *Jaké didaktické zásady edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují?*

## **8.4 Metody získávání údajů**

V této části práce představíme metody sběru výzkumných dat a výzkumné nástroje.

**Designem** našeho výzkumu je *explorativně - deskriptivní případová studie* zahrnující *komplexnější systém*<sup>401</sup>. V případové studii jde podle Mareše<sup>402</sup> o detailní studium několika málo případů nebo určitého případu, jak je tomu v našem případě.

Vzhledem k charakteru výzkumného šetření jsme zvolili více metod získávání údajů. Náš výzkum je koncipován jako **smíšený**. Kombinujeme převážně kvalitativní přístup s doplňujícím přístupem kvantitativním. Cílem této strategie je důkladněji porozumět sledovaným jevům a podpořit validizaci výzkumu. Tento přístup se někdy označuje

---

<sup>401</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 77.

<sup>402</sup> MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015, roč. 65, č. 2, s. 116.

jako *triangulace*, resp. triangulace metodologická.<sup>403</sup> Při racionalizaci záměru volby smíšeného přístupu vycházíme především z výzkumného záměru.

Ke kvantitativním výzkumným metodám v naší práci náleží *polostrukturovaný dotazník*, jako pomocný nástroj pro další etapu výzkumného šetření a *strukturované pozorování*. Za kvalitativní metody považujeme *polostrukturovaný rozhovor* jako hlavní zdroj dat, *sémantický diferenciál* a *kvalitativní analýzu všech typů dokumentů*<sup>404</sup>.

Kombinace kvalitativních a kvantitativních přístupů bývá nazývána jako integrovaný výzkum<sup>405</sup> či smíšený výzkum<sup>406</sup>, který míchá metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie.

Ve shodě se Švaříčkem a Šed'ovou<sup>407</sup> jsme toho názoru, že kvalitativní i kvantitativní přístup má své možnosti a limity, a že je možné, ba dokonce výhodné, oba přístupy kombinovat. Glaser a Strauss<sup>408</sup> tvrdí, že neexistuje základní konflikt mezi kvalitativními a kvantitativními metodami nebo daty, pouze jsou kvalitativní data efektivnější pro generování hypotéz. Rovněž podle Hendla<sup>409</sup> *„...je rozumné sbírat a analyzovat data pomocí několika metod takovým způsobem, že vzniklá směs nebo kombinace dat a výsledků využívá síly a komplementarity jednotlivých přístupů.“* Metaforicky se k principu smíšeného výzkumu vyjádřili Lincoln a Guba<sup>410</sup> na příkladu rybářských sítí *„...jestliže má rybář k dispozici několik sítí a v každé z nich je několik velkých děr, pak je lepší, když rybář poškozené sítě navzájem překryje a použije tak jednu síť, kterou získá lepší úlovek než použitím jednotlivých sítí odděleně.“* V současnosti existují celé knihy zaměřené na tento typ výzkumu (autorů např. Newman, Benz, 1998 či Tashakkori, Teddlie, 1998) a jeho aplikační možnosti dokládá monumentální sbírka příkladů a metod (např. editorů Tashakkori, Teddlie, 2003).<sup>411</sup>

V následujícím textu se dále zaměříme na legitimizaci kvalitativního ukotvení metody *sémantického diferenciálu*.

<sup>403</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 150.

<sup>404</sup> Analýza dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – legislativní, metodické, didaktické a zdravotnické (resp. ošetřovatelské) - pozn. autorky.

<sup>405</sup> LOUČKOVÁ, I. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010.

<sup>406</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008, s. 58.

<sup>407</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 27.

<sup>408</sup> In HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 56.

<sup>409</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 62.

<sup>410</sup> In HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 62.

<sup>411</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 60.

Při uvažování nad touto metodou vycházíme z prizmatu Bergmanovi rekonceptualizace výzkumných metod, která se týká jejich dělby práce. Jinými slovy, autor zde vystupuje proti striktnímu rozdělení metod na kvalitativní a kvantitativní a proti tomu, aby výzkumné metody byly striktně spojeny s typem výzkumného přístupu, protože pak dochází k omezeným možnostem jejich aplikace ve výzkumu.<sup>412</sup> Argumentace M. M. Bergmana poukazující na problematičnost rozlišení kvalitativních a kvantitativních metod se v této práci stala výchozí pro obhajobu sémantického diferenciálu jako smíšené metody.

Pomocí sémantického diferenciálu jako psychometrické metody sledujeme vnímání námi sledované problematiky skupinou respondentů, tedy osob, jež ji každodenně realizují v praktické rovině. Sledování takových kolektivních reprezentací tedy představuje kvalitativní pohled na zkoumanou problematiku, protože podle Durkheima prostřednictvím kolektivní reprezentace je možné poznání vnější reality, jinak řečeno, že svět lze poznat skrze sdílenou zkušenost. Kolektivní reprezentace zahrnují všechny sociálně produkováné fenomény, jako jsou postoje, představy, hodnoty a jiné koncepty, které jsou v určité společenské skupině sdíleny, a které udávají její celistvost a jedinečný charakter.<sup>413</sup>

Protože pro pochopení fenoménů jakou jsou lidské činy, slova, texty, díla a abstraktní pojmy pozitivismus nestačí, je nezbytností použít kvalitativní přístup.<sup>414</sup> V tomto se ukazují základní maxima fenomenologie, jež jde „...o uchopení věci tak, jak se samy ukazují, navzdory tomu, že se tak děje analýzou způsobů, jimiž je držíme v rozličných aktech vědomí.“<sup>415</sup> V tomto ohledu chápeme sémantický diferenciál jako kvalitativní metodu, protože nám umožňuje kvalitativní sběr dat. Pro analýzu dat kvantifikací výsledků pomocí průměrné hodnoty škály a průměrů na úrovni obou dimenzí, pokládáme sémantický diferenciál za metodu kvantitativní, pouze však na úrovni popisné statistiky.

---

<sup>412</sup> BERGMAN, M. M. The Straw Men of the Qualitative-Quantitative Divide and their Influence on Mixed Methods Research. In BERGMAN, M. M. (Ed.), *Advances in Mixed Methods Research: Theories and Applications* [online]. London: Sage Publications, 2008, s. 16 - 19 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/260308171\\_The\\_Straw\\_Men\\_of\\_the\\_Qualitative-Quantitative\\_Divide\\_and\\_their\\_influence\\_on\\_mixed\\_methods\\_research](https://www.researchgate.net/publication/260308171_The_Straw_Men_of_the_Qualitative-Quantitative_Divide_and_their_influence_on_mixed_methods_research).

<sup>413</sup> SOCIOLOGY GUIDE. *Collective Representation* [online]. 2016 [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: <http://www.sociologyguide.com/socio-short-notes/Collective-Representation.php>.

<sup>414</sup> Srov. BLECHA, I. *Fenomenologie a existencialismus*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994, s. 8; ŠMAUSOVÁ, G. Vybrané metodologické problémy v sociálních vědách: pozitivismus nebo hermeneutika? In D. Šimek (Ed.), *Kurikulum andragogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, s. 12.

<sup>415</sup> BLECHA, I. *Proměny fenomenologie. Úvod do Husserlovy filosofie*. Praha: Triton, 2007, s. 158.

Sémantický diferenciál může být aplikován na malý i velký vzorek probandů, může a nemusí ověřovat hypotézy, lze ho použít k heuristickým záměrům, skýtá taktéž četné kvantum dat, se kterými má možnost provádět mnoho analýz. Můžeme tedy tvrdit, že sémantický diferenciál dosahuje afinity jak k vlastnostem kvalitativních metod tak kvantitativních metod a je možné jej oprávněně považovat za smíšenou metodu.

#### **8.4.1 Konstrukce dotazníku**

Prostřednictvím *dotazníkového šetření* jako kvantitativně zpracované metody byl realizován pedagogický průzkum zaměřený zejména na zjištění úrovně znalostí a postojů sester při edukaci pacientů v seniorském věku. Dotazník byl pojat jako pomocný nástroj pro další etapu výzkumného šetření.

Pro účely našeho výzkumu jsme zvolili polostrukturovaný dotazník. Sestavený dotazník obsahoval 23 položek. Položky byly formulovány jako uzavřené, polouzavřené a otevřené.

Položky v části dotazníku A (položka č. 1 až č. 6) zjišťovaly data osobního charakteru, zejména pak délku praxe, úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester, vzdělání v oblasti edukace seniorů a osobní zkušenosti s edukací seniorů mimo nemocnici.

Další položky v části dotazníku B (položka č. 7 a 8) byly vymezeny pro skutečnosti týkající se vlastní realizace edukace pacientů v seniorském věku, zjišťovaly tedy nejčastější oblasti/témata poskytované edukace pacientům v seniorském věku a existenci metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci.

Část dotazníku C byla zaměřena na námi sledované proměnné, obsahovala jednak položky zjišťující úroveň znalostí respondentů (položka č. 9 až 22) v problematice edukace seniorů vůbec (problematika stárnutí a stáří, zdraví a nemoc ve stáří, potřeby ve stáří, specifika edukace seniorů vč. pacientů v seniorském věku), ale také položky zjišťující postoje edukačních sester k edukaci seniorů (položka č. 23).

Při koncipování dotazníku se autorka se snažila postihnout všechny zkoumané aspekty, a to jak definováním výčtu, tak vhodným návrhem pro aktivní podíl respondenta na vymezení ověřované problematiky. Dotazník byl tedy sestaven tak, aby měli respondenti kromě převažujících výběrových odpovědí také prostor k sebevyjádření. U otázek informativních byla požadována odpověď podle skutečnosti, u otázek s možností výběru

ta odpověď, která nejvíce odpovídala realitě. U některých otázek byl počet odpovědí limitován (limit byl uvedený v závorce), u jiných byla možnost vyjádřit se v kolonce „jiné“. Na otázky otevřené měli respondenti možnost volně vyjádřit svoje praktické zkušenosti, znalosti, svůj názor, postřeh. Tyto výpovědi byly následně vyhodnoceny kódováním.

Dotazník byl anonymní a součástí byly pokyny pro jeho vyplňování.

Vzor dotazníku je uveden v příloze (viz Příloha 2).

Dotazník byl dále doplněn informačním e-mailem s žádostí o spolupráci. Pro zvýšení motivace k vyplnění dotazníku jsme respondentům vysvětlili důvod realizace našeho výzkumu, a jaký je jeho cíl. Taktéž jsme popsali celý průběh výzkumného šetření a respondenty ujistili, že získaná data budou použita pouze pro potřeby disertační práce.

Vzor informačního e-mailu je uveden v příloze (viz Příloha 1).

#### **8.4.2 Konstrukce sémantického diferenciálu**

Ke sledování postojů sester k edukaci pacientů v seniorském věku byl použit *sémantický diferenciál*. Sémantický diferenciál je psychosémantická metoda Osgooda, která zjišťuje konotativní psychologické významy klíčových objektů (pojmu) u jednotlivých osob. Tato metoda charakteristická spojením psycholingvistiky, psychologie vnímání a psychologie individuálního vědomí. Je nepochybnou skutečností, že posuzuje-li daný objekt (pojem) více posuzovatelů, každý z nich je vidí poněkud odlišně. Mimo společný kulturní význam má totiž každý pojem ještě další (konotativní) významy, které charakterizují jednotlivé posuzovatele.<sup>416</sup> Podle Kerlingera<sup>417</sup> sémantický diferenciál zkoumá to, co lidé neumí definovat, ale vědí, co to znamená.

Na základě série bipolárních adjektivních škál určují probandi své postoje k vymezeným objektům (pojům). Výsledky posuzovaného pojmu pak tedy poukazují na mentální reprezentaci pojmu v sémantickém prostoru probanda vzhledem k několika nezávislým dimenzím.<sup>418</sup>

---

<sup>416</sup> MARŠÁLOVÁ, L., MIKŠÍK, O. *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990, s. 294.

<sup>417</sup> KERLINGER, F. N. (1972). *Základy výskumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia, 1972, s. 547.

<sup>418</sup> MARŠÁLOVÁ, L., MIKŠÍK, O. *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990, s. 294.

Každý sémantický diferenciál je tedy konstruován pomocí objektů (tj. pojmů) a škál. V našem případě tomu nebude jinak.

V námi realizovaném sémantickém diferenciálu byla použita sedmibodová škála. Aby se snížilo nebezpečí stereotypního posuzování ve škálách, byly některé škály prezentovány v reverzní podobě.<sup>419</sup> Škály je potřeba konstruovat na základě kritéria reprezentativnosti (příslušnost škály k adekvátnímu faktoru) a relevance ve vztahu k objektům, resp. pojmům (problematika tzv. irrelevantních adjektiv).<sup>420</sup> Objekt byl volen v kontextu výzkumné problematiky tak, aby reprezentoval sémantický prostor a také, aby byl schopen vyvolat velkou variaci odpovědí. Sémantický diferenciál napomáhá v našem výzkumu odhalit *vnímání* objektu *edukace pacienta v seniorském věku je pro sestru*.

Pro náš průzkum jsme zvolili dvoufaktorový sémantický diferenciál, ve kterém je objekt posuzován z hlediska dvou aspektů: dimenze hodnocení a dimenze energie. Dimenze hodnocení vyjadřuje, jak dalece je posuzovaný objekt osobami vnímán jako dobrý nebo špatný a dimenze energie pak, do jaké míry jej respondenti chápou jako něco spojeného s námahou, obtížemi, změnami nebo aktivitou.<sup>421</sup> Položky našeho sémantického diferenciálu tedy byly navrženy tak, aby měřily právě tyto dvě dimenze postojů edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku.

Postoj však bývá charakterizován prostřednictvím tří složek. První z nich je složka kognitivní, která se týká názorů, myšlenek, zkušenosti, které jedinec má ve vztahu k předmětu postoje. Druhou je pak složka emotivní, vyjadřující citový vztah k předmětu postoje, emoce a emocionální reakce. A poslední, třetí složkou je složka konativní, týkající se sklonů k chování nebo jednání ve vztahu k předmětu postoje.<sup>422</sup> Měření postojů je tedy celkově značně komplikované, poněvadž se jedná o multidimenzionální proměnnou. Přikláníme se k názoru Šafránkové a Kocourkové<sup>423</sup>, že metoda sémantického diferenciálu zjišťuje pouze dílčí část emotivní složky jedince, a proto využíváme při výzkumu postojů

<sup>419</sup> MARŠÁLOVÁ, L., MIKŠÍK, O. *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990, s. 294.

<sup>420</sup> KERLINGER, F. N. (1972). *Základy výskumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia, 1972, s. 552.

<sup>421</sup> MARŠÁLOVÁ, L., MIKŠÍK, O. *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990, s. 294 - 295.

<sup>422</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 422.

<sup>423</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A., KOCOURKOVÁ, V. Kvantitativní a kvalitativní rozměr výskumu postojů učitelů ve vztahu k sociálnímu znevýhodnění žáků. In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Smišený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výskumu* [online]. Brno, Masarykova univerzita, 2011 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/capv2011/sbornikprispevku/safrankovakocourkova.pdf>.

i další metody: a to rozhovor, který může do výzkumu přinést nové informace jak o kognitivní, tak o emotivní postojové složce, tak i pozorování, které nám může poskytnout významné informace o konativní složce postoje. Kognitivní složku v našem výzkumu zachycujeme pomocí dotazníku. Stejně tak předpokládáme, že komplexním uchopením problematiky za využití metodické triangulace a při kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod můžeme nalézt přesnější obraz námi sledované reality.

Data získaná prostřednictvím průzkumného dotazníkového šetření se stala podkladem k sestavování otázek k polostrukturovanému rozhovoru a vytvoření rámce pro strukturované pozorování.

### 8.4.3 Sestavování otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Ve druhé části výzkumného šetření byla data získávána pomocí *polostrukturovaného rozhovoru* vedeného s edukačními sestrami, prostřednictvím kterého byly předloženy otázky k rozšíření původních odpovědí v dotazníkovém šetření a otázky zjišťující zejména obecné názory, zkušenosti, informovanost a připravenost edukačních sester v oblasti edukace seniorů.

Rozhovor je nejčastější používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor (*in-depth interview*).<sup>424</sup> Výhodou této metody je to, že umožňuje zachytit nejen fakta, ale hlouběji proniknout do motivů či postojů respondentů. U rozhovoru můžeme sledovat i některé vnější reakce respondenta a podle nich pohotově usměřňovat další průběh kladení otázek.<sup>425</sup> Snahou tak bylo hlubší podchycení všech souvislostí, podmínek a faktorů, které mohou průběh edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku ovlivnit.

V našem výzkumu jsme využili techniky rozhovoru pomocí scénáře, ve kterém jsme předem připravili seznam problémových okruhů a otázek k rozhovoru, které bylo nutné během rozhovoru probrat.<sup>426</sup> Formulace ani přesné pořadí otázek není stanoveno. Otázky byly sestaveny tak, aby se vztahovaly k výzkumným cílům.

---

<sup>424</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 159.

<sup>425</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 164 - 165.

<sup>426</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 159.

Podkladem pro jejich tvorbu byla jednak teoretická část disertační práce (zejména kapitoly: *Edukace seniorů*, *Edukace pacientů jako součást ošetrovatelské péče*, *Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku*), výsledky průzkumného dotazníkového šetření a analýza všech typů dokumentů (zejména pak *Metodický pokyn č. MP–L–004–03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*). Prostřednictvím otevřených otázek tak byly sledovány tyto problémové okruhy: vzdělání edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku, koordinace edukační činnosti, využívání metodických materiálů a formalizovaných postupů edukace, zhodnocení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci, vlastní pohled respondenta na problematiku, specifické materiály a pomůcky v edukačním procesu, pomoc – opora při problémech v praxi a způsob záznamu o průběhu edukace pacientů v seniorském věku.

Závěr rozhovoru byl věnován volnému vyjádření respondenta, jeho subjektivním postojům a názorům k sledované problematice.<sup>427</sup> Délka rozhovorů se pohybovala od 40 – 80 minut (v průměru 60 minut) a probíhaly na klidném místě, které si respondenti vybrali.

Rozhovory byly po souhlasu dotazovaných nahrávány<sup>428</sup>, poté byla provedena jejich doslovná transkripce<sup>429</sup> a kódování.

Vzor scénáře polostrukturovaného rozhovoru je uveden v příloze (viz Příloha 4).

#### **8.4.4 Vytvoření rámce pro strukturované pozorování**

Následující výzkumnou metodou bylo *přímé nezúčastněné strukturované pozorování* edukační intervence zjišťující dovednosti sester k edukaci pacientů v seniorském věku.

Ve vědeckém výzkumu jde o záměrné, cílevědomé, plánované a systematické pozorování smyslově vnímatelných jevů, které nejsou vyvolány zásahem pozorovatele.<sup>430</sup> Nezúčastněný pozorovatel tedy minimalizuje interakci s pozorovanými subjekty, přičemž zachycuje chování jedince či jedinců ve skupině. Hlavní předností tohoto přístupu je,

---

<sup>427</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 169.

<sup>428</sup> V několika případech sestry nesouhlasily s nahráváním rozhovoru, v těchto situacích jsme volili metodu zápisů – pozn. autorky.

<sup>429</sup> Vzhledem k tomu, že se soustředíme na obsahově – tematickou rovinu, byl proveden převod mluveného projevu se stylistickou úpravou textu – pozn. autorky. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 208.

<sup>430</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 201 - 202.



že není tak obtruzivní jak je tomu v případě zúčastněného pozorování, a také to, že není ovlivněn citovou angažovaností pozorovatele.<sup>431</sup>

Strukturované pozorování se používá zejména v kvantitativně orientovaných výzkumech, ale jeho využití nelze předem zamítnout ani v kvalitativním šetření.<sup>432</sup> V případě strukturovaného pozorování se jedná o strukturované zachycení chování nebo dění v situaci a posléze kvantifikaci sledovaných projevů.<sup>433</sup> Nejlépe se využívá v činnostech, které jsou realizovány v dobře kontrolovatelném prostoru a jsou organizované.<sup>434</sup>

V kvalitativním nezúčastněném pozorování získáváme pomocí protokolu záznam, co lidé dělají a říkají. Vzhledem k omezením této metody se snažíme validovat získanou informaci pomocí rozhovoru.<sup>435</sup>

Pro strukturované pozorování jsme si předem vytvořili vlastní pozorovací nástroj (pozorovací arch), ve kterém jsme si pozorovanou realitu rozčlenili na předem stanovené pozorované kategorie (kategorie jevů), a to kategorie s nízkým stupněm vyvozování (*low-inference categories*).<sup>436</sup> Kategorie byly voleny tak, aby se vztahovaly k výzkumným cílům. Podkladem pro jejich výběr byla jednak teoretická část disertační práce (zejména kapitoly: *Edukace seniorů*, *Edukace pacientů jako součást ošetrovatelské péče*, *Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku*), výsledky průzkumného dotazníkového šetření a analýza všech typů dokumentů (zejména pak *Metodický pokyn č. MP–L–004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*).

Pozorovanou realitu jsme si rozčlenily na tyto kategorie jevů:

#### 1. Projektování edukačních strategií:

- promyšlení postupu edukace po zjištění potřeby pacienta v oblasti edukace, tj. s ohledem na edukační cíle a schopnosti pacientů (volba tématu edukace, volba místa realizace edukace, volba formy edukace, volba typu edukace, volba metod

<sup>431</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 201 - 202.

<sup>432</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 192.

<sup>433</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 202.

<sup>434</sup> ŠVEC, Š. et al. *Metodologie věd o výchově. Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009, s. 91.

<sup>435</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 201 - 202.

<sup>436</sup> GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, s. 76.

edukace, volba doby k edukaci, volba didaktických pomůcek, zjištění komunikačních bariér).

2. Realizace edukačních strategií:

- prostředí a podmínky (vč. zajištění kompenzačních pomůcek);
- podpora učení (zhodnocení aktuální připravenosti pacienta k edukaci, podněcování zájmu o spolupráci, vhodná motivace pacienta, rozvoj všech stránek osobnosti pacienta, účelné využití vybraných metod, zařazení vhodných modelových příkladů, praktické usměrňování při nácviku činností, schopnost reagovat na vzniklou situaci, poskytnutí podpory, posouzení práce pacienta, poskytování nepřetržité zpětné vazby atd.);
- didaktické pomůcky (způsob demonstrace a efektivní využití);
- komunikace a rétorika (navázání kontaktu a důvěryhodného vztahu s pacientem, navození zájmu o spolupráci, pomoc při překonání komunikační bariéry, používání verbálních prostředků).

V pozorovacím archu jsme pak na kategoriální posuzovací škále (zachycující výskyt daného jevu: *ano, spíše ano, spíše ne, ne, N* - nelze posoudit, neumím se vyjádřit, nehodí se), na konci pozorování zaznamenávali křížkem tu, která nejlépe vystihovala pozorovanou skutečnost.<sup>437</sup>

Pozorování bylo realizováno z nenápadné pozice a při eliminaci subjektivních faktorů působících při pozorování.<sup>438</sup>

Vzor pozorovacího archu je uveden v příloze (viz Příloha 5).

#### 8.4.5 Výběr dokumentů k jejich analýze

Za dokumenty se podle Hendla<sup>439</sup> považují taková data, která vznikla v minulosti, byla vytvořena jinou osobou než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum. Úkolem výzkumníka je pak vyhledat a zabývat se těmi dokumenty, které má k dispozici. Při práci s dokumenty je velmi důležité stanovit jejich hodnověrnost.<sup>440</sup>

---

<sup>437</sup> GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, s. 79 - 94.

<sup>438</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 201 - 202.

<sup>439</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 204.

<sup>440</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 42.

„Pojem analýza dokumentů je relativně široce definován jako kvalitativně-interpretativní analýza, nezahrnující pouze listiny a části textu s nějakým zvláštním významem, ale také veškerá předmětná svědectví, jež mohou sloužit jako pramen k vysvětlení lidského jednání.“<sup>441</sup>

Analýza dokumentů je také chápána jako intenzivní rozbor a analýza dokumentu, jež je ve své jedinečnosti co nejobsáhleji objasňován a interpretován.<sup>442</sup> Cílem naší analýzy je tedy původnímu textu porozumět, co nejrychleji a nejpřesněji proniknout k jeho podstatě, redukovat ho a selektovat z něj pro výzkum podstatné informace. Účelem je pak následná interpretace.

„Zásadní podmínkou je maximální otevřenost výzkumníka k tvorbě zajímavých, nových i nekonvenčních závěrů, neboť texty (stejně tak jako jakýkoli jiný materiál) jsou považovány za objektivaci psyché tvůrce.“<sup>443</sup>

V našem výzkumu byla provedena nekvantitativní analýza písemných dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení (tj. legislativních, metodických, didaktických a zdravotnických, resp. ošetrovatelských). Nenaplnuje však všechna kritéria etablované metody, neboť jsou v některých případech zpracovány pouze ty části dokumentů, které se vztahují k tématu našeho výzkumu.

V první fázi výzkumného šetření za zdroj informací v naší práci považujeme legislativní a metodické dokumenty. Pro zodpovězení výzkumných otázek a dosažení stanovených cílů máme na mysli zejména *Vyhlášku č. 55/2011 Sb.*, vymezující povinnost a rozsah edukace pacienta a jeho blízkých dle vzdělání a jím podmíněné profesní způsobilosti konkrétní sestry; *Vyhlášku č. 98/2012 Sb.*, o zdravotnické dokumentaci, v aktuálním znění ze dne 1. 11. 2018; dokumentaci projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*; dokumentaci zdravotnického zařízení vztahující se k edukaci pacientů vůbec - *Metodický pokyn č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*, dokumentaci určenou k zápisu o realizované edukaci - *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské*

---

<sup>441</sup> MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 99.

<sup>442</sup> MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 100.

<sup>443</sup> MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 100.

péči, zpracované edukační a informační materiály dostupné na webových stránkách nemocnice<sup>444</sup> apod.

Ve druhé fázi výzkumného šetření byla realizována analýza zejména didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů, zacílená konkrétně na plánování sledované edukační intervence u pacientů v seniorském věku, použité edukační a informační materiály, vedení dokumentace zdravotnického zařízení k edukaci pacientů v seniorském věku - provedené záznamy o edukaci sestrou apod.

Předmětem našeho zájmu v první fázi výzkumného šetření jsou legislativní a metodická východiska pro realizaci edukace pacientů v seniorském věku sestrou v klinické praxi. Ve druhé fázi výzkumného šetření pak konkrétní dovednosti sestry.

## 8.5 Charakteristika výzkumného vzorku

V následující části považujeme za nutné popsat vzorek, na kterém jsme provedli výzkumné šetření. Zaměříme se tedy nejen na jeho výběr, ale taktéž na jeho důslednou charakteristiku.

### 8.5.1 Výběr výzkumného vzorku

K volbě výzkumného vzorku nás vedlo několik důvodů. Pro naplnění požadavků, které jsou dnes kladené na profesionálně prováděnou ošetrovatelskou péči v oblasti edukace, řada zdravotnických zařízení již zřídila, či uvažuje o zřízení pozice edukačních sester. Jako příklad této praxe můžeme uvést právě projekt *Edukační sestra Fakultní nemocnice v Olomouci*. Činnost tohoto projektu je zastřešena odbornou spoluprací *Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci*. Tým projektu tvoří všeobecné sestry, odbornice ve svém oboru se znalostmi a zkušenostmi získané v praxi, mající s edukací pacientů dlouholeté zkušenosti, absolvované pomaturitní specializační nebo vysokoškolské vzdělání, či kurz Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence. V rámci celoživotního vzdělávání v problematice edukační činnosti je tento tým vzděláván i prostřednictvím pravidelných edukačních schůzek, a to ve spolupráci již dříve zmíněné *Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci*. Výsledky činnosti tohoto týmu vykazují značný přínos jak pro pacienty, tak pro dané zdravotnické zařízení v souladu

---

<sup>444</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Informační materiály* [online]. 2019 [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/informacni-materialy>.

se zvyšováním kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče (činnost projektu jsme prezentovali v kapitole 6 *Projekt Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*).

Z uvedeného důvodu předpokládáme, že v edukační činnosti u tohoto týmu sester hrají zásadní úlohu nejen jejich odborné znalosti a dovednosti, ale také znalosti a dovednosti v oblasti vzdělávání. Vzhledem k jejich připravenosti k edukaci a cenným zkušenostem, lze očekávat, že do edukační činnosti u pacientů v seniorském věku se promítají také jejich znalosti, dovednosti, schopnosti a zkušenosti s prací s touto specifickou věkovou skupinou.

I když tento tým sester realizuje edukaci u pacientů všech věkových skupin, zajímalo nás, jaké edukační strategie uplatňují právě při edukaci pacientů v seniorském věku. Domníváme se, že jimi uplatňované edukační strategie u pacientů v seniorském věku by mohly být pro nás inspirací.

Výběr výzkumného vzorku považujeme za záměrný.

Vzorkování můžeme označit za účelové, v konkrétní podobě se pro své výjimečné charakteristiky a vlastnosti jedná o studium unikátního případu.<sup>445</sup>

Výzkumný vzorek tvořili všeobecné sestry.

Sestra zařazená do našeho výzkumu musely splňovat následující kritéria:

- Sestra je začleněná do projektu s názvem *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*<sup>446</sup> realizující specializovanou a úzce specializovanou edukaci pacientů<sup>447</sup>.

Dalším kritériem pro zařazení sestry do našeho výzkumu bylo:

---

<sup>445</sup> ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 104.

<sup>446</sup> Činnost projektu jsme prezentovali v kapitole s názvem *Projekt Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* – pozn. autorky.

<sup>447</sup> Základní edukace je ve FNOL poskytovaná všemi nelékařskými zdravotnickými pracovníky dle kompetencí. Specializovanou a úzce specializovanou edukaci poskytují speciálně vyškolené edukační sestry. Úzce specializovaná edukace je poskytována pacientům s komplikacemi při diabetes mellitus a nově zjištěným diabetikům, pacientům při léčbě kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou či pacientům se zavedenou stomií nebo tracheostomickou kanylou. Specializovaná edukace se věnuje edukacím společným všem pracovníkům zdravotnického zařízení a také specifickým edukacím pro daná pracoviště. Nejčastěji jsou to edukace v oblasti před a pooperační péče, prevence tromboembolické nemoci, následné péče (lázně), sebekpěče a zdravého životního stylu (např. po infarktu myokardu). SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

- Sestra začleněná do projektu s názvem *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* realizuje edukaci u pacientů v seniorském věku.

Tento edukační tým tvoří 34 sester realizujících edukaci u pacientů různých věkových kategorií. Při výběru vzorku pro nás bylo stěžejní také to, aby sledované edukační strategie byly zacílené na pacienty v seniorském věku. Šest sester z tohoto týmu však nesplňovalo naše kritéria, objektem jejich edukačních strategií totiž není naše cílová skupina (jednalo se o edukační sestry realizující edukaci na dětské klinice, novorozeneckém oddělení, gynekologicko-porodnické klinice, klinice anesteziologie a resuscitace). Pro náš výzkumný záměr tedy byly v týmu edukačních sester osloveny pouze ty sestry, které realizují edukaci dospělých pacientů vě. pacientů v seniorském věku. Výzkumný vzorek pro naše výzkumné šetření tvořilo celkem 28 edukačních sester.

Posledním kritériem bylo:

- čas a ochota edukační sestry se našeho výzkumného šetření zúčastnit.

Data osobního charakteru jsme zařadili do úvodní části dotazníku. Pro nezbytnost popsat skupinu respondentů získaná data vyhodnocujeme v následující charakteristice. Data jsou vyhodnocena statisticky. Pro každou položku prezentující charakteristiku respondentů je sestavena tabulka četností (na úrovni relativních a absolutních četností, absolutní četnosti jsou v popisech uvedeny v závorkách). Pro větší přehlednost jsou také ke každé položce sestaveny histogramy četností v podobě sloupcového grafu.

## 8.5.2 Charakteristika respondentů

### Charakteristika respondentů podle pohlaví<sup>448</sup>

### Charakteristika respondentů podle délky sesterské praxe

Charakteristiku respondentů podle délky sesterské praxe zjišťovala otevřená položka v dotazníku č. 1, ve které respondenti uvedli číslem počet let své sesterské praxe.

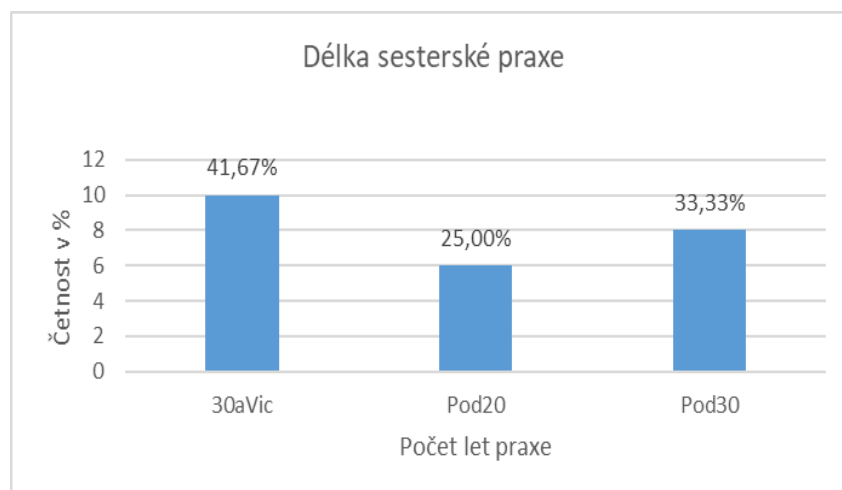
Charakteristiku respondentů podle délky sesterské praxe (kategorie: 30 let praxe a více, pod 30 let praxe, pod 20 let sesterské praxe) znázorňuje tabulka 4 a graf 3.

---

<sup>448</sup> Zastoupení pohlaví v našem výzkumném vzorku bylo zjištěno z materiálu projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*. Položka zjišťující pohlaví respondenta z tohoto důvodu nebyla zařazena v dotazníku. V průzkumném vzorku měli tedy stoprocentní zastoupení ženy – pozn. autorky.

Počet let praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pod 20	6	25.00%
Pod 30	8	33.33%
30 a více	10	41.67%

Tabulka 4: Délka sesterské praxe – kategorie: 30 let praxe a více, pod 30 let, pod 20 let praxe (zdroj: vlastní průzkum)



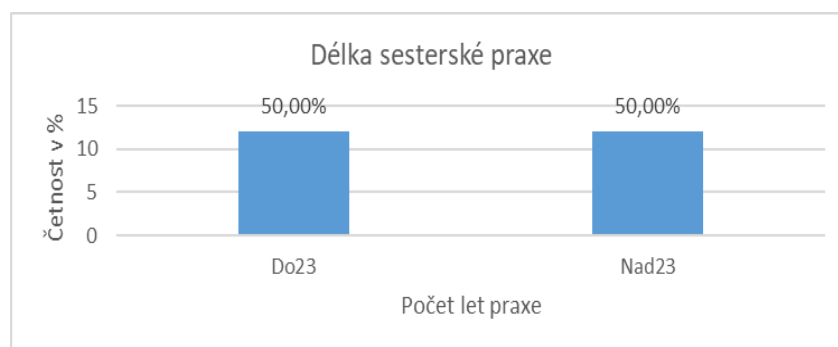
Graf 3: Délka sesterské praxe - kategorie: 30 let praxe a více, pod 30 let, pod 20 let praxe (zdroj: vlastní průzkum)

Největší zastoupení v daném rozdělení délky sesterské praxe měla kategorie 30 let praxe a více 41.67% (10), následovala kategorie pod 30 let 33.33% (8) a kategorie pod 20 let sesterské praxe 25.00% (6).

Charakteristiku respondentů podle délky sesterské praxe (kategorie: do 23 let praxe, nad 23 let sesterské praxe) znázorňuje tabulka 5 a graf 4.

Počet let praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 23	12	50.00%
Nad 23	12	50.00%

Tabulka 5: Délka sesterské praxe - kategorie: do 23, nad 23 let praxe (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 4: Délka sesterské praxe - kategorie: do 23, nad 23 let praxe (zdroj: vlastní průzkum)

Následující rozdělení sesterské praxe na kategorie do 23 a nad 23 let sesterské praxe prezentuje shodné zastoupení respondentů, tedy každá s 50% (12).

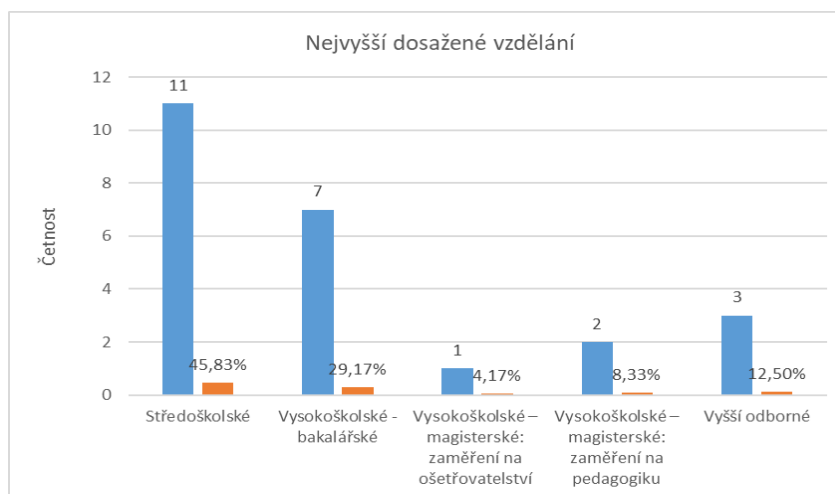
### Charakteristika respondentů podle dosaženého vzdělání

Charakteristiku respondentů podle dosaženého vzdělání zjišťovala uzavřená položka v dotazníku č. 2. V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z nabízených možností odpovědi: a) středoškolské, b) vyšší odborné, c) vysokoškolské – bakalářské, d) vysokoškolské – magisterské: zaměření na ošetrovatelství, nebo e) vysokoškolské – magisterské: zaměření na pedagogiku.

Charakteristiku respondentů podle dosaženého vzdělání znázorňuje tabulka 6 a graf 5.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	11	45.83%
Vysokoškolské - bakalářské	7	29.17%
Vysokoškolské – magisterské: zaměření na ošetrovatelství	1	4.17%
Vysokoškolské – magisterské: zaměření na pedagogiku	2	8.33%
Vyšší odborné	3	12.50%

Tabulka 6: Nejvyšší dosažené vzdělání (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 5: Nejvyšší dosažené vzdělání (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester s různou úrovní vzdělání. Nejvíce bylo zastoupeno vzdělání středoškolské 45.83% (11), následovalo je vysokoškolské – bakalářské 29.17% (7), dále vyšší odborné 12.50% (3),

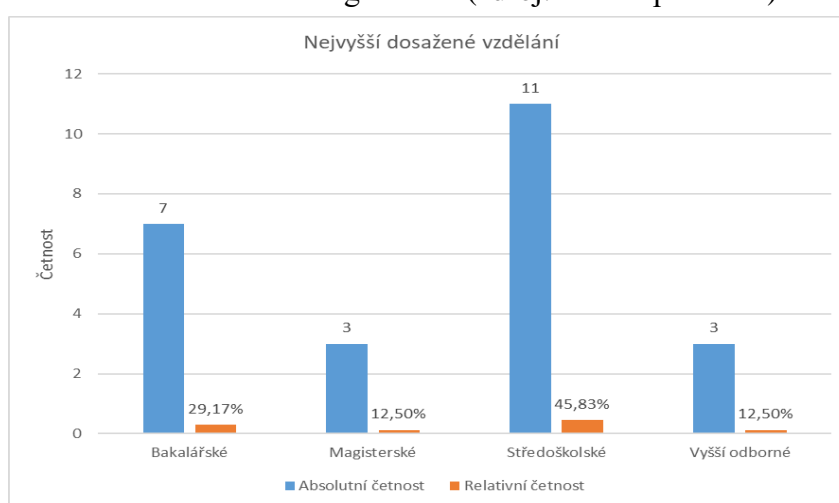


vysokoškolské – magisterské: zaměření na pedagogiku 8.33% (2) a nejméně zastoupené bylo vzdělání vysokoškolské – magisterské: zaměření na ošetrovatelství 4.17% (1).

Charakteristiku respondentů podle dosaženého vzdělání (rozdělení na středoškolské, vyšší odborné, bakalářské a magisterské) znázorňuje tabulka 7 a graf 6.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bakalářské	7	29.17%
Magisterské	3	12.50%
Středoškolské	11	45.83%
Vyšší odborné	3	12.50%

Tabulka 7: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na středoškolské, vyšší odborné, bakalářské a magisterské (zdroj: vlastní průzkum)



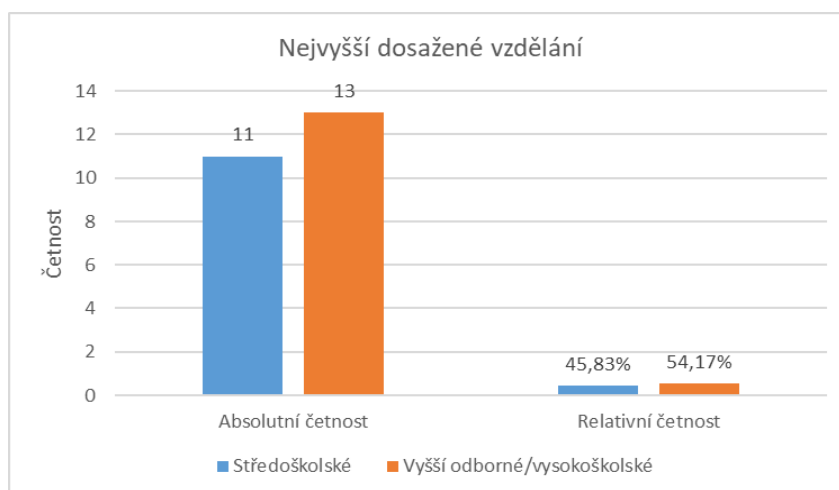
Graf 6: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na středoškolské, vyšší odborné, bakalářské a magisterské (zdroj: vlastní průzkum)

Největší zastoupení v daném rozdělení nejvyššího dosaženého vzdělání mělo vzdělání středoškolské 45.83% (11), následovalo je bakalářské 29.17% (7), dále shodně vyšší odborné 12.50% (3) a magisterské 12.50% (3).

Charakteristiku respondentů podle dosaženého vzdělání (rozdělení na středoškolské, vyšší odborné/vysokoškolské) znázorňuje tabulka 8 a graf 7.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	11	45.83%
Vyšší odborné/vysokoškolské	13	54.17%

Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na středoškolské, vyšší odborné/vysokoškolské (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 7: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na stře doškolské, vyšší odborné/vysokoškolské (zdroj: vlastní průzkum)

Nejvíce bylo zastoupeno vzdělání vyšší odborné/vysokoškolské, uvedlo je 54.17% (13) respondentů. Následovalo je stře doškolské vzdělání, které pak udávalo 45.83% (11) respondentů.

## 8.6 Průběh výzkumného šetření

Námi připravovaný vědecký výzkum probíhal postupně na třech úrovních: *pilotáž*, *předvýzkum* a *vlastní výzkum*.

Těmto úrovním výzkumu předcházely i kroky, které lze vzhledem k jejím povahám nazvat *přípravnou fází*.

### Přípravná fáze

V rámci přípravy na vědecký výzkum se autorka zaměřila na analýzu stavu dosavadního stupně poznání řešené problematiky, a to rozsáhlým studiem odborné vědecké literatury a zmapováním terénu, ve kterém posléze probíhal výzkum.

Znalost terénu je základním předpokladem k tomu, aby se v něm výzkumník mohl pohybovat a uskutečňovat výzkum.<sup>449</sup>

Dalším krokem v přípravné fázi byla příprava techniky sběru empirických dat se záměrem výzkumu a povahou výzkumného problému.

<sup>449</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 52.

## **Pilotáž**

Pilotáž byla realizovaná v roce 2016, jejím cílem bylo získání předběžných informací o řešené problematice. Realizací pilotáže jsme provedli první sondu do zákonitostí, které jsme hodlali zkoumat.<sup>450</sup>

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci vědecké spolupráce Pedagogické fakulty v Trnavě a Pedagogické fakulty v Olomouci. Cílem výzkumu bylo zjistit existenci metodických materiálů a formalizovaných postupů, úroveň znalostí sester o edukaci, o edukaci pacientů seniorského věku a změnách ve stáří ovlivňující edukační proces, a zjistit míru využití těchto teoretických znalostí v praxi. Výzkumný vzorek tvořili všeobecné sestry pracující ve slovenských fakultních nemocnicích, realizující edukaci seniorských pacientů na oddělení geriatric, léčebnách dlouhodobé péče či oddělením interním. V rámci první etapy výzkumného šetření byl použit dotazník vlastní konstrukce. Celkem bylo osloveno vedení 9 fakultních nemocnic na Slovensku s žádostí o zapojení se do výzkumu, zapojilo se 6 z nich. Dotazníkového šetření se tak zúčastnilo celkem 81 respondentů. Dotazník obsahoval 25 položek. Cílem dotazníku bylo nejprve získat data osobního charakteru, dále pak data vztahující se k deskriptivním problémům a cílům výzkumného šetření. Ve druhé etapě výzkumného šetření byla data získávána pomocí strukturovaného pozorování edukačních intervencí a polostrukturovaného rozhovoru s vybranými kontaktovanými sestrami do výzkumu zapojených nemocnic. Soubor zahrnoval celkem 16 respondentů. Šetření bylo zacílené na ověření dat získaných v předem zasláném dotazníku a jejich aktualizace. Dále byly kladeny otázky k rozšíření původních odpovědí. Další použitou výzkumnou metodou byla analýza dokumentů (edukačního standardu, edukačního plánu, záznamy o edukaci apod.). Zjištěné údaje byly zpracovávány kvantitativními i kvalitativními metodami.<sup>451</sup>

Na základě zjištěných výsledků a zkušeností v realizované pilotáži jsme upřesnili výzkumný problém a vypracovali definitivní projekt výzkumu.

## **Předvýzkum**

Před definitivním použitím zvolené techniky byla její použitelnost a adekvátnost ověřena v předvýzkumu. Předvýzkum proběhl ve všech hlavních fázích

---

<sup>450</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 52 - 54.

<sup>451</sup> Vybrané dílčí výsledky tohoto šetření prezentujeme v kapitole *Diskuse* – pozn. autorky.

výzkumného projektu. V rámci předvýzkumu byly navrhované techniky ke sběru empirických dat vyzkoušeny na vzorku 10 respondentů, tyto tvořili edukační sestry pracující v nemocnicích v Olomouckém kraji, realizující edukaci u pacientů v seniorském věku. Cílem bylo tedy ověření vhodnosti navrhované techniky sběru empirických dat a ověření organizační náročnosti terénních prací. V závěru předvýzkumu proběhlo vyhodnocení metodických poznatků předvýzkumu a v souladu s projektem výzkumu postupné definitivní vytvoření a sestavení výzkumných nástrojů pro jednotlivé fáze šetření.<sup>452</sup>

Vlastní výzkumné šetření realizované v rámci předkládané disertační práce pak autorka rozdělila do dvou fází.

### **8.6.1 I. fáze výzkumného šetření**

V I. fázi výzkumného šetření jsme se zaměřili zejména na zjištění dat osobního charakteru, skutečností týkajících se vlastní realizace edukace pacientů v seniorském věku a námi sledované proměnné, tedy úroveň znalostí a postojů sester při edukaci pacientů v seniorském věku.

Dalším předmětem našeho zájmu v této fázi šetření byla legislativní a metodická východiska pro realizaci edukace pacientů v seniorském věku sestrou v klinické praxi.

Následnou analýzou a interpretací získaných informací poukazujeme na jednotlivé jevy, jejich vztahy, ovlivňující faktory.

#### **Výzkumné otázky**

Zjištění, získaná tímto šetřením, byla nezbytná pro komplexní mozaiku široce pojatého výzkumu. Nejpřesněji zodpovídají tyto otázky:

- dílčí výzkumnou otázku č. 1: *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 2: *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 3: *Jaké jsou znalosti sester v edukaci pacientů seniorského věku?*

---

<sup>452</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 52 - 54; ŠVEC, Š. et al. *Metodologie věd o výchově. Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009, s. 56.

- dílčí výzkumnou otázku č. 4: *V jakých oblastech/tématech se edukační činnost u pacientů v seniorském věku realizuje?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 5: *Existují pro edukační činnosti sester odborně zpracované metodické materiály a formalizované postupy?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 7: *Kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 8: *Na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 10: *Jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 12: *Jaké jsou postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 14: *Jaké didaktické zásady edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují?*

## **Metodologie**

Ke komplexnímu posouzení problematiky jsme zvolili kombinaci více výzkumných nástrojů.

Pro účely měření úrovně znalostí respondentů v edukaci pacientů seniorského věku jsme zvolili *polostrukturovaný dotazník*. Nástrojem pro měření postojů edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku se stal *sémantický diferenciál*.

Dotazníkového šetření bylo realizované jako pedagogický průzkum, jednalo se o pomocný nástroj pro další etapu výzkumného šetření.

Distribuce a návrat vyplněných dotazníků byl realizován prostřednictvím koordinátorky edukačních sester, která byla předem autorkou práce požádána o zajištění anonymity respondentů. Vyplněné dotazníky dávali respondenti do obálky, kterou zapečetili, předali koordinátorce týmu edukačních sester, a ta poté autorce práce. Každý z respondentů spolu s dotazníkem obdržel rovněž průvodní dopis, který vysvětloval účel a průběh našeho výzkumu s žádostí o další spolupráci v druhé fázi výzkumného šetření.

Celkem touto cestou bylo osloveno 28 respondentů. Vyplněno a zasláno zpět bylo 26 dotazníků, z tohoto počtu dotazníky obsahovaly úplné informace od 24 respondentů (návratnost 86 %). Soubor k průzkumnému dotazníkovému šetření tedy zahrnoval 24 respondentů, což považujeme za úspěšné vzhledem k zahlcení sester podobnými dotazníky a dokumentací jako takovou.

Další použitou metodou byla nekvantitativní *analýza legislativních a metodických dokumentů*.

Jednalo se zejména o *Vyhlášku č. 55/2011 Sb.*, vymezující povinnost a rozsah edukace pacienta a jeho blízkých dle vzdělání a jím podmíněné profesní způsobilosti konkrétní sestry; *Vyhlášku č. 98/2012 Sb.*, o zdravotnické dokumentaci, v aktuálním znění ze dne 1. 11. 2018; dokumentaci projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* a dokumentaci zdravotnického zařízení vztahující se k edukaci pacientů vůbec: *Metodický pokyn č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*, dokumentace určená pro zápis realizované edukace sestrou, zpracované edukační a informační materiály apod.<sup>453</sup>

Výsledky této fáze výzkumu byly podstatné pro tvorbu a sestavení výzkumných nástrojů pro výzkumné šetření realizované na místě. Na základě výsledků *průzkumného dotazníkového šetření a analýzy všech typů dokumentů* byl sestaven obsah problémových okruhů a otázek k polostrukturovanému rozhovoru a vytvořen rámec pro strukturované pozorování (pozorovací arch) pro II. fázi výzkumného šetření.

## **8.6.2 II. fáze výzkumného šetření**

Ve II. fázi výzkumného šetření jsme se zaměřili zejména na to, jakým způsobem se námi sledované proměnné promítají do reality klinické praxe. Následnou analýzou a interpretací získaných informací poukazujeme na jednotlivé jevy, jejich vztahy, ovlivňující faktory.

### **Výzkumné otázky**

Zjištění, získaná v této fázi výzkumu doplňují komplexní mozaiku široce pojatého výzkumu. Nejpřesněji nám zodpovídají tyto dílčí výzkumné otázky:

---

<sup>453</sup> V některých případech jsou zpracovány pouze části dokumentů související s tématem našeho výzkumu - pozn. autorky.

- dílčí výzkumnou otázku č. 2: *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 3: *Jaké jsou znalosti sester v edukaci pacientů seniorského věku?*
- částečně zodpoví dílčí výzkumnou otázku č. 4: *V jakých oblastech/tématech se edukační činnost u pacientů v seniorském věku realizuje?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 5: *Existují pro edukační činnosti sester odborně zpracované metodické materiály a formalizované postupy?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 6: *Pokud metodické materiály a formalizované postupy existují, do jaké míry je edukační sestry využívají?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 7: *Kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 8: *Na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci? Které indikátory vedou sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 9: *Do jaké míry se při realizaci edukačních činností využívá specifických materiálů a pomůcek, příp. speciálně upraveného prostředí?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 10: *Jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 11: *Jakým způsobem je pro edukační sestru realizující edukaci pacientů v seniorském věku zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 13: *Jaká je struktura sledované edukační intervence (se zaměřením zejména na formu, téma - cíl, metody, prostředky a pomůcky, délku, místo, prostředí a podmínky, podporu učení, komunikaci a rétoriku)?*
- dílčí výzkumnou otázku č. 14: *Jaké didaktické zásady edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují?*

## **Metodologie**

Ke komplexnímu posouzení problematiky jsme zvolili kombinaci více výzkumných nástrojů. První zvolenou výzkumnou metodou II. fáze výzkumného šetření se stal *polostrukurovaný rozhovor* vedený s edukačními sestrami, prostřednictvím kterého byly předloženy otázky k rozšíření původních odpovědí v dotazníkovém šetření a otázky zjišťující

zejména obecné názory, zkušenosti, informovanost a připravenost edukačních sester v oblasti edukace seniorů.

Bezprostředně navazující výzkumnou metodou bylo nezúčastněné *strukturované pozorování* edukační intervence zjišťující dovednosti sester k edukaci pacientů v seniorském věku.

Ve druhé fázi výzkumného šetření bylo e-mailem koordinátorkou edukačních sester osloveno opět všech 28 respondentů, do našeho výzkumu se zapojilo 19. Výzkumný soubor tedy zahrnoval 19 respondentů (68%). Návštěvy byly domlouvány individuálně, s ohledem na pracovní možnosti edukační sestry. Tato fáze terénních prací byla sice velice časově náročná, nicméně byla cennou příležitostí pro zvýšení porozumění námi sledované problematice.

I v tomto případě jsme zaznamenali ze strany edukačních sester velkou ochotu se výzkumu zúčastnit. Z důvodu jejich časové zaneprázdněnosti způsobené aktuálním nedostatkem zdravotnického personálu a následnou mimořádnou situací vyvolanou celosvětovou pandemií novým typem koronaviru jsme však bohužel byli nuceni šetření na místě ukončit.

Strukturované pozorování pak bylo doplněno nekvantitativní *analýzou didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů* zacílenou zejména na plánování konkrétní sledované edukační intervence u pacientů v seniorském věku, použité edukační a informační materiály, vedení dokumentace zdravotnického zařízení k edukaci pacientů v seniorském věku - sestavení edukačního plánu, provedené záznamy o edukaci sestrou apod.<sup>454</sup>

---

<sup>454</sup> V některých případech jsou zpracovány pouze části dokumentů související s tématem našeho výzkumu – pozn. autorky.



Časový harmonogram výzkumného projektu znázorňuje tabulka č. 9:

	<b>Období realizace</b>	<b>Činnosti</b>
Přípravná fáze	rok 2016 - 2017	rešerše odborné literatury
	rok 2016 - 2017	zmapování terénu
	rok 2016 - 2017	pilotáž a upřesnění výzkumného záměru
	listopad 2017	zpracování projektu výzkumu
	rok 2018	předvýzkum a vyhodnocení metodických poznatků
	leden – březen 2019	vytvoření a sestavení průzkumných nástrojů pro I. fázi výzkumného šetření
I. fáze výzkumu	duben - květen 2019	sběr empirických dat pomocí průzkumného dotazníkového šetření
	červen – červenec 2019	analýza, interpretace a zhodnocení výsledků zjištěných dat
	srpen 2019	sestavení sady a analýza všech typů dokumentů
	září 2019	sestavení obsahu problémových okruhů a otázek k polostrukturovanému rozhovoru
	říjen 2019	vytvoření rámce pro strukturované pozorování
II. fáze výzkumu	listopad – březen 2020	sběr empirických dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru a strukturovaného pozorování, analýza didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů
	duben 2020	analýza, interpretace a zhodnocení výsledků zjištěných dat
	květen 2020	analýza a výběr případů vhodných pro zpracování případů dobré praxe
	červen 2020	zpracování vybraných případů dobré praxe
	červenec 2020	sestavení návrhu doporučení pro praxi a vytvoření základu k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku

Tabulka 9: Časový harmonogram výzkumného projektu (zdroj: vlastní)

## Etické aspekty práce

Souhlas k umožnění sběru dat k disertační práci byl dán na základě písemné žádosti o umožnění výzkumu adresované hlavní sestře Fakultní nemocnice Olomouc (viz Příloha 3).

Klinický výzkum respektoval etické principy<sup>455</sup> a s tímto související obecné principy morálky a morálního jednání<sup>456</sup>.

Při realizaci výzkumu byla dodržena ochrana osobních údajů, mlčenlivost, dodržována pravidla bezpečnosti ochrany při práci a respektováno svobodné rozhodnutí sestry či pacienta zapojit se do našeho výzkumu (informovanost všech subjektů o průběhu a účelu výzkumu, dobrovolná účast na výzkumu, tj. informovaný souhlas participujících subjektů s účastí na výzkumu a se způsobem nakládání a zpracování získaných dat).

Respondenti jsou z důvodu zachování anonymity v disertační práci vedeni pod pseudonymy. Taktéž některé okolnosti, jako např. místo výzkumu apod., které by mohly přispět k identifikaci respondentů, nebudou záměrně specifikovány.

## 8.7 Metody zpracování získaných údajů

Ve srovnání například s designem zakotvené teorie nejsou podle Škvaříčka a Šed'ové<sup>457</sup> pro případové studie vyvinuty čistě specifické analytické procedury. Při analýze dat autoři využívají tradičně analytických postupů etablovaných v jiných výzkumných designech, nebo si vytváří vlastní, originální analyticko - interpretativní přístup.<sup>458</sup> V nejobecnější rovině se podle Flicka<sup>459</sup> využívají dvě strategie zpracování získaných údajů:

- redukce datového materiálu prostřednictvím parafrázování, sumarizování, kategorizování;
- rozšíření datového materiálu rozkrytím a interpretací skrytých významů.

---

<sup>455</sup> Máme na mysli zejména úctu k jednotlivci, respektování důstojnosti člověka, požadavek neškodit, informovaný souhlas, anonymita a důvěrnost. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 101 - 104.

<sup>456</sup> Tímto rozumíme především respektování etických norem v ošetrovatelském povolání a etického kodexu vědce. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 101 - 104.

<sup>457</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 109.

<sup>458</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 109.

<sup>459</sup> In ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 210.

Oba postupy jsou obvykle realizovány současně. „*S jistou dávkou zjednodušení lze říci, že v konečném důsledku jsou původní texty zároveň redukovány na klíčová tvrzení a zároveň rozšířeny o interpretaci, kterou do nich autor vkládá.*“<sup>460</sup> Těchto strategií využíváme při zpracování dat v empirické části disertační práce.

Při zpracování získaného kvalitativního materiálu v naší studii postupujeme podle Hellera (2007). Pro zpracování získaných informací používáme shodně nadřazený pojem transformace dat. Heller<sup>461</sup> člení transformaci kvalitativních dat do tří fází: popis → analýza → interpretace, tj.:

- popis získaných dat vypovídá o námi sledované problematice, co jsme zjistili;
- pomocí analýzy hledáme a identifikujeme vztahy mezi jednotlivými popsány jevy a hledáme možné souvislosti;
- v rámci interpretace klademe otázky směřující k významům a kontextům.

Prostřednictvím těchto fází se data přetváří od reality k jejímu poznání. Na začátku tohoto procesu máme k dispozici data, údaje, informace a na konci pak vědeckou reflexi, poznatky, poznání a teorii.<sup>462</sup> Vzhledem k tomu, že se v našem šetření soustředíme na určité předem definované jevy, které se snažíme v naší případové studii důkladně popsat, volíme postup tzv. analýzy orientované na proměnné. Tento postup je volen v takových šetřeních, ve kterých si badatel předem definuje určité jevy, které se snaží ve svém případě důkladně popsat.<sup>463</sup>

Vhodným přístupem pro zpracování kvalitativně získaných dat je přístup induktivní.

Náš výzkum byl koncipován jako smíšený, zjištěné údaje tedy byly zpracovány kvalitativními i kvantitativními metodami.

Zásadním úkolem bylo zejména postihnout všechny vztahy a souvislosti ve vzájemném kontextu.

---

<sup>460</sup> ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 210.

<sup>461</sup> HELLER, D. Popis, analýza a interpretace jako tři typy a fáze transformace kvalitativních dat. In ŠUCHA, M., CHARVÁT, M., ŘEHAN, V. (eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku, VI. sborník z konference*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, s. 76.

<sup>462</sup> HELLER, D. Popis, analýza a interpretace jako tři typy a fáze transformace kvalitativních dat. In ŠUCHA, M., CHARVÁT, M., ŘEHAN, V. (eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku, VI. sborník z konference*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, s. 76.

<sup>463</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 226; ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 109.

## Zpracování dat získaných dotazníkovým šetřením

Po shromáždění vyplněných *dotazníků* od respondentů byl získaný materiál nejdříve zkontrolován z hlediska jeho korektnosti. Potřebné informace tak byly získány od 24 respondentů. Před vlastním statistickým zpracováním výsledků dotazníkového šetření byla provedena kategorizace odpovědí a jejich kódování. Po vložení číselných kódů do programu Excel 2016 bylo provedeno třídění prvního stupně, během něhož byla provedena popisná statistika.

Pro každou položku je sestavena tabulka četností (na úrovni relativních a absolutních četností, absolutní četnosti jsou v popisech uvedeny v závorkách), analýza odpovědí *sémantického diferenciálu* je doplněna průměrnou hodnotou jednotlivých škál a aritmetickými průměry na úrovni obou dimenzí. Pro větší přehlednost jsou také ke každé položce sestaveny histogramy četností v podobě sloupcového grafu, v případě *sémantického diferenciálu* se jedná o spojnicový graf. K analýze a statistickému zpracování dat byl použit program Microsoft Excel.

Celý postup uvádíme v části 9 *Výsledky I. fáze výzkumného šetření*.

## Zpracování dat získaných polostrukturovaným rozhovorem

Při analýze výsledků šetření na místě jsme využili, jak již bylo uvedeno *polostrukturovaného rozhovoru* vedeného s edukačními sestrami. V našem výzkumu jsme využili techniky rozhovoru pomocí scénáře, ve kterém jsme předem připravili seznam problémových okruhů a otázek které bylo nutné v rámci rozhovoru probrat. Rozhovory byly po souhlasu dotazovaných nahrávány<sup>464</sup>, poté byla provedena jejich doslovná transkripce<sup>465,466</sup> a kódování. Hendl<sup>467</sup> popisuje kódování jako operaci, během níž se rozebírají jednotlivé údaje, konceptualizují se a následně skládají novým způsobem. Na povrch poté vystupují témata, která nám pomáhají nacházet odpovědi na dané otázky. Konkrétní analytickou technikou bylo zvoleno kódování podle postupů zakotvené teorie.<sup>468</sup>

---

<sup>464</sup> V několika případech sestry nesouhlasily s nahráváním rozhovoru, v těchto situacích jsme volili metodu zápisků – pozn. autorky.

<sup>465</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 208.

<sup>466</sup> Vzhledem k tomu, že se soustředíme na obsahově – tematickou rovinu, byl proveden převod mluveného projevu se stylistickou úpravou textu – pozn. autorky. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 208.

<sup>467</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 208 - 212.

<sup>468</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 243 - 246.

Kódování v naší práci provádíme ručně.

### *Otevřené a selektivní kódování*

Jako praktický příklad metody analýzy dat kódováním jsme zvolili jeden z rozhovorů, který proběhl s respondentem, edukační sestrou Alenou.

V rámci prvotní studie bylo provedeno otevřené kódování. V přepisu rozhovoru jsme lokalizovali témata mající vztah k položeným výzkumným otázkám (tzv. tematické rozkrytí).

Témata byla na nízké úrovni abstrakce (tzv. identifikace obecnějších kategorií) – kódování provedené na příkladu přikládáme v příloze č. 6. Jednotlivým tématům jsme poté přidělili konkrétní číselné kódy (označeny jako poznámka pod čarou).<sup>469</sup>

Jednotlivé kódy jsme následně číselně seřadili, kódy získané rozhovorem prezentuje následující tabulka č. 10.

1	od maturitní zkoušky pracuji na této klinice
2	podstatnou část našich pacientů pak tvoří senioři, tato zkušenost je nenahraditelná
3	přijdete na to, že je důležité pacienta pochopit
4	a vyjít mu vstříc
5	edukace u pacientů v seniorském věku je časově náročnější
6	myslím si, že podstatná je pro ně redukce zprostředkovaných informací
7	jako členky edukačního týmu máme plnou kompetenci edukační činnost u konkrétního pacienta plánovat
8	... organizovat...
9	... realizovat...
10	při příjmu každého pacienta na oddělení proto prostuduji jeho zdravotní dokumentaci
11	zhodnotím jeho potenciální potřebu edukace
12	další plánování edukace je otázkou našeho prvního kontaktu s pacientem
13	realizace edukace se odehrává podle potřeby s dalšími kompetentními pracovníky
14	máme vypracovaný metodický pokyn, podílely jsme se na něm všechny kolegyně v týmu
15	tento pokyn pak využívám pouze v případě nejistoty – vycházím z potřeb konkrétního pacienta

<sup>469</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 247 - 248.

16	klíčovým zdrojem informací o pacientovi je pro mě ošetrovatelská dokumentace, a to Posouzení pacienta, a také další zdravotnická dokumentace, dále využívám rozhovor s ošetřujícím personálem a zejména pak rozhovor s pacientem
17	při úvodním rozhovoru s pacientem, pak po několika větách pacienta zhodnotím
18	předtím však musím mít prostudovanou zdravotní dokumentaci pacienta, hlavně osobní data, současné obtíže a osobní anamnézu, popř. mám informace od personálu či rodiny
19	při edukaci seniorů upřednostňuji individuální formu edukace
20	metody slovní, z toho pak vysvětlování a výklad, modelové příklady a příběh, dále ukázkou a nácvik, důležité jsou obrázky a brožury, ty i s kontaktem na mě
21	lépe pak pochopí a zafixují si
22	důležité je zajistit pro edukaci klid, soukromí, dostatek času, nejlépe v přítomnosti rodiny, podávat základní informace, mluvit pomalu, zřetelně, v krátkých větách, pokud možno předat edukační materiál, jako brožurku, zapojit pak do edukace celý tým - cítit tak zásadu soustavnosti, nevnucovat mu to, co nechce
23	zapojit pak do edukace celý tým
24	myslím tím hlavně soustavnost, nevnucovat mu to, co nechce
25	při vlastní edukaci seniorů využívám hlavně obrázky, sama jsem si je vyrobila, důležité je pro ně předání informací v písemné podobě s kontaktem na mě, určitě zajistím klid a soukromí, pacient by měl mít, pokud potřebuje brýle atd., podle možností využívám k edukaci edukační místnost.
26	na konci edukace je pak důležitá zpětná vazba – konkrétní kontrolní otázka, eventuálně pak zhlédnutí provedeného výkonu
27	edukace pacientů seniorů je specifická
28	důležitým zdrojem informací pro práci s nimi je pro mě studium odborné literatury, zaměřených na seniory jich sice moc není, ale čtu teď jednu knížku, která se jmenuje Edukace seniorů, napsali ji Špatenková a Smékalová, není sice vyloženě zaměřená na seniora pacienta jako takového, ale věnuje se celé oblasti výchovy a vzdělávání člověka tohoto věku
29	specifika zaměření edukace konzultuji s lékařem, dále spolupracuji s fyzioterapeutem, v otázce procvičování, se sestrami, také v rámci procvičování, a sanitáři, tam vlastně také
30	případná konzultace s lékařem při nejasnostech či problémech, stejně tak s fyzioterapeutem, řešení problému není problém
31	v rámci pravidelných edukačních schůzek si v týmu referujeme své zkušenosti a problémy v praxi, tím se seznamujeme s problematikou edukace pacientů různých věkových skupin, tzn. i pacientů v seniorském věku, a tímto se vlastně vzděláváme
32	ještě v rámci vysoké školy a pak absolvované specializace jsem získala znalosti a dovednosti z pedagogiky a edukace v ošetrovatelství u pacientů různých cílových skupin, seniorů nevyjímaje
33	rodinu pak zapojujeme podle možností a schopností pacienta
34	... pokud si to pacient a rodina přeje...
35	... pokud pacient edukaci nezvládá...

36	... je to individuální...
37	provádím záznam v psané podobě o provedené edukaci do dokumentace pacienta, formulář se nazývá Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči
38	... po každé edukaci bych ráda, toto není reálné, v ten den ...
39	v krátkých větách, jasně stručně a výstižně – v čem je pacient již edukován a popř. co je potřeba v současnosti procvičit
40	plán další edukace personálu již předávám ústně
41	dále existuje záznam i v elektronické podobě
42	...i pro potřeby koordinátorky edukačních sester, kdy se provádí statistika edukací
43	...toto provádím na konci směny
44	původní dokumentace k edukaci neměla smysl, v současné době je zjednodušená dokumentace
45	klasický formulář k plánování edukace Záznam o edukaci edukační sestrou již není, provádím si proto vlastní přípravu, každý den ráno ze zdravotnické dokumentace – přehled přijatých pacientů a téma jejich edukace, dále si vedu přehled průběžné edukace, zajímá mě tam domluva na čase edukace, informace o tom, co pacient již zná a umí, co je potřeba dále procvičit atd.
46	poprosila bych Vás pak o důležité výsledky výzkumu vztahující se k realizaci edukace pacientů v seniorském věku a taktéž o Vámi vypracovaný návrh doporučení pro praxi a základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku

Tabulka 10: Kódy získané rozhovorem (zdroj: vlastní)

V navazující fázi jsme realizovali analýzu kódů, přičemž jsme zároveň redukovali data. Z takto získaných dat jsme vytvořili kategorizační systém tzv. “ad hoc”<sup>470</sup>, kdy kategorie nejsou předem známy, představují jakési zobecnění teoretických výpovědí. V rámci axiálního kódování jsme vytvářeli vztahy mezi kategoriemi a subkategoriemi.<sup>471</sup> Po analýze kódů jsme tedy provedli nové složení dat vytvořením subkategorií, jejíž příklady prezentuje následující tabulka č. 11.

Jak je patrné z uvedené kategorizace, některé kódy jsou přiřazeny zároveň několika subkategoriím, což koresponduje s širokým záběrem klíčových kompetencí sestry při edukaci pacienta v seniorském věku.

Např. kód 3 „*je důležité pacienta pochopit*“ řadíme zároveň do subkategorie: PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI, zároveň se ale taktéž promítá hned do více kategorií: ZHODNOCENÍ PŘIPRAVENOSTI PACIENTA, KOORDINACE EDUKAČNÍ ČINNOSTI,

<sup>470</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 211

<sup>471</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 248 - 251.

VLASTNÍ POHLED RESPONDENTA NA PROBLEMATIKU; SPECIFICKÉ MATERIÁLY A POMŮCKY, PŘÍP. PROSTŘEDÍ.

Např. kód 4 „vyjít mu vstříc“ se promítá do subkategorie PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI, ROZDÍLY V EDUKACI OD DOSPĚLÝCH, ZAPOJENÍ RODINY, VLASTNÍ STRATEGIE PRÁCE, VYUŽÍVÁNÍ EDUKAČNÍCH FOREM A METOD a současně do kategorie KOORDINACE EDUKAČNÍ ČINNOSTI a SPECIFICKÉ MATERIÁLY A POMŮCKY, PŘÍP. PROSTŘEDÍ.

KÓD	KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Připravenost edukačních sester k edukaci pacientů seniorského věku		
28, 31, 32		Zdroje celoživotního vzdělávání
1, 2, 3, 4, 27		Pracovní zkušenosti
Koordinace edukační činnosti		
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 27, 29, 30, 40		Plánování, organizování a realizace
Metodická východiska		
7, 8, 9, 14, 15		Využívání metodického pokynu
Zhodnocení připravenosti pacienta		
10, 16, 17, 18		Zdroje informací (kritéria posouzení)
12, 17, 18, 27		Vlastní způsob zhodnocení
3, 4, 12, 17, 27, 33, 34, 35, 36		Zapojení rodiny
Vlastní pohled respondenta na problematiku		
3, 4, 5, 6, 22, 23, 25, 27		Rozdíly v edukaci od dospělých
3, 4, 6, 13, 17, 21, 22, 23, 25, 27, 29, 40		Vlastní strategie práce
3, 4, 6, 17, 19, 20, 22, 25, 27		Využívání edukačních forem a metod
13, 21, 26, 27		Posuzování výsledného efektu edukace
Specifické materiály a pomůcky		
3, 4, 12, 17, 20, 21, 22, 25, 27		Specifické materiály a pomůcky, příp. prostředí
Pomoc – opora při problémech v praxi		
7, 8, 9, 13, 23, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 40		Spolupráce
7, 8, 9, 13, 23, 30, 40		Opora při problémech
Záznam o edukaci		
13, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45		Formuláře
44, 45		Vlastní příprava
Závěr		
46		Volné vyjádření, otázky respondenta

Tabulka 11: Kategorizace kódů (zdroj: vlastní)

Na základě zjištěného můžeme konstatovat, že určité klíčové kompetence, resp. jejich nepřítomnost, mají dosah do několika oblastí.

Při axiálním kódování již realizujeme první část interpretace.

Uveďme si dále na příkladu: Kód 27 „edukace pacientů seniorů je specifická“ zasáhl většinu subkategorií, což může znamenat, že jsou tito pacienti v rámci edukace skupinou,



kteřá si vyžaduje odlišný přístup a pojetí edukačního procesu než vzdělávání jiných věkových kategorií.

Tato skutečnost tedy výrazně ovlivňuje plánování a realizaci určitých edukačních strategií.

V následném selektivním kódování jsme posuzovali jednotlivé klíčové kategorie.<sup>472</sup> V této fázi kódování jsme si kladli otázku, co je na zkoumané oblasti v kontextu zaměření naší práce překvapující, co se domníváme, že je hlavním problémem. Klíčové pro nás v této fázi bylo vyhnout se nepodstatným informacím, které by mohly náš výzkum vést nesprávným směrem.

Celý postup uvádíme v části *10 Výsledky II. fáze výzkumného šetření*.

Pro následnou interpretaci dat získaných prostřednictvím rozhovorů s edukačními sestrami jsme vytvořili s ohledem na výzkumné otázky kategoriální systém<sup>473</sup>, který prezentuje tabulka č. 12.

KÓD	KATEGORIE	
	SUBKATEGORIE	
1	Připravenost edukačních sester k edukaci pacientů seniorského věku	
1a	Zdroje celoživotního vzdělávání	
1b	Pracovní zkušenosti	
2	Vlastní pohled respondenta na problematiku	
3	Výchozí metodika	
3a	Koordinace edukační činnosti	
3b	Míra využívání metodického pokynu	
4	Projektování edukačních strategií	
4a	Zdroje informací (kritéria posouzení)	
4b	Vlastní způsob zhodnocení	
4c	Zapojení rodiny	
5	Realizace edukačních strategií	
5a	Vlastní strategie práce	
5b	Využívání edukačních forem a metod	
5c	Posuzování výsledného efektu edukace	
6	Specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upravené prostředí	
7	Pomoc – opora při problémech v praxi	
7a	Týmová spolupráce	
7b	Opora při problémech v praxi	
8	Dokumentování průběhu edukace	
8a	Záznam o edukaci do zdravotnické dokumentace	
8b	Vlastní záznamy	
9	Závěr	
9a	Volné vyjádření, otázky respondenta	

Tabulka 12: Kategoriální systém pro interpretaci dat rozhovoru (zdroj: vlastní)

<sup>472</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 251 - 253.

<sup>473</sup> Upravenou strukturu a názvy kategorií a subkategorií ve vztahu k výzkumným otázkám – pozn. autorky.

## Zpracování dat získaných strukturovaným pozorováním

Dále bylo využito *strukturovaného pozorování* edukační intervence. Pro strukturované pozorování jsme si předem vytvořili vlastní pozorovací nástroj (pozorovací arch), ve kterém jsme si pozorovanou realitu rozčlenili na předem stanovené pozorované kategorie (kategorie jevů). Na kategoriální posuzovací škále (zachycující výskyt daného jevu: *ano, spíše ano, spíše ne, ne, N* - nelze posoudit, neumím se vyjádřit, nehodí se) jsme na konci pozorování zaznamenávali křížkem tu, která nejlépe vystihovala pozorovanou skutečnost. Výsledná data jsou zpracována statisticky (absolutní počet a procentuální zastoupení). Pro větší přehlednost jsou také ke každé položce sestaveny histogramy četností v podobě sloupcového grafu. K analýze a statistickému zpracování dat byl použit program Microsoft Excel. Celý postup uvádíme v části *10 Výsledky II. fáze výzkumného šetření*.

## Zpracování dat získaných analýzou dokumentů

V rámci nekvantitativní *analýzy písemných dokumentů* se zaměřujeme na analýzu klíčových témat dokumentu v kontextu řešené problematiky, redukci zdrojových dat a následnou interpretaci.<sup>474</sup> V některých případech jsou zpracovány pouze části dokumentů související s tématem našeho výzkumu. Celý postup uvádíme v části *9 Výsledky I. fáze výzkumného šetření* a *10 Výsledky II. fáze výzkumného šetření*.

## 8.8 Zajištění kvality výzkumu

V každé fázi výzkumného šetření je možné se setkat s určitými riziky, jež ohrožují jeho pravdivost a platnost.<sup>475</sup> Tuto skutečnost je podstatné si uvědomit a možná rizika eliminovat na nejnižší možnou míru.

Výzkumné šetření by mělo podle Yin<sup>476</sup> respektovat čtyři základní podmínky korektního zkoumání. Heslovitě se dají formulovat jako:

- konstruktová validita s využitím mnoha zdrojů dat jako podklad pro tzv. přesvědčivý řetězec důkazů (ochrana proti námitce subjektivismu);

---

<sup>474</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 42 - 43; MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 100.

<sup>475</sup> Atribut pravdivý v kvalitativním výzkumu znamená, že nálezy reprezentují jevy, ke kterým odkazují. Pravdivost je kritérium, které odděluje dobrý výzkum od špatného. Atribut platný znamená, že zjištěné nálezy jsou podepřeny důkazy. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 31.

<sup>476</sup> In MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015, roč. 65, č. 2, s. 124.

- vnitřní platnost (důvěryhodnost), jež se týká pravdivosti studie a úzce souvisí se způsobem, jakým je studie navržena;
- vnější platnost (použitelnost, přenositelnost, aplikovatelnost), jež by u kvalitativního výzkumu měla být ponechána na čtenářích dokumentu;
- spolehlivost (ověřitelnost, reliabilita).

Zatímco reliabilita je určitou slabinou kvalitativního výzkumu, validita je jeho silnou stránkou.<sup>477</sup> V kvalitativním výzkumu je dosahováno nízké reliability, poněvadž nejsou všechny metody standardizované.<sup>478</sup>

V našem výzkumu jsme zkoumali spíše specifické než typické situace, proto není možné vyhovět požadavku na zjišťování reliability (replikovat výzkum). Replikování našeho výzkumu nemusí přinést žádný důkaz o reliabilitě, situace, které jsme zkoumali, se totiž mohou neustále měnit, mohou být proměnlivé. Kvalitativní výzkum však tuto proměnlivost zahrnuje do zkoumaného jevu.<sup>479</sup> Tato skutečnost nás však nezbavuje povinnosti podrobně popsat metody a postupy použité na získávání údajů, aby bylo možno ověřit správnost a korektnost naší práce.<sup>480</sup> Takto jsme učinili v předchozí podkapitole. Kódování dat dvěma osobami ve snaze zajistit křížovou spolehlivost mezi hodnotiteli jako nástroj posílení kvality výzkumu však oproti jiným autorům Škvaříček a Šeďová nedoporučují.<sup>481</sup> Navazujícím prostředkem k zajištění spolehlivosti bylo proto opětovné kódování.<sup>482</sup> Dalším kritériem spolehlivosti byla pečlivost. Pečlivě jsme popisovali celý postup našeho bádání a vlastní zjištění.<sup>483</sup>

Jsme si tedy vědomi toho, že teorie vzniklé na podkladě kvalitativního šetření nemůžeme zobecňovat. Jsou platné pouze pro vzorek, jež byl zkoumán. Tuto skutečnost je nutné respektovat zejména při sestavování závěrů disertační práce, kdy je nutno se vyvarovat výroků zobecňujících daná tvrzení.

<sup>477</sup> GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, s. 146.

<sup>478</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 39.

<sup>479</sup> GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, s. 146.

<sup>480</sup> GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, s. 146.

<sup>481</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 34.

<sup>482</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 42.

<sup>483</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 65.

Lincoln a Guba<sup>484</sup> rozdělují nebezpečí pro validitu do tří kategorií s označením reaktivita (přítomnost výzkumníka může ovlivnit zkoumané procesy), zkreslení ze strany výzkumníka (subjektivní teorie výzkumníka, jeho vlastnosti či předsudky apod.) a zkreslení účastníky nebo informátorem (zatajování informací, zkreslení informací apod.).<sup>485</sup> Validitu jsme v našem výzkumu zabezpečili dlouhodobostí výzkumu, přímým kontaktem s realitou a rozsáhlým a velice konkrétním, výstižným a přesným popisem, pečlivým dokumentováním získaných informací (s ohledem na etickou stránku výzkumu), použitím autentických citátů výroků zkoumaných osob a dodatečnou validizací propojením výzkumných závěrů s odbornou literaturou.<sup>486</sup> Zásadním postupem k eliminaci výše uvedených rizik je však kvalitně zajištěná triangulace. Využíváme typy triangulace podle Denzinova rozlišení.<sup>487</sup>

V disertační práci jsme v rámci zajištění triangulace použili několik metod (metodologická triangulace), zkoumali jsme několik edukačních sester, na různých místech a v jiných časových momentech (datová triangulace).<sup>488</sup>

Pro přehlednost uvádíme seznam použitých metod, které slouží k objektivnímu hloubkovému zhodnocení:

- *dotazník*, realizovaný jako pedagogický průzkum zaměřený zejména na zjištění úrovně znalosti sester při edukaci pacientů v seniorském věku;
- *sémantický diferenciál*, zjišťující postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku;
- *polostrukturovaný rozhovor* zjišťující zejména obecné názory, zkušenosti, informovanost a připravenost edukačních sester v oblasti edukace seniorů;
- *nezúčastněné strukturované pozorování* edukační intervence zjišťující dovednosti sester k edukaci pacientů v seniorském věku;
- *analýza všech typů dokumentů* vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení - legislativních, metodických, didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských). Předmětem našeho zájmu v první fázi výzkumného šetření byla legislativní a metodická východiska pro realizaci edukace pacientů v seniorském

---

<sup>484</sup> In HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 148.

<sup>485</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 148.

<sup>486</sup> GAVOR, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 146.

<sup>487</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 149 - 150.

<sup>488</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 149 - 150.

věku sestrou v klinické praxi. Ve druhé fázi výzkumného šetření pak konkrétní dovednosti sestry.

Slabou stránkou kvalitativního přístupu v rámci výzkumného šetření se může stát i tzv. haló efekt, popřípadě citová zaangažovanost badatele.<sup>489</sup> Nedostatkem případových studií je pak sklon ke zkreslení způsobeným zaujatostí výzkumníka, nebo jeho slabou teoretickou citlivostí.<sup>490</sup>

Data získaná prostřednictvím rozhovorů mohou být zkreslena či ovlivněna přítomností badatele a vyjadřovacími schopnostmi respondentů.<sup>491</sup> Rozdílná míra vyjadřovacích schopností se může promítat i v dokumentech. Dalším rizikem v kontextu použité metody analýzy dokumentů je i neúplnost, nepřesnost a nízká úroveň hodnověrnosti zaznamenaných informací.<sup>492</sup>

Zásadní podmínkou kvalitního výzkumného šetření tedy je, aby jeho výsledky nebyly zkresleny či ovlivněny předsudky badatele.<sup>493</sup> Pro výzkumné šetření jsme zvolili nezúčastněné pozorování. Kdy nezúčastněný pozorovatel minimalizuje interakci s pozorovanými subjekty, přičemž zachycuje chování jedince či jedinců ve skupině. Hlavní předností tohoto přístupu je, že není tak obtuzivní jak je tomu v případě zúčastněného pozorování, a také to, že není ovlivněn citovou angažovaností pozorovatele.<sup>494</sup> Získanou informaci se snažíme validovat pomocí rozhovoru.<sup>495</sup>

Jistým rizikem, se kterým jsme se mohli setkat v našem výzkumném šetření, mohla být i snaha respondenta o vyzdvižení vlastního úsilí, kdy je popisována jeho činnost záměrně „lépe“ ve snaze zdůraznit kvalitu vlastní práce. Ke snížení tohoto rizika využíváme triangulace metod.

Časová náročnost, jež u výzkumného šetření v terénu bezesporu je, je dalším faktorem, který je nutné si při výzkumné činnosti uvědomovat a respektovat ji.

---

<sup>489</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 148.

<sup>490</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 112.

<sup>491</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 159 - 177.

<sup>492</sup> MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 99 - 100.

<sup>493</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 148.

<sup>494</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 201 - 202.

<sup>495</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 201 - 202.

Pokud má případová studie naplnit svůj účel, kterým je porozumění a interpretování událostí se zkoumaným objektem, vyžaduje tak velké množství času stráveného důsledným studiem případu.<sup>496</sup> Sedláček<sup>497</sup> k tomuto výstižně doplňuje to, že pokud výzkumník sleduje případ jen v krátkých epizodách, nepodaří se mu získat dostatečný počet relevantních dat, výsledkem jeho snažení jsou pak povrchní „ploché“ vhledy, které neumožní proniknout k podstatě případu.

Dalším možným rizikem ohrožujícím interpretaci získaných dat je izolovaná interpretace bez zkoumání souvislostí. V případové studii je nutno interpretovat výsledná data ze všech použitých výzkumných metod dohromady.<sup>498</sup>

---

<sup>496</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 98.

<sup>497</sup> In MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015, roč. 65, č. 2, s. 129.

<sup>498</sup> ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 98.

## 9 Výsledky I. fáze výzkumného šetření

V této části práce se soustředíme na analýzu dat, které jsme získali prostřednictvím *průzkumného dotazníkového šetření a analýzy všech typů dokumentů*<sup>499</sup>. V třetí podkapitole uvádíme shrnutí výsledků I. fáze výzkumného šetření klíčových pro II. fázi výzkumu (získaná data se stala podkladem k sestavování otázek k polostrukturovanému rozhovoru a vytvoření rámce pro strukturované pozorování), ve které budou dále ověřeny metodou triangulace.

### 9.1 Analýza a interpretace výsledků průzkumného dotazníkového šetření

Prostřednictvím *dotazníkového šetření* jako kvantitativně zpracované metody byl realizován pedagogický průzkum zaměřený zejména na zjištění úrovně znalostí a postojů sester při edukaci pacientů v seniorském věku. Dotazník byl pojat jako pomocný nástroj pro další etapu výzkumného šetření.

Pro každou položku dotazníku je sestavena tabulka četností (na úrovni relativních a absolutních četností, absolutní četnosti jsou v popisech uvedeny v závorkách), analýza odpovědí sémantického diferenciálu je doplněna průměrnou hodnotou jednotlivých škál a aritmetickými průměry na úrovni obou faktorů. Pro větší přehlednost jsou také ke každé položce sestaveny histogramy četností v podobě sloupcového grafu, v případě sémantického diferenciálu se jedná o spojnicový graf.

Významná data jsou uvedena v podkapitole 9.3 *Shrnutí výsledků I. fáze výzkumného šetření*. Do příloh jsou zařazeny tabulky a grafy se statistickými daty, které jsou však pro potřeby a kompletnost provedeného výzkumného šetření nezbytné (viz Příloha 7).

### 9.2 Analýza všech typů dokumentů

Předmětem našeho zájmu v první fázi výzkumného šetření byla legislativní a metodická východiska pro realizaci edukace pacientů v seniorském věku sestrou v klinické praxi. Analýzou dokumentů byly zjištěny následující údaje.<sup>500</sup>

---

<sup>499</sup> Analýza dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – legislativní, metodické, didaktické a zdravotnické (resp. ošetrovatelské) - pozn. autorky.

<sup>500</sup> V některých případech jsou zpracovány pouze části dokumentů související s tématem našeho výzkumu - pozn. autorky.

**Vyhláška č. 55/2011 Sb.**<sup>501</sup> vymezuje povinnost a rozsah edukace pacienta a jeho blízkých dle vzdělání a jím podmíněné profesní způsobilosti konkrétní sestry. V kontextu zaměření naší práce se tedy jedná o:

- Všeobecné sestry, které jsou podle §4 písm. k. bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, oprávněny edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály.
- Všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, které jsou oprávněné dle §54:
  - a) bez odborného dohledu a bez indikace edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech (tedy o výkonech, které samy provádí) a připravovat pro ně informační materiály.
  - b) na základě indikace lékaře edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

**Vyhláška č. 98/2012 Sb.**<sup>502</sup> vymezuje všeobecnou povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci a pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Podle §1 bodu 2, písm. g je ošetrovatelská dokumentace podstatnou součástí zdravotnické dokumentace.

Ošetrovatelská dokumentace poskytuje skutečnosti, které se týkají poskytované ošetrovatelské péče, jejíž nedílnou součástí je i edukace pacientů. Na základě této vyhlášky je umožněno zdravotnickým zařízením vytvářet potřebné součásti ošetrovatelské dokumentace. Povinné součásti ošetrovatelské dokumentace<sup>503</sup> tak může doplnit mimo jiné i dokumentace určená pro zápis realizované edukace u pacienta.

Námi realizovaný výzkum je tedy prováděn ve zdravotnickém zařízení, které má vyhláškou definovaný nutný rozsah dokumentace. Kromě zákonem daných zápisů si definuje své vlastní dokumenty (viz dále).

<sup>501</sup> PORTÁL SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, aktuální znění ze dne 14. 12. 2017* [online]. 2017 [cit. 2019-06-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

<sup>502</sup> PORTÁL SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v aktuálním znění ze dne 1. 11. 2018*. [online]. 2018 [cit. 2019-06-18]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-137/zneni-20181101>.

<sup>503</sup> Mezi povinné součásti ošetrovatelské dokumentace patří: ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu pacienta; individuální ošetrovatelský plán; průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta; ošetrovatelská propouštěcí nebo překládová zpráva s doporučením k další ošetrovatelské péči - pozn. autorky.



## ***Projekt edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc<sup>504</sup>***

***Metodický pokyn č. MP–L–004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL<sup>505</sup>*** definuje postup edukace pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky při pobytu ve *Fakultní nemocnici Olomouc*, před propuštěním do domácího ošetření a pacienta navštěvující ambulance *Fakultní nemocnice Olomouc*.

Preambule tohoto dokumentu obsahuje název a číslo dokumentu, jeho účinnost, jména a funkce řešitelů metodického pokynu. V rámci úvodního ustanovení je popsán účel metodického pokynu (zajištění účinného systému edukace), jeho závaznost pro všechny nelékařské pracovníky dle stanovených kompetencí (mimo ošetřovatele a sanitáře) a správa normy.

V navazující druhé části dokumentu jsou vymezeny definice pojmů (edukace, edukační proces, základní úroveň edukace, specializovaná a úzce specializovaná úroveň edukace, edukační sestra).

Vlastní text nejprve prezentuje cíle edukačního programu ve smyslu sjednocení a posílení iniciativ vedoucích k informování pacientů se zaměřením na hodnocení a posouzení edukačních potřeb každého pacienta ambulantního a hospitalizovaného v daném zdravotnickém zařízení, plánování edukačního programu na potřeby konkrétního pacienta, stejně tak na edukaci pacienta v rámci jeho propuštění a principy či zásady vlastního edukačního procesu (realizace komplexní edukace postihující všechny složky osobnosti, zajištění zpětné vazby prostřednictvím kontrolních otázek, poskytování edukačních materiálů, edukace ambulantních pacientů ve specializovaných poradnách, informovanost pacientů pro následnou péči atd.).

Navazuje vlastní zajištění efektivní edukace nelékařskými zdravotnickými pracovníky dle stanovených kompetencí se zaměřením na informovanost každého pacienta při jeho přijetí k hospitalizaci o domácím řádu, právech pacienta, vnitřním řádu, signalizačním a dorozumívacím zařízení, hygienickém režimu na oddělení, o plánovaných vyšetřeních, pohybovém režimu, ordinované dietě, po posouzení v oblasti rizik event. o prevenci pádu, vzniku dekubitů, v prevenci trombembolické nemoci apod.

---

<sup>504</sup> Dokumentace projektu Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc se stala východiskem ke zpracování šesté kapitoly teoretické části disertační práce s názvem *Projekt Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* – pozn. autorky.

<sup>505</sup> Tento dokument jsme pro studium získali z rukou koordinátorky týmu edukačních sester – pozn. autorky.

V dalším textu jsou popsány pokyny k průběžné edukaci pacienta během hospitalizace v základních diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a rehabilitačních postupech, a ve specializovaných a úzce specializovaných tématech zajištěných edukačními sestrami daných klinik nebo všeobecnou sestrou se specializovanou způsobilostí po posouzení potřeb pacienta v oblasti edukace, při realizaci týmové spolupráce (ve spolupráci s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem či jinou edukační sestrou) a pokyny k zajištění předávání informací službě mající sestře.

Dále navazují pokyny k informovanosti pacienta před propuštěním o následné péči podle jeho potřeb v oblasti životosprávy, následném režimu, plánovaných kontrolách atd., včetně poskytování vhodných edukačních materiálů.

Poslední v řadě jsou uvedeny pokyny k tvorbě edukačních materiálů edukačními sestrami ve spolupráci s lékaři, nutričními terapeuty, fyzioterapeuty, studenty *Fakulty zdravotnických věd univerzity Palackého v Olomouci, Odborem hlavní sestry, Odborem kvality a Oddělením komunikace*. Závěr vlastního textu řeší zásady správné edukace (se zaměřením na motivaci pacienta, jazyk edukace, názornost, opakování a kontrolu dovedností) a dokumentování edukace. Závěr metodického pokynu obsahuje související dokumenty a závěrečná ustanovení.

Závěrem můžeme podotknout, že dokument definuje metodický postup edukace pacientů ambulantních či hospitalizovaných v daném zdravotnickém zařízení obecně, bez ohledu na možná specifika pacientů.<sup>506</sup>

***Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči***<sup>507,508</sup> je formulář, který je určen pro písemný záznam jednak realizované základní úrovně edukace sestrou dle stanovených kompetencí<sup>509</sup> a taktéž o realizované specializované a úzce specializované úrovně edukace edukační sestrou<sup>510</sup>. Tento formulář využívají k záznamu o realizované edukaci i službu mající sestry,

---

<sup>506</sup> Vlastní realizace edukace nelékařskými zdravotnickými pracovníky je prováděna v souladu s výše popsaným metodickým pokynem. Zdravotnické zařízení proto v současné době nevede standardní ošetrovatelský postup. Pojetí edukačního procesu u konkrétního pacienta je plně v kompetenci edukačních sester – pozn. autorky.

<sup>507</sup> Dokumentování realizované edukace vychází z *Metodického pokynu č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL* – pozn. autorky.

<sup>508</sup> Formulář *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči* jsme pro studium získali z rukou koordinátorky týmu edukačních sester – pozn. autorky.

<sup>509</sup> Záznam obsahuje datum, číslo tématu edukace, jmenovku a podpis sestry – pozn. autorky.

<sup>510</sup> Záznam obsahuje datum, téma edukace uvedené číslem nebo slovně, jmenovku a podpis sestry – pozn. autorky.

fyzioterapeuti nebo sociální pracovníci. Podle našeho názoru je tak zajištěna kontinuita v realizované edukaci u konkrétního pacienta.

Edukační sestra dále provádí zápis o realizaci specializované a úzce specializované úrovni edukace do záznamového formuláře *Záznam o edukaci* v elektronické podobě do KIS MEDEA.<sup>511,512, 513,514</sup>

**Edukační materiály** jsou dostupné na ALTUS portále<sup>515</sup> a na webových stránkách nemocnice<sup>516</sup>. Mezi tyto materiály patří tzv. společná průřezová témata<sup>517</sup> a dále pak speciální, specifická témata pro potřeby jednotlivých pracovišť<sup>518</sup>. Edukační materiály mají jednotný vizuální styl.<sup>519</sup> Jsou zpracovány pro laickou veřejnost, poskytují tak základní potřebné informace o daném tématu. Poskytnuté informace neobsahují žádné rušivé elementy v podobě nadbytečných slov odvádějících pozornost čtenáře.<sup>520</sup> Materiály jsou vytisknuté na matném papíře.<sup>521</sup> Text má optimální velikost písma a dobře rozložená písmena, jsou použity primární barvy a příp. grafická ztvárnění jsou jednoduchá a přehledná. Podle Pokorné<sup>522</sup> je důležité si uvědomit, že všechny písemně předávané informace určené pro právě pro seniory, ať už za účelem informování či dlouhodobé edukace, by měly být připraveny s maximální péčí a se zřetelem k potřebám seniorské populace. A to podle našeho názoru tyto materiály splňují.

---

<sup>511</sup> Klinický informační systém – pozn. autorky.

<sup>512</sup> Klinický informační systém nám byl koordinátorkou edukačních sester nabídnut k nahlédnutí – pozn. autorky.

<sup>513</sup> Přes složku pacienta je zaznamenáván datum, kdo a kde edukoval. Provádí se výběr edukačního tématu, edukačních bariér, poskytnutých pomůcek, poskytnutých edukačních materiálů, reakce pacienta, zapojení rodiny apod. – pozn. autorky.

<sup>514</sup> Tento program slouží i pro potřeby statistiky edukovaných pacientů - pozn. autorky.

<sup>515</sup> Intranet Fakultní nemocnice Olomouc – pozn. autorky.

<sup>516</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Informační materiály* [online]. 2019 [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/informacni-materialy>.

<sup>517</sup> Např. *Jak předcházet pádu, Prevence trombembolické nemoci, Aplikace Fraxiparinu, Pitný režim, Stop kouření, Bazální stimulace metoda ošetřování nemocných* aj. – pozn. autorky.

<sup>518</sup> Např. pro potřeby urologického oddělení: *Péče o permanentní močový katétr, Péče o epicystostomii, Péče o nefrostomický drén, Rady a pokyny pro nemocné s ledvinovými kameny, Rady a pokyny při zánětu močových cest a preventivní opatření* aj. – pozn. autorky.

<sup>519</sup> Tvorba těchto materiálů vychází z Metodického pokynu č. *MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL* – pozn. autorky.

<sup>520</sup> Tímto není ovlivněna schopnost porozumění čtenému textu, kterou mají senioři obecně nižší než lidé mladší. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 59.

<sup>521</sup> Použitý lesklý podklad by mohl snižovat schopnost starších čtenářů přečíst natisknutá slova. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 147; SPEROS, C. I. More Than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association*, 2009, Vol. 14., No. 3., Manuscript 5.

<sup>522</sup> POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 59.

Obsah edukačních materiálů poskytovaných pacientům při edukaci je dán jejich zaměřením. Obecně tedy námi sledované materiály obsahují informace o daném tématu, o průběhu hospitalizace a propuštění, rady či doporučení pro pacienty, důležité kontakty na zařízení, odkazy na edukační videa<sup>523</sup>, další odkazy (doporučené zdroje informací, pomocná centra atd.), pokyny pro případné ambulantní sledování, informace o tom, za jakých okolností je třeba neodkladně vyhledat péči apod.<sup>524</sup>

### 9.3 Shrnutí výsledků I. fáze výzkumného šetření

V první fázi výzkumného šetření probíhal sběr empirických dat prostřednictvím průzkumného *dotazníkového šetření* jako kvantitativně zpracované metody a kvalitativní *analýzy legislativních a metodických dokumentů*. V této části práce uvádíme výsledná data ze všech použitých výzkumných metod dohromady klíčových pro II. etapu výzkumného šetření (získaná data se stala podkladem k sestavování otázek k polostrukturovanému rozhovoru a vytvoření rámce pro strukturované pozorování). Výsledná data budou následně ověřeny metodou triangulace.

Analýzou dat získaných prostřednictvím průzkumného dotazníkového šetření a analýzy dokumentů jsme získané informace rozřídili podle struktury dotazníku do čtyř kategorií.

#### 1. Data osobního charakteru

**Výzkumná dílčí otázka č. 1): *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester?*** Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester s různou délkou praxe. Největší zastoupení v tomto souboru měli respondenti s délkou sesterské praxe 30 let a více 41.67% (10), následovali respondenti s praxí pod 30 let 33.33% (8) a respondenti s délkou praxe pod 20 let 25.00% (6). Rozdělení sesterské praxe na kategorie do 23 a nad 23 let sesterské praxe prezentuje shodné zastoupení respondentů, tedy každá s 50% (12).

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester s různou úrovní vzdělání. Největší zastoupení mělo vzdělání **středoškolské** 45.83% (11), následovalo je **bakalářské**

---

<sup>523</sup> Některé kliniky nabízí na svých webových stránkách ke zhlédnutí i edukační videa (např. neurochirurgie: *Manipulace s bederní ortézou, Vstávání a lehání do lůžka s bederní ortézou, Cviky po operaci bederní páteře, Cviky po operaci karpálního tunelu, Vstávání a lehání do lůžka po operaci bederní páteře, Manipulace s krčním límcem, Cviky po operaci krční páteře*) – pozn. autorky.

<sup>524</sup> Ukázka edukačního materiálu je uvedena v příloze (viz Příloha 8, 9, 10) – pozn. autorky.

29.17% (7), dále shodně **vyšší odborné** 12.50% (3) a **magisterské** 12.50% (3), z toho se zaměřením na pedagogiku 8.33% (2) a na ošetrovatelství 4.17% (1).

Absolvované specializační vzdělávání uvedlo 70.83% (17) respondentů, bez specializačního vzdělání bylo 29.16% (7) respondentů. Největší zastoupení v souboru měli respondenti s **absolvovaným vzdělávacím programem specializačního vzdělávání Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech** 52.94% (9); následovali respondenti s absolvovaným vzdělávacím programem **Ošetrovatelská péče v interních oborech** 23.53% (4); dále respondenti s absolvovaným vzdělávacím programem **Intenzivní péče** 11,77% (2); a nakonec respondenti s absolvovaným vzdělávacím programem specializačního vzdělávání **Intenzivní péče v porodní asistenci** 5,88% (1) a **Ošetrovatelská péče v pediatrii** 5,88% (1).

Z analýzy dokumentace projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* jsme zjistili, že všechny sestry zapojené do tohoto projektu mají absolvované pomaturitní specializační nebo vysokoškolské vzdělání, která poskytují adekvátní znalosti a dovednosti z pedagogiky a edukace v ošetrovatelství u pacientů různých cílových skupin.<sup>525,526</sup>

Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství absolvovalo 50.00% (12) respondentů, v současnosti se ho účastnilo 8.33% (2) respondentů, naopak toto vzdělání neudávalo 41.66% (10) respondentů. Za nejčastější absolvované jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství respondenti udávali **pravidelné edukační schůzky** 15.79% (3). Dále se stejnou četností **kurz Specifická ošetrovatelská péče o nemocné s Diabetem Mellitem** 10.53% (2), **kurz Specifická ošetrovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy** 10.53% (2), **kurz Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence** 10.53% (2) a **kurz kompletní péče o nemocného se stomií** 10.53% (2). A nakonec, taktéž se stejnou četností **kurz Elektrodiagnostika nervového systému – EEG** 5.26% (1), **kurz Elektrodiagnostika nervového systému – EMG** 5.26% (1),

---

<sup>525</sup> Vyhláška 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání v aktuálním znění ze dne 1. 1. 2018 [online]. 2018 [cit. 2020-03-18]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>.

<sup>526</sup> PRAHA: MZČR. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* [online]. Praha, MZČR, 2011 [cit. 2020-03-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelékarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb\\_4225\\_3082\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelékarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_3082_3.html).

**kurz Specifická ošetrovatelská péče o děti s Diabetem Mellitem 5.26% (1), kurz Eukace v diabetologii 5.26% (1), Edukační kongres při UP 5.26% (1) a kurz Pedagogiky dítěte 5.26% (1).** Za v současnosti účastněné vzdělání respondenti uváděli kurz **Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence 5.26% (1)** a **Mgr. studium Andragogika 5.26% (1).**

**Výzkumná dílčí otázka č. 2): *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku?*** Vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů absolvovalo 33.33% (8) respondentů, bez tohoto vzdělání bylo 66.67% (16) respondentů. Za nejčastější absolvované vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů respondenti udávali vzdělávání organizované zaměstnavatelem – přednášky: **Edukace v péči o seniory 50% (4)**, dále vzdělávání organizované zaměstnavatelem – vzdělávací program: **Péče o staré a chronicky nemocné 25% (2)**, a nakonec shodně s 12.50% (1) **magisterské studium Andragogika a spolupráce FN Olomouc s agenturami domácí péče.**

Osobní zkušenost s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice uvedlo 29.17% (7) respondentů, naopak tuto zkušenost nemá 70.83% (17). Jako nejčastější oblast osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice respondenti uváděli **edukační přednášky v Unii neslyšících 28.57% (2)** a **vzdělavatele v kurzech 28.57% (2)**; dále pak **edukaci v sociálních zařízeních, domovech důchodců a domovech s pečovatelskou službou 14.29% (1)**, **zájmové vzdělávání - první pomoc 14.29% (1)** a **soukromé edukace 14.29% (1).**

Z analýzy dokumentů vyplývá, že v kontextu *Vyhlášky č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (tzv. kompetenční vyhlášky) jsou edukační sestry oprávněny k realizaci odborné a vysoce specializované úrovni edukace. Tuto způsobilost pak dále rozšiřují specializačním či trvalým kontinuálním vzděláváním, a především pak v dlouholeté klinické praxi v interakci s pacientem. Kompetence k realizaci odborné a vysoce specializované úrovni edukace je dále popsána v *Metodickém pokynu č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL* a vymezena v dokumentaci projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc.*

Pro II. fázi výzkumného šetření budou dále v souladu s výzkumnými cíli předloženy otázky k případnému rozšíření původních výše uvedených odpovědí v dotazníkovém šetření:

*Jaké jsou zdroje celoživotního vzdělávání, ze kterých sestry čerpají a náměty pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku? Mají nějakou pracovní zkušenost, ze které čerpají inspiraci a náměty pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku?*

## 2. Skutečnosti týkající se vlastní realizace edukace pacientů v seniorském věku

**Výzkumná dílčí otázka č. 4): V jakých oblastech/tématech se edukační činnost u pacientů v seniorském věku realizuje?** Z celkového počtu 72 odpovědí (100%) byla jako tři nejčastější oblasti/témata edukace pacientů v seniorském věku označena: **Výživa** 19.44% (14), se stejnou četností pak **Sebepéče** (v oblasti hygieny, výživy a oblékání) 11.11% (8) a **Pitný režim** 11.11% (8). První trojice uvedených oblastí/témat edukace tedy odpovídá nejčastějším ošetrovatelským problémům pacientů v seniorském věku. Následovala **Prevence pádů** 9.72% (7), se shodnou četností pak **Péče o ránu** 8.33% (6) a **Pohybový režim** 8.33% (6). K dalším oblastem/tématům edukace pacientů v seniorském věku respondenti uváděli **Manipulaci s lůžkem či signalizací** 4.17% (3) a se stejnou četností i **Samostatnou péči o diabetes mellitus** 4.17% (3). Poté shodně s 2.78% (2) **Prevenzi tromboembolické nemoci, Péči o vyprazdňování stolice** (např. zácpa, stomie), **Používání kompenzačních pomůcek v diabetologii a podiatrii, Radioterapie – brachyterapie – chemoterapie a Stomické pomůcky**. Mezi další oblasti/témata respondenti udávali, taktéž shodně s 1.39% (1) **Péči o vyprazdňování moče** (např. močový katétr, inkontinence), **Péči o jiný invazivní vstup: hemodialyzační katétr a centrální žilní katétr, Používání kompenzačních pomůcek: hůlky a berle, Používání kompenzačních pomůcek: manipulace s korzetem a krčním límcem a Pooperační režim** (omezení pohybu, péče o ránu, následná péče).

Uvedené oblasti/témata v našem výzkumu reflektují ošetrovatelské problémy týkající se obvyklých potřeb pacientů v seniorském věku.<sup>527</sup> Převažující podíl témat má obecný charakter a další edukační témata se zaměřují na specifické potřeby pacientů. Tato témata taktéž reflektují zpracované informační materiály, které pacienti dostávají při vlastní edukaci, či jsou k jejich studiu odkazováni na webové stránky nemocnice<sup>528</sup>.

<sup>527</sup> Srov. NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 58; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 21 - 24.

<sup>528</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Informační materiály* [online]. 2019 [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/informacni-materialy>.

**Výzkumná dílčí otázka č. 5): Existují pro edukační činnosti sester odborně zpracované metodické materiály a formalizované postupy?** Metodika edukace pacientů, event. jejich blízkých nelékařskými zdravotnickými pracovníky při pobytu ve *Fakultní nemocnici Olomouc* před propuštěním do domácího ošetření a pacienta navštěvující ambulance *Fakultní nemocnice Olomouc*, je určena **Metodickým pokynem č. MP–L–004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL**. Z analýzy tohoto dokumentu vyplývá, že **neposkytuje konkrétní kritéria k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci**, na základě kterých je možné rozhodnout, že je třeba zapojit do edukace rodinu. Z celkového počtu 24 (100%) odpovědí 25 % (6) respondentů uvedlo, že neexistuje vypracovaný metodický postup k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci. Touto skutečností si však není jistých 75% (18) respondentů.

Pro II. fázi výzkumného šetření budou v souladu s výzkumnými cíli předloženy otázky k případnému rozšíření původních odpovědí v dotazníkovém šetření: *Do jaké míry u těchto pacientů edukační sestry využívají Metodický pokyn k edukaci hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky? Na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci? Mají edukační sestry vlastní způsob zhodnocení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci? Které indikátory vedou edukační sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu? Jakým způsobem je pro edukační sestry, při realizaci edukace pacientů v seniorském věku, zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi? Spolupracují při edukaci konkrétního pacienta s dalšími zdravotnickými pracovníky?*

Se současnou analýzou *Metodického pokynu č. MP–L–004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*, dokumentace projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*, ve kterých je vyložena kompetence sester k realizaci odborné a vysoce specializované úrovni edukace, a taktéž *Vyhlášky č. 55/2011 Sb.*, vymezující povinnost a rozsah edukace pacienta dle vzdělání a jím podmíněné profesní způsobilosti sestry nás bude ve vztahu k realitě klinické praxe zajímat: *Kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje?*



V souladu s *Vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci*<sup>529</sup>, taktéž na základě analýzy dokumentace projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc, Metodického pokynu č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*, a analýzy formuláře *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči* určené k dokumentování realizované edukace budou ve II. fázi výzkumného šetření předloženy otázky: *Jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku? Vedou si o průběhu edukace vlastní záznamy?*

V kontextu analýzy informačních materiálů, jež jsou podle našeho názoru připraveny se zřetelem k potřebám seniorské populace, nás bude ve II. fázi výzkumného šetření vzhledem ke klinické praxi také zajímat: *Využívají při edukaci pacientů v seniorském věku specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upraveného prostředí?*

### **3. Znalosti sester v edukaci pacientů v seniorském věku**

**Výzkumná dílčí otázka č. 3): *Jaké jsou znalosti sester v edukaci pacientů seniorského věku? Za neproblematické oblasti se jeví položky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21 a položka 22.*** Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z toho 95.83% (23) respondentů za nejdůležitější kritérium v období stáří považuje správně funkční věk odpovídající skutečné míře soběstačnosti a zdatnosti jedince. Podle 95.83% (23) respondentů se ve stáří snižuje výkon v oblasti krátkodobé paměti. 83.33% (20) respondentů zvolilo správnou odpověď životní zkušenost a moudrost do jisté míry kompenzuje inteligenci vrozenou. Podle 100.00% (24) respondentů představuje pro seniora z psychosociálního aspektu největší zátěž ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhého člověka. Z psychosociálních potřeb se ve stáří dostávají podle 95.83% (23) respondentů zejména potřeba bezpečí a jistoty. Podle 83.33% (20) respondentů hraje u staršího člověka významnou úlohu vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace. Z celkového souboru 91.67% (22) respondentů zvolilo správnou odpověď pro charakteristiku pojmu (geragogiky (gerontagogiky). Podle 100.00% (24) respondentů je cílem edukace pacienta v seniorském věku zejména zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta. Podle 75.00% (18) respondentů je v první fázi edukačního procesu pro jeho úspěšnost důležité provést pečlivou pedagogickou diagnostiku. Nejčastějším místem realizace edukace je podle 66.67% (16) respondentů pokoj pacienta, edukační místnost uvedlo 20.83% (5)

---

<sup>529</sup> *Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci*, umožňuje zdravotnickým zařízením vytvářet potřebné součásti ošetrovatelské dokumentace (povinné součásti ošetrovatelské dokumentace tak může doplnit mimo jiné i dokumentace určená pro zápis realizované edukace u pacienta) – pozn. autorky.

respondentů, jídelnu 8.33% (2) respondentů, a pouze v jednom případě 4.17% (1) byla zvolena čtvrtá možnost vyšetřovna. Podle 83.33% (20) respondentek je pro edukaci pacientů vhodný mateřský typ, ke vhodnosti mužského typu sestry se přiklonilo 12% (3) respondentů, herecký (teatrální) typ zvolilo 4.17% (1) respondentů.

Za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku byla respondenty zvolena praktická ukázka, kterou označilo 83.33% (20) respondentů, a se shodnou četností i metoda nácvik 83.33% (20). Ve druhém pořadí pak metoda slovní (výklad, vysvětlování, rozhovor apod.), kterou uvedlo 70.83% (17) respondentů a poslední v řadě pak metoda písemná (edukační materiály), ke které se přiklonilo 62,50% (15) respondentů. Z hlediska počtu označených edukačních metod 37.5 % (9) respondentů ve svých odpovědích zvolilo všechny čtyři edukační metody. Tři edukační metody současně pak uvedlo 33.33 % (8) respondentů. K celkem dvěma metodám se přiklonilo 20.83 % (5) respondentů a pouze k jedné metodě pak 8.33 % (2) respondentů. Z celkového počtu 17 (100%) respondentů uvedlo 41.18% (7) jako největší přínos slovní metody podání klíčových informací (spojení teorie s praxí), 29.41% (5) vidí přínos této metody v možnosti zapojení pacienta do rozhovoru a 29.41% (5) ji zmínilo jako pro pacienta více srozumitelnou (vysvětlování). Z celkového počtu 15 (100%) respondentů uvedlo 80.00% (12) jako největší přínos písemné metody jasné instrukce (vždy u sebe) a 20% (3) respondentů uvedlo, že přečtené si pacient lépe pamatuje. Z celkového počtu 20 (100%) respondentů uvedlo 75.00% (15) jako největší přínos metody praktická ukázka rychlejší pochopení a 25.00 % (5) respondentů uvedlo, že tato metoda napomáhá k osvojení dovedností (spojení teorie s praxí). Z celkového počtu 20 (100%) respondentů uvedlo 60.00% (12), že napodobováním se lépe učí a 40% (8) respondentů míní, že největším přínosem metody nácvik je, že pacient přesně ví, co má dělat.

Výsledky našeho průzkumu cíleného na zjištění znalostí sester v problematice zvláštností edukace jedinců v seniorském věku poukazují na to, že si respondenti u těchto pacientů uvědomují odlišný přístup a pojetí edukačního procesu než je typické pro jiné věkové kategorie. Tato skutečnost podle našeho názoru ovlivňuje plánování a realizaci edukačních strategií.

**Naopak, za diskutabilní považujeme položky č. 15 a 16.** Za faktory ovlivňující proces edukace v období stáří byly respondenty zvoleny emocionální a psychický stav, který označilo 95.83% (23) respondentů. Následoval se shodnou četností styl a tempo učení

91.67% (22) a stav kognitivních funkcí 91.67% (22). V dalším pořadí pak fáze onemocnění, kterou zvolilo 87.50% (21) respondentů a stav motorických funkcí, ke kterému se přiklonilo 83.33% (20) respondentů. Stav senzorických funkcí byl označen 79.17% (19) respondentů, motivace pak 66.67% (16) respondentů a adaptace 58.33% (14) respondentů. S nejmenším počtem četností byly označeny předchozí zkušenosti, ke kterým se přiklonilo pouze 50.00% (12) respondentů. Z hlediska počtu označených faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří 37.50 % (9) respondentů v odpovědích označilo všechny nabízené možnosti (faktory ovlivňující proces edukace v období stáří). Sedm nabízených možností pak volilo 16.67% (4) respondentů. Se shodnou četností zvolilo osm možných odpovědí 12.50% (3), pět možných odpovědí 12.50% (3) a čtyři možné odpovědi 12.50% (3) respondentů. 4.17 % (1) respondentů zmiňuje šest možných odpovědí a 4.17 % (1) respondentů pouze tři možné odpovědi. Z hlediska celkového počtu označených odpovědí považujeme výsledky této položky za diskutabilní. Uvědomění si faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří považujeme za klíčové. Edukační proces je nezbytné přizpůsobit možnostem a schopnostem jedince. Tato skutečnost výrazně ovlivňuje plánování a realizaci edukačních strategií.

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. 91.67 % (22) respondentů odpovědělo, že při edukačním procesu v rámci ošetrovatelské péče didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů využívají. Naopak 8.33 % (2) respondentů tyto zásady neuplatňují. Zásada individuálního přístupu byla zmíněna všemi kladně odpovídajícími respondenty 100% (22), přičemž výsledná data položek 15 a 16 tomu neodpovídají. Druhou nejpočetněji uplatňovanou zásadou byla zásada přiměřenosti, kterou uvedlo 95.45% (21) respondentů. Zásadu názornosti pak zmínilo 90.91% (20) dotazovaných. Dále se shodnou četností 31.82% (7) respondenti uvedli zásadu systematickosti a zásadu trvalosti. 27.28% (6) respondentů zmínili zásadu nepřetržité zpětné vazby a 22.73% (5) respondentů zásadu soustavnosti a zásadu aktuálnosti. 13.64% (3) respondentů uplatňují při edukaci seniorů zásadu komplexního rozvoje a 4.55 % (1) respondentů pak zásadu vědeckého přístupu, zásadu uvědomělosti a zásadu dobrovolnosti. Z hlediska počtu uplatňovaných didaktických zásad 8.33 % (2) respondentů žádnou z didaktických zásad při edukačním procesu u pacientů v seniorském věku neuplatňují. 33.33 % (8) respondentů v odpovědích uvádí shodně tři jimi uplatňované výše uvedené didaktické zásady. Čtyři didaktické zásady pak uplatňují 20.83 % (5) respondentů. S celkem pěti a sedmi zásadami pracuje při edukaci pacientů v seniorském věku 12.50 % (3)

respondentů. 8.33 % (2) respondentů zmiňuje šest a pouze 4.17 % (1) respondentů osm jimi uplatňovaných didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na edukaci seniorů. Ve výčtu však postrádáme podle našeho názoru i klíčovou zásadu spojení teorie s praxí, zásadu podpory kladných stránek osobnosti seniora a zásadu různorodosti výchovných podnětů.

Pro II. fázi výzkumného šetření budou předloženy otázky k případnému rozšíření původních výše uvedených odpovědí v dotazníkovém šetření: *Mají edukační sestry vlastní způsob zhodnocení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci? V čem sestry spatřují hlavní rozdíly mezi edukací seniorských pacientů v porovnání od edukace dospělých pacientů? Mají vlastní postup jak pracovat s pacientem v seniorském věku? Které formy a metody práce při edukaci pacientů v seniorském věku nejvíce využívají? Mají vlastní způsob, jak posuzují výsledný efekt realizované edukace u pacientů v seniorském věku?*

#### **4. Postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku**

Výzkumná dílčí otázka č. 12): *Jaké jsou postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku?*

Na základě sémantického diferenciálu jsme zjistili, že pro zkoumaný objekt (pojem) „edukace pacienta v seniorském věku je pro sestru“ představuje dimenze hodnocení průměrnou hodnotu 3.08 a dimenze energie průměrnou hodnotu 4.75. Celkový soubor 24 edukačních sester tedy vnímá edukaci pacienta v seniorském věku jako **náročnou** a v rovině hodnocení jako **pozitivní**.

Na základě výsledků průzkumného dotazníkového šetření a analýzy všech typů dokumentů byl sestaven obsah problémových okruhů a otázek k polostrukturovanému rozhovoru a vytvořen rámec pro strukturované pozorování (pozorovací arch) pro II. fázi výzkumného šetření, ve kterém se v souladu s výzkumnými cíli zaměříme na to: *Jaká je struktura sledované edukační intervence (se zaměřením zejména na formu, téma - cíl, metody, prostředky a pomůcky, délku, místo, prostředí a podmínky, podporu učení, komunikaci a rétoriku)? Jaké didaktické zásady edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují?*

## 10 Výsledky II. fáze výzkumného šetření

V této části práce se soustředíme na analýzu dat, které jsme získali prostřednictvím *polostrukturovaného rozhovoru, strukturovaného pozorování a analýzy dokumentů*<sup>530</sup>. Ve čtvrté podkapitole uvádíme shrnutí výsledků II. fáze výzkumného šetření, ve které budou ověřeny metodou triangulace.

### 10.1 Analýza a interpretace výsledků polostrukturovaného rozhovoru

Prostřednictvím *polostrukturovaného rozhovoru* byly respondentům předloženy otázky k rozšíření původních odpovědí v dotazníkovém šetření a otázky zjišťující zejména obecné názory, zkušenosti, informovanost a připravenost edukačních sester v oblasti edukace seniorů. Při přepisu dat jsme použili techniku anonymizace dat, která slouží k ochraně jmen respondentů. Reálná jména respondentů jsme nahradili pseudonymy.

Praktický příklad metody analýzy dat kódováním námi zvoleného rozhovoru, který proběhl s edukační sestrou Alenou, jsme prezentovali v kapitole 8.7. *Metody zpracování získaných údajů*. Data získaná polostrukturovanými rozhovory podle jednotlivých respondentů a kategorií, resp. subkategorií<sup>531</sup> přikládáme v příloze č. 11. Pro potřeby a kompletnost provedeného výzkumného šetření jsou nezbytné.

Výsledná data podle kategorií, resp. subkategorií jsou uvedena v podkapitole 10.4 *Shrnutí výsledků II. fáze výzkumného šetření*.

### 10.2 Analýza a interpretace výsledků strukturovaného pozorování

Následující výzkumnou metodou bylo *přímé nezúčastněné strukturované pozorování* edukační intervence zjišťující dovednosti sester k edukaci pacientů v seniorském věku. Výsledná data jsou zpracována statisticky (absolutní počet a procentuální zastoupení).

---

<sup>530</sup> Analýza zejména didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů, zacílená konkrétně na plánování sledované edukační intervence u pacientů v seniorském věku, použité edukační a informační materiály, vedení dokumentace zdravotnického zařízení k edukaci pacientů v seniorském věku - provedené záznamy o edukaci sestrou apod. - pozn. autorky.

<sup>531</sup> Námi vypracované tabulky obsahují vždy tři sloupce. První sloupec jsme vytvořili pro potřebu kódování textů, ve druhém sloupci nalezneme označení respondenta pseudonymem a ve třetím sloupci klíčový text. Vytvořené kódování slouží pro potřeby lepšího porozumění textu a pro kvalitnější a snadnější sestavení výsledné výzkumné zprávy – pozn. autorky.

Pro větší přehlednost jsou také ke každé položce sestaveny histogramy četností v podobě sloupcového grafu. Do příloh jsou zařazeny tabulky a grafy se statistickými daty, které jsou však pro potřeby a kompletnost provedeného výzkumného šetření nezbytné (viz Příloha 12).

Významná data jsou uvedena v podkapitole *10.4 Shrnutí výsledků II. fáze výzkumného šetření*.

### **10.3 Analýza a interpretace výsledků analýzy dokumentů**

Ve II. fázi výzkumného šetření byla provedena analýza zejména didaktických a zdravotnických (resp. ošetrovatelských) dokumentů<sup>532</sup>, zacílená konkrétně na plánování sledované edukační intervence u pacientů v seniorském věku, použité edukační a informační materiály, vedení dokumentace zdravotnického zařízení k edukaci pacientů v seniorském věku - provedené záznamy o edukaci sestrou apod.

#### **Plánování sledovaných edukačních intervencí**

V současné době je v souladu s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci ve zdravotnickém zařízení novelizovaná dokumentace, zdravotnické zařízení nevede *Záznam o edukaci edukační sestrou*. Edukační sestry si provádí **vlastní přípravu**, podle vlastních potřeb.

Pro tyto záznamy využívají nejrůznější **diáře, sešity, bloky** atd. Přípravu k edukaci provádí edukační sestry většinou každý den ráno. Podstatné informace zjišťují ze zdravotnické dokumentace či od zdravotnického personálu (např. přehled přijatých pacientů a téma jejich edukace, přehled průběžné edukace a přehled pacientů před propuštěním a téma jejich edukace apod.). K danému pacientovi si edukační sestry vedou **vlastní poznámky**: např. pokoj/lůžko, jméno a příjmení pacienta a diagnózu, didaktické pomůcky, s pacientem domluvený čas edukace, reakci pacienta na edukaci a zapojení rodiny, informace o tom, co pacient již zná a umí a co je potřeba dále procvičit pomůcky atd. K záznamu používají i **vlastní značky a zkratky**, např. pro příjem, operaci, základní edukaci, reedukaci apod. Tento plán edukační sestry popřípadě operativně mění nebo doplňují podle aktuálních potřeb pacientů.

---

<sup>532</sup> V některých případech jsou zpracovány pouze části dokumentů související s tématem našeho výzkumu - pozn. autorky.

Co se týče **odborného obsahu sdělovaného**, tak sestry vychází ze svých znalostí, zkušeností či písemných edukačních materiálů<sup>533</sup>, které pak předávají pacientovi.

Tyto materiály nám byly nabídnuty edukačními sestrami při šetření na místě k nahlédnutí.

### **Použité informační a edukační materiály**

Z celkového počtu 19 (100%) sledovaných edukačních lekcí byl **edukační materiál** použit v 94,74% (18). Edukační materiály mají sestry k dispozici jednak v elektronické podobě, svým pacientům je však poskytují většinou v podobě tištěné. Edukační materiály mají jednotný vizuální styl.<sup>534</sup>

Z celkového počtu 19 (100%) sledovaných edukačních lekcí byl v 57.89% (11) použit **reálný zdravotnický materiál**, který je nezbytnou součástí nácviku různých dovedností (např. stomický sáček, inzulinové pero, kapesní inhalátory, drenáže, převazový materiál apod.). Následoval ve 26.32% (5) **výukový film** (např. aplikace inzulinu, aplikace Fraxiparinu, manipulace s bederní ortézou, ošetření stomie apod.), některé z nich jako součást edukačních materiálů některých klinik. Ve 21.05% (4) sledovaných lekcí byl použit **nástěnný obraz** (např. žilní systém na dolních končetinách, kolostomie, schéma vylučovacího systému, princip Optichamber apod.), k vizualizaci např. principu založení stomie v 10.53% (2) **vlastní kresba** na papír a k nácviku aplikace inzulinu perem v 5.26% (1) **výukový тренаžér**.

Použité informační a edukační materiály nám byly sestrami nabídnuty k prohlédnutí při šetření na místě.

Konkrétní použité edukační materiály v rámci dvou námi sledovaných edukačních lekcí uvádíme v příloze 13, ve které představujeme *Příklady dobré praxe*.

### **Provedené záznamy o edukaci**

Dokumentování realizované edukace vychází z *Metodického pokynu č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*. Záznam o realizované edukaci provádí edukační sestry **písemnou formou do formuláře Záznam o poskytnuté**

---

<sup>533</sup> Kvalitativní analýza těchto materiálů byla provedena v podkapitole 3. 2 *Analýza všech typů dokumentů* - pozn. autorky

<sup>534</sup> Kvalitativní analýza těchto materiálů byla provedena v podkapitole 3. 2 *Analýza všech typů dokumentů* - pozn. autorky

***ošetřovatelské péči.*** Ve spodní části tohoto formuláře provádí záznam o realizaci specializované a úzce specializované úrovni edukace. Zde edukační sestry zapisují datum, téma edukace číslem z nabízených možností nebo slovně. **Pokud slovně, tak informativně, v krátkých větách, jasně a stručně – v čem je pacient již edukován a popř. co je potřeba v současnosti procvičit.**

Dále edukační sestry provádí zápis o realizaci specializované a úzce specializované úrovni edukace i **do záznamového formuláře *Záznam o edukaci v elektronické podobě*** do KIS MEDEA<sup>535</sup> **výběrem z nabízených možností** (přes složku pacienta je zaznamenáván datum, kdo a kde edukoval, poté se provádí výběr edukačního tématu, edukačních bariér, poskytnutých pomůcek, poskytnutých edukačních materiálů, reakce pacienta, zapojení rodiny apod.).

Tyto záznamy nám byly nabídnuty edukačními sestrami při šetření na místě k nahlédnutí.

## **10.4 Shrnutí výsledků II. fáze výzkumného šetření**

Ve druhé fázi výzkumného šetření probíhal sběr empirických dat prostřednictvím *polostrukturovaného rozhovoru* vedeného edukačními sestrami, při kterém byly předloženy otázky k rozšíření původních odpovědí v dotazníkovém šetření a otázky zjišťující zejména informovanost a připravenost edukačních sester v oblasti edukace seniorů. Následující výzkumnou metodou bylo *přímé nezúčastněné strukturované pozorování* edukační intervence zjišťující dovednosti sester k edukaci pacientů v seniorském věku, tato výsledná data jsou zpracována statisticky (výskyt daného jevu, absolutní počet a procentuální zastoupení). Souběžně byla realizována kvalitativní *analýza didaktických a zdravotnických (resp. ošetřovatelských) dokumentů*, zacílená konkrétně na plánování sledované edukační intervence u pacientů v seniorském věku, použité edukační a informační materiály, vedení dokumentace zdravotnického zařízení k edukaci pacientů v seniorském věku - provedené záznamy o edukaci sestrou apod.

V této části práce uvádíme výsledná data získaná ve II. fázi výzkumného šetření dohromady, tyto informace jsme roztřídili podle struktury analýzy dat získaných rozhovorem do devíti kategorií, resp. subkategorií.

---

<sup>535</sup> Klinický informační systém – pozn. autorky.



## 1 Přípravenost edukačních sester k edukaci pacientů seniorského věku

### 1a Zdroje celoživotního vzdělávání

**Výzkumná dílčí otázka č. 2): *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku?* V rámci realizovaného rozhovoru se podle našeho názoru potvrdil význam celoživotního vzdělávání sester. Mezi prvotní zdroje celoživotního vzdělávání, které jsou přínosné pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku, patří podle 70% dotazovaných jimi absolvované **vzdělávací programy specializačního vzdělávání** a podle 45% dotázaných také **kvalifikační studium**.**

Podle většiny dotazovaných (90%) mohou inspiraci načerpat i během různých **odborných přednášek nebo konferencí určených pro sestry** jako takové, a to v rámci aktivní i pasivní účasti, i když ne vždy přímo zaměřených na problematiku edukace či edukace seniorů, ale mohou se zde dozvědět různé kazuistiky, zkušenosti, rady či návody jak je možné event. při práci se seniory postupovat.

Inspiraci a náměty pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku jim přináší podle 65% dotázaných i **pravidelné edukační schůzky**, v rámci kterých jsou pro edukační tým sester realizované přednášky na různá odborná témata zahrnující péči o pacienty všech věkových skupin vě. seniorů (např.: Mobilní hospic, Tyfloservis, Nemocniční kaplan).

V kontextu s tímto problematickým okruhem 60% dotázaných udávalo i absolvované **certifikované kurzy**, např. Mentor klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence, Elektrodiagnostika nervového systému EMG a EEG, Specifická ošetřovatelská péče o nemocné s Diabetem Mellitem, Specifická ošetřovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy, Edukace v diabetologii a kompletní péče o nemocného se stomií.

Dalším značným zdrojem znalostí a dovedností pro edukační práci se seniory jsou podle 40 % dotazovaných **vzdělávání, které jsou cílené přímo na problematiku edukace seniorů**, konkrétně přednášky Edukace v péči o seniory, vzdělávací program zaměřený na péči o staré a chronicky nemocné se zaměřením na jejich edukaci, a dále i **spolupráce FN Olomouc s agenturami domácí péče**.

Dalším zdrojem informací pro práci se seniory je podle 25 % dotazovaných studium **odborné literatury a časopisů**. Z publikací byly jmenované: *Edukace seniorů*

(N. Špatenková a L. Smékalová), *Soužití se staršími lidmi* (C. Pichaud a I. Thareauová), *Motivační prvky při práci se seniory* (D. Klevetová), *Fenomén stáří* (H. Haškovcová) a z časopisů: *Sestra* či *Florence*. Důležitým zdrojem informací je podle 20 % respondentů i **internet**. Jeden respondent v této problematice vidí přínos i ve **vedení studentek vysoké školy v rámci mentorství**. V rámci celoživotního vzdělávání byl v souvislosti s tímto tématem jako přínosný jedním respondentem uveden i **edukační kongres při UP a vysokoškolské studium andragogiky**.

### **1b Pracovní zkušenosti**

Dalším zdrojem inspirací a námětů pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku jsou podle výpovědí všech dotazovaných (100%) **pracovní zkušenosti s péčí o seniory**, tedy **dlouholetá praxe u lůžka**, jejíž nedílnou součástí je i edukace. V kontextu s tímto problematickým okruhem pak 35% dotázaných udávalo i **zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice**, konkrétně byly uvedeny realizované přednášky pro neslyšící, dále zkušenosti lektora v zájmovém vzdělávání (přednášky první pomoci), zkušenosti lektora v kurzech pro seniory, soukromé edukace a také zkušenosti s edukací v sociálních zařízeních, domovech důchodců a domovech s pečovatelskou službou.

## **2 Vlastní pohled respondenta na problematiku**

V porovnání od edukace dospělých pacientů je podle odpovědí všech dotazovaných (100%) edukace seniorů velice **individuální**, podle 30% dotazovaných **specifická**. Edukace v tomto věku se podle reakcí dotazovaných odvíjí od konkrétních potřeb daného pacienta, důležité je tedy edukaci přizpůsobit jeho individuálním možnostem a schopnostem.

Podle 60% dotazovaných, pacienti v seniorském věku **častěji zapomínají**, důležitá je tedy podle nich redukce zprostředkovaných informací a jejich důsledné opakování, zaměření se na fixaci nejnütnějších návyků a úkonů, předávání informací v písemné podobě nejlépe i s důležitými kontakty. Pacient je pak podle výpovědí respondentů jistější, protože má informace neustále u sebe a může tak do písemných materiálů kdykoliv nahlédnout. Podle dotazovaných je také důležité ze stejného důvodu do edukace pacienta zapojit celý zdravotnický tým, stále a důsledně požadované opakovat, procvičovat a kontrolovat.

Dále taktéž podle 60% dotazovaných mají senioři i jistá **specifika v komunikaci**. Edukace pacientů v seniorském věku vyžaduje podle nich srozumitelné vyjadřování ve vztahu k úrovni vzdělání a chápání konkrétního pacienta, používání jednoduchých termínů a správné rétoriky, mluvit pomalu, zřetelně, stručně, v krátkých větách.

50% respondentů shodně vypovídalo o tom, že je edukace u pacientů v seniorském věku oproti jiným věkovým skupinám **časově náročnější**, proto je nutné si pro jejich edukaci vyhradit více času. S tímto souvisí i názor 30% dotazovaných, kteří míní, že z důvodu zpomalení psychomotorického tempa je stěžejní přizpůsobení tempa edukace potřebám konkrétního jedince.

Podle reakcí 40% dotazovaných, edukace seniorů vyžaduje **citlivý a empatický přístup**, a také **trpělivost**.

Podle 20% dotazovaných je důležité **realizovat edukaci i v následné péči**, pokud je **rodina** přítomna, pacient či rodina si to přeje a je-li to žádoucí je vhodné ji do edukace zapojit.

20% dotazovaných vypovídalo o tom, že v první fázi edukace je pro značnou rozdílnost seniorů klíčové pečlivé zhodnocení, **důsledné posouzení konkrétního jedince** je podle nich důležité pro úspěšnost dalších fází edukačního procesu.

### 3 Výchozí metodika

#### 3a Koordinace edukační činnosti

**Výzkumná dílčí otázka č. 7): Kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje?** V plánování, organizování a realizaci specializované a úzce specializované edukace jsou podle všech dotazovaných **plně kompetentní edukační sestry**. Podle výpovědi všech dotazovaných je každý pacient **posouzen individuálně z hlediska potenciální edukační potřeby**. Všichni respondenti důležité informace získávají z **kompletní zdravotnické dokumentace pacienta**, 90% respondentů z **rozhovoru se zdravotnickým personálem**, 50% respondentů využívá k získávání informací i **osobního setkání s pacientem** a 30% respondentů **rozhovor s rodinou**. Podle všech dotazovaných je na základě individuálních potřeb následně **vypracován edukační program podle potřeb konkrétního pacienta**. Podle analýzy výpovědi všech respondentů má edukace u pacientů v seniorském věku **týmový charakter**, do její realizace je tedy zapojený i ostatní

zdravotnický personál (zejména v otázce procvičování), event. podle 20 % dotazovaných i rodina pacienta.

Podle výpovědí dotazovaných je ze zdravotnické dokumentace stěžejní zejména příjmová zpráva, lékařská překladová zpráva, ordinační list, operační protokol, z ošetrovatelské dokumentace formulář *Posouzení pacienta*, *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči* a *Ošetrovatelská překladová zpráva*. Edukační sestry pak při edukaci pacientů v seniorském věku nejčastěji spolupracují s lékařem, ošetřujícím personálem, s fyzioterapeutem, nutriční sestrou, sociální pracovníci a event. rodinou pacienta.

### **3b Míra využívání metodického pokynu**

**Výzkumná dílčí otázka č. 6): *Pokud metodické materiály a formalizované postupy existují, do jaké míry je edukační sestry využívají?* Podle všech dotazovaných **Metodický pokyn č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL ve své edukační práci využívají a řídí se jím.** Na tvorbě tohoto materiálu se podle jejich výpovědí podílel celý edukační tým. Podle dotazovaných však nemohou ale všechny edukace zobecňovat, specifika operativně řeší, a **na základě svých kompetencí konkrétní edukaci projektují podle individuálních potřeb pacienta.****

## **4 Projektování edukačních strategií**

### **4a Zdroje informací (kritéria posouzení)**

**Výzkumná dílčí otázka č. 8): *Na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci? Které indikátory vedou sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu?* Podle všech dotazovaných je připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci posuzována na základě jeho anamnestických údajů. Podle všech dotazovaných pak na základě prostudované **kompletní zdravotnické dokumentace pacienta**, včetně ošetrovatelské dokumentace. 90% dotazovaných k tomuto dále využívá **rozhovor s ošetřujícím personálem**, 75% dotazovaných také **rozhovor a pozorování pacienta**, a 30% dotazovaných i **rozhovor s rodinnými příslušníky**, jsou-li přítomni.**

Z výpovědí respondentů dále vyplývá, že při posuzování připravenosti pacienta k edukaci sestry postupují podle metodického pokynu. Ze zdravotnické dokumentace je pro ně stěžejní zejména příjmová zpráva, lékařská překladová zpráva, ordinační list, operační protokol, z ošetrovatelské dokumentace formulář *Posouzení pacienta*,

*Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči a Ošetrovatelská překládová zpráva.* Při posuzování připravenosti pacienta k edukaci spolupracují taktéž s fyzioterapeutem a nutriční sestrou, nejasnosti konzultují i s lékařem. Posouzení vychází z analýzy pacientových schopností učit se, posouzení pacienta získat nebo rozšířit si vědomosti, dovednosti a návyky. Hodnocení vychází z toho, zda má pacient dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu, v jakém rozsahu, aby se mohl naplánovat edukační program přímo na potřeby konkrétního pacienta.

#### **4b Vlastní způsob zhodnocení**

Posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci je podle všech dotazovaných **velice individuální**. 95% dotazovaných specifikovalo vlastní způsob zhodnocení pacienta obdobným způsobem. Prvním krokem pro zhodnocení připravenosti pacienta k edukaci je podle těchto dotazovaných **prostudování zdravotnické dokumentace pacienta**, konkrétně se přitom podle výpovědí 50% dotazovaných zaměřují hlavně na osobní data, 50% dotazovaných na současné obtíže a na osobní anamnézu. 90% dotazovaných využívá pro tento účel také **rozhovor s ošetřujícím personálem** a 30% dotazovaných i **rozhovor s rodinou**. Poté edukační sestry **pokládají pacientovi v rámci prvního osobního setkání otázky** (shodně podle dvou edukačních sester Dany a Šárky tzv. *...„příjemné otázky“*) zaměřené na dřívější zjištění a **sledují adekvátnost zpětné vazby**. Podle edukační sestry Hany *...„ v rámci rozhovoru pak otevírám další problémy, témata, otázky.“* „Na základě průběhu rozhovoru pak zhodnotím jeho připravenost, tedy schopnost učit se, k edukaci.“ Přitom se podle dotazovaných zaměřují na úroveň orientace, kognice a koncentrace.

90% dotazovaných se v rámci posouzení připravenosti pacienta k edukaci zaměřuje také na jeho **momentální zdravotní stav** (např. na případnou bolest či nevolnost) a 65 % dotazovaných na **momentální psychický stav** (např. na náladu pacienta a případný strach). Dále jsou sledovány i **další údaje o pacientovi**, podle sdělení 20% dotazovaných dosavadní znalosti, dovednosti; dosavadní návyky; postoje ke zdraví; kompenzační pomůcky; zájem a ochotu učit se a úroveň spolupráce pacienta. Zjišťována je i **schopnost pacienta se učit**, podle 20% dotazovaných je sledován stav zraku, stav sluchu a manuální zručnost apod.

95% dotazovaných uvedlo, že tento **rozhovor doplňují i pozorováním pacienta**. Podle jedné respondentky třeba i sledováním zručností při provádění již dříve naučeného výkonu.

Na základě průběhu osobního setkání s pacientem pak zhodnotí jeho připravenost (schopnost učit se) k edukaci. 50% dotazovaných shodně uvedlo, že výše popsané **hodnocení provádí podle potřeby**. Dalších 15% dotazovaných provádí průběžné hodnocení tak, že **před další edukační lekcí navazují na informace předané v předchozím setkání**. Pokud momentální stav pacienta edukaci nedovolí, podle shodných výpovědí dvou dotazovaných se pak společně s pacientem **domluví na čase další návštěvy**.

#### **4c Zapojení rodiny**

Zapojení rodiny do edukace pacienta v seniorském věku je podle 80% dotazovaných **velice individuální**. 70% dotazovaných uvedlo, že **hlavními indikátory k zapojení rodiny do edukace jsou pacientovi možnosti a schopnosti, tedy, jsou-li přítomny překážky v edukaci**. Konkrétně pak podle jednoho dotazovaného např. psychické (nezájem, strach, prokázaná demence atd.), smyslové či tělesné bariéry (např. artritické prsty – nezvládne výkon), které omezují pacientovu možnost či schopnost se učit. Podle 40% dotazovaných je klíčové také to, **jestli si to pacient či rodina přeje** a podle jednoho dotazovaného: **pokud je také rodina přítomna a je-li to žádoucí**. Rodina se podle výpovědí dotazovaných většinou ráda zapojí.

20% dotazovaných shodně k tomuto uvedlo, že pokud není možné zapojit rodinu, přes sociálního pracovníka řešícího sociální podmínky pacienta se event. zajistí agentura domácí péče nebo je v řešení jiná následná péče.

### **5 Realizace edukačních strategií**

#### **5a Vlastní strategie práce**

Edukace pacienta v seniorském věku je podle všech respondentů **velice individuální**, odvíjí se od jeho konkrétních potřeb. **Důležitý je individuální přístup**, respektovat individuální zvláštnosti pacienta a přizpůsobit edukaci k jeho učení.

Z analýzy odpovědí dotazovaných vyplývají následující vlastní edukační strategie, jež nyní prezentujeme podle jejich posloupnosti v rámci průběhu edukační lekce:

podle 30% dotazovaných je potřebné **ctít zásadu dobrovolnosti**, podle 90% dotazovaných **zohlednit zdravotní stav**, podle 30% dotazovaných **zajistit soukromí** a podle 40% dotazovaných **klid**, podle 50% dotazovaných **věnovat pacientovi více času**, podle 40% dotazovaných **trpělivost**, podle 30% dotazovaných **spolu s pacientem stanovit reálný cíl**, podle 30% dotazovaných **informace uspořádat do nějakých logických celků**, **upozornit pacienta na to, co je důležité a méně podstatné**, **přítom jim vysvětlit vzájemný vztah mezi nimi**, podle 30% dotazovaných **na začátku edukace začínat s tím, co pacienta zajímá a co zná**, podle 30% dotazovaných **informace přeformulovat a přiblížím možnostem a schopnostem konkrétního pacienta**, podle 20% dotazovaných **edukovat nejlépe v přítomnosti rodiny**, podle 30% respondentů **podávat základní – klíčové informace**, podle 30% dotazovaných **používat jednoduché termíny**, podle 30% dotazovaných **informace zprostředkovávat postupně a postupovat od jednoduššího ke složitějšímu**, podle 30% dotazovaných **přizpůsobit se tempu učení pacienta**, podle 65% dotazovaných **předat edukační materiál** (event. s důležitými kontakty), podle 60% dotazovaných **používat správnou rétoriku** - mluvit zřetelně a pomalu, v kratších větách, dále podle jednoho dotazovaného **udržovat oční kontakt**, podle 30% dotazovaných **ctít zásadu názornosti**, podle 30% dotazovaných **častěji zjišťovat zpětnou vazbu**, podle 40% dotazovaných **důsledněji procvičovat a opakovat**, podle 30% dotazovaných **nešetřit chválou a povzbuzovat**, po jednom dotazovaném **na závěr edukační lekce obsah edukace shrnout**, event. **se domluvit na tématu a času příští návštěvy**.

Edukační sestra Alena k tomuto doplnila, že je důležité u takového pacienta *..., zapojit pak do edukace celý tým, ctít tak zásadu soustavnosti!* “ Edukační sestra Ilona taktéž poznamenala *...,já třeba uplatňuji nadhled a určitý smysl pro humor, myslím si, že s humorem a určitým nadhledem jde leccos překonat.*“ Edukační sestra Šárka k tomuto doplnila *..., důležitá je empatie, pacienta vyslechnout, povzbudit, rozesmát, chválit a potěšit, to má rád každý.*“

## **5b Využívání edukačních forem a metod**

Všichni respondenti při edukaci pacientů v seniorském věku upřednostňují **individuální formu edukace**.

Z edukačních metod pak všichni respondenti **metodu slovní**: konkrétně 70% respondentů **vysvětlování**, 40% respondentů **výklad a rozhovor**. 30% respondentů edukaci doplňuje o **různé modelové příklady a příběhy**. 95% dotazovaných **praktický nácvik** a 70% dotazovaných **praktickou ukázkou**. Dále při edukaci pacientů v seniorském věku využívá podle analýzy odpovědí 80% dotazovaných **metodu písemnou (informační materiály)**.

Při edukační práci se seniory pro usnadnění osvojení požadovaných znalostí a dovedností využívá dle analýzy odpovědí 40% dotazovaných podle zaměření edukace reálný zdravotnický materiál, který je nezbytnou součástí nácviku různých dovedností (např. stomický sáček, inzulínové pero, kapesní inhalátory, drenáže, převazový materiál apod.). 30% dotazovaných používá při edukaci pacientů různé obrázky (např. výživová pyramida, zdravý talíř), 30% dotazovaných edukační videa (např. aplikace inzulínu, aplikace Fraxiparinu, manipulace s bederní ortézou, ošetření stomie apod.), některé z nich jako součást edukačních materiálů některých klinik, 20% dotazovaných nástěnné obrazy (např. kolostomie, princip Optichamber apod.), 20% dotazovaných materiály od obchodních zástupců firem (např. stomické pomůcky), pokud je potřeba pacientovi vysvětlit třeba princip založení stomie 20% dotazovaných k tomuto využívají i vlastní kresbu na papír. 15% dotazovaných používá anatomická schémata (např. žilní systém na dolních končetinách, schéma vylučovacího systému) a 20% respondentů obrázky, které si sami vyrobili. Edukační sestra Šárka doplnila *...,využívám i edukační materiál nutričních pracovníků, je pro personál přístupný na ALTUS<sup>536</sup> portále.* “

### **5c Posuzování výsledného efektu edukace**

65% dotazovaných zjišťuje zpětnou vazbu prostřednictvím **kontrolní otázky** a posouzení odpovědí. Podle edukační sestry Františky otázkami např. *..., Co jste mi rozuměl z toho, co jsem vám říkala? Jak budete provádět....?* “

Z analýzy odpovědí vyplývá, že 30% dotazovaných využívá k **ověřování znalostí i nenásilnou formu prostřednictvím rozhovoru**, podle odpovědi edukační sestry Šárky *..., aby se pacient necítil jako při zkoušení ve škole.* “ Podle odpovědi edukační sestry Ilony *...,rozumně si s pacientem popovídám. Proberu s ním všechny možnosti. Diskutujeme.* “

---

<sup>536</sup> Intranet Fakultní nemocnice Olomouc – pozn. autorky.



75% dotazovaných uvedlo, že zpětnou vazbu provádí i prostřednictvím **sledování zručností pacienta** při provádění osvojeného výkonu.

30% dotazovaných ke zpětné vazbě využívá i **rozhovor s personálem** a 25% dotazovaných **rozhovor s rodinou**, hlavně v otázce procvičování výkonu.

## **6 Specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upravené prostředí**

**Výzkumná dílčí otázka č. 9): Do jaké míry se při realizaci edukačních činností využívá specifických materiálů a pomůcek, příp. speciálně upraveného prostředí?**

65% dotazovaných k edukaci pacientů v seniorském věku zajišťuje vhodné prostředí a podmínky, z toho 40% respondentů se snaží k edukaci zajistit **soukromí a klid**, 30% respondentů **dostatečné osvětlení** a 20% **funkční kompenzační pomůcky**. 30% respondentů uvedlo, že pokud je možnost a je to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta reálné tak využívají k jeho edukaci **edukační místnost**. Podle reakce jednoho dotazovaného v případě přítomnosti dalšího spolupacienta na pokoji žádá pacientův souhlas, že může být edukován v jeho přítomnosti.

30% dotazovaných informace předávající v písemné podobě doplňuje o **telefonní a emailový kontakt pro případ potřeby**, 20% dotazovaných při edukaci seniorů využívá **obrázky, které si sami vyrobili**, jeden dotazovaný uvedl, že podle potřeby na požádání pacientovi **vytiskne edukační materiály z počítače větším písmem**.

35% dotazovaných však odpovědělo, že při edukaci pacientů v seniorském věku nevyužívá žádné specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upraveného prostředí, podle edukační sestry Hany..., *zatím tu nic takového nemáme.*

## **7 Pomoc – opora při problémech v praxi**

### **7a Týmová spolupráce**

Realizace edukace u pacientů v seniorském věku má podle výpovědí všech dotazovaných **týmový charakter**. Podle konkrétní výpovědi edukační sestry Františky je důležité ..., *zapojit do edukace celý zdravotnický tým, podle potřeby konkrétního pacienta.* Podle doplnění 25% dotazovaných je také žádoucí do edukace pacienta v seniorském věku **zapojit jeho rodinu**.

Edukační sestry při edukaci pacienta v seniorském věku nejčastěji spolupracují podle 90% dotazovaných s ošetřujícím personálem (např. aktivně kontaktuje edukační sestru při nutnosti konkrétního pacienta v něčem edukovat, spolupracuje na procvičování odborného výkonu u pacienta atd.). 80% dotazovaných spolupracuje také s fyzioterapeutem (např. v otázce procvičování, zlepšení pohyblivosti, prevence pooperační pohyblivosti atd.). 60% dotazovaných uvedlo, že možná specifika a nejasnosti konzultují s lékařem (např. zvláštnosti léčby, léčebný režim vycházející z operačního zákroku atd.). Podle 50% dotazovaných je možná spolupráce i s nutriční sestrou (např. při řešení nechutenství, konzultace ohledně diety atd.). 10% dotazovaných uvedlo, že při řešení sociálních podmínek pacienta spolupracují i se sociálním pracovníkem. 10% dotazovaných dodalo, že je-li potřeba, tak zajistí u pacienta tzv. týmovou edukaci, to znamená ve spolupráci s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, či jinou edukační sestrou. Pokud pacient potřebuje aktuálně informace o speciálním postupu jiného klinického oboru, tak podle reakce 10% dotazovaných je možnost využít ke spolupráci i jiné kolegyně z edukačního týmu.

## **7b Opora při problémech v praxi**

**Výzkumná dílčí otázka č. 11): *Jakým způsobem je pro edukační sestru realizující edukaci pacientů v seniorském věku zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi?*** 50% uvedlo, že se v praxi s problémy při realizaci edukace pacienta v seniorském věku nesetkalo. Podle konkrétní výpovědi edukační sestry Aleny však *..., řešení problémů není problém.*“

Případné problémy většinou řeší 40% dotazovaných s **ostatními členkami edukačního týmu**, 20% dotazovaných s **lékařem**, 15% dotazovaných s **fyzioterapeutem** a s **nutriční sestrou**, 10% dotazovaných se **sestrami** a podle jednoho respondenta se **sociálním pracovníkem**.

50% respondentů k tomuto shodně doplnilo, že je právě proto důležitá **prevence, zapojení celého zdravotnického týmu**, tady vidí oporu ze strany personálu v opakování, procvičování. A pokud se vyskytne z jejich strany či ze strany edukační sestry při edukaci pacienta problém, konzultují ho a snaží se ho hned, operativně a společně vyřešit. 10% respondentů taktéž uvedlo, je-li potřeba, tak ze stejného důvodu zajistí u pacienta týmovou edukaci, to znamená ve spolupráci s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem či jinou edukační sestrou.

## 8 Dokumentování průběhu edukace

### 8a Záznam o edukaci do zdravotnické dokumentace

**Výzkumná dílčí otázka č. 10): *Jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku?* Z šetření na místě jsme zjistili, že všichni dotazovaní záznam o edukaci provádí, a to **po její realizaci**. Tento záznam provádí **písemnou formou do formuláře Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči**. Ve spodní části tohoto formuláře edukační sestry provádí záznam o realizaci specializované a úzce specializované úrovni edukace. Zaznamenávají datum, téma edukace číslem z nabízených možností nebo slovně. **Pokud slovně, tak informativně, v krátkých větách, jasně a stručně – v čem je pacient již edukován, popř. co je potřeba v současnosti procvičit.****

Dále edukační sestry provádí zápis o realizaci specializované a úzce specializované úrovni edukace i **do záznamového formuláře Záznam o edukaci v elektronické podobě do KIS MEDEA<sup>537</sup> výběrem z nabízených možností.**<sup>538</sup>

### 8b Vlastní záznamy

Edukační sestry si provádí **vlastní přípravu**, podle vlastních potřeb. Tuto skutečnost dále uvedlo všech 100% dotazovaných.

Pro tyto záznamy edukační sestry využívají nejrůznější diáře, sešity, bloky atd. Přípravu k edukaci provádí edukační sestry většinou **každý den ráno**. K danému pacientovi si edukační sestry vedou **vlastní poznámky**: např. pokoj/lůžko, jméno a příjmení pacienta a diagnózu, didaktické pomůcky, s pacientem domluvený čas edukace, reakci pacienta na edukaci a zapojení rodiny, informace o tom, co pacient již zná a umí a co je potřeba dále procvičit pomůcky atd. K záznamu používají i **vlastní značky a zkratky**, např. pro příjem, operaci, základní edukaci, reedukaci apod. Tento plán edukační sestry popřípadě operativně mění nebo doplňují **podle aktuálních potřeb pacientů**.

K tomuto edukační sestra Hana doplnila *...,Co se týče odborného obsahu sdělovaného, tak vycházím ze svých znalostí, dovedností, zkušeností či písemných edukačních materiálů, které pak předávám pacientovi. Ostatní problémy řeším operativně.*“

---

<sup>537</sup> Klinický informační systém – pozn. autorky.

<sup>538</sup> Přes složku pacienta je zaznamenáván datum, kdo a kde edukoval, poté se provádí výběr edukačního tématu, edukačních bariér, poskytnutých pomůcek, poskytnutých edukačních materiálů, reakce pacienta, zapojení rodiny z nabízených možností apod. - pozn. autorky.

## **Závěr**

Reakce dotazovaných na proběhlé výzkumné šetření na místě většinou byly kladné, 60% dotazovaných mělo zájem o výsledky výzkumu, popisovaly jej jako obdivuhodnou či zajímavou práci a přáli nám v její realizaci hodně úspěchů.

**Výzkumná dílčí otázka č. 13): *Jaká je struktura sledované edukační intervence (se zaměřením zejména na formu, téma - cíl, metody, prostředky a pomůcky, délku, místo, prostředí a podmínky, podporu učení, komunikaci a rétoriku)?***

## **PROJEKTOVÁNÍ EDUKAČNÍCH STRATEGIÍ**

### **Téma (cíle) edukace**

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Pozorované edukační lekce byly zaměřeny na následující témata.

Se shodným počtem četností 10.53% 2: *Ošetření stomie a výměna sáčku, sebekůže a Aplikace inzulínu perem, sebekůže.*

S četností 5.26% (1): *Příjem k hospitalizaci, sarkaidóza - vysvětlení onemocnění, plánovaná vyšetření, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů; Užití kapesního inhalátoru (prášková forma) u chronické obstrukční plicní nemoci; Užití Optichamber (aerosolového dávkovače); Chemoterapie - léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů; Přijetí k hospitalizaci, spánková apnoe - vysvětlení onemocnění, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, pravidla spánkové hygieny, plánovaná vyšetření; Postup při nasazování bederního korzetu; Edukace po operaci štítné žlázy - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebekůže, výživa, pitný režim, péče o ránu, následná péče; Edukace po operaci konečníku - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebekůže, výživa, pitný režim, péče o ránu; Příjem k hospitalizaci, chemoterapie – léčebný režim, výživa, pitný režim, sebekůže, prevence pádů; Aplikace Fraxiparinu; Příjem k hospitalizaci – edukace před a po operaci; Edukace před propuštěním do domácí péče, péče o permanentní močový katétr, sebekůže; Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, domácí řád, plánovaná vyšetření; Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, používání kompenzačních pomůcek: berle, domácí řád, plánovaná vyšetření*

a *Edukace po operaci slepého střeva - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebeděže, výživa, pitný režim, péče o ránu.*

### **Místo realizace edukace**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) se nejčastěji edukace realizovala na **pokoji pacienta** 68.42% (13), **edukační místnost** byla využita ve 31.58% (6).

### **Edukační bariéry**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) se edukační bariéry pacientů v 52.63% (10) týkaly **poruchy zraku** a ve 31.58% (6) **poruchy sluchu**. Ve 15.79% (3) sledovaných edukačních lekcí se nevyskytovaly žádné edukační bariéry.

### **Forma edukace**

Všechny sledované edukační lekce 19 (100%) byly realizovány **individuální formou**.

### **Typ edukace**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) se v 73.68% (14) jednalo o **základní edukaci**, ve 26.32% (5) o **reedukaci**.

### **Didaktické pomůcky**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) byl **informační materiál** použit v 94,74% (18), **zdravotnický materiál** v 57.89% (11), následoval **výukový film** v 26.32% (5), **nástěnný obraz** ve 21.05% (4), **vlastní kresba** v 10.53% (2) a v 5.26% (1) **výukový тренаžér**.

### **Metody edukace**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) byla metoda **vysvětlování** použita v 100% (19), **informační materiál** v 94.74% (18) z nich, **výklad** v 57.89% (11), následoval **rozhovor** ve 42.10% (8) a se stejnou četností **praktický nácvik** 42.10% (8). **Vyprávění příběhu** bylo aplikované ve 31.58% (6), **praktická ukázka** v 15.79% (3) a **vlastní kresba** v 10.53% (2) sledovaných edukačních lekcí.

## Délka edukační lekce

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) se u 36.84% (7) délka lekce pohybovala přibližně **20 minut** a u stejného počtu 36.84% (7) přibližně **15 minut**. Délka dalších 26.32% (5) lekcí byla kolem **25 minut**.

## REALIZACE EDUKAČNÍCH STRATEGIÍ

### Prostředí a podmínky

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) se edukační lekce realizovala **pro edukaci vhodné prostředí, při optimálních podmínkách** jako předem stanovený pozorovaný jev v 52.63% (10), v 31.58% (6) „spíše ano“ a v 15.79% (3) „spíše ne“.

### Podmínky

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) měl pacient k edukaci **zajištěny funkční kompenzační pomůcky** jako předem stanovený pozorovaný jev v 68.42% (13) a v 15.79% (3) „spíše ano“. V 15.79% (3) případech se hodnocení tohoto jevu nehodilo.

### Podpora učení

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) byl pacient **zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci** jako předem stanovený pozorovaný jev v 52.63% (10), ve 47.37% (9) „spíše ano“. **Pacient aktivně spolupracoval** v 78.95% (15), ve 21.05% (4) „spíše ano“. **Pacient byl seznámen s tématem edukační lekce** ve 100.00% těchto sledovaných edukačních lekcí.

**Edukační lekce navazovala na dosavadní skutečné znalosti a dovednosti pacienta** v 84.21% (16), v 15.79% (3) „spíše ano“. **Edukační lekce prohlubovala nebo rozvíjela znalosti pacienta** v 84.21% (16), v 15.79% „spíše ano“. **Edukační lekce prohlubovala nebo rozvíjela dovednosti pacienta** v 63.16% (12), v 5.26% (1) „spíše ano“ (ve 31.58% případech se hodnocení tohoto jevu nehodilo). **Edukační lekce cíleně rozvíjela postoje pacienta** v 89.47% (17), v 10.53% (2) „spíše ano“.

**Pacientovi byly nové poznatky zprostředkovány postupně, systematicky** v 84.21% (16), v 15.79% (3) „spíše ano“. V rámci edukační lekce se **účelně střídaly odlišné**

**metody výuky** ve 100.00% (19) sledovaných edukačních lekcí. Do edukační lekce **byly zařazeny vhodné modelové příklady, příběhy** v 52.63% (10), ve 31.58% (6) „spíše ano“ a v 15.79% (3) „spíše ne“. **Praktická ukázka reflektovala individuální potřeby pacienta** ve 42.11% (8), v 10.53% (2) „spíše ano“ (ve 47.37% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo). **Pacient byl vyzván, aby předvedl praktický úkon sám** ve 47.37% (9) (v 52.63% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo). **Pacient věděl, co se po něm vyžaduje - rozuměl pokynům** v 57.89% (11), v 21.05% (4) „spíše ano“ (ve 21.05% případů tento pozorovaný jev nešel posoudit). **Pacient věděl, proč to dělá a k čemu to vede** v 68.42% (13), v 15.79% (3) „spíše ano“ (v 15.79% případů tento pozorovaný jev nešel posoudit). **Pacient dostával přiměřený čas na nácvik praktického úkonu** ve 36.84% (7), v 10.53% (2) „spíše ano“ (v 52.63% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo). **Pacientovi byla poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu** ve 36.84% (7), v 10.53% (2) „spíše ano“ (v 52.63% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo). **Pokud se v učení vyskytly obtíže, byly ihned rozpoznány a pacientovi byla poskytnuta pomoc** v 78.95% (15), ve 21.05% (4) „spíše ano“. **Pacientovi byla poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu** v 68.42% (13), ve 26.32% (5) „spíše ano“ (v 5.26% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo se či pozorovaný jev nešel posoudit).

**Pacient byl oceňován za proces - snahu, postupy** v 73.68% (14), ve 26.32% (5) „spíše ano“. **Pacient byl oceňován za výsledek práce** v 73.68% (14), ve 26.32% (5) „spíše ano“.

**Pacientovi byla poskytována nepřetržitá zpětná vazba** v 73.68% (14), ve 26.32% (5) „spíše ano“. **V závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení** v 84.21% (16), v 10.53% (2) „spíše ano“ a v 5.26% (1) „spíše ne“. **Při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce byla spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán** v 15.79% (3), ve 5.26% (1) „spíše ano“, v 5.26% (1) „spíše ne“ (v 73.68% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo či pozorovaný jev nešel posoudit).

### **Didaktické pomůcky**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) **demonstrováné pomůcky reflektovali individuální potřeby pacienta** v 68.42% (13), ve 21.05% (4) „spíše ano“ (v 10.53% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo či pozorovaný jev nešel

posoudit). **Poskytnuté edukační a informační materiály byly efektivně využity** v 73.68% (14), ve 21.05% (4) „spíše ano“ (v 5.26 případech se hodnocení tohoto jevu nehodilo či pozorovaný jev nešel posoudit).

## **Komunikace**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) byl **pacient povzbuzován, oceňován a podporován**, jako předem stanovený pozorovaný jev, v 78.95% (15) případech, ve 21.05% (4) „spíše ano“. **Pacient dostával pokyny, které byly formulovány pozitivně, bez předsudků** v 84.21% (16), v 15.79% (3) „spíše ano“. **Pacient byl podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu** v 78.95% (15), ve 21.05% (4) „spíše ano“. **Pacient byl povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech** v 78.95% (15), ve 21.05% (4) „spíše ano“. **Pacient byl povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností** v 78.95% (15), ve 21.05% (4) „spíše ano“. **Všechny otázky pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno** v 78.95% (15), ve 21.05% (4) „spíše ano“. **Pacient byl povzbuzován k zapojení do rozhovoru** v 84.21% (16), v 15.79% (3) „spíše ano“. **Pacient dostával přiměřený čas na své odpovědi** v 84.21% (16), v 15.79% (3) „spíše ano“. **Všechny odpovědi pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno** v 84.21% (16) případech, a v 15.79% (3) „spíše ano“.

## **Rétorika**

Z celkového počtu sledovaných edukačních lekcí 19 (100%) byly **informace pacientovi sdělovány správnou rétorikou**, jako předem stanovený pozorovaný jev, v 84.21% (16) případech, v 15.79% (3) „spíše ano“.

## **Diskuze**

Sestra realizující edukaci disponuje určitými vlastnostmi. Tyto vlastnosti nazýváme klíčovými kompetencemi. Jedná se o určitá kritéria, podle kterých můžeme posuzovat, zda je daná sestra schopná vykonávat dobře svoji edukační činnost. Ve vztahu k ošetrovatelství pak těmito kompetencemi rozumíme úroveň výkonu demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku.<sup>539</sup> Klíčovou úlohu v její edukační činnosti jistě mají

---

<sup>539</sup> ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J.: *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vydání. Brno: Národní institut ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, s. 19.



nejen odborné znalosti a dovednosti v oboru, ve kterém edukuje, znalosti a dovednosti v oblasti vzdělávání, ale také znalosti, dovednosti, schopnosti a zkušenosti při práci s touto specifickou věkovou skupinou. Tedy vlastnosti, ke kterým se vztahují výše prezentovaná data.

Určitý námi sledovaný jev, potažmo jeho nepřítomnost, tedy hledá příčiny v jistých klíčových kompetencích. Tyto pak demonstrují určitou úroveň výkonu, a to, pro jejich široký záběr, od samotného plánování až po vlastní realizaci určitých edukačních strategií.

Získané informace rozhovorem jsme validovali pomocí dat získaných prostřednictvím pozorování. Mírná diskrepance v informacích se jeví ve prospěch pozorování, tedy reality klinické praxe:

- Pouhých 20% respondentů vypovídalo o tom, že v porovnání od edukace dospělých pacientů je v první fázi edukace pro značnou rozdílnost seniorů klíčové jejich pečlivé zhodnocení - *Kategorie 2. Vlastní pohled respondenta na problematiku*<sup>540</sup> Na základě pozorování jsme zjistili, že byl pacient zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci, jako předem stanovený pozorovaný jev, v 52.63% (10), ve 47.37% (9) „spíše ano“ – *Kategorie Podpora učení*.
- V rámci úvodního posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci se zaměřuje pouze 20% dotazovaných na kompenzační pomůcky a na stav zraku a sluchu - *Kategorie 4b Vlastní způsob zhodnocení*. Dále pouze 20% dotazovaných zajišťuje k edukaci pacientů v seniorském věku funkční kompenzační pomůcky - *Kategorie 6 Specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upravené prostředí*. Na základě pozorování jsme však zjistili, že měl pacient k edukaci zajištěny funkční kompenzační pomůcky, jako předem stanovený pozorovaný jev, v 68.42% (13), v 15.79% (3) „spíše ano“ (v 15.79% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo – *Kategorie Podmínky*).
- Výčet didaktických zásad uplatňovaných při edukaci seniorů získaný všemi rozhovory je celkově bohatý, nicméně některé z nich tvořené nízkou četností jednotlivých dotazovaných – zejména *Kategorie 2 Vlastní pohled respondenta na problematiku*

---

<sup>540</sup> V ostatních kategoriích cílených na vlastní edukační činnost však 100% dotazovaných uvádělo, že každý pacient je posouzen individuálně z hlediska potenciální edukační potřeby (*Kategorie 3a Koordinace edukační činnosti, Kategorie 4b Vlastní způsob zhodnocení*) – pozn. autorky.

a *Kategorie 5a Vlastní strategie práce*. I tyto informace pozorování v rámci sledování jednotlivých edukačních lekcí nepotvrdilo.

Edukace je vždy individuální, a proto věříme, že výše uvedené edukační strategie jsou u konkrétního pacienta uplatňovány ve shodě s jeho psychosociálními potřebami a požadavky na edukaci, a námi sledované jevy jsou jejich automatickou součástí.

Další výsledky výzkumného šetření ukázaly pouze drobné nedostatky v některých bodech, a to v zajištění vhodného prostředí a podmínek. 65% dotazovaných k edukaci pacientů v seniorském věku zajišťuje vhodné prostředí a podmínky. 35% dotazovaných při edukaci pacientů v seniorském věku nevyužívá speciálně upraveného prostředí (*Kategorie 5a Vlastní strategie práce a Kategorie 6 Specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upravené prostředí*). Tyto informace bohužel potvrzují i data získaná prostřednictvím pozorování, ve kterém jsme zjistili, že se edukační lekce realizovala pro edukaci vhodném prostředí, při optimálních podmínkách, jako předem stanovený pozorovaný jev, pouze v 52.63% (10), v 31.58% (6) „spíše ano“ a v 15.79% (3) „spíše ne“. Vhodné prostředí na edukaci musí mít optimální osvětlení a teplotu, přiměřený prostor, musí mít bez hluku a ve zdravotnickém prostředí také zaručovat důležitou intimitu. Podstatnou roli pak hraje i atmosféra na pracovišti a dostatek času pro vlastní edukaci.<sup>541</sup> Je otázkou, nakolik je pacient soustředěný v přítomnosti ostatních pacientů, případně dalšího personálu. Jak reaguje na pracovní ruch v okolí, či zvukové podněty v místnosti, kterými může být například puštěná televize. Tyto rušivé podněty mohou mít na vlastní edukační proces negativní vliv. Na druhou stranu, z vlastních zkušeností víme, že z důvodu mnohdy neovlivnitelných faktorů je zajištění vhodného a nic nerušivého prostředí v nemocničním pokoji nelehkým úkolem. Vystává také otázka, zda se na pracovištích najde jiné klidné místo vhodné a reálné pro všechny zúčastněné subjekty.

Uvědomění si zvláštností edukačního procesu v praxi a pozorovaná realita v dalších oblastech většinou odpovídala zásadám uváděným literaturou. Stručnou interpretaci dat a porovnání s odbornou literaturou jsme provedli přímo v textu. Podrobné srovnání výsledků výzkumného šetření ze všech výzkumných metod dohromady a diskuzi nad výsledky však učiníme v kapitole *II Vyhodnocení a interpretace výzkumu*.

---

<sup>541</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 34; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

## 11 Vyhodnocení a interpretace výzkumu

V teoretické části disertační práce jsme z dostupných zdrojů sumarizovali poznatky týkající se realizace edukačního procesu v rámci ošetrovatelské péče včetně zvláštností edukace u seniorů, objasnili jsme vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku<sup>542</sup> a jejich edukační strategie<sup>543</sup> zaměřené na pacienty v seniorském věku, a taktéž prezentovali realizaci projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*.

V praktické části disertační práce jsme se zaměřili na zjištění úrovně znalostí a postojů sester k edukaci pacientů v seniorském věku, a na to, jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality klinické praxe. Východiskem bylo zkoumání edukačních strategií sester zaměřené na pacienty v seniorském věku a jejich promítání do reality klinické praxe. Empirickým designem našeho výzkumu se stala případová studie (*case study*). Při volbě našeho „ideálního“ případu jsme se zaměřili na tým sester, který je začleněn do projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*, tedy na osoby, které každodenně realizují edukaci u pacientů námi sledované věkové skupiny.

Následující část práce je věnována vyhodnocení a interpretaci výsledků výzkumného šetření ze všech použitých výzkumných metod dohromady se zkoumáním vzájemných souvislostí. Výzkumné závěry propojujeme s odbornou literaturou a pokoušíme se vytvořit konceptuální rámec dané problematiky. Následující část práce je proto obsáhlá a pojímá větší množství teorie, než je obvyklé. Tento fakt se odvíjí zejména od kvalitativní povahy výzkumného šetření. U kvantitativně zaměřených výzkumů se praxe opírá o teorii, ale v důkladném kvalitativním výzkumu teprve získané poznatky (praxe) v teorii hledáme.

Nejdříve jsme realizovali *pedagogický průzkum* zaměřený zejména na zjištění úrovně znalostí a postojů. Následně jsme provedli i *hloubkové rozhovory*, které byly zaměřeny jednak na obecné názory a zkušenosti, jednak byly směřovány na informovanost a připravenost k edukaci pacientů seniorského věku. Tyto rozhovory pak byly doplněny *pozorováním* dovedností v rámci realizované edukační intervence. Souběžně jsme prováděli kvalitativní *analýzu všech typů dokumentů* vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného

---

<sup>542</sup> Mezi vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku patří znalosti, dovednosti a postoje - pozn. autorky.

<sup>543</sup> Edukačními strategiemi rozumíme systémové, holistické uspořádání takových metod a postupů, kterými jsou pozitivně rozvíjeny vědomosti, dovednosti, postoje a návyky pacientů. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 9.

zdravotnického zařízení<sup>544</sup>, zde byla předmětem našeho zájmu zejména legislativní a metodická východiska pro realizaci edukace pacientů v seniorském věku sestrou v klinické praxi a ve druhé fázi šetření konkrétní dovednosti sestry.

Přestože je předkládaná práce primárně orientovaná na studii našeho „ideálního“ případu, její rozsah je daleko širší. Zajímali nás edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku obecně. Sledovali jsme nejen úroveň námi vybraných klíčových kompetencí sester začleněných do projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*, ale také okolnosti, které mají na jejich promítání do reality klinické praxe podstatný vliv.

Získali jsme značné spektrum informací. Sumarizovat, rozkryt a interpretovat jejich význam je tedy velmi obtížný úkol. Přesto, v následujícím textu prezentujeme souhrnné výsledky naší práce, a to prostřednictvím jednotlivých stanovených dílčích výzkumných otázek a odpovědí, které odrážejí výsledky námi realizovaného výzkumu.

Empirické šetření se opíralo o stanovenou výzkumnou otázku: ***Jaká je úroveň znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku a jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality klinické praxe?***

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na soubor vzájemně provázaných dílčích výzkumných otázek směřujících k dosažení stanoveného cíle. Vytyčili jsme si 14 výzkumných dílčích otázek:

1. *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester?*
2. *Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku?*
3. *Jaké jsou znalosti sester v edukaci pacientů seniorského věku?*
4. *V jakých oblastech/tématech se edukační činnost u pacientů v seniorském věku realizuje?*
5. *Existují pro edukační činnosti sester odborně zpracované metodické materiály a formalizované postupy?*

---

<sup>544</sup> Analýza dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – legislativní, metodické, didaktické a zdravotnické (resp. ošetrovatelské) - pozn. autorky.

6. *Pokud metodické materiály a formalizované postupy existují, do jaké míry je edukační sestry využívají?*
7. *Kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje?*
8. *Na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci? Které indikátory vedou sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu?*
9. *Do jaké míry se při realizaci edukačních činností využívá specifických materiálů a pomůcek, příp. speciálně upraveného prostředí?*
10. *Jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku?*
11. *Jakým způsobem je pro edukační sestru realizující edukaci pacientů v seniorském věku zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi?*
12. *Jaké jsou postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku?*
13. *Jaká je struktura sledované edukační intervence (se zaměřením zejména na formu, téma - cíl, metody, prostředky a pomůcky, délku, místo, prostředí a podmínky, podporu učení, komunikaci a rétoriku)?*
14. *Jaké didaktické zásady edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují?*

Následující výsledky dílčích výzkumných otázek se vztahují na konkrétní námi sledované proměnné.<sup>545</sup>

## **ZNALOSTI SESTER V EDUKACI PACIENTŮ SENIORSKÉHO VĚKU<sup>546</sup>**

Úroveň znalostí sester v edukaci pacientů seniorského věku jsme zjišťovali zejména prostřednictvím *průzkumného dotazníkového šetření* jako kvantitativně zpracované

---

<sup>545</sup> Mezi sledované proměnné patří znalosti (dílní výzkumná otázka č. 1 – 11), dovednosti (dílní výzkumná otázka č. 13 – 14) a postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku (dílní výzkumná otázka č. 12) – pozn. autorky.

<sup>546</sup> Vzhledem k tomu, že se v předkládané práci blíže zabýváme nejen teoretickými znalostmi, ale také praktickou stránkou vykonávání edukační činnosti, termín znalost používáme v širším pojetí. V širším pojetí termín znalost pokrývá nejen vědomosti (ekvivalent k termínu znalost), ale i dovednosti, profesní zručnost a zkušenost jedince, tedy vše, co je možno označit jako *know-how*. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 311 - 312.

metody a *polostrukurovaného rozhovoru*. Správné odpovědi položek zjišťujících úroveň znalostí respondentů vychází z teoretické části disertační práce a porovnání s literaturou proběhlo během analýzy odpovědí, některé z nich budou podrobněji zpracovány a interpretovány.

### Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 1

Způsobilost k provádění edukace sestra získává během kvalifikačního studia<sup>547</sup> a rozšiřuje ji specializačním či trvalým kontinuálním vzděláváním, a především pak v klinické praxi v interakci s pacientem.<sup>548</sup> Jako 1. dílčí výzkumnou otázku jsme si tedy položili: ***Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester?***

Souboru respondentů průzkumného dotazníkového šetření tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester s různou úrovní vzdělání. 45.83% respondentů (11) mělo vzdělání **středoškolské**, 29.17% respondentů (7) **bakalářské**, dále shodně 12.50% respondentů (3) **vyšší odborné** a 12.50% respondentů (3) **magisterské**, z toho se zaměřením na pedagogiku 8.33% respondentů (2) a na ošetrovatelství 4.17% respondentů (1).

Ve shodném souboru respondentů mělo **absolvované specializační vzdělávání** v příslušném oboru 70.83% (17) respondentů, ostatní respondenti byli bez specializačního vzdělání.

Z analýzy dokumentace projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* jsme zjistili, že všechny sestry zapojené do tohoto projektu mají absolvované pomaturitní specializační nebo vysokoškolské vzdělání, které podle současné legislativy **poskytují adekvátní znalosti a dovednosti z pedagogiky a edukace v ošetrovatelství u pacientů různých cílových skupin.**<sup>549,550</sup>

---

<sup>547</sup> V současnosti je edukace se zaměřením na zdravotnictví vyučována jako samostatný předmět u nelékařských zdravotnických profesí na lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních fakultách. Zde se připravují sestry na edukační roli při výkonu své profese, nebo na funkci sester edukátorek - pozn. autorky.

<sup>548</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 28.

<sup>549</sup> *Vyhláška 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání v aktuálním znění ze dne 1. 1. 2018* [online]. 2018 [cit. 2020-03-18]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>.

<sup>550</sup> PRAHA: MZČR. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* [online]. Praha, MZČR, 2011 [cit. 2020-03-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarске-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb\\_4225\\_3082\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarске-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_3082_3.html).

**Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství** rozšiřující způsobilost sestry k provádění edukace se shodného souboru absolvovalo 50.00% (12) respondentů, v současnosti se ho účastnilo 8.33% (2) respondentů, ostatní respondenti toto vzdělání neudávali.

**Průměrná délka praxe dotazovaných sester je 26.58 let** (jedna respondentka s praxí do 7 let, dalších 23 respondentek od 16 do 40 let sesterské praxe). Dle našeho názoru se u většiny z nich jedná o dlouholeté sesterské zkušenosti, jejíž nedílnou součástí je edukace pacientů. S postupující délkou praxe sestra prohlubuje nejen své vědomosti, ale získává dovednosti, profesní zručnosti a zkušenosti, tedy vše, co je možno označit jako *know-how*, a to ve vztahu k úspěšné edukační činnosti zejména v oboru, ve kterém edukuje, v oblasti edukace a dalších klíčových disciplínách.

### **Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 2**

Na první otázku týkající se úrovně vzdělání a připravenosti edukačních sester pro nás automaticky navazovala dílčí výzkumná otázka č. 2: ***Jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku?*** Informace vztahující se k této výzkumné otázce jsme získali tak, že původní odpovědi dotazníkového šetření jsme ověřili či rozšířili následnými rozhovory.

Mezi aktivity dalšího vzdělávání v intencích celoživotního vzdělávání, které jsou přínosné pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku, patří podle většiny dotazovaných **kvalifikační studium a vzdělávací programy specializačního vzdělávání**. Inspiraci a náměty pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku přináší podle většiny dotázaných i **pravidelné edukační schůzky**, v rámci kterých jsou pro edukační tým sester realizované přednášky na různá odborná témata zahrnující péči o pacienty všech věkových skupin vč. seniorů<sup>551</sup>. Na těchto schůzkách si podle konkrétní výpovědi edukační sestry Aleny i ... *“referujeme své zkušenosti a problémy v praxi, tím se seznamujeme s problematikou edukace pacientů různých věkových skupin, tzn. i pacientů v seniorském věku, a tímto se vlastně vzděláváme.”*

---

<sup>551</sup> Např.: Mobilní hospic, Tyfloservis, Nemocniční kaplan – pozn. autorky.

Podnětné pro edukační práci se seniory mohou být podle více jak poloviny dotázaných i absolvované **certifikované kurzy**<sup>552</sup>.

Podle většiny dotazovaných je možné inspiraci v této oblasti načerpat i účastí na **odborných přednáškách nebo konferencích určených pro sestry**, které ovšem nemusí být vždy přímo zaměřené na problematiku edukace či edukace seniorů, ale sestry se zde mohou dozvědět různé kazuistiky, zkušenosti, rady či návody jak je možné event. při práci se seniory postupovat. V rámci celoživotního vzdělávání byl v souvislosti s tímto tématem jako přínosný jedním dotazovaným uveden i **edukační kongres při UP a vysokoškolské studium andragogiky**. Dalším zdrojem informací pro práci se seniory je studium **odborné literatury a časopisů**. Podle konkrétní výpovědi edukační sestry Aleny ... *“zaměřených na seniory jich sice moc není.”* Z publikací byly jmenované: *Edukace seniorů* (N. Špatenková a L. Smékalová), *Soužití se staršími lidmi* (C. Pichaud a I. Thareauová), *Motivační prvky při práci se seniory* (D. Klevetová), *Fenomén stáří* (H. Haškovcová) a z časopisů: *Sestra* či *Florence*. Důležitým zdrojem informací je podle respondentů i **internet**. Podle jednoho respondenta je v tomto přínosné i **vedení studentek vysoké školy v rámci mentorství**.

Dalším značným zdrojem znalostí a dovedností pro edukační práci se seniory jsou podle dotazovaných **vzdělávání, které jsou cílené přímo na problematiku edukace seniorů**, konkrétně absolvované přednášky *Edukace v péči o seniory*, vzdělávací program zaměřený na *Péči o staré a chronicky nemocné se zaměřením na jejich edukaci*, a dále pak vysokoškolské studium *Andragogiky* a spolupráce FN Olomouc s agenturami domácí péče.

Velmi cenným zdrojem inspirace a námětů pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku jsou podle výpovědí všech dotazovaných **pracovní zkušenosti s péčí o seniory**, tedy dlouholetá praxe u lůžka, jejíž součástí je i edukace. Tato pracovní zkušenost je podle edukační sestry Aleny ..., *nenahraditelná, přijdete na to, že je důležité pacienta pochopit a vyjít mu vstříc!*“

V kontextu s tímto problematickým okruhem třetina dotázaných udávala **zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice**, konkrétně pak realizované přednášky

---

<sup>552</sup> Např. *Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence, Elektrodiagnostika nervového systému EMG a EEG, Specifická ošetrovatelská péče o nemocné s Diabetem Mellitem, Specifická ošetrovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy, Edukace v diabetologii a Kompletní péče o nemocného se stomií* - pozn. autorky.



pro neslyšící, zkušenosti lektora v zájmovém vzdělávání (přednášky první pomoci), zkušenosti lektora v kurzech pro seniory, soukromé edukace a také zkušenosti s edukací v sociálních zařízeních, domovech důchodců a domovech s pečovatelskou službou.

Souhrnem lze říci, že inspiraci či náměty pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku respondenti čerpají z bohatých zdrojů celoživotního vzdělávání, které je podle získaných výsledků výzkumu sestrami aktivně a soustavně realizováno.

### **Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 3**

Výzkumná dílčí otázka č. 3 vztahující se k námi sledovaným proměnným zní: ***Jaké jsou znalosti sester v edukaci pacientů seniorského věku?***<sup>553</sup>

Během průzkumu jsme zjistili, že v položkách dotazníku zjišťujících úroveň znalostí respondentů v problematice stárnutí a stáří, **95.83% (23) dotazovaných sester za nejdůležitější kritérium v období stáří považuje funkční věk odpovídající skutečné míře soběstačnosti a zdatnosti jedince.** Kalendářní věk nevypovídá o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka, odvíjí se od dosažení určitého věku jedince, tedy ode dne jeho narození. Jedná se o obecné měřítko, které mohou někteří jedinci podstatně přesahovat. Nejdůležitějším kritériem v období stáří je funkční věk. Funkční věk totiž odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu jedince (jedná se o věk skutečný), je dán souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik.<sup>554</sup>

Pozitivním zjištěním je, že si většina respondentů uvědomuje nezbytnost (vzhledem k heterogenitě seniorské populace) jedince posuzovat individuálně a percipovat jej jako neredukovatelný celek. Pokud mu má ošetrovatelská intervence pomoci v podpoře či navrácení zdraví musí být respektovány všechny bio-psycho-sociální souvislosti. Podle edukační sestry Niny ..., *respektuji jeho celkový stav.* " ..., *každý je jiný, snažím se vždy vcítit se do jeho situace a tu řešit na míru*", doplnila edukační sestra Hana.

**Ve stáří se snižuje výkon v oblasti krátkodobé paměti.** Starý člověk již nedokáže spolehlivě vštěpovat a opětovně si vybavovat informace. Vštěpování paměťového materiálu je ve stáří vlivem procesu fyziologického stárnutí přirozeně pomalejší, a také méně

---

<sup>553</sup> Zjištěné jevy (příčiny a okolnosti) komparujeme s poznatky dostupné literatury – pozn. autorky.

<sup>554</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 22.

spolehlivé. U paměti stárnoucích lidí jsou patrné značné rozdíly.<sup>555</sup> **Těmito znalostmi v našem pedagogickém průzkumu disponuje 95.83% (23) respondentů.**

Není totiž pravdou to, že stárnoucí lidé již nejsou schopni se něco nového naučit, k osvojení potřebného však potřebují více vlastního úsilí a více času. Paměť lze udržovat a rozvíjet tréninkem paměťových funkcí, tento trénink se týká především paměti dlouhodobé a pamětních výkonů, které jsou spojené s pracovní činností. Učení také napomáhá, když jedinec sám reprodukuje to, co je potřeba si osvojit. Pokud má učivo logickou strukturu, je respektován individuální styl učení, výkon učících se starších lidí může být srovnatelný s výkonem jiných účastníků edukačního procesu.<sup>556</sup>

Potěšujícím pro nás je, že si většina respondentů uvědomuje tato specifika učení seniorů, ale také určité edukační strategie, které jsou zacílené na podporu jejich učení. Podle shodných reakcí několika sester ale..., *není senior jako senior.*“ Edukace pacienta v seniorském věku se podle výpovědí edukačních sester odvíjí od jeho konkrétních potřeb a je tedy velice individuální. Edukační sestra Lenka k tomuto doplnila..., *musím brát zřetel na to, jak na tom prostě ten pacient je. Najít si k němu nějakou cestu, abych mu pomohla.*“

U otázky inteligence se objevil názor, že stárnutí je spojeno s poklesem intelektové výkonnosti. Závěry současných výzkumů ale poukazují na to, že věc je podstatně složitější. Některé schopnosti se totiž s věkem snižují rychleji, jiné pomaleji a některé nevykazují téměř žádný pokles ani u sedmdesátiletých osob. **Podle 83.33% (20) respondentů našeho průzkumu životní zkušenost a moudrost do jisté míry kompenzuje inteligenci vrozenou.** Zde se nám nabízí vysvětlit dva typy inteligence. Fluidní inteligence, vrozená (důvtip, bystrost) reprezentuje schopnost se rychle učit a reagovat na nové situace. Vrcholí

---

<sup>555</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 28 - 30; ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 135 - 140; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 51 - 54; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 96; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 25 - 26; STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. Vydání. Praha: Portál, 1999, s. 87 - 88; VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 315, s. 18; HOFFMEISTER, F., MÜLLER, C. (eds.) *Brain Function in Old Age : Evaluation of Changes and Disorders. (Bayer-Symposium VII. held at Grosse Ledder, Germany, Oct. 18-22, 1978.)* Berlin: Springer-Verlag, 1979, s. 505; CROPLEY, A. J. *Lifelong Education: A Psychological Analysis*. 1. vyd. Hamburg: UNESCO Institut for Education, 1978, s. 82 - 84; PAPALIA, D. E., WENDKOS OLDS, S. *Human Development*. 5. vyd. New York: McGraw - Hill, Inc., 1992, s. 479 - 481.

<sup>556</sup> Srov. KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 56 - 61; ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 65 - 66; PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 31 - 32.

v adolescenci a s přibývajícím věkem zhoršuje. Krystalická inteligence, zkušenost - životní moudrost, představuje schopnost jedince řešit úkoly na základě jeho znalostí, zkušeností a dovedností získaných celoživotním vzděláváním. Vrcholí v období raného stáří, takže se nemění a do jisté míry tak kompenzuje neodvratný pokles inteligence fluidní. Odpovědi respondentů tedy korespondují s odbornou literaturou.

Z výsledků vyplývá, že většina respondentů percipuje tuto způsobilost k učení, která s věkem neklesá, modifikuje se a strukturně mění s ohledem k úrovni poznávacích funkcí jedince podílejících se na vnímání, zpracování a pochopení podaných informací. Pozitivním zjištěním je, že sestry edukaci pacienta projektují podle jeho konkrétních potřeb a přizpůsobují ji jeho individuálním možnostem a schopnostem. Edukační sestra Hana zdůrazňuje potřebnost *..., navázat na zkušenosti, zájmy, znalosti a dovednosti pacienta.*“ Posouzení úrovně orientace, kognice koncentrace a smyslových funkcí je dle reakcí dotazovaných součástí pedagogické diagnostiky. Podle edukační sestry Gity *..., tady je pak člověk se svými možnostmi, schopnostmi, a teď pojďme hledat cesty.*“

V souvislosti s procesem stárnutí organismu a tělesnými změnami může postupně ubývat samostatnost jedince a narůstat tak závislost na pomoci druhého člověka. Současně je většina stárnoucích jedinců snáze zranitelná, očekává ohledy a porozumění. **Ztráta soběstačnosti a růst závislosti na pomoci druhých tedy tyto jedince z psychosociálního aspektu zatěžuje nejvíce.<sup>557</sup> Tuto skutečnost si uvědomuje 100.00% (24) respondentů.**

Výše uvedené výsledky hodnotíme velmi kladně. Ztráta soběstačnosti a růst závislosti na pomoci druhých totiž přináší řadu problémů. Na tuto skutečnost je nezbytné při projektování a realizaci edukace pamatovat. Podle dotazovaných má edukace pacientů v seniorském věku týmový charakter. Je důležité ji realizovat v následné péči, a pokud je přítomna rodina, pacient a rodina si to přeje a je-li to žádoucí je vhodné ji do edukace také zapojit. Samozřejmým je podle edukačních sester citlivý a empatický přístup. Podle edukační sestry Marie *..., důležitý je zkoušet a hledat ten správný přístup ...je potřeba s každým pracovat individuálně. Po vzájemné dohodě s pacientem, co se naučíme.*“

Ve stáří dochází ke změnám v hierarchii lidských potřeb. Do popředí se tak dostává pocit jistoty a bezpečí, a to ve smyslu toho fyzického a psychického, ale i dostatečného

---

<sup>557</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 9 - 20.

ekonomického zabezpečení. Potřeba podnětů, potřeba změn a otevřenost novým zkušenostem bývá ve stáří snížena. Jejich větší intenzita může staršího člověka dráždit a unavovat. I přesto ale senioři potřebují určitou míru nových podnětů pro aktivizaci a oddalování závislosti na pomoci druhého člověka. I potřeba sociálního kontaktu bývá pozměněna. Staří lidé sice potřebují dostatek sociálních podnětů, ale na druhé straně i své soukromí právě proto, aby nebyli vystaveni zátěži přílišné stimulace. Upřednostňují kontakty se známými lidmi upevňující právě pocit jistoty a současně je příliš nezatěžují. Většinou se jedná o vlastní rodinu či blízké, kteří rozumí jejich steskům a potřebám. Stejně tak potřeba seberealizace postupně ubývá na důležitosti či se mění, s ohledem na aktuální možnosti konkrétní situace, způsob jejího uspokojování.<sup>558</sup> **Z psychosociálních potřeb ve stáří se do popředí podle 95.83% (23) respondentů dostávají zejména potřeba bezpečí a jistoty.** Tady korespondují odpovědi respondentů v našem průzkumu s odbornou literaturou.

V období stáří však nemůžeme podceňovat důležitost i dalších psychosociálních potřeb, tyto musí být zajištěny i v nemocnici či jiné instituci. Jejich saturace má významnou úlohu pro upevnění celkového zdraví i pro motivaci k dalšímu životu.<sup>559</sup> Holistický přístup sester při uspokojování potřeb pacientů byl pro nás velmi příjemným zjištěním. Za většinu dotazovaných předkládáme tvrzení edukační sestry Šárky, podle které mají senioři v edukaci *..., jiný zájem. “ ...,nepotřebují tolik odborné věci jako mladší“ ...,mají potřebu vypovídat se a vyslechnout, chytout za ruku, uklidnit, povzbudit a motivovat do dalšího života. “*

Ve vztahu k edukační činnosti sestry jsou důležité i znalosti z oblasti medicíny. Následující položka tedy zjišťovala úroveň znalostí respondentů v problematice zdraví a nemoci. V každém věku jsou příčiny onemocnění shodné, rozdílný je však terén, na kterém onemocnění působí, jeho odlišnost je daná především procesem stárnutí. Jednotlivé tělesné systémy a orgány ve stáří tak reagují na vyvolávající příčinu onemocnění jiným způsobem.<sup>560</sup> **Podle 83.33% (20) respondentů hraje u staršího člověka významnou úlohu vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace.** Znalostmi zvláštností chorob ve stáří

---

<sup>558</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 344 – 347.

<sup>559</sup> KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 67

<sup>560</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 250; NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 24 - 25; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 42 - 43, TOPINKOVÁ, E. *Geriatríe pro praxi*. Praha: Galén, 2010, s. 5.

tedy disponuje většina respondentů. Populace seniorů je však z hlediska zdravotního stavu velice heterogenní. Oproti mladším jedincům se tato populace vyznačuje vyšší celkovou morbiditou, zejména vysokým výskytem chronických či degenerativních onemocnění, ale i vyšší incidencí akutních zhoršení a dekompenzací.

Prvním krokem pro zjištění klíčových informací je podle všech dotazovaných prostudování zdravotnické dokumentace pacienta, zaměřené právě na osobní data, osobní anamnézu a současné obtíže. Nezbytným a samozřejmým zdrojem těchto informací je pacient. Většina dotazovaných využívá pro tento účel také rozhovor s ošetřujícím personálem a rozhovor s rodinou. Podle shodných reakcí několika edukačních sester je *„důležité respektovat individuální zvláštnosti pacienta a přizpůsobit tak jeho učení.“* *„...přínosné je zapojení rodiny. Někdy, když jsou problémy tam, tak spolupracuji se sociálním pracovníkem“*, doplnila edukační sestra Lenka. Uvedené výsledky poukazují na to, že si respondenti uvědomují možnou vzájemnou podmíněnost zdravotní a sociální situace pacienta. Každá změna zdravotního stavu staršího člověka může totiž významně ovlivňovat jeho sociální situaci a naopak. Tyto aspekty mají na průběh edukace podstatný vliv, na což je důležité při jejím plánování a realizaci pamatovat.

**Proces edukace v období stáří ovlivňuje řada faktorů**, tyto je třeba znát a respektovat je. Ve všech fázích edukace je nutné zohlednit osobnost pacienta, jeho emocionální stav a psychický stav, motivaci, styl a tempo učení, předchozí zkušenosti, fázi onemocnění či disabilitu v oblasti hybnosti (motorické), smyslového vnímání (senzorické) či myšlení (kognitivní).<sup>561</sup>

Z výsledků vyplynulo, že **všech devět oblastí zaznačilo pouze 37.50 % (9) respondentů**, více jsou vnímány pouze osm, sedm, šest, pět, čtyři a tři z devíti oblastí (faktorů, které mají na proces edukace v období stáří vliv). Z hlediska celkového počtu označených odpovědí považujeme výsledky této položky za diskutabilní.

Obdobné výsledky jsme získali i prostřednictvím hloubkového rozhovoru. Výčet možných faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří získaný všemi rozhovory je celkově bohatý, nicméně některé z nich tvořené nízkou četností jednotlivých dotazovaných – *Kategorie 4b Vlastní způsob zhodnocení*. Tyto výsledky

---

<sup>561</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 146; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7.

jsou pro nás překvapující. Uvědomění si faktorů ovlivňující proces edukace v období stáří považujeme za klíčové! V souladu s respektováním odlišností v období stáří je totiž nezbytné přizpůsobit edukační proces možnostem a schopnostem konkrétního jedince!<sup>562</sup>

Edukace je vždy individuální, a proto věříme, že edukační strategie jsou u konkrétního pacienta uplatňovány ve shodě s jeho potřebami a požadavky na edukaci, a námi sledované jevy jsou jejich automatickou součástí.

K předpokladům úspěšného edukačního procesu patří i respektování didaktických zásad, které usnadňující průběh učení seniorů a zefektivňují jeho výsledky.<sup>563</sup> **91.67 % (22) respondentů odpovědělo, že při edukačním procesu v rámci ošetrovatelské péče didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů využívají.** Zásada individuálního přístupu byla zmíněna všemi kladně odpovídajícími respondenty, přičemž výsledná data položek 15 a 16 tomu neodpovídají. Druhou nejpočetněji uplatňovanou zásadou byla zásada přiměřenosti, třetí pak zásada názornosti. Jako čtvrtá v pořadí byla uvedena se shodnou četností zásada systematickosti a zásada trvalosti. Jako šestá v pořadí byla zmíněna zásada nepřetržité zpětné vazby, sedmá zásada soustavnosti a zásada aktuálnosti. Osmou nejpočetněji uplatňovanou zásadou akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů byla zásada komplexního rozvoje a poslední v pořadí zásada vědeckého přístupu, zásada uvědomělosti a zásada dobrovolnosti. Respondenti v našem průzkumu uvedli výčet těch didaktických zásad, které se uplatňují při edukaci zdravých i nemocných seniorů.<sup>564</sup> Ve výše uvedeném výčtu didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů však postrádáme i klíčovou zásadu spojení teorie s praxí, zásadu podpory kladných stránek osobnosti seniora a zásadu různorodosti výchovných podnětů.

Z výsledků vyplynulo, že **dva respondenti tyto zásady neuplatňují. Osm uplatňovaných didaktických zásad uvedlo 4.17 % (1) respondentů**, s větší četností jsou uplatňovány sedm, šest, pět, čtyři a tři didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na edukaci seniorů. Tyto výsledky považujeme za diskutabilní. V edukačním

---

<sup>562</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 146; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7.

<sup>563</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 147.

<sup>564</sup> Srov. HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 90; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. S. 31.

procesu by měli být didaktické zásady uplatňovány ve vzájemné shodě, neměla by tedy být jedna z nich potlačena nebo preferována!<sup>565</sup>

Podobných výsledků jsme docílili i prostřednictvím hloubkového rozhovoru. Výčet didaktických zásad uplatňovaných při edukaci seniorů získaný všemi rozhovory je celkově bohatý, nicméně některé z nich tvořené nízkou četností jednotlivých dotazovaných – zejména *Kategorie 2 Vlastní pohled respondenta na problematiku* a *Kategorie 5a Vlastní strategie práce*.

Edukace je vždy individuální, a proto doufáme, že výše uvedené zásady jsou u konkrétního pacienta uplatňovány ve shodě s jeho psychosociálními potřebami a požadavky na edukaci, a námi doplněné didaktické zásady jsou automatickou součástí výše uvedených.

**Geragogika (gerontagogika) je pedagogická disciplína zabývající se edukací (výchovou a vzděláváním) seniorů.<sup>566</sup> 91.67% (22) respondentů zvolilo správnou odpověď pro charakteristiku pojmu (geragogiky (gerontagogiky)).** Uvedené výsledky jsou pro nás uspokojivé. V užším pojetí se totiž geragogika (gerontagogika) zaměřuje právě na edukaci ve stáří. Z tohoto aspektu je zacílená na komplexní péči, pomoc a podporu při uspokojování potřeb (tzn. vč. vzdělávacích potřeb) seniorů v nemedicínské oblasti, souběžně však s ní. Vybrané poznatky z této problematiky jsou podstatné pro plánování a realizaci edukačního procesu u seniorů.<sup>567</sup>

Při zodpovězení této položky podle našeho názoru mohou hrát roli bohaté zdroje informací pro práci se seniory v rámci celoživotního vzdělávání sester získané hloubkovými rozhovory (dílčí výzkumná otázka č. 2).

Omezení soběstačnosti, zvyšování závislosti a pokles adaptability ve stáří je spojené s řadou problémů. **Podle 100.00% (24) respondentů je cílem edukace pacienta v seniorském věku zejména zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta.**

---

<sup>565</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31.

<sup>566</sup> PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 117 - 118.

<sup>567</sup> Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 10 - 11; PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 117 - 118.

Uvedená témata edukace v našem výzkumu reflektují ošetrovatelské problémy týkající se obvyklých potřeb pacientů v seniorském věku (výzkumná dílčí otázka č. 4). Podle edukační sestry Šárky je také ..., *důležitá empatie, pacienta vyslechnout, povzbudit, rozesmát, chválit a potěšit, to má rád každý.*“ ..., *co se týče seniorů, máme tu standard přístupu k těmto pacientům, je přístupný pro všechny na ALTUS portále*<sup>568</sup>.“ Pozitivním zjištěním pro nás je, že si edukační sestry uvědomují klíčové postavení edukace těchto pacientů v rámci poskytování zdravotní péče. Onemocnění lidí ve stáří dnes totiž řeší veškeré klinické obory, spektrum edukačních oblastí je pro tyto pacienty skutečně velmi rozmanité, nepokrývají pouze zdravotní problematiku, ale i psychické, sociální i spirituální potřeby seniora. Předpokladem saturace potřeb pacienta v seniorském věku je totiž holistický přístup, tj. hodnocení jeho biopsychosociálních a duchovních potřeb s respektováním všech zvláštností vyššího věku.

Podle Juřeníkové<sup>569</sup> se edukační proces v ošetrovatelství z didaktického hlediska skládá z fáze počáteční pedagogické diagnostiky, fáze projektování (plánování), fáze realizace, fáze upevnění a prohlubování učiva a fáze zpětné vazby (vyhodnocení). V první fázi edukačního procesu je pro jeho úspěšnost důležité provést pečlivou pedagogickou diagnostiku. Důsledné posouzení pacienta je důležité pro úspěšnost dalších fází edukačního procesu.<sup>570</sup> Podle 75.00% (18) respondentů je **v první fázi edukačního procesu pro jeho úspěšnost důležité provést pečlivou pedagogickou diagnostiku.** Podle našeho názoru je tato skutečnost klíčová právě při edukaci pacienta v seniorském věku.

Tyto výsledky však nekorespondují s informacemi získanými prostřednictvím hloubkových rozhovorů. Zajímavým zjištěním je, že pouhých 20% dotazovaných si uvědomuje, že v porovnání s edukací dospělých pacientů je v první fázi edukace pro značnou rozdílnost seniorů klíčové jejich pečlivé zhodnocení - *Kategorie 2. Vlastní pohled respondenta na problematiku.*<sup>571</sup>

---

<sup>568</sup> Intranet Fakultní nemocnice Olomouc – pozn. autorky.

<sup>569</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21 – 22.

<sup>570</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 - 524; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21 - 24; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 25; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 84 - 90; RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 6.

<sup>571</sup> Přičemž v ostatních kategoriích cílených na vlastní edukační činnost však 100% dotazovaných uvádělo, že každý pacient je posouzen individuálně z hlediska potenciální edukační potřeby (*Kategorie 3a Koordinace edukační činnosti, Kategorie 4b Vlastní způsob zhodnocení*) – pozn. autorky.



Podle všech dotazovaných je ale edukace pacienta v seniorském věku velmi individuální, z tohoto důvodu věříme, že jeho počáteční důsledné posouzení je samozřejmým krokem každého realizovaného edukačního procesu.

Edukačním prostředím pak rozumíme jakékoliv prostředí, v němž jsou realizovány edukační procesy. **Vhodným místem pro realizaci edukace** je místo klidné, bez hluku, s optimálním osvětlením a teplotou, přiměřeným prostorem a zajištěnou intimitou.<sup>572</sup> Její variabilita vychází z typu poskytované péče, stavebního uspořádání, organizace práce daného pracoviště (standardní i speciální ošetrovací jednotka, ambulance apod.), zvoleného tématu edukace a samozřejmě i možností pacienta být edukován jinde, než na lůžku či pokoji. Z odpovědí respondentů vyplývá, že **nejčastějším místem, kde je edukace pacienta realizována, je jeho pokoj. V porovnání s ostatními možnostmi tuto variantu zvolilo 66.67% (16) respondentů.** Edukační místnost uvedlo 20.83% (5) respondentů a jídelnu 8.33% (2) respondentů. Pouze v jednom případě byla zvolena čtvrtá možnost volně se vyjádřit, v tomto případě byla zmíněna vyšetřovna.

V případě absence možnosti edukovat pacienta ve vhodné edukační místnosti, považujeme jeho pokoj, jako místo realizace edukace za někdy i vhodnou alternativu. Není totiž příhodné pacienta seznamovat s tím, jak se má např. otáčet na lůžku, posazovat, nebo manipulovat se signalizací, a nemít současně možnost všechno potřebné prakticky ukázat či procvičit. Nejvhodnějším prostředím pro účely edukace se podle našeho názoru v porovnání s ostatními možnostmi jeví edukační místnost. V této se předpokládá vytvoření optimálního nic nerušícího zázemí pro realizaci vlastní edukační činnosti u pacientů.

Z výsledků hloubkových rozhovorů vyplývá, že 65% dotazovaných k edukaci pacientů v seniorském věku zajišťuje vhodné prostředí a podmínky. Z toho 40% dotazovaných se snaží k edukaci zajistit soukromí a klid, 30% respondentů dostatečné osvětlení. 35% dotazovaných však při edukaci pacientů v seniorském věku nevyužívá speciálně upraveného prostředí - *Kategorie 5a Vlastní strategie práce* a *Kategorie 6 Specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upravené prostředí.*

---

<sup>572</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 34; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

Je diskutabilní, nakolik je pacient soustředěný v přítomnosti ostatních pacientů, případně dalšího personálu. Jak reaguje na pracovní ruch v okolí, či zvukové podněty v místnosti, kterými může být například puštěná televize. Tyto rušivé podněty mohou mít na vlastní edukační proces negativní vliv. Na druhou stranu, z vlastních zkušeností víme, že z důvodu mnohdy neovlivnitelných faktorů je zajištění vhodného a nic nerušivého prostředí v nemocničním pokoji nelehkým úkolem. Vystává také otázka, zda se na pracovištích najde jiné klidné místo vhodné a reálné pro všechny zúčastněné subjekty.

Pro edukaci seniorů je důležitý výběr takových edukačních metod, které respektují odlišnosti seniorů jako účastníků edukačního procesu.<sup>573</sup> Metody edukace se mohou v klinické praxi vzájemně kombinovat a doplňovat.<sup>574</sup> Konkrétní metody je důležité volit s ohledem na téma, ke stanoveným cílům, obsahu, zvolené formě edukace a rovněž také k prostředí, v němž bude edukace realizována. Taktéž je podstatné při výběru metody edukace přihlídnout k osobnosti konkrétního pacienta, k jeho dosavadním znalostem, dovednostem a zkušenostem, a také respektovat jeho aktuální zdravotní a psychický stav.<sup>575</sup>

**Za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku** byla respondenty zvolena **praktická ukázka, kterou označilo 83.33% (20) respondentů**. Největším přínosem této metody je podle respondentů rychlejší pochopení a také to, že tato metoda napomáhá k osvojení dovedností (spojení teorie s praxí). **Se shodnou četností byla zvolena metoda nácvik**, jehož největším přínosem je možnost napodobování, prostřednictvím kterého se pacient lépe učí a také to, že pacient přesně ví, co má dělat. Ve druhém pořadí byla respondenty zvolena **metoda slovní (výklad, vysvětlování, rozhovor apod.), kterou uvedlo 70.83% (17) respondentů**. Největším přínosem slovní metody je podle respondentů podání klíčových informací (spojení teorie s praxí), možnost zapojení pacienta do rozhovoru a také to, že je pro pacienta více srozumitelnou (vysvětlování). V poslední řadě byla respondenty uvedena **metoda písemná (informační materiály), ke které se přiklonilo 62.50% (15) respondentů**. Největším přínosem písemné metody jsou „jasné instrukce“, které má pacient vždy u sebe, a také to, že a přečtené si pacient lépe pamatuje. Obdobných výsledků jsme dosáhli i při hloubkových rozhovorech.

---

<sup>573</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 70.

<sup>574</sup> KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 29.

<sup>575</sup> ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 109.

Za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku byla tedy respondenty zvolena praktická ukázka a nácvik. Z uvedeného je patrné, že sestry si uvědomují výhody těchto metod edukace. Nácvik dovedností procesem napodobování je totiž nejpřirozenějším způsobem učení a sám demonstrováný příklad je účinnější než jiné edukační metody.<sup>576</sup> Uvedené důvody k jednotlivým metodám edukace odpovídají významu těchto metod podle literatury.

Podle počtu označených edukačních metod jednotlivými respondenty vyplývá<sup>577</sup>, že si respondenti uvědomují, že je vhodné v klinické praxi jednotlivé edukační metody vzájemně kombinovat a doplňovat.

#### Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 4

Ošetrovatelské problémy se u pacientů v seniorském věku odvíjí především od zdravotního stavu, jejich soběstačnosti a schopnosti sebezpečí.<sup>578</sup> U starých lidí se mohou tyto problémy vyskytovat současně v tělesné, psychické i sociální oblasti, mohou být aktuální, potenciální, nebo edukační – tedy zacílené na zlepšení zdraví.<sup>579</sup> Každý pacient je z hlediska těchto potřeb individuálně posouzen. Na základě stanovené edukační potřeby se pak formuluje edukační diagnóza a následně se rozpracovávají identifikované oblasti/témata edukace.<sup>580</sup> Výzkumná dílčí otázka č. 4, kterou jsme si stanovili, se tedy týkala vlastní realizace edukace, a to: *V jakých oblastech/tématech se edukační činnost u pacientů v seniorském věku realizuje?*

Jako tři nejčastější oblasti/témata edukace pacientů v seniorském věku byla respondenty označena **Výživa, Sebezpečí** (v oblasti hygieny, výživy a oblékání) a **Pitný**

---

<sup>576</sup> KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 177.

<sup>577</sup> Z hlediska počtu označených edukačních metod 37.5 % (9) respondentů ve svých odpovědích zvolilo všechny čtyři edukační metody. Tři edukační metody současně pak uvedlo 33.33 % (8) respondentů. K celkem dvěma metodám se přiklonilo 20.83 % (5) respondentů a pouze k jedné metodě pak 8.33 % (2) respondentů – pozn. autorky.

<sup>578</sup> NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 57 - 58.

<sup>579</sup> MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. I. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 17.

<sup>580</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 42; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 94 - 95; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 26; SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 34; ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 107; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 95 - 97.

**režim.** První trojice uvedených oblastí/témat edukace odpovídá nejčastějším ošetrovatelským problémům pacientů v seniorském věku.

Následovaly oblasti/témata **Prevence pádů, Péče o ránu a Pohybový režim.**

Poté oblasti/témata jako **Manipulace s lůžkem či signalizací i Samostatná péče o diabetes mellitus. Prevence tromboembolické nemoci, Péče o vyprazdňování stolice** (např. zácpa, stomie), **Používání kompenzačních pomůcek v diabetologii a podiatrii, Radioterapie – brachyterapie – chemoterapie a Stomické pomůcky.**

K dalším tématům/oblastem patřila i **Péče o vyprazdňování moče** (např. močový katétr, inkontinence), **Péče o jiný invazivní vstup: hemodialyzační katétr a centrální žilní katétr, Používání kompenzačních pomůcek: hůlky a berle, Používání kompenzačních pomůcek: manipulace s korzetem a krčním límcem a Pooperační režim** (omezení pohybu, péče o ránu, následná péče).

Omezení soběstačnosti, zvyšování závislosti a pokles adaptability u těchto pacientů je spojené s řadou problémů. Cílem jejich edukace je zejména zachovat v co největší míře soběstačnost, sebezpečí v běžných denních aktivitách, pomoci mu adaptovat se na nemocniční prostředí, snížit stres během hospitalizace a omezit vznik komplikací z nemoci.<sup>581</sup> Můžeme tedy konstatovat, že uvedené oblasti/témata v našem výzkumu reflektují ošetrovatelské problémy týkající se obvyklých potřeb pacientů v seniorském věku. Převažující podíl témat v našem průzkumu má obecný charakter a další edukační témata se zaměřují na specifické potřeby pacientů.

Onemocnění lidí ve stáří dnes řeší veškeré klinické obory, spektrum edukačních oblastí/témat je proto velmi rozmanité. Oblasti/témata edukace nepokrývají pouze zdravotní problematiku, ale i psychické, sociální i spirituální potřeby seniora. Diagnóza a ošetrovatelská anamnéza konkrétního pacienta, jeho bio-psycho-sociální potřeby s respektováním kognitivních schopností jsou tedy klíčové pro volbu tematického rámce vzdělávání edukační sestrou.

---

<sup>581</sup> Srov. MILLER, C. A. *Nursing care of older adults: theory and practice*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1995, s. 49; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ. L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 67; NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 74; POLEDNÍKOVÁ. L. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013, s. 53; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 81.

Předpokladem saturace potřeb pacienta v seniorském věku je holistický přístup, tj. hodnocení jeho biopsychosociálních a duchovních potřeb s respektováním všech zvláštností vyššího věku. A to podle našeho názoru výše uvedené výsledky námi realizovaného výzkumu prezentují.

### Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 5

Výzkumná dílčí otázka č. 5: *Existují pro edukační činnosti sester odborně zpracované metodické materiály a formalizované postupy?*

Metodika edukace pacientů, event. jejich blízkých nelékařskými zdravotnickými pracovníky při pobytu ve *Fakultní nemocnici Olomouc* před propuštěním do domácího ošetření a pacienta navštěvující ambulance *Fakultní nemocnice Olomouc*, je určena *Metodickým pokynem č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*.

Při analýze výše zmíněného metodického pokynu a při šetření na místě jsme zjistili, že s edukační činností sestry souvisí **i jiné interní dokumenty zdravotnického zařízení**, jedná se o vnitřní směrnice (např. *Pobyt pacienta; Lékařská a ošetrovatelská dokumentace; Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace*), metodické pokyny (např. *Ošetrovatelská dokumentace*), domácí řády (např. *Domácí řády zdravotnických pracovišť*), edukační a informační materiály FNOL, standardy pro ošetrovatelskou péči atd.<sup>582</sup> S těmito dokumenty se v rámci edukační činnosti sestry řídí a využívají jej podle dané situace.

Tímto je podle našeho názoru zajištěn jednotný postup, a podání shodných a ucelených informací při edukaci konkrétního pacienta.

V této souvislosti bychom chtěli poukázat i na existenci přílohy k vnitřní směrnici FNOL *Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením*<sup>583</sup>, k jejíž existenci nás často edukační sestry v rámci hloubkových rozhovorů odkazovaly. Jedná se o dokument obsahující doporučené postupy pro klinickou praxi reflektující úctu k životu, respektování lidských práv,

---

<sup>582</sup> Vlastní realizace edukace nelékařskými zdravotnickými pracovníky je prováděna v souladu s výše popsaným metodickým pokynem. Zdravotnické zařízení proto v současné době nevede standardní ošetrovatelský postup. Pojetí edukačního procesu u konkrétního pacienta je plně v kompetenci edukačních sester – pozn. autorky.

<sup>583</sup> Přílohu k vnitřní směrnici FNOL *Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením* jsme pro studium získali z rukou edukačních sester – pozn. autorky.

důstojnost každého jednotlivce a specifika potřeb pacientů v seniorském věku. Tuto intenci hodnotíme velmi kladně.

### **Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 6**

Z analýzy *Metodického pokynu č. MP–L–004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL* vyplývá, že neposkytuje konkrétní postupy vztahující se k edukaci pacienta v seniorském věku k edukaci. Proto pro nás automaticky navazovala výzkumná dílčí otázka č. 6: ***Pokud metodické materiály a formalizované postupy existují, do jaké míry je edukační sestry využívají?***

Pro všechny dotazované je *Metodický pokyn č. MP–L–004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL* závazný, ve své edukační práci jej využívají a řídí se jím. Na základě svých kompetencí konkrétní edukaci projektují podle individuálních potřeb pacienta.

Stejně tak se řídí i dalšími s edukací souvisejícími interními dokumenty zdravotnického zařízení (viz dílčí výzkumná otázka č. 5).

Podle našeho názoru metodika edukace pacientů ve sledovaném zdravotnickém zařízení vytváří podmínky pro rozvoj autonomie a odpovědnosti sester při plnění edukační role v klinické ošetrovatelské praxi.

### **Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 7**

V kontextu legislativních a metodických dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení jsme vzhledem k realitě klinické praxe stanovili výzkumnou dílčí otázku č. 7: ***Kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje?***

V plánování, organizování a realizaci specializované a úzce specializované edukace jsou, v souladu s *Metodickým pokynem č. MP–L–004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*, **plně kompetentní sestry**<sup>584</sup> zapojené do projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*.

---

<sup>584</sup> Popř. všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí – pozn. autorky.

Realizace edukace u pacientů v seniorském věku má podle výpovědí všech dotazovaných **týmový charakter**. Podle konkrétní výpovědi edukační sestry Františky je důležité *...,zapojit do edukace celý zdravotnický tým, podle potřeby konkrétního pacienta.*“ Podle reakcí dotazovaných je žádoucí do edukace pacienta v seniorském věku také **zapojit jeho rodinu**.

Edukační sestry při edukaci pacienta v seniorském věku nejčastěji spolupracují **s ošetřujícím personálem** (ten např. aktivně kontaktuje edukační sestru při nutnosti konkrétního pacienta v něčem edukovat, spolupracuje na procvičování odborného výkonu u pacienta atd.). Velmi často spolupracují také **s fyzioterapeutem** (např. v otázce procvičování, zlepšení pohyblivosti, prevence pooperačních komplikací atd.). Možná specifika a nejasnosti konzultují **s lékařem** (např. zvláštnosti léčby, léčebný režim vycházející z operačního zákroku atd.). Mnohdy spolupracují i **s nutriční sestrou** (např. při řešení nechutenství, konzultace ohledně diety atd.) a při řešení sociálních podmínek pacienta **i se sociálním pracovníkem**.

Je-li potřeba, tak edukační sestry zajistí u pacienta **tzv. týmovou edukaci**, to znamená ve spolupráci s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, či jinou edukační sestrou. Pokud hospitalizovaný pacient potřebuje aktuálně informace o speciálním postupu jiného klinického oboru, tak mu je zajistí edukační sestra kliniky, kde je hospitalizovaný, v potřebném rozsahu, podle schopností pacienta a přiměřeně k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu.<sup>585</sup>

Pozitivním zjištěním se jeví, že touto metodikou je poskytován individuální přístup, a neméně důležitá aktuálnost ve vztahu k edukačním potřebám pacienta, jednotnost, soustavnost, důslednost a návaznost edukace.

### **Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 8**

Sestry stojí při plánování edukační intervence před rozhodnutím, zda je u konkrétního pacienta možná jeho individuální edukace, či již vnímají zapojení jeho rodiny do této aktivity jako vhodné, či již dokonce nezbytné.<sup>586</sup> Jako 8. dílčí výzkumnou otázku jsme si tedy položili: *Na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry*

---

<sup>585</sup> Přehled edukačních témat jednotlivých klinik je dostupný v KIS MEDEA (v klinickém informačním systému) v *Záznamu o edukaci* – pozn. autorky.

<sup>586</sup> MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 66.

***přípravenost pacienta v seniorském věku k edukaci? Které indikátory vedou sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu?***

Posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci je podle všech dotazovaných velice individuální. Jeho posouzení vychází z anamnestických údajů, zejména pak na základě prostudované **kompletní zdravotnické dokumentace**, včetně dokumentace ošetrovatelské.<sup>587</sup> Většina dotazovaných k získávání informací dále využívá **rozhovor s ošetřujícím personálem, rozhovor a pozorování pacienta, a rozhovor s rodinnými příslušníky**, jsou-li přítomni.

Při posuzování připravenosti pacienta k edukaci se sestry řídí *Metodickým pokynem č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL*. Edukační sestra kliniky edukuje pacienta ve specializovaných a úzce specializovaných tématech **po individuálním posouzení jeho potřeb v oblasti edukace**. Posouzení vychází z analýzy pacientových schopností učit se, posouzení pacienta získat nebo rozšířit si vědomosti, dovednosti a návyky. Hodnocení vychází z toho, zda má pacient dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu, v jakém rozsahu, aby se mohl naplánovat **edukační program přímo na potřeby konkrétního pacienta**.

Většina dotazovaných pak specifikovala způsob zhodnocení pacienta obdobným způsobem. Při prvním osobním setkání **pokládají pacientovi otázky** (shodně podle dvou edukačních sester Dany a Šárky tzv. ...,*příjemné otázky*“) zaměřené na dřívější zjištění a **sledují adekvátnost zpětné vazby**. Podle edukační sestry Hany ..., *v rámci rozhovoru pak otevírám další problémy, témata, otázky.*“ „*Na základě průběhu rozhovoru pak zhodnotím jeho připravenost, tedy schopnost učit se, k edukaci.*“ Přitom se podle reakcí dotazovaných zaměřují na úroveň orientace, kognice i koncentrace.

Téměř všichni dotazovaní se při posuzování připravenosti pacienta k edukaci zaměřují na jeho **momentální zdravotní stav**, většina dotazovaných na **momentální psychický stav**.

**Sledování dalších údajů** o pacientovi (dosavadní znalosti, dovednosti; dosavadní návyky; postoje ke zdraví; kompenzační pomůcky; zájem a ochotu učit se a úroveň spolupráce pacienta) a jeho **schopnost se učit** (stav zraku, stav sluchu, manuální zručnost

---

<sup>587</sup> Ze zdravotnické dokumentace je za tímto účelem pro edukační sestry stěžejní zejména příjmová zpráva, lékařská překladová zpráva, ordinační list, operační protokol, z ošetrovatelské dokumentace formuláře *Posouzení pacienta, Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči* a *Ošetrovatelská překladová zpráva*. V dokumentaci pacienta se edukační sestry zaměřují zejména na osobní data, osobní anamnézu a současné obtíže - pozn. autorky.



apod.) uvádí necelá čtvrtina dotazovaných. Výsledky tvořené nízkou četností jednotlivých dotazovaných jsou pro nás překvapující. Tyto odlišnosti mohou významně ovlivňovat proces edukace! Je třeba je znát a akceptovat je! V souladu s respektováním těchto odlišností v období stáří je nezbytné přizpůsobit edukační proces možnostem a schopnostem jedince.<sup>588</sup>

Výše popsané **hodnocení provádí edukační sestry podle potřeby.**

***Které indikátory vedou sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu?***

Zapojení rodiny do edukace pacienta v seniorském věku je pak podle většiny dotazovaných **velice individuální.**

Většina dotazovaných uvedla, že **hlavními indikátory k zapojení rodiny do edukace jsou pacienti možnosti a schopnosti, tedy, jsou-li přítomny překážky v edukaci,** podle jednoho dotazovaného např. psychické (nezájem, strach, prokázaná demence atd.), smyslové či tělesné bariéry (např. artritické prsty – nezvládne výkon), které omezují pacientovu možnost či schopnost se učit.

Polovina dotazovaných dále uvedla, že tato možnost je reálná, **pokud je rodina přítomna, je-li to žádoucí a pacient či rodina si to přeje.** Rodina se podle výpovědi dotazovaných většinou ráda zapojí.

Edukační sestra Lenka k této problematice doplnila *...,protože je každý člověk jiný, na místě je kvalifikovaný odhad sestry.*“ S touto myšlenkou podle našeho názoru souvisí i odpověď edukační sestry Jany, která podle našeho názoru pacienta posuzuje zcela neuvědoměle (intuitivně) *...,až teprve s vaší otázkou mě napadlo, že bych to mohla vysledovat. Před tím jsem nad tím nepřemýšlela.*“

Nemůžeme nesouhlasit v tom, že významnou úlohu při posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci má právě kvalifikovaný odhad sestry, která má k dispozici nejen kompletní zdravotnickou dokumentaci pacienta, získává zpětnou vazbu prostřednictvím zdravotnického personálu, ale i opakovaným vlastním kontaktem s pacientem při poskytování ošetrovatelské péče. Podle našeho názoru sestra ke kvalifikovanému posouzení pacienta využívá svých znalostí, dovedností, schopností,

---

<sup>588</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition.* Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 146; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient.* Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7.

zkušeností, metod a postupů, ale také postojů, hodnot, a dalších osobnostních charakteristik. Tedy klíčových kompetencí, které jsou v tomto kontextu jistě nepostradatelné.<sup>589</sup>

### Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 9

Výzkumná dílčí otázka č. 9: *Do jaké míry se při realizaci edukačních činností využívá specifických materiálů a pomůcek, příp. speciálně upraveného prostředí?*

Z rozhovorů jsme zjistili, že edukační materiály a pomůcky podle možností přizpůsobuje potřebám seniorů přibližně polovina dotazovaných. Třetina dotazovaných informace předávající pacientovi v písemné podobě doplňuje o **telefonní a emailový kontakt pro případ potřeby**. Méně než třetina dotazovaných při edukaci seniorů využívá **obrázky, které si sami vyrobili**. Jeden dotazovaný uvedl, že podle potřeby na požádání pacientovi **vytiskne edukační materiály z počítače větším písmem**. Druhá polovina dotazovaných však odpověděla, že při edukaci pacientů v seniorském věku bohužel nevyžívá žádné specifické materiály a pomůcky. Podle edukační sestry Hany... „*zatím tu nic takového nemáme.*“ ... „*ráda bych používala, jsou ale omezené možnosti, větší písma a čísla na zdravotnických pomůckách a příbalových letáčcích by bylo fajn*“, doplnila edukační sestra Olga. V těchto konkrétních případech je otázkou, zda, a to i ve vztahu k tematickému zaměření, specifické materiály a pomůcky vůbec existují, zda jejich existenci edukační sestry na svém pracovišti mohou ovlivnit, anebo zda sestry mají možnost ty pomůcky, které k dispozici mají nějakým způsobem přizpůsobit edukačním potřebám seniorské populace.

Edukační sestra Ilona doplnila... „*nejzásadnější pomůckou jsem já sama. Prostředek, který vždycky máme, jsme my a ten lidský přístup.*“

Překvapující jsou pro nás i další výsledky hloubkových rozhovorů, ve kterých jsme zjistili, že méně jak třetina dotazovaných zajišťuje k edukaci pacientů v seniorském věku **funkční kompenzační pomůcky**. Absence či nefunkčnost kompenzačních pomůcek může

---

<sup>589</sup> Srov. REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 79 – 89.

tvorit bariéry – překážky, které mohou mít na vlastní edukační proces záporný vliv!<sup>590</sup> Z tohoto důvodu je nezbytné na zajištění kompenzace těchto edukačních bariér pamatovat!

Více jak polovina dotazovaných k edukaci pacientů v seniorském věku zajišťuje vhodné prostředí a podmínky. Z toho více jak třetina dotazovaných se snaží k edukaci zajistit **soukromí a klid**, třetina dotazovaných **dostatečné osvětlení**. Přibližně třetina dotazovaných však při edukaci pacientů v seniorském věku nevyužívá speciálně upraveného prostředí. Vhodné prostředí na edukaci musí mít optimální osvětlení a teplotu, přiměřený prostor, musí mít bez hluku a ve zdravotnickém prostředí také zaručovat důležitou intimitu. Podstatnou roli pak hraje i atmosféra na pracovišti a dostatek času pro vlastní edukaci.<sup>591</sup> Rušivé podněty mohou mít na vlastní edukační proces negativní vliv. Na druhou stranu, z vlastních zkušeností víme, že z důvodu mnohdy neovlivnitelných faktorů je zajištění vhodného a nic nerušivého prostředí v nemocničním zařízení nelehkým úkolem. Edukační sestra Pavla k tomuto uvedla *..., bohužel nemám ani edukační místnost. Při dopoledním provozu na oddělení je edukovat pacienta na pokoji někdy náročné.“ ...,,kdysi jsem měla edukační místnost, měli jsme s pacientem na edukaci klid a pohodu a všechno po ruce. Z organizačních důvodů ji žel zrušili“*, zmínila v rozhovoru edukační sestra Radka.

### Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 10

Výzkumná dílčí otázka č. 10: *Jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku?*

V současné době je v souladu s novou vyhláškou o dokumentaci ve zdravotnickém zařízení novelizovaná dokumentace. Podle výpovědí edukační sestry Aleny *..., původní dokumentace k edukaci neměla smysl. V současné době je zjednodušená, klasický formulář*

---

<sup>590</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 14 - 16; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 56 - 57; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 72 - 73; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 27 - 28; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 49; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 28 - 29; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 37 - 38.

<sup>591</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 34; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 159 - 175; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

*k plánování edukace Záznam o edukaci edukační sestrou již není, provádím si proto **vlastní přípravu, podle vlastních potřeb.*** “ Tuto skutečnost dále uvedlo všech 100% dotazovaných.

Pro tyto záznamy edukační sestry využívají nejrůznější diáře, sešity, bloky atd. Přípravu k edukaci provádí edukační sestry většinou **každý den ráno.**<sup>592</sup> K danému pacientovi si edukační sestry vedou **vlastní poznámky**<sup>593</sup>. K záznamu používají i **vlastní značky a zkratky**<sup>594</sup>.

Tento záznam edukační sestry operativně mění nebo doplňují podle konkrétní situace a aktuálních potřeb svých pacientů.

Tímto je podle našeho mínění edukačním sestřám umožněna větší autonomie a flexibilita při provádění záznamu o průběhu edukace vzhledem k požadavkům konkrétních pracovišť.

Přípravu **vlastního odborného obsahu a rozsahu učiva** si edukační sestry neprovádí. K tomuto edukační sestra Hana doplnila *...,co se týče odborného obsahu sdělovaného, tak vycházím ze svých znalostí, dovedností, zkušeností či písemných edukačních materiálů, které pak předávám pacientovi. Ostatní problémy řeším operativně.*“

Z šetření na místě jsme zjistili, že všichni dotazovaní záznam o edukaci provádí, a to **po její realizaci.** Tento záznam provádí **písemnou formou do formuláře Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči.** Číslem z nabízených možností nebo slovně. **Pokud slovně, tak informativně, v krátkých větách, jasně a stručně – v čem je pacient již edukován, popř. co je potřeba v současnosti procvičit, či další informace vyplývající z individuálních potřeb pacienta.** Záznam edukační sestra stvrdí jmenovkou a svým podpisem.

---

<sup>592</sup> Podstatné informace zjišťují ze zdravotnické dokumentace či zdravotnického personálu (např. přehled přijatých pacientů a téma jejich edukace, přehled průběžné edukace a přehled pacientů před propuštěním a téma jejich edukace apod.) – pozn. autorky.

<sup>593</sup> Např. pokoj/lůžko, jméno a příjmení pacienta a diagnózu, didaktické pomůcky, s pacientem domluvený čas edukace, reakci pacienta na edukaci a zapojení rodiny, informace o tom, co pacient již zná a umí a co je potřeba dále procvičit pomůcky atd. – pozn. autorky.

<sup>594</sup> Např. pro příjem, operaci, základní edukaci, reedukaci apod. – pozn. autorky.

Dále edukační sestry provádí zápis o realizaci specializované a úzce specializované úrovni edukace i **do záznamového formuláře *Záznam o edukaci* v elektronické podobě** do KIS MEDEA<sup>595</sup> **výběrem z nabízených možností.**<sup>596</sup>

### **Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 11**

Výzkumná dílčí otázka č. 11: ***Jakým způsobem je pro edukační sestru realizující edukaci pacientů v seniorském věku zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi?***

Polovina dotazovaných se v praxi s problémy při realizaci edukace pacienta v seniorském věku nesetkala. Podle konkrétní výpovědi edukační sestry Aleny však ..., *řešení problémů není problém.*“ ...*“případné problémy řeším s kompetentní osobou“*, doplnila edukační sestra Tereza. Možné problémy tak většinou řeší s **ostatními členkami edukačního týmu, s lékařem, s fyzioterapeutem, s nutriční sestrou, s ošetřujícími sestrami či se sociálním pracovníkem.**

Z analýzy odpovědí dotazovaných vyplývá, že pokud se vyskytne ze strany personálu či ze strany edukační sestry při edukaci konkrétního pacienta problém, konzultují ho a snaží se ho hned, operativně a společně vyřešit.

Pozitivním se jeví to, že edukační sestry myslí i na prevenci možných problémů. Podle všech dotazovaných je právě proto důležité **zapojení celého zdravotnického týmu**, tady vidí oporu ze strany personálu v opakování, procvičování. Je-li také potřeba, tak ze stejného důvodu edukační sestra kliniky, kde je pacient hospitalizovaný, zajistí u pacienta **týmovou edukaci**, to znamená ve spolupráci s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem či jinou edukační sestrou.

### **POSTOJE SESTER K EDUKACI PACIENTŮ V SENIORSKÉM VĚKU**

Kognitivní postojovou složku zachycujeme pomocí *dotazníku*.

---

<sup>595</sup> Klinický informační systém – pozn. autorky.

<sup>596</sup> Přes složku pacienta je zaznamenáván datum, kdo a kde edukoval, poté se provádí výběr edukačního tématu, edukačních bariér, poskytnutých pomůcek, poskytnutých edukačních materiálů, reakce pacienta, zapojení rodiny z nabízených možností apod. – pozn. autorky.

Přikláníme se k názoru Šafránkové a Kocourkové<sup>597</sup>, že metoda *sémantického diferenciálu* zjišťuje pouze dílčí část emotivní složky jedince, a proto využíváme při výzkumu postojů i další metody: a to *rozhovor*, který může do výzkumu přinést nové informace

jak o kognitivní, tak o emotivní postoje složce, tak i *pozorování*, které nám může poskytnout významné informace o konativní složce postoje.

## Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 12

Výzkumná dílčí otázka č. 12: *Jaké jsou postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku?*

Vzájemný kontakt mezi sestrou a pacientem vyžaduje od sestry nejen psychologické znalosti, ale i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, jež proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s pacientem. Podle postavení a postojů v práci a vztahu k pacientům pak rozlišujeme několik typů sester: rutinní typ<sup>598</sup>, herecky (teatrální) typ<sup>599</sup>, nervózní typ<sup>600</sup>, mužský typ<sup>601</sup> a mateřský typ<sup>602, 603</sup>. V položce námi realizovaného průzkumného dotazníkového šetření zjišťující **vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku** mateřský typ označilo 83.33% (20) respondentek, ke vhodnosti mužského typu sestry se přiklonilo 12% (3) respondentů. Herecký (teatrální) typ zvolilo 4.17% (1) respondentů, rutinní typ nezvolil žádný z nich. Který typ sestry je pro edukaci pacientů v seniorském věku vhodný?

Zodpovězení není zcela jednoduché ani jednoznačné. Podle našeho názoru by sestra měla mít z různých variant vlastností ty nejvhodnější, ideálně z typu sestry mateřského

---

<sup>597</sup> ŠAFRÁNKOVÁ, A., KOCOURKOVÁ, V. Kvantitativní a kvalitativní rozměr výzkumu postojů učitelů ve vztahu k sociálnímu znevýhodnění žáků. In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Smišený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* [online]. Brno, Masarykova univerzita, 2011 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/capv2011/sbornikprispevku/safrankovakocourkova.pdf>.

<sup>598</sup> Je sestra přesná, konkrétní, věcná, přísná, chybí jí lidský pohled. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>599</sup> Sestra, která vystupuje důležitě, její projevy jsou přehnaně emocionální, snaží se udělat dojem, získat přízeň, uznání. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>600</sup> Sestra unavená, v časovém napětí, neklidná, podrážděná, trpí nejistotou, cítí se podhodnocena, vyhýbá se některým činnostem. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>601</sup> Je sestra energická, rozhodná, sebevědomá, důsledná, dobrá organizátorka s racionálním myšlením, vůdčí typ, může být vedoucí pracovníci, školitelkou, bývá také despotickejší, agresivní. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>602</sup> Sestra, která je milá, přátelská, ochotná, chápající, ne vždy dodržuje správné postupy. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>603</sup> ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 63 – 69.

a mužského, což podle odpovědí našich respondentů koresponduje. Sestra s neadaptivními povahovými rysy je pro svého pacienta zdrojem problémů a neklidu. Neúměrné chování sestry vůči pacientovi může znamenat nebezpečí jeho poškození.

Z analýzy výsledků námi provedeného **sémantického diferenciálu** vyplynulo, že celkový soubor 24 edukačních sester vnímá edukaci pacienta v seniorském věku jako náročnou a v rovině hodnocení jako pozitivní. Výsledná hodnota dimenze energie je vzhledem k potřebám seniorů v edukačním procesu pochopitelná. Velmi pozitivním se jeví, že výsledná hodnota dimenze hodnocení poukazuje na to, že respondenti vnímají edukaci pacientů v seniorském věku kladně, že tito jedinci jsou v edukačním procesu respektováni a jejich účast na edukaci je vnímána jako užitečná.

I další výsledky výzkumu přináší uspokojivá zjištění. Z **rozhovorů** vyplynulo, že podle mínění dotazovaných edukace seniorů vyžaduje citlivý a empatický přístup a trpělivost. Při edukaci pacientů v seniorském věku je také žádoucí nešetřit chválou, povzbuzovat a podporovat kladné stránky osobnosti seniora! Edukační sestra Ilona také poznamenala *„...já třeba uplatňuji nadhled a určitý smysl pro humor, myslím si, že s humorem a určitým nadhledem jde leccos překonat ...“, tady je důležitý určitě lidský přístup, člověk se snaží hledat způsob, aby se aktivně zapojili, prostě, aby to bylo pro ně motivující“*, doplnila edukační sestra Františka.

**Při pozorování**<sup>604</sup> edukačních lekcí jsme zjistili, že pacient byl povzbuzován, oceňován a podporován; dostával pokyny, které byly formulovány pozitivně, bez předsudků; byl podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu; byl povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech; všechny otázky pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno; všechny odpovědi pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno.

Výsledky zjišťující postoje sester k edukaci pacientů v seniorském věku jsou pro nás velmi potěšující. Stejně jako Speros a Zacharová<sup>605</sup> jsme přesvědčeni o tom, že by sestra měla být v očích svých pacientů člověkem, který má pochopení, a který jim pomáhá s tolerancí a laskavostí všechny jejich potíže v nemoci řešit. Měla by znát a chápat i osobní problémy

---

<sup>604</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“ – pozn. autorky.

<sup>605</sup> Srov. SPEROS, C. I. More Than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association, 2009, Vol. 14., No. 3., Manuscript 5; ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

pacientů, a mimo profesionální schopnosti by měla pacientům poskytovat porozumění a oporu a pečovat o jejich emocionální stav. Ve své profesi by měla dodržovat zásady profesionálního chování, které by mělo její vztah s pacientem posílit. V tomto případě je sestra harmonickou, klidnou a sebevědomou osobností, jejíž chování je pohotové, důsledné a rozvážné, a je provázeno lidskou účastí a ohledy.

Pevně věříme, že tomu výše uvedené výsledky našeho výzkumu reflektují.

## **DOVEDNOSTI SESTER V EDUKACI PACIENTŮ SENIORSKÉHO VĚKU<sup>606</sup>**

Dovednosti sester k edukaci pacientů v seniorském věku byly zjišťovány prostřednictvím *přímého nezáúčastněného strukturovaného pozorování* edukační lekce, dílčí výzkumná otázka č. 14 byla zpracována na základě triangulace metod.

### **Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 13**

Výzkumná dílčí otázka č. 13: *Jaká je struktura sledované edukační intervence (se zaměřením zejména na formu, téma, metody, prostředky a pomůcky, délku, místo, prostředí a podmínky, podporu učení, komunikaci a rétoriku)?*

Pro zjištění informací k této dílčí výzkumné otázce jsme realizovali strukturované pozorování jako kvantitativně zpracované metody. Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%).<sup>607</sup>

## **PROJEKTOVÁNÍ EDUKAČNÍCH STRATEGIÍ**

- **Téma (cíl) edukace**

Tematické zaměření jednotlivých pozorovaných edukačních lekcí bylo velmi rozmanité, zahrnovalo celou šíři potřeb pacienta a podle našeho názoru splňovalo svoji úlohu. Pozorované edukační intervence byly zaměřeny na tato témata. Se shodným počtem četností 10.53% 2: *Ošetření stomie a výměna sáčku, sebeděče a Aplikace inzulínu perem, sebeděče.* S četností 5.26% (1): *Příjem k hospitalizaci, sarkaidóza - vysvětlení onemocnění, plánovaná*

---

<sup>606</sup> Dovednosti jsou většinou pojímány jako výkonná složka lidské činnosti a chování. "Je však známo, že výkonná složka činnosti je ovlivněna také motivací, znalostmi, schopnostmi, zkušenostmi a dalšími složkami osobnosti subjektu." KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 26. Dovednosti v edukaci se vždy vztahují ke konkrétní situaci, ke které se vážou - pozn. autorky.

<sup>607</sup> Pro přehlednost jsou výsledky seřazeny podle jednotlivých částí pozorovacího archu (tj. podle předem stanovených pozorovaných kategorií - kategorií jevů) – pozn. autorky.



vyšetření, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů; Užití kapesního inhalátoru (prášková forma) u chronické obstrukční plicní nemoci; Užití Optichamber (aerosolového dávkovače); Chemoterapie - léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů; Přijetí k hospitalizaci, spánková apnoe - vysvětlení onemocnění, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, pravidla spánkové hygieny, plánovaná vyšetření; Postup při nasazování bederního korzetu; Edukace po operaci štítné žlázy - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebek péče, výživa, pitný režim, péče o ránu, následná péče; Edukace po operaci konečníku - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebek péče, výživa, pitný režim, péče o ránu; Příjem k hospitalizaci, chemoterapie – léčebný režim, výživa, pitný režim, sebek péče, prevence pádů; Aplikace Fraxiparinu; Příjem k hospitalizaci – edukace před a po operaci; Edukace před propuštěním do domácí péče, péče o permanentní močový katétr, sebek péče; Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, domácí řád, plánovaná vyšetření; Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, používání kompenzačních pomůcek: berle, domácí řád, plánovaná vyšetření a Edukace po operaci slepého střeva - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebek péče, výživa, pitný režim, péče o ránu.

V rámci jedné edukační lekce byl pacient velmi často edukován ve vícero vzájemně prolínajících se tématech (průřezových i speciálních). Uvedená **témata reflektují ošetrovatelské problémy týkající se obvyklých potřeb pacientů v seniorském věku.**<sup>608</sup> Převažující podíl témat má obecný charakter a další edukační témata se zaměřují na specifické potřeby pacientů v seniorském věku.

- **Místo realizace edukace**

Nejčastěji, v 68.42% (13), se edukace realizovala na **pokoji pacienta. Edukační místnost** byla využita ve 31.58% (6). V případě nemožnosti pacienta být edukován jinde, považujeme jeho pokoj, jako místo realizace edukace za samozřejmé (není také příhodné pacienta seznamovat s tím, jak se má např. otáčet na lůžku, posazovat, nebo manipulovat se signalizací, a nemít současně možnost všechno potřebné prakticky ukázat či procvičit). Diskutabilní ale může být přítomnost dalších pacientů na pokoji, která může být rušivým faktorem. Je také další otázkou, zda se na těchto pracovištích najde jiné klidné místo vhodné

---

<sup>608</sup> Srov. NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 58; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013, s. 21 - 24.

pro všechny zúčastněné subjekty. Z těchto důvodů výše uvedené výsledky hodnotit nebudeme.

- **Edukační bariéry**

Edukační bariéry pacientů se v 52.63% (10) týkaly **poruchy zraku** a ve 31.58% (6) **poruchy sluchu**. Ve 15.79% (3) pozorovaných edukačních lekcí se nevyskytovaly žádné edukační bariéry. Zajištění kompenzace těchto edukačních bariér v rámci pozorované edukační lekce prezentujeme v dalším textu.

- **Forma edukace**

Všechny pozorované edukační lekce byly realizovány **individuální formou** edukace. Vzhledem k velkým individuálním rozdílům mezi seniory a k různým potřebám edukace upřednostňujeme právě tuto formu edukace, přestože je časově náročnější<sup>609</sup>.

- **Typ edukace**

V 73.68% (14) pozorovaných edukačních lekcí se jednalo o **základní edukaci**, při které byl pacient seznamován s novými vědomostmi a dovednostmi, nebo byl motivován ke změně postojů či návyků; a ve 26.32% (5) o **reedukaci**.

- **Didaktické pomůcky**

**Informační materiál** byl použit v 94,74% (18) pozorovaných lekcí, **zdravotnický materiál** v 57.89% (11), následoval **výukový film** v 26.32% (5), **nástěnný obraz** ve 21.05% (4), **vlastní kresba** v 10.53% (2) a v 5.26% (1) **výukový trenažér**. Do učení seniorů se pro usnadnění osvojení požadovaných znalostí a dovedností snažíme zapojit co nejvíce smyslů, pro usnadnění osvojení požadovaných znalostí a dovedností proto využíváme

---

<sup>609</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56 - 58; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 31 - 36; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ. L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 66; MASTILIAKOVÁ, D. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati; Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2015, s. 70 - 73; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 127; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 69; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 74 - 75.

dostupných prostředků edukace.<sup>610</sup> Dle našeho názoru výsledky našeho výzkumu tuto zásadu reflektují.

- **Metody edukace**

Metoda **vysvětlování** byla použita ve všech pozorovaných edukačních lekcích, **informační materiál** v 94.74% (18), **výklad** v 57.89% (11), následoval **rozhovor** ve 42.10% (8) a se stejnou četností **praktický nácvik**. **Vyprávění příběhu** bylo aplikované ve 31.58% (6), **praktická ukázka** v 15.79% (3) a **vlastní kresba** v 10.53% (2) pozorovaných edukačních lekcí. Výše prezentované výsledky získané pozorováním reflektují nejpřínosnější metody v edukaci pacientů v seniorském věku.<sup>611</sup>

- **Délka edukační lekce**

U 36.84% (7) edukačních lekcí se její délka pohybovala přibližně **20 minut** a u stejného počtu přibližně **15 minut**. Délka dalších 26.32% (5) lekcí byla kolem **25 minut**. Seniori mají potřebu kratších učebních cyklů se zřetelem na křivku pozornosti, výukové lekce je proto podle odborné literatury doporučeno udržovat krátké (ne více než 10

---

<sup>610</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56 - 58; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 31 - 36; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ. L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 66; MASTILIAKOVÁ, D. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati; Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2015, s. 70 - 73; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 127; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 69; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 74 - 75.

<sup>611</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56 - 58; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 31 - 36; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ. L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 66; MASTILIAKOVÁ, D. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati; Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2015, s. 70 - 73; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 127; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005, s. 69; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 74 - 75.

až 15 minut).<sup>612</sup> V případě prakticky zaměřené lekci při současném dodržování zásad individuálního přístupu a saturování dalších z psychosociálních potřeb (potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut apod.) však toto doporučení podle našeho názoru není mnohdy reálné.

## REALIZACE EDUKAČNÍCH STRATEGIÍ

### • **Prostředí a podmínky**

Edukační lekce realizovala **pro edukaci vhodné prostředí, při optimálních podmínkách** jako předem stanovený pozorovaný jev v 52.63% (10), v 31.58% (6) „spíše ano“ a v 15.79% (3) „spíše ne“. Vhodné prostředí na edukaci musí mít optimální osvětlení a teplotu, přiměřený prostor, musí mít bez hluku a ve zdravotnickém prostředí také zaručovat důležitou intimitu. Podstatnou roli pak hraje i atmosféra na pracovišti a dostatek času pro vlastní edukaci.<sup>613</sup> Rušivé podněty mohou mít na vlastní edukační proces negativní vliv! Na druhou stranu, z vlastních zkušeností víme, že z důvodu mnohdy neovlivnitelných faktorů je zajištění vhodného a nic nerušivého prostředí v nemocničním zařízení nelehkým úkolem.

### • **Podmínky**

Pacient měl k edukaci **zajištěny funkční kompenzační pomůcky** jako předem stanovený pozorovaný jev v 68.42% (13) pozorovaných edukačních lekcí, v 15.79% (3) „spíše ano“ a v 15.79% (3) případech se hodnocení tohoto jevu nehodilo. Absence či nefunkčnost kompenzačních pomůcek může tvořit bariéry – překážky, které mohou

---

<sup>612</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 - 524; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; MILLER, C. A. *Nursing for Wellness in older adult*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 2012, s. 553 - 555; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 79 – 89, 159 – 175; SPEROS, C. I. More Than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association, 2009, Vol. 14., No. 3., Manuscript 5*.

<sup>613</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 34; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

mít na vlastní edukační proces záporný vliv.<sup>614</sup> Z výše uvedených výsledků je patrné, že respondenti v našem výzkumu na tyto překážky pamatují.

- **Podpora učení**

Pacient byl zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci. Pacient aktivně spolupracoval. Pacient byl seznámen s tématem edukační lekce. Edukační lekce navazovala na dosavadní skutečné znalosti a dovednosti pacienta. Edukační lekce prohlubovala nebo rozvíjela znalosti pacienta. Edukační lekce prohlubovala nebo rozvíjela dovednosti pacienta. Edukační lekce cíleně rozvíjela postoje pacienta. Pacientovi byly nové poznatky zprostředkovány postupně a systematicky. V rámci edukační lekce se účelně střídaly odlišné metody výuky. Praktická ukázka refletovala individuální potřeby pacienta. Pacient byl vyzván, aby předvedl praktický úkon sám. Pacient věděl, co se po něm vyžaduje - rozuměl pokynům. Pacient věděl, proč to dělá a k čemu to vede. Pacient dostával přiměřený čas na nácvik praktického úkonu. Pacientovi byla poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu. Pokud se v učení vyskytly obtíže, byly ihned rozpoznány a pacientovi byla poskytnuta pomoc. Pacientovi byla poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu. Pacient byl oceňován za proces (snahu, postupy) za výsledek práce; pacientovi byla poskytována nepřetržitá zpětná vazba.

V této kategorii byla přítomnost výše uvedených sledovaných jevů u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“.

Do edukační lekce byly zařazeny vhodné modelové příklady, příběhy.<sup>615</sup> V závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení; při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce byla spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový

---

<sup>614</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 14 - 16; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 56 - 57; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 72 - 73; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 27 - 28; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 49; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 28 - 29; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 37 – 38.

<sup>615</sup> Tento pozorovaný jev byl u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenán v 52.63% (10) jako „ano“, ve 31.58% (6) „spíše ano“ a v 15.79% (3) „spíše ne“ – pozn. autorky.

plán.<sup>616</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, event. se „hodnocení tohoto jevu nehodilo či pozorovaný jev nešel posoudit“. Hodnocení prvního uvedeného jevu ve třech pozorovaných lekcích jako „spíše ne“ nepovažujeme za diskutabilní. Stejně tak u druhého jevu zaměřeného na zpětnou vazbu, kdy se až v 73.68% případů hodnocení nehodilo či pozorovaný jev nešel posoudit.

Zejména u seniorů zdůrazňují všechny dostupné odborné zdroje aspekt individuality (individuálně podmíněné involuční změny), mluvíme také o heterogenitě seniorské populace.<sup>617</sup> Z těchto důvodů je důležité dodržovat určité konkrétní podmínky napomáhající průběhu učení a zefektivňující jeho výsledky.<sup>618</sup> Domníváme se, že základní strategií pro porozumění sdělovaného v rámci edukace je důkladná individuální diagnostika jedince a přizpůsobení edukačního procesu jeho možnostem, schopnostem a dovednostem. Výše uvedené výsledky podle našeho názoru tomuto odpovídají.

- **Didaktické pomůcky**

Demonstované pomůcky reflektovali individuální potřeby pacienta. Poskytnuté edukační a informační materiály byly efektivně využity.

V této kategorii byla přítomnost sledovaných jevů u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“.

Při volbě didaktických pomůcek přihlížíme ke stanovenému cíli, zvoleným metodám, formám a obsahu edukace. Dále je důležité zohlednit věk, zdravotní a psychický stav pacienta a možnosti daného zařízení, ve kterém budeme edukaci realizovat.<sup>619</sup> Při přípravě a práci s didaktickými pomůckami je potřeba dodržovat jisté zásady.<sup>620</sup> Při bagatelizaci výše uvedeného mohou vzniknout určité překážky, které mohou mít na vlastní edukační

---

<sup>616</sup> Tento pozorovaný jev byl u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenán v 15.79% (3) jako „ano“, ve 5.26% (1) „spíše ano“, v 5.26% (1) „spíše ne“ (v 73.68% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo či pozorovaný jev nešel posoudit). – pozn. autorky.

<sup>617</sup> ARMSTRONG – ESTHER, C. A., BROWNE, K. D. The influence of elderly patients mental impairment on nurse patient interaction. *Journal of Advanced Nursing*. 1986, 11, s. 379 – 387.

<sup>618</sup> Problematikou edukace seniorů obecně se v České republice zabývají zejména: Bednaříková (2012), Beneš (2003), Benešová (2014), Mühlpacher (2009), Petřková (1999, 2004), Kryštof a Špatenková (2010), Špatenková a Smékalová (2015); na Slovensku pak Čornaničová (1998, 2007), Határ (2011, 2014), Porubská a Határ (2009) a Hrapková (2010).

<sup>619</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 49.

<sup>620</sup> Šrov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 49; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 39 – 40.

proces záporný vliv. Z výše uvedených výsledků je patrné, že respondenti v našem výzkumu na tyto překážky pamatují.

- **Komunikace**

Pacient povzbuzován, oceňován a podporován; pacient dostával pokyny, které byly formulovány pozitivně, bez předsudků; pacient byl podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu; pacient byl povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech; pacient byl povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností; všechny otázky pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno; pacient byl povzbuzován k zapojení do rozhovoru; pacient dostával přiměřený čas na své odpovědi; všechny odpovědi pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno.

V této kategorii byla přítomnost sledovaných jevů u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“.

Sestra by měla starším pacientům pomoci porozumět tomu, co se s ním a okolo něho děje. K tomuto využívá jak prvky verbální i neverbální komunikace, tak činy. Významné je pomoci těmto pacientům s aktivním přístupem k životu i v době nemoci, umět je povzbudit, efektivně motivovat a poradit jim. V komunikaci dbáme na zachování důstojnosti, podmínkou je vytvoření vztahu laskavosti a důvěry, nezbytná je také úcta a respekt, empatie a nehraný entuziasmus.<sup>621</sup> Tímto se podle našeho názoru u seniorů zvyšuje emoční klima a vytváří se pozitivní očekávání. Pokud pacient vidí, že mu ošetřující personál věnuje náležitou pozornost, přistupuje pak k edukaci s větší odpovědností. Tak tomu bylo i v případě námi pozorovaných edukačních lekcí.

- **Rétorika**

Informace byly pacientovi sdělovány správnou rétorikou.

Potěšující výsledky přináší i tato pozorovaná kategorie. Přítomnost sledovaných jevů v této kategorii byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“. Informace pacientovi je potřeba sdělovat správnou rétorikou, srozumitelně (přiměřeně úrovni vzdělání a chápání pacienta), stručně,

---

<sup>621</sup> VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2013, s. 65 – 66.

jasně, zřetelnou artikulací, přiměřenou rychlostí projevu, intonací, výškou hlasu, v kratších jednoduchých větách, dbát na akcenty a dělat pomlky.<sup>622</sup> Také je potřeba podle našeho názoru pro zpětnou vazbu průběžně zjišťovat, zda bylo vše řečené tak, aby nám pacient rozuměl.

#### Výsledky výzkumné dílčí otázky č. 14

K předpokladům úspěšného edukačního procesu patří i respektování didaktických zásad, které usnadňující průběh učení a zefektivňují jeho výsledky.<sup>623</sup> V našem výzkumném šetření jsme se zajímali o to, jaké didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na učení seniorů jsou našimi respondenty uplatňovány. Jako 14. dílčí výzkumnou otázku jsme si tedy položili: ***Jaké didaktické zásady edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují?***<sup>624</sup>

Zjištěné informace z výzkumného šetření jsme organizovali pomocí typologie, kterou jsme setřídili vybrané jevy podle podobných znaků do kategorií. Při kategorizaci zjištěných jevů jsme vycházeli z didaktických principů podle Határa<sup>625</sup>. Uvedené kategorie tedy představují jednotlivé didaktické zásady.

- **Zásada kulturního kontextu**

Tato didaktická zásada je aktuální vzhledem k zaměření tématu disertační práce, nelze tedy jinak, než tuto zásadu uvést jako první. Zásada kulturního kontextu vychází

---

<sup>622</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 - 524; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 56 - 58; MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatelstve I*. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008, s. 31 - 36; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ. L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 67 - 68; MILLER, C. A. *Nursing for Wellness in older adult*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 2012, s. 553 - 555; NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010, s. 127; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 79 - 89, 159 - 175; SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 33 - 34; VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 74 - 79; VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2013, s. 65 - 66; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 74 - 75.

<sup>623</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 147.

<sup>624</sup> Získané informace cílené na konkrétní uplatňované didaktické zásady našimi respondenty dotazníkovým šetřením (položka č. 16) a rozhovorem (kategorie 2, 5a) jsme validovali pomocí dat získaných prostřednictvím pozorování. Mírná diskrepance v informacích se jeví právě ve prospěch pozorování, tedy reality klinické praxe – pozn. autorky.

<sup>625</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 90.



z požadavku, že při edukaci musíme respektovat zvláštnosti jednotlivých kultur, sociálních skupin a pohlaví.<sup>626</sup> Při edukaci pacientů v seniorském věku tedy **musíme přihlédnout k jejich specifikám.**

Proces edukace v období stáří totiž ovlivňuje řada odlišností, tyto je třeba znát a respektovat je. V souladu s jejich respektováním je důležité dodržovat určité konkrétní podmínky napomáhající průběhu učení a zefektivňující jeho výsledky.<sup>627</sup>

Výskyt jevů poukazujících na uplatňování didaktických zásad podporujících učení pacientů v seniorském věku jsme zaznamenali i v našem výzkumu. Podle edukační sestry Aleny je totiž ..., *edukace pacientů seniorů specifická.*“

Jaké didaktické zásady tedy edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují?

- **Zásada diferencovaného a individuálního přístupu**

**Zásada individuálního přístupu** byla v dotazníkovém šetření zmíněna všemi kladně odpovídajícími respondenty jako nejčastěji uplatňovaná didaktická zásada. Z výsledků položky č. 15 ovšem vyplynulo, že všech devět **faktorů majících na proces edukace v období stáří vliv** zaznačilo pouze 37.50 % (9) respondentů, více jsou vnímány pouze osm, sedm, šest, pět, čtyři a tři z možných devíti. Z hlediska celkového počtu označených odpovědí považujeme výsledky této položky za diskutabilní.

Obdobné výsledky jsme získali i prostřednictvím hloubkového rozhovoru. **Výčet možných faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří** získaný všemi rozhovory je celkově bohatý, nicméně některé z nich tvořené nízkou četností jednotlivých dotazovaných – *Kategorie 4b Vlastní způsob zhodnocení*. I tyto výsledky jsou pro nás překvapující.

---

<sup>626</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 - 152.

<sup>627</sup> Problematikou edukace seniorů obecně se v České republice zabývají zejména: Bednaříková (2012), Beneš (2003), Benešová (2014), Mühlpacher (2009), Petřková (1999, 2004), Kryštof a Špatenková (2010), Špatenková a Smékalová (2015); na Slovensku pak Čornaničová (1998, 2007), Határ (2011, 2014), Porubská a Határ (2009) a Hrapková (2010).

Další výsledky výzkumného šetření se však jeví ve prospěch pozorování. Všichni dotazovaní při edukaci pacientů v seniorském věku upřednostňují **individuální formu edukace**. U předem stanovených pozorovaných kategorií byla přítomnost sledovaných jevů zaměřených na **uplatňování zásady individuálního přístupu** u jednotlivých pozorovaných edukačních lekcí v pozorovacím archu na kategoriální škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“.<sup>628</sup>

Zejména u seniorů zdůrazňují všechny dostupné odborné zdroje aspekt individuality (individuálně podmíněné involuční změny), mluvíme také o heterogenitě seniorské populace.<sup>629</sup> Vzdělavatel seniorů by měl těmito znalostmi disponovat! Zde vidíme prostor pro další vzdělávání sester a rozvíjení potřebných kompetencí. Uspokojivým zjištěním se jeví, že realizované edukační strategie byly u konkrétního pacienta uplatňovány ve shodě s jeho potřebami a požadavky na edukaci.

- **Zásada aktuálnosti**

Zásada aktuálnosti souvisí s aktuální úrovní edukačních potřeb. Jaký výkon pacient potřebuje procvičit, v čem má nedostatečné znalosti? Jaký je aktuální stav pacienta a s tím související edukační potřeba?<sup>630</sup> Posouzení aktuálního stavu pacienta je důležité pro úspěšnost dalších fází edukačního procesu.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že podle 75.00% (18) respondentů je **v první fázi edukačního procesu pro jeho úspěšnost důležité provést pečlivou pedagogickou diagnostiku**.

Diskrepance se však objevila v informacích získanými prostřednictvím hloubkových rozhovorů, ve kterých jsme zjistili, že pouhých 20% dotazovaných si uvědomuje, že **v porovnání s edukací dospělých pacientů je v první fázi edukace pro značnou rozdílnost seniorů klíčové jejich pečlivé zhodnocení** (*Kategorie 2. Vlastní pohled*

---

<sup>628</sup> Jedná se o dílčí výzkumnou otázku č. 13 – vyhodnocení a následná interpretace výsledků byla provedena v předešlém textu – pozn. autorky.

<sup>629</sup> SARMSTRONG – ESTHER, C. A., BROWNE, K. D. The influence of elderly patients mental impairment on nurse patient interaction. *Journal of Advanced Nursing*. 1986, 11, s. 379 – 387.

<sup>630</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

respondenta na problematiku).<sup>631</sup> Zajímavým zjištěním pak je, že 100% dotazovaných popsalo posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci (*Kategorie 4a Zdroje informací*) a specifikovalo vlastní způsob aktuálního zhodnocení pacienta (*Kategorie 4b Vlastní způsob hodnocení*).

Potěšující výsledky pak přináší pozorování, při kterém jsme zjistili, že byl pacient **zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci**, jako předem stanovený pozorovaný jev, v 52.63% (10), ve 47.37% (9) „spíše ano“ – *Kategorie Podpora učení*.

Výše popsané výsledky výzkumu podle našeho názoru mohou poukazovat na to, že řada sester přistupuje v klinické praxi k problematice aktuální připravenosti pacienta k edukaci zcela neuvědoměle (intuitivně).

- **Zásada názornosti**

Pro osvojení nových poznatků je základní podmínkou vytvoření jasných, živých představ. Čím více analyzátorů pro smyslové vnímání učící se jedinec zapojí, tím více si pamatuje.<sup>632</sup> Z výzkumného šetření jsme zjistili, že pokud je to vzhledem k cíli edukační lekce a stavu pacienta reálné, sestry prezentují nové poznatky vícero smyslům a volí takové metody a didaktické pomůcky, které tuto zásadu podpoří a usnadní tak pacientovi proces učení.

V dotazníkovém šetření byla 83.33% (20) respondentů za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku zvolena **praktická ukázka**. Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že tuto metodu upřednostňuje 70% dotazovaných a jedná se o metodu první volby při prakticky zaměřeném cíli edukační lekce. Při pozorování<sup>633</sup> jsme zjistili, že **praktická ukázka reflektovala individuální potřeby pacienta**.

Z šetření na místě jsme dále zjistili, že respondenti pro usnadnění osvojení požadovaných znalostí a dovedností využívají při edukační práci se seniory také různé

---

<sup>631</sup> Přičemž v ostatních kategoriích cílených na vlastní edukační činnost však 100% dotazovaných uvádělo, že každý pacient je posouzen individuálně z hlediska potenciální edukační potřeby (*Kategorie 3a Koordinace edukační činnosti, Kategorie 4b Vlastní způsob zhodnocení*) – pozn. autorky.

<sup>632</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 - 524; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

<sup>633</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále posuzována „ano“, event.. „spíše ano“ – pozn. autorky

**modelové příklady a příběhy, reálný zdravotnický materiál, edukační videa, nástěnné obrazy, materiály od obchodních zástupců firem, vlastní kresbu, anatomická schémata a výukový trenažér.** Při pozorování<sup>634</sup> edukačních lekcí jsme zjistili, že demonstrováné pomůcky reflektovaly individuální potřeby pacienta a poskytnuté edukační materiály byly efektivně využity.

Z uvedeného je patrné, že si respondenti uvědomují výhody názorně demonstračních metod při edukaci seniorů. Sám demonstrováný příklad je totiž mnohdy účinnější než jiné edukační metody.<sup>635</sup>

- **Zásada jednoty teorie a praxe (aplikability)**

Touto zásadou se myslí propojení teoretických poznatků s praktickou činností (při čemž není podstatné, zda praxe předchází teorii nebo teorie praxi) a využívání získaných znalostí a dovedností v reálném životě.<sup>636</sup> Tato zásada je tedy v edukaci seniorů velmi důležitá.

V dotazníkovém šetření byla 83.33% (20) respondentů za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku zvolena praktická ukázka, jejím největším přínosem je podle respondentů spojení **teorie s praxí**. Se shodnou četností byla označena i metoda nácvik, přínosem této metody je, že **pacient přesně ví, co má dělat**. Ve druhém pořadí s 70.83% (17) uvedena metoda slovní, jejichž největším přínosem je opět spojení **teorie s praxí**.

Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že metodu **praktický nácvik** upřednostňuje 95% dotazovaných, **praktickou ukázkou** a **metodu slovní** shodně 70% dotazovaných. Což je celkem logické, nelze totiž pacienta učit určité dovednosti bez slovního komentáře.

Při pozorování<sup>637</sup> jsme zjistili, že edukační lekce **prohlubovala nebo rozvíjela znalosti pacienta, prohlubovala nebo rozvíjela dovednosti pacienta, cíleně rozvíjela**

---

<sup>634</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále posuzována „ano“, event. spíše ano – pozn. autorky

<sup>635</sup> EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>.

<sup>636</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

<sup>637</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále posuzována „ano“, event. spíše ano – pozn. autorky

**postoje pacienta, pacient byl vhodně motivován a byla mu poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu.**

Každý z pacientů vstupuje do edukačního procesu s určitými vědomostmi, dovednostmi, zkušenostmi a postoji. Vhodné znalosti, dovednosti a postoje se sestry snažili v našem výzkumu určitými edukačními strategiemi prohloubit a upevnit, ty nesprávné pak změnit v pozitivní. Pozitivním zjištěním je, že sestry svými edukačními strategiemi pacientům přiblížili praktičnost edukační lekce a vytvořili jim příležitost k pochopení jejího významu.

- **Zásada různorodosti výchovných podnětů**

Pozitivně hodnotíme výsledky hloubkových rozhovorů, v rámci kterých jsme zjistili, že z edukačních metod všichni respondenti upřednostňují **metodu slovní (vysvětlování, výklad a rozhovor) a praktický nácvik**. Téměř všichni dotazovaní pak při edukační práci se seniory preferují **praktickou ukázkou a metodu písemnou (informační materiály)**. Výsledky dotazníkového šetření poukazují na to, že si respondenti uvědomují skutečnost, že **je vhodné v klinické praxi jednotlivé edukační metody vzájemně kombinovat a doplňovat**. Tuto skutečnost pak potvrdili výsledky pozorování, při kterých jsme zjistili, že **v rámci edukační lekce se účelně střídaly odlišné metody výuky ve všech pozorovaných edukačních lekcích**.

Při šetření na místě jsme zjistili, že respondenti při edukaci pacientů v seniorském věku uplatňují ze slovních metod i různé **modelové příklady či vyprávění příběhů**. Pro usnadnění osvojení požadovaných znalostí a dovedností využívají při edukační práci se seniory také různé **didaktické pomůcky**.<sup>638</sup>

Tyto výsledky jsou pro nás velmi uspokojivé. Můžeme konstatovat, že sestry v našem výzkumu při edukační práci se seniory pro dosažení stanoveného cíle využívají různorodých výchovných podnětů.

Dovolíme si zde doplnit, že klíčovým podnětem v edukační činnosti je právě **výchovné působení konkrétní sestry**, která je jistě svým profesionálním přístupem, znalostmi, dovednostmi, schopnostmi, zkušenostmi, ale také postoji, hodnotami,

---

<sup>638</sup> Např. reálný zdravotnický materiál, obrázky, edukační videa, nástěnné obrazy, materiály od obchodních zástupců firem, výukové trenažéry, vlastní kresby a anatomická schémata - pozn. autorky.

a dalšími osobnostními charakteristikami pro pacienta tím nejcennějším reálným vzorem. I v tomto kontextu jistě hrají klíčové kompetence, kterými konkrétní sestra disponuje, nepostradatelnou úlohu.

- **Zásada vědeckého přístupu**

Zásada vědeckého přístupu je v současné době v ošetrovatelství velice aktuální. Obsah edukace má být v souladu s nejnovějšími objevy vědy, techniky, pedagogiky, ale i ošetrovatelství. Obsah edukace by měl být věcný a prezentován vhodnými metodami tak, aby jim učící se jedinec porozuměl.<sup>639</sup>

V našem výzkumném šetření jsme se v dotazníkovém šetření a následném hloubkovém rozhovoru zaměřili i na úroveň **vzdělání a připravenosti edukačních sester obecně**, a také na úroveň **vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku** prostřednictvím dílčích výzkumných otázek.<sup>640</sup> Na základě průběžných výsledků se podle našeho názoru prokázal význam **celoživotního vzdělávání**, které sestry aktivně a soustavně realizují, a inspiraci či náměty pro edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském respondentů čerpají z bohatých zdrojů celoživotního vzdělávání.

Podle mínění edukační sestry Evy ..., *víte, ošetrování pacientů a s tím spojená edukace je srdeční záležitostí každé sestry. Více informací a dovedností v této oblasti usnadní sestře edukaci, zlepši výsledky edukace u pacienta, a v konečném důsledku zvýší i kvalitu poskytované péče. Moc ráda se seznámím s výsledky Vašeho výzkumu.*“

Uplatňování této zásady pak podle našeho názoru napomáhá i skutečnost, že sestry při edukační činnosti pracují s informačními materiály, na jejichž tvorbě a aktualizaci se podílejí lékaři, nutriční terapeuti, Úsek nelékařských oborů, Odbor kvality a studenti *Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého Olomouc.*

- **Zásada přiměřenosti**

Kladně hodnotíme výsledky hloubkových rozhovorů, ze kterých vyplývá, že v porovnání od edukace dospělých pacientů je podle všech dotazovaných edukace seniorů

---

<sup>639</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

<sup>640</sup> Jedná se o dílčí výzkumnou otázku č. 1 a dílčí výzkumnou otázku č. 2 – vyhodnocení a následná interpretace výsledků byla provedena v předešlém textu – pozn. autorky.

velice **individuální**. Podle většiny dotazovaných je důležitá **redukce zprostředkovaných informací, srozumitelné vyjadřování ve vztahu k úrovni vzdělání a chápání konkrétního pacienta, zaměření se na fixaci nejn nutnějších návyků a úkonů**. Z některých rozhovorů vyplynulo, že je důležité **přizpůsobení tempa edukace potřebám konkrétního jedince, spolu s pacientem stanovit reálný cíl, informace přeformulovat a přiblížím možnostem a schopnostem konkrétního pacienta, informace zprostředkovávat postupně a postupovat od jednoduššího ke složitějšímu**.

Při pozorování jsme dále zjistili, že všechny pozorované edukační lekce byly realizovány **individuální formou** edukace pacienta. Pacient byl **zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci, dostával přiměřený čas na nácvik praktického úkonu, pacient byl podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu, dostával přiměřený čas na své odpovědi a informace mu byly sdělovány správnou rétorikou** (přiměřeně úrovni vzdělání a chápání pacienta atd.).<sup>641</sup>

Výše uvedené je pro nás velmi potěšující. Souhrnně lze říci, že sestry realizují edukační strategie tak, aby požadavky na pacienta (tempo, rozsah, obsah a obtížnost učiva) byly splnitelné a zvolené metody a formy edukace v souladu s úrovní jeho vědomostí, schopnostmi a zdravotním stavem.

- **Zásada zpětné vazby (feedbacku)**

Pro edukaci seniorů je přínosné volit takovou metodu edukace, která umožňuje zpětnou vazbu, protože tímto získáme informace o úrovni osvojení si poznatků a můžeme přizpůsobit tempo edukace potřebám pacienta.<sup>642</sup> Kladně tedy hodnotíme výsledky dotazníkového šetření, ve kterém za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku 70.83% (17) respondentů zvolilo metodu slovní, přínosem této metody je z jejich pohledu právě možnost **zapojení pacienta do rozhovoru**.

Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že většina dotazovaných zpětnou vazbu provede prostřednictvím **kontrolní otázky** a posouzení odpovědí. Podle edukační sestry Františky otázkami např. ...., *Co jste mi rozuměl z toho, co jsem vám říkala? Jak budete provádět....?*“ Z některých odpovědí vyplývá, že zpětná vazba bývá realizována i nenásilnou formou pomocí

---

<sup>641</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“ – pozn. autorky

<sup>642</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 70.

**rozhovoru.** Podle odpovědi edukační sestry Šárky ..., *aby se pacient necítil jako při zkoušení ve škole.*“ ..., *rozumně si s pacientem popovídám. Proberu s ním všechny možnosti. Diskutujeme*“, doplnila edukační sestra Ilona. Většina dotazovaných dále uvedla, že zpětnou vazbu provádí i prostřednictvím **sledování zručností pacienta** při provádění osvojeného výkonu. Důležité informace získává i při **rozhovoru s personálem a rodinou**, hlavně v otázce procvičování výkonu. Zpětnou vazbu zjišťuje **v průběhu celého edukačního procesu** a na **závěr edukační lekce obsah edukace shrne, zhodnotí**, a v případě potřeby se event. domluví na tématu a času příští návštěvy.

Při pozorování jsme zjistili, že pacient byl vyzván, aby **předvedl praktický úkon sám**; byla mu poskytována **příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu**; pokud se v učení vyskytly **obtíže, byly ihned rozpoznány a pacientovi byla poskytnuta pomoc**; byla poskytována **nepřetržitá zpětná vazba**; pacient byl povzbuzován, aby **mluvil o svých pocitech**; byl povzbuzován **ke kladení otázek vycházejících z případných nejasností** a byl povzbuzován **k zapojení do rozhovoru**.<sup>643</sup> V závěru edukační lekce proběhlo spolu **s pacientem její zhodnocení**, při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce byla **spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán**.<sup>644</sup>

Souhrnně lze říci, že sestrami byly realizovány edukační strategie ke zjištění zpětné vazby v průběhu celého edukačního procesu. Prostřednictvím zpětné vazby byly od pacienta zjišťovány informace (vhodným způsobem, např. kladením otázek z obsahu edukace, rozhovorem, pozorováním apod.), jestli zprostředkovávaná fakta chápe, rozumí jim, pamatuje si je a umí je použít při praktické činnosti. Tady korespondují odpovědi respondentů a sledovaná realita v našem výzkumu s odbornou literaturou.

- **Zásada jednotnosti**

Realizace edukace u pacientů v seniorském věku má podle reakcí všech dotazovaných týmovou spolupráci. Veškerý zdravotnický personál se při práci řídí závaznými interními dokumenty zdravotnického zařízení (vnitřní směrnice, metodické pokyny, domácí řády, standardy pro ošetrovatelskou péči), čímž je zajištěn **jednotný postup** při edukaci

---

<sup>643</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na kategoriální škále posuzována „ano“ (v malé míře „spíše ano“) – pozn. autorky

<sup>644</sup> Tento pozorovaný jev byl u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenán v 15.79% (3) jako „ano“, ve 5.26% (1) „spíše ano“, v 5.26% (1) „spíše ne“ (v 73.68% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo či pozorovaný jev nešel posoudit). – pozn. autorky.



konkrétního pacienta. **Jednotnost podaných informací** je zajištěna využíváním shodných informačních materiálů a zdravotnických pomůcek.

K podpoře této zásady přispívá i metodika předávání informací o realizované edukaci<sup>645</sup>, které se provádí písemnou formou do formuláře *Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči*, který využívají ke svému zápisu i službu mající sestry, fyzioterapeuti nebo sociální pracovníci. Ostatní specifika edukace u konkrétního pacienta jsou předávána ústní formou kompetentní osobě. Podle našeho názoru je tak ve zdravotnickém zařízení zajištěna **kontinuita a jednotnost v realizované edukaci u konkrétního pacienta**.

Pozitivně hodnotíme i to zjištění, že pokud se vyskytne ze strany personálu či ze strany edukační sestry při edukaci konkrétního pacienta problém, konzultují ho a snaží se ho hned, operativně a společně vyřešit.

- **Zásada uvědomělosti a aktivity**

Zásada uvědomělosti a aktivity spočívá ve vědomé potřebě samotného pacienta se aktivně zapojit do edukačního procesu, účastnit se uzdravování a spolupracovat (*compliance*).<sup>646</sup> Kladně tedy hodnotíme výsledky dotazníkového šetření, ve kterém jsme zjistili, že za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku byla 70.83% (17) respondentů zvolena metoda slovní, jejíž přínos je viděn v možnosti zapojení pacienta do **rozhovoru**, který mu dává prostor být aktivním. Stejných informací jsme dosáhli i v rámci hloubkových rozhovorů. Pokud se jedná o prakticky zaměřenou edukační lekci, pacient je zapojený do edukačního procesu i prostřednictvím **praktického nácviku**. Z některých rozhovorů vyplynulo, že je vhodné na začátku edukace **začínat s tím, co pacienta zajímá a co zná**.

Pozitivní zjištění přináší i pozorování<sup>647</sup>. Pacient **aktivně spolupracoval; věděl, proč to dělá a k čemu to vede** (byl vhodně motivován); pacient byl **povzbuzován, oceňován a podporován**; byl podporován k tomu, aby **sděloval svá očekávání týkající se jeho role**

<sup>645</sup> *Metodický pokyn č. MP-L-004-03 Edukace hospitalizovaných a ambulantních pacientů ve FNOL – pozn. autorky.*

<sup>646</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 - 524; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 - 152.

<sup>647</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na kategoriální škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“ – pozn. autorky

**v edukačním procesu; byl povzbuzován ke kladení otázek vycházejících z jeho zájmu o danou problematiku; byl povzbuzován k zapojení do rozhovoru.**

Pacient by se sám měl zajímat a vyhledávat informace prospěšné zdraví, nebo se dotazovat na to, co neví, nebo čemu nerozumí. K tomu je samozřejmě důležitá vhodná vnitřní i vnější motivace pacienta (pacientovi musí být objasněno, k čemu určité znalosti a dovednosti potřebuje) při současném respektování principu dobrovolnosti. Podle edukační sestry Niny *...„nikoho ale nenutím, odmítnout edukaci může každý.“* Pozitivním zjištěním pro nás je, že sestry na uplatňování této zásady při realizaci edukačního procesu u seniorů pamatují.

- **Zásada soustavnosti**

Z hloubkových rozhovorů vyplývá, že je podle dotazovaných při edukaci pacienta v seniorském věku potřebné **obsah učiva uspořádat do logických celků, které na sebe navazují; informace zprostředkovávat postupně a postupovat od jednoduššího ke složitějšímu; stále a důsledně požadované opakovat, procvičovat, častěji zjišťovat zpětnou vazbu a na závěr edukační lekce shrnout to nejpodstatnější.** Edukační sestra Alena k tomuto doplnila, že je důležité *...„zapojit pak do edukace celý tým, cítit tak zásadu soustavnosti!“* Podle některých dotazovaných je důležité **realizovat edukaci i v následné péči.** Je-li to žádoucí a reálné je vhodné zapojit do edukace **rodinu pacienta.**

Kladně hodnotíme i pozorované edukační strategie.<sup>648</sup> Pacientovi byly nové **poznatky zprostředkovány postupně, systematicky; pacientovi byla poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu; pacientovi byla poskytována nepřetržitá zpětná vazba.**<sup>649</sup> **V závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení; při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce byla spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán.**<sup>650</sup>

---

<sup>648</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále posuzována „ano“ (v malé míře „spíše ano“) – pozn. autorky

<sup>649</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále posuzována „ano“ (v malé míře „spíše ano“) – pozn. autorky

<sup>650</sup> Tento pozorovaný jev byl u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenán v 15.79% (3) jako „ano“, ve 5.26% (1) „spíše ano“, v 5.26% (1) „spíše ne“ (v 73.68% případů se hodnocení tohoto jevu nehodilo či pozorovaný jev nešel posoudit). – pozn. autorky.

Soustavnost souvisí se systematičností a plánováním. Uspokojivým zjištěním je, že námi sledované edukační strategie sester zaměřené na podporu zásady soustavnosti korespondují s odbornou literaturou.

- **Zásada trvalosti**

Ve stáří již nedochází ke spolehlivému vštěpování a opětovnému vybavování informací. Vštěpování paměťového materiálu je ve stáří vlivem involučních změn přirozeně pomalejší, a také méně spolehlivé. Kladně hodnotíme výsledky dotazníkového šetření, ve kterém jsme zjistili, že těmito znalostmi disponuje 95.83% (23) respondentů.

Strategii k podpoře této zásady je podle odborné literatury vhodná motivace pacienta, aktivní přístup, opakování a procvičování.<sup>651</sup> Potěšující pro nás je, že tyto strategie jsme zaznamenali i při pozorování edukačních lekcí<sup>652</sup>, kde jsme zjistili, že pacient **aktivně spolupracoval**, byl vhodně **motivován**, byla mu poskytována příležitost **k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu**.

Pozitivní zjištění přináší i hloubkové rozhovory. Většina dotazovaných se domnívá, že z důvodu častého zapomínání je u těchto pacientů důležitá **redukce zprostředkovaných informací, zaměření se na fixaci nejnütnějších návyků a úkonů a stále a důsledně požadované opakovat a procvičovat**. Pacienta je podle jejich mínění vhodné do domácího prostředí vybavit i **vhodným edukačním materiálem**.<sup>653</sup> I tady se odpovědi respondentů shodují s odbornou literaturou. Tyto výsledky nám potvrdilo i dotazníkové šetření. Kde jsme zjistili, že největším přínosem písemné metody (získávání informací z edukačních materiálů) je podle respondentů to, že přečtené si pacient lépe pamatuje. Tato metoda je vhodná zvláště pro tzv. „vizuální typy“ (pro učení se).

Souhrnně lze říci, že sestry plánují a realizují edukační strategie tak, aby si pacient osvojené znalosti a dovednosti udržel v paměti trvale a byl tak schopen si je i po delším časovém odstupu podle potřeby zpětně z paměti vybavit a použít.

<sup>651</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

<sup>652</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na kategoriální škále posuzována „ano“ (v malé míře „spíše ano“) – pozn. autorky

<sup>653</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 - 524; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

- **Zásada emocionálnosti**

V hloubkových rozhovorech velmi kladně hodnotíme reakce dotazovaných, podle kterých edukace seniorů vyžaduje **citlivý a empatický přístup a trpělivost**. Z analýzy odpovědí dotazovaných také vyplývá, že při edukaci pacientů v seniorském věku je žádoucí **nešetřit chválou, povzbuzovat a podporovat kladné stránky osobnosti seniora!**

Při pozorování<sup>654</sup> jsme zjistili, že pacient byl **oceňován za proces - snahu, postupy; za výsledek práce; byl povzbuzován a podporován; dostával pokyny, které byly formulovány pozitivně, bez předsudků** a byl povzbuzován, aby **mluvil o svých pocitech**.

Sestra a pacient se vzájemně ovlivňují i v emocionální sféře. Uspokojivé se jeví, že edukační strategie cílené na navození pozitivní atmosféry jsme zaznamenali i v našem šetření. V pozitivní atmosféře se u seniorů podle našeho názoru zvyšuje emoční klima a vytváří se pozitivní očekávání. Pokud pacient vidí, že mu ošetřující personál věnuje náležitou pozornost, přistupuje pak k edukaci s větší odpovědností.

- **Zásada komplexnosti (zásada jednoty výchovy a vzdělávání)**

Pacient by si měl mimo získání nových informací, jejich pochopení a uplatnění v reálném životě, osvojit určité dovednosti, a to jak v rovině teoretické (např. poznat onemocnění), tak i v rovině praktické (např. provedení konkrétního ošetrovatelského výkonu, realizace zdravého způsobu života), a taktéž získat nové žádoucí návyky. Ze strany pacienta je pak ve vztahu k edukačnímu procesu nezbytná spolupráce, aktivita a odpovědnost za své výsledky.

V našem výzkumném šetření jsme sledovali jevy se záměrem rozvíjet všechny základní komponenty osobnosti pacienta. Výsledky šetření, tyto jevy – určité edukační strategie zaměřené na rozvoj afektivní, poznávací a psychomotorické složky osobnosti jedince jsme popsali v předchozím textu. Souhrnně lze říci, že s ohledem k holistickému pojetí, realizované edukační strategie sester vytvářely prostor k výchově pacienta k samostatnější péči o své onemocnění, a současně tak převzetí větší části odpovědnosti za vlastní rozhodnutí a následky svého chování.

---

<sup>654</sup> Přítomnost těchto sledovaných jevů byla u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“ – pozn. autorky

Po propojení výzkumných zjištění s odbornou literaturou jsme dospěli k závěru, že vytvořené kategorie představují výčet těch nejvýznamnějších didaktických zásad, které musí sestra při edukaci pacientů<sup>655</sup> a vzdělavatel při edukaci seniorů uplatňovat<sup>656</sup>.

---

<sup>655</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 31 - 34; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 35 - 37; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 149 – 152.

<sup>656</sup> HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 90.

## 12 Diskuze

Ke komplexnímu posouzení dané problematiky jsme použili kombinaci několika přístupů, uvedených v kapitole 8. 4 *Metody získávání údajů*. Výsledná data dotazníkového šetření, rozhovorů a pozorování byla verifikována metodou triangulace. V diskuzi dále rozvíjíme zjištěné jevy, komparujeme s poznatky dostupné literatury a jiných výzkumů. Diskutujeme jednotlivé vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku, ale také okolnosti, které mají na jejich promítání do reality klinické praxe podstatný vliv.

Ke zpracování diskuse jsme vyhledávali práce na stejné či obdobné téma, ze kterých bychom mohli vzhledem k záměru naší práce čerpat. Zjistili jsme ale, že stejným nebo podobným tématem se nezabývala žádná. V této souvislosti je třeba konstatovat, že realizované výzkumy v problematice edukace v ošetrovatelství se ve větší míře zaměřují na určitý ošetrovatelský problém, lékařskou diagnózu či určitý lékařský obor a realizovaných výzkumů zaměřených na problematiku klíčových kompetencí sester v edukaci seniorských pacientů není mnoho. Provést analýzu výsledků realizovaných výzkumů v kontextu zaměření předkládané disertační práce proto nebylo snadné. V této části práce proto využíváme zejména srovnání s odbornou literaturou a doplnění vlastního názoru. Několik otázek jsme porovnali z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu podobných prací, jako celek však nebylo srovnání možné.

### ZNALOSTI SESTER V EDUKACI PACIENTŮ V SENIORSKÉM VĚKU<sup>657</sup>

Úroveň znalostí sester v edukaci pacientů seniorského věku byly zjišťovány prostřednictvím *průzkumného dotazníkového šetření* jako kvantitativně zpracované metody a *polostrukturovaného rozhovoru*. Správné odpovědi položek zjišťujících úroveň znalostí respondentů vychází z teoretické části disertační práce a porovnání s literaturou proběhlo během analýzy odpovědí.

Za **NEPROBLEMATICKÉ** se jeví znalosti respondentů v problematice **stárnutí a stáří**. Velmi kladně hodnotíme zjištění, že téměř všichni respondenti vnímají způsobilost k učení u seniorů, která s věkem neupadá, přizpůsobuje se a strukturně mění v závislosti

---

<sup>657</sup> Jako sledované proměnné v rámci této vybrané klíčové kompetence jsme si v souladu s odbornou literaturou<sup>657</sup> definovali následující schopnosti sestry: charakterizovat období stárnutí a stáří; objasnit zdraví a nemoc ve stáří; vyjmenovat nejčastější ošetrovatelské problémy; specifikovat zvláštnosti edukace seniorů; analyzovat vztah sestra a edukace pacientů v seniorském věku – pozn. autorky.

na úrovni poznávacích funkcí jedince podílejících se na vnímání, zpracování a pochopení podaných informací. Uspokojivé pro nás také je, že percipují specifika učení seniorů, ale také jisté edukační strategie, které jsou zaměřené na podporu jejich učení. Pozitivně posuzujeme taktéž to, si uvědomují nezbytnost vzhledem k heterogenitě seniorské populace každého jedince posuzovat individuálně a respektovat ho jako neredukovatelný celek. Velmi potěšující pro nás ale je, že si všichni respondenti uvědomují skutečnost, že ztráta soběstačnosti a růst závislosti na pomoci druhých tyto jedince z psychosociálního aspektu zatěžuje nejvíce.

Naopak, neuspokojivých výsledků v této oblasti dosáhla *autorka disertace (2017)*<sup>658</sup> v rámci pilotáže<sup>659</sup>. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 206 (100%) odpovědí v dotazníkovém šetření uvedlo 24.69 % (20) respondentů, že s věkem klesá intelektová výkonnost; 13.58% (11) respondentů zvolilo odpověď nevim; a schopnost seniorů řešit úkoly na základě znalostí, zkušeností a dovedností získaných celoživotním vzděláním správně mínilo 61.72% (50) respondentů.

Pozitivně v našem výzkumu posuzujeme i znalosti respondentů v problematice **zdraví a nemoci ve stáří**, uvedené výsledky poukazují na to, že si téměř všichni respondenti uvědomují možnou vzájemnou podmíněnost zdravotní a sociální situace pacienta. Výsledky zjišťující znalosti respondentů v oblasti **lidských potřeb ve stáří** přináší další potěšující výsledky, zjistili jsme, že z psychosociálních potřeb se ve stáří se do popředí dostávají podle většiny respondentů zejména potřeba bezpečí a jistoty. Uvedená témata edukace u seniorů respondenty reflektují ošetrovatelské problémy týkající se obvyklých potřeb pacientů v seniorském věku. Převažující podíl témat v našem průzkumu má obecný charakter a další edukační témata se zaměřují na specifické potřeby pacientů.

Shodných výsledků dosáhla v rámci své bakalářské práce *J. Rábková (2013)*<sup>660,661</sup>. Autorka výzkumu na základě dostupné dokumentace zjistila, že mezi tři nejčastější témata volená edukační sestrou patří prevence pádu 36%, sebezpečí 18.8% a pitný režim 13.25%.

---

<sup>658</sup> KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97.

<sup>659</sup> Charakteristiku tohoto šetření jsme prezentovali v kapitole 8.6 *Průběh výzkumného šetření* – pozn. autorky.

<sup>660</sup> RÁBKOVÁ, J. *Vybrané aspekty edukace na oddělení geriatrie ve Fakultní nemocnici v Olomouci* [online]. Olomouc, 18. 4. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8jm1wz/00173667-334384772.pdf>. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.

<sup>661</sup> Výzkumné šetření J. Rábkové bylo spojené právě s činností projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc* (charakteristice tohoto výzkumu jsme věnovali pozornost v kapitole 6 *Projekt Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*) – pozn. autorky.

Následuje sebezpečí po propuštění 3.24%, používání kompenzačních pomůcek 1.85%, pohybový režim 1.39% a ostatní (celkem 70 druhů edukací s podílem pod 1%). Pacienti prostřednictvím odpovědí taktéž signalizovali, že nepotřebují pouze informace (nové poznatky a dovednosti), ale i prostý sociální kontakt - blízkost druhého (zájem, komunikace, účast, empatie, pochopení).

Obdobných výsledků docílila výzkumem realizovaným v rámci diplomové práce Š. Šmídová (2013)<sup>662,663</sup>. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 604 (100%) odpovědí jako tři nejčastější oblasti/témata edukace respondenti označili: pohybový režim 22.7% (139), výživu - hydrataci 19.6% (120) a prevenci pádu 17.4% (106). Následně pak uváděli téma sebezpečí 15% (92), jakožto stěžejní ovšem až na čtvrtém místě, dále manipulaci se signalizací 13% (79), péči o stomii 2.9% (18) a respirační terapii 0.9% (6).

Při sledování znalostí respondentů v problematice **zvláštností edukace seniorů** jsme zjistili, že podle všech respondentů je cílem edukace pacienta v seniorském věku zejména zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta. Další uspokojivé zjištění je, že téměř všichni respondenti v námi realizovaném pedagogickém průzkumu zvolili správnou odpověď pro charakteristiku pojmu (geragogiky (gerontagogiky)).

Nedostatečné znalosti v této problematice dosáhla *autorka disertace (2017)*<sup>664</sup> v rámci pilotáže<sup>665</sup>. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 206 (100%) odpovědí v dotazníkovém šetření na otázku „Co znamená pojem geragogika“ odpovědělo správně pouze 34.56% (28) respondentů; 39.50% (32) respondentů odpovědělo špatně a 25.92% (21) respondentů na tuto otázku neznalo odpověď.

Jako metoda s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku byla v našem šetření respondenty zvolena praktická ukázka a nácvik. Z uvedeného je patrné, že si téměř všichni respondenti uvědomují výhody těchto metod edukace. Uvedené důvody

---

<sup>662</sup> ŠMÍDOVÁ, Š. *Edukace geriatrických pacientů* [online]. Plzeň, 27. 3. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s97ohs/?lang=en>. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni.

<sup>663</sup> Šetření bylo realizováno ve třech nemocnicích v Plzeňském kraji. Výzkumný vzorek šetření tvořily sestry pracující na standardních odděleních různých lékařských oborů, kde jsou hospitalizováni i seniorští pacienti. Sběr dat proběhl prostřednictvím dotazníkového šetření. Průzkumný soubor tvořilo celkem 204 respondentů - pozn. autorky.

<sup>664</sup> KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97.

<sup>665</sup> Charakteristiku tohoto šetření jsme prezentovali v kapitole 8.6 *Průběh výzkumného šetření* – pozn. autorky.



k jednotlivým metodám edukace odpovídají významu těchto metod podle literatury. Podle počtu označených edukačních metod jednotlivými respondenty vyplývá, že si uvědomují skutečnost, že je vhodné v klinické praxi jednotlivé edukační metody vzájemně kombinovat a doplňovat.

Bohužel, opačných výsledků dosáhla *autorka předkládané práce (2017)*<sup>666</sup> v rámci pilotáže.<sup>667</sup> Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 206 (100%) odpovědí v dotazníkovém šetření byla za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku zvolena metoda slovní, která byla označena ve 39.32% (81), následovala ukázka 33.98% (70) a nácvik 26.69% (55), písemnou metodu neuvádí žádný respondent 0 (0%).

V oblasti **vztahu sestry a edukace pacientů v seniorském věku** nás zaujala četnost uvedených jednotlivých typů sester našimi respondenty, které jsou podle jejich mínění vhodné pro edukaci pacientů v seniorském věku. Většina respondentů zvolila mateřský typ sestry, ke vhodnosti mužského typu sestry se přiklonili tři respondenti a herecký (teatrální) typ zvolil jeden respondent. Podle našeho názoru by sestra měla mít z různých variant vlastností ty nejvhodnější, ideálně z typu sestry mateřského a mužského, což podle odpovědí našich respondentů koresponduje. Při hloubkových rozhovorech jsme dále zjistili, že podle mínění dotazovaných edukace seniorů vyžaduje citlivý a empatický přístup a trpělivost. Při edukaci pacientů v seniorském věku je také žádoucí nešetřit chválou, povzbuzovat a podporovat kladné stránky osobnosti seniora! Všechny uvedené edukační strategie jsou v souladu s odbornou literaturou.

Za **ČÁSTEČNĚ DISKUTABILNÍ** považujeme znalosti respondentů v oblasti zvláštností edukace pacientů v seniorském věku, konkrétně v otázce **úvodní pedagogické diagnostiky**. Podle 75.00% (18) respondentů je v první fázi edukačního procesu pro jeho úspěšnost důležité provést pečlivou pedagogickou diagnostiku. Tyto výsledky však nekorespondují s informacemi, které jsme získali prostřednictvím hloubkových rozhovorů. Zajímavým zjištěním se jeví, že pouhých 20% dotazovaných si uvědomuje, že v porovnání s edukací dospělých pacientů je v první fázi edukace pro značnou rozdílnost seniorů klíčové jejich pečlivé zhodnocení.<sup>668</sup> Přičemž v ostatních kategoriích cílených

---

<sup>666</sup> KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97.

<sup>667</sup> Charakteristiku tohoto šetření jsme prezentovali v kapitole 8.6 *Průběh výzkumného šetření* – pozn. autorky.

<sup>668</sup> *Kategorie 2. Vlastní pohled respondenta na problematiku* – pozn. autorky.

na vlastní edukační činnost však 100% dotazovaných uvádělo, že každý pacient je posouzen individuálně z hlediska potenciální edukační potřeby.<sup>669</sup> Výše popsané výsledky výzkumu podle našeho názoru mohou poukazovat na to, že řada sester přistupuje v klinické praxi k problematice aktuální připravenosti pacienta k edukaci zcela neuvědoměle (intuitivně). V tomto kontextu stojí za zvážení, zda by nebyla vhodná existence určitých doporučení pro praxi či metodika posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci, která by sestry mohla navést ke stanovení priorit postupů jednání na základě individuálních potřeb pacienta.

Nedostatky ve znalostech sester v otázce edukačního procesu dosáhla *autorka disertace (2017)*<sup>670</sup> v rámci pilotáže<sup>671</sup>. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu odpovědí v dotazníkovém šetření 206 (100%) za fáze edukačního procesu: posuzování, realizace a reedukace má mylně 6.17% (5) respondentů; 18.51% (15) respondentů uvádí taktéž chybně fáze: diagnostika, plánování, zpětná vazba; 12.34% (10) respondentů neví, jaké jsou fáze edukačního procesu a 62.96% (51) respondentů odpovědělo správně, že edukační proces má 5 fází tj.: posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Podle 30.86% (25) respondentů je na začátku edukace nejdůležitější definování cíle edukace zdravotnickým týmem; 6.17% (5) respondentů uvádí, že je vhodné začít s tím, o co má pacient nejmenší zájem; 40% (6) respondentů neví, co je nejdůležitější na začátku edukace a správně podle 55.55% (45) respondentů je důležité ve spolupráci s pacientem stanovit cíle edukace.

Mínusy spatřujeme v **zajištění vhodného prostředí a podmínek pro vlastní edukaci**. Podle většiny respondentů je nejčastějším místem realizace edukace pokoj pacienta. Edukační místnost uvedlo 20.83% (5) respondentů, jídelnu 8.33% (2) respondentů, a 4.17% (1) respondentů vyšetřovnu. Při hloubkových rozhovorech jsme dále zjistili, že většina dotazovaných k edukaci pacientů v seniorském věku zajišťuje vhodné prostředí a podmínky, třetina dotazovaných však při edukaci pacientů v seniorském věku nevyužívají speciálně upraveného prostředí.<sup>672</sup> V případě absence možnosti edukovat pacienta ve vhodné edukační místnosti, považujeme jeho pokoj, jako místo realizace edukace za někdy i vhodnou alternativu. Rušivé podněty však mohou mít na vlastní edukační proces negativní vliv!

<sup>669</sup> Kategorie 3a Koordinace edukační činnosti, Kategorie 4b Vlastní způsob zhodnocení – pozn. autorky.

<sup>670</sup> KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97.

<sup>671</sup> Charakteristiku tohoto šetření jsme prezentovali v kapitole 8.6 *Průběh výzkumného šetření* – pozn. autorky.

<sup>672</sup> Kategorie 5a Vlastní strategie práce a Kategorie 6 Specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upravené prostředí – pozn. autorky.

Chápeme však, že zajištění vhodného prostředí a podmínek je ve zdravotnickém zařízení nelehkým úkolem. Otázkou také zůstává, zda edukační sestry mají k dispozici na svých pracovištích jiné vhodné místo pro všechny zúčastněné subjekty.

Jako **DISKUTABILNÍ** se jeví znalosti respondentů v problematice faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří. Všechny **devět faktorů majících na proces edukace v období stáří vliv zaznačilo pouze 37.50 % (9) respondentů**, více jsou vnímány pouze osm, sedm, šest, pět, čtyři a tři z devíti. Tyto výsledky nám potvrdily hloubkové rozhovory. Výčet možných faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří získaný všemi rozhovory je celkově bohatý, nicméně některé z nich tvořené nízkou četností jednotlivých dotazovaných.<sup>673</sup> Tyto výsledky jsou pro nás překvapující. Jaký je důvod? Snad ho lze spatřovat ve spojitosti s celkovým pohledem na pacienta a uvažováním nad jednotlivými souvislostmi, což může být ovlivněné zkušeností, vzděláním či empatií. Vzdělavatel seniorů by však měl těmito znalostmi disponovat! Zde spatřujeme prostor pro další vzdělávání sester v rámci celoživotního vzdělávání a rozvíjení potřebných kompetencí.

Daleko závažnějších výsledků však docílila výzkumem realizovaným v rámci diplomové práce Š. Šmídová (2013)<sup>674,675</sup>. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že z celého souboru respondentů 204 (100%) uvedlo všech deset oblastí ovlivňujících proces edukace v období stáří pouhých 3, 9% (8) respondentů. Z výsledků dále vyplynulo, že více byly vnímány pouze tři, čtyři z deseti oblastí, které mají vliv na proces edukace u seniorů.

Respondenti v našem průzkumu uvedli výčet těch didaktických zásad, které se uplatňují při edukaci zdravých i nemocných seniorů.<sup>676</sup> Ve výše uvedeném výčtu didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů však postrádáme i klíčovou zásadu spojení teorie s praxí, zásadu podpory kladných stránek

---

<sup>673</sup> Kategorie 4b *Vlastní způsob zhodnocení* – pozn. autorky.

<sup>674</sup> ŠMÍDOVÁ, Š. *Edukace geriatrických pacientů* [online]. Plzeň, 27. 3. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s97ohs/?lang=en>. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni.

<sup>675</sup> Šetření bylo realizováno ve třech nemocnicích v Plzeňském kraji. Výzkumný vzorek šetření tvořily sestry pracující na standardních odděleních různých medicínských oborů, kde jsou hospitalizováni i seniorští pacienti. Sběr dat proběhl prostřednictvím dotazníkového šetření. Průzkumný soubor tvořilo celkem 204 respondentů - pozn. autorky.

<sup>676</sup> Srov. HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 90; JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. S. 31.

osobnosti seniora a zásadu různorodosti výchovných podnětů. Z výsledků dotazníkového šetření dále vyplynulo, že **dva respondenti tyto zásady neuplatňují. Osm uplatňovaných didaktických zásad uvedlo 4.17 % (1) respondentů**, s větší četností jsou uplatňovány sedm, šest, pět, čtyři a tři didaktické zásady. Výše uvedené výsledky stojí za zamyšlení. Uspokojivé pro nás nejsou ani výsledky hloubkových rozhovorů. Výčet didaktických zásad uplatňovaných při edukaci seniorů získaný všemi rozhovory je celkově bohatý, nicméně některé z nich tvořené nízkou četností jednotlivých dotazovaných.<sup>677</sup> Je však otázkou, nakolik je tato problematika implementovaná do vzdělávacích programů. V souladu s požadavky a změnami v klinické praxi je však nutné, aby si sestry průběžně doplňovali znalosti v této oblasti v rámci celoživotního vzdělávání.

Tyto výsledky do jisté míry korespondují se zjištěním, ke kterým dospěla *autorka disertace (2017)*<sup>678</sup> v rámci pilotáže<sup>679</sup>. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu odpovědí 206 (100%) v dotazníkovém šetření 2.34% (1) respondentů nevyužívá didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů, odpověď nevím zvolilo 2.46% (2) respondentek, kladně pak odpovědělo 85.18% (69), při kladné odpovědi dále respondentky nejčastěji uvedli tyto zásady: přiměřenosti, názornosti a individuálního přístupu.

Souhrnné výsledky dotazníkového šetření a rozhovorů zjišťujících znalosti respondentů v edukaci pacientů v seniorském věku hodnotíme **velmi kladně**. Na základě těchto výsledků jsme došli k závěru, že si respondenti u těchto pacientů **uvědomují odlišný přístup a pojetí edukačního procesu než je typické pro jiné věkové kategorie**.

Výzkum zaměřený na zjištění úrovně znalostí sester o edukaci a o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces, zjištění reality a uvědomění si edukačního procesu v praxi provedla *Š. Šmídová (2013)*<sup>680,681</sup>. Autorka výzkumu jednotlivým odpovědím respondentů přidělila body a následně podle souhrnného počtu bodů znalosti respondentů klasifikovala

<sup>677</sup> *Kategorie 2 Vlastní pohled respondenta na problematiku a Kategorie 5a Vlastní strategie práce* – pozn. autorky.

<sup>678</sup> KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97.

<sup>679</sup> Charakteristiku tohoto šetření jsme prezentovali v kapitole 8.6 *Průběh výzkumného šetření* – pozn. autorky.

<sup>680</sup> ŠMÍDOVÁ, Š. *Edukace geriatrických pacientů* [online]. Plzeň, 27. 3. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s97ohs/?lang=en>. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni.

<sup>681</sup> Výzkumné šetření probíhalo ve třech nemocnicích v Plzeňském kraji. Výzkumný vzorek tvořili sestry pracující na standardních odděleních různých medicínských oborů, kde jsou hospitalizováni seniorští pacienti. Sběr dat proběhl prostřednictvím dotazníkového šetření. Průzkumný soubor tvořilo celkem 204 respondentů – pozn. autorky.

„známkou“<sup>682</sup>. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu bohužel vyplynulo, že znalosti sester o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces byly souhrnně zjištěny a zhodnoceny jako dobré<sup>683</sup>.

## DOVEDNOSTI SESTER V EDUKACI PACIENTŮ SENIORSKÉHO VĚKU<sup>684</sup>

Dovednosti sester v edukaci pacientů seniorského věku byly sledovány prostřednictvím *strukturovaného pozorování* 19 (100%) edukačních lekcí. Pozorovanou realitu jsme si rozčlenily na dvě kategorie jevů a další dílčí subkategorie.

Za **NEPROBLEMATICKÉ** se jeví dovednosti respondentů v kategorii:

- **Projektování edukačních strategií**, subkategorii: *Téma edukace, Edukační bariéry, Forma edukace, Typ edukace, Didaktické pomůcky, Metody edukace a Délka edukační lekce.*

Délka edukační lekce se v našem výzkumu pohybovala v průměru 20 minut. Odborná literatura však vzhledem ke křivce pozornosti doporučuje edukační lekce u seniorů udržovat krátké (ne více než 10 až 15 minut).<sup>685</sup> V případě prakticky zaměřené lekci při současném dodržování zásad individuálního přístupu a saturování dalších z psychosociálních potřeb (potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut apod.) toto doporučení podle našeho názoru není mnohdy reálné. Tady se tedy přikláníme k intervencím edukačních sester v našem výzkumu.

<sup>682</sup> Zámka 1 = 11 - 12 bodů, 2 = 10 - 9 bodů, 3 = 8 - 7 bodů, 4 = 6 - 5 bodů a 5 = 4 a méně bodů – pozn. autorky.

<sup>683</sup> S průměrem známek 2,5 – 3,4 – pozn. autorky.

<sup>684</sup> Jako sledované proměnné v rámci této vybrané klíčové kompetence jsme si v souladu s odbornou literaturou<sup>684</sup> definovali následující schopnosti sestry: posoudit edukační potřeby pacienta; analyzovat schopnost pacienta učit se; posoudit případné překážky při edukaci; definovat edukační diagnózu; projektovat vhodné edukační strategie (posoudit druh edukace, formulovat cíl edukace, určit téma edukace, vybrat metody edukace, vybrat formu edukace, určit obsah edukace, vybrat prostředí a vytvořit podmínky pro vlastní edukaci, vybrat didaktické pomůcky a prostředky edukace, stanovit časový plán, posoudit vhodnou dobu edukace, popsat způsob evaluace výstupů edukace); aplikovat vhodné edukační strategie (posoudit aktuální připravenost pacienta na edukační lekci, vytvořit důvěryhodný vztah s pacientem, rozvíjet zájem pacienta o spolupráci, podpořit motivaci pacienta, rozvíjet všechny stránky osobnosti pacienta, používat vhodné verbální prostředky, vhodně aplikovat vybrané metody, využívat vhodné modelové příklady, demonstrovat a účelně používat didaktické pomůcky, prakticky usměrňovat pacienta při nácviu činností, posoudit práci pacienta, aplikovat nepřetržitou zpětnou vazbu, pohotově řešit problémové a mimořádné situace – bariéry – obtíže při učení) – pozn. autorky.

<sup>685</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 145 - 155; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 - 524; EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>; MILLER, C. A. *Nursing for Wellness in older adult*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 2012, s. 553 - 555; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 79 – 89, 159 – 175; SPEROS, C. I. More Than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association, 2009, Vol. 14., No. 3., Manuscript 5.*

- **Realizace edukačních strategií**, subkategorii: *Podmínky, Podpora učení, Didaktické pomůcky, Komunikace a Rétorika.*

Výsledky pozorování přináší **velmi potěšující zjištění**. Přítomnost sledovaných jevů u jednotlivých edukačních lekcí v pozorovacím archu na posuzovací škále zaznamenána jako „ano“, event. „spíše ano“.

Za **ČÁSTEČNĚ DISKUTABILNÍ** ale považujeme prostředí a podmínky, ve které se edukační lekce realizovaly. Jevy sledované v kategorii:

- **Projektování edukačních strategií**, subkategorii: *Místo realizace edukace*

Výsledky v této subkategorii poukazují na to, že nejčastěji, v 68.42% (13), se edukace realizovala na pokoji pacienta. Edukační místnost byla využita ve 31.58% (6). V případě absence možnosti edukovat pacienta ve vhodné edukační místnosti, považujeme jeho pokoj, jako místo realizace edukace za někdy i vhodnou alternativu. Nejvhodnějším prostředím pro účely edukace se však podle našeho názoru v porovnání s ostatními možnostmi jeví edukační místnost. Zůstává otázkou, zda mají sestry edukační místnost na svých pracovištích k dispozici.

- **Realizace edukačních strategií**, subkategorii: *Prostředí a podmínky*

Edukační lekce se realizovala pro edukaci vhodném prostředí, při optimálních podmínkách jako předem stanovený pozorovaný jev v 52.63% (10), v 31.58% (6) „spíše ano“ a v 15.79% (3) „spíše ne“. Tyto výsledky stojí za zamyšlení. Vytvoření klidného a nic nerušeného prostředí je základním předpokladem pro realizaci edukační intervence. Je pochopitelné, že zajistit soukromí a klid na pokoji pacienta při denním provozu oddělení je takřka nemožné. Bohužel častým steskem edukačních sester byla nepřítomnost edukační místnosti, či jiné místnosti zaručující vhodné podmínky pro vlastní edukaci.

Celkové výsledky strukturovaného pozorování edukačních lekcí zjišťujících dovednosti respondentů v edukaci pacientů v seniorském věku jsou pro nás **velmi uspokojivé**. Na základě výsledků jsme dospěli k závěru, že respondenti **projektují a realizují edukační strategie v souladu s potřebami svých pacientů**, a které **napomáhají průběhu učení seniorů a zefektivňují jeho výsledky**. Metodika edukace pacientů ve sledovaném zdravotnickém zařízení podle našeho názoru vytváří podmínky pro rozvoj

autonomie a odpovědnosti edukačních sester při plnění edukační role v klinické ošetrovatelské praxi. Což je v souladu s požadavky současného moderního ošetrovatelství.

Naopak, nedostatky v realitě prováděné edukace seniorských pacientů v klinické praxi zjistila *autorka disertace (2017)*<sup>686</sup> v rámci pilotáže.<sup>687</sup> V textu prezentujeme výsledky námi vybrané kazuistiky č. 1, která byla realizována u 68 leté pacientky s diagnózou bércový vřed na téma Ošetření defektu. Z realizovaného pozorování této edukační reality vyplynulo, že edukace neměla návaznost na možné limity, možnosti a prekoncepty pacientky. Edukační cíl byl nesplnitelný. Zvolená metoda nácviku byla realizovaná pouze ukázkou. Převaz byl proveden sestrou dle standardu oddělení pouze s odkazem na zvláštnosti převazu v domácím prostředí. Při komunikaci sestra nerespektovala specifika cílové skupiny (rychlý výklad a nedostatečně hlasitý přednes, nezřetelná artikulace apod.), používala nevhodně odbornou terminologií; pozice pacientky byla spíše pasivní; chyběla nepřetržitá motivace; časové rozvržení lekce a časová dotace neodpovídala potřebám seniorů. Taktéž chyběla častější a efektivní zpětná vazba. Nevhodné se zdálo i místo edukace, v tomto případě pokoj pacienta.

Další výzkum, který byl zacílen na edukaci pacientů při propouštění z interního oddělení, uskutečnila *S. Vápeníková*<sup>688,689</sup>. Výsledky proběhlého výzkumu vykazovaly nedostatečnou edukaci ze strany sestry při propouštění pacienta z interního oddělení. Z námi vybraných dílčích výsledků výzkumu vyplývá že, z celkového počtu respondentů, nebylo 37.20% (16) respondentů dle svého názoru na konci své hospitalizace edukováno sestrou. Z celkového počtu edukovaných respondentů pak pouze 4.65% (2) uvedlo, že si sestra neověřila jejich získané znalosti. 58% (25) respondentů by mělo používat nějakou kompenzační pomůcku k přizpůsobení edukace. Deficitní vědomosti uvedlo pouze 4.65% (2) respondentů a to v dodržování diety a sdělení diagnózy. O návštěvě praktického lékaře nebo o termínu návštěvy odborné poradny nebylo informováno 23.25% (10) respondentů.

---

<sup>686</sup> KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97.

<sup>687</sup> Charakteristiku tohoto šetření jsme prezentovali v kapitole 8.6 *Průběh výzkumného šetření* – pozn. autorky.

<sup>688</sup> VÁPENÍKOVÁ, S. *Propuštění pacientů z interního oddělení* [online]. Pardubice, 13. 7. 2015 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/61592>. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice.

<sup>689</sup> Do výzkumu bylo zapojeno celkem 43 pacientů seniorského věku ze dvou nemocnic. Ke sběru dat byl použitý dotazník, který monitoroval i edukační bariéry ze strany pacienta (např. věk, porucha smyslového vnímání), následnou péčí o pacienta, jejíž zajištění by mělo být též předmětem edukace při posledním kontaktu pacienta se zdravotnickým personálem, a také subjektivní pocit pacientů ohledně jejich informovanosti. Podmínkou pro možnost vyplnění dotazníku bylo obdržení propouštěcí zprávy a proběhnutí edukačního procesu ze strany sestry – pozn. autorky.

Pozitivnějších výsledků dosáhly ve svém výzkumu *L. Nováková a M. Jenerálová (2015)*<sup>690,691</sup>. Výsledky výzkumu poukazují na dodržování edukačního standardu zařízení, vhodných způsobů aplikace edukačního procesu, včetně dodržení platných legislativních norem. Při pozorování sester autorky výzkumu zjistily, že pouze v jednom případě byly zaznamenány komunikační bariéry zapříčiněné ze strany sestry. Nevhodné se zdálo i místo edukace, kdy všechny sestry edukovaly na pokoji pacienta.

Výsledky výše uvedených komparovaných výzkumů zaměřených na znalosti a dovednosti sester v edukaci pacientů v seniorském věku považujeme za problematické. Mnohé sestry postrádají znalosti a dovednosti, které jsou potřebné k vyloučení jejich rutinních edukačních strategií tak, aby účinně vyhovovaly specifickým vzdělávacím potřebám pacienta v seniorském věku. „*Rutinní komunikační a edukační techniky používané s mladšími pacienty musí být přizpůsobeny tak, aby kompenzovaly změny související s věkem, a které mají vliv na schopnost seniora zpracovávat, spolehlivě vštěpovat a používat informace týkající se zdraví. Jasná komunikace, která je účelná a individualizovaná, více vyučovacích strategií, které jsou specifické a přizpůsobené ke kognitivním, fyzickým a psychickým změnám spojeným se stárnutím, a přístup zaměřený na pacienta, který prokazuje podporu, přijetí a respekt, jsou akce, kterými sestra může podporovat zdravotní gramotnost u seniorů.*“<sup>692</sup>

## POSTOJE SESTER K EDUKACI PACIENTŮ V SENIORSKÉM VĚKU

Postoje sester k edukaci pacientů byly zjišťovány za využití metodické triangulace, při kombinaci kvalitativních (*sémantický diferenciál a polostrukturovaný rozhovor*) a kvantitativních metod (*dotazníkové šetření a strukturované pozorování*).

---

<sup>690</sup> NOVÁKOVÁ, L., JENERÁLOVÁ, M. Edukace – součást ošetřovatelského procesu. *Logos Polytechnikos*, 2015, roč. 6, č. 1, 96 – 103. ISSN 1804-3682.

<sup>691</sup> Výzkumný vzorek tvořili sestry pracující v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Cílem výzkumu bylo zjištění způsobu aplikace edukačního procesu při péči o seniory. Ke sběru dat zvolily kvalitativní šetření, které probíhalo metodou zúčastněného pozorování záměrně vybraných edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku. Výzkumný soubor tvořilo celkem 18 respondentů. Pozorování bylo zaměřené na způsob aplikace edukačního procesu, používání edukačních pomůcek, komunikační techniky a zápis edukace do edukačního záznamu. Identifikační údaje sester byly získány za pomoci dotazníku, který sestával z pěti uzavřených otázek. Dotazník byl sestrám předán až po ukončení pozorování. Dále byla použita metoda analýzy dokumentů, která sloužila k hodnocení ošetřovatelského plánu a ke zjištění, zda pozorované sestry provedly zápis do edukačního záznamu. Pozorování byli i pacienti při probíhající edukaci, hodnotily se jejich reakce na nové informace, schopnost přijetí těchto informací, jejich fyzický i psychický stav - pozn. autorky.

<sup>692</sup> SPEROS, C. I. More Than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association*, 2009, Vol. 14., No. 3., Manuscript 5.



Z analýzy výsledků vyplynulo, že edukační sestry vnímají edukaci pacienta v seniorském věku jako činnost náročnou, což je vzhledem k potřebám seniorů v edukačním procesu pochopitelné. Velmi pozitivním se jeví, že respondenti percipují edukaci pacientů v seniorském věku kladně, a že tito jedinci jsou v edukačním procesu respektováni a jejich účast na edukaci je vnímána jako užitečná.

Velmi potěšující pro nás bylo, že jsme při pozorování edukačních intervencí zaznamenali to, že sestry ke svým pacientům přistupují s laskavostí, citlivě, empaticky, edukační činnost realizují na velmi dobré úrovni, kterou mimo profesionality vykonávají především svým srdcem. Tohoto přístupu si senioři bezpochyby cení, poněvadž každé vlídné slovo, zájem o jejich starosti, podpora, povzbuzení i obyčejný úsměv dovede povznést náladu a podnítit pozitivní a aktivní přístup v jejich často nesnadné životní situaci.

V této souvislosti bychom chtěli ocenit existenci přílohy k vnitřní směrnici FNOL Práva pacientů, soukromí pacientů, imobilizace a izolace *Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením*, která sestřám pomůže určit priority postupů jednání v konkrétních situacích.

Výzkumem postojů obecně se zabývala a zabývá řada badatelů, úzce specifikované výzkumy v pedagogice jsou zastoupeny v menší míře, problematikou postojů edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku se v českém prostředí a dostupné literatuře nezabýval bohužel žádný z nich.

Sestra realizující edukaci disponuje určitými vlastnostmi, tyto vlastnosti nazýváme klíčovými kompetencemi. Ve vztahu k ošetrovatelství pak těmito kompetencemi rozumíme úroveň výkonu demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku.<sup>693</sup> Jedná se tedy o určitá kritéria, podle kterých můžeme posuzovat, zda je daná sestra schopná vykonávat dobře svoji edukační činnost. Kompetentnost je pak v zásadě posuzována úspěšností chování jedince v různých situacích, jinými slovy, kompetentní je ten, kdo je úspěšný ve svých sociálních rolích, tedy i v roli sestry edukátorky.

V současnosti ve vztahu ke kompetentnímu konání lidem nestačí pouze vědět „co“ (tzv. *know-what*, tedy mít dostatek informací a znalostí v obvyklém významu souboru poznatků), ale přinejmenším je stejně podstatné také vědět „jak“ (tzv. *know-how*,

---

<sup>693</sup> ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J.: *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vydání. Brno: Národní institut ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, s. 19.

ve smyslu nabývání a využívání funkčních znalostí, praktických zkušeností a dovedností, eventuálně rozvinutých až do oblasti exkluzivity). Kromě toho se objevují i další spojení postihující oblasti zdrojů kompetence, a sice vědět „**proč**“ (tzv. *know-why*, ve smyslu porozumět významu dílčích znalostí i souboru lidského poznání, včetně jejich dopadů na jedince či společnost) a vědět „**kdo**“, neboli vědět „**kdo to ví**“ (tzv. *know-who*, které dokládají význam a potřebu efektivní spolupráce). Pouze efektivní propojení a využívání všech uvedených složek toho, co, jak, proč, s kým a prostřednictvím koho „vědět“, je předpokladem pro kompetentní konání.<sup>694</sup>

Za účelem podpory zdravotní gramotnosti u pacientů v seniorském věku by sestry měly používat takové edukační strategie, které napomáhají porozumění a navozují pozitivní změny v chování.<sup>695</sup> Podle Nemétha<sup>696</sup> je předpokladem saturace potřeb pacienta v seniorském věku holistický přístup, tj. hodnocení jeho biopsychosociálních a duchovních potřeb s respektováním všech zvláštností vyššího věku. V tomto kontextu bychom chtěli uvést jako příklad dobré praxe právě projekt *Edukační sestra Fakultní nemocnice v Olomouci*. Edukační sestry začleněné do tohoto projektu jsou zpravidla sestry pracující na daném oddělení, mající vyčleněnou část pracovního úvazku výhradně na činnost edukační sestry. Tato edukační sestra má možnost blíže se seznámit s pacientem během poskytování ošetrovatelské péče, lépe poznat jeho zdravotní stav, osobní ladění a mentalitu. Díky tomuto je pak schopna identifikovat jeho potřeby, formulovat základní priority a edukační proces přizpůsobit jeho schopnostem a dovednostem tak, aby byl respektován aspekt individuality, různorodosti seniorské populace a jejich specifických potřeb. Na základě klíčových kompetencí a v souladu s metodikou zdravotnického zařízení tedy projektovat a realizovat takové edukační strategie, které napomáhají průběhu učení a zefektivňují jeho výsledky. A to podle našeho názoru výše uvedené výsledky námi realizovaného výzkumu prezentují.

Ke zvážení stojí **absence specifických materiálů či pomůcek k edukaci pacientů v seniorském věku**, kterou jsme při šetření na místě zaznamenali. Je ovšem otázkou, jestli vůbec specifické materiály a pomůcky pro dané edukační téma existují, zda jejich existenci edukační sestry na svém pracovišti mohou ovlivnit, anebo zda sestry mají možnost ty pomůcky, které k dispozici mají nějakým způsobem přizpůsobit edukačním potřebám

<sup>694</sup> VETEŠKA, J. TURECKIOVÁ, M. *Vzdělávání a rozvoj podle kompetencí. Kompetence v andragogice, pedagogice a řízení*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 26 - 28.

<sup>695</sup> SPEROS, C. I. More Than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association*, 2009, Vol. 14., No. 3., Manuscript 5.

<sup>696</sup> NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriátrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 57 - 58.

seniorské populace. Dalším problémem se jeví i **zdravotnické pomůcky** (velikost čísel na displeji inzulinového pera atd.) a **související texty farmakologických přípravků** (velikost písma na příbalových letáčcích či lahvičkách od léků atd.) **nerespektující potřeby seniorské populace**. Tento prostor pro zamyšlení dále ponecháme kompetentním subjektům.

Dále se přikláníme k negativním reakcím ze strany respondentů v našem výzkumu k **nedostatku literatury zaměřené na edukaci pacientů v seniorském věku**, což ovšem koresponduje s obecně známou skutečností. Naše disertace nastavuje této praxi pomyslné zrcadlo. Odráží místa, kde existují možné slabiny, a na druhé straně prezentuje silné stránky sledovaných edukačních strategií. Poukazuje na potřebnost kultivace kompetencí sester a jejich intervencí při práci s pacienty v seniorském věku. Odkrývá, co je dobré, a co může uškodit, a v neposlední řadě předkládá možnosti, jak výsledky učení u této specifické cílové skupiny zefektivnit.

Uvědomujeme si limity našeho provedeného výzkumného šetření. Realizované šetření je výhradně orientační a vzhledem k malému vzorku respondentů nemůžeme vyvozovat hlubší závěry a získané výsledky výzkumu zobecnit. Tuto skutečnost respektujeme. Nicméně našim záměrem bylo získané informace použít jako cennou součást komplexní mozaiky široce pojatého výzkumu. Jsme si vědomi toho, že nemůžeme pro malý výzkumný vzorek dostatečně ověřit nabízející se souvislost praxe a vzdělání, jak by tomu bylo v případě seriózního kvantitativního výzkumu, který by měl jistě s větším vzorkem respondentů větší výpovědní hodnotu. Kvantitativním výzkumem bychom ale pravděpodobně nedocílili toho, že námi vybrané jevy budou podrobně prozkoumány. Svými zjištěními a kvalitativním posouzením ovšem nastiňujeme možné směry verifikace všech jevů výzkumem kvantitativním.

## **13 Doporučení pro praxi**

### **Návrhy dalších výzkumných šetření**

Jsme také toho názoru, že každá vědecká práce by měla obsahovat návrh možných výzkumných témat, prostřednictvím kterých by byla předkládaná práce dále rozvíjena. Proto zde na základě zjištěných výsledků předkládáme několik možných výzkumných námětů, jež by mohli verifikovat nebo rozvinout téma této disertační práce:

- souvislost délky sesterské praxe na rozvoj klíčových kompetencí v edukaci pacientů seniorského věku;
- souvislost vzdělání sester na rozvoj klíčových kompetencí v edukaci pacientů seniorského věku;
- problematika postojů sester k edukaci pacientů v seniorském věku;
- problematika zpětné vazby po edukaci pacienta v seniorském věku sestrou (školená skupina sester versus kontrolní skupina);
- problematika edukace pacientů v seniorském věku v kurikulárních dokumentech.

### **Doporučení pro vzdělavatelskou praxi**

Na základě interpretace získaných informací z výzkumného šetření doporučujeme za vhodné:

- doplnit znalosti sester v problematických oblastech v rámci celoživotního vzdělávání, a to zejména v problematice úvodního posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci, faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří, didaktických zásadách akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů;
- v souladu s požadavky a změnami v klinické praxi realizovat průběžné vzdělávání sester zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů či edukace pacientů v seniorském věku;
- ze strany zaměstnavatelů podporovat aktivitu a celoživotní vzdělávání sester při osvojování potřebných kompetencí a to organizovanou formou, či samostudiem;

- inovovat metody profesní výuky s podporou moderních informačních technologií.

### **Doporučení pro management zdravotnického zařízení**

- zvážit existenci určitých doporučení pro praxi či metodiku posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci;
- zhodnotit podmínky k edukaci na jednotlivých pracovištích a případnou vhodnost edukační místnosti;
- posoudit možnost zpracování, distribuce a všestranného využívání specifických materiálů a pomůcek při edukaci pacientů v seniorském věku.

### **Doporučení pro dodavatele zdravotnických pomůcek a farmakologických přípravků**

- posoudit vhodnost přizpůsobení vybraných zdravotnických pomůcek potřebám seniorské populace (velikost čísel na displeji inzulínového pera atd.);
- zvážit možnost přizpůsobení velikosti písma či čísel (na příbalových letáčcích, obalech léků či lahvičkách atd.) potřebám seniorů.

### **Doporučení k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku**

Naší záměrem bylo sestavit stručný a praktický návod zaměřený na zlepšení podmínek edukace seniorů realizované v rámci ošetrovatelské péče a podpořit tak zdravotní gramotnost této specifické cílové skupiny. Informace k jeho zpracování jsme získali především z výsledků námi realizovaného výzkumu. Návrh doporučení k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku ve vztahu k výzkumem zjištěným rezervám edukace sester je součástí přílohy č. 17.

Obecná doporučení pro sestry k metodice edukačních intervencí při práci s pacienty seniorského věku v kontextu naplňování jejich specifických edukačních potřeb přikládáme v příloze č. 18.

## 14 Výstupy disertační práce a přínos pro obor Pedagogika

Disertační práce řeší problematiku vztahující se jak k oboru pedagogika (se zaměřením na edukaci seniorů), tak i k ošetrovatelství. Zaměření tématu disertační práce na problematiku edukace seniorů reflektuje současné aktuální potřeby gerontagogiky (geragogiky) a požadavek zkvalitnění kompetencí sester a jejich edukačních intervencí při práci s pacienty v seniorském věku.

Hlavní přínos disertace spatřujeme zejména v deskripci současného stavu řešené problematiky a prezentaci ucelené na praxi zaměřené práce, která usiluje o prohloubení a rozšíření sféry edukačních strategií sester zaměřených na pacienty v seniorském věku. V práci jsme se snažili problematiku obsáhnout jak z pohledu teorie pedagogiky (vzhledem k cílové skupině respondentů a cílům výzkumu z pohledu andragogiky a gerontagogiky), tak i ošetrovatelství.

Malý počet pedagogických výzkumů orientovaných na klíčové kompetence sester v edukaci pacientů v seniorském věku, problematické dílčí výsledky komparovaných výzkumů a nedostatek odborné literatury a zdrojů, které by se problematikou náležitě zabývali, poukazují na potřebu se uvedenému tématu dále věnovat. Námí prezentovaný výzkum jistě inspiruje další výzkumníky k tomu, aby pokračovali v podobných šetřeních, které by mohly dále vést k podpoře edukačních strategií sester, v konečném důsledku ke kultivaci jejich kompetencí a zefektivnění edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku směřující k podpoře jejich zdravotní gramotnosti. Rozvoj znalostí a dovedností sester je dle našeho názoru přímou cestou k rozvoji kompetencí a možnosti snadnějšího rozhodování podle nároků a požadavků již dříve zmíněné *Evidence Based Nursing Practice*<sup>697</sup>.

Výše zmíněné výstupy do pedagogické teorie společně s teoretickými východisky i výsledky výzkumu chceme prezentovat odbornému kolegiu zabývajícimu se oblastí edukace seniorů (pedagogové, andragogové, gerontagogové, vzdělavatelé a studující zdravotních škol a na zdravotní vědy orientovaných fakult, pedagogických fakult apod.) a to prostřednictvím odborných konferencí (např. *Trendy ve vzdělávání, Kvalita a její perspektivy, Profesionalita v ošetrovatelství* atd.) a zveřejnění v tuzemském či zahraničním odborném periodiku (např. *e-Pedagogium, Paidagogos, Studia paedagogika, Andragogika, Sociální pedagogika, International Journal of lifelong Education, IOSR Journal of Nursing and Health Science*,

---

<sup>697</sup> *Evidence Based Nursing Practice* neboli „praxe založená na vědeckých důkazech“ – pozn. autorky.

*The Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association* atd.). Rovněž se pokusíme připravit monografii, která by se danou problematikou zabývala a jež by především shrnula aktuální poznatky a analýzy současné klinické praxe. Není nám totiž známo, že by se někdo z odborníků na poli české pedagogiky, andragogiky či ošetrovatelství danému tématu náležitě věnoval.

Závěry, ke kterým jsme dospěli, předáme aktérkám výzkumu, jež jeví o její výstupy zájem. Uvedené poznatky by mohly využít taktéž osoby, které rozhodují o působení a vzdělávání samotných sester pro edukaci pacientů – seniorů (management ošetrovatelské péče), či samotní realizátoři vzdělávacích aktivit pro sestry v edukaci pacientů – seniorů (centra a střediska zabývající se dalším profesním vzděláváním zdravotních sester, samotní pedagogičtí pracovníci či pracovníci v oblasti rozvíjení kompetencí i dalšího zdravotního personálu pečujícího o seniory apod.), ale hlavně ti, kteří realizují, či nějakým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy v ošetrovatelské praxi (vzdělavatelé, pracovníci v sociálních službách, v edukaci seniorů apod.).

Domníváme se, že důležitým přínosem předložené práce je i prezentace vybraných příkladů dobré praxe současné klinické praxe, předložení návrhu doporučení pro praxi a doporučení k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku, vycházejících jednak z výsledků výzkumného šetření, tak i postřehů oslovených sester či dostupné odborné literatury.

Smíšený design námi realizovaného výzkumu může posloužit jako zdroj studia pro další zájemce, kteří se chtějí tematicky shodnou problematikou zabývat.

Praktickým osobním významem bude využití výsledků výzkumu ve vlastní pedagogické praxi autorky této disertace. Což je dalším, ne méně důležitým přínosem, jako naplnění záměrů autorky usilující o co nejkvalitnější přípravu budoucích zdravotnických profesionálů v edukaci pacientů seniorského věku. Na základě vlastních pracovních zkušeností a potřeb považujeme zaměření disertační práce za osobně významné.

Realizované šetření je výhradně orientační, vzhledem k malému vzorku respondentů nemůžeme vyvozovat hlubší závěry a získané výsledky výzkumu zobecnit. Nicméně doufáme, že disertace rozšíří vhléd do edukační práce s pacienty v seniorském věku klíčovými osobám a stane se inspirací pro sebereflexi, a finálně i zdrojem zkvalitnění práce edukačních sester.

## Závěr

Předkládaná disertační práce s názvem *Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku* řeší problematiku vztahující se jak k oboru pedagogika (se zaměřením na edukaci seniorů), tak i k teorii a praxi ošetrovatelství. Svým zaměřením téma disertace reflektuje současné aktuální potřeby gerontagogiky (geragogiky). Z hlediska potřeby zkvalitnění kompetencí sester a jejich edukačních intervencí při práci s pacienty v seniorském věku považujeme téma disertační práce za velmi žádoucí.

Hlavním cílem disertační práce v rovině teoretické bylo popsat realizaci edukačního procesu v rámci ošetrovatelské péče včetně zvláštností edukace u seniorů, objasnit vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku<sup>698</sup> a jejich edukační strategie<sup>699</sup> zaměřené na pacienty v seniorském věku, a prezentovat realizaci projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*. V rovině empirické bylo cílem zjistit úroveň znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku, a zjistit, jakým způsobem se tyto proměnné<sup>700</sup> promítají do reality klinické praxe. Paralelním cílem disertační práce, orientovaným na pedagogickou praxi, bylo vypracovat návrh doporučení pro praxi a vytvořit základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

Hlavní cíle jsme naplňovali tím, že jsme postupně námi sledované edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku včlenili do kontextu další problematiky. Disertační práci jsme rozdělili na dvě hlavní části: na část teoretickou (obsahovala šest kapitol) a část empirickou (skládala se z osmi kapitol), ve které jsme charakterizovali postup našeho výzkumného šetření.

Domníváme se, že cílů, které jsme si stanovili v úvodu disertační práce, bylo dosaženo.

V první kapitole jsme vymezili základní pojmy. Jako první jsme definovali všeobecnou sestru a následně specifikovali podstatu výkonu sesterské profese (viz *podkapitola 1.1*). Následně jsme vymezili období stáří a stárnutí, a také poukázali

---

<sup>698</sup> Mezi vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku patří znalosti, dovednosti a postoje - pozn. autorky.

<sup>699</sup> Edukačními strategiemi rozumíme systémové, holistické uspořádání takových metod a postupů, kterými jsou pozitivně rozvíjeny vědomosti, dovednosti, postoje a návyky pacientů. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 9.

<sup>700</sup> Mezi sledované proměnné patří znalosti, dovednosti a postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku – pozn. autorky.



na aspekty stáří, které v různé míře ovlivňují každého jedince a mohou mít na proces edukace v období stáří podstatný vliv (*viz podkapitola 1.2 a její části*).

Ve druhé kapitole jsme objasnili pojmy senior a edukace, a také přínos edukace a její vybrané aspekty ve vztahu k seniorům (*viz podkapitola 2.1 a její části*).

Třetí kapitola vysvětlovala přínos a způsoby edukace ve vztahu ke zdravotní gramotnosti. Vzhledem k hlavnímu záměru disertační práce se soustředila především na sekundární edukaci pacientů s provázaností na edukaci terciální s objasněním specifických podmínek i prostředí, v němž se edukace pacientů odehrává (*viz podkapitola 3.1*).

Čtvrtá kapitola se soustředila na problematiku edukace v rámci ošetrovatelské péče. Záměrem této kapitoly bylo vymezit obor ošetrovatelství a vysvětlit jeho vztah k pedagogice (*viz podkapitola 4.1 a její části*), objasnit vybrané aspekty edukace pacientů (*viz podkapitola 4.2 a její části*) a úlohy didaktiky ošetrovatelství (*viz podkapitola 4.3 a její části*), popsat vlastní edukační proces včetně jeho dokumentace (*viz podkapitola 4.4 a 4.5 a její části*), a v poslední v řadě vysvětlit roli sestry edukátorky se zaměřením na její klíčové kompetence (*viz podkapitola 4.6 a její části*).

V páté kapitole jsme objasnili obecné cíle edukace pacienta v seniorském věku, specifika této edukace a potřebnost přizpůsobení edukace specifickým potřebám pacientů v seniorském věku (*viz podkapitola 5.1*). Cílem této kapitoly bylo provést rozbor edukačních strategií sester zaměřených na pacienty v seniorském věku a vymezit znalosti, dovednosti, postoje sester v edukaci pacientů seniorského věku (*viz podkapitola 5.1*). Splnění tohoto cíle nebylo, i přes velké množství informací vztahujících se k edukaci pacientů, snadnou úlohou.

Projekt *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*, jehož tým edukačních sester je výzkumným vzorkem našeho šetření, jsme představili v kapitole šesté. Nejprve jsme popsali počátky realizace tohoto projektu, poté činnost týmu a náplň práce edukačních sester a nakonec i organizaci jejich činnosti.

Jelikož, že jsme teoretickou část disertační práce zpracovávali na základě nejen domácích, ale také zahraničních zdrojů, trůufáme si tvrdit, že jsme předložili teoretická východiska nejen pro náš výzkum, ale také pro další potenciální výzkumné šetření. Zároveň jsme prohloubili odborné penzum poznatků pro obor pedagogika (se zaměřením na edukaci seniorů), tak i pro teorii a praxi ošetrovatelství v problematice edukace pacientů.

Pro naplnění záměru disertační práce byl realizován empirický výzkum. V úvodu empirické části disertační práce jsme se zaměřili na východiska, které nás přiměla ke zkoumání edukačních strategií sester v edukaci pacientů v seniorském věku. Vlastní výzkumné šetření jsme popsali v kapitole osmé.

Empirické šetření se opíralo o stanovenou výzkumnou otázku „*Jaká je úroveň znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku a jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality klinické praxe?*“ Výzkumné šetření bylo zaměřeno na soubor vzájemně provázaných dílčích výzkumných otázek směřujících k dosažení stanoveného cíle. Empirickým designem našeho výzkumu se stala případová studie (*case study*). Při volbě našeho „ideálního“ případu jsme se zaměřili na tým sester, který je začleněn do projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*. Náš výzkum byl koncipován jako smíšený. Kombinoval převážně kvalitativní přístup s doplňujícím přístupem kvantitativním. Usilovali jsme především o komplexní pohled na danou problematiku.

V rámci výzkumného šetření byly využity metody polostrukturovaného dotazníku, polostrukturovaného rozhovoru, strukturovaného pozorování a analýzy dokumentů<sup>701</sup>. Získaná data prostřednictvím dotazníkového šetření (*viz podkapitola 9.1*) a strukturovaného pozorování jsme v rámci třídění prvního stupně analyzovali a následně interpretovali (*viz podkapitola 10.2*). Rozhovory byly po souhlasu dotazovaných nahrávány<sup>702</sup>, poté byla provedena jejich transkripce, kódování a interpretace (*viz podkapitola 10.1*). V rámci nekvantitativní analýzy dokumentů jsme provedli analýzu klíčových témat dokumentu v kontextu řešené problematiky, redukci zdrojových dat a následnou interpretaci (*viz podkapitola 9.2 a 10.3*). Výsledná data dotazníkového šetření, rozhovorů a pozorování byla verifikována metodou triangulace. Podařilo se nám především zjistit:

- jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester;
- jaká je úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku;
- jaké jsou znalosti sester v edukaci pacientů seniorského věku;
- v jakých oblastech/tématech se edukační činnost u pacientů v seniorském věku realizuje;

---

<sup>701</sup> Analýza všech typů dokumentů vztahujících se k edukaci pacientů v rámci daného zdravotnického zařízení – legislativní, metodické, didaktické a zdravotnické (resp. ošetrovatelské) - pozn. autorky.

<sup>702</sup> V několika případech sestry nesouhlasily s nahráváním rozhovoru, v těchto situacích jsme volili metodu zápisků – pozn. autorky.

- existenci odborně zpracovaných metodických materiálů a formalizovaných postupů pro edukační činnosti sester;
- do jaké míry tyto metodické materiály a formalizované postupy edukační sestry využívají;
- kdo edukační činnosti plánuje, organizuje a realizuje;
- na základě jakých kritérií posuzují edukační sestry připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci, které indikátory vedou sestry k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu;
- do jaké míry se při realizaci edukačních činností využívá specifických materiálů a pomůcek, příp. speciálně upraveného prostředí;
- jakým způsobem zaznamenávají edukační sestry průběh edukace pacientů v seniorském věku;
- jakým způsobem je pro edukační sestru realizující edukaci pacientů v seniorském věku zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi;
- jaké jsou postoje edukačních sester k edukaci pacientů v seniorském věku;
- jaká je struktura sledované edukační intervence (se zaměřením zejména na formu, téma - cíl, metody, prostředky a pomůcky, délku, místo, prostředí a podmínky, podporu učení, komunikaci a rétoriku);
- jaké didaktické zásady edukační sestry při přípravě a realizaci sledované edukační intervence v klinické praxi u pacientů v seniorském věku uplatňují.

V kapitole jedenácté a dvanácté jsme při analýze dat získané výsledky komparovali s poznatky dostupné literatury a jiných výzkumů a interpretovali případné odlišnosti. V kapitole dvanácté jsme rovněž navrhli možnosti dalších šetření v této problematice, vzhledem ke zjištěným výsledkům je vhodné se dané problematice dále věnovat. V kapitole třinácté jsme po důkladné interpretaci dat vypracovali návrh doporučení pro praxi a vytvořili základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku směřující k podpoře jejich zdravotní gramotnosti. Výstupy z výzkumného šetření jsme aplikovali na pedagogickou teorii a do pedagogické praxe v kapitole čtrnácté.

Hlavní cíl předkládané disertační práce byl podle našeho názoru splněn.

## Seznam použité odborné literatury a zdrojů

- ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J.: *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vydání. Brno: Národní institut ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
- ARMSTRONG – ESTHER, C. A., BROWNE, K. D. The influence of elderly patients' mental impairment on nurse patient interaction. *Journal of Advanced Nursing*, 1986, 11, s. 379 – 387.
- BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003. 571 s. ISBN 0-7637-1441-0.
- BEDNAŘÍKOVÁ, I. *Kapitoly z andragogiky 1*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 80 s. ISBN 978-80-244- 3248-9.
- BEDNAŘÍKOVÁ, I. *Kapitoly z andragogiky 2*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 80 s. ISBN 978-80-244- 3249-6.
- BELZ, H., SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení. 1. vydání*. Praha: Portál, 2001. 376 s. ISBN 80-7178-479-6.
- BENEŠ, M. *Andragogika, teoretické základy*. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2003. 216 s. ISBN 80-86432-23-8.
- BENEŠ, M. K problematice pojmu kompetence. In *Lidský kapitál a vzdělávací marketing*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. s. 57. ISSN 80-86861-04-X.
- BENEŠ, M. *Andragogika*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 136. ISBN 978-80-247-2580-2.
- BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. 136 s. ISBN 978-80-7452-039-6.
- BERGMAN, M. M. The Straw Men of the Qualitative-Quantitative Divide and their Influence on Mixed Methods Research. In BERGMAN, M. M. (Ed.), *Advances in Mixed Methods Research: Theories and Applications* [online]. London: Sage Publications, 2008, s. 10 - 22 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/260308171\\_The\\_Straw\\_Men\\_of\\_the\\_Qualitative-Quantitative\\_Divide\\_and\\_their\\_influence\\_on\\_mixed\\_methods\\_research](https://www.researchgate.net/publication/260308171_The_Straw_Men_of_the_Qualitative-Quantitative_Divide_and_their_influence_on_mixed_methods_research).
- BLECHA, I. *Fenomenologie a existencialismus*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994. s. 121. ISBN 80-7067-352-4.

- BLECHA, I. *Proměny fenomenologie. Úvod do Husserlovy filosofie*. Praha: Triton, 2007. s. 408. ISBN 978-80-7254-938-2.
- BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013. ISBN-13: 978-0-8138-1046-1.
- CALLAHAN, D. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. 1. vyd. New York: Simon & Schuster, Inc., 1987. 256 s. ISBN 0-671-22477-8.
- CROPLEY, A. J. *Lifelong Education: A Psychological Analysis*. 1. vyd. Hamburg: UNESCO Institut for Education, 1978. 196 s. ISBN 0-08-021814-8.
- ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 175 s. ISBN 80-7067-953-0.
- ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998. 156 s. ISBN 80-223-1206-1.
- ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. 2. vydání. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 156 s. ISBN 978-80-223-2287-4.
- DROBILIČOVÁ, A., ŠAMAJ, M. Projekt: Edukační sestra ve FN Olomouc. *Nové vademecum Sterilizace*, 2014, č. 2, s. 9 – 11. ISSN1802-0542.
- DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237. ISSN 1213-1768.
- EUR – lex. *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/55/EU o uznávání odborných kvalifikací ze dne 20. listopadu 2013* [online]. 2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupný z: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj/?locale=cs>.
- EUROMED INFO. *Patient Teaching into Practice - Teaching older adults* [online]. 2017 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: <http://www.euromedinfo.eu/>.
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Zpráva o činnosti Edukačních sester ve Fakultní nemocnici Olomouc za rok 2012 - 2014* [online]. 2015 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/Zprava%20o%20cinnosti%20edukacnich%20sester\\_2012-2014.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/Zprava%20o%20cinnosti%20edukacnich%20sester_2012-2014.pdf).
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Výroční zpráva Fakultní nemocnice Olomouc 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [www.msmt.cz/file/43950\\_1\\_1/](http://www.msmt.cz/file/43950_1_1/).

- FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Výroční zpráva Fakultní nemocnice Olomouc 2017* [online]. 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: [https://www.fnol.cz/pdf/FNOL\\_vyrocní%20zpráva%202017\\_FINAL.pdf](https://www.fnol.cz/pdf/FNOL_vyrocní%20zpráva%202017_FINAL.pdf).
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Informační materiály* [online]. 2019 [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/informacni-materialy>.
- FERKO, A. *Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2002. 591 s. ISBN 80-247-0230-4.
- FOZARD, J. L., THOMAS, J. C. *Psychology of Aging : Basic Findings and Some Psychiatric Applications*. In: HOWELLS, J. G. (ed.) *Modern Perspectives in the Psychiatry of Old Age*. New York: Brunner/Mazel, Inc., 1975. 630 s. ISBN 87630-097-2.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. 2., přepracované vydání*. Praha: Brain team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1 vydání. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 72 s. ISBN80- 7013-363-5.
- HATÁR, C. *Seniori v systéme rezidenciálnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. 1. vydání. Praha: Česká a Slovenská andragogika; Rozlet, 2011. 130 s. ISBN 978-80-904824-1-8.
- HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teórie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014. 110 s. ISBN 978-80-558-0666-2.
- HELLER, D. *Popis, analýza a interpretace jako tři typy a fáze transformace kvalitativních dat*. In: ŠUCHA, M., CHARVÁT, M., ŘEHAN, V. (eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku, VI. sborník z konference*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. s. 75–82. ISBN 978-80-244-1831-1.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. 407 s. SBN 978-80-7367-485-4.
- HOFFMEISTER, F., MÜLLER, C. (eds.) *Brain Function in Old Age: Evaluation of Changes and Disorders. (Bayer-Symposium VII. held at Grosse Ledder, Germany, Oct. 18-22, 1978)* Berlin: Springer-Verlag, 1979. 533 s. ISBN 3-540-09381-8.
- HRAPKOVÁ, N. Osobnost lektora vo vzdelávaní seniorov. In *Univerzita tretieho veku: historie, súčasnosť a perspektivy ďalšieho rozvoje. Sborník príspevků z konferencie konané u príležitosti 20. výročia založenia Univerzity tretieho veku na Masarykově univerzitě 6. - 7. dubna 2010 v Brně*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. s. 91–100. ISBN 978-80-210-5158-4.
- HUGO, J.; VOKURKA, M. *Velký lékařský slovník*. 5. vydání. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-734-5058-5.
- CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Pedagogická fakulta, 2006. 265 s. ISBN 80-244-1367-1.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KADUCHOVÁ, P. Základy klinické propedeutiky. In SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Stomatologie I. pro SZŠ a VOŠz*. Praha: Grada Publishing, 2016, s. 32 – 58. ISBN 978-80-247-5826-8.
- KADUCHOVÁ, P., NÁBĚLKOVÁ, J. Key Competences of Nurses in Elderly Patients Education and Counselling. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2017, Vol. 6., No. 4, 87 – 97. ISSN e-ISSN 2320–7388, p-ISSN: 2320–737X.
- KADUCHOVÁ, P. Education of Elderly Patients Within Nursing Care in Slovakia. *Acta Educationis Generalis*, 2017, Vol. 7, No. 2, 86 – 95. ISSN 2585-741X.
- KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KELLIHER, F. *Nurses and Patient Education* [online]. Paris, Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique, 2013 [cit. 2017-07-02]. Dostupné z: [http://www.connecting-nurses.com/web/disease\\_knowledge\\_](http://www.connecting-nurses.com/web/disease_knowledge_).
- KERLINGER, F. N. (1972). *Základy výzkumu chování. Pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia, 1972. 705 s. ISBN 21-033-72.
- KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. 74 s. ISBN: 978-80-7454-635-8.
- KRYŠTOF, D., ŠPATENKOVÁ, N. Klíčové kompetence lektora v seniorském vzdělávání. In *Univerzita třetího věku. Historie, současnost a perspektivy dalšího rozvoje. Sborník příspěvků z konference konané u příležitosti 20. výročí založení Univerzity třetího věku na Masarykově univerzitě 6. - 7. dubna 2010 v Brně*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010. s. 115 - 125. ISBN 978-80-210-5158-4.
- KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. 246 s. ISBN 978-80-7376-684-1.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LIVEČKA, E. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: Ústav školských informací při ministerstvu školství ČSR, 1979. 233 s.
- LOUČKOVÁ, I. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. 311 s. ISBN 978-80-8642-979-3.
- MADDOX, G. L. Retirement as a Social Event in the United States. In NEUGARTEN, B. L. (ed.) *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1968. 596 s. ISBN 0-226-57381-8.



- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MAGERČIAKOVÁ, M. *Edukácia v ošetrovatel'stve* I. vydání. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008. 105 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
- MALACH, J. *Efektivní metody vzdělávání dospělých*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2003. 72 s. ISBN 80-7042-946-1.
- MAŇÁK, J., ŠVEC, Š. et al. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Paido, 2005. 134 s. ISBN 80-210-3802-0.
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. I. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 2015, roč. 65, č. 2, s. 113 – 142. ISSN 0031-3815.
- MARŠÁLOVÁ, L., MIKŠÍK, O. *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1990. 423 s. ISBN 80-08-00019-8.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Edukace v ošetrovatel'ství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati; Trenčín: Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka, 2015. 198 s. ISBN 978-80-7454-513-9.
- MASTILIAKOVÁ, D. Aktuální úroveň připravenosti sester na edukační roli. In *Zdravotnícké listy*. 2017, roč. 5, č. 3., s. 6 - 15. ISSN 1339-3022.
- MILLER, C. A. *Nursing for Wellness in older adult*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 2012. 603 s. ISBN 978-1-60547-777-0.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 113 s. ISBN 80-210-2510-7.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.

- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. 194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- NEUGARTEN, B. L. (ed.) *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1968. 596 s. ISBN 0-226-57381-8.
- NIGHTINGALE, Florence. *The Life of Florence Nightingale sv. II (1914) Edward Tyas Cook*. In: Citaty.cz [online]. [cit. 22. 4. 2019]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/1908649-florence-nightingale-i-never-lose-an-opportunity-of-urging-a-practical/>.
- NOVÁKOVÁ, L., JENERÁLOVÁ, M. Edukace – součást ošetrovatelského procesu. *Logos Polytechnikos*, 2015, roč. 6, č. 1, 96 – 103. ISSN 1804-3682.
- NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- PACOVSKÝ, V.: *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 85. ISBN 80-201-0076-8.
- PAPALIA, D. E., WENDKOS OLDS, S. *Human Development*. 5. vyd. New York: McGraw – Hill, Inc., 1992. 632 s. ISBN 0-07-048557-7.
- PETŘKOVÁ, A. Aktuální problémy vzdělávání senioru. In *Sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí dne 29. 4. 1999*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1999. s. 31-38. ISBN 80-244-0007-3.
- PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.

POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

PORTÁL SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, aktuální znění ze dne 14. 12. 2017* [online]. 2017 [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

PORTÁL SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v aktuálním znění ze dne 1. 11. 2018*. [online]. 2018 [cit. 2019-11-18]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-137/zneni-20181101>.

PORTÁL SBÍRKA ZÁKONŮ. *Novelizace Zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (tzv. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ze dne 1. 9. 2017* [online]. 2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

PORTÁL SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání v aktuálním znění ze dne 1. 1. 2018* [online]. 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>.

PORTÁL SBÍRKA ZÁKONŮ. *Zákon č. 372/2011Sb., § 31 - o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, aktuální znění ze dne 1. ledna 2018* [online]. 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

PORUBSKÁ, G., HATÁR, C. *Kapitoly z andragogiky pre pomáhajúce profesie*. Nitra: Univerzia Konštantina Filozofa, 2009. 212 s. ISBN 978-80-8094-597-8.

PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 7/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_1778\\_11.html](https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html).

PRAHA: MZČR. *Věstník MZ ČR 9/2004* [online]. Praha, MZČR, 2004 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

PRAHA: MZČR. *Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století* [online]. Praha, MZČR, 2014 [cit. 2017-11-16].

Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020\\_8526\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html).

PRAHA: MZČR. *Práva pacienta* [online]. Praha, MZČR, 2008 [cit. 2017-11-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta\\_2401\\_18.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html).

PRAHA: MZČR. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* [online]. Praha, MZČR, 2011 [cit. 2020-03-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarске-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb\\_4225\\_3082\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarске-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_3082_3.html).

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník. 3. rozšířené a aktualizované vydání.* Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.

PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník. 2., aktualizované a rozšířené vydání.* Praha: Grada Publishing, 2014. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-7.

RÁBKOVÁ, J. *Vybrané aspekty edukace na oddělení geriatric ve Fakultní nemocnici v Olomouci* [online]. Olomouc, 18. 4. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8jmlwz/00173667-334384772.pdf>. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.

RANKIN, S., STALLINGS, K. *Patient Education in Health and Illness.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co., 2005. 368 s. ISBN 0-7817-4848-6.

REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults.* Maidenhead: Open University Press, 2012. 320 s. ISBN 978-0-335-24084-5.

ROGERS, D. *The Adult Years: An Introduction to Aging.* New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1979. 436 s. ISBN 0-13-008987-7.

SÄVENSTEDT, S., ZINGMARK, K., HYDÉN, L. CH. et al. Establishing Joint Attention in Remote Talks with Elderly about Health: a study of nurses conversation with elderly persons. In *Scandinavian journal of caring science*, 2005, roč. 19, s. 317 - 318.

SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138. ISSN 1213-1768.

SMĚKAL, V. Psychodidaktika věku seniorů. In *Univerzita třetího věku. Historie, současnost a perspektivy dalšího rozvoje.* Sborník příspěvků z konference konané u příležitosti 20. výročí

založení Univerzity třetího věku na Masarykově univerzitě 6. - 7. dubna 2010 v Brně. Brno: Masarykova univerzita, 2010. s. 151 - 160. ISBN 978-80-210-5158-4.

SOCIOLOGY GUIDE. *Collective Representation* [online]. 2016 [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: <http://www.sociologyguide.com/socio-short-notes/Collective-Representation.php>.

SPEROS, C. I. More Than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, a Scholarly Journal of the American Nurses Association*, 2009, Vol. 14., No. 3., Manuscript 5. ISSN 1091-3734.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. Vydání. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., KOCOURKOVÁ, V. Kvantitativní a kvalitativní rozměr výzkumu postojů učitelů ve vztahu k sociálnímu znevýhodnění žáků. In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Směšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* [online]. Brno, Masarykova univerzita, 2011 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/capv2011/sbornikprispevku/safrankovakocourkova.pdf>.

ŠMAUSOVÁ, G. Vybrané metodologické problémy v sociálních vědách: pozitivismus nebo hermeneutika? In D. Šimek (Ed.), *Kurikulum andragogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 7 – 18. ISBN 80-244-0638-1.

ŠMÍDOVÁ, Š. *Edukace geriatrických pacientů* [online]. Plzeň, 27. 3. 2013 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s97ohs/?lang=en>. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni.

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2015. 143 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

- ŠVEC, Š. et al. *Metodologie věd o výchově. Kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009. 302 s. ISBN 978-80-7315-192-8.
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatry pro praxi*. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
- TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- URBÁNEK, T. et al. *Psychometrika. Měření v psychologii*. Praha: Portál, 2011. 320 s. ISBN 978-80-7367-836-4.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-8.
- VÁPENÍKOVÁ, S. *Propuštění pacientů z interního oddělení* [online]. Pardubice, 13. 7. 2015 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/61592>. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2013. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
- VETEŠKA, J. TURECKIOVÁ, M. *Vzdělávání a rozvoj podle kompetencí. Kompetence v andragogice, pedagogice a řízení*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 131 s. ISBN 978-80-86723-54-9.
- VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, 2004. [online]. Praha: VÚPSV, [cit. 12. 12. 2006]. Dostupné na WWW: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf).
- VOKURKA, M.; HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 10. vydání. Praha: Maxdorf, 2011. 519 s. ISBN 978-80-7345-262-9.
- ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 864 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.

ZELENÍKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. Úvod do problematiky ošetrovatelství založeného na důkazech (Evidence Based Nursing). *Kontakt - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*, 2013, roč. 15, č. 1, s. 7 – 13. s. ISSN 1212-4117.

ZELENÍKOVÁ, R. Evidence based practice – nový trend v ošetrovatelstve. In Bužgová, R., Jarošová, D. *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 96 – 99. ISBN 978-80-7368-230-9.

## Seznam použitých zkratk

aj.	a jiné
ALTUS portál	intranet Fakultní nemocnice Olomouc
apod.	a podobně
Bc.	bakalář (vysokoškolské vzdělání v bakalářském studijním programu)
cm	centimetr
č.	číslo
ČČK	Český červený kříž
EEG	elektroencefalografie
EMG	elektromyografie
event.	eventuálně
FN OL	Fakultní nemocnice Olomouc
ICN	<i>International Council of Nurses</i> (Mezinárodní sesterská organizace)
KIS MEDEA	klinický informační systém Fakultní nemocnice Olomouc
Mgr.	magistr (vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu)
MMSE	<i>Mini Mental State Exam</i> (Orientační test kognitivních funkcí)
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	<i>North American Association for Nursing Diagnosis International</i> (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku)
např.	například
odst.	odstavec
PC	z angličtiny " <i>personal computer</i> " neboli "osobní počítač"
písm.	písmeno
příp.	případně
resp.	respektive
s.	strana



Sb.	Sbírka zákonů
srov.	srovnej
SŠ	střední škola
SZŠ a VOŠz	střední zdravotnická škola a vyšší odborná škola zdravotnická
tj.	to je
TEN	trombolická nemoc
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
UP	Univerzita Palackého v Olomouci
VOŠ	vyšší odborná škola

## **PŘÍLOHY**

## Příloha č. 1: Vzor průvodního dopisu k výzkumnému šetření

Vážené edukační sestry,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o spolupráci při realizaci výzkumného šetření prováděného v rámci disertační práce na téma *Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku*. Východiskem této práce je zkoumání edukačních strategií sester zaměřené na pacienty v seniorském věku a jejich promítání do reality klinické praxe. Výzkumný vzorek je záměrný, tvoří ho právě sestry, které jsou začleněné do projektu s názvem *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*.

Mým záměrem je využít znalostí, dovedností a zkušeností tohoto týmu edukačních sester, a to zejména k sestavení návrhu doporučení pro praxi a vytvoření základu k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

Výzkum zahrnuje jednak průzkumné dotazníkové šetření (zjišťující úroveň znalostí a postoje sester k edukaci pacientů seniorského věku) a následně i rozhovor/shlédnutí edukační lekce. Výzkumné šetření je anonymní. Výsledky tohoto výzkumu budou použity pouze pro potřeby disertační práce.

Předpokládaná realizace výzkumu: duben 2019 (dotazníkové šetření) – duben 2020.

Předem Vám **DĚKUJI za Váš ČAS**, vstřícnost a ochotu se na tomto výzkumném šetření podílet!

Mgr. Petra Kaduchová

studentka doktorského studijního programu na Univerzitě Palackého v Olomouci  
Ústav pedagogiky a sociálních studií  
Žižkovo náměstí 5, 771 40 Olomouc

## Příloha č. 2: Vzor dotazníku

### DOTAZNÍK

Vážené edukační sestry,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumného šetření realizovaného v rámci disertační práce na téma „Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku“. Výsledky výzkumného šetření budou sloužit k sestavení návrhu doporučení pro praxi a vytvoření základu k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro potřeby disertační práce.

#### **Pokyny k vyplnění dotazníku:**

Dotazník je sestaven tak, abyste měli kromě převažujících výběrových odpovědí také prostor k sebevyjádření. U otázek informativních odpovídejte laskavě podle skutečnosti, u otázek s možností výběru uveďte **tu odpověď, která nejvíce odpovídá realitě**. U některých otázek je počet odpovědí limitován (limit je uvedený v závorce), u jiných máte možnost vyjádřit se v kolonce „jiné“. Na otázky otevřené, které poznáte podle prázdného vytečkovaného pole, odpovídejte dle skutečnosti, volně vyjádřete svoje praktické zkušenosti, znalosti, svůj názor, postřeh.

Předem Vám **DĚKUJI za Váš ČAS**, vstřícnost a ochotu se na tomto výzkumném šetření podílet a předem také oceňuji Vaši pečlivost a důslednost při vyplňování.

Petra Kaduchová

studentka doktorského studijního programu na Univerzitě Palackého v Olomouci

---

- 1. Jaká je délka Vaší sesterské praxe?.....** (uveďte prosím číslem počet let praxe)
- 2. Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**
  - a) středoškolské
  - b) vyšší odborné
  - c) vysokoškolské - bakalářské
  - d) vysokoškolské – magisterské: zaměření na ošetrovatelství
  - e) vysokoškolské – magisterské: zaměření na pedagogiku
- 3. Absolvovala jste (či účastníte se) vzdělávací program specializačního vzdělávání?** (např. NCO NZO - Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech):
  - a) ano (uveďte prosím jaký): .....
  - b) ne
  - c) v současnosti se účastním (uveďte prosím jakého): .....
- 4. Absolvovala jste (či účastníte se) jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství?** (např. kurz - Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence apod.):
  - a) ano (uveďte prosím jaké): .....
  - b) ne
  - c) v současnosti se účastním (uveďte prosím jakého): .....

5. Pokud jste absolvovala jakoukoliv formu (přednášky, kurzy, konference) vzdělávání (organizovanou zaměstnavatelem, ČČK, Charitou apod.) zaměřenou výhradně na problematiku edukace seniorů, prosím upřesněte (např. VŠ studium – studijní obor Edukační péče o seniory, kurz – edukace v péči o seniory či kurz dobrovolníků pro péči o seniory apod.):

6. Máte osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

Pokud jste odpověděla ano či částečně, vyberte prosím, které oblasti se týkají (můžete označit více odpovědí):

- a) vzdělavatel na SŠ
- b) vzdělavatel na VOŠ
- c) vzdělavatel na VŠ
- d) vzdělavatel v kurzech
- e) vzdělavatel na U3V
- f) jiné (uveďte prosím konkrétně jaké):.....

7. V jakých oblastech/tématech edukaci u pacientů v seniorském věku NEJČASTĚJI realizujete? (označte prosím maximálně 3 odpovědi)

- a) manipulace s lůžkem či signalizací
- b) prevence tromboembolické nemoci
- c) pohybový režim
- d) samostatná péče o diabetes mellitus
- e) prevence pádu
- f) péče o vyprazdňování stolice (např. zácpa, stomie)
- g) výživa
- h) péče o vyprazdňování moče (např. močový katétr, inkontinence)
- i) pitný režim
- j) péče o jiný invazivní vstup:  
.....  
(prosím doplňte)
- k) sebepéče (v oblasti hygieny, výživy a oblékání)
- l) používání kompenzačních pomůcek:  
.....  
(prosím doplňte)
- m) péče o ránu
- n) jiné.....  
(prosím doplňte)

- 8. Existuje vypracovaný metodický postup k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci, na základě kterého rozhodnete, že je třeba zapojit do edukace rodinu?**
- a) ano (uved'te prosím jaký): .....
  - b) ne
  - c) nevím o žádném
- 9. Nejdůležitějším kritériem v období stáří je?**
- a) kalendářní věk
  - b) funkční věk odpovídající skutečné míře soběstačnosti a zdatnosti jedince
  - c) efektivita smyslových orgánů
  - d) status důchodce
  - e) nevím
- 10. Jakým způsobem se promítá proces stárnutí na paměť?**
- a) v paměti stárnoucích lidí nejsou patrné značné rozdíly
  - b) snižuje se výkon v oblasti krátkodobé paměti
  - c) je zachována pouze schopnost spolehlivého vštěpování informací
  - d) stárnoucí lidé již nejsou schopni se něco nového naučit
  - e) nevím
- 11. Jakým způsobem se promítá proces stárnutí do intelektové výkonnosti?**
- a) proces stárnutí nemá na intelektovou výkonnost žádný vliv
  - b) vrozená inteligence se s přibývajícím věkem zlepšuje
  - c) životní zkušenost a moudrost do jisté míry kompenzuje inteligenci vrozenou
  - d) stárnoucí lidé již nejsou schopni se něco nového naučit
  - e) nevím
- 12. Co představuje z psychosociálního aspektu pro seniora největší zátěž?**
- a) nadbytek volného času v souvislosti s penzionováním
  - b) ekonomická situace
  - c) změna bydlení
  - d) ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhého člověka
  - e) nevím
- 13. Z psychosociálních potřeb se ve stáří do popředí dostávají zejména: (můžete označit více odpovědí)**
- a) potřeba bezpečí a jistoty
  - b) potřeba nových podnětů, potřeba změn a otevřenost novým zkušenostem
  - c) potřeba nových sociálních kontaktů
  - d) potřeba seberealizace
  - e) nevím
- 14. Mezi zvláštnosti chorob ve stáří NEPATŘÍ:**
- a) multimorbidita (polymorbidita)
  - b) změna spektra chorob
  - c) změna klinického obrazu a průběhu choroby
  - d) nevýznamná sociální souvislost
  - e) nevím

**15. Které z níže uvedených faktorů ovlivňují proces edukace v období stáří? (můžete označit více odpovědí)**

- a) adaptace
- b) emocionální a psychický stav
- c) motivace
- d) styl a tempo učení
- e) předchozí zkušenosti
- f) fáze onemocnění
- g) stav motorických funkcí
- h) stav senzorických funkcí
- i) stav kognitivních funkcí

**16. Využíváte nějaké didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů? Pokud ano, jaké?**

.....  
.....

**17. Vysvětlete prosím, čím se zabývá geragogika (gerontagogika)?**

..... (prosím doplňte)

**18. Cílem edukace pacienta v seniorském věku je zejména?**

- a) navrácení zdraví
- b) obnova soběstačnosti
- c) zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta
- d) léčba akutních stavů a návrat do domácího prostředí
- e) nevím

**19. V první fázi edukačního procesu je pro jeho úspěšnost důležité provést:**

- a) pečlivou pedagogickou diagnostiku
- b) stanovení edukačního cíle
- c) volbu edukačních strategií, přípravu pomůcek a studijního materiálu
- d) sestavit edukační plán v písemné podobě
- e) nevím

**20. Edukaci pacienta nejčastěji realizujete?**

- a) v edukační místnosti
- b) na pokoji u pacienta
- c) v jídelně
- d) jinde:.....(prosím doplňte)

**21. Jaký typ sestry je podle Vašeho mínění vhodný pro edukaci pacientů v seniorském věku?**

- a) rutinní typ
- b) herecký (teatrální) typ
- c) mužský typ
- d) mateřský typ

**22. Která z těchto metod má podle Vás pro pacienta v seniorském věku největší přínos a z jakého důvodu? (můžete označit více odpovědí)**

- a) slovní – výklad, vysvětlování, rozhovor apod.
- b) písemná – edukační materiály
- c) praktická ukázka
- d) nácvik

**Vypište prosím důvod:**

.....  
.....

**23. Zatrhněte políčko na sedmibodové škále tak, aby co nejpřesněji vystihovalo Váš názor na danou charakteristiku edukace pacienta v seniorském věku. Čím blíže k okraji škály, tím více se přikláníte k jedné z charakteristik. Středová hodnota vyjadřuje Váš neutrální vztah.**

#### **EDUKACE PACIENTA V SENIORSKÉM VĚKU JE PRO SESTRU**

- |                  |   |             |
|------------------|---|-------------|
| 1. nenáročná     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | náročná     |
| 2. příjemná      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nepříjemná  |
| 3. světlá        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | tmavá       |
| 4. přísná        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | mírná       |
| 5. snadná        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | obtížná     |
| 6. krásná        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ošklivá     |
| 7. bezproblémová | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | problémová  |
| 8. kyselá        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | sladká      |
| 9. lehká         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | těžká       |
| 10. hodnotná     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | bezpečná    |
| 11. pestrá       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | jednotvárná |
| 12. neúspěšná    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | úspěšná     |
| 13. blízká       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | vzdálená    |
| 14. jistá        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | nejistá     |
| 15. rázná        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | konejšivá   |
| 16. rychlá       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | pomalá      |
| 17. horká        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | studená     |
| 18. složitá      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | jednoduchá  |

Děkuji Vám za spolupráci!



## Příloha č. 3: Schválení žádosti o poskytnutí informace pro studijní účely



FAKULTNÍ NEMOCNICE<sup>®</sup>  
OLOMOUC

### ODBOR KVALITY

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc  
Tel. 588 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)

IČ: 00098892

verze č. 1, str. 1/3

### Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Petra Kaduchová

Datum narození: Telefon: E-mail:

Kontaktní adresa:

Přesný název školy/fakulty: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Obor studia: Pedagogika

Forma studia: prezenční kombinovaná **distanční**

#### Téma závěrečné práce:

Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku

#### Žadatel ve FNOL koná odbornou praxí:

ANO na pracovišti: - v termínu od: - do: -

NE

#### Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: učitelka SZŠ a VOŠZ, Odbor hlavní sestry (os. č.63697)

NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: ambulance a lůžková oddělení klinik, jejíž edukační sestry jsou začleněny do projektu s názvem *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*

#### Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování disertační práce

#### Požadavek na (zaškrtněte):

*V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.*

**Dotazníková akce**                      pro pacienty FNOL                      **pro zaměstnance FNOL**

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:                      30

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od:    duben 2019    do:                      květen 2019

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

**Nahlížení do zdravotnické dokumentace**

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:                      30

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od:    květen 2019    do:    duben 2020

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

analýza zacílená na plánování konkrétní sledované edukační intervence u pacientů, vedení dokumentace zdravotnického zařízení k edukaci pacientů - sestavení edukačního plánu, provedené záznamy o edukaci sestrou apod.

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

**Ostatní**

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů:                      -                      -

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců:                      30                      povolání:                      všeobecná (edukační) sestra

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):                      -

Za které období budou data zjišťována:                      -

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od:                      -                      do:                      -                      -

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:                      -

**Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce:** V souladu s Vnitřní normou UP: R – B – 17/08 Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění

**Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?    ANO    NE**

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat (Fm-MP-G015-05-ZADOST-001)  
2/2

strana

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): 30. 3. 2019 Petra Kaduchová

*Petra Kaduchová*

Schválil (datum podpis): 1.4. 2019 Ing. Andrea Drobiličová  
Hlavní sestra  
Odbor hlavní sestry  
Fakultní nemocnice Olomouc\*

*[Signature]*

**Poznámky:**

První výzkumnou metodou bude dotazník – viz zasláná příloha (duben 2019 – květen 2019).

Druhou výzkumnou metodou bude polostrukturovaný rozhovor vedený s edukačními sestrami, prostřednictvím kterého budou předloženy otázky k rozšíření původních odpovědí v dotazníkovém šetření a otázky zjišťující připravenost edukačních sester v oblasti edukace seniorů (orientační okruh otázek: pracovní zkušenosti, nejčastější ošetrovatelské problémy, specifika edukace seniorů, sestra a edukace pacientů v seniorském věku, vedení dokumentace atd.)

Obsah problémových okruhů a otázek k polostrukturovanému rozhovoru bude sestaven na základě výsledků dotazníkového šetření.

Poslední výzkumnou metodou bude nezúčastněné strukturované pozorování edukační intervence zjišťující dovednosti k edukaci seniorů (orientační okruh: promyšlení postupu s ohledem na cíle a schopnosti pacientů, vytvoření optimálních podmínek pro předvádění činností, usměrňování při nácvičku činností, volba vhodné doby k edukaci, schopnost reagovat na vzniklou situaci, navázat kontakt a důvěryhodný vztah s pacientem, vyvolat u něj zájem o spolupráci, vytvořit vhodný edukační plán apod.)

Rámcem pro strukturované pozorování (pozorovací arch) bude vytvořen na základě výsledků dotazníkového šetření.

Předpokládám sběr dat prostřednictvím rozhovoru a pozorování v rámci jednoho setkání s konkrétní edukační sestrou. Průběh realizace výzkumného šetření prostřednictvím rozhovoru a pozorování: květen 2019 – duben 2020.

Moc děkuji za schválení této žádosti!

## Příloha č. 4: Vzor scénáře polostrukturovaného rozhovoru

### SCÉNÁŘ POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

#### Úvod

Tento rozhovor je součástí výzkumného šetření realizovaného v rámci disertační práce na téma „Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku“. Výzkumné šetření zjišťuje úroveň znalostí, dovedností a postojů sester k edukaci pacientů seniorského věku. Výsledky výzkumného šetření budou sloužit k sestavení návrhu doporučení pro praxi a vytvoření základu k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.

Rozhovor se uskuteční pouze, pokud s ním budete souhlasit. Vaše odpovědi budou zaznamenávány písemně do připraveného archu.

Rozhovor a jeho záznam bude sloužit pouze pro potřeby disertační práce. Veškeré údaje, které by Vás mohly identifikovat, nebudou uvedeny v textu analýzy ani jinak zveřejněny.

#### Problémové okruhy a otázky rozhovoru

##### *1. Vzdělání edukačních sester v edukaci pacientů seniorského věku*

- Uveďte zdroje celoživotního vzdělávání, ze kterých čerpáte inspiraci a náměty pro Vaši edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku?
- Máte nějaké pracovní zkušenosti, ze kterých čerpáte inspiraci a náměty pro vaši edukační činnost realizovanou u pacientů v seniorském věku, mohla byste je blíže specifikovat?

##### *2. Koordinace edukační činnosti*

- Kdo edukační činnost u konkrétního pacienta plánuje, organizuje a realizuje?

##### *3. Využívání metodických materiálů a formalizovaných postupů edukace*

- Do jaké míry u těchto pacientů využíváte Metodický pokyn k edukaci hospitalizovaných pacientů nelékařskými zdravotnickými pracovníky?

##### *4. Zhodnocení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci*

- Na základě jakých kritérií posuzujete připravenost pacienta v seniorském věku k edukaci?
- Máte vlastní způsob zhodnocení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci? Mohla byste ho blíže specifikovat?
- Které indikátory Vás vedou k rozhodnutí zapojit do edukace rodinu?

### *5. Vlastní pohled respondenta na problematiku*

- V čem spatřujete hlavní rozdíly mezi edukací seniorských pacientů v porovnání od edukace dospělých pacientů?
- Máte vlastní postup jak pracovat s pacientem v seniorském věku, mohla byste ho blíže specifikovat?
- Které formy a metody práce při edukaci pacientů v seniorském věku nejvíce využíváte, mohla byste je blíže specifikovat?
- Máte způsob, jak posuzujete výsledný efekt realizované edukace u pacientů v seniorském věku, mohla byste ho blíže specifikovat?

### *6. Specifické materiály a pomůcky v edukačním procesu*

- Využíváte při edukaci pacientů v seniorském věku specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upraveného prostředí?

### *7. Pomoc – opora při problémech v praxi*

- Spolupracujete při edukaci konkrétního pacienta s dalšími zdravotnickými pracovníky, mohla byste tuto spolupráci blíže specifikovat?

Jakým způsobem je pro Vás, při realizaci edukace pacientů v seniorském věku, zajištěná opora (možnost konzultovat s někým) při problémech v praxi?

### *8. Záznam o průběhu edukace pacientů v seniorském věku*

- Existují vypracované formuláře k záznamu o edukaci edukační sestrou? Prosím specifikujte je. Do jaké míry je využíváte? Jakým způsobem do nich zaznamenáváte průběh edukace právě u pacientů v seniorském věku?
- Vedete si o průběhu edukace vlastní záznamy (vlastní přípravu), mohla byste je blíže specifikovat?

### **Závěr**

- Napadá Vás ještě něco důležitého k tomuto tématu, o čem jsme nehovořili? Chtěla byste se na něco zeptat Vy?

### **Poděkování**

Nabídnutí seznámení s výsledky výzkumu.

Rozloučení.

Příloha č. 5: Vzor pozorovacího archu

## POZOROVACÍ ARCH

<b>1, Projektování edukačních strategií</b>					
<b>Datum a čas:</b>		<b>Téma (cíl):</b>			
<b>Místo realizace edukace:</b> vyšetřovna pokoj pacienta jídelna edukační místnost ambulance jiné:		<b>Komunikační bariéry:</b> smyslová: zrak, sluch, řeč fyzická: amputace, ochrnutí jiná:			
<b>Forma edukace:</b> individuální	skupinová	<b>Typ edukace:</b> základní		reedukace	
<b>Didaktické pomůcky:</b> textové: učebnice, časopis, brožura, edukační a informační materiály pro pacienta, jiné: vizuální: výukový тренаžér, výukový model, nástěnný obraz, zdravotnický materiál, jiné: auditivní: zvukový záznam audiovizuální: výukový film jiné: psací potřeby, papír, jiné:					
<b>Metody edukace:</b> slovní (mluvené, tištěné, psané slovo): názorně demonstrační (předvedení, praktická ukázka): praktický nácvik:					
<b>Další osoby, účastníci se edukační lekce (důvod):</b>					
<b>2, Realizace edukačních strategií</b>					
Prostředí a podmínky	ano	spíše ano	spíše ne	ne	N
Edukační lekce se realizuje pro edukaci vhodném prostředí, při optimálních podmínkách					
V případě potřeby má pacient k edukaci zajištěny funkční kompenzační pomůcky (brýle, naslouchátko atd.)					
Podpora učení	ano	spíše ano	spíše ne	ne	N
Pacient je zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci					
Pacient aktivně spolupracuje					
Pacient je seznámen s tématem edukační lekce (cílem)					
Edukační lekce navazuje na dosavadní skutečné znalosti a dovednosti pacienta (evokace – co už víte?)					
Edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí znalosti pacienta					
Edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí dovednosti pacienta					
Edukační lekce cíleně rozvíjí postoje pacienta					
Pacientovi jsou nové poznatky zprostředkovány postupně, systematicky					
V rámci edukační lekce se účelně střídají odlišné metody výuky					
Do edukační lekce jsou zařazeny vhodné modelové příklady, příběhy					

Praktická ukázka reflektuje individuální potřeby pacienta					
Pacient je vyzván, aby předvedl praktický úkon sám					
Pacient ví, co se po něm vyžaduje (rozumí pokynům)					
Pacient ví, proč to dělá a k čemu to vede (je vhodně motivován)					
Pacient dostává přiměřený čas na nácvik praktického úkonů					
Pacientovi je poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu					
Pokud se v učení vyskytnou obtíže (chyby, komunikační bariéry, mimořádné situace), jsou ihned rozpoznány a pacientovi je poskytnuta pomoc					
Pacientovi je poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu					
Pacient je oceňován za proces (snahu, postupy)					
Pacient je oceňován za výsledek práce					
Pacientovi je poskytována nepřetržitá zpětná vazba					
V závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení					
Při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce je spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán					
<b>Didaktické pomůcky</b>	<b>ano</b>	<b>spíše ano</b>	<b>spíše ne</b>	<b>ne</b>	<b>N</b>
Demonstrace pomůcek reflektuje individuální potřeby pacienta					
Poskytnuté edukační a informační materiály jsou efektivně využity					
<b>Komunikace a rétorika</b>	<b>ano</b>	<b>spíše ano</b>	<b>spíše ne</b>	<b>ne</b>	<b>N</b>
Pacient je povzbuzován, oceňován a podporován					
Pacient dostává pokyny, které jsou formulovány pozitivně, bez předsudků					
Pacient je podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu					
Pacient je povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech					
Pacient je povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností					
Všechny otázky pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno					
Pacient je povzbuzován k zapojení do rozhovoru					
Pacient dostává přiměřený čas na své odpovědi					
Všechny odpovědi pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno					
Informace jsou pacientovi sdělovány správnou rétorikou (v kratších větách, srozumitelně, spisovně, přiměřenou rychlost projevu, intonací, výškou hlasu, přiměřenou slovní zásobou atd.)					

(Pozn.: N znamená „nelze posoudit, neumím se vyjádřit, nehodí se“)

## Příloha č. 6: Příklad kódování rozhovoru s respondentem č. 1

„Od maturitní zkoušky pracuji na této klinice<sup>1</sup>, podstatnou část našich pacientů pak tvoří senioři, tato zkušenost je nenahraditelná<sup>2</sup>, přijďte na to, že je důležité pacienta pochopit<sup>3</sup> a vyjít mu vstříc!“<sup>4</sup>

„Edukace u pacientů v seniorském věku je časově náročnější<sup>5</sup>, myslím si, že podstatná je pro ně redukce zprostředkovaných informací.“<sup>6</sup>

„Jako členky edukačního týmu máme plnou kompetenci edukační činnost u konkrétního pacienta plánovat<sup>7</sup>, organizovat<sup>8</sup> a realizovat<sup>9</sup>.

„Při příjmu každého pacienta na oddělení proto prostudují jeho zdravotní dokumentaci<sup>10</sup> a zhodnotím jeho potenciální potřebu edukace<sup>11</sup>, další plánování edukace je otázkou našeho prvního kontaktu s pacientem.“<sup>12</sup>

„Realizace edukace se odehrává podle potřeby s dalšími kompetentními pracovníky.“<sup>13</sup>

„Máme vypracovaný metodický pokyn, podílely jsme se na něm všechny kolegyně v týmu<sup>14</sup>. Tento pokyn pak využívám pouze v případě nejistoty – vycházím z potřeb konkrétního pacienta.“<sup>15</sup>

„Klíčovým zdrojem informací o pacientovi je pro mě ošetrovatelská dokumentace, a to Posouzení pacienta, a další zdravotnická dokumentace, dále využívám rozhovor s ošetrujícím personálem a zejména pak rozhovor s pacientem.“<sup>16</sup>

„Při úvodním rozhovoru s pacientem, pak po několika větách pacienta zhodnotím<sup>17</sup>, předtím však musím mít prostudovanou zdravotní dokumentaci pacienta, hlavně osobní data, současné obtíže a osobní anamnézu, popř. mám informace od personálu či rodiny.“<sup>18</sup>

„Při edukaci seniorů upřednostňuji individuální formu edukace<sup>19</sup>, metody slovní, z toho pak vysvětlování a výklad, modelové příklady a příběh, dále ukázkou a nácvik, důležité jsou obrázky a brožury, ty i s kontaktem na mě<sup>20</sup>, lépe pak pochopí a zafixují si.“<sup>21</sup>

„Důležité je zajistit pro edukaci klid, soukromí, dostatek času, nejlépe v přítomnosti rodiny, podávat základní informace, mluvit pomalu, zřetelně, v krátkých větách, pokud možno předat edukační materiál, jako brožurku<sup>22</sup>, zapojit pak do edukace celý tým<sup>23</sup>, myslím tím hlavně soustavnost, nevnucovat mu to, co nechce.“<sup>24</sup>

„Při vlastní edukaci seniorů využívám hlavně obrázky, sama jsem si je vyrobila, důležité je pro ně předání informací v písemné podobě s kontaktem na mě, určitě zajistím klid a soukromí, pacient by měl mít, pokud potřebuje brýle atd., podle možností využívám k edukaci edukační místnost.“<sup>25</sup>

„Na konci edukace je pak důležitá zpětná vazba – konkrétní kontrolní otázka, eventuálně pak zhlédnutí provedeného výkonu.“<sup>26</sup>

„Edukace pacientů seniorů je specifická.“<sup>27</sup>



„Důležitým zdrojem informací pro práci s nimi je pro mě studium odborné literatury, zaměřených na seniory jich sice moc není, ale čtu teď jednu knížku, která se jmenuje Edukace seniorů, napsali ji Špatenková a Smékalová, není sice vyloženě zaměřená na seniora pacienta jako takového, ale věnuje se celé oblasti výchovy a vzdělávání člověka tohoto věku.“<sup>28</sup>

„Specifika zaměření edukace konzultuji s lékařem, dále spolupracuji s fyzioterapeutem, v otázce procvičování, se sestrami, také v rámci procvičování, a sanitáři, tam vlastně také.“<sup>29</sup>

„Případná konzultace s lékařem při nejasnostech či problémech, stejně tak s fyzioterapeutem, řešení problému není problém.“<sup>30</sup>

„V rámci pravidelných edukačních schůzek si v týmu referujeme své zkušenosti a problémy v praxi, tím se seznamujeme s problematikou edukace pacientů různých věkových skupin, tzn. i pacientů v seniorském věku, a tímto se vlastně vzděláváme.“<sup>31</sup>

„Ještě v rámci vysoké školy a pak absolvované specializace jsem získala znalosti a dovednosti z pedagogiky a edukace v ošetrovatelství u pacientů různých cílových skupin, seniorů nevyjímaje.“<sup>32</sup>

„Rodinu pak zapojujeme podle možností a schopností pacienta<sup>33</sup>, pokud si to pacient a rodina přeje<sup>34</sup>, pokud pacient edukaci nezvládá<sup>35</sup>, je to individuální.“<sup>36</sup>

„Provádím záznam v psané podobě o provedené edukaci do dokumentace pacienta, formulář se nazývá Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči<sup>37</sup>, po každé edukaci bych ráda, toto není reálné, v ten den<sup>38</sup>. V krátkých větách, jasně stručně a výstižně – v čem je pacient již edukován a popř. co je potřeba v současnosti procvičit<sup>39</sup>. Plán další edukace personálu již předávám ústně<sup>40</sup>. Dále existuje záznam i v elektronické podobě<sup>41</sup>, pro potřeby koordinátorky edukačních sester, kdy se provádí statistika edukací<sup>42</sup>, toto provádím na konci směny.“<sup>43</sup>

„Původní dokumentace neměla smysl, v současné době je zjednodušená dokumentace<sup>44</sup>, klasický formulář k plánování edukace Záznam o edukaci edukační sestrou již není, provádím si proto vlastní přípravu, každý den ráno ze zdravotnické dokumentace – přehled přijatých pacientů a téma jejich edukace, dále si vedu přehled průběžné edukace, zajímá mě tam domluva na čase edukace, informace o tom, co pacient již zná a umí, co je potřeba dále procvičit atd.“<sup>45</sup>

„Poprosila bych Vás pak o důležité výsledky výzkumu vztahující se k realizaci edukace pacientů v seniorském věku a také o Vámi vypracovaný návrh doporučení pro praxi a základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.“<sup>46</sup>

## Příloha č. 7: Analýza a interpretace výsledků průzkumného dotazníkového šetření

Pro přehlednost jsou výsledky seřazeny podle jednotlivých částí dotazníku (část A, část B a část C), s ohledem na stanovené výzkumné cíle.

### POLOŽKY ČÁSTI DOTAZNÍKU A

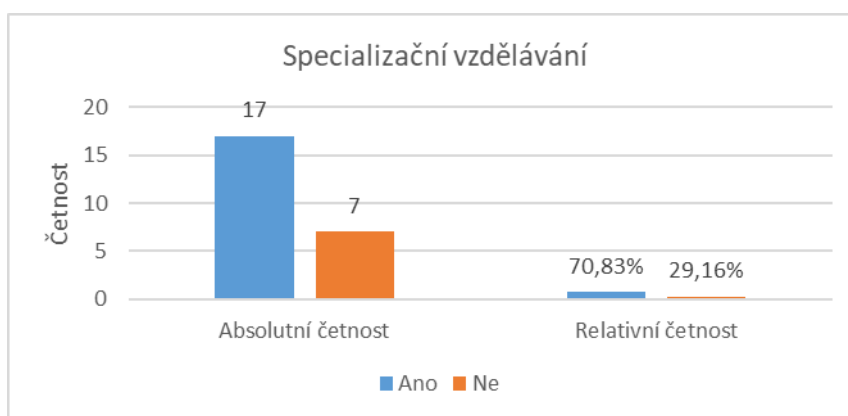
Položky v části dotazníku A (položka č. 1 až č. 6) zjišťovaly data osobního charakteru, zejména pak délku praxe, úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester, vzdělání v oblasti edukace seniorů a osobní zkušenosti s edukací seniorů mimo nemocnici. Výsledná data získaná prostřednictvím položky dotazníku č. 1 zjišťující délku sesterské praxe a položky č. 2 zaměřené na dosažené vzdělání respondentů jsme prezentovali v podkapitole empirické části práce s názvem *Charakteristika respondentů*.

### Specializační vzdělávání

Úroveň vzdělání a připravenosti edukačních sester zjišťovala polouzavřená položka v dotazníku č. 3 - *Absolvovala jste (či účastníte se) vzdělávací program specializačního vzdělávání?* V této položce měli respondenti možnost zvolit odpověď ano, (s uvedením o jaký program se jedná), odpovědi ne, či odpověď v současnosti se účastním (s uvedením o jaký program se jedná). Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Absolvování specializačního vzdělávání znázorňuje tabulka 13 a graf 8.

Specializační vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	70,83%
Ne	7	29,16%

Tabulka 13: Specializační vzdělávání (zdroj: vlastní průzkum)



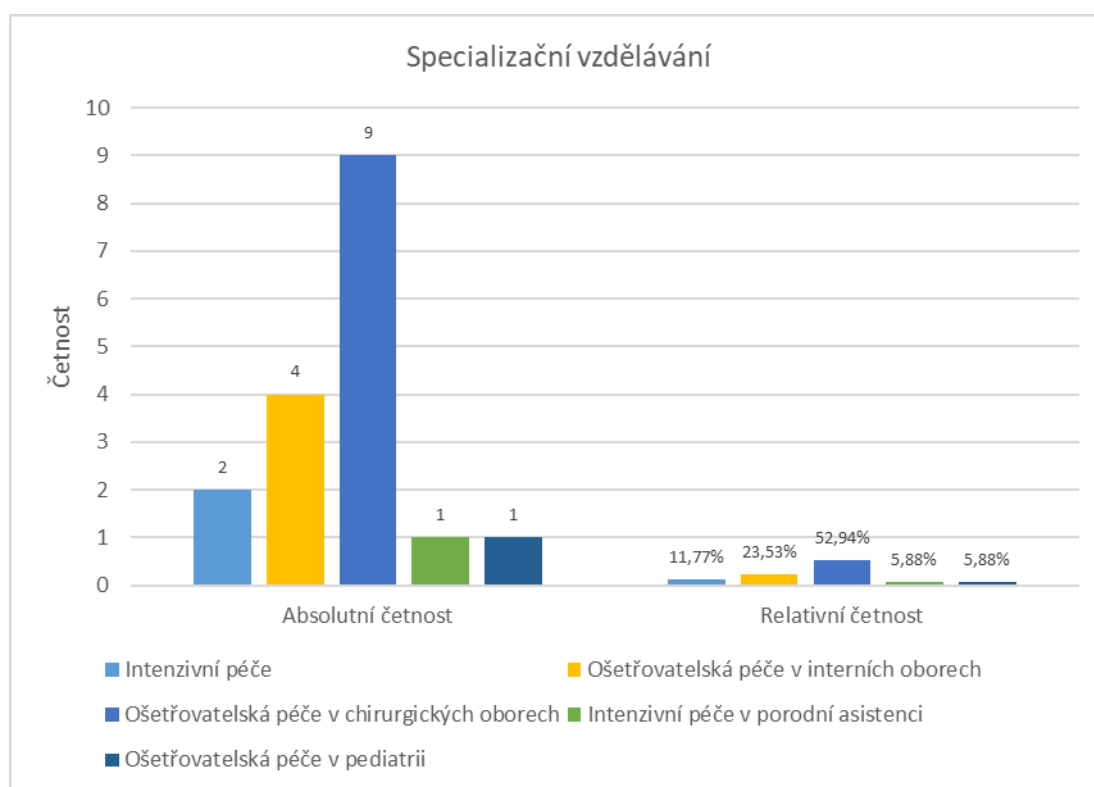
Graf 8: Specializační vzdělávání (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru mělo absolvované specializační vzdělávání 70.83% (17) respondentů, bez specializačního vzdělání tak bylo 29.16% (7) respondentů. Odpověď: v současnosti se účastním, nezvolil žádný z respondentů.

Absolvovaný vzdělávací program specializačního vzdělávání znázorňuje tabulka 14 a graf 9.

Specializační vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Intenzivní péče	2	11.77%
Ošetrovatelská péče v interních oborech	4	23.53%
Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech	9	52.94%
Intenzivní péče v porodní asistenci	1	5.88%
Ošetrovatelská péče v pediatrii	1	5.88%

Tabulka 14: Specializační vzdělávání – absolvovaný vzdělávací program (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 9: Specializační vzdělávání – absolvovaný vzdělávací program (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů s absolvovaným vzdělávacím programem specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky tvořilo 17 (100%) dotazovaných sester. Největší zastoupení měli respondenti s absolvovaným vzdělávacím programem specializačního vzdělávání Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech 52.94% (9); následovali respondenti s absolvovaným vzdělávacím programem Ošetrovatelská péče

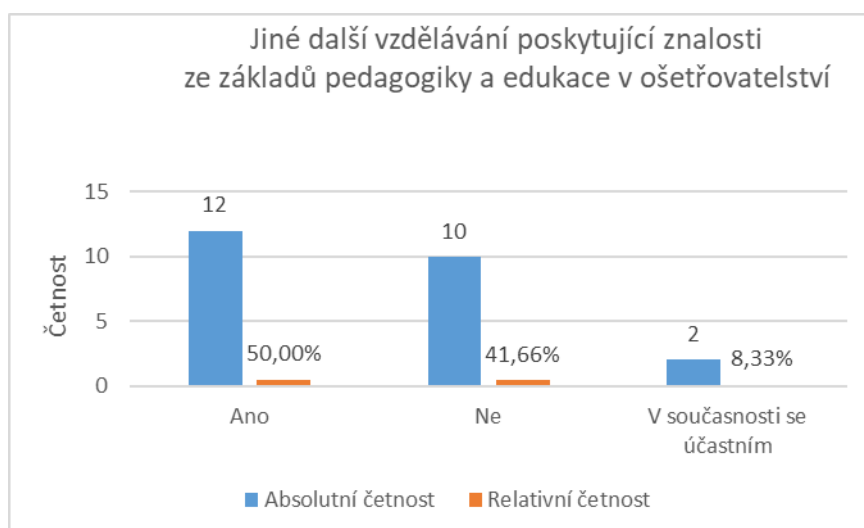
v interních oborech 23.53% (4); dále respondenti s absolvovaným vzdělávacím programem Intenzivní péče 11.77% (2); a nakonec respondenti absolvovaným vzdělávacím programem specializačního vzdělávání Intenzivní péče v porodní asistenci 5.88% (1) a Ošetrovatelská péče v pediatrii 5.88% (1).

### Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství

Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství zjišťovala polouzavřená položka v dotazníku č. 4 - *Absolvovala jste (či účastníte se) jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství?* V této položce měli respondenti možnost zvolit odpověď ano, (s uvedením o jaké vzdělávání se jedná), odpovědi ne, či odpověď v současnosti se účastním (s uvedením o jaké vzdělávání se jedná). Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Absolvování jiného dalšího vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství znázorňuje tabulka 15 a graf 10.

Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	50.00%
Ne	10	41.66%
V současnosti se účastním	2	8.33%

Tabulka 15: Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 10: Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství (zdroj: vlastní průzkum)

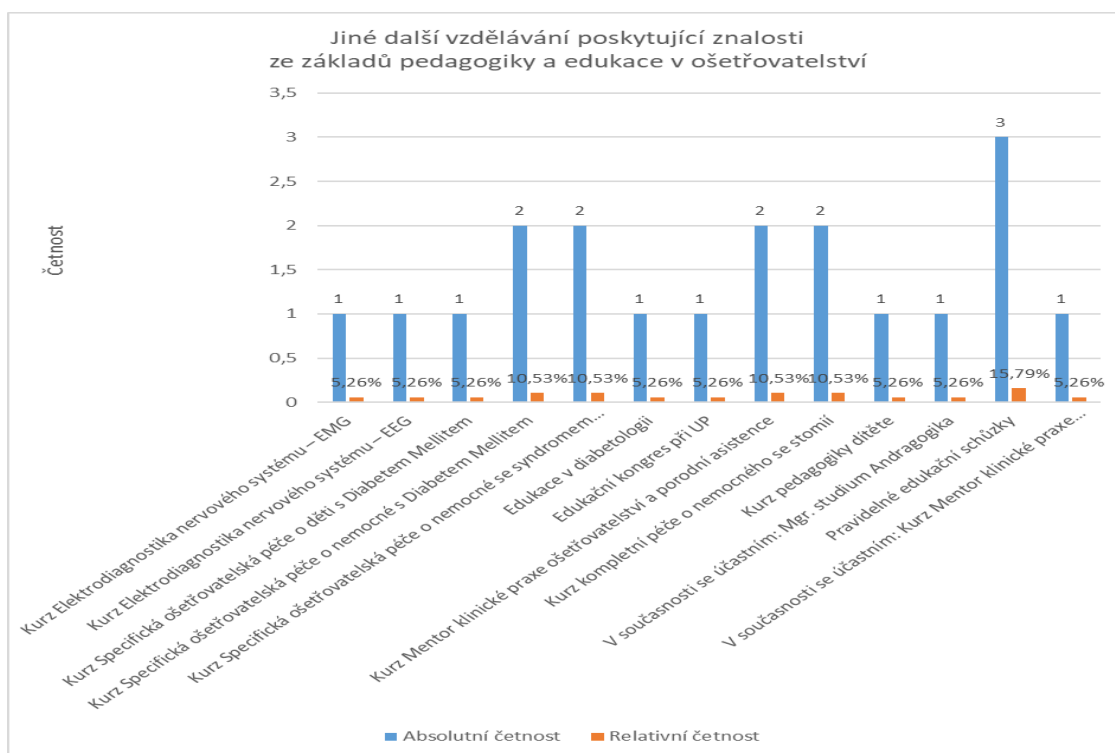
Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Ve výzkumném vzorku jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství

neudávalo 41.66% (10) respondentů, naopak toto vzdělávání absolvovalo 50.00% (12) respondentů a v současnosti se ho účastnilo 8.33% (2) respondentů.

Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství znázorňuje tabulka 16 a graf 11.

Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kurz Elektrodiagnostika nervového systému – EEG	1	5.26%
Kurz Elektrodiagnostika nervového systému – EMG	1	5.26%
Kurz Specifická ošetrovatelská péče o děti s Diabetem Mellitem	1	5.26%
Kurz Specifická ošetrovatelská péče o nemocné s Diabetem Mellitem	2	10.53%
Kurz Specifická ošetrovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy	2	10.53%
Kurz Edukace v diabetologii	1	5.26%
Kurz Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence	2	10.53%
Kurz kompletní péče o nemocného se stomií	2	10.53%
Kurz pedagogiky dítěte	1	5.26%
Edukační kongres při UP	1	5.26%
Pravidelné edukační schůzky	3	15.79%
V současnosti se účastním: Mgr. studium Andragogika	1	5.26%
V současnosti se účastním: Kurz Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence	1	5.26%

Tabulka 16: Absolvované jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 11: Absolvované jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství (zdroj: vlastní průzkum)

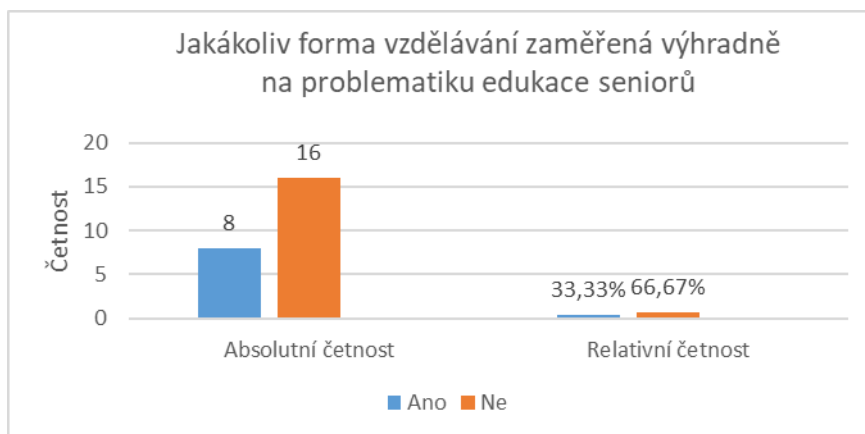
Celkový počet odpovědí (jiného dalšího vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství) byl 19 (100 %). Za nejčastější absolvované jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství respondenti udávali pravidelné edukační schůzky 15.79% (3). Dále se stejnou četností kurz Specifická ošetrovatelská péče o nemocné s Diabetem Mellitem 10.53% (2), kurz Specifická ošetrovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy 10.53% (2), kurz Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence 10.53% (2) a kurz Kompletní péče o nemocného se stomií 10.53% (2). A nakonec, taktéž se stejnou četností kurz Elektrodiagnostika nervového systému – EEG 5.26% (1), kurz Elektrodiagnostika nervového systému – EMG 5.26% (1), kurz Specifická ošetrovatelská péče o děti s Diabetem Mellitem 5.26% (1), kurz Edukace v diabetologii 5.26% (1), Edukační kongres při UP 5.26% (1) a kurz Pedagogiky dítěte 5.26% (1). Za v současnosti účastněné vzdělávání respondenti uváděli kurz Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence 5.26% (1) a Mgr. studium Andragogika 5.26% (1).

#### **Vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů**

Vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů zjišťovala otevřená položka v dotazníku č. 5 - *Pokud jste absolvovala jakoukoliv formu (přednášky, kurzy, konference) vzdělávání (organizovanou zaměstnavatelem, ČČK, Charitou apod.) zaměřenou výhradně na problematiku edukace seniorů, prosím upřesněte.* Absolvování jakékoliv formy vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů znázorňuje tabulka 17 a graf 12.

<b>Jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	8	33.33%
Ne	16	66.67%

Tabulka 17: Jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů (zdroj: vlastní průzkum)



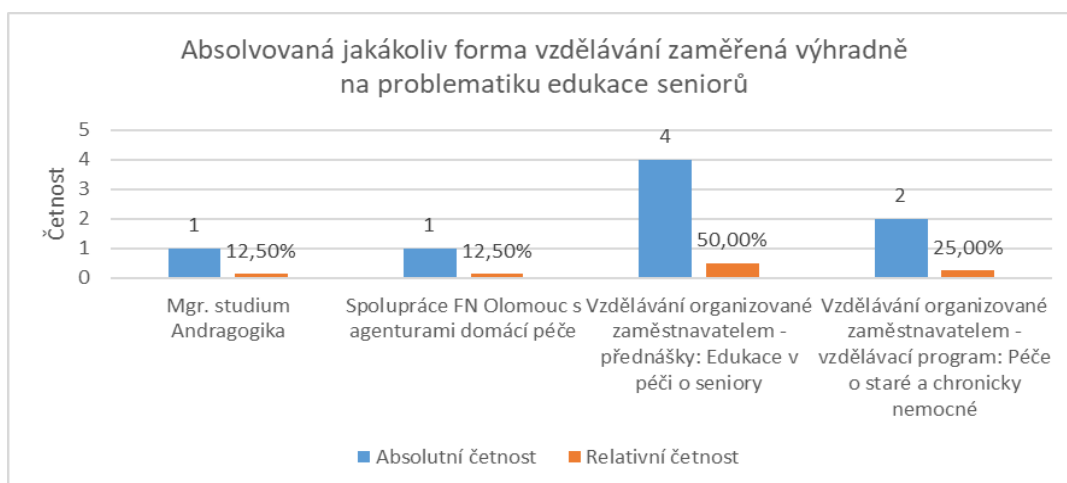
Graf 12: Jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. V tomto souboru mělo absolvovanou jakoukoliv formu vzdělávání zaměřenou výhradně na problematiku edukace seniorů 33.33% (8) respondentů, bez tohoto vzdělání pak bylo 66.67% (16) respondentů.

Vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů znázorňuje tabulka 18 a graf 13.

Absolvovaná jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mgr. studium Andragogika	1	12.50%
Spolupráce FN Olomouc s agenturami domácí péče	1	12.50%
Vzdělávání organizované zaměstnavatelem - přednášky: Edukace v péči o seniory	4	50.00%
Vzdělávání organizované zaměstnavatelem - vzdělávací program: Péče o staré a chronicky nemocné	2	25.00%

Tabulka 18: Absolvovaná jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 13: Absolvovaná jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů (zdroj: vlastní průzkum)

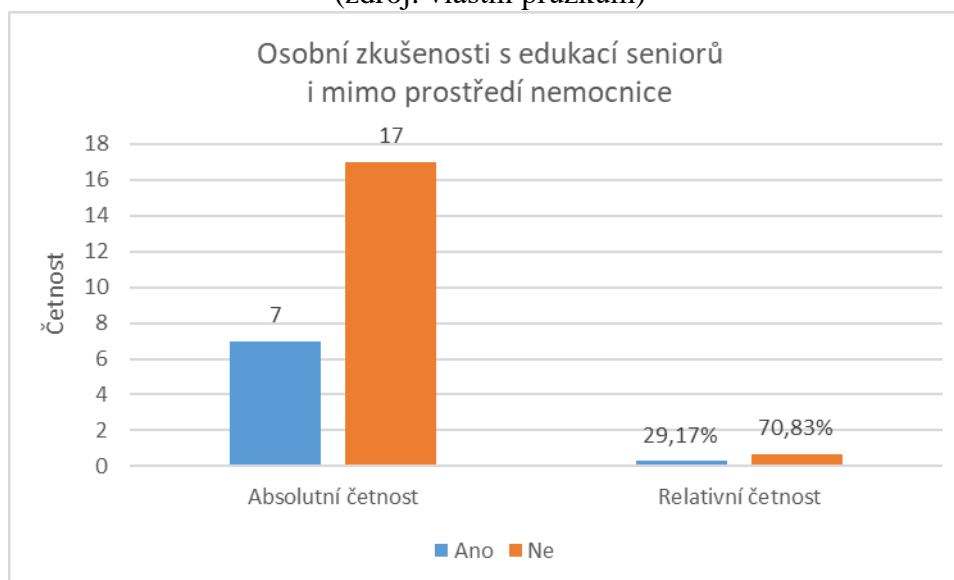
Celkový počet odpovědí (absolvované jakékoliv formy vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů) byl 8 (100 %). Za nejčastější absolvované vzdělávání zaměřené výhradně na problematiku edukace seniorů respondenti udávali vzdělávání organizované zaměstnavatelem – přednášky: Edukace v péči o seniory 50% (4), dále vzdělávání organizované zaměstnavatelem – vzdělávací program: Péče o staré a chronicky nemocné 25% (2), a nakonec shodně s 12.50% (1) Mgr. studium Andragogika a spolupráce FN Olomouc s agenturami domácí péče.

### Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice

Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice zjišťovala uzavřená položka v dotazníku č. 6 – *Máte osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z nabízených možností odpovědi: a) ano, b) ne a c) částečně. Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice znázorňuje tabulka 19 a graf 14.

Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	29.17%
Ne	17	70.83%

Tabulka 19: Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 14: Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Osobní zkušenost s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice uvedlo 29.17% (7) respondentů,

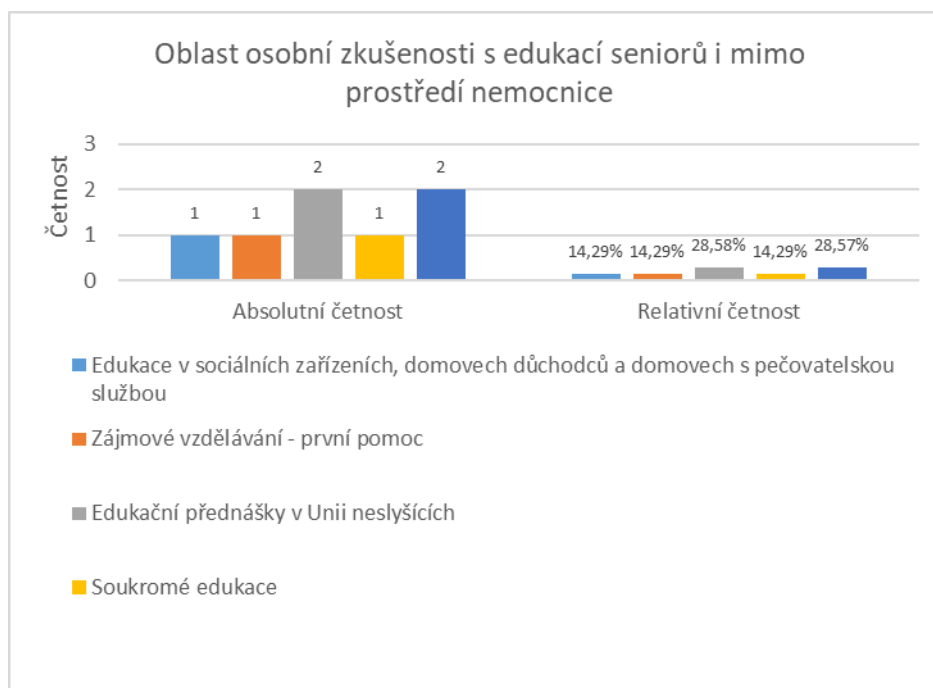


naopak tuto zkušenost neudávalo 70.83% (17). Odpověď částečně nezvolil žádný z respondentů.

Oblasti osobní zkušenosti s edukací seniorů mimo prostředí nemocnice znázorňuje tabulka 20 a graf 15.

Oblast osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Edukace v sociálních zařízeních, domovech důchodců a domovech s pečovatelskou službou	1	14.29%
Zájmové vzdělávání - první pomoc	1	14.29%
Edukační přednášky v Unii neslyšících	2	28.57%
Soukromé edukace	1	14.29%
Vzdělavatel v kurzech	2	28.57%

Tabulka 20: Oblast osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 15: Oblast osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet odpovědí (oblasti osobní zkušenosti s edukací seniorů mimo prostředí nemocnice) byl 7 (100 %). Jako nejčastější oblast osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice respondenti uváděli edukační přednášky v Unii neslyšících 28.57% (2) a vzdělavatele v kurzech 28.57% (2); dále pak edukaci v sociálních zařízeních, domovech důchodců a domovech s pečovatelskou službou 14.29% (1), zájmové vzdělávání - první pomoc 14.29% (1) a soukromé edukace 14.29% (1).

## POLOŽKY ČÁSTI DOTAZNÍKU B

Položky v části dotazníku B (položka č. 7 a 8) byly vymezeny pro skutečnosti týkající se vlastní realizace edukace pacientů v seniorském věku.

V souladu se stanovenými výzkumnými cíli položky této části dotazníku zjišťovaly zejména nejčastější oblasti/témata poskytované edukace pacientům v seniorském věku a existenci metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci.

### Nejčastější oblasti/témata edukace u pacientů v seniorském věku

Nejčastější oblasti/témata edukace u pacientů v seniorském věku zjišťovala polouzavřená položka v dotazníku č. 7 - *V jakých oblastech/tématech edukaci u pacientů v seniorském věku NEJČASTĚJI realizujete?* V této položce měli respondenti možnost zvolit předem nabízené oblasti/témata edukace pacientů v seniorském věku, ale taktéž se mohli vyjádřit v kolonce „jiné“. Struktura možných odpovědí v této položce: a) manipulace s lůžkem či signalizací; b) prevence trombembolické nemoci; c) pohybový režim; d) samostatná péče o diabetes mellitus; e) prevence pádu; f) péče o vyprazdňování stolice (např. zácpa, stomie); g) výživa; h) péče o vyprazdňování moče (např. močový katétr, inkontinence); i) pitný režim; j) péče o jiný invazivní vstup (prosím doplňte); k) sebek péče (v oblasti hygieny, výživy a oblékání); l) používání kompenzačních pomůcek (prosím doplňte); m) péče o ránu; n) jiné (prosím doplňte). Počet odpovědí byl limitován na 3.

Inspirací pro sestavování výše uvedených možných odpovědí této položky v dotazníku nám tedy byly specifika nemocnosti ve stáří<sup>703</sup>, nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů v seniorském věku<sup>704</sup> a oblasti/témata realizované edukace projektu *Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc*<sup>705</sup>.

Nejčastější oblasti/témata poskytované edukace u pacientů v seniorském věku znázorňuje tabulka 21 a graf 16.

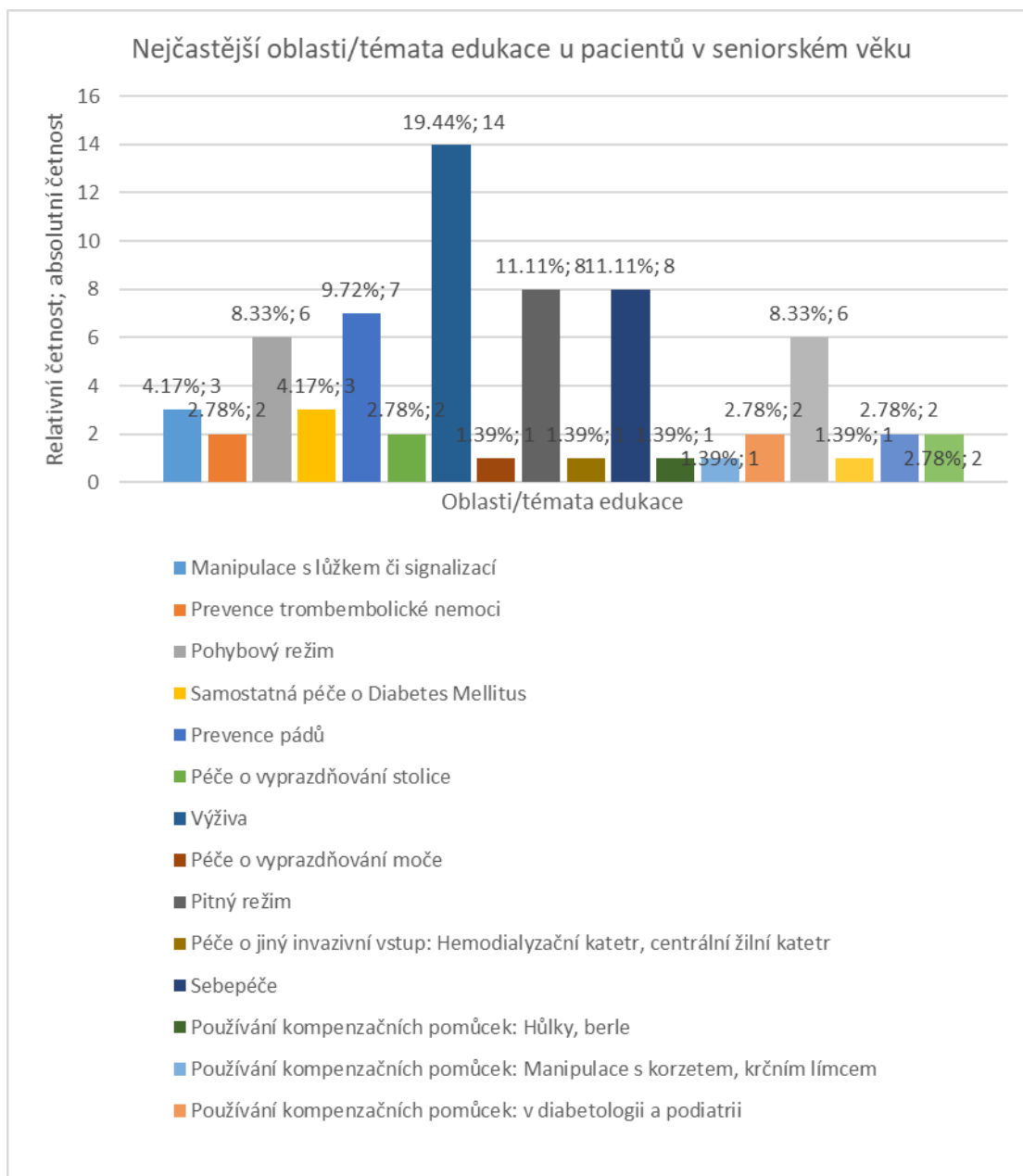
<sup>703</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří. 2.*, přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 251 - 252; PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 59 – 60; TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2010, s. 6.

<sup>704</sup> Srov. NEMÉTH, F. et al. *Geriatric a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 58; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 21 - 24.

<sup>705</sup> DROBILIČOVÁ, A. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 5, s. 236 - 237. SCHINDLEROVÁ, M., FIŠAROVÁ, S. Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 138.

<b>Nejčastější oblasti/témata edukace u pacientů v seniorském věku</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Manipulace s lůžkem či signalizací	3	4.17%
Prevence tromboembolické nemoci	2	2.78%
Pohybový režim	6	8.33%
Samostatná péče o Diabetes Mellitus	3	4.17%
Prevence pádů	7	9.72%
Péče o vyprazdňování stolice	2	2.78%
Výživa	14	19.44%
Péče o vyprazdňování moče	1	1.39%
Pitný režim	8	11.11%
Péče o jiný invazivní vstup: Hemodialyzační katetr, centrální žilní katetr	1	1.39%
Sebepéče	8	11.11%
Používání kompenzačních pomůcek: Hůlky, berle	1	1.39%
Používání kompenzačních pomůcek: Manipulace s korzetem, krčním límcem	1	1.39%
Používání kompenzačních pomůcek: v diabetologii a podiatrii	2	2.78%
Péče o ránu	6	8.33%
Jiné: Pooperační režim (omezení pohybu, péče o ránu, následná péče)	1	1.39%
Jiné: Radioterapie, brachyterapie, chemoterapie	2	2.78%
Jiné: Stomické pomůcky	2	2.78%

Tabulka 21: Nejčastější oblasti/témata edukace u pacientů v seniorském věku  
(zdroj: vlastní průzkum)



Graf 16: Nejčastější oblasti/témata edukace u pacientů v seniorském věku (zdroj: vlastní průzkum)

Z celkového počtu 72 odpovědí (100%) byla jako tři nejčastější oblasti/témata edukace pacientů v seniorském věku označena: výživa 19.44% (14), se stejnou četností pak sebepéče (v oblasti hygieny, výživy a oblékání) 11.11% (8) a pitný režim 11.11% (8).

Následovala prevence pádů 9.72% (7), se shodnou četností pak péče o ránu 8.33% (6) a pohybový režim 8.33% (6). K dalším oblastem/tématům edukace pacientů v seniorském věku respondenti uváděli manipulaci s lůžkem či signalizací 4.17% (3) a se stejnou četností i samostatnou péči o Diabetes Mellitus 4.17% (3). Poté shodně s 2.78% (2) prevenci tromboembolické nemoci, péči o vyprazdňování stolice (např. zácpa, stomie), používání

kompenzačních pomůcek: s doplněním respondentů v diabetologii a podiatrii, odpověď jiné: s doplněním respondentů radioterapie – brachyterapie – chemoterapie, a odpověď jiné: s doplněním respondentů stomické pomůcky. Mezi další oblasti/témata respondenti udávali, taktéž shodně s 1.39% (1) péči o vyprazdňování moče (např. močový katétr, inkontinence), péči o jiný invazivní vstup s doplněním respondenta: Hemodialyzační katetr a centrální žilní katetr, používání kompenzačních pomůcek: s doplněním respondenta hůlky a berle, používání kompenzačních pomůcek: s doplněním respondenta manipulace s korzetem a krčním límcem, a odpověď jiné: s doplněním respondenta pooperační režim (omezení pohybu, péče o ránu, následná péče).

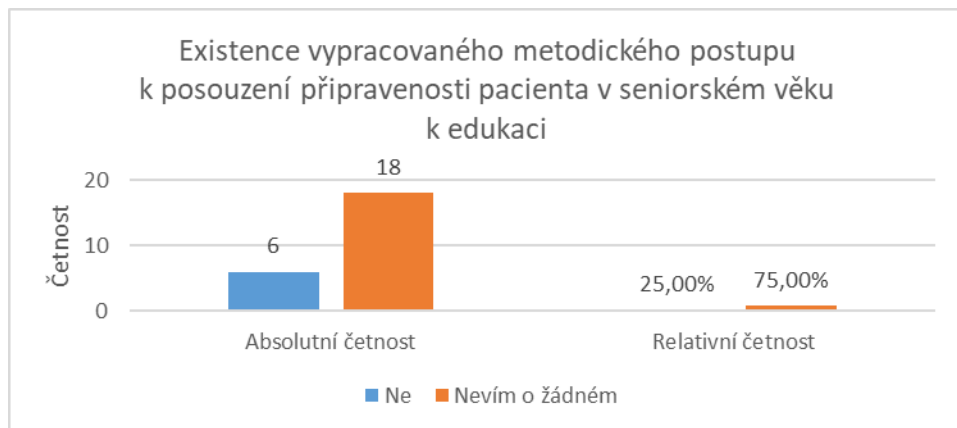
**Existence vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci, na základě kterého je možné rozhodnout, že je třeba zapojit do edukace rodinu**

Existenci vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci zjišťovala polouzavřená položka v dotazníku č. 8 - *Existuje vypracovaný metodický postup k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci, na základě kterého rozhodnete, že je třeba zapojit do edukace rodinu?* Respondenti mohli v této položce zvolit jednu ze tří nabízených možností odpovědi: a) ano (uved'te prosím jaký), b) ne, c) nevím o žádném. V případě zvolení možnosti a) byl respondent dále vyzván ke specifikaci již vypracovaného metodického postupu. Zvolením odpovědi b), či c) respondent pouze uvedl, že takovýto edukační materiál neexistuje, či o jeho existenci neví.

Zajímalo nás tedy, vychází-li sestry při posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci z vypracovaného metodického postupu (event. jakého), či se jedná z jejich strany o intuitivní počín, resp. kvalifikovaný odhad. Možnou existenci vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci znázorňuje tabulka 22 a graf 17.

<b>Existence vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ne	6	25.00%
Nevím o žádném	18	75.00%

Tabulka 22: Existence vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 17: Existence vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci (zdroj: vlastní průzkum)

Respondenti si ze tří nabízených možností odpovědi zvolili pouze možnost b) nebo c), možnost a) neuvedl žádný z nich. Celkový počet odpovědí byl 24 (100 %). Z toho 25 % (6) respondentů uvedlo, že neexistuje vypracovaný metodický postup k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci, čemuž odpovídá možnost b) ne. Touto skutečností si však není jistých 75% (18 %) respondentů.

## POLOŽKY ČÁSTI DOTAZNÍKU C

Část dotazníku C byla zaměřena na námi sledované proměnné, obsahovala jednak položky zjišťující úroveň znalostí respondentů (položka č. 9 až 22) v problematice edukace seniorů vůbec (problematika stárnutí a stáří, zdraví a nemoc ve stáří, potřeby ve stáří, specifika edukace seniorů vč. pacientů v seniorském věku), ale také položky zjišťující postoje edukačních sester k edukaci seniorů (položka č. 23). Získaná data této části dotazníku vyhodnocujeme v následujícím textu.

Správné odpovědi položek zjišťujících úroveň znalostí respondentů vychází z teoretické části disertační práce a porovnání s literaturou proběhlo během analýzy odpovědí, některé z nich budou podrobněji zpracovány a interpretovány.

### Nejdůležitější kritérium v období stáří

Kalendářní věk nevyovídá o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka, odvíjí se od dosažení určitého věku jedince, tedy ode dne narození. Jedná se ale o obecné měřítko, které mohou někteří jedinci podstatně přesahovat.<sup>706</sup> Důležitější než kalendářní věk je věk funkční, který odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu jedince (věk skutečný).

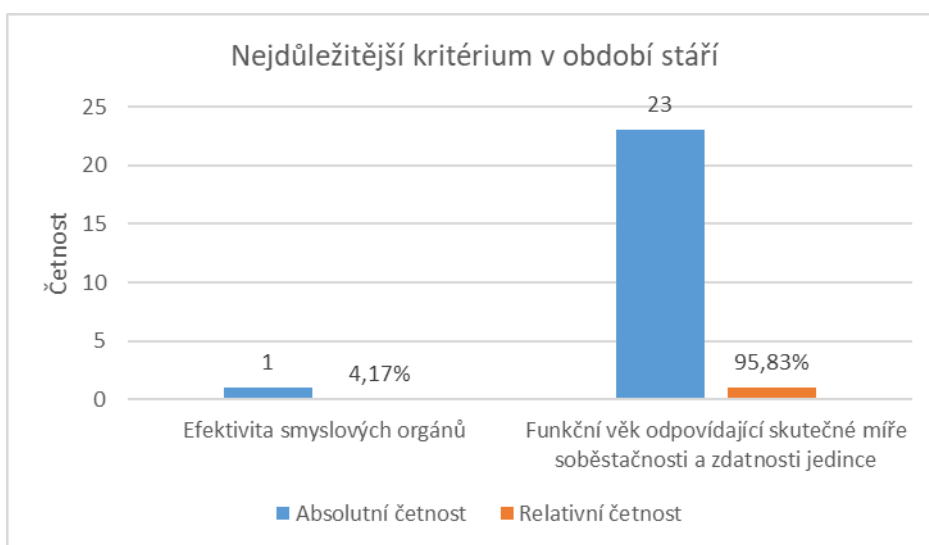
<sup>706</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 19.

Funkční věk je tak nejdůležitějším kritériem v období stáří.<sup>707</sup> Efektivita smyslových orgánů resp. jeho pokles je pak jeden z mnoha tělesných změn související s procesem stárnutí. Status důchodce je sice nejvýraznější sociální změnou ve stáří, nicméně jedinci shodného kalendářního věku se navzájem výrazně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti.<sup>708</sup>

Úroveň znalostí respondentů v problematice stárnutí a stáří zjišťovala uzavřená položka č. 9 - *Nejdůležitějším kritériem v období stáří je?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti nabízených možností odpovědi: a) kalendářní věk; b) funkční věk odpovídající skutečné míře soběstačnosti a zdatnosti jedince; c) efektivita smyslových orgánů; d) status důchodce; e) nevím. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 23 a graf 18.

Nejdůležitější kritérium v období stáří	Absolutní četnost	Relativní četnost
Efektivita smyslových orgánů	1	4.17%
Funkční věk odpovídající skutečné míře soběstačnosti a zdatnosti jedince	23	95.83%

Tabulka 23: Nejdůležitější kritérium v období stáří (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 18: Nejdůležitější kritérium v období stáří (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 95.83% (23) respondentů zvolilo správnou odpověď b) funkční věk odpovídající skutečné míře soběstačnosti a zdatnosti jedince. 4,17 % (1) respondentů zvolilo odpověď c) efektivita smyslových orgánů. Odpověď a), d) a e) nezvolil žádný z respondentů.

<sup>707</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 22.

<sup>708</sup> BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 22 – 23.

### Promítání procesu stárnutí na paměť

Paměť stárnoucích lidí podléhá zásadním změnám. Starý člověk již nedokáže spolehlivě vštěpovat a opětovně si vybavovat informace. Vštěpování paměťového materiálu je ve stáří vlivem procesu fyziologického stárnutí přirozeně pomalejší, a také méně spolehlivé. S věkem se tak zhoršuje paměť krátkodobá. Naopak se nehorší a může být dokonce zlepšena paměť dlouhodobá. U paměti stárnoucích lidí jsou však patrné značné rozdíly.<sup>709</sup>

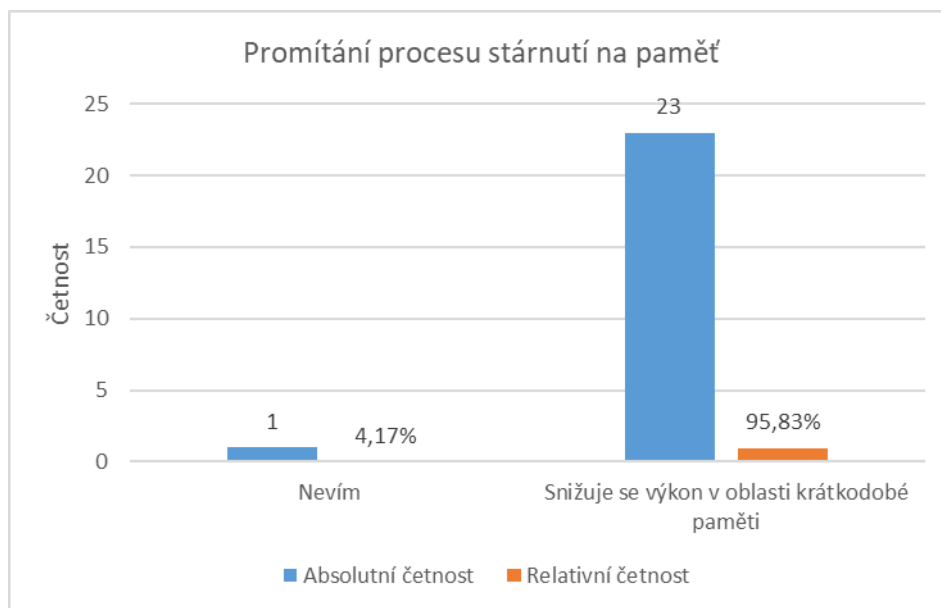
Úroveň znalostí respondentů v problematice stárnutí a stáří zjišťovala uzavřená položka č. v dotazníku č. 10 - *Jakým způsobem se promítá proces stárnutí na paměť?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti nabízených možností odpovědi: a) v paměti stárnoucích lidí nejsou patrné značné rozdíly; b) snižuje se výkon v oblasti krátkodobé paměti; c) je zachována pouze schopnost spolehlivého vštěpování informací; d) stárnoucí lidé již nejsou schopni se něco nového naučit; e) nevím. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 24 a graf 19.

<b>Promítání procesu stárnutí na paměť</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Nevím	1	4.17%
Snižuje se výkon v oblasti krátkodobé paměti	23	95.83%

Tabulka 24: Promítání procesu stárnutí na paměť (zdroj: vlastní průzkum)

<sup>709</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 28 - 30; ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 135 - 140; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 51 - 54; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 96; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 25 - 26; STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. Vydání. Praha: Portál, 1999, s. 87 - 88; VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 315, s. 18; HOFFMEISTER, F., MÜLLER, C. (eds.) *Brain Function in Old Age : Evaluation of Changes and Disorders. (Bayer-Symposium VII. held at Grosse Ledder, Germany, Oct. 18-22, 1978.)* Berlin: Springer-Verlag, 1979, s. 505; CROPLEY, A. J. *Lifelong Education: A Psychological Analysis*. 1. vyd. Hamburg: UNESCO Institut for Education, 1978, s. 82 - 84; PAPALIA, D. E., WENDKOS OLDS, S. *Human Development*. 5. vyd. New York: McGraw - Hill, Inc., 1992, s. 479 - 481.





Graf 19: Promítání procesu stárnutí na paměť (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 95.83% (23) respondentů zvolilo správnou odpověď b) snižuje se výkon v oblasti krátkodobé paměti. 4,17 % (1) respondentů zvolilo odpověď e) nevím. Odpověď a), c) a d) nezvolil žádný z respondentů.

### **Promítání procesu stárnutí do intelektové výkonnosti**

Fluidní inteligence (vrozená - důvtip, bystrost) reprezentuje schopnost se rychle učit a reagovat na nové situace. Krystalická inteligence (zkušenost - životní moudrost) představuje schopnost jedince řešit úkoly na základě jeho znalostí, zkušeností a dovedností získaných celoživotním vzděláváním. Vrcholí v období raného stáří, takže se nemění a do jisté míry tak kompenzuje neodvratný pokles inteligence fluidní.<sup>710</sup>

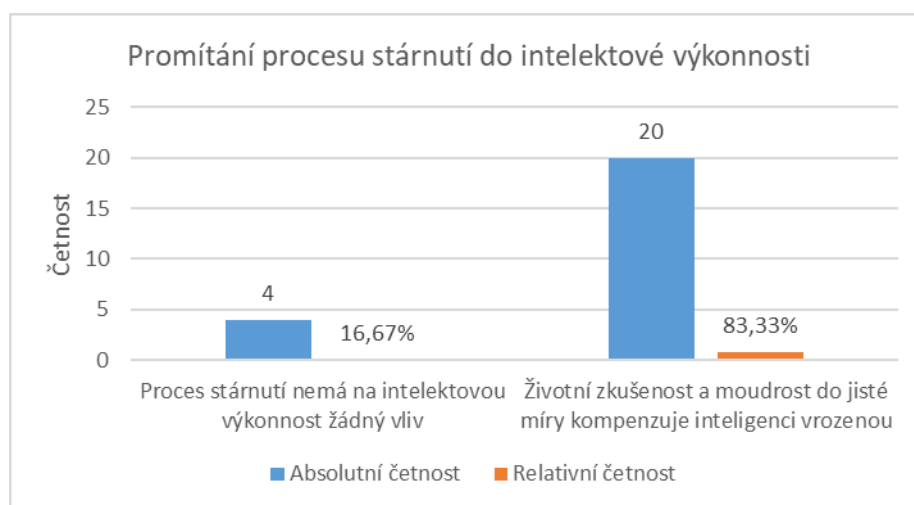
Úroveň znalostí respondentů v problematice stárnutí a stáří zjišťovala uzavřená položka č. v dotazníku č. 11 - *Jakým způsobem se promítá proces stárnutí do intelektové výkonnosti?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti nabízených možností

<sup>710</sup> Srov. BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, s. 28 - 30; ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 135 - 140; HATÁR, C. *Geragogika: vybrané kapitoly z teorie a metodiky edukace seniorov*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2014, s. 51 - 54; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 96; MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 25 - 26; STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. Vydání. Praha: Portál, 1999, s. 87 - 88; VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 315, s. 18; HOFFMEISTER, F., MÜLLER, C. (eds.) *Brain Function in Old Age : Evaluation of Changes and Disorders. (Bayer-Symposium VII. held at Grosse Ledder, Germany, Oct. 18-22, 1978.)* Berlin: Springer-Verlag, 1979, s. 505; CROPLEY, A. J. *Lifelong Education: A Psychological Analysis*. 1. vyd. Hamburg: UNESCO Institut for Education, 1978, s. 82 - 84; PAPALIA, D. E., WENDKOS OLDS, S. *Human Development*. 5. vyd. New York: McGraw - Hill, Inc., 1992, s. 479 - 481.

odpovědi: a) proces stárnutí nemá na intelektovou výkonnost žádný vliv; b) vrozená inteligence se s přibývajícím věkem zlepšuje; c) životní zkušenost a moudrost do jisté míry kompenzuje inteligenci vrozenou; d) stárnoucí lidé již nejsou schopni se něco nového naučit; e) nevím. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 25 a graf 20.

Promítání procesu stárnutí do intelektové výkonnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Proces stárnutí nemá na intelektovou výkonnost žádný vliv	4	16.67%
Životní zkušenost a moudrost do jisté míry kompenzuje inteligenci vrozenou	20	83.33%

Tabulka 25: Promítání procesu stárnutí do intelektové výkonnosti (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 20: Promítání procesu stárnutí do intelektové výkonnosti (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 83.33% (20) respondentů zvolilo správnou odpověď c) životní zkušenost a moudrost do jisté míry kompenzuje inteligenci vrozenou. 16,67 % (4) respondentů zvolilo odpověď a) proces stárnutí nemá na intelektovou výkonnost žádný vliv. Odpověď b), d) a e) nezvolil žádný z respondentů.

### **Největší zátěž pro seniora z psychosociálního aspektu**

V souvislosti s procesem stárnutí organismu a tělesnými změnami může postupně ubývat samostatnost jedince a narůstat tak závislost na pomoci druhého člověka. Ztráta soběstačnosti a růst závislosti na pomoci druhých tedy tyto jedince z psychosociálního aspektu zatěžuje nejvíce.<sup>711</sup>

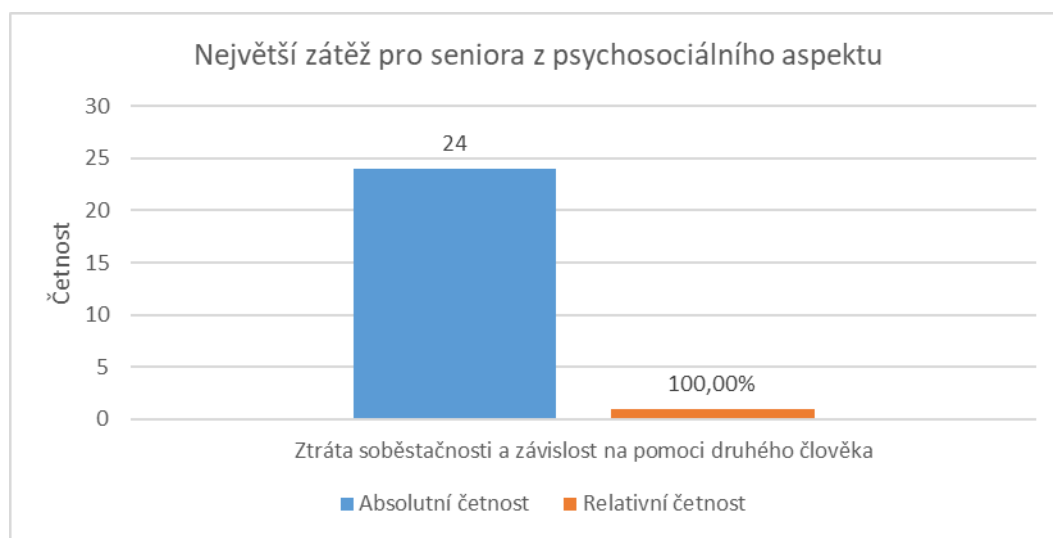
Úroveň znalostí respondentů v problematice stárnutí a stáří zjišťovala uzavřená položka č. v dotazníku č. 12 – *Co představuje z psychosociálního aspektu pro seniora největší*

<sup>711</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004, s. 9 - 20.

*zátěž?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti nabízených možností odpovědi: a) nadbytek volného času v souvislosti s penzionováním; b) ekonomická situace; c) změna bydlení; d) ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhého člověka; e) nevím. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 26 a graf 21.

Největší zátěž pro seniora z psychosociálního aspektu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhého člověka	24	100.00%

Tabulka 26: Největší zátěž pro seniora z psychosociálního aspektu (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 21: Největší zátěž pro seniora z psychosociálního aspektu (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 100.00% (24) respondentů zvolilo správnou odpověď d) ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhého člověka. Odpověď a), b), c) a e) nezvolil žádný z respondentů.

### **Psychosociální potřeby ve stáří**

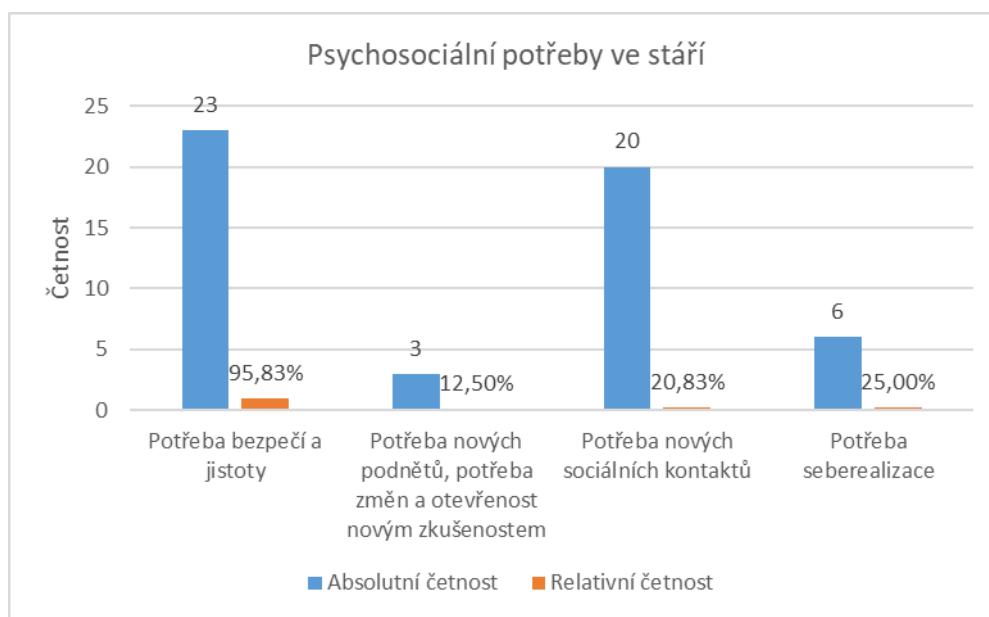
Ve stáří dochází ke změnám v hierarchii lidských potřeb. Do popředí se tak dostává pocit jistoty a bezpečí, a to ve smyslu toho fyzického a psychického, ale i dostatečného ekonomického zabezpečení. Potřeba podnětů, potřeba změn a otevřenost novým zkušenostem bývá ve stáří snížena. I potřeba sociálního kontaktu bývá pozměněna. Staří lidé sice potřebují dostatek sociálních podnětů, ale na druhé straně i své soukromí právě proto, aby nebyli vystaveni zátěži přílišné stimulace. Stejně tak potřeba seberealizace postupně ubývá na důležitosti či se mění, s ohledem na aktuální možnosti konkrétní situace, způsob jejího uspokojování.<sup>712</sup>

<sup>712</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007, s. 344 – 347.

Úroveň znalostí respondentů v oblasti lidských potřeb ve stáří zjišťovala uzavřená položka č. v dotazníku č. 13 – *Z psychosociálních potřeb se ve stáří do popředí dostávají zejména?* V této položce měli respondenti možnost volit z pěti nabízených možností odpovědi: a) potřeba bezpečí a jistoty; b) potřeba nových podnětů, potřeba změn a otevřenost novým zkušenostem; c) potřeba nových sociálních kontaktů; d) potřeba seberealizace; e) nevím. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 27 a graf 22.

Psychosociální potřeby ve stáří	Absolutní četnost	Relativní četnost
Potřeba bezpečí a jistoty	23	95.83%
Potřeba nových podnětů, potřeba změn a otevřenost novým zkušenostem	3	12.50%
Potřeba nových sociálních kontaktů	5	20.83%
Potřeba seberealizace	6	25.00%

Tabulka 27: Psychosociální potřeby ve stáří (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 22: Psychosociální potřeby ve stáří (zdroj: vlastní průzkum)

Z psychosociálních potřeb ve stáří se podle našich respondentů dostávají do popředí zejména potřeba bezpečí a jistoty, tedy odpověď a), kterou označilo 95,83% (23) z nich. Ve druhém pořadí pak potřeba seberealizace, odpověď d), kterou uvedlo 25,00% (6) respondentů. Následuje potřeba nových sociálních kontaktů, možnost c), ke které se přiklonilo 20,83% (5) respondentů. V poslední řadě potřeba nových podnětů, potřeba změn a otevřenost novým zkušenostem, tedy odpověď b), již volilo 12,50% (3) respondentů. Odpověď e) nevím, nezvolil žádný z respondentů.

Z psychosociálních potřeb ve stáří se do popředí dostávají především potřeba bezpečí a jistoty. Tady korespondují odpovědi respondentů v našem průzkumu s odbornou literaturou.

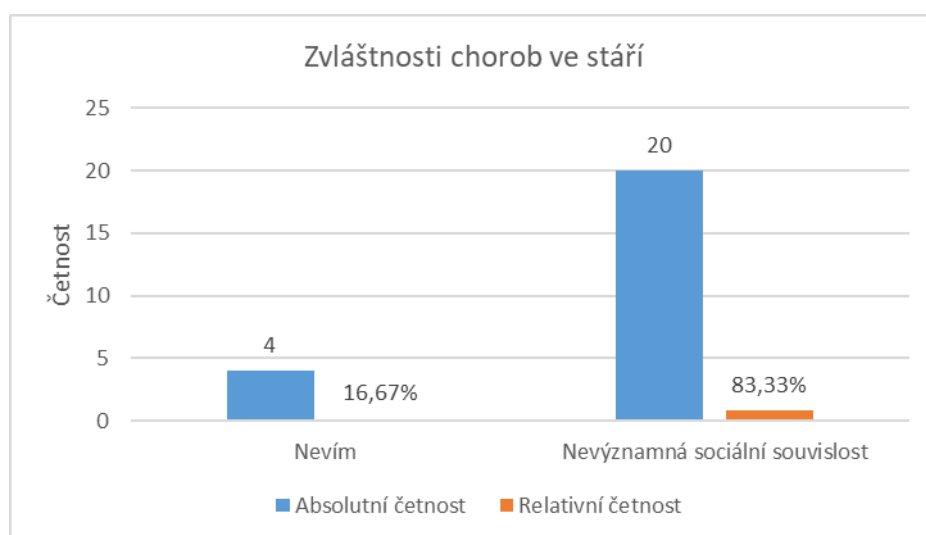
### **Zvláštnosti chorob ve stáří**

V každém věku jsou příčiny způsobující onemocnění shodné, rozdílný je však terén, na kterém onemocnění působí, jeho odlišnost je daná především procesem stárnutí. Jednotlivé tělesné systémy a orgány ve stáří tak reagují na vyvolávající příčinu onemocnění jiným způsobem.<sup>713</sup>

Úroveň znalostí respondentů v problematice zdraví a nemoci ve stáří zjišťovala uzavřená položka v dotazníku č. 14 – *Mezi zvláštnosti chorob ve stáří NEPATŘÍ?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti nabízených možností odpovědi: a) multimorbidita (polymorbidita); b) změna spektra chorob; c) změna klinického obrazu a průběhu choroby; d) nevýznamná sociální souvislost; e) nevím. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 28 a graf 23.

<b>Zvláštnosti chorob ve stáří</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Nevím	4	16,67%
Nevýznamná sociální souvislost	20	83,33%

Tabulka 28: Zvláštnosti chorob ve stáří (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 23: Zvláštnosti chorob ve stáří (zdroj: vlastní průzkum)

<sup>713</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přepracované vydání. Praha: Brain team, 2010, s. 250; NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 24 - 25; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2013, s. 42 - 43, TOPINKOVÁ, E. *Geriatríe pro praxi*. Praha: Galén, 2010, s. 5.

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 83.33% (20) respondentů zvolilo správnou odpověď d) nevýznamná sociální souvislost. Odpověď e) nevím označilo 16.67% (4) respondentů. Odpověď a), b) a c) nezvolil žádný z respondentů.

### **Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří**

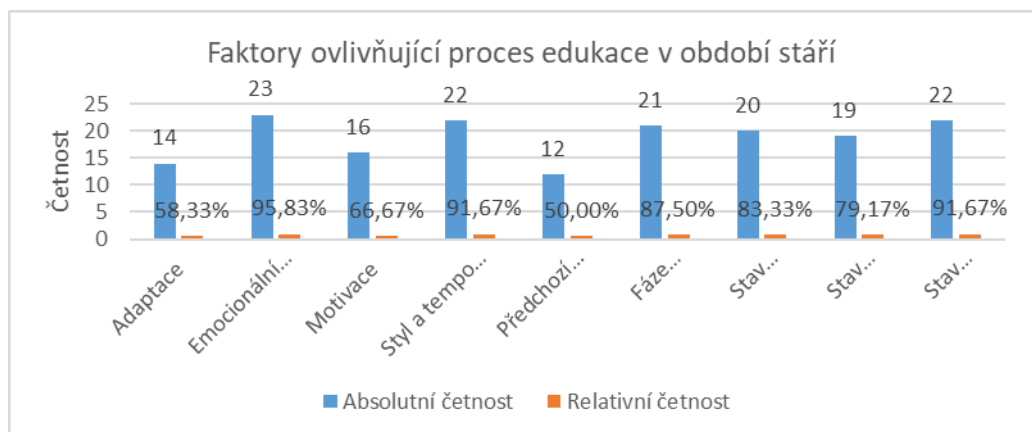
Proces edukace v období stáří ovlivňuje řada faktorů, tyto je třeba znát a respektovat je.<sup>714</sup>

Úroveň znalostí respondentů v problematice zvláštností edukace seniorů vč. pacientů v seniorském věku zjišťovala uzavřená položka č. v dotazníku č. 15 – *Které z níže uvedených faktorů ovlivňují proces edukace v období stáří?* V této položce měli respondenti možnost volit z devíti nabízených možností odpovědi: a) adaptace; b) emocionální a psychický stav; c) motivace; d) styl a tempo učení; e) předchozí zkušenosti; f) fáze onemocnění; g) stav motorických funkcí; h) stav senzorických funkcí; i) stav kognitivních funkcí. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 29 a graf 24.

<b>Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Adaptace	14	58.33%
Emocionální a psychický stav	23	95.83%
Motivace	16	66.67%
Styl a tempo učení	22	91.67%
Předchozí zkušenosti	12	50.00%
Fáze onemocnění	21	87.50%
Stav motorických funkcí	20	83.33%
Stav senzorických funkcí	19	79.17%
Stav kognitivních funkcí	22	91.67%

Tabulka 29: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří (zdroj: vlastní průzkum)

<sup>714</sup> Srov. BASTABLE, S. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice, Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003, s. 146; BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 7.



Graf 24: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří (zdroj: vlastní průzkum)

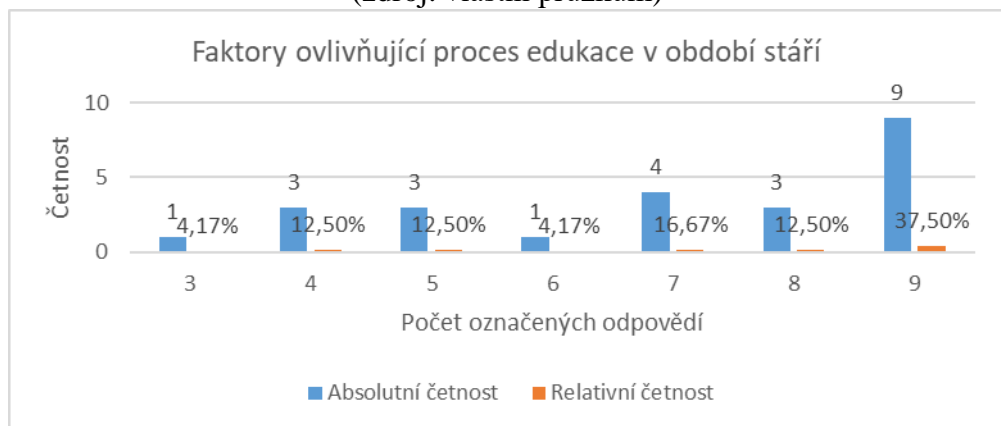
Za faktory ovlivňující proces edukace v období stáří byly respondenty zvoleny emocionální a psychický stav, který označilo 95.83% (23) respondentů. Následoval se shodnou četností styl a tempo učení 91.67% (22) a stav kognitivních funkcí 91.67% (22). V dalším pořadí pak fáze onemocnění, kterou zvolilo 87.50% (21) respondentů a stav motorických funkcí, ke kterému se přiklonilo 83.33% (20) respondentů. Stav sensorických funkcí byl označen 79.17% (19) respondentů, motivace pak 66.67% (16) respondentů a adaptace 58.33% (14) respondentů. Za faktor ovlivňující proces edukace v období stáří byly v poslední v řadě označeny předchozí zkušenosti, ke kterým se přiklonilo pouze 50.00% (12) respondentů.

### Počet označených odpovědí

Počet označených odpovědí znázorňuje tabulka 30 a graf 25.

Počet odpovědí	3	4	5	6	7	8	9
<b>Absolutní četnost</b>	1	3	3	1	4	3	9
<b>Relativní četnost</b>	4.17%	12.50%	12.50%	4.17%	16.67%	12.50%	37.50%

Tabulka 30: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří - počet označených odpovědí (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 25: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří - počet označených odpovědí (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z hlediska počtu označených faktorů ovlivňujících proces edukace v období stáří 37.50 % (9) respondentů v odpovědích označilo všechny nabízené možnosti (faktory ovlivňující proces edukace v období stáří. Sedm nabízených možností pak volilo 16.67% (4) respondentů. Se shodnou četností zvolilo osm možných odpovědí 12.50% (3), pět možných odpovědí 12.50% (3) a čtyři možné odpovědi 12.50% (3) respondentů. 4.17 % (1) respondentů zmiňuje šest možných odpovědí a 4.17 % (1) respondentů pouze tři možné odpovědi.

### **Uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů**

K předpokladům úspěšného edukačního procesu patří i respektování didaktických zásad, které usnadňující průběh učení seniorů a zefektivňují jeho výsledky.<sup>715</sup>

Uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů zjišťovala položka v dotazníku č. 16 - *Využíváte nějaké didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů? Pokud ano, jaké?* V případě kladné odpovědi byli respondenti požádáni k doplnění konkrétní informace "jaké". Otázka byla koncipovaná jako otevřená s možností uvést neomezené množství uplatňovaných didaktických zásad.

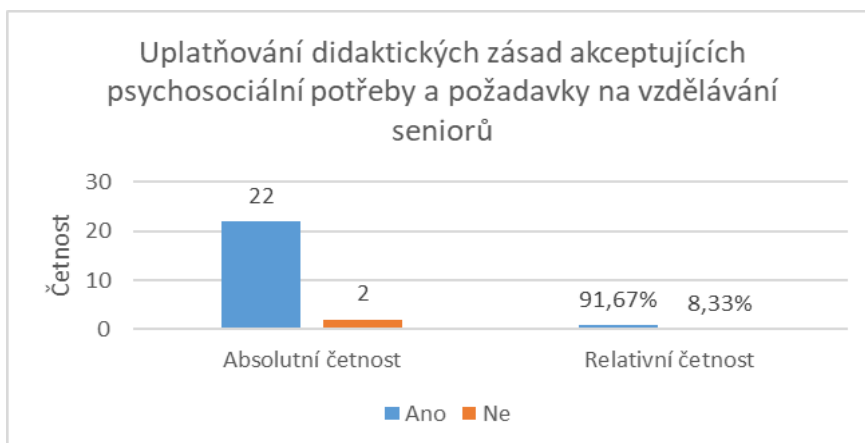
Zajímalo nás tedy, zdali sestry uplatňují při edukačním procesu v rámci ošetrovatelské péče didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na edukaci seniorů, jestliže ano, tak jaké. Možné uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů znázorňuje tabulka 31 a graf 26.

<b>Uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	22	91.67%
Ne	2	8.33%

Tabulka 31: Uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů (zdroj: vlastní průzkum)

<sup>715</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika.* Praha: Grada Publishing, 2015, s. 147.





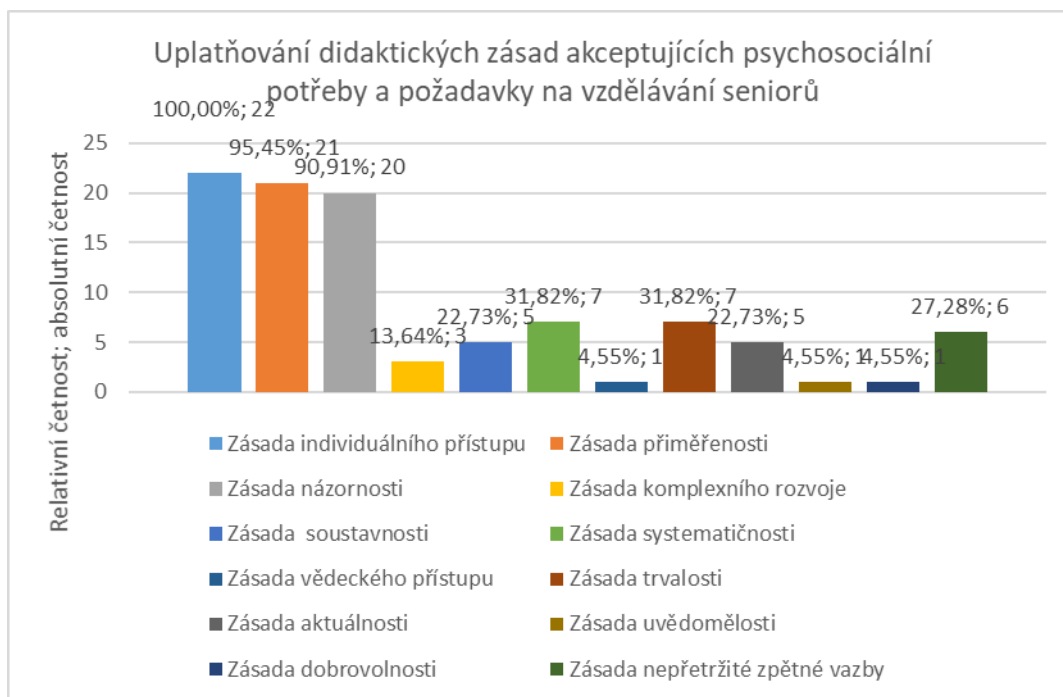
Graf 26: Uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 91,67 % (22) respondentů odpovědělo ano, při edukačním procesu v rámci ošetrovatelské péče didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů využívají. Naopak 8,33 % (2) respondentů zvolilo odpověď ne.

Uplatňování konkrétních didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů respondenty znázorňuje tabulka 32 a graf 27.

Uplatňování konkrétních didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásada individuálního přístupu	22	100.00%
Zásada přiměřenosti	21	95.45%
Zásada názornosti	20	90.91%
Zásada komplexního rozvoje	3	13.64%
Zásada soustavnosti	5	22.73%
Zásada systematičnosti	7	31.82%
Zásada vědeckého přístupu	1	4.55%
Zásada trvalosti	7	31.82%
Zásada aktuálnosti	5	22.73%
Zásada uvědomělosti	1	4.55%
Zásada dobrovolnosti	1	4.55%
Zásada nepřetržité zpětné vazby	6	27.28%

Tabulka 32: Uplatňování konkrétních didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů (zdroj: vlastní průzkum)



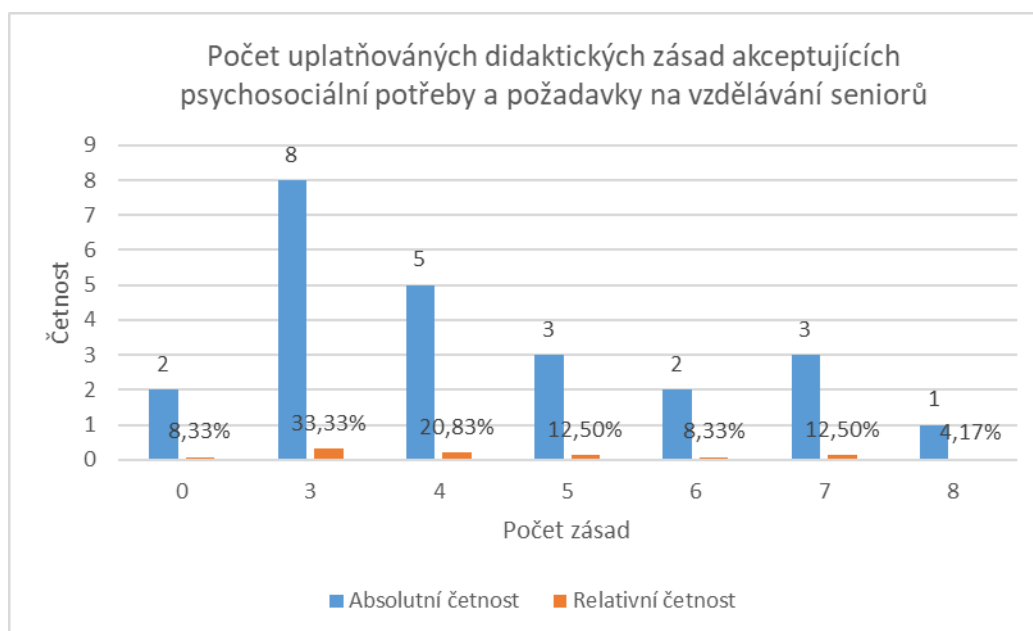
Graf 27: Uplatňování konkrétních didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů (zdroj: vlastní průzkum)

Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do dvanácti kategorií (didaktických zásad). Nejčastěji uplatňovanou zásadou byla zásada individuálního přístupu, kterou zmínilo všech 100% (22) kladně odpovídajících respondentů. Druhou nejpočetněji uplatňovanou zásadou byla zásada přiměřenosti, kterou uvedlo 95,45% (21) respondentů. Zásadu názornosti pak zmínilo 90,91% (20) dotazovaných. Dále se shodnou četností 31,82% (7) respondenti uvedli zásadu systematickosti a zásadu trvalosti. 27,28% (6) respondentů zmínili zásadu nepřetržité zpětné vazby a 22,73% (5) respondentů zásadu soustavnosti a zásadu aktuálnosti. 13,64% (3) respondentů uplatňují při edukaci seniorů zásadu komplexního rozvoje a 4,55% (1) respondentů pak zásadu vědeckého přístupu, zásadu uvědomělosti a zásadu dobrovolnosti.

Počet uplatňovaných didaktických zásad znázorňuje tabulka 33 a graf 28.

Počet uplatňovaných didaktických zásad	0	3	4	5	6	7	8
Absolutní četnost	2	8	5	3	2	3	1
Relativní četnost	8.33%	33.33%	20.83%	12.50%	8.33%	12.50%	4.17%

Tabulka 33: Počet uplatňovaných didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 28: Počet uplatňovaných didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z hlediska počtu uplatňovaných didaktických zásad 8,33 % (2) respondentů žádnou z didaktických zásad při edukačním procesu u pacientů v seniorském věku neuplatňují. 33,33 % (8) respondentů v odpovědích uvádí shodně tři jimi uplatňované výše uvedené didaktické zásady. Čtyři didaktické zásady pak uplatňují 20,83 % (5) respondentů. S celkem pěti a sedmi zásadami pracuje při edukaci pacientů v seniorském věku 12,50 % (3) respondentů. 8,33 % (2) respondentů zmiňuje šest a pouze 4,17 % (1) respondentů osm jimi uplatňovaných didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na edukaci seniorů.

### **Pojem geragogika (gerontagogika)**

Geragogika (gerontagogika) je pedagogická disciplína zabývající se edukací (výchovou a vzděláváním) seniorů.<sup>716</sup>

Úroveň znalostí respondentů v problematice edukace seniorů vůbec zjišťovala otevřená položka č. 17 – *Vysvětlete prosím, čím se zabývá geragogika (gerontagogika)?*

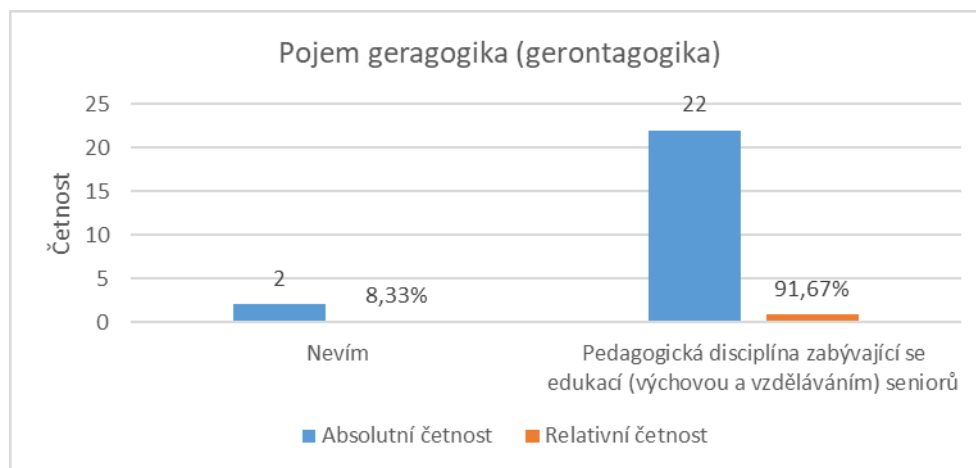
V této položce měli respondenti volně vyjádřit svoje znalosti.

Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 34 a graf 29.

<sup>716</sup> PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 117 - 118.

Pojem geragogika (gerontagogika)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevím	2	8.33%
Pedagogická disciplína zabývající se edukací (výchovou a vzděláváním) seniorů	22	91.67%

Tabulka 34: Pojem geragogika (gerontagogika)  
(zdroj: vlastní průzkum)



Graf 29: Pojem geragogika (gerontagogika)  
(zdroj: vlastní průzkum)

Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do 2 kategorií. Z celkového počtu 24 (100%) respondentů uvedlo 91.67% (22) správnou definici geragogiky (gerontagogiky) a 8.33% (2) respondentů uvedlo odpověď neví.

### **Cíl edukace pacienta v seniorském věku**

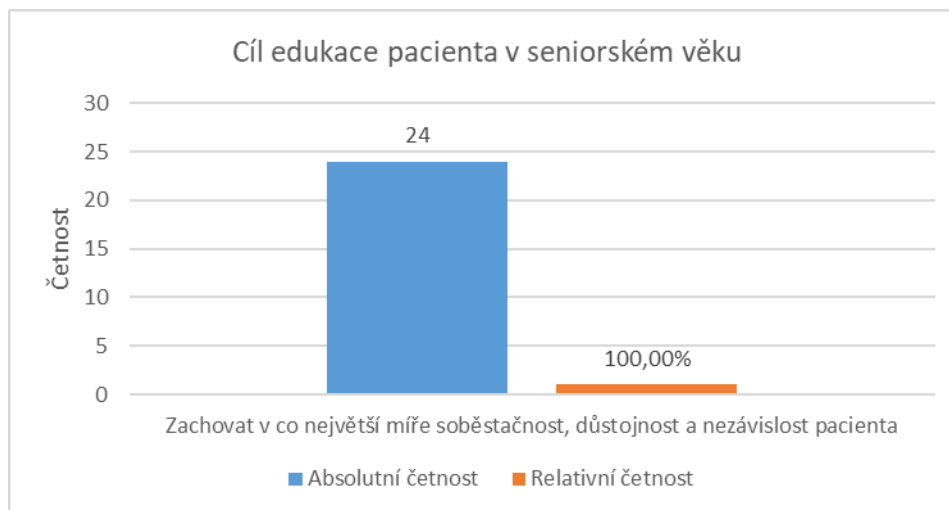
Cílem edukace pacienta v seniorském věku je zejména zachovat v co největší míře jeho soběstačnost, důstojnost a nezávislost.<sup>717</sup>

Úroveň znalostí respondentů v problematice zvláštností edukace pacientů v seniorském věku zjišťovala uzavřená položka v dotazníku č. 18 – *Cílem edukace pacienta v seniorském věku je zejména?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti nabízených možností odpovědi: a) navrácení zdraví; b) obnova soběstačnosti; c) zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta; d) léčba akutních stavů a návrat do domácího prostředí; e) neví. Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 35 a graf 30.

<sup>717</sup> Srov. MILLER, C. A. *Nursing care of older adults: theory and practice*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1995, s. 49; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, s. 67; NEMÉTH, F. et al. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009, s. 74; POLEDNÍKOVÁ, L. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2013, s. 53; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 81.

Cíl edukace pacienta v seniorském věku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta	24	100.00%

Tabulka 35: Cíl edukace pacienta v seniorském věku (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 30: Cíl edukace pacienta v seniorském věku (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 100.00% (24) respondentů zvolilo správnou odpověď c) zachovat v co největší míře soběstačnost, důstojnost a nezávislost pacienta. Odpověď a), b), d) a e) nezvolil žádný z respondentů.

### **První fáze edukačního procesu**

Podle Juřeníkové<sup>718</sup> je důležité v první fázi edukačního procesu pro jeho úspěšnost provést pečlivou pedagogickou diagnostiku.

Úroveň znalostí respondentů v problematice zvláštností edukace pacientů v seniorském věku zjišťovala uzavřená položka v dotazníku č. 19 – *V první fázi edukačního procesu je pro jeho úspěšnost důležité provést?*

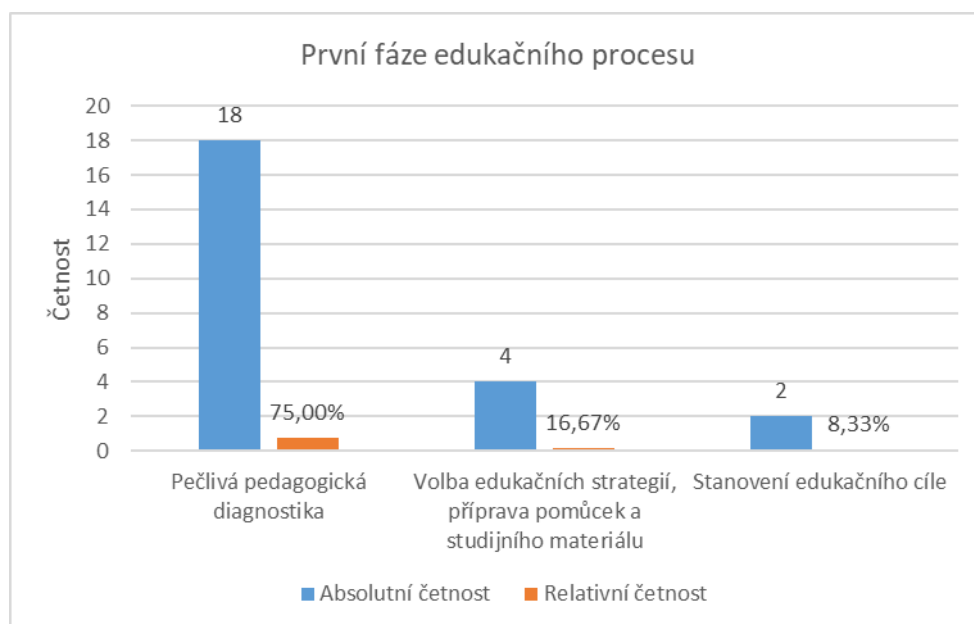
V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z pěti nabízených možností odpovědi: a) pečlivou pedagogickou diagnostiku; b) stanovení edukačního cíle; c) volbu edukačních strategií, přípravu pomůcek a studijního materiálu; d) sestavit edukační plán v písemné podobě; e) nevím.

Označení daných odpovědí respondenty znázorňuje tabulka 36 a graf 31.

<sup>718</sup> JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21 – 22.

První fáze edukačního procesu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pečlivá pedagogická diagnostika	18	75.00%
Volba edukačních strategií, příprava pomůcek a studijního materiálu	4	16.67%
Stanovení edukačního cíle	2	8.33%

Tabulka 36: První fáze edukačního procesu (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 31: První fáze edukačního procesu (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z tohoto souboru 75.00% (18) respondentů zvolilo správnou odpověď a) pečlivou pedagogickou diagnostiku. Odpověď c) volbu edukačních strategií, přípravu pomůcek a studijního materiálu označilo 16.67% (4) respondentů a odpověď b) stanovení edukačního cíle 8.33% (2) respondentů. Odpověď d) a e) nezvolil žádný z respondentů.

### **Nejčastější místo realizace edukace pacienta**

Vhodným místem pro realizaci edukace je místo klidné, bez hluku, s optimálním osvětlením a teplotou, přiměřeným prostorem a zajištěnou intimitou.<sup>719</sup>

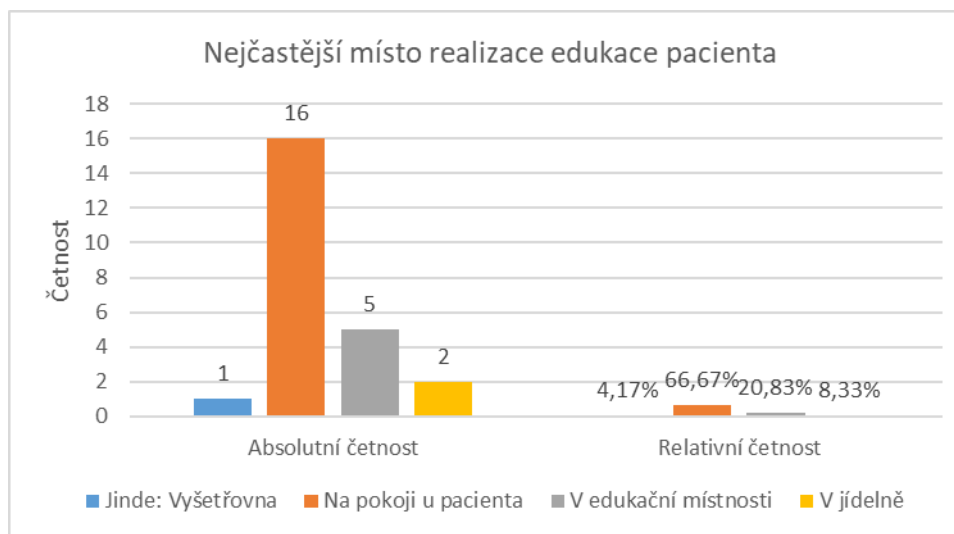
Nejčastější místo realizace edukace pacienta zjišťovala polouzavřená položka v dotazníku č. 20 - *Edukaci pacienta nejčastěji realizujete?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu z předem nabízených čtyř možností odpovědi: a) v edukační místnosti,

<sup>719</sup> Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 10; KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, s. 34; KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010, s. 34; MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009, s. 51; ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005, s. 86.

b) na pokoji pacienta, c) v jídelně a d) jinde (prosím doplňte). Nejčastější místo realizace edukace pacienta znázorňuje tabulka 37 a graf 32.

Nejčastější místo realizace edukace pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na pokoji u pacienta	16	66.67%
V edukační místnosti	5	20.83%
V jídelně	2	8.33%
Jinde: Vyšetřovna	1	4.17%

Tabulka 37: Nejčastější místo realizace edukace pacienta (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 32: Nejčastější místo realizace edukace pacienta (zdroj: vlastní průzkum)

Z odpovědí respondentů vyplývá, že nejčastějším místem, kde je edukace pacienta realizována, je jeho pokoj. V porovnání s ostatními možnostmi tuto variantu zvolilo 66.67% (16) respondentů. Edukační místnost pak uvedlo 20.83% (5) respondentů a jídelnu 8.33% (2) respondentů. Pouze v jednom případě 4,17% (1) byla zvolena čtvrtá možnost volně se vyjádřit, v tomto případě byla zmíněna vyšetřovna.

### **Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku**

Podle postavení a postojů v práci a vztahu k pacientům pak rozlišujeme několik typů sester.

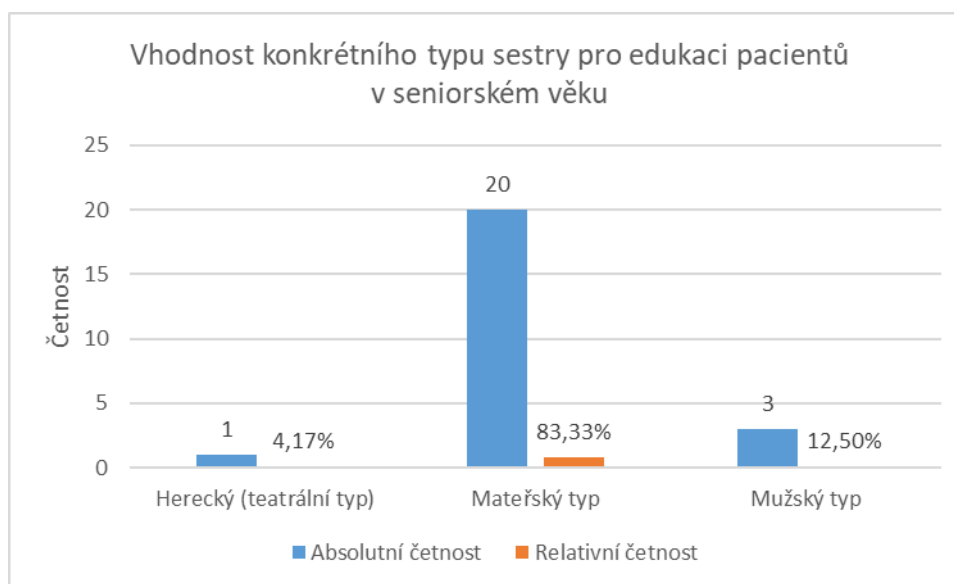
Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku zjišťovala uzavřená položka č. 21 - *Jaký typ sestry je podle Vašeho mínění vhodný pro edukaci pacientů v seniorském věku?* V této položce měli respondenti možnost zvolit jednu ze čtyř nabízených

možností odpovědi: a) rutinní typ<sup>720</sup>, b) herecký (teatrální) typ<sup>721</sup>, c) mužský typ<sup>722</sup> a d) mateřský typ<sup>723, 724</sup>.

Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku znázorňuje tabulka 38 a graf 33.

Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Herecký (teatrální) typ	1	4.17%
Mateřský typ	20	83.33%
Mužský typ	3	12.50%

Tabulka 38: Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 33: Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku (zdroj: vlastní průzkum)

Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Mateřský typ označilo 83,33% (20) respondentek, ke vhodnosti mužského typu sestry se přiklonilo 12% (3) respondentů. Herecký (teatrální) typ zvolilo 4,17% (1) respondentů, rutinní typ nezvolil žádný z nich.

<sup>720</sup> Je sestra přesná, konkrétní, věcná, přísná, chybí jí lidský pohled. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>721</sup> Sestra, která vystupuje důležitě, její projevy jsou přehnaně emocionální, snaží se udělat dojem, získat přízeň, uznání. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>722</sup> Je sestra energická, rozhodná, sebevědomá, důsledná, dobrá organizátorka s racionálním myšlením, vůdčí typ, může být vedoucí pracovníci, školitelkou, bývá také despotickejší, agresivní. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>723</sup> Sestra, která je milá, přátelská, ochotná, chápající, ne vždy dodržuje správné postupy. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 68.

<sup>724</sup> ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 63 – 69.



## **Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod**

Pro edukaci seniorů je důležitý výběr takových edukačních metod, které respektují odlišnosti seniorů jako účastníků edukačního procesu.<sup>725</sup> Je proto klíčové, aby vzdělavatelé uměli zvolit pro edukaci seniorů vhodnou metodu a v neposlední řadě při jejich užití dodržovali určité zásady či pravidla respektující specifika této věkové kategorie (tzv. didaktické zásady).<sup>726</sup>

Zhodnocením přínosu uvedených edukačních metod se zabývala polouzavřená položka v dotazníku č. 22 - *Která z těchto metod má podle Vás pro pacienta v seniorském věku největší přínos a z jakého důvodu?* V této položce měli respondenti možnost označit předem nabízené odpovědi: a) slovní – výklad, vysvětlování, rozhovor apod., b) písemná – edukační materiály, c) praktická ukázka, d) nácvik). Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Současně s označením konkrétní odpovědi, byli respondenti požádáni o uvedení důvodu přínosu konkrétní metody pro edukaci pacienta v seniorském věku.

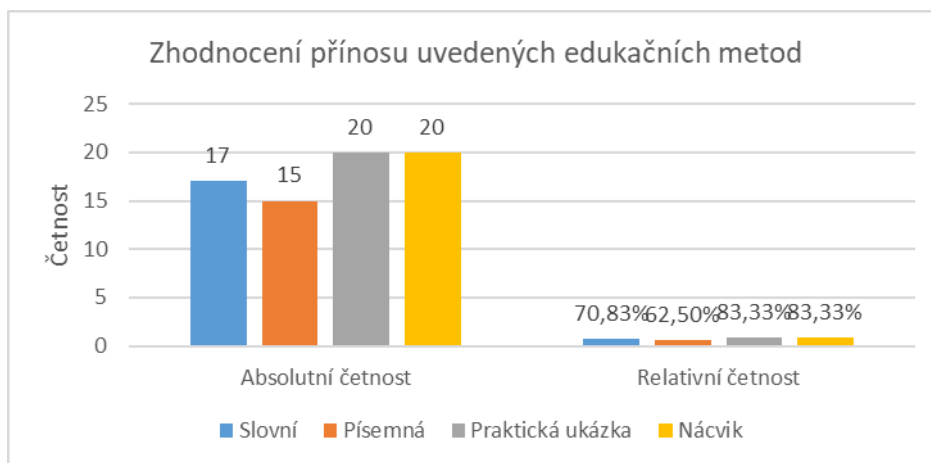
Zajímalo nás tedy, která z metod má podle respondentů pro pacienta v seniorském věku největší přínos a z jakého důvodu. Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod znázorňuje tabulka 39 a graf 34.

<b>Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Slovní	17	70.83%
Písemná	15	62.50%
Praktická ukázka	20	83.33%
Nácvik	20	83.33%

Tabulka 39: Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod (zdroj: vlastní průzkum)

<sup>725</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 70.

<sup>726</sup> ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 125.



Graf 34: Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod (zdroj: vlastní průzkum)

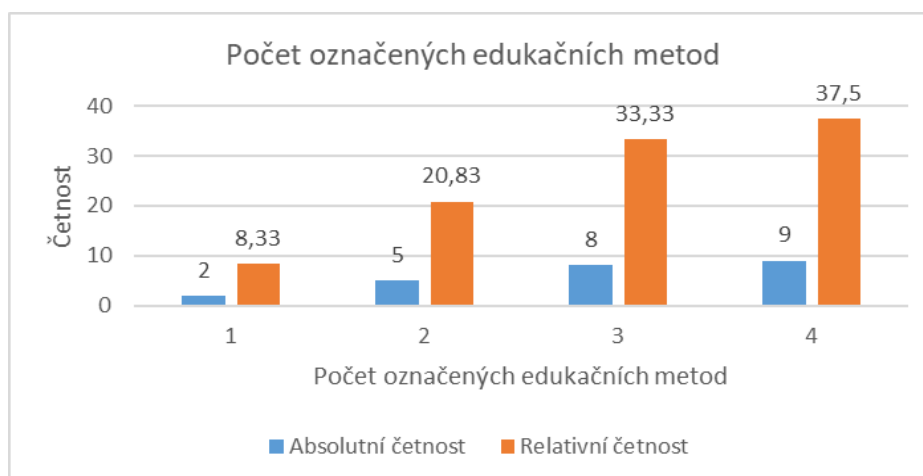
Za metodu s největším přínosem pro edukaci pacienta v seniorském věku byla respondenty zvolena praktická ukázka, kterou označilo 83,33% (20) respondentů, a se shodnou četností i metoda návčik 83,33% (20). Ve druhém pořadí pak metoda slovní (výklad, vysvětlování, rozhovor apod.), kterou uvedlo 70,83% (17) respondentů a poslední v řadě pak metoda písemná (edukační materiály), ke které se přiklonilo 62,50% (15) respondentů.

### Počet označených edukačních metod

Počet označených edukačních metod znázorňuje tabulka 40 a graf 35.

Počet označených edukačních metod	1	2	3	4
<b>Absolutní četnost</b>	2	5	8	9
<b>Relativní četnost</b>	8,33%	20,83%	33,33%	37,5%

Tabulka 40: Počet označených edukačních metod (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 35: Počet označených edukačních metod (zdroj: vlastní průzkum)

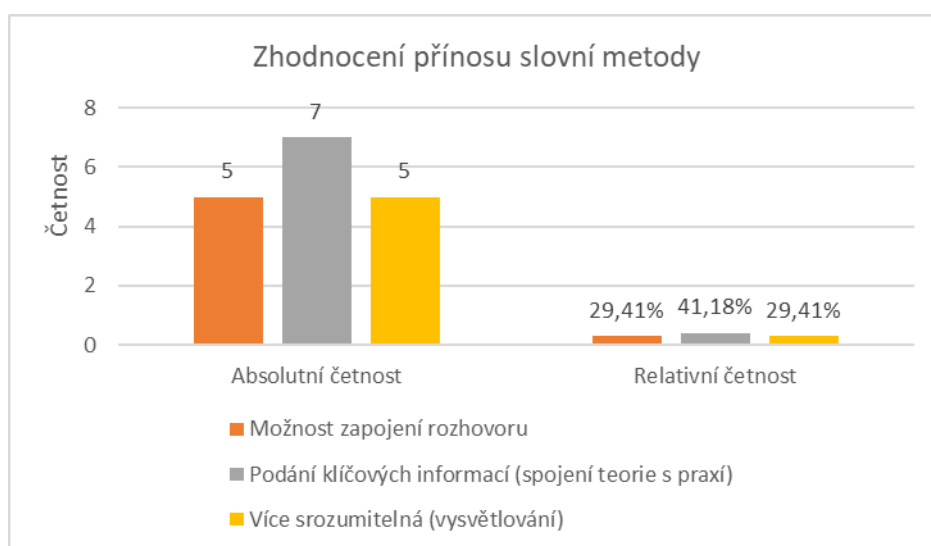
Soubor respondentů tvořilo 24 (100%) dotazovaných sester. Z hlediska počtu označených edukačních metod 37,5 % (9) respondentů ve svých odpovědích zvolilo všechny čtyři edukační metody. Tři edukační metody současně pak uvedlo 33,33 % (8) respondentů. K celkem dvěma metodám se přiklonilo 20,83 % (5) respondentů a pouze k jedné metodě pak 8,33 % (2) respondentů.

### Zhodnocení přínosu slovní metody (výklad, vysvětlování, rozhovor apod.)

Zhodnocení přínosu slovní metody (výklad, vysvětlování, rozhovor apod.) znázorňuje tabulka 41 a graf 36.

Zhodnocení přínosu slovní metody	Absolutní četnost	Relativní četnost
Možnost zapojení do rozhovoru	5	29.41%
Podání klíčových informací (spojení teorie s praxí)	7	41.18%
Více srozumitelná (vysvětlování)	5	29.41%

Tabulka 41: Zhodnocení přínosu slovní metody (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 36: Zhodnocení přínosu slovní metody (zdroj: vlastní průzkum)

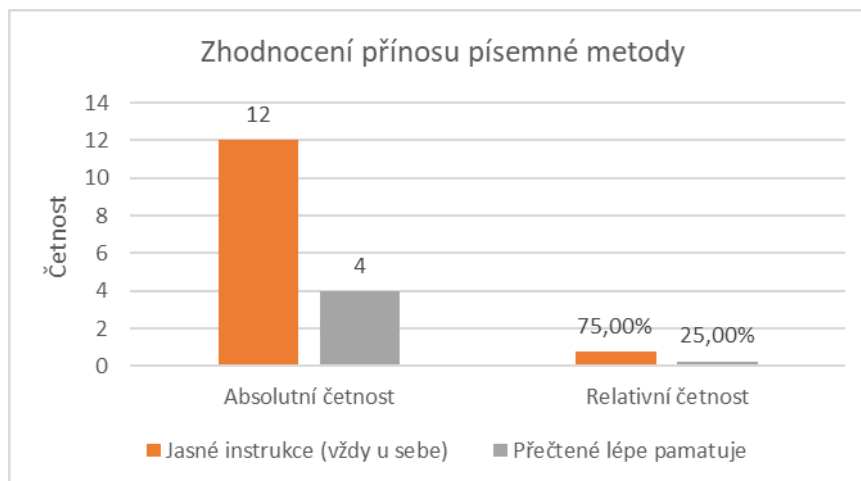
Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do třech kategorií. Z celkového počtu 17 (100%) respondentů uvedlo 41.18% (7) jako největší přínos slovní metody podání klíčových informací (spojení teorie s praxí), 29.41% (5) vidí přínos této metody v možnosti zapojení pacienta do rozhovoru a 29.41% (5) ji zmínilo jako pro pacienta více srozumitelnou (vysvětlování).

### Zhodnocení přínosu písemné metody (edukační materiály)

Zhodnocení přínosu písemné metody (edukační materiály) znázorňuje tabulka 42 a graf 37.

Zhodnocení přínosu písemné metody	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jasně instrukce (vždy u sebe)	12	80.00%
Přečtené lépe pamatuje	3	20.00%

Tabulka 42: Zhodnocení přínosu písemné metody (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 37: Zhodnocení přínosu písemné metody (zdroj: vlastní průzkum)

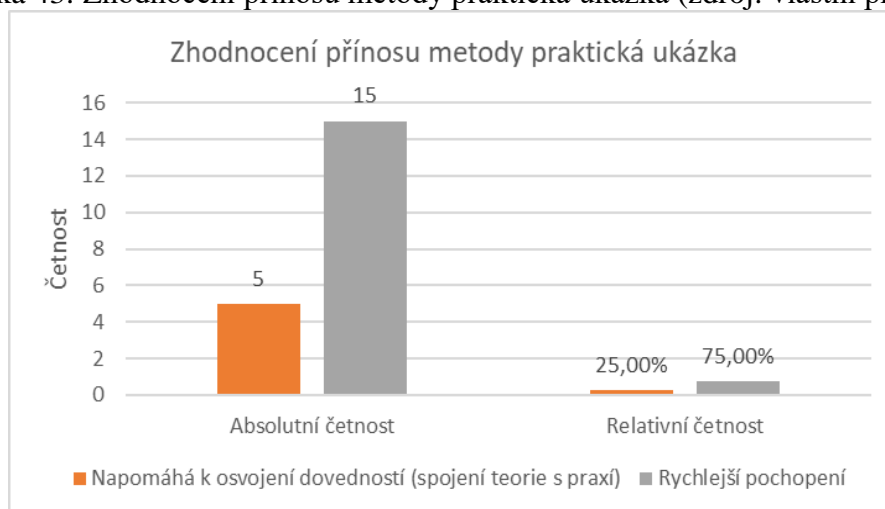
Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do dvou kategorií. Z celkového počtu 15 (100%) respondentů uvedlo 80.00% (12) jako největší přínos písemné metody jasné instrukce (vždy u sebe) a 20% (3) respondentů uvedlo, že přečtené si pacient lépe pamatuje.

### Zhodnocení přínosu metody praktická ukázka

Zhodnocení přínosu metody praktická ukázka znázorňuje tabulka 43 a graf 38.

Zhodnocení přínosu metody praktická ukázka	Absolutní četnost	Relativní četnost
Napomáhá k osvojení dovedností (spojení teorie s praxí)	5	25.00%
Rychlejší pochopení	15	75.00%

Tabulka 43: Zhodnocení přínosu metody praktická ukázka (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 38: Zhodnocení přínosu metody praktická ukázka (zdroj: vlastní průzkum)

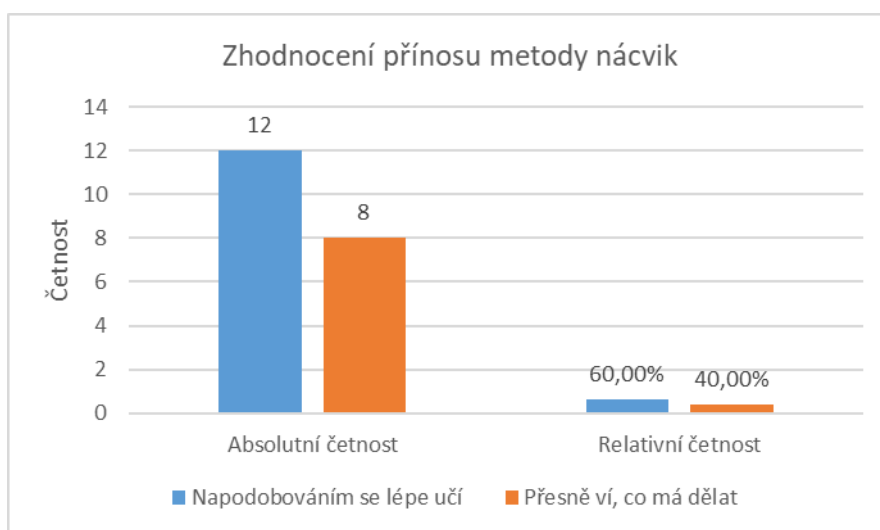
Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do dvou kategorií. Z celkového počtu 20 (100%) respondentů uvedlo 75.00% (15) jako největší přínos metody praktická ukázka rychlejší pochopení a 25.00 % (5) respondentů uvedlo, že tato metoda napomáhá k osvojení dovedností (spojení teorie s praxí).

### Zhodnocení přínosu metody nácvik

Zhodnocení přínosu metody nácvik znázorňuje tabulka 44 a graf 39.

Zhodnocení přínosu metody nácvik	Absolutní četnost	Relativní četnost
Napodobováním se lépe učí	12	60.00%
Přesně ví, co má dělat	8	40.00%

Tabulka 44: Zhodnocení přínosu metody nácvik (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 39: Zhodnocení přínosu metody nácvik (zdroj: vlastní průzkum)

Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do dvou kategorií. Z celkového počtu 20 (100%) respondentů uvedlo 60.00% (12) napodobováním se lépe učí a 40% (8) respondentů míní, že největším přínosem metody nácvik je, že pacient přesně ví, co má dělat.

### Edukace pacienta v seniorském věku je pro sestru

Postoje k edukaci pacientů v seniorském věku zjišťovala položka v dotazníku č. 22. Nástrojem pro jejich měření se stal sémantický diferenciál. K hodnocení v námi realizovaném průzkumném šetření byl předložen pojem „*edukace pacienta v seniorském věku je pro sestru*“. Respondenti zaznamenávali křížkem své mínění výběrem určitého bodu na sedmibodové škále. U škál byly krajní body tvořeny dvojicí adjektiv protikladného významu, které byly

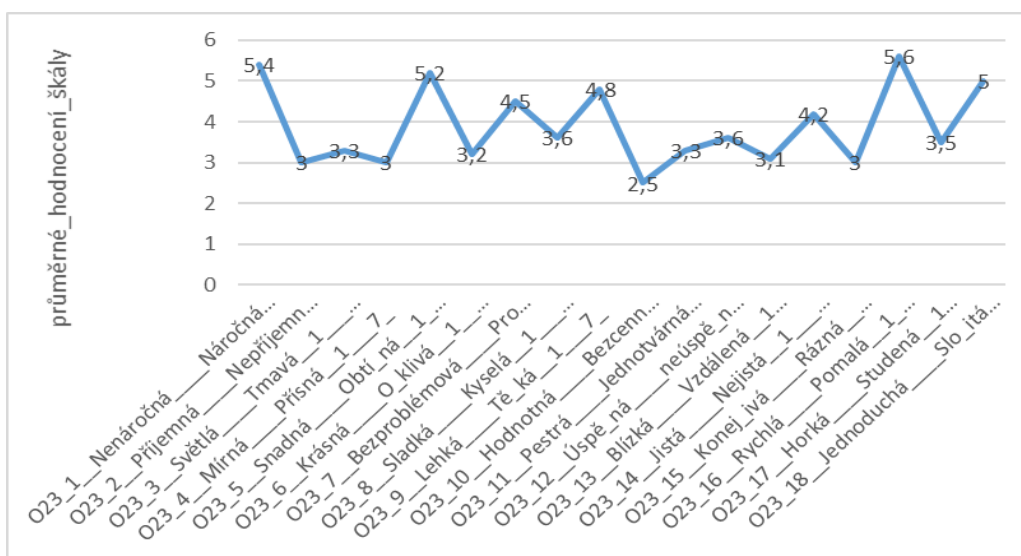
voleny právě podle povahy posuzovaného objektu. Volbou bodu na škále vyjadřovali respondenti míru vlastnosti, jež je vyjádřena příslušnou dvojicí adjektiv.

### Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých položek

Analýzu odpovědí na úrovni jednotlivých položek (průměrné hodnoty škály) znázorňuje tabulka 45 a graf 40.

		Průměr
nenáročná	náročná	5.4
příjemná	nepříjemná	3.0
světlá	tmavá	3.3
mírná	přísná	3.0
snadná	obtížná	5.2
krásná	ošklivá	3.2
bezproblémová	problémová	4.5
sladká	kyselá	3.6
lehká	těžká	4.8
hodnotná	bezpečná	2.5
pestrá	jednotvárná	3.3
úspěšná	neúspěšná	3.6
blízká	vzdálená	3.1
jistá	nejistá	4.2
konejšivá	rázná	3
rychlá	pomalá	5.6
horká	studená	3.5
jednoduchá	složitá	5

Tabulka 45: Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých položek (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 40: Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých položek (zdroj: vlastní průzkum)

### **Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých dimenzí**

Analýzu odpovědí na úrovni jednotlivých dimenzí (aritmetické průměry na úrovni obou faktorů) znázorňuje tabulka 46.

<b>Pojem sémantického diferenciálu</b>	<b>Faktor</b>	
	<b>Hodnocení</b>	<b>Energie</b>
<i>Edukace pacienta v seniorském věku je pro sestru</i>	3.08	4.75

Tabulka 46: Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých dimenzí  
(zdroj: vlastní průzkum)

Celkový soubor 24 respondentů vnímá edukaci pacienta v seniorském věku jako náročnou a v rovině hodnocení jako pozitivní.

# APLIKACE FRAXIPARINU

EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO PACIENTY ◀



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC

profesionalita a lidský přístup



# APLIKACE FRAXIPARINU

Před aplikací si pečlivě umyjte ruce. Stříkačku vyjměte z obalu, uchopte za válcovou část a prsty druhé ruky odstraňte ochranný kryt.

Ochranný kryt nikdy nenasazujte zpět na jehlu, mohlo by dojít k poranění o jehlu nebo jejímu ohnutí.

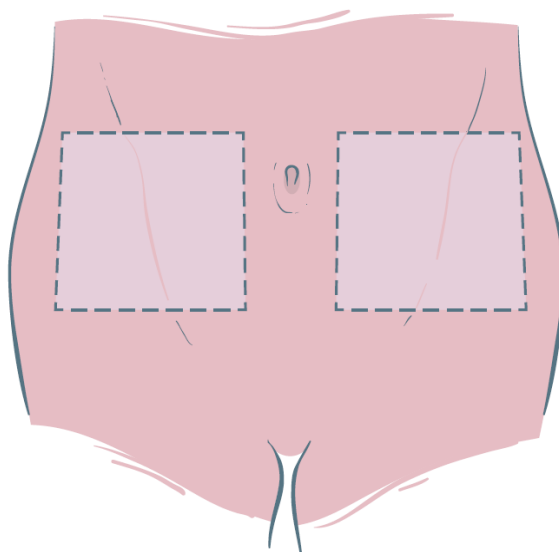
Přítomnost malé vzduchové bubliny ve stříkačce je normální (nepokoušejte se ji odstříknout).

Pokud se na hrotu jehly objeví malá kapka, odklepněte ji (neotírejte tamponem s alkoholem, může se poškodit povrchová úprava jehly).

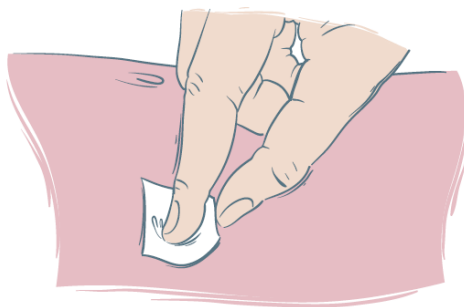
1. Sedněte nebo lehněte si tak, abyste se cítili pohodlně.

**Nejvhodnější místo k aplikaci je přední boční strana břicha, vyvarujte se pupeční oblasti.**

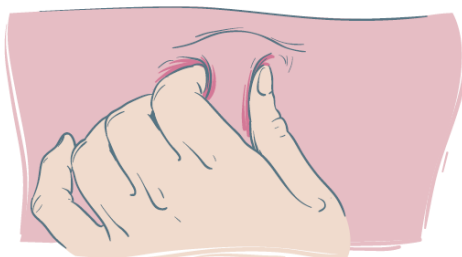
Výjimečně (těhotenství, zánětlivé změny na kůži) může být injekce aplikována do horní části stehna.



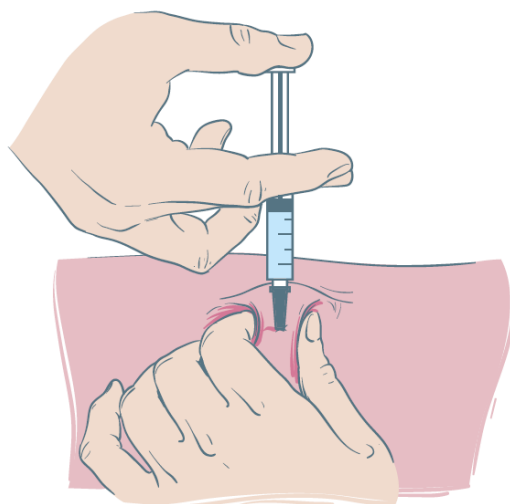
2. Zvolené místo vpichu dezinfikujte tampónem s dezinfekčním prostředkem.



3. Palcem a ukazováčkem utvořte kožní řasu (řasu udržujte po celou dobu aplikace).



4. Během přidržování kožní řasy do ní zaveďte jehlu kolmo v celé její délce.



5. Aplikujte pomalu lék – tlakem na píst stříkačky, dokud nevyprázdníte obsah stříkačky, vyčkejte asi 2 sekundy a pak jehlu vytáhněte a uvolněte kožní řasu. V případě, že se v místě vpichu objeví kapka krve, přitlačte na toto místo na několik minut tampón.

Po aplikaci vyhodte stříkačku do určeného kontejneru.

ZPRACOVALA  
**Mgr. Eva Směšná**  
ODBORNÝ DOHLED  
**MUDr. Ivana Rešková**  
ZDROJ  
[www.gsk.cz](http://www.gsk.cz)



**FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC**

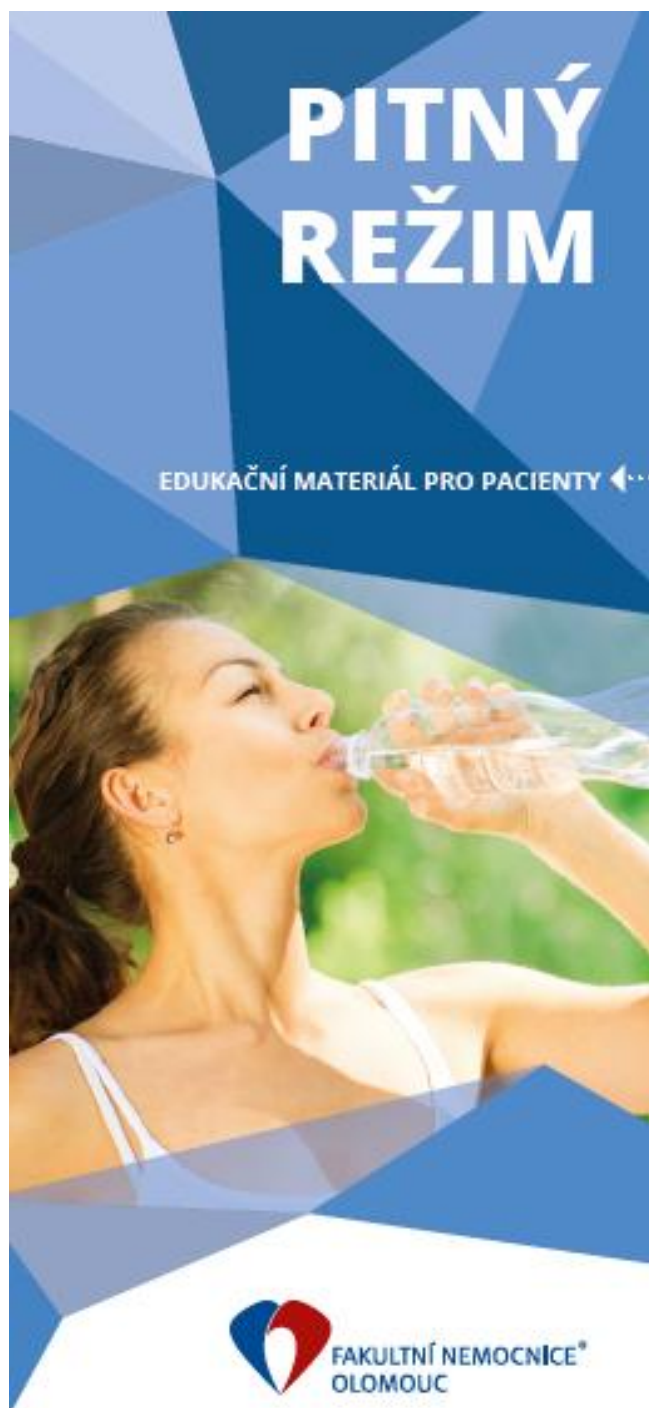
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc  
tel.: +420 588 441 111 / e-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)  
[www.fnol.cz](http://www.fnol.cz)



**PEČUJEME O VÁS UŽ OD ROKU 1896.**

číslo dokumentu: Fm-L009-027-EM-010 (v2)

Příloha č. 9: Edukační materiál Pitný režim





Pod pojmem pitný režim rozumíme vědomé udržování dostatečného množství tekutin a minerálních látek v organismu. V lidském těle je voda prostředím, v němž probíhají složité životní děje – hlavně látková a energetická přeměna a další fyziologické funkce.

### ■ OBECNÉ PRAVIDLO

Člověk s dobrým pitným režimem bývá dobře adaptován (přizpůsoben) na práci v teple. Dobře trénovaný sportovec je adaptovaný na náročnou fyzickou zátěž. Správný pitný režim je prevencí proti onemocnění a nezbytnou podmínkou kvalitního života.

### ■ PROČ PÍT?

Náš organismus se skládá z velké části z vody (60–70%). Je to pro jeho správné fungování zcela nezbytné.

#### Voda se podílí:

- na termoregulaci (udržování stálé tělesné teploty) organismu
- na metabolismu, dopravě živin v rámci celého organismu
- na vyplavování odpadních a škodlivých látek z těla
- má vliv na stav pokožky (tvorba vrásek, akné, celulitidy)
- ovlivňuje kvalitu vlasů a nehtů

**K potřebě příjmu tekutin je třeba přistupovat individuálně!**

**Příjem – množství tekutin závisí na:**  
tělesné hmotnosti, věku, pohlaví, složení a množství stravy, tělesné aktivitě, teplotě vzduchu, zdravotním stavu.

**Jednoduchý vzorec k určení množství tekutin:**  
**Váha (v kg) x 0,03 = se množství vody (v litrech),  
v létě násobíme konstantou 0,04.**

Při onemocnění ledvin se projevuje nedostatek tekutin celkovou slabostí, žízní, suchem v ústech, poklesem krevního tlaku, snížením hmotnosti, nepřítomností otoků.

Nadbytek tekutin se projevuje otoky (kolem kotníků a na lýtkách), kratším dechem, nárůstem hmotnosti.

#### ■ KDY PÍT?

**Pijte už od rána.** V průběhu dne je vhodné pít často a po malých množstvích.

**Nedoporučujeme** – vypít větší množství tekutiny najednou. Organismus není schopen tekutiny tak rychle využít a voda proto odchází z těla ven. Dostatečné množství vody v těle vám orientačně ukáže barva vaší moči!

#### ■ PIJETE, AŽ MÁTE ŽÍZEŇ?

**Je to rozhodně špatně.** Pocit žízně je ochranný mechanismus těla. Nastoupí ve chvíli, kdy zaznamená nedostatek vody.

**Je dobré doplňovat tekutiny do těla průběžně po malých doušcích.** Předcházejte pocitu žízně.

#### ■ CO MŮŽE NEDOSTATEK TEKUTIN ZPŮSOBIT?

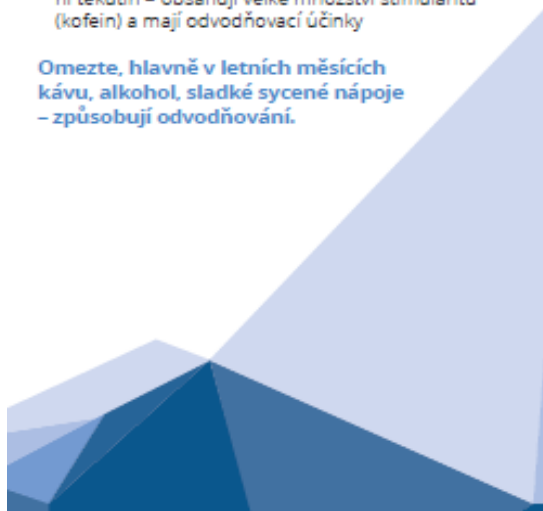
- bolesti hlavy, únava, zhoršené soustředění
- špatné zažívání, žaludeční potíže, střevní potíže – zácpa
- předčasné stárnutí tkání, potíže s klouby, problémy s páteří
- ohrožuje člověka nadměrnou zátěží ledvin, větším

rizikem vzniku močových kamenů, močové infekce a nebezpečím náhlého poklesu ledvinné funkce v některých situacích

#### ■ CO PÍT?

- základem pitného režimu zůstává voda
- nepijte příliš mnoho studené vody najednou, zatěžujete žaludek!!!
- ideální teplota nápoje je kolem 10 °C. Doplnějte přírodní minerálními vodami. Důležité je sledovat složení a obsah minerálních látek
- doporučujeme přírodní minerální vody s nižší celkovou mineralizací – tzn. obsah minerálních látek do 1500g. Např. Excelsior, Dobrá voda, Magnesia, Mattoni, Ondrášovka, Korunní
- vhodné k doplňování tekutin jsou: slabé bylinné čaje, zelené a ovocné čaje, slabý černý čaj, ředěné ovocné džusy, neslazené ovocné a zeleninové šťávy
- chuť nápoje má být mírně kyselá, nahořklá nebo trpká. Sladká chuť naopak pocit žízně podporuje.
- iontové nápoje – jen po fyzické zátěži nebo během ní
- energetické nápoje – nejsou vhodné pro doplnění tekutin – obsahují velké množství stimulantů (kofein) a mají odvodňovací účinky

**Omezte, hlavně v letních měsících kávu, alkohol, sladké sycené nápoje – způsobují odvodňování.**



## DESATERO SPRÁVNÉHO PITNÉHO REŽIMU

- 1.** Základ pitného režimu je čistá pramenitá voda a nížce a středně mineralizované minerální vody. Doporučujeme kombinovat s nápoji doplňujícími sodík a draslík při zvýšené fyzické námaze či nemoci.
- 2.** Zvykněte si začínat den sklenkou pramenité vody – cca 0,3l. Před zahájením práce byste měli vypít alespoň ¼ l teplého nápoje k snídani a k tomu nejlépe skleničku džusu.
- 3.** Doplnějte tekutiny průběžně, nečekejte na pocit žízně. Žízeň je počátečním znakem dehydratace. Pít je třeba pravidelně – během dne, nejlépe po menších doušcích 1–2dcl, maximálně v půlhodinových intervalech. Mějte vždy na stole sklenici vody. Noste u sebe láhev s vodou.
- 4.** Nedostatek vody se může ohlásit suchem v ústech, tmavou močí, pocitem neklidu, zhoršeným soustředěním, nervozitou.
- 5.** Příjem a výdej vody by měl být vyrovnaný, podle výdeje regulujeme příjem.
- 6.** Nápoj by neměl být moc chladný, raději vlažný, v zimě teplý. V teplém počasí 10–12 °C, v chladném počasí 12–15 °C.
- 7.** Omezte příliš slané a sladké potraviny a nápoje. Každý gram soli nebo cukru navíc zadržuje vodu v organismu (a tím také vyšší hmotnost).
- 8.** Vypijte 2–3 litry tekutin denně, v horku a při zvýšené tělesné zátěži by se měl příjem tekutin zvýšit.
- 9.** Pozor na pitný režim u dětí. Mohou nám doslova vyschnout, tím snáze, čím je dítě mladší.
- 10.** Silný černý čaj a káva nejsou pro organismus zdrojem tekutin. Alkohol, káva, černý čaj se nezahrnuje do pitného režimu, protože organismus odvodňují.



**ZPRACOVALA:**  
Marie Schindlerová

**ODBOBNÝ KONZULTANT:**  
MUDr. Aleš Vidlář  
Mgr. Nataša Sochorová

**INFORMAČNÍ ZDROJE:**  
[www.diaforum.cz](http://www.diaforum.cz)  
[www.kosmetickysalon.webnode.cz](http://www.kosmetickysalon.webnode.cz)  
[www.belousovi.cz/pitnyrezim](http://www.belousovi.cz/pitnyrezim)  
[www.pijtezdravouvodu.cz](http://www.pijtezdravouvodu.cz)

**KONTAKT**  
**Fakultní nemocnice Olomouc**  
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc  
e-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)  
[www.fnol.cz](http://www.fnol.cz)

**Urologická klinika – odd. 20**  
Tel: +420 588 443 467  
e-mail: [marie.schindlerova@fnol.cz](mailto:marie.schindlerova@fnol.cz)



# PREVENCE TROMBEMBOLICKÉ NEMOCI (TEN)

EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO PACIENTY ◀...



FAKULTNÍ NEMOCNICE®  
OLOMOUC

# TROMBEMBOLICKÁ NEMOC (TEN)

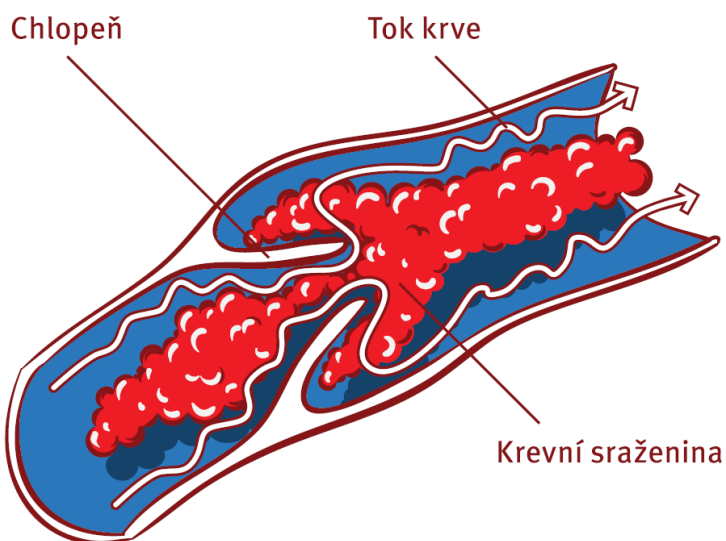
**TEN JE SOUHRNNÝ NÁZEV PRO HLUBOKOU ŽILNÍ TROMBÓZU A PLICNÍ EMBOLII.**

## ■ ŽILNÍ TROMBÓZA

Žilní trombóza je charakterizována přítomností krevní sraženiny (trombu) v žilním řečišti, kde působí částečné nebo úplné uzavření (obstrukci) krevního toku. Nejčastěji postihuje hluboké žíly dolních končetin a pánevní žíly.

## ■ PŘÍZNAKY

- Otoky končetiny
- Bolest
- Pocit napětí v končetině
- Barevné změny končetiny



## ■ PLICNÍ EMBOLIE

Plicní embolie vzniká ucpáním části plicního cévního řečiště krevní sraženinou uvolněnou z místa vzniku. Je to závažný, často život ohrožující stav.

## ■ PŘÍZNAKY

- Zhoršené dýchání, dušnost
- Vykašlávání krve
- Bolest na hrudi
- Zrychlený srdeční tep

**Uvedené příznaky mohou být spojeny s jinými onemocněními, mohou se kombinovat či v některých případech chybět. K vyloučení TEN je třeba kontaktovat svého lékaře.**

## ■ PŘÍČINY VZNIKU TEN

TEN vzniká při součinnosti několika faktorů. Na disponující stav (např. věk, kuřáctví, obezita, nedostatek pohybu, dehydratace, varixy dolních končetin) nasedne spouštěcí faktor (např. infekce, malignita, hormonální léčba nebo chirurgický výkon) a následně může dojít k aktivaci dějů vedoucích ke vzniku krevní sraženiny.

## ■ RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU TEN

### **Disponující (přispívající) faktory**

věk nad 40 let, předchozí výskyt TEN, „křečové žíly“ (varixy dolních končetin, obezita (BMI nad 30), kuřáctví.

### **Disponující (přispívající) chorobné stavy**

vrozené trombofilní stavy – stavy, kdy dochází ke zvýšenému riziku tvorby krevních sraženin (např. Leidenova mutace), pooperační stavy, nádorová onemocnění (především slinivky, plic, prsu, zažívacího traktu, mozku), upoutání na lůžku více než 3 dny, závažná srdeční či plicní nedostatečnost, nefrotický syndrom, nespecifické střevní záněty, krevní choroby (př. trombocytopenie-pokles krevních destiček, které zajišťují krevní srážlivost), závažná infekce, autoimunní onemocnění, popáleniny.

### Disponující (přispívající) okolnosti

závažné poranění (trauma), fixace končetiny (sádra), nedostatek tekutin, cestování více než 8 hodin, těhotenství, šestinedělí, hormonální léčba (antikoncepce, léčba neplodnosti, substituční terapie), centrální žilní katétr či elektroda, léčba kortikoidy, protinádorová léčba (hormonální, chemoterapie, radioterapie).

### ■ NEFARMAKOLOGICKÉ POSTUPY (postupy, kdy se nepodávají léčiva)

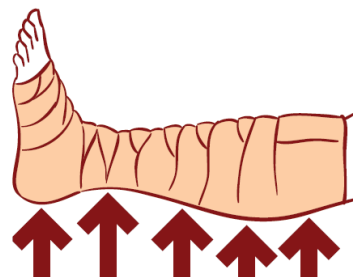
- Mechanické postupy snižují riziko trombózy a embolizace ovlivněním především faktoru žilní stázy (městnání krve v dolních končetinách). Účinným principem je především časná mobilizace (vstávání co nejdříve po operačním zákroku) a následná rehabilitace. Většinou však tato metoda sama o sobě u pacientů nestačí. Užívají se proto kompresivní metody bandáže – podkolenky nebo punčochy s graduovanou kompresí nebo elastická obinadla (vzácněji zařízení intermitentní pneumatikové komprese).
- Důležitá je dostatečná hydratace – pitný režim, optimalizace tělesné hmotnosti, vhodná obuv – oblečení (nesmí být těsné, utlačovat).

### ■ KOMPRESIVNÍ OBINADLA, BANDÁŽ DOLNÍCH KONČETIN

Při použití elastických obinadel je obtížné dodržovat konkrétní tlak na příslušné partie končetiny. Tlak by měl být vždy nejvyšší na nártu, kolem kotníků a na bérce a směrem výše klesat. Při použití obinadel je třeba myslet na to, že se ráda povolují a mají tendenci klouzat.

#### Bandáž dolních končetin

- Obvaz přikládáme před vstáváním z lůžka nebo končetina musí být 20 minut ve zvýšené poloze.
- Začínáme otočkou těsně pod prsty, postupujeme přes patu, kotník až k tříslům.



- Od kolene se jemně uvolňuje stažení otáček.
- Použít obinadla 8–10 cm široká.
- Otočky se musí krýt ze 2/3.

Zdroj: <http://www.zbynekmlcoch.cz>

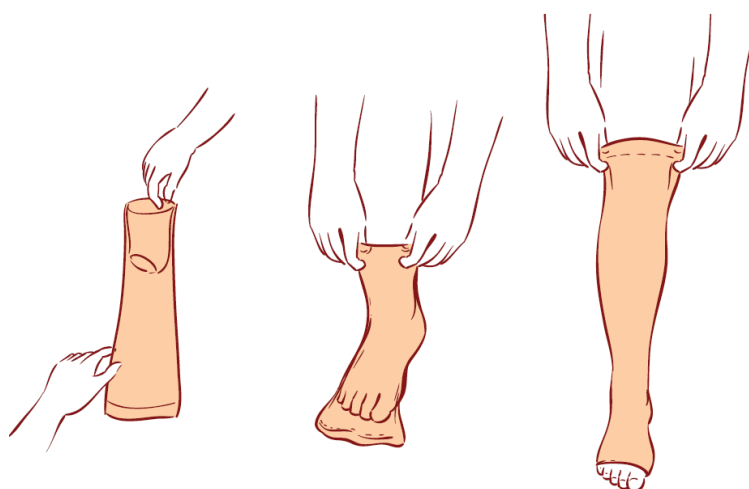
## ■ KOMPRESIVNÍ PUNČOCHY


Kompresivní punčochy jsou další variantou kompresivní terapie. Jejich aplikace je snazší, jednodušší, vzhledově jsou nenápadné. Vyrábějí se ve třech typech (lýtkové, polostehenní a stehenní) a ve třech, případně čtyřech kompresivních třídách, do kterých jsou rozděleny podle tlaku vyvíjeného na končetinu v krajině kotníku. Punčochy jsou vždy dlouhotažné, mají vysoký klidový tlak, proto je nutno je uvolňovat na noc.

### **Správná technika oblékání punčoch**

1. Obrátte punčochu naruby, špičku vtáhněte dovnitř až po patu a vložte nohu do punčochy, uchopte punčochu za shrnuté okraje a přetáhněte ji přes chodidlo a patu.
2. Urovnejte punčochu v oblasti nártu a kotníku.
3. Pomalu natahujte punčochu směrem nahoru a po několika centimetrech ji postupně obračejte zpět na líc.
4. Po úplném natažení punčochy urovnejte její pozici a punčochu napněte.

Zdroj: <http://www.krecove-zily.cz>





Kompresivní punčochy není vhodné používat při onemocnění periferních tepen, závažné periferní neuropatii, masivním otoku dolních končetin, lokálním onemocnění kůže (nedávný kožní štěp), gangréně končetiny. V případě nejistoty se obraťte na svého lékaře.

## ■ FARMAKOLOGICKÁ PREVENCE (postupy, kdy se podávají preventivně léčiva)

Z farmakologických prostředků užíváme k prevenci TEN především **nízkomolekulární hepariny** (Fraxiparine, Clexane...). Výhodou je, že mohou být podávány subkutánně (pod kůži) jednou denně. Aplikaci zvládne po zaučení i pacient ev. rodinný příslušník. Nejčastěji se aplikace zahajuje večer před plánovaným operačním výkonem.

## ■ UŽÍVÁNÍ WARFARINU

Warfarin je další z léků proti srážení krve (antikoagulanty). Používá se zejména k dlouhodobé antikoagulační léčbě, ve formě tablet, nejčastěji jako prevence a léčba hluboké žilní trombózy a plicní embolie, k prevenci a vzniku krevních sraženin během fibrilace srdečních síní (srdeční arytmie – poruchy srdečního rytmu), prevenci vzniku a opětovného výskytu krevních sraženin po infarktu myokardu, po transplantaci srdeční chlopně.

Nástup účinku je pomalý a první dny podávání Warfarinu Vám budou aplikovány i nízkomolekulární hepariny. Účinnost Warfarinu je monitorována Quickovým testem, respektive hodnotou INR (kontrolujeme správnou míru „naředění“ krve) – nutná je proto monitorace laboratorních parametrů i po propuštění z nemocnice, opakované odběry krve a návštěvy praktického lékaře. **Dávkování je vysoce individuální a řídí ho lékař.** Možné je poddávkování či předávkování pacienta.

Z nejčastějších vedlejších účinků se mohou při užívání Warfarinu objevit **krvácivé projevy** (výskyt modřin, krvácení z nosu, dásní, prodloužené krvácení po úrazu, výskyt krve v moči, stolici...). **Při výskytu jakýchkoliv vedlejších účinků je nutno informovat svého lékaře.**

Doporučeno Vám také bude vyhýbat se rizikovým aktivitám (prevence úrazu), nesmíte dostat injekci do svalu a před jakýmkoliv operačními výkony se musí Warfarin s dostatečným předstihem vysadit.

Informovat o užívání Warfarinu musíte informovat každého lékaře, kterého navštívíte a který se Vám chystá předepsat nějaký lék.

Z volně prodejných léků je zakázané užívání tzv. nesteroidních antiflogistik (Ibalgin, Brufen, Acylpyrin apod...).

### **DOPORUČUJEME VYHÝBAT SE ALKOHOLU, PROTOŽE MŮŽE ZVÝŠIT ÚČINEK LÉKU.**

#### **■ DIETA PŘI LÉČBĚ WARFARINEM**

Účinnost Warfarinu je ovlivňována vitamínem „K“ (**snižuje účinek Warfarinu**). Část vitamínu přijímáme potravou a část je tvořena střevní bakteriální flórou.

Jestliže užíváte některé rostlinné léčivé přípravky – je třeba se o jejich užívání poradit s lékařem – např.: Ginko (Ginko Biloba) může zvýšit účinek Warfarinu. Je třeba se vyhnout užívání brusinek – mohou potencovat (zvýšovat) účinek Warfarinu.

Mezi základní dietní pravidla patří přijímat stabilní množství vitamínu K, vyhýbat se většího množství potravin s vysokým obsahem vitamínu K a náhlým změnám v množství i složení potravy.

**POZOR – nejbohatšími zdroji vitamínu K jsou Zelená listová zelenina – špenát, hlávkový salát, kapusta, brokolice, květák, zelené natě – pažitka, petrželka, slupky okurek, kiwi, zelí – syrové, kysané, čínské, sója, cizrna, bylinkové, zelené, šípkové čaje, játra, kuřecí a hovězí maso, olivový a sójový olej.**

*Přejeme Vám brzké uzdravení!*



**ZPRACOVALA:**

Mgr. Eva Směšná

**ODBORNÝ GARANT:**

MUDr. Ivana Rešková



**FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC**

I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

tel.: +420 588 441 111 / e-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)

[www.fnol.cz](http://www.fnol.cz)



**PEČUJEME O VÁS UŽ OD ROKU 1896**

Fm-L009-027-EM-057

## Příloha č. 11: Data získaná polostrukturovanými rozhovory

Analýzou všech rozhovorů s následnou kategorizací jsme získané informace roztřídili do devíti kategorií, resp. subkategorií:

I		<b><i>Připravenost edukačních sester k edukaci pacientů seniorského věku</i></b>
1a	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zdroje celoživotního vzdělávání</li> </ul>
	Alena	<p><i>Ještě v rámci vysoké školy a pak absolvované specializace jsem získala znalosti a dovednosti z pedagogiky a edukace v ošetrovatelství u pacientů různých cílových skupin, seniorů nevyjímaje. V rámci pravidelných edukačních schůzek si v týmu referujeme své zkušenosti a problémy v praxi, tím se seznamuji s problematikou edukace pacientů různých věkových skupin, tedy i pacientů v seniorském věku, a tímto se vlastně vzděláváme. Důležitým zdrojem informací pro práci s nimi je pro mě studium odborné literatury, zaměřených na seniory jich sice moc není, ale čtu teď jednu knížku, která se jmenuje Edukace seniorů, napsali ji Špatenková a Smékalová, není sice vyloženě zaměřená na seniora pacienta jako takového, ale věnuje se celé oblasti výchovy a vzdělávání člověka tohoto věku.</i></p>
	Barbora	<p><i>Inspirací pro práci s pacienty v seniorském věku jsou pro mě znalosti a dovednosti získané během magisterského studia Andragogika, z bakalářského studia Ošetrovatelství a z absolvované specializace. Také během konferencí určených pro sestry se z různých odborných přednášek, i když ne vždy přímo zaměřených na problematiku edukace seniorů, dozvím různé kazuistiky, zkušenosti, rady či návody jak je možné event. při práci se seniory postupovat.</i></p>

	Dana	<p><i>Pracuji ve zdravotnictví téměř 40 let. Absolvovala jsem stomický kurz, mými pacienty jsou převážně senioři. Také mám vystudovanou specializaci, během které jsem se o této problematice také něco dověděla. Chodím na různé přednášky nebo konference organizované klinikou, nebo nemocnicí, tady se můžu také něco dovědět. Se zájmem si přečtu i odbornou knížku či časopis. Určitě bych jmenovala Soužití se staršími lidmi od Pichaud a Thareauové a Motivační prvky při práci se seniory od Klevetové. Jsou zajímavé a dobře čtivé. Docela dobře se dají využívat různé rady, doporučení, techniky a metody práce se seniory.</i></p>
	Eva	<p><i>Prostřednictvím pravidelných edukačních schůzek, kdy si vzájemně s kolegyněmi vyměňujeme své zkušenosti, někdy máme i přednášky odborníků z Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Mám vystudované bakalářské studium, specializaci i kurz mentor, v rámci těchto vzdělávání jsem se s touto problematikou setkala také. Účastním se různých konferencí, se zájmem si otevřu i nějaký odborný časopis nebo knížku. Mám ráda třeba Haškovcovou a její Fenomén stáří, který čtenáři zodpovídá všechny ty otázky, které souvisí se stářím.</i></p>
	Františka	<p><i>30 let pracuji jako sestra u lůžka. Tyto zkušenosti jsou k nezaplacení. Rozšířit obzory v problematice edukace pacientů v seniorském věku mi napomohlo i vysokoškolské studium a specializace. V rámci celoživotního vzdělávání se pravidelně účastním různých odborných konferencí či přednášek. Tady se k této problematice určitě také něco dozvím. Přínosné jsou i edukační schůzky našeho týmu, ve kterých si sdělujeme naše problémy, zkušenosti apod.</i></p>

	Gita	<p><i>Se seniory se setkávám po celou dobu své praxe, přibližně 19 let. Velkým zdrojem inspirace pro práci s nimi jsou tyto pracovní zkušenosti. Dále mám vystudovanou specializaci, jejíž součástí byla i problematika edukace v ošetrovatelství u pacientů v seniorském věku. Také při pravidelných edukačních schůzkách jednotlivé členky týmu sdělují ostatním své zkušenosti a problémy při edukaci svých pacientů. Dále realizujeme přednášky, ve kterých každá členka týmu prezentuje edukovaná témata svého oboru, a tím vlastně edukuje ostatní členky týmu. Toto je významný zdroj informací pro práci s pacienty v seniorském věku.</i></p>
	Hana	<p><i>S touto problematikou jsem se setkala v rámci bakalářského a obojího specializačního studia. Pravidelným přísunem těchto informací jsou plánované edukační schůzky našeho týmu. Dále se v této oblasti vzdělávám prostřednictvím účasti na konferencích pro nelékařské zdravotnické pracovníky.</i></p>
	Ilona	<p><i>Účastí na různých konferencích a přednáškách pro sestry, vč. našich edukačních schůzek. Také vědomostmi nabytými při specializačním studiu.</i></p>
	Jana	<p><i>Mám absolvovaný kurz mentor. Určitě edukační schůzky a konference. Taky praxe sestry na lůžkovém oddělení, tu mám 32 let. Ještě kvalifikační studium.</i></p>
	Karolína	<p><i>S problematikou edukace jsem se poprvé setkala v rámci bakalářského studia a specializace, v současné době pak při různých konferencích, seminářích, při mentorství a také v rámci edukačních schůzek, kde jsem se účastnila přednášek např. Mobilní hospic, Tyfloservis, Nemocniční kaplan.</i></p>
	Lenka	<p><i>Mám jenom středoškolské vzdělání, ale v rámci celoživotního vzdělávání navštěvuji konference, přednášky, ráda čtu odborné časopisy, tady na oddělení odebíráme časopis Sestra, neznámé čerpám z internetu.</i></p>

	Marie	<p><i>Mám vystudované bakalářské vzdělání, dál navštěvuji konference a přednášky pro sestry. Absolvovala jsem vzdělávací program zaměřený na péči o staré a chronicky nemocné, se zaměřením na jejich edukaci. Také se pravidelně scházíme v edukačním týmu, kde se dále vzděláváme.</i></p>
	Nina	<p><i>S problematikou edukace jsem se setkala při studiu na vysoké škole, pak v rámci specializace, nyní se účastním jak aktivně, tak pasivně různých přednášek: např. Edukace v péči o seniory, seminářů či konferencí určených pro sestry, dále také v rámci edukačních schůzek.</i></p>
	Olga	<p><i>Určitě moje dlouholetá praxe, konkrétně dvacetičtyřletá, u lůžka pacienta, a vysokoškolské magisterské vzdělání se zaměřením na pedagogiku, mám absolvovaný vzdělávací program Péče o staré a chronicky nemocné, pravidelně pak v rámci našich edukačních schůzek v rámci přednášek na různá témata, a účasti na seminářích a konferencích pro sestry.</i></p>
	Pavla	<p><i>V rámci specializace a bakalářského studia, potom zkušenosti 35 leté praxe v nemocnici, využívám internet, velkým zdrojem informací je i absolvování vzdělávacích konferencí pro sestry.</i></p>
	Radka	<p><i>Tady mě napadá specializace, certifikovaný kurz Mentor, spolupráce FN s agenturami domácí péče, semináře konané v rámci kliniky na dané téma, další semináře pro sestry a studium odborných časopisů (Florence, Sestra) co máme k dispozici na oddělení, zdrojem informací je také internet, a to podle zaměření edukace.</i></p>
	Soňa	<p><i>Absolvovaná specializace, absolvovaný kurz Elektrodiagnostika nervového systému EMG a EEG, edukační kongres při UP, přednášky edukace v péči o seniory, různé konference a semináře pro sestry.</i></p>

	Šárka	<i>Při pravidelných edukačních schůzkách máme organizované přednášky na různá odborná témata zahrnující problematiku ošetřování pacientů všech věkových skupin, včetně seniorů, dále jsou to odborné konference a semináře určené pro sestry zahrnující většinou pro tuto kliniku specifickou problematiku ošetřovatelské péče u starších pacientů, dále kurz Specifická ošetřovatelská péče o nemocné s Diabetem Mellitem, Specifická ošetřovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy, Edukace v diabetologii a přednášky: Edukace v péči o seniory.</i>
	Tereza	<i>V rámci specializace, v kurzu Mentor klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence, Specifická ošetřovatelská péče o nemocné s Diabetem Mellitem, Specifická ošetřovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy, ještě kvalifikační studium, dále mě nic speciálního mě nenapadá, snad pak přednášky Edukace v péči o seniory a aktivní či pasivní účast na odborných konferencích pro sestry.</i>
1		<b><i>Připravenost edukačních sester k edukaci pacientů seniorského věku</i></b>
1b	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b><i>Pracovní zkušenosti</i></b></li> </ul>
	Alena	<i>Od maturitní zkoušky pracuji na této klinice, podstatnou část našich pacientů pak tvoří senioři, tato zkušenost je nenahraditelná, přijdete na to, že je důležité pacienta pochopit a vyjít mu vstříc!</i>
	Barbora	<i>Dlouholeté pracovní zkušenosti s pacienty v seniorském věku.</i>
	Dana	<i>Téměř 40 letá sesterská praxe, když si nevím rady, řídím se podle svých zkušeností.</i>
	Eva	<i>Pouze pracovní, spojené s prací sestry.</i>
	Františka	<i>Jednak dlouholeté pracovní, mám ale i zkušenosti s edukací v sociálních zařízeních, domovech důchodců a domovech s pečovatelskou službou.</i>

	Gita	<i>19 leté zkušenosti sesterské praxe.</i>
	Hana	<i>30 leté zkušenosti s praxí u lůžka, řadu nemocných tvořili senioři, náměty tedy hodně čerpám ze své praxe.</i>
	Ilona	<i>Pracovní, pouze jako sestra, kterou dělám 23 let.</i>
	Jana	<i>Hlavně praxe sestry na lůžkovém oddělení, tu mám 32 let, u nás tvoří většinu pacientů senioři.</i>
	Karolína	<i>Tady mě nic nenapadá, snad jen 23 let praxe u lůžka.</i>
	Lenka	<i>Kromě 16 leté sesterské u lůžka pacienta nemám, řada pacientů jsou seniorského věku.</i>
	Marie	<i>Tuto profesi vykonávám 18 let, dále působím jako lektor v zájmovém vzdělávání, kde přednáším první pomoc.</i>
	Nina	<i>23letá zkušenost s ošetřováním pacientů všech věkových skupin, jejíž součástí je i edukace, pak jsou to zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice: přednášky pro neslyšící.</i>
	Olga	<i>24 let praxe u lůžka pacienta, většina z nich je seniorského věku, také působím jako vzdělavatel v kurzech pro seniory.</i>
	Pavla	<i>Určitě 35 let praxe, jejíž součástí je i edukace.</i>
	Radka	<i>Mimo 36 leté praxe u lůžka žádné.</i>
	Soňa	<i>40 let praxe a soukromé edukace.</i>

	Šárka	<i>Myslím, že tu patří přednášky v Oblastní unii neslyšících (realizují tu přednášky přibližně 8 x do roka na různá odborná témata, ve kterých edukují své pacienty), potom určitě 36 letá praxe tady na klinice, kde máme většinu pacientů v seniorském věku.</i>
	Tereza	<i>Dlouholetá praxe v nemocnici, tu mám 37 let. Nic dalšího nemám.</i>
2	<b>Respondent</b>	<b><i>Vlastní pohled respondenta na problematiku</i></b>
	Alena	<i>Edukace pacientů seniorů je specifická. Edukace u pacientů v seniorském věku je časově náročnější, myslím si, že podstatná je pro ně redukce zprostředkovaných informací.</i>
	Barbora	<i>Tady je důležitý individuální přístup, nemůžeme přístup k nim zobecňovat. Vyžaduje více času, snažím se informace pro jistotu vždy předávat i v písemné podobě, aby je měl vždy po ruce, více zapomínají, aby mohli vždycky podle potřeby materiály prostudovat.</i>
	Dana	<i>Pacienta v seniorském věku je důležité pro jejich rozdílnost pečlivěji k edukaci zhodnotit, vyhradit si více času, používat správnou rétoriku, jako mluvit pomalu, zřetelně, v krátkých větách atd., a požadované důsledně procvičovat. Protože je každý člověk jiný, na místě je kvalifikovaný odhad sestry.</i>
	Eva	<i>Je to velice individuální, přizpůsobit edukaci možnostem a schopnostem pacienta a případně spolupracovat i s rodinou.</i>
	Františka	<i>Vyžaduje více času a trpělivosti. Mají pomalejší tempo učení. Tady je důležitý určitě lidský přístup, člověk se snaží hledat způsob, aby se aktivně zapojili, prostě, aby to bylo pro ně motivující.</i>
	Gita	<i>Není senior jako senior. Důležitá je soustavnost a návaznost, zapojit celý zdravotnický tým a realizovat edukaci v následné péči. Ale u některých to nemá smysl, tady pokud je rodina přítomna, se snažím ji do edukace zapojit.</i>



Hana	<i>Podle mého názoru je podstatné předávat pouze hlavní body, najít si pro něj více času, a jako jistotu předávat i materiál v písemné podobě, brožurky, kde zdůrazním i kontakty v případě potřeby, protože více zapomínají, mají informace u sebe a možnost se kdykoliv podle potřeby do materiálů podívat. Každý je jiný, snažím se vždy vcítit se do jeho situace a tu řešit na míru.</i>
Ilona	<i>Mluvit pomalu, zřetelně, v krátkých větách. Předávat podstatné informace. Být trpělivý. Častěji opakovat.</i>
Jana	<i>To se odvíjí od počátečního pečlivého zhodnocení pacienta k edukaci, jsou každý jiný, tedy zvažení, co může pacient zvládnout a co ne. Není senior jako senior.</i>
Karolína	<i>Je časově náročnější. Je nutné více opakovat.</i>
Lenka	<i>Edukace seniorů vyžaduje citlivý a empatický přístup.</i>
Marie	<i>Důležité je zacílit se na fixaci nejn nutnějších návyků a úkonů. Nezbytné je stále opakovat, procvičovat a kontrolovat.</i>
Nina	<i>Vyžaduje více času, je potřeba častěji opakovat. Mají pomalejší tempo učení.</i>
Olga	<i>Vyžadují individuální přístup a v některých případech i zapojení rodiny.</i>
Pavla	<i>Edukace u seniorů se odvíjí podle konkrétních potřeb daného pacienta.</i>
Radka	<i>Důležité je, protože jsou hodně rozdílní, posoudit stav pacienta k edukaci a podle toho postupovat. Mluvit srozumitelně k úrovni chápání pacienta, vyhradit si více času, používat jednoduché termíny, často opakovat, zjistit zpětnou vazbu.</i>
Soňa	<i>Mají zpomalené psychomotorické tempo, tempo edukace je důležité přizpůsobit potřebám pacienta, s tím je většinou spojená časová náročnost.</i>

	Šárka	<i>Toto je velmi individuální, senioři mají horší vnímavost, jiný zájem: nepotřebují tolik odborné věci, mají potřebu vypovídat se a vyslechnout, chytnout za ruku, uklidnit, povzbudit a motivovat do dalšího života.</i>
	Tereza	<i>Člověk od člověka. Určitě časově náročnější. Mají pomalejší tempo. Přínosné je i zapojení rodiny do jejich edukace.</i>
3		<b>Výchozí metodika</b>
3a	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinace edukační činnosti</li> </ul>
	Alena	<i>Jako členky edukačního týmu máme plnou kompetenci edukační činnost u konkrétního pacienta plánovat, organizovat a realizovat. Při příjmu každého pacienta na oddělení proto prostudují jeho zdravotní dokumentaci a zhodnotím potenciální potřebu edukace, další plánování edukace je otázkou našeho prvního kontaktu s pacientem. Realizace edukace se odehrává podle potřeby s dalšími kompetentními pracovníky.</i>
	Barbora	<i>Sama. Vycházím ze zdravotnické dokumentace a pak z osobního setkání s pacientem. Spolupracuji hlavně s fyzioterapeutem. Některé informace získávám od ošetřujícího personálu. Důležité je do realizace edukace zapojit celý personál.</i>
	Dana	<i>Vše sama. Výchozím materiálem je zdravotnická dokumentace. Nejasnosti konzultuji s lékařem. Dále spolupracuji s fyzioterapeutem a nutriční sestrou. Podstatné je první setkání s ním. Podstatné je zapojit ošetřující personál, hlavně v otázce procvičování.</i>
	Eva	<i>Já. Na základě zdravotnické dokumentace pacienta, osobního setkání s ním, a taktéž z rozhovoru se zdravotnickým personálem, event. rodinných příslušníků. Realizace edukace pak má týmový charakter.</i>

Františka	<i>Plánuji a organizuji já. Vycházím ze zdravotnické dokumentace a rozhovoru s personálem. Realizace je společná.</i>
Gita	<i>Edukační činnost plánuji, organizuji a realizuji já ve spolupráci s fyzioterapeutem. Při projektování a realizace vycházím hlavně ze zdravotní dokumentace, zejména operační protokol, poté z rozhovoru s fyzioterapeutem a z osobního kontaktu s konkrétním pacientem. Realizace pak probíhá ve spolupráci se všemi členy ošetřujícího týmu nebo s rodinou.</i>
Hana	<i>Plánuji a organizuji já. Realizuji ve spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu. Vycházím ze zdravotnické dokumentace a osobního setkání s pacientem, popř. rozhovoru se zdravotnickým personálem.</i>
Ilona	<i>Speciální činnosti, které je třeba pacienta naučit, jsou v mé kompetenci. Tady vycházím ze zdravotnické dokumentace, jako je příjmová zpráva, posouzení pacienta, operační protokol, lékařská překladová zpráva, ošetrovatelská překladová zpráva, Základní edukaci řeší i přijímající a službu mající sestra. Ty mě ale mohou po jeho zhodnocení informovat, že je potřeba jej v něčem edukovat... při realizaci pak taky spolupracujeme.</i>
Jana	<i>Realizujeme všichni podle kompetencí, po posouzení potřeb pacienta v oblasti edukace plánuji, organizuji a realizuji já, z dokumentace, někdy ve spolupráci s nutriční sestrou, fyzioterapeutem, ošetřujícím personálem a rodinou.</i>
Karolína	<i>Sama. Po prostudování dokumentace pacienta. Někdy na podnět ošetřujícího personálu, který mě kontaktuje s tím, že je potřeba pacienta v něčem edukovat. Na základě pozorování a rozhovoru s pacientem. Do edukace jsou zapojeni ti, kterých se to týká.</i>
Lenka	<i>Sama. Výchozí bod je zdravotnická dokumentace, setkání s pacientem a informace od personálu. Realizace je společná.</i>
Marie	<i>Přečtu dokumentaci, poptám se personálu a po posouzení potřeb pacienta v oblasti edukace sama.</i>

	Nina	<i>Sama. Stěžejní materiál je dokumentace pacienta a personál.</i>
	Olga	<i>Sama. Mým zdrojem informací je zdravotnická dokumentace, rozhovor s personálem, s pacientem, event. jeho rodinou.</i>
	Pavla	<i>Jsmo v tomto plně kompetentní. Z dokumentace a od personálu.</i>
	Radka	<i>Všechno sama. Vyplývá z kompletní zdravotnické dokumentace a z informací od ošetřujícího personálu či rodiny.</i>
	Soňa	<i>Sama. Vycházím z informací, které mi podá sestra a z kompletní zdravotnické dokumentace pacienta.</i>
	Šárka	<i>Vše mám v kompetenci sama. Někdy na výzvu lékaře a ošetřujících sester. Vycházím z kompletní zdravotnické dokumentace pacienta.</i>
	Tereza	<i>Podle metodického pokynu, určitě sama. Realizuji ve spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu. Vycházím ze zdravotnické dokumentace a osobního setkání s pacientem, popř. rozhovoru se zdravotnickým personálem či rodinou. Přínosné je i zapojení rodiny.</i>
3b	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Míra využívání metodického pokynu</li> </ul>
	Alena	<i>Tento pokyn pak využívám pouze v případě nejistoty. Vycházím z potřeb konkrétního pacienta.</i>
	Barbor	<i>Vždy podle něj postupuji, přizpůsobím se ale pacientovi.</i>
	Dana	<i>Je pro mě při edukaci pouze vodítkem. Stěžejní jsou pro mě schopnosti a možnosti konkrétního pacienta.</i>
	Eva	<i>Řídím se jím, je pro mě závazný, nemůžeme ale všechny edukace zobecňovat.</i>
	Františka	<i>Vycházím z něho. Specifika operativně řeším.</i>

Gita	<i>Téměř vždy se jím řídím. Není pacient jako pacient.</i>
Hana	<i>Je pro mě závazný, výchozí materiál k edukaci. Je to povinností každé sestry. Zvláštnosti pacienta operativně přizpůsobím.</i>
Ilona	<i>Řídím se jím, máme pak kompetenci konkrétní edukaci projektovat podle individuálních potřeb pacienta.</i>
Jana	<i>Ano, využívám jej, postupuji podle něho a podle potřeb konkrétního pacienta.</i>
Karolína	<i>Ano, postupuji podle něho. Pak vše ale záleží na individuálních potřebách pacienta.</i>
Lenka	<i>Při plánování programu pro konkrétního pacienta vycházím z něho.</i>
Marie	<i>Upřesňuje postup při zajištění edukace nelékařskými zdravotnickými pracovníky pro pacienta s určitými schopnostmi a možnostmi. Je proto mě závazný.</i>
Nina	<i>Ano, ale operativně činnosti realizuji podle potřeb konkrétního pacienta.</i>
Olga	<i>V míře nezbytně nutné, jinak individuálně, podle potřeb pacienta.</i>
Pavla	<i>Je pro mě závazný. Specifika řeším individuálně.</i>
Radka	<i>Vycházím z něho, ale po zhodnocení pacienta postupuji individuálně.</i>
Soňa	<i>Přizpůsobím se potřebám pacienta.</i>
Šárka	<i>Řídím se jím, individuálně pak postupuji podle potřeb konkrétního pacienta. Co se týče seniorů, máme tu standard přístupu k těmto pacientům, je přístupný pro všechny na ALTUS portále<sup>727</sup>.</i>

<sup>727</sup> Intranet Fakultní nemocnice Olomouc – pozn. autorky.

	Tereza	<i>Řídím se jím, operativně se přizpůsobím potřebám pacienta.</i>
4		<b>Projektování edukačních strategií</b>
4a	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zdroje informací (kritéria posouzení)</li> </ul>
	Alena	<i>Klíčovým zdrojem informací o pacientovi je pro mě ošetrovatelská dokumentace, a to Posouzení pacienta, a další zdravotnická dokumentace, dále využívám rozhovor s ošetřujícím personálem a zejména pak rozhovor s pacientem.</i>
	Barbora	<i>Vycházím ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace a pak z osobního setkání s pacientem. Spolupracuji hlavně s fyzioterapeutem. Některé informace získávám od ošetřujícího personálu, event. rodinných příslušníků.</i>
	Dana	<i>Nejasnosti konzultuji s lékařem. Dále spolupracuji s fyzioterapeutem, nutriční sestrou, i ošetřujícím personálem. Podstatná je pro mě zdravotnická a také ošetrovatelská dokumentace pacienta, rozhovor a pozorování pacienta.</i>
	Eva	<i>Na základě zdravotnické dokumentace pacienta, osobního setkání s ním, a taktéž z rozhovoru se zdravotnickým personálem.</i>
	Františka	<i>Na základě zdravotnické dokumentace pacienta, osobního zhodnocení pacienta a rozhovoru se členy ošetřujícího týmu nebo s rodinou.</i>
	Čiťa	<i>Důležitá pro mě je ošetrovatelská dokumentace, zejména Posouzení pacienta a další zdravotnická dokumentace pacienta, např. operační protokol, dále rozhovor s ošetřujícím personálem, fyzioterapeutem, sestrami atd., a pacientem, či jeho blízkými, jsou-li přítomni ...</i>
	Hana	<i>Vycházím ze zdravotnické dokumentace a osobního setkání s pacientem či rodinou, popř. rozhovoru se zdravotnickým personálem.</i>

Ilona	<i>Vycházím ze zdravotnické dokumentace, jako je příjmová zpráva, posouzení pacienta, operační protokol, lékařská překladová zpráva, ošetrovatelská překladová zpráva, dále z rozhovoru s personálem, který mě může informovat, že je potřeba jej v něčem edukovat a z rozhovoru s pacientem.</i>
Jana	<i>Posouzení pacienta k edukaci vychází z jeho anamnestických údajů, osobního setkání s ním a rozhovorem s ošetřujícím personálem, někdy i fyzioterapeutem.</i>
Karolína	<i>Na základě prostudování kompletní zdravotnické dokumentace pacienta, stěžejní je pro mě operační protokol, lékařská anamnéza – z ní např. přidružené choroby, posouzení pacienta, a také na základě rozhovoru s ošetřujícím personálem a samotným pacientem.</i>
Lenka	<i>Klíčová je zdravotnická dokumentace, rozhovor s personálem, s pacientem, event. jeho rodinou. Vycházím z metodického pokynu.</i>
Marie	<i>Přípravenost pacienta k edukaci posuzuji na základě prostudované ošetrovatelské dokumentace, zejména Posouzení pacienta a Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči, a další zdravotnické dokumentace pacienta, tady mě zajímá hlavně především lékařská anamnéza, dále využívám rozhovor s ošetřujícím personálem, rozhovor s pacientem, nebo jeho rodinou.</i>
Nina	<i>Zdrojem informací je pro mě kompletní zdravotnická dokumentace a rozhovor s ošetřující sestrou.</i>
Olga	<i>Zdravotnická dokumentace a rozhovor s ošetřujícím personálem.</i>
Pavla	<i>Veškerá dokumentace pacienta a osobní setkání s ním.</i>
Radka	<i>Vycházím z lékařské dokumentace, dále ze záznamů sester a rozhovorů s nimi.</i>

	Soňa	<i>Hlavně z lékařské dokumentace, součástí je MMSE<sup>728</sup>, ale z toho nevyházím, provádím si hodnocení sama, aktivně, aktuálně, dále z ošetrovatelské dokumentace a rozhovorem od ošetřující sestry.</i>
	Šárka	<i>I přes počítač. Z kompletní zdravotnické dokumentace, z ordinačního listu, chorobopisu a formuláře sester Posouzení stavu pacienta.</i>
	Tereza	<i>Ze zdravotnické dokumentace, na výzvu lékaře a rozhovoru s ošetřujícím personálem a pacientem.</i>
4b	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vlastní způsob zhodnocení</li> </ul>
	Alena	<i>Při úvodním rozhovoru s pacientem, pak po několika větách pacienta individuálně zhodnotím, předtím však musím mít prostudovanou zdravotní dokumentaci pacienta, hlavně osobní data, současné obtíže a osobní anamnézu. Popř. mám informace od personálu či rodiny.</i>
	Barbora	<i>Kladením otázek zjišťujících orientaci pacienta. Otázky obvykle vychází z osobní anamnézy. Je to člověk od člověka. Někdy na základě informací sester a rodiny. Před další edukační lekcí pak navazují na informace předané v předchozím setkání.</i>
	Dana	<i>Naše první setkání zahajují „příjemným rozhovorem“, ve kterém hodnotím individuální připravenost pacienta na edukaci. Potvrzují si informace zjištěné ve zdravotnické dokumentaci a od sester a doplňují o další.</i>
	Eva	<i>Na základě dostupné dokumentace pacienta. Rozhovorem a pozorováním pacienta, ověřuji si záznamy v jeho dokumentaci. Příp. na základě informací získaných od rodinných příslušníků a ošetřujícího personálu. Nejsou všichni stejní.</i>

<sup>728</sup> Mini mental state exam - krátký test kognitivních funkcí, celosvětově používaný pomocný test pro zjištění kognitivních funkcí a záchyt demence – pozn. autorky.



	Františka	<p><i>Po předchozím prostudování dokumentace pacienta a rozhovoru s personálem či rodinou pokládám pacientovi otázky potvrzující dřívější zjištění a blíže individuálně zjišťuji schopnost pacienta se učit, tedy stav zraku, sluchu, manuální zručnost apod., momentální zdravotní stav, tím hlavně bolest, momentální psychický stav, třeba strach, dosavadní znalosti a dovednosti, dosavadní návyky, postoje ke zdraví, kompenzační pomůcky, ochota učit se, úroveň spolupráce pacienta atd. Rozhovor doplňuji pozorováním pacienta. Třeba i zhlédnutím již dříve naučeného výkonu.</i></p>
	Gita	<p><i>Z dokumentace a od sester a po několika větách úvodního rozhovoru zhodnotím jeho edukační potřebu a schopnost učit se, tady je pak člověk se svými možnostmi, schopnostmi, a teď pojďme hledat cesty.... Pokládáním otázek zjišťujících orientaci pacienta, v rámci seznamování, hlavně otázky zaměřené na osobní údaje, současné obtíže a další onemocnění. Toto hodnocení provádím podle potřeby.</i></p>
	Hana	<p><i>V lékařské anamnéze či v posouzení pacienta sestrou mě zaujme nějaký styčný bod – nějaký problém, a s tímto problémem pak zahájím náš úvodní rozhovor s pacientem. V rámci rozhovoru pak otevírám další problémy, témata, otázky ... Na základě průběhu rozhovoru pak individuálně zhodnotím jeho připravenost, tedy schopnost učit se, k edukaci. Toto pak realizuji při dalším kontaktu, jako před plánovanou edukací, s pacientem.</i></p>
	Ilona	<p><i>Jsou velmi rozdílní. Při prvním kontaktu s pacientem, při rozhovoru a pozorování. Toto zjištění pak doplňuji informacemi získanými ze zdravotnické dokumentace, rozhovorem s ošetřujícím personálem, či od rodiny.</i></p>
	Jana	<p><i>Nemám na tuto otázku teďka jasnou odpověď. Až teprve s vaší otázkou mě napadlo, že bych to mohla vysledovat. Před tím jsem nad tím nepřemýšlela.</i></p>
	Karolína	<p><i>Slovně od ošetřujícího personálu. Je to různé.</i></p>

	Lenka	<i>Vycházím z anamnestických údajů pacienta, informací sester, rodiny a osobního setkání. Každý je individuum. Na místě je kvalifikovaný odhad sestry.</i>
	Marie	<i>Je to velice individuální. Klíčová je dokumentace, personál, rozhovor a pozorování.</i>
	Nina	<i>Na základě rozhovoru s ošetřujícím personálem, rozhovoru s pacientem a jeho pozorování. Není to vždy standardní postup.</i>
	Olga	<i>Rozhovorem a sledováním adekvátnosti zpětné vazby na mnou kladené otázky, individuálním zhodnocením celkového stavu, schopnosti koncentrace, stavu kognitivních funkcí. Zkonzultuji potřebné se sestřičkami.</i>
	Pavla	<i>Pokládáním otázek zjišťujících orientaci, kognici, zdravotní stav. Individuálně pak posoudím, intuitivně, před každou návštěvou sleduji momentální stav.</i>
	Radka	<i>Přehodnotím individuálně při rozhovoru s pacientem a pozorováním jeho kognitivní funkce, aktuální zdravotní stav, zájem pacienta o edukaci a náladu. Porovnám třeba informace získané od sester.</i>
	Soňa	<i>V rámci rozhovoru s pacientem, sleduji jeho reakce. Dále čerpám informace od ošetřujícího personálu. Blíže pak sleduji schopnost konkrétního pacienta se učit, momentální stav a schopnost spolupráce. Jsou odlišní.</i>
	Šárka	<i>Je to velice individuální. První kontakt s pacientem navazuji příjemnými otázkami. Sleduji jeho reakce...</i>
	Tereza	<i>Je to velmi individuální, při prvním kontaktu s pacientem nabídnu edukaci a hodnotím vnímání pacienta, jeho zájem o edukaci, co chce slyšet a jestli vůbec, pro nezájem, bolest, nevolnost... pokud momentálně nemá o edukaci zájem, domluví se s pacientem případně na čase další návštěvy.</i>
4c	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapojení rodiny</li> </ul>

Alena	<i>Rodinu pak zapojujeme podle možností a schopností pacienta, pokud si to pacient a rodina přeje, pokud tedy pacient edukaci nezvládá. Je to velice individuální.</i>
Barbora	<i>Pokud jsou nějaké překážky v edukaci, rodina se většinou ráda zapojí. Je to individuální.</i>
Dana	<i>Pokud je přítomno mentální, smyslové či tělesné postižení, které omezuje pacientovu možnost se učit. Není to standardním postupem, ale pokud individuální situace vyžaduje, nebo je-li to reálné.</i>
Eva	<i>Když si to pacient či rodina přeje. Je to individuální.</i>
Františka	<i>Tato otázka navazuje na předchozí, pokud zjistím, že pacient je limitovaný ve schopnosti se učit, pro tělesný či psychický stav, oslovuji rodinu. Je to individuální.</i>
Gita	<i>Pokud je rodina přítomna.</i>
Hana	<i>Fyzické, např. v případě artritických prstů – kdy nezvládne výkon, a psychické bariéry, třeba nezáměr, strach, prokázaná demence atd. Je to různé.</i>
Ilona	<i>Pokud jsou přítomny bariéry v edukaci, nebo přeje-li si pacient.</i>
Jana	<i>Ona se rodina někdy sama nabídne, ráda se zapojí. Anebo když je potřeba, pokud pacient péči nesvede.</i>
Karolína	<i>Pokud si to pacient a rodina přeje. Pokud pacient edukaci nezvládá.</i>
Lenka	<i>Podle potřeby či přání pacienta a je-li to žádoucí. Každý to má jinak.</i>
Marie	<i>Je to různé. Většinou na základě přání pacienta a podle toho, co může pacient zvládnout.</i>

	Nina	<i>Když pacient edukaci nezvládá. To je ale různé. Pokud rodina nefunguje, staniční sestra osloví sociálního pracovníka, který zařídí agenturu domácí péče.</i>
	Olga	<i>U pacientů se sníženou schopností učit se, podle zdravotního stavu. Je to individuální.</i>
	Pavla	<i>Individuálně. Pokud je pacient v edukaci limitován.</i>
	Radka	<i>V případě výskytu edukačních bariér, pokud není možné zapojit rodinu, a je-li reálné, zajistí se spolupráce s agenturou domácí péče</i>
	Soňa	<i>Individuálně. Pokud nezvládá edukaci, pacient či rodina si přeje.</i>
	Šárka	<i>Pokud stav pacienta vyžaduje ošetrovatelskou péči doma, na výzvu lékaře, pokud je rodina ochotna. Je to člověk od člověka.</i>
	Tereza	<i>Individuálně, pokud to stav pacienta vyžaduje a je to reálné, pokud není možné zapojit rodinu, přes sociálního pracovníka řešícího sociální podmínky pacienta se event. zajistí agentura domácí péče nebo se řeší jiná následná péče.</i>
5		<b>Realizace edukačních strategií</b>
5a	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vlastní strategie práce</li> </ul>
	Alena	<i>Důležité je zajistit pro edukaci klid, soukromí, dostatek času, podávat základní informace, mluvit pomalu, zřetelně, v krátkých větách, pokud možno předat edukační materiál, jako brožurku, zapojit pak do edukace celý tým, myslím tím hlavně soustavnost soustavnosti, nevnucovat mu to, co nechce.</i>

Barbora	<i>Tady je důležitý individuální přístup. Spolu s pacientem stanovit reálný cíl, nenutit ho, věnovat mu více času, zajistit soukromí a klid, mluvit zřetelně a pomalu, udržovat oční kontakt, předávat informace i v písemné podobě a opakovat!</i>
Dana	<i>Je tu velká rozdílnost mezi nimi. I se zdravím. Vyhradím si více času. Na začátku edukace začínám s tím, co pacienta zajímá a co zná. Další informace přeformuluji a přiblížím možnostem a schopnostem konkrétního pacienta. Používám správnou rétoriku a důsledněji procvičuji.</i>
Eva	<i>Je to velice individuální, důležité je respektovat individuální zvláštnosti pacienta a přizpůsobit tak jeho učení. Zohlednit zdravotní stav. Zajistit soukromí a klid. Postupovat od jednoduššího ke složitějšímu. Ctít zásadu názornosti. Látku uspořádat do nějakých logických celků, upozornit pacienta na to, co je důležité a méně podstatné, přitom jim vysvětlit vzájemný vztah mezi nimi. Používat správnou rétoriku. Opakovat. Pacienta povzbuzovat a nešetřit chválou! Nejlépe v přítomnosti rodiny. Určitě předávat brožury s kontaktem na mě.</i>
Františka	<i>Individuálním přístupem. Věnuji mu více času, pokud lze zajistím klid a soukromí, snažím se přizpůsobit tempu učení pacienta, předávám klíčové informace, názorně předvedu, častěji opakuji a zjišťuji zpětnou vazbu, obsah edukace shrnu a event. se domluvím na tématu a času příští návštěvy.</i>
Gita	<i>Není senior jako senior. Vyhradit si více času. Opakování matka moudrosti. Pokud je rodina přítomna, snažím se jí do edukace zapojit. Nabízím brožury.</i>
Hana	<i>Na každého se musí trochu jinak. Podle mého názoru je podstatné předávat pouze hlavní body, musí se na ně mluvit v klidu, v pohodě a s pozitivním přístupem, jak se říká, po dobrým. Individuální rozhovor a dohoda na určitých věcech. A edukační materiál.</i>

Ilona	<i>Já vždycky vycházím z potřeb konkrétního pacienta. S každým je potřeba dělat něco jiného. Mluvit pomalu, zřetelně, v krátkých větách. Předávat podstatné informace. Občas více zapomínají, proto jim předávám informační materiály. Já třeba uplatňuji nadhled a určitý smysl pro humor, myslím si, že s humorem a určitým nadhledem jde leccos překonat.</i>
Jana	<i>Jsou každý jiný. Zohlednit zdravotní stav. Zajistit soukromí a klid. Navázat na jeho zkušenosti, zájmy, znalosti a dovednosti. Najít si dostatek času, opakovat a zřetelně mluvit, v kratších větách. Předávat písemný edukační materiál s kontaktem.</i>
Karolína	<i>Ctím zásadu dobrovolnosti, individuální přístup.</i>
Lenka	<i>Musím brát zřetel na to, jak na tom prostě ten pacient je. Najít si k němu nějakou cestu, abych mu pomohla. Samozřejmě musím edukaci pacientovi přizpůsobit. Důležité jsou edukační materiály i s kontakty.</i>
Marie	<i>Důležitý je zkoušet a hledat ten správný přístup ... je potřeba s každým pracovat individuálně. Po vzájemné dohodě s pacientem, co se naučíme. Důležité je zacílit se na fixaci nejnужnějších návyků a úkonů. Používat správnou rétoriku. Názorně předvést. Informace zprostředkovávat postupně a vyžadovat častou zpětnou vazbu a písemně.</i>
Nina	<i>S každým pacientem pracuji individuálně, vycházím z jeho potřeb. Respektuji jeho celkový stav. Přizpůsobuji se tempu učení jedince, polopatě, vysvětluji, o co jde, nikoho ale nenutím, odmítnout edukaci může každý.</i>
Olga	<i>Vyžadují individuální přístup. Vyžadují více času a trpělivost, používám jednoduché termíny, adekvátní rétoriku. Předávám informační materiály. V některých případech zapojím i rodinu.</i>
Pavla	<i>S každým je potřeba pracovat individuálně, podle jeho potřeb.</i>

	Radka	<i>Individuální přístup. Domluvit se společně s pacientem na tom, co zvládne. Navázat na to, co už ví nebo umí. Mluvit srozumitelně k úrovni chápání pacienta, správnou rétorikou, vyhradit si více času, zajistit klid a soukromí, používat jednoduché termíny, názorně ukázat a často opakovat, zjistit zpětnou vazbu. Povzbuzovat a chválit.</i>
	Soňa	<i>Tempo přizpůsobit potřebám pacienta, najít si čas, trpělivost, opakovat, zřetelně mluvit. Mluvit srozumitelně k úrovni jeho vzdělání a chápání. Je to pacient od pacienta.</i>
	Šárka	<i>Opět je to velmi individuální, podle potřeb pacienta, důležitá je empatie, pacienta vyslechnout, povzbudit, rozesmát, chválit a potěšit, to má rád každý. Využívám edukační materiály.</i>
	Tereza	<i>Člověk od člověka. Jak na tom taky zdravotně je. Navazuji na to, co pacient už ví, anebo co jej zajímá. Mluvit pomalu, stručně, používat jednoduché termíny a najít si více času. Přizpůsobit se tempu jejich učení. Chválit i za malé krůčky. Přínosné je zapojení rodiny.</i>
5b	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Využívání edukačních forem a metod</li> </ul>
	Alena	<i>Při edukaci seniorů upřednostňuji individuální formu edukace, metodu slovní, z toho pak vysvětlování a výklad, modelové příklady a příběhy, dále ukázkou a nácvik, důležité jsou obrázky a brožury ty i s kontaktem na mě, lépe pak pochopí a zafixují si.</i>
	Barbora	<i>Určitě individuální formou, z důvodu usnadnění osvojení dovedností vše potřebné v klidu, trpělivě, zřetelně a pomalu vysvětlit, předvést a procvičit. Používám zdravotnický materiál. Pouštím video. Předávám brožurky s telefonním a emailovým kontaktem pro případ potřeby.</i>
	Dana	<i>Face tu face - spíše individuální. Podle toho, co je potřeba naučit – výklad, event. ukázkou, nácvik a zafixování praktického úkonu s reálným zdravotnickým materiálem.</i>

Eva	<i>Individuálně, vysvětlit vše potřebné, určitě předávat brožury s kontaktem na mě. Procvičovat! Skutečný zdravotnický materiál! Důležitý je opakovaný nácvik.</i>
Františka	<i>Z očí do očí, vše potřebné trpělivě vysvětlím, předvedu a důsledně zajistím praktický nácvik s reálným materiálem, materiálem od obchodních zástupců firem, důsledné procvičování motoriky, napodobování, zdokonalování...</i>
Gita	<i>Spíše využívám individuální edukaci, nabízím ke zhlédnutí edukační video a edukační brožury s kontaktem, z metod používám slovní, vysvětlováním, výkladem, rozhovorem, modelovým příkladem a příběhem, dále praktickou ukázkou a praktický nácvik.</i>
Hana	<i>Edukuji pacienty individuálně. Využívám metodu slovní, výklad, rozhovor, vysvětlování, která umožňuje pacientovi potřebné vysvětlit, zopakovat, zeptat se na to, co potřebují a pokud zapomenou, mají možnost si vše prostřednictvím edukačních materiálů přečíst. Praktická ukáзка a nácvik pak pomůžou osvojit si např. dovednost, péči.</i>
Ilona	<i>Senioři si hůře pamatují, je proto potřeba potřebné opakovaně vysvětlit. Občas více zapomínají, proto jim předávám informační materiály. Využívám nástěnné obrazy a zdravotnický materiál. Pokud je potřeba pacientovi vysvětlit třeba princip založení stomie, nakreslím jej na papír. Doplnuji modelové příklady a příběhy. Pro lepší zapamatování je důležitý opakovaný kontrolovaný nácvik. Vše individuálně.</i>
Jana	<i>Trpělivě vysvětluji, používám zdravotnický materiál, předávám písemný edukační materiál s kontaktem, pouštím film, někdy i kreslím na papír popis operace. Vyžadují praktický nácvik. Jinak je to na individuálním přístupu.</i>
Karolína	<i>Podle možností edukace u pacienta využít vše, kognici, afekci i psychomotoriku, aby pochopil. Je lepší se věnovat každému individuálně.</i>



Lenka	<i>Využívám nástěnné obrazy. Určitě individuálně. Měli bychom vše potřebné srozumitelným způsobem vysvětlit, důležité jsou edukační materiály i s kontaktem, pak má pacient potřebné vždy po ruce. Pokud je potřeba pacientovi vysvětlit třeba princip založení stomie, nakreslím jej na papír.</i>
Marie	<i>Já edukuji pouze individuálně, využívám anatomická schémata, různé obrázky, a zdravotnický materiál, event. materiál od obchodních zástupců firem, Upřednostňuji výklad, vysvětlení, rozhovor, příklady a příběhy, ukázkou, nácvik a písemný edukační materiál.</i>
Nina	<i>Z očí do očí. Určitě mluvené a psané slovo, výklad, rozhovor, příklady a příběhy, když je potřeba, tak i praktickou ukázkou a nácvik.</i>
Olga	<i>Mluvené slovo, hlavně vysvětlování, informační materiály a praktický nácvik. Po jednom.</i>
Pavla	<i>Záleží na tématu edukace, vysvětlení, ukázkou, nácvik. I se zdravotnickým a s edukačním materiálem. Podle tématu použít i výukový film. Každého samostatně.</i>
Radka	<i>Vysvětlování, rozhovor, ukázkou, praktický nácvik s reálným zdravotnickým materiálem vede k automatizování dovedností. Edukační materiál jako záruka informací u sebe. Používám různé obrázky. Individuálně.</i>
Soňa	<i>Výklad, vysvětlování, rozhovor, ukázkou a nácvik. Edukační materiál. Kombinace slova a nácviku je lépe zapamatovatelná. Upřednostňuji individuální formu edukace, někdy, pokud je na pokoji více pacientů se stejným problémem, tak je edukuji po jejich souhlasu společně.</i>
Šárka	<i>Slovní metody, vysvětlování, rozhovor, praktickou ukázkou a nácvik, využívám edukační materiály, předávám i s kontakty, materiály od obchodních zástupců firem a obrázky, edukační video, reálný zdravotnický materiál atp. Upřednostňuji edukovat každého samostatně. Využívám i edukační materiál nutričních pracovníků, je pro personál přístupný na ALTUS portále.</i>

	Tereza	<i>Podle zaměření edukace, vysvětlování, rozhovor, event. doplním ukázkou a pacient si potřebné procvičí. Používám reálný zdravotnický materiál, různé obrázky a anatomická schémata. Předám edukační materiál. Používám nástěnné obrazy. Každý je lepší individuálně.</i>
5c	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posuzování výsledného efektu edukace</li> </ul>
	Alena	<i>Na konci edukace je pak důležitá zpětná vazba – konkrétní kontrolní otázka, eventuálně pak zhlédnutí provedeného výkonu.</i>
	Barbora	<i>Prostřednictvím kladení otázek a posouzení odpovědí. Také pozorováním zručností při provádění osvojeného výkonu.</i>
	Dana	<i>Rozhovorem s pacientem a event. poprosím pacienta o předvedení osvojeného výkonu.</i>
	Eva	<i>Rozhovorem a pozorováním. Rozhovorem s personálem či rodinou.</i>
	Františka	<i>Na základě zpětné vazby – zjišťuji, co se dozvěděl a naučil. Otázkami: co jste mi rozuměl z toho, co jsem vám říkala? Jak budete provádět ...?</i>
	Čiťa	<i>Výsledný efekt hodnotím na základě kontrolní otázky a zhlédnutí provedeného výkonu.</i>
	Hana	<i>Já pozoruju, jak se učí. To je moje zpětná vazba.</i>
	Ilona	<i>Rozumně si s pacientem popovídám. Proberu s ním všechny možnosti. Diskutujeme. Poté popř. srovnám informace získané od rodiny či personálu.</i>
	Jana	<i>Kontrolní otázkou, event. kontrolními otázkami, a zhlédnutím výkonu.</i>
	Karolína	<i>Kontrolními otázkami a popř. i zhlédnutím provedeného výkonu. Pokud procvičuje pacient s personálem, tak se jich zeptám, jak mu to jde.</i>

	Lenka	<i>Na základě kontrolních otázek a předvedení výkonu.</i>
	Marie	<i>Na základě diskuse s pacientem, při které sleduji jeho porozumění sděleného. Event. ho vyzvu, aby předvedl výkon.</i>
	Nina	<i>Konkrétními kontrolními otázkami a pozorováním zručností při provádění výkonu</i>
	Olga	<i>Tady je důležitá zpětná vazba, kontrolní otázky a praktická ukázka. Poptám se popř. personálu.</i>
	Pavla	<i>Nenásilnou formou prostřednictvím rozhovoru, sleduji, jestli pacient pochopil.</i>
	Radka	<i>Prostřednictvím rozhovoru s pacientem, v rámci opakování nenásilnou formou kladením otázek zjišťujících znalosti atd., informací od ošetřujícího personálu v případě procvičování či od rodiny.</i>
	Soňa	<i>Pokládání kontrolních otázek a zhlédnutí výkonu.</i>
	Šárka	<i>U seniorů je důležité ověřit zapamatování, hodnotím tedy zhlédnutí výkonu, znalost ověřuji, aby se pacient necítil jako při zkoušení ve škole, nenásilnou formou, tyto znalosti a dovednosti ověřuji i v další dny.</i>
	Tereza	<i>Zhlédnutím výkonu a kontrolními otázkami. Poptám se personálu, popř. rodiny.</i>
6	<b>Respondent</b>	<b><i>Specifické materiály a pomůcky, příp. speciálně upravené prostředí</i></b>
	Alena	<i>Při vlastní edukaci seniorů využívám hlavně obrázky, sama jsem si je vyrobila, důležité je předání informací v písemné podobě s kontaktem na mě. Určitě zajistím klid a soukromí. Pacient by měl mít, pokud potřebuje brýle atd. Podle možností využívám k edukaci edukační místnost.</i>

Barbora	<i>Určitě zajistím kompenzační pomůcky. Soukromí, klid, světlo v místnosti, je-li potřeba. Předávám brožurky s telefonním a emailovým kontaktem pro případ potřeby.</i>
Dana	<i>Podle potřeby upravím prostředí – světlo, klid atd. Využívám ale, pokud to stav pacienta dovolí, edukační místnost.</i>
Eva	<i>Předávám brožury s kontaktem na mě. Soukromí a klid.</i>
Františka	<i>Ne.</i>
Gita	<i>Předávám edukační materiály, brožurky, s kontaktem. Využívám podle možností edukační místnost. Jinak nic speciálního pro ně nemám.</i>
Hana	<i>Zatím tu nic takového nemáme. Musí se na ně mluvit v klidu.</i>
Ilona	<i>Nejzásadnější pomůckou jsem já sama. Prostředek, který vždycky máme, jsme my a ten lidský přístup.</i>
Jana	<i>Na požádání můžu vytisknout edukační materiály z počítače větším písmem. Zajistím klid a soukromí. Podle stavu pacienta jej edukuji v edukační místnosti.</i>
Karolína	<i>Ne. Bohužel nemám edukační místnost, v případě přítomnosti dalšího spolupacienta na pokoji žádám pacientův souhlas, že ho můžu edukovat v jeho přítomnosti.</i>
Lenka	<i>Důležité jsou pro ně brožury s kontaktem, jinak nic zvlášť pro ně.</i>
Marie	<i>Zajistím k edukaci klid, soukromí, dostatek světla. To mi nabízí i edukační místnost. Ještě je potřeba, aby měl pacient v případě potřeby brýle nebo naslouchadlo. Mám vlastní obrázky.</i>
Nina	<i>Nepoužívám.</i>

	Olga	<i>Ráda bych používala, jsou ale omezené možnosti, větší písma a čísla na zdravotnických pomůckách a příbalových letáčcích by bylo fajn.</i>
	Pavla	<i>Ne. Bohužel nemám ani edukační místnost. Při dopoledním provozu na oddělení je edukovat pacienta na pokoji někdy náročné.</i>
	Radka	<i>Nevím, ne. Kdysi jsem měla edukační místnost, měli jsme s pacientem na edukaci klid a pohodu a všechno po ruce. Z organizačních důvodů ji žel zrušili.</i>
	Soňa	<i>Nemáme.</i>
	Šárka	<i>Mám k dispozici edukační místnost, je tu soukromí a klid. Důležité je dostatečné osvětlení. Používám vlastní vyrobené obrázky, jinak nic speciálního, edukační materiály s kontaktem na mě. Kompenzační pomůcky podle potřeby.</i>
	Tereza	<i>Nepoužívám.</i>
7		<b><i>Pomoc – opora při problémech v praxi</i></b>
7a	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Týmová spolupráce</li> </ul>
	Alena	<i>Specifika zaměření edukace konzultuji s lékařem, dále spolupracuji s fyzioterapeutem, v otázce procvičování, se sestrami, také v rámci procvičování, a sanitáři, tam vlastně také.</i>
	Barbora	<i>Sestry mě kontaktují, pokud zjistí, že pacient potřebuje v něčem edukovat. Pokud potřebuji upřesnit léčebný režim vycházející z provedeného operačního zákroku, tak kontaktuji lékaře. Spolupracuji i fyzioterapeutem a nutriční sestrou, ke zlepšení pohyblivosti, konzultace ohledně diety apod. Do procvičování požadovaného zapojuji celý ošetřující personál.</i>

Dana	<i>Spolupracuji s celým zdravotnickým týmem – s lékařem (myslím tím zvláštnosti léčby), s fyzioterapeutem, např. v případě prevence pooperačních komplikací, a nutriční sestrou, při nechutenství, je-li třeba nějaká dieta, a ošetřujícím personálem, v otázce procvičování.</i>
Eva	<i>Pokud je potřeba, tak ano. Většinou se jedná o ošetřující personál, myslím tím hlavně nácvik provádění odborných výkonů. Popřípadě spolupracuji s rodinou.</i>
Františka	<i>S celým zdravotnickým týmem - podle potřeby konkrétního pacienta. Většinou se sestrami jako zdroj informací a procvičování.</i>
Gita	<i>Při nejasnostech kontaktuji lékaře, spolupracuji zejména s fyzioterapeutem, pro procvičování. Ze stejného důvodu se sestrami. Pokud je rodina přítomna, snažím se ji do edukace zapojit. Máme možnost oslovit v případě potřeby ostatní členky edukačního týmu, pokud potřebují edukovat pacienta na téma, které se netýká mého oboru.</i>
Hana	<i>Když něco nevím, jdu se poradit za odpovědnou osobou, tím může být sestra, lékař, fyzioterapeut, nutriční sestra atd.</i>
Ilona	<i>Určitě se sestrami, s lékaři, tady např. doba zavedení drenáží, fyzioterapeutem, s ním např. prevence pooperačních komplikací, a nutriční sestrou, kde se řeší např. rozepsaná strava, nechutenství, doplnění bílkovin.</i>
Jana	<i>Důležité je zapojit do edukace celý zdravotnický tým, podle potřeby konkrétního pacienta.</i>
Karolína	<i>Se sestrami, zejména v otázce procvičování, také mě informují, že je potřeba někoho edukovat, s fyzioterapeutem, ten je v blízkém kontaktu s pacientem, často v rámci neformálního rozhovoru s pacientem zjistí edukační potřebu, a lékařem, tady konzultace případných nejasností.</i>

	Lenka	<i>S kým je potřeba. I pokud pacient potřebuje aktuálně informace o speciálním postupu jiného klinického oboru, tak je třeba mu je zajistit. Tady využívám kolegyně z týmu.</i>
	Marie	<i>Je-li potřeba, zajistím pacienta edukaci týmově, to znamená ve spolupráci s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem či jinou edukační sestrou.</i>
	Nina	<i>Většinou se sestrami, pro mě velký zdroj informací a podstatná problematika procvičování výkonů, fyzioterapeutem, taktéž můj zdroj informací, v případě zlepšení pohyblivosti, a lékařem v případě nějakých nejasností</i>
	Olga	<i>Podle potřeby, nejčastěji s ošetřující sestrou a fyzioterapeutem. V některých případech zapojím i rodinu.</i>
	Pavla	<i>Snažím se zapojit toho, kdo je potřeba, sestry, fyzioterapeuta ...</i>
	Radka	<i>S ošetřujícími sestrami, s fyzioterapeutem a nutriční sestrou.</i>
	Soňa	<i>Se sestřičkami v otázce procvičování, s fyzioterapeutem, ti mají vlastní edukace a s nutriční sestrou v rámci dietního opatření.</i>
	Šárka	<i>S lékařem, na jeho výzvu provádím edukaci, sestrami, v otázce procvičování, fyzioterapeutem, ti mají také vlastní edukace, nutriční sestrou, hlavně při diabetu, a sociálním pracovníkem při řešení sociálních podmínek.</i>
	Tereza	<i>S kým je potřeba, někdy řeším i týmovou edukaci. Přínosné je zapojení rodiny. Někdy když jsou problémy tam, tak se sociálním pracovníkem.</i>
7b	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opora při problémech v praxi</li> </ul>
	Alena	<i>Případná konzultace s lékařem při nejasnostech či problémech, stejně tak s fyzioterapeutem, řešení problémů není problém.</i>

Barbora	<i>Nepotřebuji. Pokud výjimečně ano, oslovuji lékaře k vysvětlení něčeho mě nejasného. Ze stejného důvodu bych oslovila fyzioterapeuta či nutriční sestru. Jsou vstřícní.</i>
Dana	<i>Nestává se. Asi bych neměla problémy, že by mě někdo odmítl. Záleželo by na tom, o který problém by se jednalo - tím mám na mysli konzultaci s lékařem, sestrami, ostatními členkami týmu atd.</i>
Eva	<i>Na počátku, když jsem nevěděla jak na to, vyhledala jsem pomoc pracovníků Fakulty zdravotnických věd. Dnes už není potřeba.</i>
Františka	<i>V případě potřeby řeším potřebné s ostatními edukačními sestrami v týmu.</i>
Gita	<i>Je, ale já ji nevyužívám, není potřeba. Máme možnost oslovit v případě potřeby ostatní členky edukačního týmu, pokud potřebují edukovat pacienta na téma, které se netýká mého oboru.</i>
Hana	<i>Já jsem se s tím osobně nesešla. Asi bych šla za odpovědnou osobou.</i>
Ilona	<i>Požádám kolegyni z jiné kliniky, pokud je potřeba edukovat téma jiného oboru.</i>
Jana	<i>Důležité je zapojit do edukace celý zdravotnický tým, tady vidím oporu ze strany personálu v opakování, v procvičování. Pokud se vyskytne z mé či jejich strany při edukaci pacienta problém, konzultujeme ho a snažíme se ho společně vyřešit.</i>
Karolín	<i>Nemám takovou zkušenost.</i>
Lenka	<i>S kým je potřeba. Nestává se často. Pokud pacient potřebuje aktuálně informace o speciálním postupu jiného klinického oboru, tak využívám kolegyně.</i>



	Marie	<i>Je-li potřeba, vycházím z metodického pokynu a zajistím u pacienta týmovou edukaci, to znamená ve spolupráci s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem či jinou edukační sestrou.</i>
	Nina	<i>Pomohou určitě kolegyně v týmu, někdy oslovím nutriční terapeutku ohledně diety.</i>
	Olga	<i>Nemám s tímto zkušenosti.</i>
	Pavla	<i>Většinou poprosím kolegyně z týmu o radu, pomoc.</i>
	Radka	<i>Nemám tuto zkušenost, nemůžu se vyjádřit.</i>
	Soňa	<i>Spolupracuji s kolegyněmi v týmu.</i>
	Šárka	<i>Nemám takovou zkušenost, pokud něco nevím, protože nevím všechno, třeba informace z jiného oboru, slíbím a zajistím pro pacienta do další návštěvy.</i>
	Tereza	<i>Případné problémy řeším s kompetentní osobou, s lékařem, sestrami, fyzioterapeutem, nutriční sestrou či sociálním pracovníkem. Nebo zajistím i týmovou edukaci.</i>
	<b>Respondent</b>	<b><i>Dokumentování průběhu edukace</i></b>
8a		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Záznam o edukaci do zdravotnické dokumentace</li> </ul>

Alena	<i>Provádím záznam v psané podobě o provedené edukaci do dokumentace pacienta, formulář se nazývá Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči, po každé edukaci bych ráda, toto není reálné, v ten den. V krátkých větách, jasně stručně a výstižně – v čem je pacient již edukován a popř. co je potřeba v současnosti procvičit. Plán další edukace personálu již předávám ústně. Dále existuje záznam i v elektronické podobě, pro potřeby koordinátorky edukačních sester, kdy se provádí statistika edukací, toto provádím na konci směny.</i>
Barbora	<i>Do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči, po edukaci. Stručně, v čem jsem ho edukovala. Informaci o bližších okolnostech realizované edukace předávám službu konající sestře.</i>
Dana	<i>Existuje Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči, spodní část formuláře je vyhrazena pro edukaci realizovanou edukační sestrou - zapisují datum a téma edukace, s mojí parafou.</i>
Eva	<i>Podle metodického pokynu, do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči, informativně – téma a datum edukace, po její realizaci.</i>
Františka	<i>Do ošetrovatelské dokumentace, existuje formulář Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči, do spodní kolonky po každé edukaci u pacienta stručně zapisují, v čem jsem ho edukovala, datum a podpis.</i>
Čiťa	<i>Po provedené edukaci provádím zápis do ošetrovatelské dokumentace pacienta, přesněji do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči, využívají je i ošetřující sestry a fyzioterapeuti, používám krátké věty, co pacient již umí a co je potřebné u pacienta procvičit.</i>
Hana	<i>Písemnou formou do formuláře Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči, uvádím datum, a číslem nebo slovně téma edukace. Dále do záznamového formuláře Záznam o edukaci v elektronické podobě.</i>

Ilona	<i>Do záznamu o edukaci, písemně – stručně, téma, co je nutné opakovat a procvičit. Další okolnosti předávám službu konající sestře. Dále do počítače, výběrem z nabízených možností v programu.</i>
Jana	<i>Do ošetrovatelské dokumentace – téma, slovně nebo číslem, datum, podpis. Pak elektronickou formou.</i>
Karolína	<i>Do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči – téma a datum edukace s parafou. A taktěž do počítače pro statistiku.</i>
Lenka	<i>Po její realizaci podle metodického pokynu do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči, do jeho spodní části stručně – téma a datum edukace. Také do počítače.</i>
Marie	<i>V krátkých větách, jasně stručně a výstižně do formuláře Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči. Dále existuje záznam i v elektronické podobě.</i>
Nina	<i>Do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči, zapisuji téma edukace a datum. A také do počítače, kde je výběr možností.</i>
Olga	<i>Do formuláře Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči, téma, datum, podpis a do počítače.</i>
Pavla	<i>Podle metodického pokynu, do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči a elektronicky.</i>
Radka	<i>Vycházím z metodického pokynu, do formuláře Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči po edukaci, písemně, datum, téma číslem nebo slovně stručně a podpis. Pokud potřebuji procvičovat, domlouvám se s personálem ústně, důvěřuji v návaznost... Dále také provádím záznam do počítače.</i>
Soňa	<i>Písemně do formuláře Záznam o poskytnutí ošetrovatelské péče, vypíši, v čem jsem edukovala, spolupráci v otázce procvičování řeším s personálem ústně, a také do počítače výběrem z nabídek.</i>

	Šárka	<i>Vpsané podobě do dokumentace pacienta, formulář se nazývá Záznam o poskytnuté ošetrovatelské péči, po každé edukaci bych ráda, toto není reálné, v ten den. Číslem, nebo v krátkých větách, jasně stručně a výstižně – v čem je pacient již edukován a popř. co je potřeba v současnosti procvičit. Plán další edukace personálu již předávám ústně. Dále existuje záznam i v elektronické podobě, výběrem z možností, i pro potřeby koordinátorky edukačních sester, provádí se statistika edukací, toto provádím na konci směny.</i>
	Tereza	<i>Podle metodického pokynu, do Záznamu o poskytnuté ošetrovatelské péči číslem tématu nebo slovně a elektronicky výběrem z nabízených možností. Po edukaci.</i>
8b	<b>Respondent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vlastní záznamy</li> </ul>
	Alena	<i>Původní dokumentace k edukaci neměla smysl. V současné době je zjednodušená, klasický formulář k plánování edukace Záznam o edukaci edukační sestrou již není, provádím si proto vlastní přípravu, podle vlastních potřeb. Každý den ráno ze zdravotnické dokumentace – přehled přijatých pacientů a téma jejich edukace, dále si vedu přehled průběžné edukace, zajímá mě tam domluva na čase edukace, informace o tom, co pacient již zná a umí, co je potřeba dále procvičit atd.</i>
	Barbora	<i>Mám vlastní denní plán edukace, se jmény pacientů a tématy edukace, plán popřípadě operativně měním nebo doplňuji podle aktuálních potřeb pacientů.</i>
	Dana	<i>Mám diář, do kterého si zapisuji denně podle potřeby jména pacientů a v čem jsem je edukovala.</i>
	Eva	<i>Vedu si denní přehled edukovaných pacientů, přijatých, i průběžné edukace s tématy, i pacientů, které je třeba edukovat před propuštěním, k tomu pak eventuálně vlastní poznámku - pomůcky, příští termín edukace, reakce na edukaci atd.</i>

Františka	<i>Denně si připravuji seznam pacientů k edukaci, s tématy a event. s poznámkami, jako jsou např. potřebné pomůcky, zapojení rodiny, čas edukace atd.</i>
Gita	<i>Původní dokumentace k edukaci neměla smysl, v současné době je zjednodušená, neexistuje Záznam o edukaci edukační sestrou. Provádím si vlastní přípravu, z elektronické zdravotní dokumentace, každý den ráno – přijatí pacienti k hospitalizaci a téma jejich edukace, pacienti po operaci a téma jejich edukace, event. průběžná edukace. Používám vlastní značky a zkratky, pro příjem, operaci, základní edukaci, reedukaci apod.</i>
Hana	<i>Denně si vedu záznam pacientů k edukaci a téma. Co se týče odborného obsahu sdělovaného, tak vycházím ze svých znalostí, dovedností, zkušeností či písemných edukačních materiálů, které pak předávám pacientovi. Ostatní problémy řeším operativně. Jsou využívány i ošetrovatelské standardy.</i>
Ilona	<i>Žádnou speciální přípravu nemám, pouze přehled pacientů k edukaci. Ten si vedu denně, podle stavu pacientů na oddělení, aktualizuji ho podle potřeby. Téma řeším aktuálně podle potřeby pacienta, myslím tím příjem, průběžnou edukaci, propuštění, speciální výkon atd.</i>
Jana	<i>Kromě přehledu koho budu edukovat a o čem žádnou speciální přípravu nemám. Ze stavu pacientů na oddělení, dále ze zdravotnické dokumentace zjistím okolnosti, o čem je potřebné ho edukovat, další může být otázkou aktuální potřeby pacienta.</i>
Karolína	<i>Každý den ráno si tisknu operační protokol, vycházím z něho. Dále pak z informací od sester, koho je třeba edukovat a v čem.</i>
Lenka	<i>Nevedu.</i>

	Marie	<i>Dělám si vlastní přípravu, každý den ráno ze zdravotnické dokumentace – přehled přijatých pacientů a téma jejich edukace, dále si vedu přehled průběžné edukace, zaznamenávám si domluvu na čase edukace, informace o tom, co pacient již zná a umí, co je potřeba dále procvičit atd., a přehled pacientů k propuštění.</i>
	Nina	<i>Žádné vlastní záznamy o průběhu edukace si nevedu.</i>
	Olga	<i>Nemám.</i>
	Pavla	<i>Vedu si přehled pacientů k edukaci s tématem. Ze zdravotnické dokumentace a z prvního kontaktu s pacientem, na co se mám zaměřit.</i>
	Radka	<i>Extra záznamy nemám, každý den seznam pacientů a podle diagnózy téma edukace.</i>
	Sofia	<i>Nic zvláštního. Každý den ráno si chystám přehled edukací – jméno pacienta a podle dokumentace téma.</i>
	Šárka	<i>Provádím si přípravu edukací na celý týden (pokoj/lůžko, jméno a příjmení pacienta, diagnóza ve zkratce), čerpám z počítače, pak projdu oddělení, zjistím informace od ošetřujícího personálu. Ti mě ale také v případě potřeby edukace volají. Další plánuji po prvním kontaktu s pacientem.</i>
	Tereza	<i>Každý den ráno si vedu přehled edukací (jméno a příjmení pacienta a diagnóza) čerpám z počítače, podle stavu pacientů na oddělení, aktualizuji ho podle potřeby. Důležité informace zjišťuji od ošetřujícího personálu a fyzioterapeutů.</i>
9	<b>Respondent</b>	<b>Závěr</b>
9a		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volné vyjádření, otázky respondenta</li> </ul>

Alena	<i>Poprosila bych Vás pak o důležité výsledky výzkumu vztahující se k realizaci edukace pacientů v seniorském věku a také o Vámi vypracovaný návrh doporučení pro praxi a základ k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.</i>
Barbora	<i>Nenapadá. Ne, děkuji!</i>
Dana	<i>Děkuji!</i>
Eva	<i>Ošetrování pacientů a s tím spojená edukace je srdeční záležitostí každé sestry. Více informací a dovedností v této oblasti usnadní sestře edukaci, zlepší výsledky edukace u pacienta, a v konečném důsledku zvýší i kvalitu poskytované péče. Moc ráda se seznámím s výsledky Vašeho výzkumu.</i>
Františka	<i>Asi ne.</i>
Gita	<i>Provádíte obdivuhodnou činnost, přeji mnoho štěstí. Potom prosím o inspiraci pro práci s pacienty v seniorském věku.</i>
Hana	<i>Ráda se seznámím s výsledky Vašeho výzkumu.</i>
Ilona	<i>Ne.</i>
Jana	<i>Myslím, že ne.</i>
Karolína	<i>Ne.</i>
Lenka	<i>Ne.</i>
Marie	<i>Přeji hodně štěstí a dejte pak k seznámení Vaše zjištění.</i>
Nina	<i>Zajímaly by mě závěry vašeho výzkumu.</i>
Olga	<i>Dejte vědět, co jste se dozvěděla, ráda se poučím.</i>

Pavla	<i>Hodně štěstí, zajímavá práce.</i>
Radka	<i>Prosím o návody jak postupovat...</i>
Soňa	<i>Nemám.</i>
Šárka	<i>Dejte potom vědět! Hodně úspěchů!</i>
Tereza	<i>Ráda si pak výsledky Vaší práce přečtu!</i>



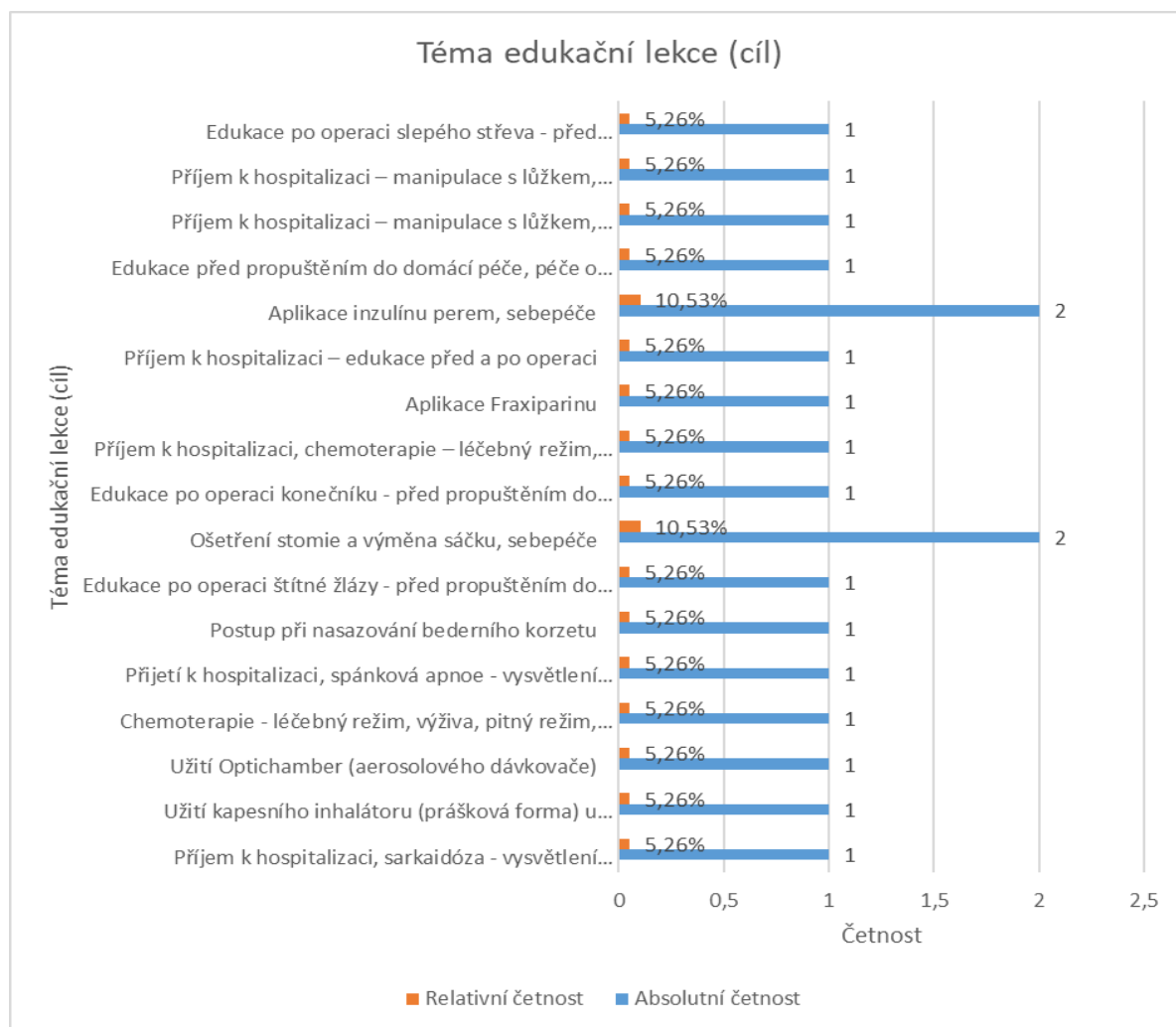
## 1, PROJEKTOVÁNÍ EDUKAČNÍCH STRATEGIÍ

### Téma edukační lekce (cíl)

Téma edukační lekce (cíl)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Příjem k hospitalizaci, sarkaidóza - vysvětlení onemocnění, plánovaná vyšetření, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů	1	5.26%
Užití kapesního inhalátoru (prášková forma) u chronické obstrukční plicní nemoci	1	5.26%
Užití Optichamber (aerosolového dávkovače)	1	5.26%
Chemoterapie - léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů	1	5.26%
Přijetí k hospitalizaci, spánková apnoe - vysvětlení onemocnění, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, pravidla spánkové hygieny, plánovaná vyšetření	1	5.26%
Postup při nasazování bederního korzetu	1	5.26%
Edukace po operaci štítné žlázy - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebek péče, výživa, pitný režim, péče o ránu, následná péče, doplňující informace	1	5.26%
Ošetření stomie a výměna sáčku, sebek péče	2	10.53%
Edukace po operaci konečníku - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebek péče, výživa, pitný režim, péče o ránu	1	5.26%
Příjem k hospitalizaci, chemoterapie – léčebný režim, výživa, pitný režim, sebek péče, prevence pádů	1	5.26%
Aplikace Fraxiparinu	1	5.26%
Příjem k hospitalizaci – edukace před a po operaci	1	5.26%
Aplikace inzulínu perem, sebek péče	2	10.53%
Edukace před propuštěním do domácí péče, péče o permanentní močový katétr, sebek péče	1	5.26%
Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, domácí řád, plánovaná vyšetření	1	5.26%
Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, používání kompenzačních pomůcek: berle, domácí řád, plánovaná vyšetření	1	5.26%
Edukace po operaci slepého střeva - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebek péče, výživa, pitný režim, péče o ránu	1	5.26%

Tabulka 47: Téma edukační lekce (zdroj: vlastní průzkum)

<sup>729</sup> Pro přehlednost jsou výsledky seřazeny podle jednotlivých částí pozorovacího archu (tj. podle předem stanovených pozorovaných kategorií - kategorií jevů) – pozn. autorky.



Graf 41: Téma edukační lekce (zdroj: vlastní průzkum)

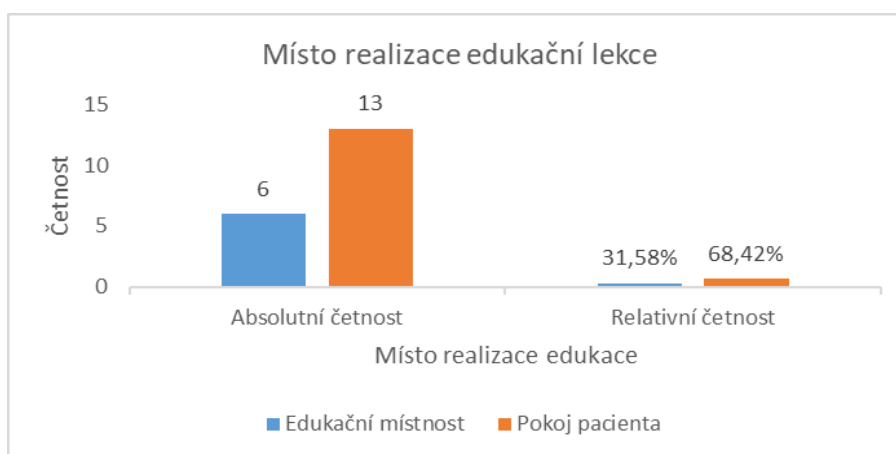
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%), tematické oblasti edukace byly velmi rozmanité. Edukační intervence respondentů byly zaměřeny na tyto témata: Ošetření stomie a výměna sáčku, sebedpěče 10.53% (2); Aplikace inzulínu perem, sebedpěče 10.53% (2); Příjem k hospitalizaci, sarkaidóza - vysvětlení onemocnění, plánovaná vyšetření, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů 5.26% (1); Užití kapesního inhalátoru (prášková forma) u chronické obstrukční plicní nemoci 5.26% (1); Užití Optichamber (aerosolového dávkovače) 5.26% (1); Chemoterapie - léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů 5.26% (1); Přijetí k hospitalizaci, spánková apnoe - vysvětlení onemocnění, léčebný režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, pravidla spánkové hygieny, plánovaná vyšetření 5.26% (1); Postup při nasazování bederního korzetu 5.26% (1); Edukace po operaci štítné žlázy - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebedpěče, výživa, pitný režim, péče o ránu, následná péče, doplňující informace 5.26% (1); Edukace po operaci konečníku - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebedpěče, výživa, pitný režim,

péče o ránu 5.26% (1); Příjem k hospitalizaci, chemoterapie – léčebný režim, výživa, pitný režim, sebedpéče, prevence pádů 5.26% (1); Aplikace Fraxiparinu 5.26% (1); Příjem k hospitalizaci – edukace před a po operaci 5.26% (1); Edukace před propuštěním do domácí péče, péče o permanentní močový katétr, sebedpéče 5.26% (1); Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, domácí řád, plánovaná vyšetření 5.26% (1); Příjem k hospitalizaci – manipulace s lůžkem, signalizací, pohybový režim, výživa, pitný režim, prevence pádů, používání kompenzačních pomůcek: berle, domácí řád, plánovaná vyšetření 5.26% (1) a Edukace po operaci slepého střeva - před propuštěním do domácí péče, léčebný režim, sebedpéče, výživa, pitný režim, péče o ránu 5.26% (1).

### Místo realizace edukační lekce

Místo realizace edukační lekce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Edukační místnost	6	31.58%
Pokoj pacienta	13	68.42%

Tabulka 48: Místo realizace edukační lekce (zdroj: vlastní průzkum)



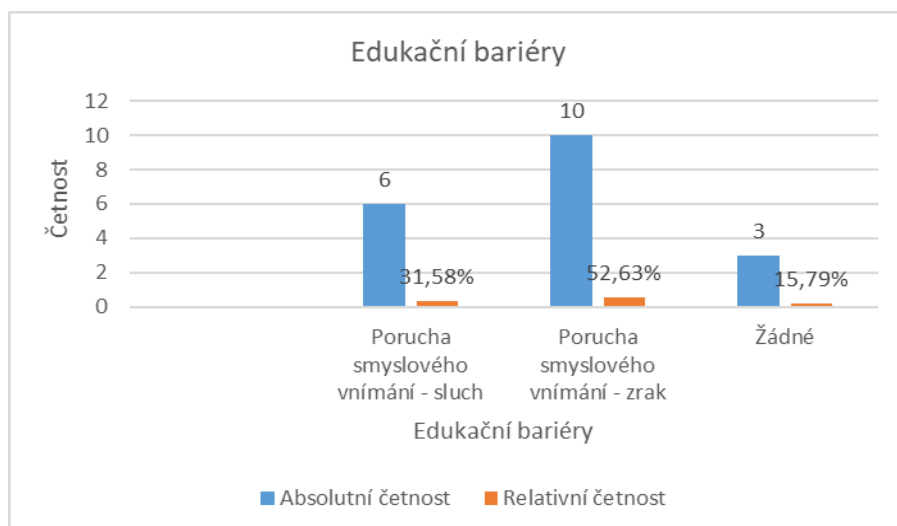
Graf 42: Místo realizace edukační lekce (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Nejčastěji se edukace realizovala na pokoji pacienta 68.42% (13), edukační místnost byla využita ve 31.58% (6).

### Edukační bariéry

Edukační bariéry	Absolutní četnost	Relativní četnost
Porucha smyslového vnímání - sluch	6	31.58%
Porucha smyslového vnímání - zrak	10	52.63%
Žádné	3	15.79%

Tabulka 49: Edukační bariéry (zdroj: vlastní průzkum)



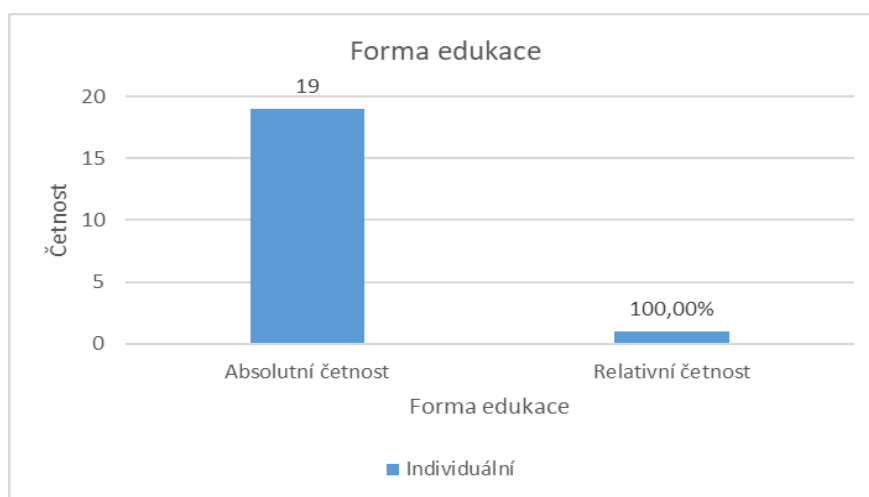
Graf 43: Edukační bariéry (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Mezi edukační bariéry ze strany pacienta v 52.63% (10) patřila porucha zraku a ve 31.58% (6) porucha sluchu. Ve 15.79% (3) sledovaných edukačních lekcí se nevyskytovaly žádné edukační bariéry.

### Forma edukace

Forma edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Individuální	19	100.00%

Tabulka 50: Forma edukace (zdroj: vlastní průzkum)



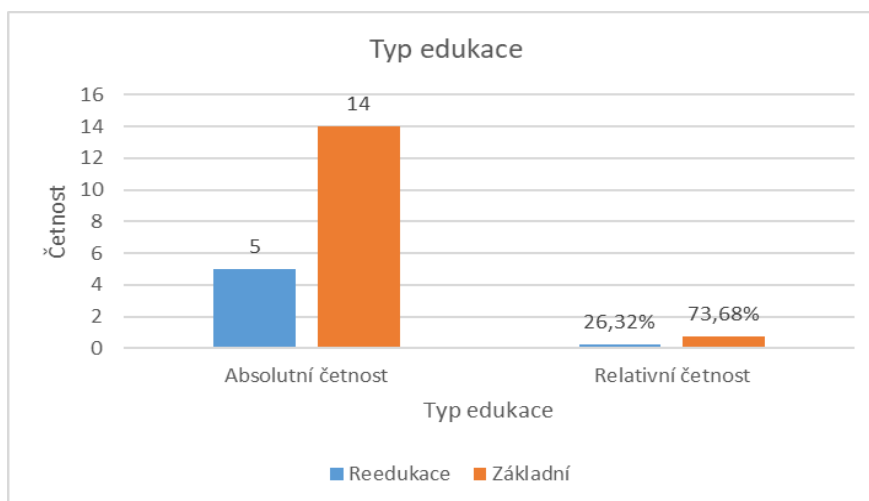
Graf 44: Forma edukace (zdroj: vlastní průzkum)

Všechny sledované edukační lekce 19 (100%) byly realizovány individuální formou edukace.

## Typ edukace

Typ edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Reedukace	5	26.32%
Základní	14	73.68%

Tabulka 51: Typ edukace (zdroj: vlastní průzkum)



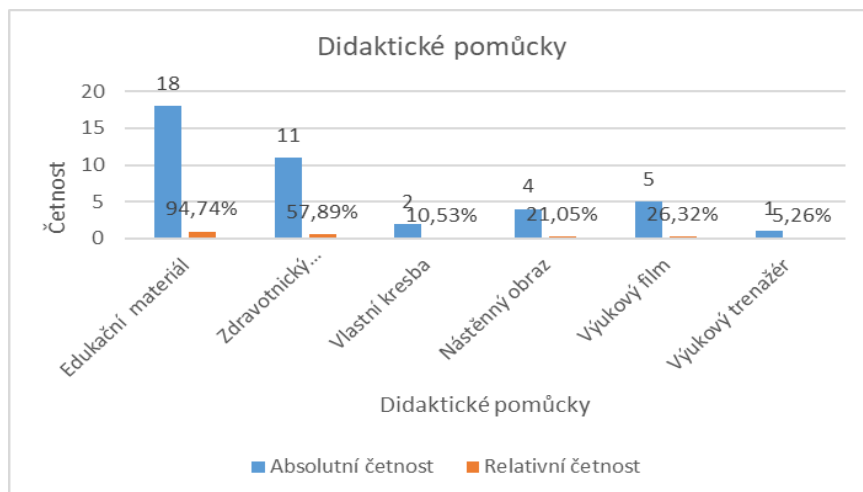
Graf 45: Typ edukace (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). V 73.68% (14) se jednalo o základní edukaci a ve 26.32% (5) o reedukaci.

## Didaktické pomůcky

Didaktické pomůcky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Edukační materiál	18	94.74%
Zdravotnický materiál	11	57.89%
Vlastní kresba	2	10.53%
Nástěnný obraz	4	21.05%
Výukový film	5	26.32%
Výukový тренаžér	1	5.26%

Tabulka 52: Didaktické pomůcky (zdroj: vlastní průzkum)



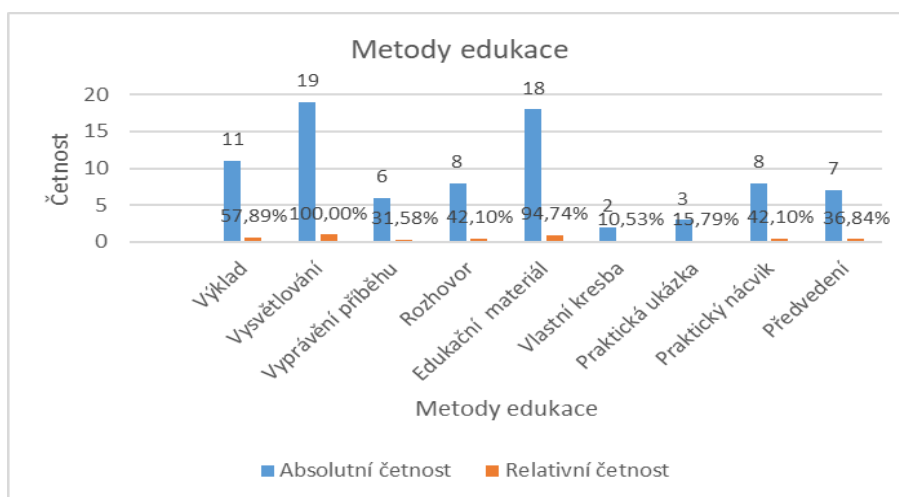
Graf 46: Didaktické pomůcky (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Edukační materiál byl použit v 94,74% (18) z nich, zdravotnický materiál v 57,89% (11), následoval výukový film v 26,32% (5), nástěnný obraz ve 21,05% (4), vlastní kresba v 10,53% (2) a výukový тренаžér v 5,26% (1) sledovaných edukačních lekcí.

### Metody edukace

Metody edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výklad	11	57,89%
Vysvětlování	19	100,00%
Vyprávění příběhu	6	31,58%
Rozhovor	8	42,10%
Edukační materiál	18	94,74%
Vlastní kresba	2	10,53%
Praktická ukázka	3	15,79%
Praktický nácvik	8	42,10%
Předvedení	7	36,84%

Tabulka 53: Metody edukace (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 47: Metody edukace (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Metoda vysvětlování byla použita v 100% (19), edukační materiál v 94.74% (18) z nich, výklad v 57.89% (11), následoval rozhovor ve 42.10% (8) a se stejnou četností praktický nácvik 42.10% (8). Vyprávění příběhu bylo aplikované ve 31.58% (6), praktická ukázka v 15.79% (3) a vlastní kresba v 10.53% (2) sledovaných edukačních lekcí.

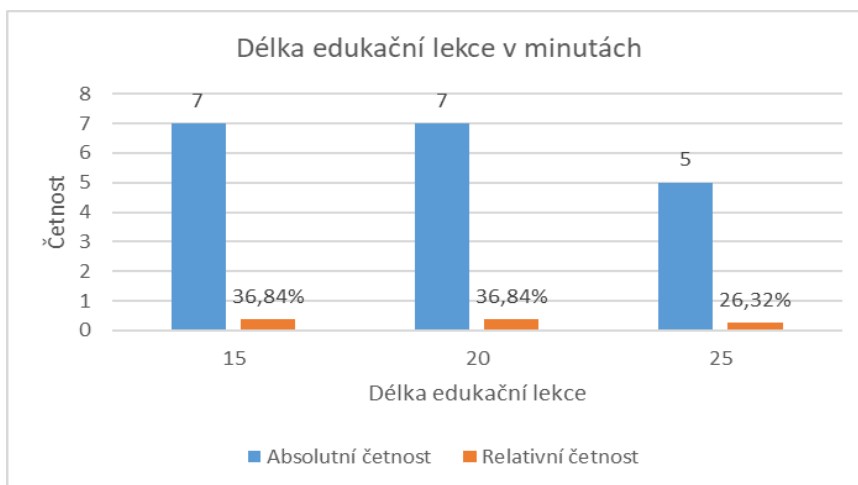
## 2, REALIZACE EDUKAČNÍCH STRATEGIÍ<sup>730</sup>

### Délka edukační lekce

Délka edukační lekce v minutách	Absolutní četnost	Relativní četnost
15	7	36.84%
20	7	36.84%
25	5	26.32%

Tabulka 54: Délka edukační lekce (zdroj: vlastní průzkum)

<sup>730</sup> Data v této části prezentují výskyt jevů (ano, spíše ano, spíše ne, ne, N - nelze posoudit, neumím se vyjádřit, nehodí se), které se týkají vlastní realizace edukačních strategií zaměřených na pacienty v seniorském věku.



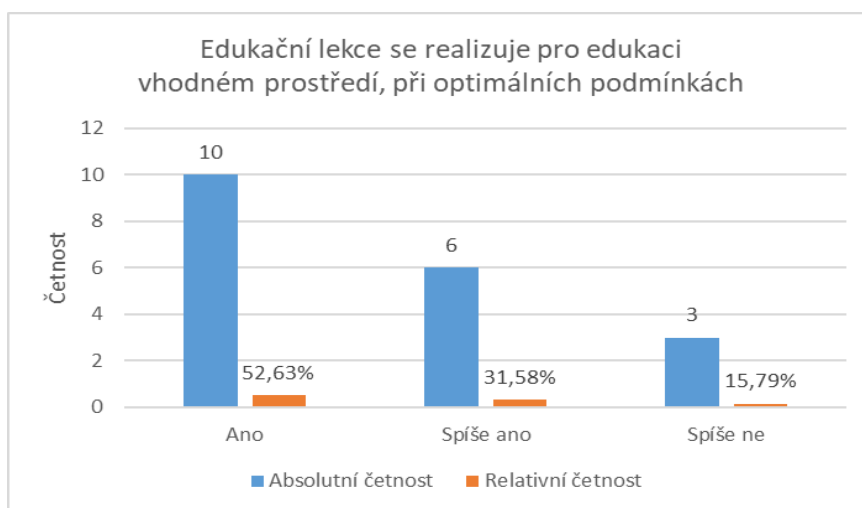
Graf 48: Délka edukační lekce (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). U 36.84% (7) se délka lekce pohybovala přibližně 20 minut a u stejného počtu 36.84% (7) přibližně 15 minut. Délka dalších 26.32% (5) lekcí byla kolem 25 minut.

### Prostředí

Edukační lekce se realizuje pro edukaci vhodném prostředí, při optimálních podmínkách	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	52.63%
Spíše ano	6	31.58%
Spíše ne	3	15.79%

Tabulka 55: Prostředí (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 49: Prostředí (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Edukační lekce se realizuje pro edukaci vhodném prostředí, při optimálních podmínkách) byl v 52.63% (10) na kategoriální posuzovací škále zachycující

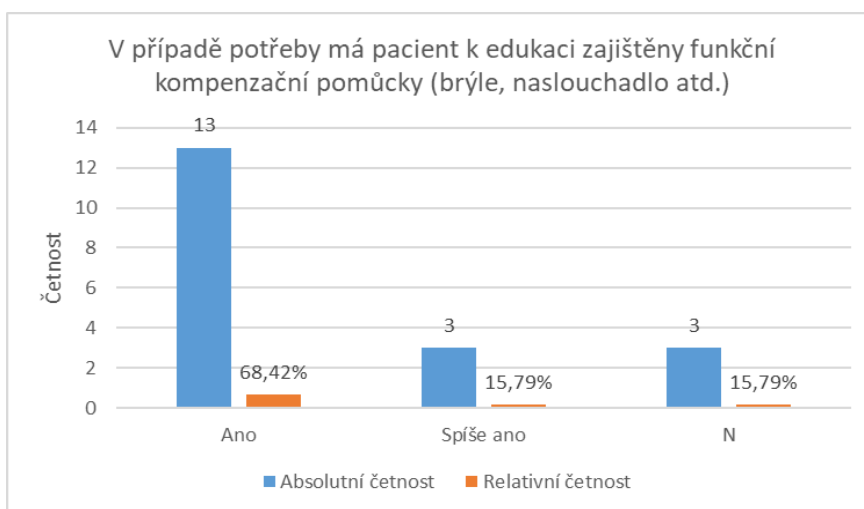


výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 31.58% (6) jako „spíše ano“, v 15.79% (3) jako „spíše ne“.

### Podmínky

V případě potřeby má pacient k edukaci zajištěny funkční kompenzační pomůcky (brýle, naslouchátko atd.)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	68.42%
Spíše ano	3	15.79%
N	3	15.79%

Tabulka 56: Podmínky (zdroj: vlastní průzkum)



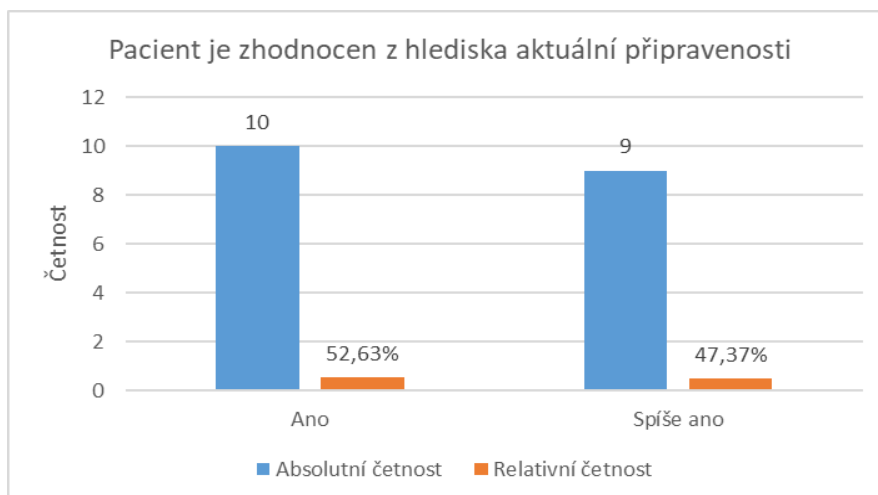
Graf 50: Podmínky (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (V případě potřeby má pacient k edukaci zajištěny funkční kompenzační pomůcky - brýle, naslouchátko atd.) byl v 68.42% (13) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 15.79% (3) jako „spíše ano“ a v 15.79% (3) jako „N“ - nehodí se.

### Podpora učení

Pacient je zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	52.63%
Spíše ano	9	47.37%

Tabulka 57: Podpora učení a) (zdroj: vlastní průzkum)



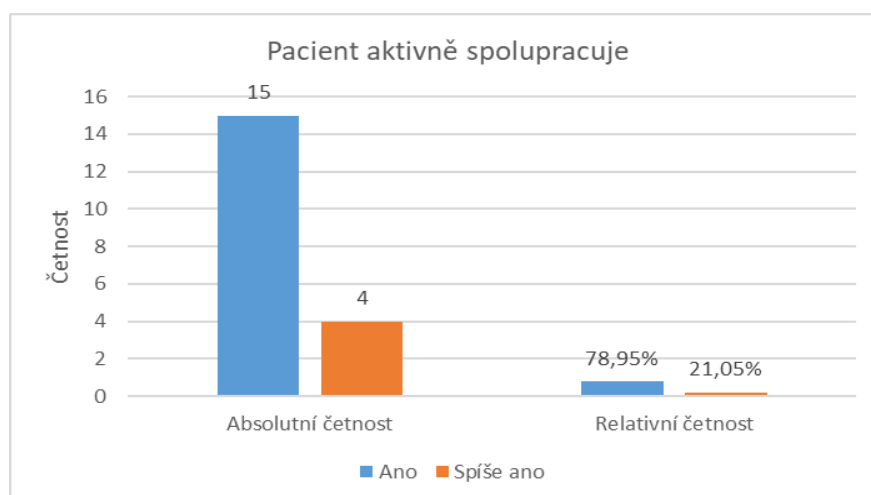
Graf 51: Podpora učení a) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci) byl v 52.63% (10) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 47.37% (9) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

Pacient aktivně spolupracuje	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	78.95%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 58: Podpora učení b) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 52: Podpora učení b) (zdroj: vlastní průzkum)

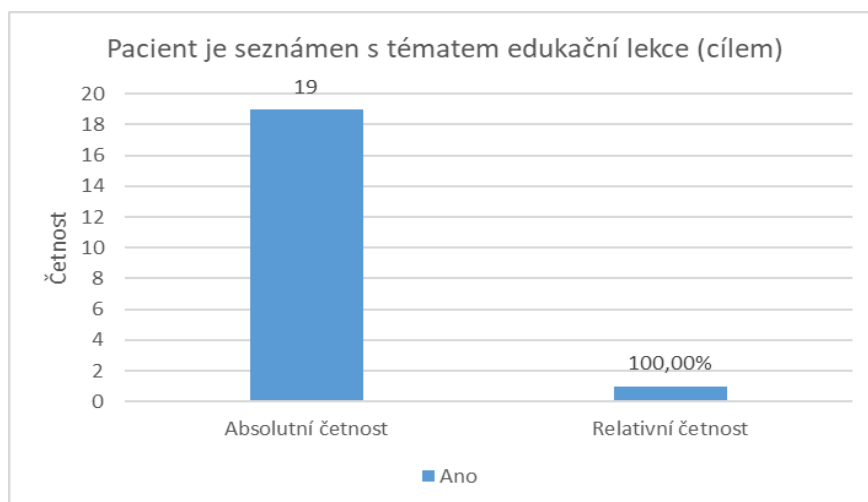
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient aktivně spolupracuje) byl v 78.95% (15) na kategoriální

posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 21.05% (4) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

Pacient je seznámen s tématem edukační lekce (cílem)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	100.00%

Tabulka 59: Podpora učení c) (zdroj: vlastní průzkum)



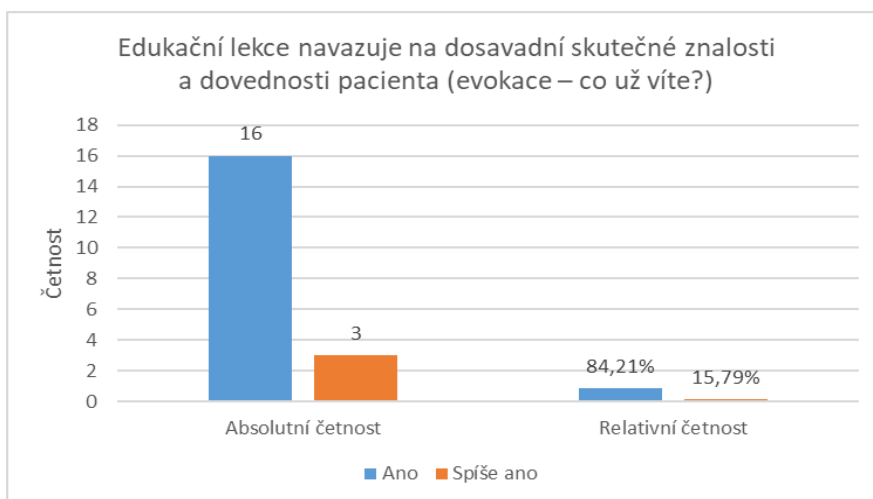
Graf 53: Podpora učení c) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je seznámen s tématem edukační lekce - cílem) byl ve 100.00% (19) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“.

### Podpora učení

Edukační lekce navazuje na dosavadní skutečné znalosti a dovednosti pacienta (evokace – co už víte?)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 60: Podpora učení d) (zdroj: vlastní průzkum)



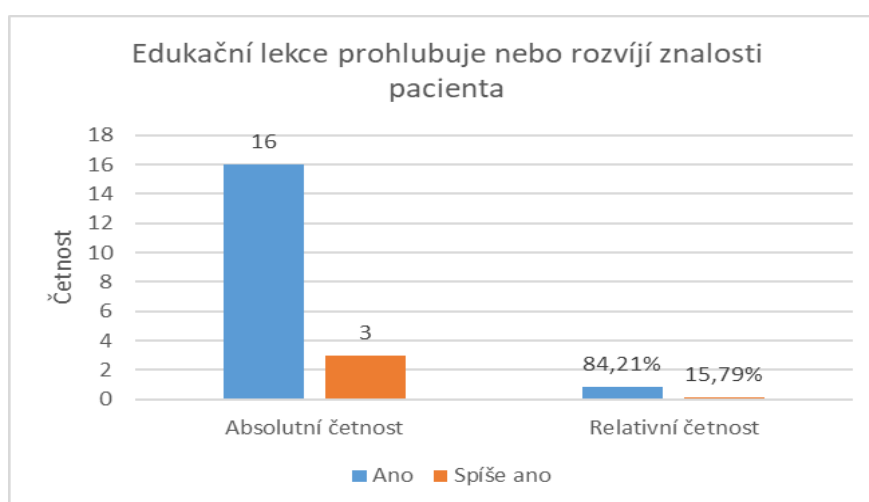
Graf 54: Podpora učení d) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Edukační lekce navazuje na dosavadní skutečné znalosti a dovednosti pacienta: evokace – co už víte?) byl v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

Edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí znalosti pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 61: Podpora učení e) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 55: Podpora učení e) (zdroj: vlastní průzkum)

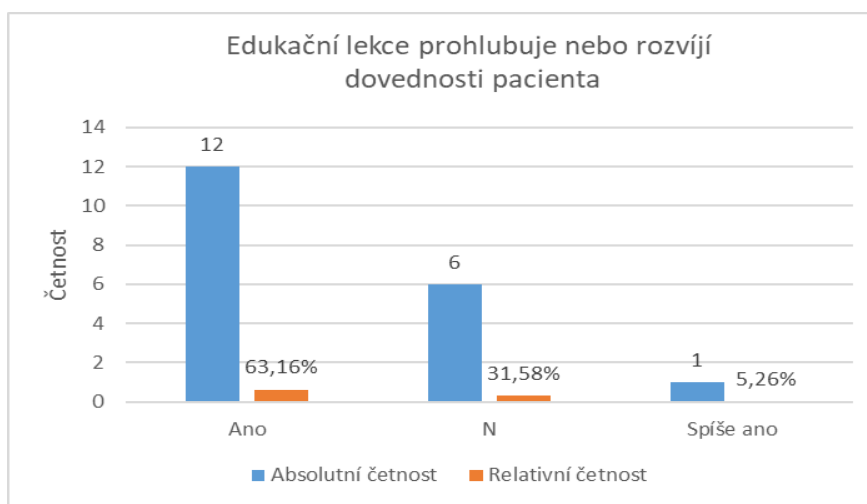
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí znalosti pacienta) byl

v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

<b>Edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí dovednosti pacienta</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	12	63.16%
N	6	31.58%
Spíše ano	1	5.26%

Tabulka 62: Podpora učení f) (zdroj: vlastní průzkum)



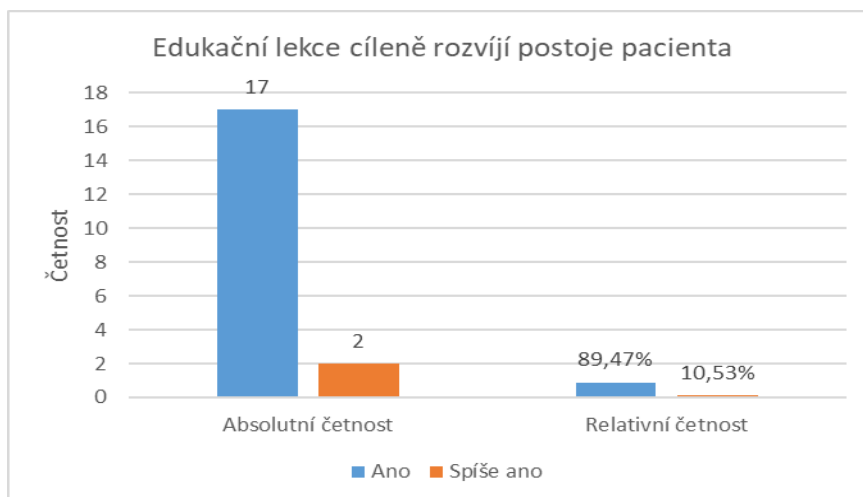
Graf 56: Podpora učení f) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí dovednosti pacienta) byl v 63.16% (12) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 5.26% (1) jako „spíše ano“ a ve 31.58% (6) jako „N“ - nehodí se.

### Podpora učení

<b>Edukační lekce cíleně rozvíjí postoje pacienta</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	17	89.47%
Spíše ano	2	10.53%

Tabulka 63: Podpora učení g) (zdroj: vlastní průzkum)

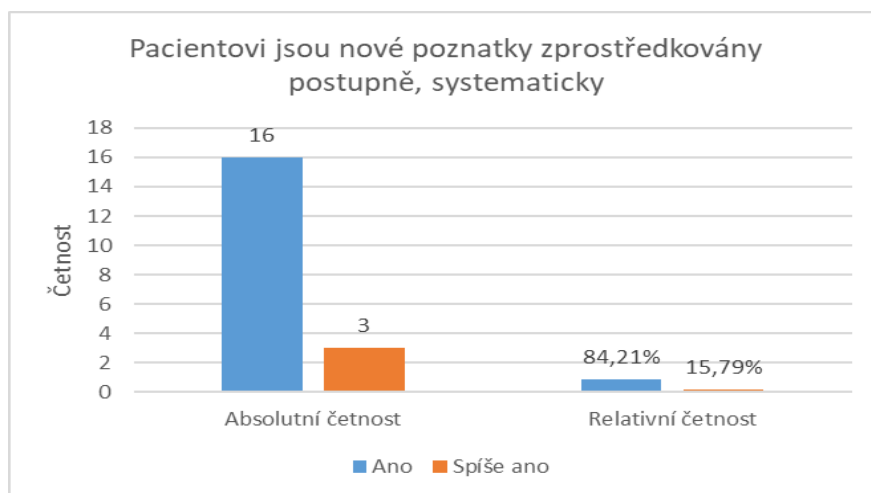


Graf 57: Podpora učení g) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Edukační lekce cíleně rozvíjí postoje pacienta) byl v 89.47% (17) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 10.53% (2) jako „spíše ano“. **Podpora učení**

Pacientovi jsou nové poznatky zprostředkovány postupně, systematicky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 64: Podpora učení h) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 58: Podpora učení h) (zdroj: vlastní průzkum)

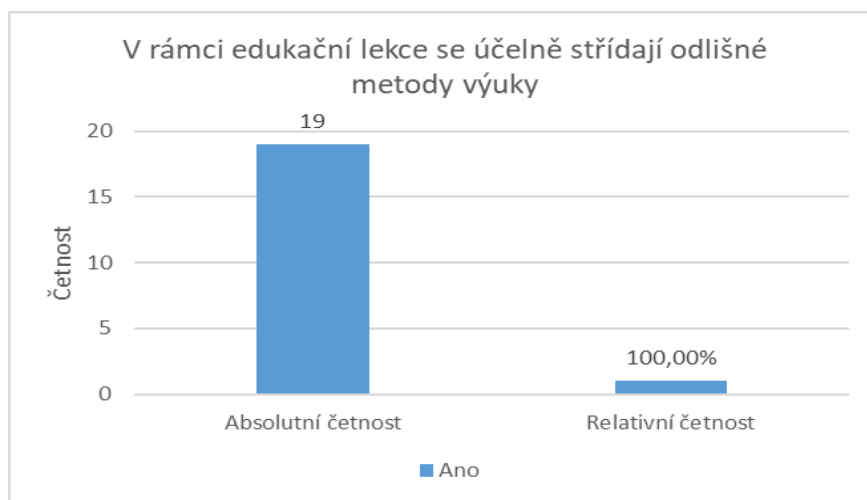
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacientovi jsou nové poznatky zprostředkovány postupně,

systematicky) byl v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

V rámci edukační lekce se účelně střídají odlišné metody výuky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	100.00%

Tabulka 65: Podpora učení i) (zdroj: vlastní průzkum)



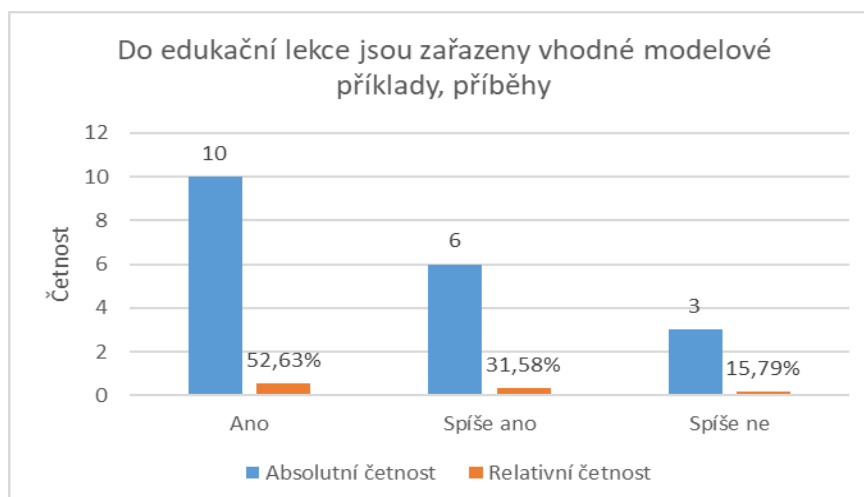
Graf 59: Podpora učení i) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (V rámci edukační lekce se účelně střídají odlišné metody výuky) byl ve 100.00% (19) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“.

### Podpora učení

Do edukační lekce jsou zařazeny vhodné modelové příklady, příběhy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	52.63%
Spíše ano	6	31.58%
Spíše ne	3	15.79%

Tabulka 66: Podpora učení j) (zdroj: vlastní průzkum)



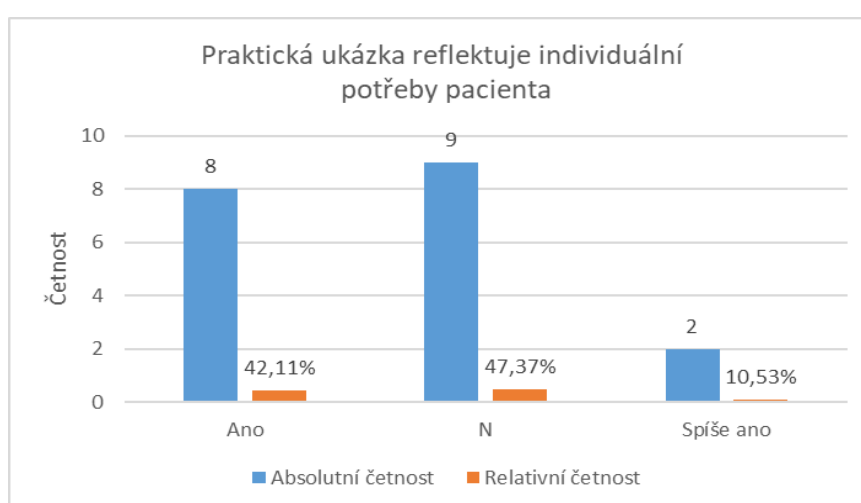
Graf 60: Podpora učení j) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Do edukační lekce jsou zařazeny vhodné modelové příklady, příběhy) byl v 52.63% (10) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, ve 31.58% (6) jako „spíše ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ne“.

### Podpora učení

Praktická ukázka reflektuje individuální potřeby pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	42.11%
N	9	47.37%
Spíše ano	2	10.53%

Tabulka 67: Podpora učení k) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 61: Podpora učení k) (zdroj: vlastní průzkum)

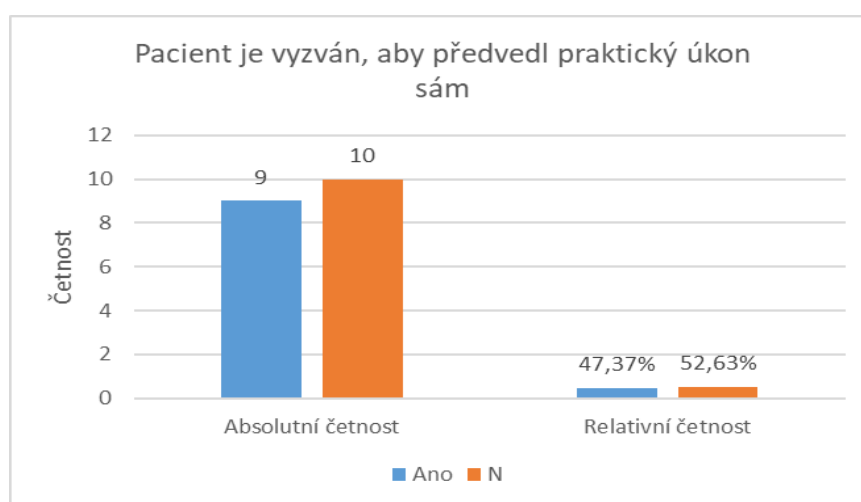


Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Praktická ukázka reflektuje individuální potřeby pacienta) byl ve 42.11% (8) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 10.53% (2) jako „spíše ano“ a ve 47.37% (9) jako „N“ - nehodí se.

### Podpora učení

Pacient je vyzván, aby předvedl praktický úkon sám	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	47.37%
N	10	52.63%

Tabulka 68: Podpora učení l) (zdroj: vlastní průzkum)



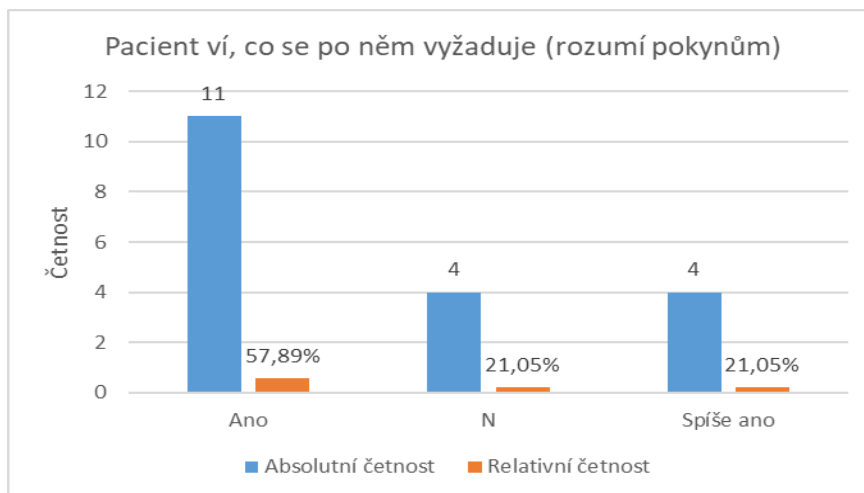
Graf 62: Podpora učení l) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je vyzván, aby předvedl praktický úkon sám) byl ve 47.37% (9) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 52.63% (10) jako „N“ - nehodí se.

### Podpora učení

Pacient ví, co se po něm vyžaduje (rozumí pokynům)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	57.89%
N	4	21.05%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 69: Podpora učení m) (zdroj: vlastní průzkum)



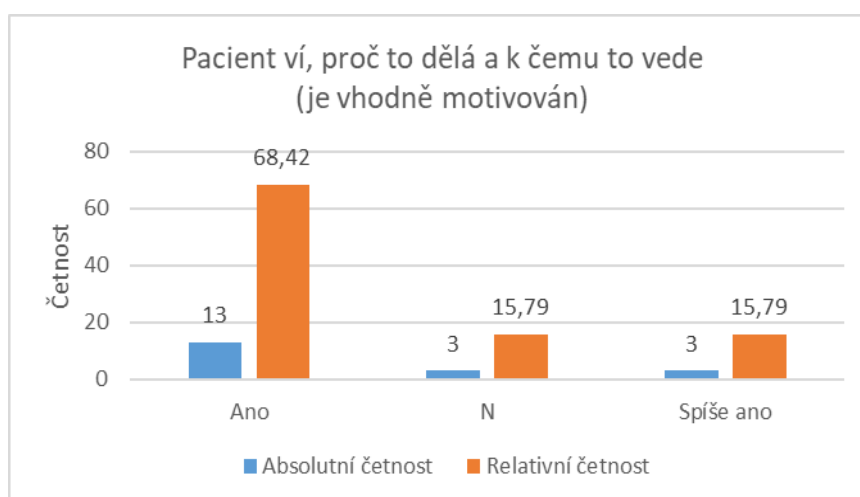
Graf 63: Podpora učení m) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient ví, co se po něm vyžaduje - rozumí pokynům) byl v 57.89% (11) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 21.05% (4) jako „spíše ano“ a ve 21.05% (4) jako „N“ – nelze posoudit.

### Podpora učení

Pacient ví, proč to dělá a k čemu to vede (je vhodně motivován)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	68.42
N	3	15.79
Spíše ano	3	15.79

Tabulka 70: Podpora učení n) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 64: Podpora učení n) (zdroj: vlastní průzkum)

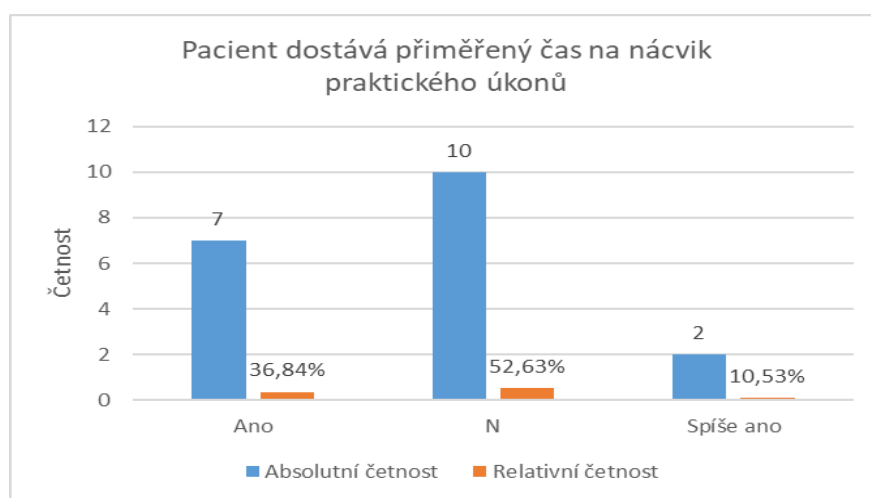
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient ví, proč to dělá a k čemu to vede - je vhodně motivován) byl v 68.42% (13) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu

zaznamenán jako „ano“, v 15.79% (3) jako „spíše ano“ a v 15.79% (3) jako „N“ – nelze posoudit.

### Podpora učení

<b>Pacient dostává přiměřený čas na nácvik praktického úkonu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	7	36.84%
N	10	52.63%
Spíše ano	2	10.53%

Tabulka 71: Podpora učení o) (zdroj: vlastní průzkum)



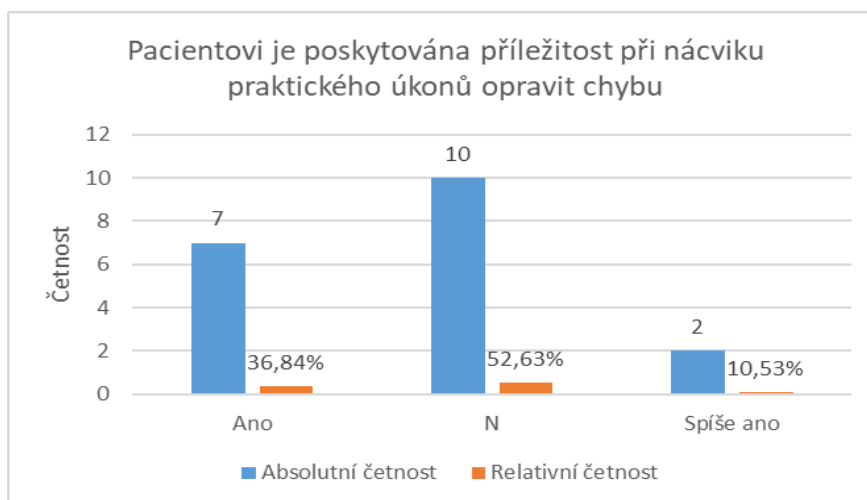
Graf 65: Podpora učení o) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient dostává přiměřený čas na nácvik praktického úkonů) byl ve 36.84% (7) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 10.53% (2) jako „spíše ano“ a v 52.63% (10) jako „N“ – nehodí se.

### Podpora učení

<b>Pacientovi je poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	7	36.84%
N	10	52.63%
Spíše ano	2	10.53%

Tabulka 72: Podpora učení p) (zdroj: vlastní průzkum)



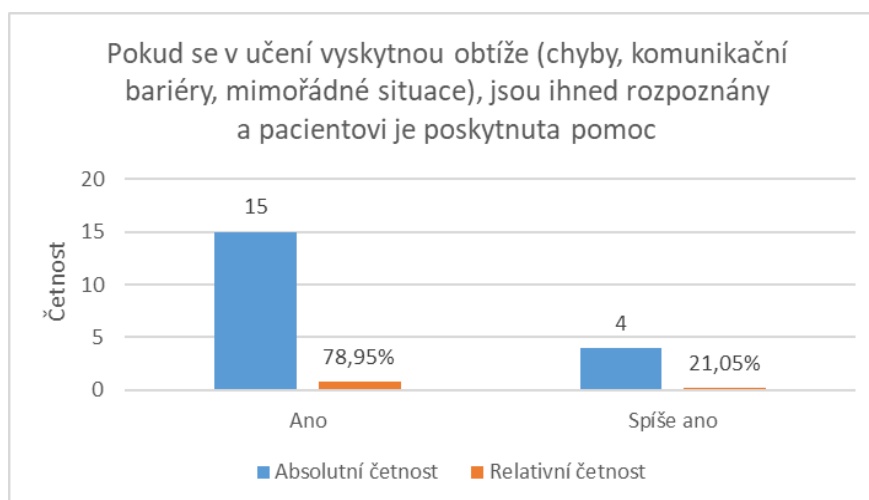
Graf 66: Podpora učení p) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacientovi je poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu) byl ve 36.84% (7) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 10.53% (2) jako „spíše ano“ a v 52.63% (10) jako „N“ – nehodí se.

### Podpora učení

<b>Pokud se v učení vyskytnou obtíže (chyby, komunikační bariéry, mimořádné situace), jsou ihned rozpoznány a pacientovi je poskytnuta pomoc</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	15	78.95%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 73: Podpora učení q) (zdroj: vlastní průzkum)



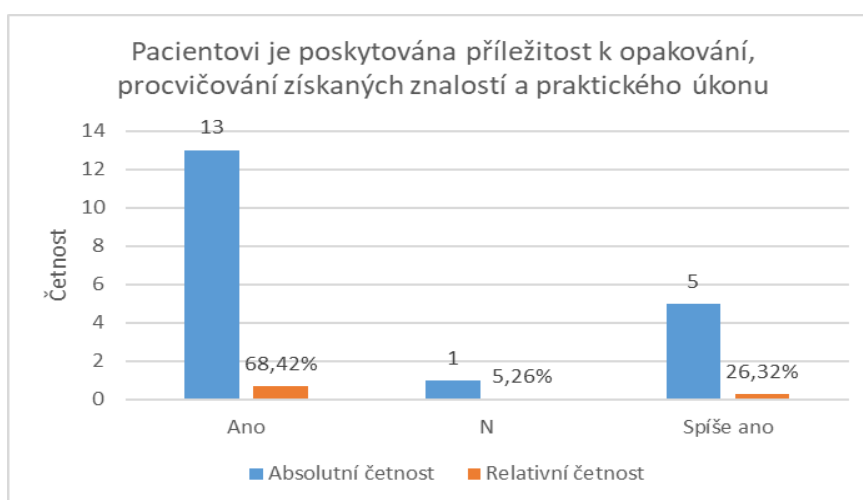
Graf 67: Podpora učení q) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pokud se v učení vyskytnou obtíže, jsou ihned rozpoznány a pacientovi je poskytnuta pomoc) byl v 78.95% (15) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 21.05% (4) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

<b>Pacientovi je poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	13	68.42%
N	1	5.26%
Spíše ano	5	26.32%

Tabulka 74: Podpora učení r) (zdroj: vlastní průzkum)



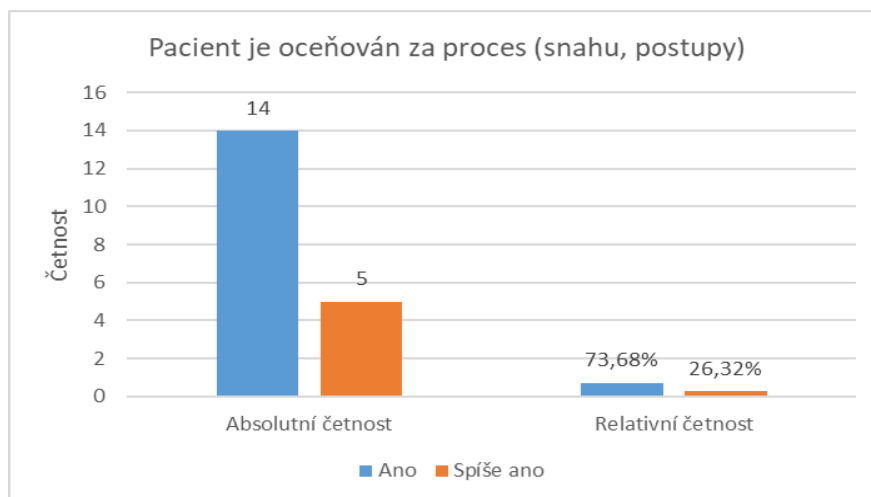
Graf 68: Podpora učení r) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacientovi je poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu) byl v 68.42% (13) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, ve 26.32% (5) jako „spíše ano“ a v 5.26% (1) jako „N“ – nehodí se, nelze posoudit.

### Podpora učení

<b>Pacient je oceňován za proces (snahu, postupy)</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	14	73.68%
Spíše ano	5	26.32%

Tabulka 75: Podpora učení s) (zdroj: vlastní průzkum)



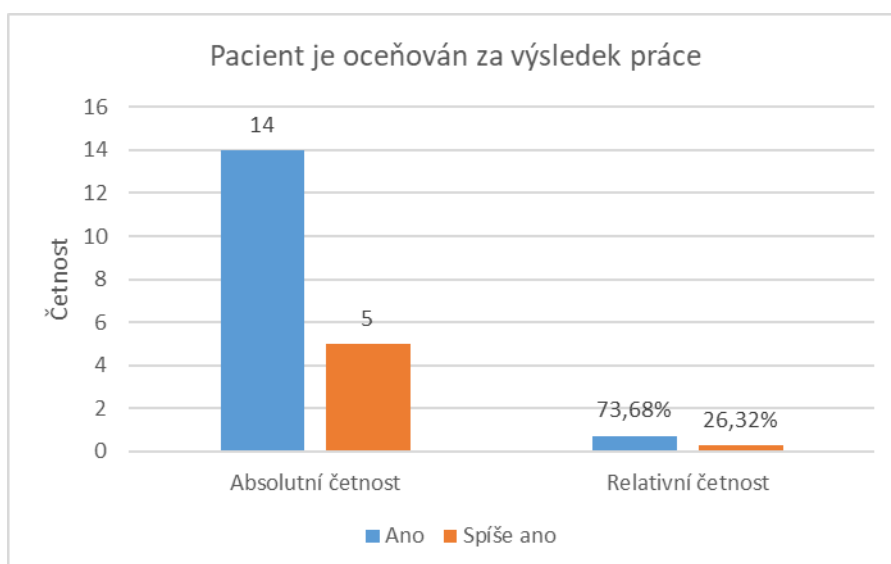
Graf 69: Podpora učení s) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je oceňován za proces - snahu, postupy) byl v 73.68% (14) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 26.32% (5) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

Pacient je oceňován za výsledek práce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	73.68%
Spíše ano	5	26.32%

Tabulka 76: Podpora učení t) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 70: Podpora učení t) (zdroj: vlastní průzkum)

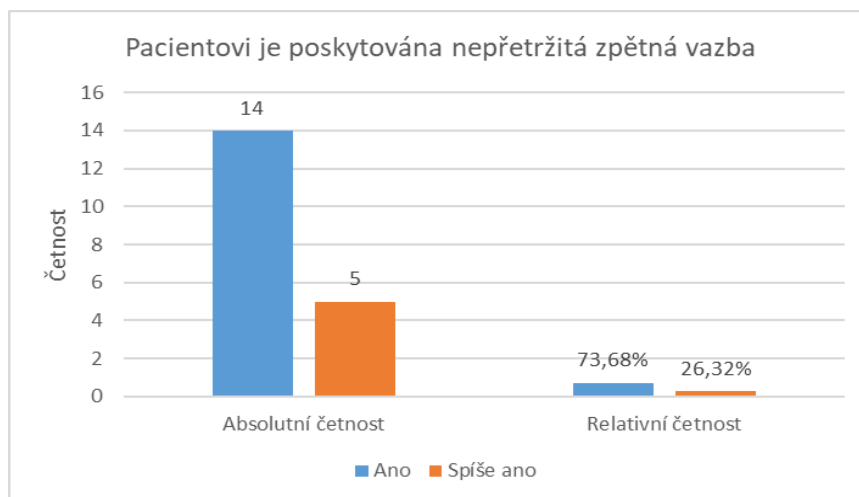
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je oceňován za výsledek práce) byl v 73.68% (14)

na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 26.32% (5) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

<b>Pacientovi je poskytována nepřetržitá zpětná vazba</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	14	73.68%
Spíše ano	5	26.32%

Tabulka 77: Podpora učení u) (zdroj: vlastní průzkum)



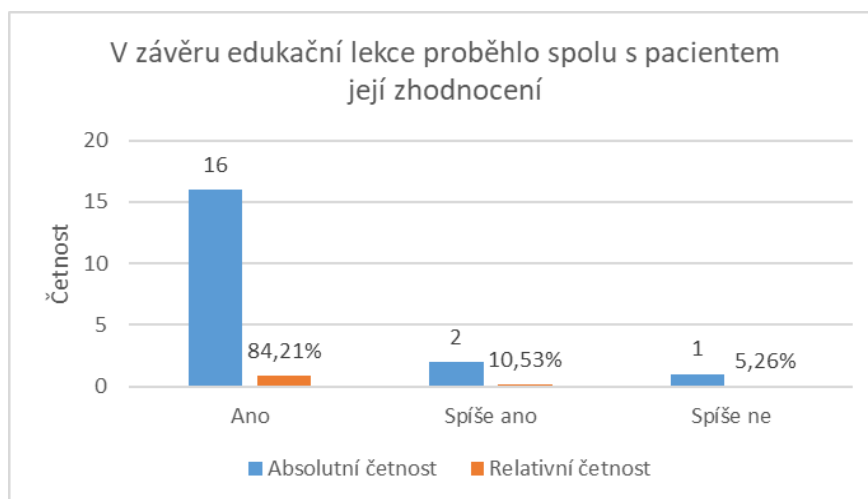
Graf 71: Podpora učení u) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacientovi je poskytována nepřetržitá zpětná vazba) byl v 73.68% (14) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 26.32% (5) jako „spíše ano“.

### Podpora učení

<b>V závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	16	84.21%
Spíše ano	2	10.53%
Spíše ne	1	5.26%

Tabulka 78: Podpora učení v) (zdroj: vlastní průzkum)



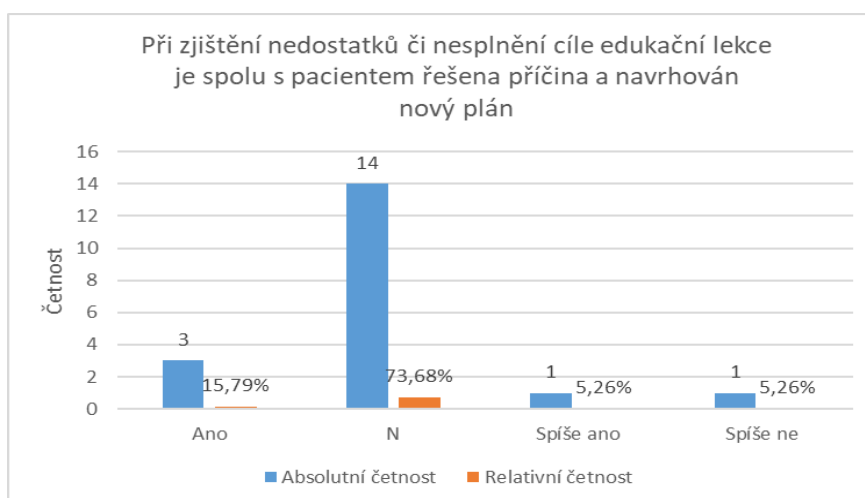
Graf 72: Podpora učení v) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (V závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení) byl v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, v 10.53% (2) jako „spíše ano“ a v 5.26% (1) jako „spíše ne“.

### Podpora učení

Při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce je spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	15.79%
N	14	73.68%
Spíše ano	1	5.26%
Spíše ne	1	5.26%

Tabulka 79: Podpora učení w) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 73: Podpora učení w) (zdroj: vlastní průzkum)

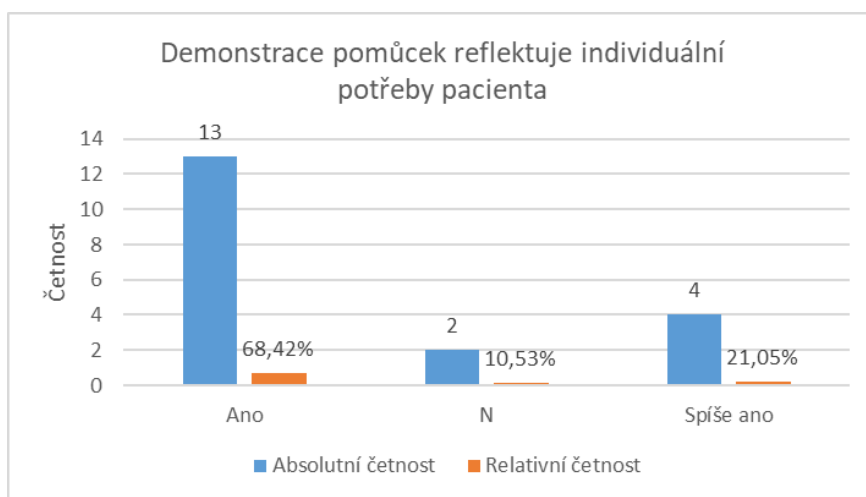


Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce je spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán) byl v 15.79% (3) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, ve 5.26% (1) jako „spíše ano“, v 5.26% (1) jako „spíše ne“ a v 73.68 (14) jako „N“ – nelze posoudit, neumím se vyjádřit, nehodí se.

### Didaktické pomůcky

Demonstrace pomůcek reflektuje individuální potřeby pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	68.42%
N	2	10.53%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 80: Didaktické pomůcky a) (zdroj: vlastní průzkum)



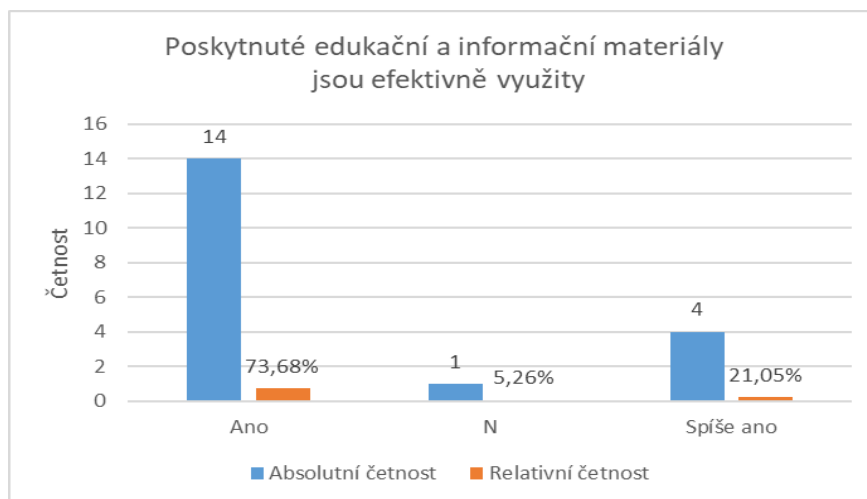
Graf 74: Didaktické pomůcky a) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Demonstrace pomůcek reflektuje individuální potřeby pacienta) byl v 68.42% (13) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, ve 21.05% (4) jako „spíše ano“ a v 10.53 (2) jako „N“ – nelze posoudit, nehodí se.

### Didaktické pomůcky

Poskytnuté edukační a informační materiály jsou efektivně využity	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	73.68%
N	1	5.26%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 81: Didaktické pomůcky b) (zdroj: vlastní průzkum)



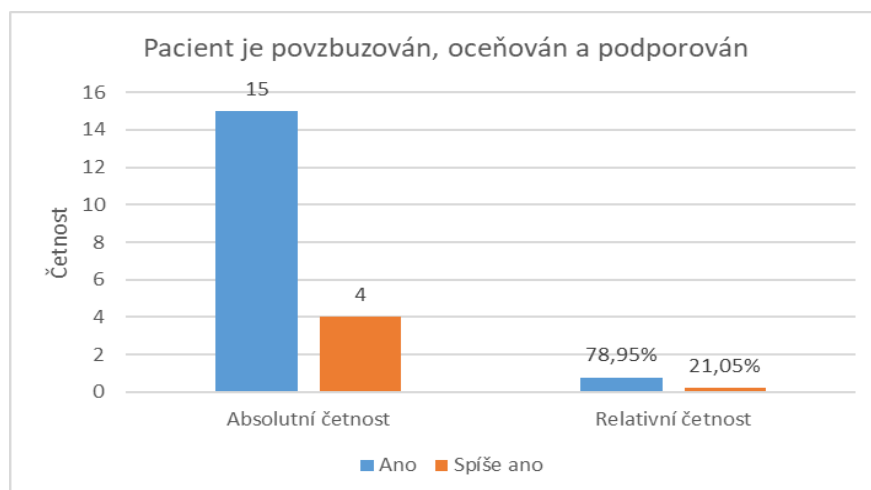
Graf 75: Didaktické pomůcky b) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Poskytnuté edukační a informační materiály jsou efektivně využity) byl v 73.68% (14) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“, ve 21.05% (4) jako „spíše ano“ a v 5.26 (1) jako „N“ – nelze posoudit, nehodí se.

### Komunikace

Pacient je povzbuzován, oceňován a podporován	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	78.95%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 82: Komunikace a) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 76: Komunikace a) (zdroj: vlastní průzkum)

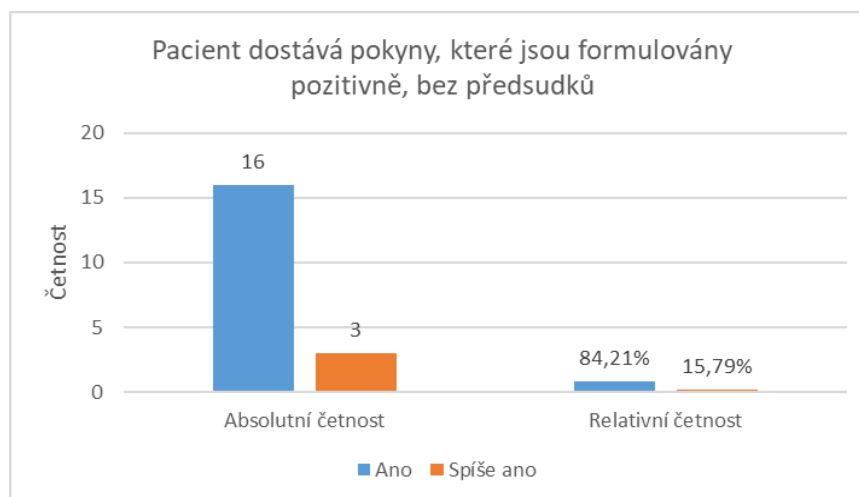
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je povzbuzován, oceňován a podporován) byl

v 78.95% (15) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 21.05% (4) jako „spíše ano“.

### Komunikace

<b>Pacient dostává pokyny, které jsou formulovány pozitivně, bez předsudků</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 83: Komunikace b) (zdroj: vlastní průzkum)



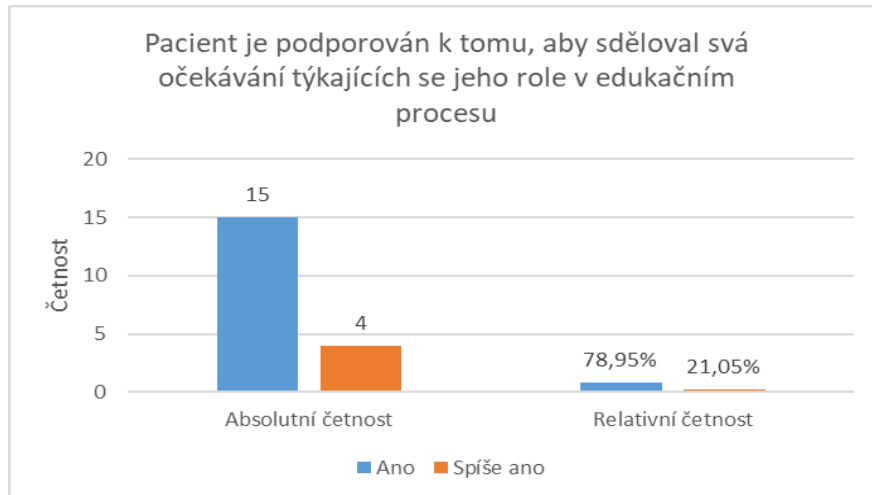
Graf 77: Komunikace b) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient dostává pokyny, které jsou formulovány pozitivně, bez předsudků) byl v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

### Komunikace

<b>Pacient je podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	15	78.95%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 84: Komunikace c) (zdroj: vlastní průzkum)



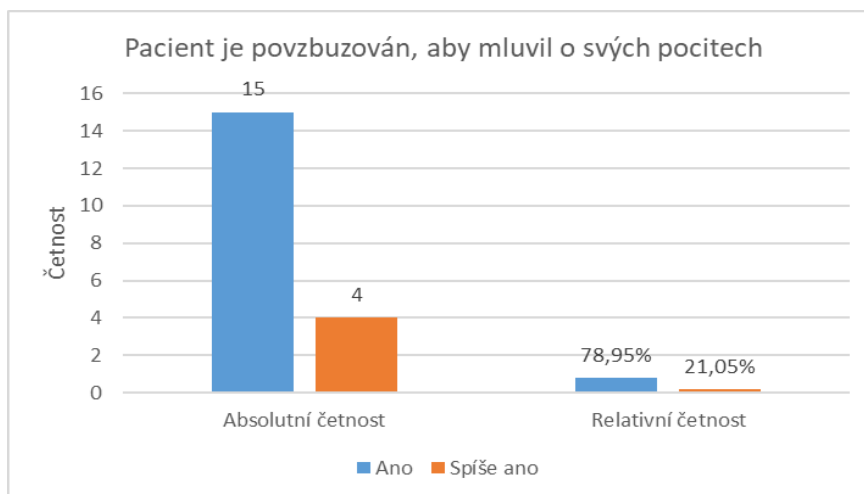
Graf 78: Komunikace c) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkající se jeho role v edukačním procesu) byl v 78,95% (15) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 21,05% (4) jako „spíše ano“.

### Komunikace

Pacient je povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	78,95%
Spíše ano	4	21,05%

Tabulka 85: Komunikace d) (zdroj: vlastní průzkum)



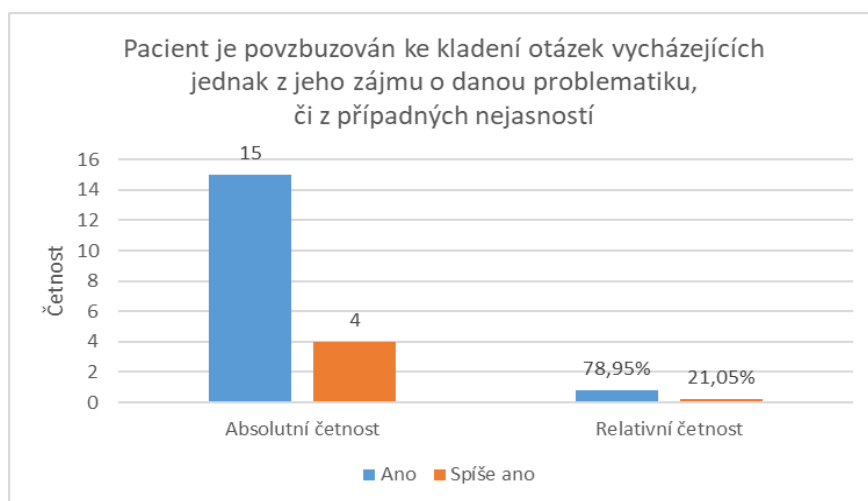
Graf 79: Komunikace d) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech) byl v 78.95% (15) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 21.05% (4) jako „spíše ano“.

### Komunikace

<b>Pacient je povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	15	78.95%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 86: Komunikace e) (zdroj: vlastní průzkum)



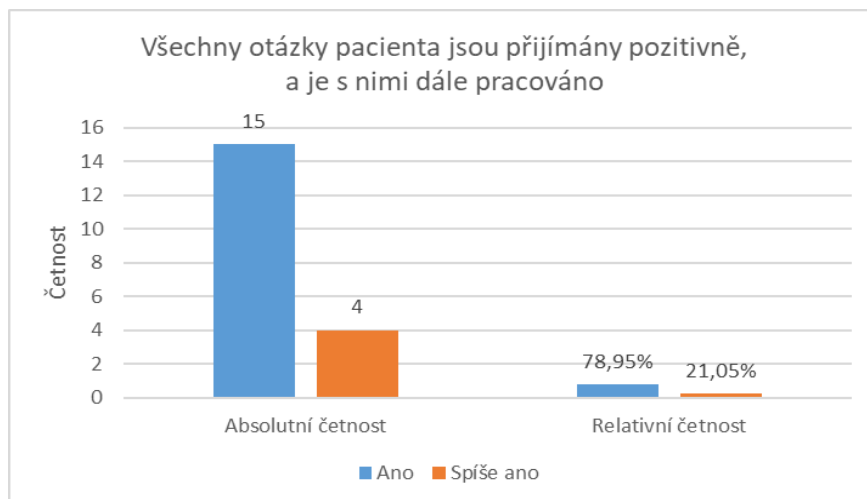
Graf 80: Komunikace e) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností) byl v 78.95% (15) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 21.05% (4) jako „spíše ano“.

### Komunikace

<b>Všechny otázky pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	15	78.95%
Spíše ano	4	21.05%

Tabulka 87: Komunikace f) (zdroj: vlastní průzkum)



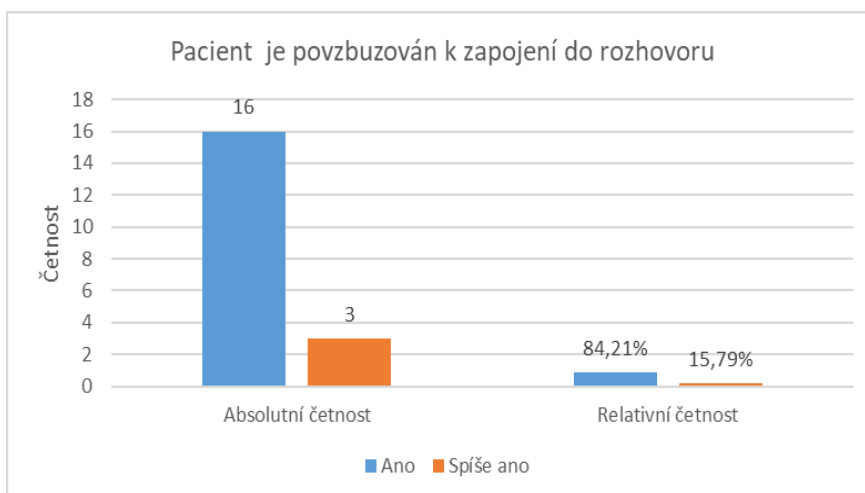
Graf 81: Komunikace f) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Všechny otázky pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno) byl v 78.95% (15) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a ve 21.05% (4) jako „spíše ano“.

### Komunikace

Pacient je povzbuzován k zapojení do rozhovoru	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 88: Komunikace g) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 82: Komunikace g) (zdroj: vlastní průzkum)

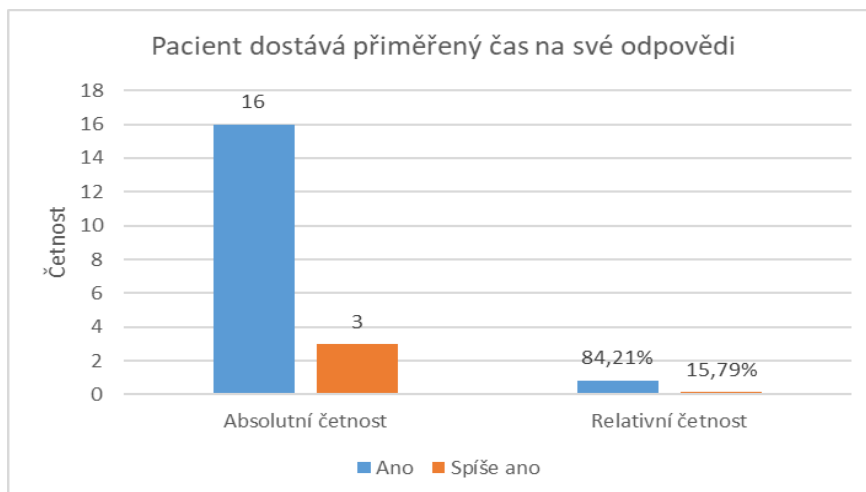
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient je povzbuzován k zapojení do rozhovoru) byl v 84.21%

(16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

### Komunikace

<b>Pacient dostává přiměřený čas na své odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 89: Komunikace h) (zdroj: vlastní průzkum)



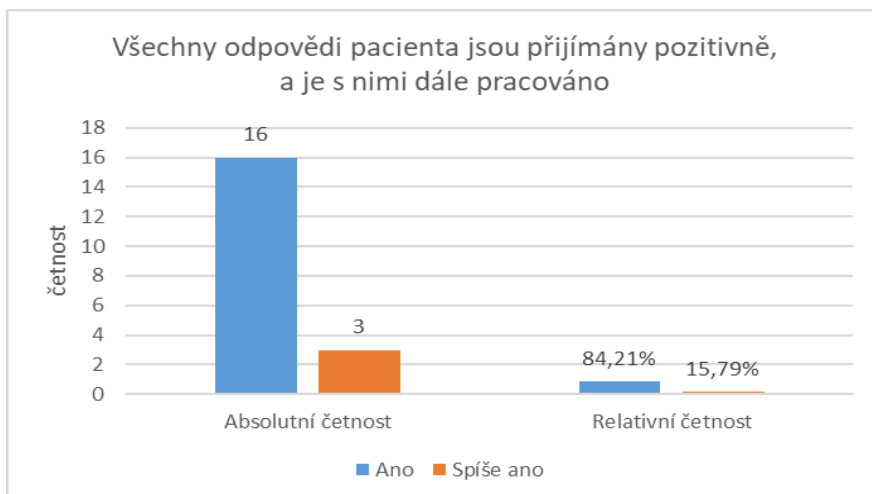
Graf 83: Komunikace h) (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Pacient dostává přiměřený čas na své odpovědi) byl v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

### Komunikace

<b>Všechny odpovědi pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 90: Komunikace i) (zdroj: vlastní průzkum)



Graf 84: Komunikace i) (zdroj: vlastní průzkum)

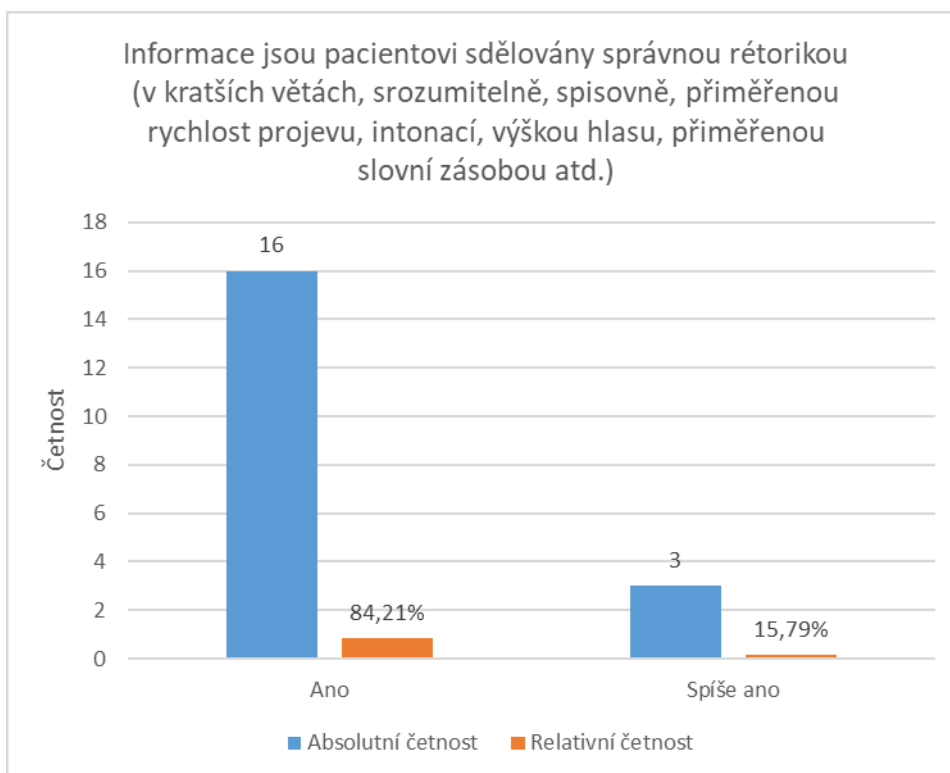
Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Všechny odpovědi pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno) byl v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

### Rétorika

<b>Informace jsou pacientovi sdělovány správnou rétorikou (v kratších větách, srozumitelně, spisovně, přiměřenou rychlost projevu, intonací, výškou hlasu, přiměřenou slovní zásobou atd.)</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	16	84.21%
Spíše ano	3	15.79%

Tabulka 91: Rétorika (zdroj: vlastní průzkum)





Graf 85: Rétorika (zdroj: vlastní průzkum)

Celkový počet sledovaných edukačních lekcí bylo 19 (100%). Tento předem stanovený pozorovaný jev (Informace jsou pacientovi sdělovány správnou rétorikou) byl v 84.21% (16) na kategoriální posuzovací škále zachycující výskyt daného jevu zaznamenán jako „ano“ a v 15.79% (3) jako „spíše ano“.

## Příloha č. 13: Příklady dobré praxe

První příklad dobré praxe je zpracován z edukační lekce, která byla realizována u 68 letého pacienta přijatého k hospitalizaci na téma *Edukace pacienta před a po radikální nefrektomií*.

<b>EDUKACE PACIENTA PŘED A PO RADIKÁLNÍ NEFREKTOMII<sup>731</sup></b> <b>(EDUKAČNÍ SETKÁNÍ Č. 1)</b>	
<b>1, Projektování edukačních strategií</b>	
<b>Datum a čas:</b> 6. 9. 2019, odpolední hodiny	<b>Pohlaví a věk:</b> muž, 68 let
<b>Místo realizace edukace:</b> pokoj pacienta	<b>Komunikační bariéra:</b> smyslová: zrak
<b>Forma edukace:</b> individuální	<b>Typ edukace:</b> základní
<b>Plánovaný čas trvání edukačního setkání:</b> 15 minut	
<p><b>Cíl edukace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient bude mít dostatečné informace související s předoperačním a pooperačním obdobím.</li> <li>• Pacient bude dodržovat nutná opatření před operací a po operaci.</li> <li>• Pacient nebude pociťovat stres z nedostatku informací.</li> </ul> <p><b>Cíl edukátora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poskytnout pacientovi stručné informace související s předoperačním obdobím;</li> <li>• poskytnout pacientovi stručné informace související s pooperačním obdobím;</li> <li>• vysvětlit pacientovi opatření, která je třeba dodržovat před a po operaci;</li> <li>• podat pacientovi informace o omezeních, která jsou spojená s radikální nefrektomií.</li> </ul> <p><b>Výsledná kritéria:</b></p> <p>Kognitivní:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient popíše specifika předoperační péče (od kdy nejíst, nepít, nekouřit).</li> <li>• Pacient popíše specifika pooperační péče (nebát se vyjádřit bolest; rehabilitace, kdy se začíná, jak probíhá; kdy se začíná s jídlem a pitím).</li> <li>• Pacient dodržuje doporučený pitný režim.</li> </ul> <p>Afektivní:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient má (projevuje) zájem o nové informace týkající se předoperační a pooperační péče.</li> <li>• Pacient zaujímá kladný postoj k omezením, jež musí dodržovat po operaci (žádné adrenalinové sporty).</li> </ul>	
<b>Edukační metody:</b> slovní: mluvené (výklad, vysvětlování, vyprávění příběhu, rozhovor), tištěné (edukační	

<sup>731</sup> Jedná se o odstranění ledviny, ledvinné pánvičky a části močovodu, přístupem přes dutinu břišní. V případě, že jsou zvětšené lymfatické uzliny, odstraňují se také. Nejčastější příčinou tohoto výkonu je nádorové onemocnění ledviny – pozn. autorky.

a informační materiály)

**Didaktické pomůcky:**

edukační a informační materiály: *Prevence trombembolické nemoci, Pitný režim*<sup>732</sup>

**Další osoby, účastníci se edukační lekce (důvod):**

nejsou přítomny

## 2, Realizace edukačních strategií

**Prostředí edukace:**

Pacient je sám na pokoji, edukace se realizuje ve vhodném prostředí (zajištění soukromí, klid, světlo).

**Podmínky edukace:**

- pacient před radikální nefrektomií;
- pacient na lůžku na pokoji;
- pacient má zajištěny funkční kompenzační pomůcky (brýle);
- pacient je zhodnocen na základě anamnestických údajů, rozhovoru se zdravotnickým personálem, úvodním rozhovorem a pozorováním pacienta z hlediska aktuální připravenosti k edukaci a rizikových faktorů;
- pacient je soustředěný a aktivně spolupracuje.

**Osnova sledované edukační intervence:**

- a) Seznámení pacienta s tématem edukační lekce (cílem)
  - b) Motivace pacienta k edukaci
- Informovanost o předoperační přípravě a pooperační péči se můžou snížit určitá rizika komplikací.
  - Dostatek informací o průběhu hospitalizace zmírní stres před výkonem.
  - c) Posouzení edukačních potřeb pacienta
  - zjištění úrovně dosavadních znalostí pacienta o dané problematice;
  - zjištění, kde čerpá informace o dané problematice;
  - určení, v kterých oblastech nemá informace, nebo má zkreslené informace.
  - d) Stanovení edukační diagnózy
  - nedostatek informací souvisejících s předoperačním obdobím;
  - nedostatek informací souvisejících s pooperačním obdobím;
  - nedostatek informací souvisejících s dodržováním nutných opatření před operací a po operaci.
  - e) Realizace edukace
  - poskytnutí stručných informací souvisejících s předoperačním obdobím;
  - poskytnutí stručných informací souvisejících s pooperačním obdobím;
  - vysvětlení opatření, která je třeba dodržovat před a po operaci;
  - podání informací o omezeních, která jsou spojená s radikální nefrektomií<sup>733</sup>;
  - vyprávění motivačního příběhu;
  - poskytnutí informačních a edukačních materiálů (s kontaktem na edukační sestru);
  - shrnutí podstatných informací.
  - f) Zhodnocení edukačního setkání
  - zjištění zpětné vazby, zda pacient všem podaným informacím rozuměl, formou rozhovoru, otázek a odpovědí pacienta;
  - vlastní položené kontrolní otázky: *Popište režim, který se Vás bude týkat v rámci*

<sup>732</sup> Použitý informační a edukační materiál je uveden v příloze (viz Příloha 9 a 10).

<sup>733</sup> Vlastní obsah a rozsah učiva je součástí přílohy tabulky – pozn. autorky.

*předoperační přípravy a pooperační péče? Objasněte mi omezení, která se Vás týkají po operaci?*

- Pacient odpověděl na otázky, popsal předoperační a pooperační péči, dodatečné otázky pacienta poukázaly na to, že se v tématu orientuje.

#### **Podpora učení:**

- Pacientovi byly nové poznatky zprostředkovány postupně a systematicky.
- V rámci edukační lekce se účelně střídaly odlišné metody výuky.
- Do edukační lekce byly zařazeny vhodné příběhy.
- Pacientovi byla poskytována nepřetržitá zpětná vazba.

#### **Komunikace a rétorika:**

- Pacient byl povzbuzován, oceňován a podporován.
- Pacient byl podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu.
- Pacient byl povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech.
- Pacient byl povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností.
- Všechny otázky pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno.
- Pacient byl povzbuzován k zapojení do diskuze.
- Pacient dostával přiměřený čas na své odpovědi.
- Všechny odpovědi pacienta byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno.
- Informace byly pacientovi sdělovány správnou rétorikou (v kratších větách, srozumitelně, spisovně, přiměřenou rychlostí projevu, intonací, výškou hlasu, přiměřenou slovní zásobou atd.).

### **3, Příloha - vlastní výklad (obsah a rozsah učiva):**

#### **Předoperační příprava**

Součástí předoperační přípravy je vyšetření anesteziologem, který zhodnotí stav vašeho organismu a zvolí pro Vás nejvhodnější způsob anestezie. Dále projdete interním vyšetřením, kdy Vás lékař vyšetří a posoudí, zda je pro Vás operace bezpečná.

Den před operací Vám sestra podá informace a poučí vás o:

- plánované operaci a dá vám k podpisu informovaný souhlas s operací;
- hygieně před operací, o přípravě operačního pole (oholení);
- nutnosti nejíst, nepít a nekouřit od půlnoci;
- podání vyprazdňovacího čípku;
- zavedení močového katetru – po operaci, včetně drénu, který odvede sekret z operační rány;
- prevenci trombembolické nemoci;
- večerní premedikaci;
- možností uložení cenných věcí do trezoru.

K prevenci TEN (trombembolické nemoci):

- důležité je časně zahájení mobilizace, proto již od prvního pooperačního dne bude zahájena rehabilitace;
- předoperačně jako profylaxe se používají buď kompresivní obinadla, nebo kompresivní punčochy.

Kompresivní obinadla (provedena ukázka v informačním a edukačním materiálu):

- Tlak by měl být největší na nártu, kolem kotníků a na bérce směrem nahoru klesat.
- Před přiložením musí být noha 20 minut ve zvýšené poloze.

Kompresivní punčochy (provedena ukázka v informačním a edukačním materiálu):

- jsou pohodlnější;
- existují tři typy: lýtkové, polostehenní, stehenní;
- nutno je na noc uvolňovat;
- před operací je doporučováno punčochy zakoupit.

#### **Pooperační péče:**

- Do druhého dne budete hospitalizován na intermediálním pokoji, kde probíhá nepřetržité monitorování tlaku, pulsu, dechu, sledování bolesti, podávání infúzí a analgetik dle ordinace lékaře. Sílu bolesti budete hlásit na škále od 1- 10, kdy jedna je nejméně a 10 nejsilnější bolest (bolest se nebojte vyjádřit).
- S rehabilitací začnete od prvního dne po operaci, tím, že se posadíte, postavíte, dojdete s dopomocí personálu do koupelny a provedete hygienu.

Strava a tekutiny po operaci:

- v den operace, 2 hodiny po zákroku, budete popíjet tekutiny po doušcích, bez stravy.
- 1. pooperační den vás čeká čajová dieta a bujón.
- pooperační den dieta kašovitá;
- pooperační den dieta šetřící;
- od 4. pooperačního dne budete dostávat strava racionální nebo dle vaší diety.

Pitný režim:

- Je nutné, abyste zachoval dostatečný pitný režim, stejně, jako byste měl ledviny obě, tedy 2 – 2.5 litrů za den.
- Pijte během dne po doušcích, ne velké množství vody najednou, ideální jsou 200 ml za hodinu.
- Nepijte, až když budete cítit žízeň, ale pravidelně během celého dne.
- Pijte hlavně vodu, slabé bylinné čaje, ředěné džusy, zelené čaje.

#### **Režim po radikální nefrektomii:**

Nedoporučujeme provozovat adrenalinové sporty, jako je například lyžování nebo bruslení. Stehy se vytahují po 10. pooperačním dni. Toto provede buď praktický lékař, nebo chirurg na chirurgické ambulanci.

Poznámka: Zdrojem pro vytvoření textu přílohy byl výklad edukační sestry, použité edukační a informační materiály: *Prevence tromboembolické nemoci*<sup>734</sup>, *Pitný režim*<sup>735</sup> a odborná literatura<sup>736</sup>.

<sup>734</sup> Použitý informační a edukační materiál je uveden v příloze (viz Příloha 10).

<sup>735</sup> Použitý informační a edukační materiál je uveden v příloze (viz Příloha 9).

<sup>736</sup> FERKO, A. *Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2003.

Druhý příklad dobré praxe je zpracován z edukační lekce, která byla realizována u 65 leté pacientky před propuštěním do domácího ošetření na téma *Aplikace Fraxiparinu*.

<b>EDUKACE PACIENTKY O APLIKACI FRAXIPARINU<sup>737</sup> (EDUKAČNÍ SETKÁNÍ Č. 1)</b>	
<b>1, Projektování edukačních strategií</b>	
<b>Datum a čas:</b> 9. 12. 2019, odpolední hodiny	<b>Pohlaví a věk:</b> 65 let
<b>Místo realizace edukace:</b> Edukační místnost	<b>Komunikační bariéra:</b> smyslová: zrak
<b>Forma edukace:</b> individuální	<b>Typ edukace:</b> základní
<b>Plánovaný čas trvání edukačního setkání:</b> 20 minut	
<p><b>Cíl edukace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientka bude schopna si samostatně aplikovat Fraxiparin, bezpečně likvidovat nebezpečný odpad a bude znát možné komplikace spojené s aplikací.</li> </ul> <p><b>Cíl edukátora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poskytnout pacientce stručné informace o důvodech aplikace Fraxiparinu;</li> <li>• poskytnout pacientce stručné informace o možných komplikacích spojených s aplikací Fraxiparinu;</li> <li>• popsat pacientce zásady aplikace Fraxiparinu;</li> <li>• demonstrovat pacientce způsob aplikace Fraxiparinu;</li> <li>• korigovat praktický nácvik pacientky.</li> </ul> <p><b>Výsledná kritéria:</b></p> <p>Kognitivní:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientka popíše důvody aplikace Fraxiparinu (proč se aplikuje, jaký má účinek).</li> <li>• Pacientka vyjmenuje komplikace spojené s aplikací Fraxiparinu (krvácení, bolestivost v místě vpichu, hematoma v místě vpichu, infekce v místě vpichu).</li> <li>• Pacientka vysvětlí zásady aplikace Fraxiparinu (se zaměřením na pomůcky, místo vpichu, způsob aplikace, likvidaci nebezpečného odpadu).</li> </ul> <p>Afektivní:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientka přijme zodpovědnost za aplikaci Fraxiparinu v domácím prostředí.</li> </ul> <p>Psychomotorické:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientka provede samostatně aplikaci Fraxiparinu a vhodně likviduje nebezpečný odpad.</li> </ul>	
<p><b>Edukační metody:</b> slovní: mluvené (výklad, vysvětlování, vyprávění příběhu, rozhovor), tištěné (edukační a informační materiály) názorně demonstrační: předvedení, výukový film: <i>Aplikace Fraxiparinu</i> praktický nácvik: aplikace Fraxiparinu</p>	
<p><b>Didaktické pomůcky:</b> Textové: edukační a informační materiály (<i>Aplikace Fraxiparinu, Prevence trombembolické nemoci</i><sup>738</sup>)</p>	

<sup>737</sup> Léčivo snižující srážlivost krve – pozn. autorky

Vizuální: nástěnný obraz, zdravotnický materiál (Fraxiparin, podnos na aplikaci injekcí)  
Audiovizuální: výukový film (Aplikace Fraxiparinu)

**Další osoby, účastníci se edukační lekce (důvod):**  
nejsou přítomny

## 2, Realizace edukačních strategií

### Prostředí edukace:

V edukační místnosti, edukace se realizuje ve vhodném prostředí (zajištění soukromí, klid, světlo).

### Podmínky edukace:

- pacientka s indikací k samostatné aplikaci Fraxiparinu v domácím prostředí;
- pacientka v edukační místnosti vsedě na vyšetřovacím stole;
- pacientka má zajištěny funkční kompenzační pomůcky (brýle);
- pacientka je zhodnocena na základě anamnestických údajů, rozhovoru se zdravotnickým personálem, úvodním rozhovorem a pozorováním pacientky z hlediska aktuální připravenosti k edukaci a rizikových faktorů;
- pacientka je soustředěná a aktivně spolupracuje.

### Osnova sledované edukační intervence:

- g) Seznámení pacientky s tématem edukační lekce (cílem)
- h) Motivace pacientky k edukaci
- Informovaností o správné aplikaci Fraxiparinu se můžou snížit určitá rizika komplikací.
- Dostatek informací o aplikaci Fraxiparinu zmírní stres před provedením výkonu.
- i) Posouzení edukačních potřeb pacientky
- zjištění úrovně dosavadních znalostí pacientky o dané problematice;
- zjištění, kde čerpá informace o dané problematice;
- zjištění úrovně dosavadních dovedností pacientky v dané problematice;
- určení, v kterých oblastech nemá informace, nebo má zkreslené informace.
- j) Stanovení edukační diagnózy
- nedostatek informací souvisejících s aplikací Fraxiparinu
- k) Realizace edukace
- poskytnutí stručných informací o důvodech aplikace Fraxiparinu;
- poskytnutí stručných informací o komplikacích spojených s aplikací Fraxiparinu;
- popsání zásad aplikace Fraxiparinu;<sup>739</sup>
- demonstrování způsobu aplikace Fraxiparinu s využitím nástěnného obrazu;
- demonstrování způsobu aplikace Fraxiparinu s využitím edukačního a informačního materiálu;
- demonstrování způsobu aplikace Fraxiparinu s využitím výukového filmu;
- korigování praktického nácviku pacientky;
- vyprávění motivačního příběhu;
- poskytnutí informačních a edukačních materiálů (s kontaktem na edukační sestru);
- shrnutí podstatných informací.
- l) Zhodnocení edukačního setkání
- zjištění zpětné vazby, zda pacientka všem podaným informacím rozuměla, formou rozhovoru, otázek a odpovědí pacientky;
- vlastní položené kontrolní otázky: *Objasněte důvod, proč Vám lékař předepsal*

<sup>738</sup> Použitý informační a edukační materiál je uveden v příloze (viz Příloha 8 a 10).

<sup>739</sup> Vlastní obsah a rozsah učiva je součástí přílohy tabulky – pozn. autorky.

*Fraxiparin? Vyjmenujte mi zásady aplikace Fraxiparinu? Popište způsob aplikace Fraxiparinu?*

- Pacientka odpověděla na otázky, objasnila souvislosti spojené s aplikací Fraxiparinu. Praktický nácvik předvedla s mírnou korekcí. Dodatečné otázky pacientky poukazovaly na to, že se v tématu orientuje.

**Podpora učení:**

- Pacientce byly nové poznatky zprostředkovány postupně a systematicky.
- V rámci edukační lekce se účelně střídaly odlišné metody výuky.
- Do edukační lekce byly zařazeny vhodné příběhy.
- Demontrace pomůcek reflektovala individuální potřeby pacienta.
- Demonstovaná ukázka reflektovala individuální potřeby pacientky.
- Pacientka byla vyzvána, aby předvedla praktický úkon sama.
- Pacientka dostávala přiměřený čas na nácvik praktického úkonu.
- Pacientce byla poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu.
- Poskytnuté edukační a informační materiály byly efektivně využity.
- Pacientka byla oceňována za proces (snahu, postupy).
- Pacientka byla oceňována za výsledek práce.
- Pacientce byla poskytována nepřetržitá zpětná vazba.

**Komunikace a rétorika:**

- Pacientka byla povzbuzována, oceňována a podporována.
- Pacientka byla podporována k tomu, aby sdělovala svá očekávání týkajících se její role v edukačním procesu.
- Pacientka byla povzbuzována, aby mluvila o svých pocitech.
- Pacientka byla povzbuzována ke kladení otázek vycházejících jednak z jejího zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností.
- Všechny otázky pacientky byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno.
- Pacientka byla povzbuzována k zapojení do diskuze.
- Pacientka dostávala přiměřený čas na své odpovědi.
- Všechny odpovědi pacientky byly přijímány pozitivně, a bylo s nimi dále pracováno.
- Informace byly pacientce sdělovány správnou rétorikou (v kratších větách, srozumitelně, spisovně, přiměřenou rychlostí projevu, intonací, výškou hlasu, přiměřenou slovní zásobou atd.).

**3, Příloha - vlastní výklad (obsah a rozsah učiva):**

Lékař Vám předepsal po Vaší operaci jako prevenci trombembolické nemoci Fraxiparin.

Trombembolická nemoc je souhrnný název pro hlubokou žilní trombózu a plicní embolii.

Žilní trombóza je charakterizována přítomností krevní sraženiny (trombu) v žilním řečišti, kde působí částečné nebo úplné uzavření (obstrukci) krevního toku. Nejčastěji postihuje hluboké žíly dolních končetin a pánevní žíly. Plicní embolie pak vzniká ucpáním části plicního cévního řečiště krevní sraženinou uvolněnou z místa vzniku. Je to závažný, často život ohrožující stav.

Prispívajícími okolnostmi pro vznik trombembolické nemoci jsou právě pooperační stavy. Z farmakologických prostředků užíváme k prevenci trombembolické nemoci především nízkomolekulární hepariny (léčiva snižující srážlivost krve), mezi které patří právě Fraxiparine.



Jeho aplikaci zvládne po zaučení i pacient sám.

### **Jaký je postup a jaké jsou zásady?**

#### **Mezi pomůcky, které si k aplikaci Fraxiparinu nachystáte, patří:**

- desinfekční prostředek na kůži;
- buničité čtverečky;
- předem plněná stříkačka s dávkou a léčivou látkou shodující se s ordinací lékaře (Fraxiparin);
- nádoba na ostrý odpad (v domácím prostředí je nutno vyčlenit jehlou neproniknutelnou nádobu s pevným uzavíráním, např. nádobu od aviváže).

#### **Před aplikací si pečlivě umyjte ruce. Stříkačku vyjměte z obalu, uchopte za válcovou část a prsty druhé ruky odstraňte ochranný kryt.**

Ochranný kryt nikdy nenasazujte zpět na jehlu, mohlo by dojít k poranění o jehlu nebo jejímu ohnutí. Přítomnost malé vzduchové bubliny ve stříkačce je normální (nepokoušejte se i odstříknout). Pokud se na hrotu jehly objeví malá kapka, odklepněte ji (neotírejte tamponem s alkoholem, může se poškodit povrchová úprava jehly).

#### **Vyhledáte vhodné místo vpichu:**

Jaká jsou vhodná místa pro aplikaci Fraxiparinu? Pohodlně si lehnete nebo sednete do pohodlné a stabilní polohy, ze které lze vyhledat místo vpichu a dobře je na něj vidět. Vyhledáváte tato místa:

- dolní část břicha v okolí minimálně 2 cm od pupku po obou stranách;
- zevní stranu stehen;
- zevní stranu paže.

#### **Dezinfikujete zvolené místo vpichu:**

- rozprášením desinfekce na kůži cíleně na místo vpichu;
- desinfekci před provedením vpichu vždy necháte zaschnout.

#### **Aplikujete tímto způsobem:**

- Vytvoříte stisknutím kůže dvěma prsty nedominantní ruky (ukazovák a palec) kožní řasu v okolí dezinfikovaného místa (kožní řasu držíte po celou dobu aplikace, pouštíte ji až po vytažení jehly injekce!).
- Během přidržování kožní řasy do ní zavedete jehlu kolmo, v celé její délce.
- Tlakem na píst stříkačky aplikujete pomalu lék do podkoží, dokud nevyprázdníte obsah stříkačky.
- Vyčkáte asi 2 sekundy, a pak jehlu vytáhnete a uvolníte kožní řasu.
- Kryjete vpich čtvercem buničiny.
- V případě, že se v místě vpichu objeví kapka krve, šetrně ji otřete (místo vpichu se nesmí masírovat!).

#### **Jak zlikvidovat nebezpečný odpad:**

- Opatrně vhazujte použitou stříkačku do nádoby s ostrým odpadem bezprostředně po aplikaci.
- Manipulujte tak, abyste si nezpůsobil zranění, ani svému okolí.
- Nádobu pevně uzavřete, řádně označte a uložte na místo mimo dosah dětí.

- Po naplnění této nádoby (pevně uzavřenou a řádně označenou nádobu) odnese do zdravotnického zařízení, ve kterém vám bylo léčivo předepsáno.

**Mezi nejčastější komplikace spojené s aplikací Fraxiparinu patří:**

- krvácení: z nosu, dásní, hemoptýza (vykašlávání světle červené krve), hematurie (krev v moči);
- bolestivost v místě vpichu;
- hematom v místě vpichu;
- infekce v místě vpichu.

Poznámka: Zdrojem pro vytvoření textu přílohy byl výklad edukační sestry a použité edukační a informační materiály: *Aplikace Fraxiparinu, Prevence trombembolické nemoci*<sup>740</sup>.

---

<sup>740</sup> Použitý informační a edukační materiál je uveden v příloze (viz Příloha 8 a 10).

## Příloha č. 14: Návrh doporučení ve vztahu k výzkumem zjištěným rezervám

### **Návrh doporučení k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku ve vztahu k výzkumem zjištěným rezervám edukace sester**

Tyto návrhy jsme zpracovali na základě zjištěných nedostatků a rozdělili do níže uvedených oblastí.

#### **Specifika edukace pacientů v seniorském věku**

Proces edukace v období stáří ovlivňuje řada odlišností, tyto je potřeba znát, respektovat je, a ke každému jedinci přistupovat na základě jeho individuálních potřeb! Involuční změny nastávající ve stáří, totiž podstatně ovlivňují proces učení!

#### **Úvodní pedagogická diagnostika (zhodnocení a posouzení pacienta seniorského věku v oblasti potřeby edukace)**

V první fázi edukace je pro značnou rozdílnost seniorů klíčové jejich pečlivé zhodnocení!

Seniorští pacienti jsou v rámci edukace skupinou, která si vyžaduje odlišný přístup a pojetí edukačního procesu než vzdělávání jiných věkových kategorií, což prezentuje jejich edukaci jako činnost velice specifickou a jedinečnou!

První fáze edukačního procesu tak spočívá v pečlivém zhodnocení a posouzení pacienta v oblasti potřeby edukace.

Posouzení vychází z anamnestických údajů pacienta, analýzy pacientových schopností učit se, posouzení potřeb pacienta získat nebo rozšířit znalosti, dovednosti, návyky. Hodnocení vychází z toho, zda má pacient dostatek informací týkajících se jeho zdravotního stavu, a v jakém rozsahu.

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky se zaměřuje zejména na ty údaje o pacientovi, které mohou ovlivňovat jeho edukaci, na jejich zpracování a analýzu. A tudíž je potřeba se zaměřit na následující oblasti<sup>741</sup>:

---

<sup>741</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 – 524; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 79 – 89, 159 – 175.

#### Momentální tělesný stav

- Negativní vliv na učení má únava, bolest, nevolnost, zvracení, horečka, průjem a jiné projevy spojené s nemocí, neuspokojené potřeby, smyslové poruchy, postižení pohybového či nervového aparátu týkající se především jemné a hrubé motoriky, apod.

#### Momentální duševní stav

- Špatná nálada, úzkost nebo strach, nepozornost, nezáměr a přítomnost psychických poruch působí záporně. Avšak dobrá nálada, odpočinek a zájem působí na učení pozitivně.

#### Motivace

- Touha pacienta se něco naučit, získat znalosti, dovednosti, které jsou pro něho důležité. Mnoho seniorů si však myslí, že něco nového se naučit již pro ně nemá význam, nemají tedy potřebu učení.

#### Osobnost seniora

- Úroveň kognitivních funkcí (úroveň orientace, koncentrace pozornosti, paměti, myšlení apod.), temperament, vůle, inteligence, představitivost, životní zkušenosti, vzdělání, styl učení, dosavadní znalosti a dovednosti; dosavadní návyky; postoje ke zdraví, zručnost a povahové vlastnosti podmiňují individuální rozdíly v učení mezi jedinci.

#### Poddajnost (*compliance*)

- Úroveň spolupráce pacienta, tedy do jaké míry se ztotožňuje s našimi radami a doporučeními.

#### Aktivita

- Připravenost učit se úzce souvisí s motivací, aktivní pacient vyhledává informace, čte literaturu, ptá se, má zájem se něco nového naučit.

#### Zkušenosti

- Pozitivní předcházející zkušenosti s edukační aktivitou vytváří u pacienta kladná očekávání ve vztahu k plánované edukační aktivitě a naopak.

### Životní styl

- Nežádoucí životní styl pacienta před příchodem do zařízení, či prostředí, ze kterého pacient přichází neumožňující realizaci lékařských a ošetrovatelských doporučení (např. nemožnost dodržovat doporučený dietní plán apod.).

### Sociální a aspekty

- Realizace lékařských a ošetrovatelských doporučení může být podmíněná vztahy v rodině (jak a s kým pacient žije, kdo a do jaké míry mu může být nápomocný), dostupností zdrojů (finančních, sociálních atd.), chronickým onemocněním zabraňujícím nebo omezujícím pacienta v sociální interakci s okolím (celková nebo částečná imobilita, inkontinence, smyslové poruchy, poruchy řeči).

Přípravenost k edukaci je třeba posuzovat na základě pečlivého sběru údajů o pacientovi. Primárním a významným zdrojem informací jsou údaje přímo od pacienta. Tyto informace jsou doplněny ze sekundárních zdrojů, kterými může být rodinný příslušník, blízká osoba, jiný zdravotnický pracovník, nebo zdravotnická dokumentace. Pro sběr informací je možné využít rozhovor, pozorování, testování (písemné či ústní) i záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Informace, které získáme, by měli být validní, přesné, komplexní a systematické. Posuzování edukačních potřeb má mít týmový charakter (lékařská, ošetrovatelská anamnéza). Pacient a jeho rodina jsou však v čele tohoto týmu. Důsledné posouzení pacienta je důležité pro úspěšnost dalších fází edukačního procesu.

Při osobním setkání s pacientem je třeba vnímat pečlivě nejen jeho slova, ale i řeč těla. Při jeho hodnocení není žádoucí dělat předčasné závěry. Je potřeba ověřit si, jestli to, co vidíme a vnímáme, je skutečně to, co pacient sám cítí.

### **Zajištění vhodného prostředí a podmínek pro vlastní edukaci**

Vytvoření klidného a nic nerušeného prostředí je základním předpokladem pro realizaci edukační intervence. Rušivé podněty mohou mít na vlastní edukační proces negativní vliv! Z tohoto důvodu je důležité:

- připravit vhodné prostředí a podmínky pro edukaci (místo klidné, bez hluku, s optimální teplotou a osvětlením, ale bez oslnění, s přiměřeným prostorem a zajištěnou intimitou);

- zvolit vhodný čas pro edukaci (kdy se předpokládá nejmenší počet rušivých elementů);
- přijít v dohodnutý čas (nepřepadnout pacienta);
- vyčlenit si potřebný čas (chránit pacienta před časovým stresem);
- navodit příjemnou atmosféru srdečným pozdravem, přiměřeným oslovením pacienta, představením se a vyjádřením radostí nad tím, že se se pacientem setkáváme a můžeme mu něco nového sdělit (pacient pak pociťuje vlídnost a přijetí, je emočně naladěný na přijímání nových informací);
- v případě přítomnosti dalšího spolupacienta na pokoji požádat pacientův souhlas, že může být edukován v jeho přítomnosti;
- zajistit funkční kompenzační pomůcky (pozor na prasklá skla v brýlích, naslouchátko bez baterek apod.), při pochybnostech ověřit správnost používání kompenzačních pomůcek, event. přizpůsobit komunikaci;
- pokud je to možné využít k edukaci edukační místnost.

### **Specifické materiály či pomůcky k edukaci pacientů v seniorském věku**

Involuční změny mohou podstatně ovlivnit proces učení. Použité vizuální pomůcky by měly respektovat potřeby seniorské populace. Doporučuje se:

- používat text obsahující optimální velikost písma, tj. 14-16 bodový typ s obyčejným písmem (žádný skript nebo kurzíva), s vysokým kontrastem mezi barvou tisku a podložkou (nejlépe např. černým potiskem na bílý nebo světle krémový matný papír); mající rozložená písmena; rozlišující malá a velká písmena; jednotlivé sekce uvedené nadpisem; obsahující základní potřebné informace; používající primárních barev (pro obtížnost rozlišování barev na modrém konci spektra eliminace modrých, modrozelených a fialových odstínů) a obsahující přehledné grafické ztvárnění (eliminace grafů s řádky a sloupci atd.).
- používat obrázky, které reprezentují seniory pozitivním způsobem, vyhýbat se stereotypním karikaturám a situacím, které nejsou relevantní pro životní styl seniorů. Jednoduché čárové kresby, piktogramy a fotografie jsou účinným doplňkem verbálních pokynů.

- mít na paměti, že úkoly, jejichž součástí je rozlišování odstínů barev (např. vyhodnocení zabarvení reagenční zóny diagnostických proužků na přítomnost cukru v moči) mohou představovat pro seniory potíže.
- při edukaci pacientů zaměřenou na užívání léků neodkazovat na barvu tablety (zelené, modré a žluté tablety totiž mohou senioři vnímat jako stejně šedé).
- používat takový výukový film, ve kterém vypravěč předkládá informace vhodným tempem, jasně mluví a udržuje hudbu na pozadí, hluk na minimu, nebo oboje zcela chybí.
- používat videa, ve kterých senioři vystupují a jsou zobrazováni pozitivním způsobem.

### **Didaktické zásady akceptující psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů**

Mezi nejvýznamnější didaktické zásady, které musí sestra při edukaci pacientů uplatňovat, patří zásada kulturního kontextu, zásada diferencovaného a individuálního přístupu, zásada aktuálnosti, zásada názornosti, zásada jednoty teorie a praxe (aplikability), zásada různorodosti výchovných podnětů, zásada vědeckého přístupu, zásada přiměřenosti, zásada zpětné vazby (feedbacku), zásada jednotnosti, zásada uvědomělosti a aktivity, zásada soustavnosti, zásada trvalosti, zásada emocionálnosti a zásada komplexnosti (zásada jednoty výchovy a vzdělávání). Tyto zásady je v edukačním procesu důležité:

- uplatňovat ve vzájemné shodě v souladu s potřebami pacienta, neměla by tedy být jedna z nich potlačena nebo preferována.

## Příloha č. 15: Obecná doporučení k metodice edukačních intervencí

### **Obecná doporučení pro sestry k metodice edukačních intervencí při práci s pacienty seniorského věku**

#### **Cíl edukace pacientů v seniorském věku**

Cíl edukace pacientů v seniorském věku v nemocniční péči je nezbytné zaměřit na informovanost v oblastech péče o zdraví, aktivní participaci na léčebném procesu, informovanost o bezpečném prostředí a správném používání pomůcek, nácvik zručnosti při používání léčebných pomůcek, informovanost o alternativách následné péče a zapojení blízkých osob do procesu jejich uzdravování. Cíl edukace při jejich propuštění a zvládnání nemoci je potřebné zaměřit na porozumění nemoci, zvládnání nemoci mimo nemocnici, snížení potřeby návratu do nemocnice, a v konečném důsledku zlepšení kvality života.<sup>742</sup>

#### **Specifika edukace pacientů v seniorském věku**

Proces edukace v období stáří ovlivňuje řada odlišností, tyto je potřeba znát, respektovat je, a ke každému jedinci přistupovat na základě jeho individuálních potřeb! Involuční změny nastávající ve stáří, totiž podstatně ovlivňují proces učení!

#### **Zhodnocení a posouzení pacienta seniorského věku v oblasti potřeby edukace**

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky se zaměřuje zejména na ty údaje o pacientovi, které mohou ovlivňovat jeho edukaci, na jejich zpracování a analýzu. A tudíž je potřeba se zaměřit na následující oblasti<sup>743</sup>:

##### Momentální tělesný stav

- Negativní vliv na učení má únava, bolest, zvracení, horečka, průjem a jiné projevy spojené s nemocí, neuspokojené potřeby, smyslové poruchy, postižení pohybového či nervového aparátu týkající se především jemné a hrubé motoriky, apod.

---

<sup>742</sup> BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 – 524.

<sup>743</sup> Srov. BUTTARO T. M., BARBA. K. A. *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Boston: John Wiley & Sons, Inc., 2013, s. 518 – 524; REED, J., CLARKE, CH. et al. *Nursing Older Adults*. Maidenhead: Open University Press, 2012, s. 79 – 89, 159 – 175.



#### Momentální duševní stav

- Špatná nálada, úzkost nebo strach, nepozornost, nezáměr a přítomnost psychických poruch působí záporně. Avšak dobrá nálada, odpočinek a zájem působí na učení pozitivně.

#### Motivace

- Touha pacienta se něco naučit, získat znalosti, dovednosti, které jsou pro něho důležité. Mnoho seniorů si však myslí, že něco nového se naučit již pro ně nemá význam, nemají tedy potřebu učení.

#### Osobnost seniora

- Úroveň kognitivních funkcí (koncentrace pozornosti, paměti, myšlení apod.), temperament, vůle, inteligence, představitivost, životní zkušenosti, vzdělání, zručnost a povahové vlastnosti podmiňují individuální rozdíly v učení mezi jedinci.

#### Poddajnost (*compliance*)

- Úroveň spolupráce pacienta, tedy do jaké míry se ztotožňuje s našimi radami a doporučeními.

#### Aktivita

- Přípravenost učit se úzce souvisí s motivací, aktivní pacient vyhledává informace, čte literaturu, ptá se, má zájem se něco nového naučit.

#### Zkušenosti

- Pozitivní předcházející zkušenosti s edukační aktivitou vytváří u pacienta kladná očekávání ve vztahu k plánované edukační aktivitě a naopak.

#### Životní styl

- Nežádoucí životní styl pacienta před příchodem do zařízení, či prostředí, ze kterého pacient přichází neumožňující realizaci lékařských a ošetrovatelských doporučení (např. nemožnost dodržovat doporučený dietní plán apod.)

#### Sociální a aspekty

- Realizace lékařských a ošetrovatelských doporučení může být podmíněná vztahy v rodině (jak a s kým pacient žije, kdo a do jaké míry mu může být nápomocný), dostupností zdrojů (finančních, sociálních atd.), chronickým onemocněním

zabraňujícím nebo omezujícím pacienta v sociální interakci s okolím (celková nebo částečná imobilita, inkontinence, smyslové poruchy, poruchy řeči).

Při osobním setkání s pacientem je třeba vnímat pečlivě nejen jeho slova, ale i řeč těla. Při jeho hodnocení není žádoucí dělat předčasné závěry. Je potřeba ověřit si, jestli to, co vidíme a vnímáme, je skutečně to, co pacient sám cítí.

Po pečlivém zvážení, co a v jakém rozsahu může pacient zvládnout, je žádoucí jej seznámit se záměrem edukace. Je potřebné, aby pacient sdělil svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu, a popřípadě vyjádřil i své obavy.

Již při prvním setkání s pacientem je důležité vytvořit vztah laskavosti a důvěry, nezbytná je také úcta a respekt, emoční podpora, empatie a nehraný entuziasmus. Tímto se u seniorů zvyšuje emoční klima a vytváří se pozitivní očekávání. Pokud pacient vidí, že mu ošetřující personál věnuje náležitou pozornost, přistupuje pak k edukaci s větší odpovědností.

Velký význam při edukaci seniorů má motivace, a to vnější i vnitřní. Je důležité, aby se senior sám chtěl zapojit do realizace plánované edukační aktivity, je žádoucí příliš na něj netlačit, nechat mu prostor na rozmyšlenou a popřípadě dát možnost porady s jeho blízkými. Nevhodným tlakem na seniora můžeme způsobit nechuť se něco nového učit.

Na začátku edukace je vhodné začít s tím, co pacienta zajímá, co již zná, co považuje za nejdůležitější, a tím podpořit jeho sebedůvěru. Vhodné je spolu s pacientem rozvrhnout učivo do dílčích částí, čímž se zvyšuje u nich motivace, protože rozsah učiva je pak zvládnutelný, pacient si vytváří „červenou nit“ učiva.

Podle potřeby či přání pacienta a je-li to reálné a žádoucí přizvat k edukaci jeho blízké osoby. Je proto nezbytné navázat s nimi profesionální přátelský vztah a zapojit je do plánu péče o pacienta.<sup>744</sup>

**Nepodceňovat šanci edukace už dopředu!**

---

<sup>744</sup> Hlavními indikátory k zapojení blízkých osob pacienta do edukace jsou pak jeho možnosti a schopnosti, resp. tedy, jsou-li přítomny psychické (např. nezájem, strach, prokázaná demence atd.), smyslové (např. nekompenzovaná ztráta zraku, sluchu atd.) či tělesné bariéry (např. artritické prsty, paréza horní končetiny znemožňující zvládnout výkon atd.), které omezují pacientovu možnost či schopnost se učit – pozn. autorky.

## Projektování (plánování) edukačních strategií

Při volbě edukačních strategií je potřeba:

Určení priorit v edukaci:

- Zhodnotit pacientovu životní situaci (domácí podmínky atd.), co pacient chce a potřebuje vědět.
- Podle výsledku, kterého chceme u pacienta dosáhnout, je třeba nejdříve promyslet a stanovit krátkodobé a dlouhodobé cíle edukace. Pro komplexní rozvoj osobnosti dbát na to, aby cíle byly rozmanité, rozvíjeli všechny složky osobnosti pacienta, tj. v oblast kognitivní, afektivní i psychomotorickou.

Výběr vhodné metody edukace:<sup>745</sup>

- Volit takovou metodu edukace, která umožňuje zpětnou vazbu, tímto získáme informace o úrovni osvojení si poznatků a můžeme přizpůsobit tempo edukace potřebám pacienta.
- Metody edukace vzájemně kombinovat a doplňovat.

Rozpracování obsahové stránky edukace:

- Obsahovou stránku edukace projektovat v přiměřeném rozsahu podle možností a schopností konkrétního pacienta.
- Obsah edukace rozdělit na několik částí, tyto logicky uspořádat a časově naplánovat. Součástí každé edukační lekce je kontrola a opakování nezbytných potřebných informací z předchozích lekcí, aby se kompenzovala ztráta krátkodobé paměti.
- Výukové hodiny udržovat krátké<sup>746</sup> a plánovat tak, aby pacientovi umožňovaly odpočinek podle potřeby. Je vhodné plánovat edukaci v dopoledních hodinách, kdy je vysoká úroveň energie. Několik krátkých lekcí v různých dnech je vhodnější než jedno zdlouhavé sezení, které by mohlo pacienta unavovat.
- Informace mají praktický a relevantní dopad pro každodenní aktivity konkrétního pacienta.

---

<sup>745</sup> K nejprínosnějším metodám v edukaci pacientů v seniorském věku patří rozhovor, vysvětlování, výklad, vyprávění příběhu, praktická ukázka, praktický nácvik atd. – pozn. autorky.

<sup>746</sup> V odborné literatuře se doporučuje ne více jak 10 až 15 minut. V případě prakticky zaměřené lekce, při současném dodržování zásad individuálního přístupu a saturování dalších z psychosociálních potřeb (potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut apod.) však toto doporučení podle našeho názoru není mnohdy reálné – pozn. autorky.

### Výběr vhodné formy edukace<sup>747</sup>

- Vzhledem k velkým individuálním rozdílům mezi seniory a k různým potřebám edukace upřednostňovat zejména individuální formu edukace, přestože je časově náročnější.

### Výběr adekvátních didaktických prostředků a pomůcek

- Do učení seniorů zapojovat co nejvíce smyslů, pro usnadnění osvojení požadovaných znalostí a dovedností proto využívat dostupných prostředků edukace<sup>748,749,750</sup>.

Na základě výše uvedeného vypracovat vlastní edukační program přímo na potřeby konkrétního pacienta, tento projektovat pokud možno ve spolupráci s pacientem tak, aby bylo reálné jej uskutečňovat.

Je-li potřeba, je vhodné podle potřeb pacienta naplánovat i týmovou edukaci, to znamená ve spolupráci např. s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem či sestrou určitého klinického oboru.

### Fáze realizace edukačních strategií

Při vlastní realizaci edukačního procesu u pacienta v seniorském věku je žádoucí realizovat tyto edukační strategie:

---

<sup>747</sup> Volba individuální či skupinové formy edukace závisí na počtu pacientů, charakteru skupiny (věk, pohlaví, charakterové vlastnosti), tématu edukace, interindividuálních rozdílech mezi osobnostmi a času, který máme k dispozici – pozn. autorky.

<sup>748</sup> Např. edukační a informační materiály, nástěnné obrazy, anatomická schémata, výukové modely, reálný zdravotnický materiál, výukové filmy, vlastní kresby apod. – pozn. autorky.

<sup>749</sup> Efektivní výukový film je takový, ve kterém vypravěč předkládá informace vhodným tempem, jasně mluví a udržuje hudbu na pozadí nebo hluk na minimum nebo oboje zcela chybí. Efektivní videa jsou videa, ve kterých senioři vystupují a jsou zobrazováni pozitivním způsobem – pozn. autorky.

<sup>750</sup> Použité vizuální pomůcky by měly respektovat potřeby seniorské populace (obsahují optimální velikost písma tj. 14-16 bodový typ s obyčejným písmem, žádný skript nebo kurzíva, s vysokým kontrastem mezi barvou tisku a podložkou – nejlépe např. černým potiskem na bílý nebo světle krémový matný papír; dobře rozložená písmena; malá a velká písmena; jednotlivé sekce uvedené nadpisem; základní potřebné informace; použití primárních barev – pro obtížnost rozlišování barev na modrém konci spektra eliminace modrých, modrozelených a fialových odstínů a přehledné grafické ztvárnění – eliminace grafů s řádky a sloupci atd.). Je vhodné používat obrázky, které reprezentují seniory pozitivním způsobem, vyhýbat se stereotypním karikaturám a situacím, které nejsou relevantní pro životní styl seniorů. Jednoduché čárové kresby, piktogramy a fotografie jsou účinným doplňkem verbálních pokynů. Je potřeba mít na paměti, že úkoly, jejichž součástí je rozlišování odstínů barev (např. vyhodnocení zbarvení reagenční zóny diagnostických proužků na přítomnost cukru v moči) mohou představovat pro seniory potíže. Stejně tak se při edukaci pacientů zaměřenou na užívání léků nedoporučuje odkazovat na barvu tablety, zelené, modré a žluté tablety totiž mohou senioři vnímat jako stejně šedé – pozn. autorky.

### Prostředí a podmínky

- připravit vhodné prostředí a podmínky pro edukaci<sup>751</sup>;
- zvolit vhodný čas pro edukaci (kdy se předpokládá nejmenší počet rušivých elementů);
- přijít v dohodnutý čas (nepřepadnout pacienta);
- vyčlenit si potřebný čas (chránit pacienta před časovým stresem);
- navodit příjemnou atmosféru srdečným pozdravem, přiměřeným oslovením pacienta, představením se a vyjádřením radostí nad tím, že se se pacientem setkáváme a můžeme mu něco nového sdělit (pacient pak pocítuje vlídnost a přijetí, je emočně naladěný na přijímání nových informací), přitom ctít zásadu dobrovolnosti;
- v případě přítomnosti dalšího spolupacienta na pokoji požádat pacientův souhlas, že může být edukován v jeho přítomnosti;
- zajistit funkční kompenzační pomůcky (pozor na prasklá skla v brýlích, naslouchátko bez baterek apod.), při pochybnostech ověřit správnost používání kompenzačních pomůcek.;

### Podpora učení

- zhodnotit aktuální připravenost pacienta k edukaci (brát ohled na momentální stav pacienta a uspokojení jeho základních potřeb - signály únavy, bolesti apod.);
- seznámit pacienta s tématem (cílem) a strukturou edukační lekce (pokud senior ví, co bude a jak bude, redukuje to jeho napětí, úzkost a stres);
- upoutat pozornost, zaujmout pacienta vyjádřením účelu, smyslu setkání (starý člověk potřebuje znát limity svých možností, vědět, proč něco dělá a k čemu to vede);
- poskytnout pacientovi informace o tom, že na konci lekce bude vytvářet vlastní shrnutí učiva (tím pacient zesiluje pozornost, vnímá odpovědnost);
- ujistit pacienta následným předáním podpůrných materiálů, jako je např. vhodná literatura, brožurka, jiný písemný materiál apod. (čímž snížíte stres pacienta z možného zapomnění podaných informací), event. pacientovi poskytnou papír a tužku;
- při střetnutí s pacientem mluvit pouze o jedné problematice, nezahrnovat seniora najednou velkým množstvím informací (starý člověk se naučí více, když se mu poskytne menší množství specifických informací);

---

<sup>751</sup> Místo klidné, bez hluku, s optimální teplotou a osvětlením, ale bez oslnění, s přiměřeným prostorem a zajištěnou intimitou – pozn. autorky.

- informace předávat postupně (od nejjednoduššího ke složitějšímu, až pacient zvládne jednu část, přidat další atd.);
- informace předávat smysluplně a v kontextu (aby se pacient orientoval v učivu, chápal souvislosti);
- informace předávat soustavně (s nezbytností opakování, procvičování);
- objevit schopnosti pacienta, opírat se o jeho možnosti, využívat jeho dosavadní znalosti, dovednosti a zkušenosti;
- prezentovat a zdůrazňovat klíčová slova (pacient vnímá podstatu učiva);
- často shrnovat klíčové myšlenky a poznatky, tyto vyhodnocovat je jako subjektivně důležité (pro hlubší vštípení si nové látky do paměti);
- v rámci edukační lekce účelně střídat odlišné metody výuky;
- respektovat zásadu názornosti, do učení tak zapojit co nejvíce smyslů<sup>752</sup>;
- poskytovat pacientovi analogie s něčím známým (u pacienta se vytváří porozumění);
- poskytnout pacientovi prostor pro vytváření asociací (tímto dokáže lépe informace přesunout do dlouhodobé paměti);
- respektovat individuální styl učení<sup>753</sup>;
- nepožadovat po seniorech učení se nazpaměť (naučené je nutné opakováním uložit do dlouhodobé paměti);
- zvolit přiměřené tempo edukace, pochopit pomalejší reakce a být trpělivý (uplatňujeme individuální přístup, chováme se profesionálně);
- při nácviu dovedností pohyb rozfázovat, krok za krokem dávat stručné pokyny (každý krok má svůj význam, je třeba ho řádně objasnit, aby jednotlivé úkoly na sebe logicky navazovaly);
- nácvik dovedností podpořit vhodnými pomůckami či modely;
- povzbuzovat a vybízet pacienta k prozkoušení praktické dovednosti, pružně reagovat na případné korekce činností;
- osvojené průběžně opakovat, procvičovat a kontrolovat (pacient vidí, že personál má zájem na tom, aby se potřebné naučil a porozuměl mu, mají příležitost pro své dotazy, vyjádření svých názorů, vnímají posílení sebedůvěry);

---

<sup>752</sup> S využitím vhodných příkladů, příběhů, výukových modelů, nástěnných obrazů, obrázků, nákresů, anatomických schémat, výukových filmů, reálného zdravotnického materiálu apod. – pozn. autorky.

<sup>753</sup> Např. sluchově – hovorový typ, vizuální typ, hmatový a pohybový typ, slovně – pojmový typ atd. – pozn. autorky.

- poskytnout pacientovi přiměřený čas k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu (pacient ví, že je sestra k dispozici, že ho provází procvičováním, má příležitost k samostatnému vykonávání praktického úkonu s případnou pomocí sestry, ověřuje si osvojené vědomosti a dovednosti, zvyšuje si pocit jistoty v osvojeném učivu, posiluje se jeho sebehodnocení);
- dokázat vysvětlit učivo jinými způsoby (pacient pak akceptuje snahu sestry přiblížit učivo jinými cestami, vnímá větší odvalu při potřebě dalšího dotazování, chápe, že omyl je otázkou interpretace učiva a přirozenou součástí učení se);
- podporovat aktivitu pacienta, jeho spolupráci, neustále ho motivovat a oceňovat za průběh či výsledek jeho práce;
- vyžadovat nepřetržitou zpětnou vazbu (s důrazem na porozumění informací a chápání jejich smyslu samotným pacientem);
- znalosti pacienta hodnotit během diskuze či rozhovoru, jasně formulovat konkrétní kontrolní uzavřené i otevřené otázky.<sup>754</sup> A poté náležitě posuzovat jeho odpovědi;
- motorické dovednosti posuzovat na základě pozorování zručností při provádění provedeného výkonu pacientem;
- postoje nebo systém hodnotit podle odpovědí na naše cílené otázky, vyslechnout názory pacienta a pozorovat jeho chování (změna v chování se může projevit až později);
- pokud jsou znalosti či dovednosti pacienta nedostatečné, a pokud má pacient dotazy, edukovat ho opakovaně;
- ve spolupráci s pacientem zhodnotit výsledek edukační lekce (vždy nejdříve zmínit pozitiva, pacienta pochválit a pak rozebrat to, co bylo méně dobré);
- při nedosažení úspěchu hledat příčinu a navrhnout nový plán;

Didaktické pomůcky:

- poskytnout pacientovi vhodný podpůrný materiál (vhodnou literaturu, brožurky, písemné materiály, ke kterým se může vracet, případně je použít jako návod), materiál s pacientem prohlédnout, taktně požádat pacienta o přečtení části textu; k materiálům přiložit i telefonní a emailový kontakt pro případ potřeby; doporučit pacientovi, aby uchovával doma písemné materiály na vhodném místě, například v blízkosti telefonu, na nočním stolku nebo na lednici, aby je měl stále na očích, po ruce;

<sup>754</sup> „...„Co jste mi rozuměl z toho, co jsem vám říkala? Jak budete provádět ...?“ – pozn. autorky

- pro usnadnění osvojení požadovaných znalostí a dovedností využít další dostupné prostředky edukace<sup>755</sup>, tyto pomůcky spolu s pacientem prohlédnout;
- při demonstrování pomůcek reflektovat individuální potřeby pacienta;

Komunikace a rétorika:

- taktně ověřit případné komunikační bariéry<sup>756</sup> a popřípadě komunikaci přizpůsobit;
- pro ulehčení komunikace zaujmout vhodnou pozici<sup>757</sup>, zdržovat se v zorném poli pacienta a udržovat oční kontakt, postavit se stranou od oken k eliminaci oslnění, volit vhodnou vzdálenost<sup>758</sup>;
- používat přiměřenou slovní zásobu (zejména ve vztahu k cizím slovům, odborným výrazům, latinské terminologii či zdravotnickému slangu);
- nové pojmy ihned vysvětlit, starší osoby mají tendenci zaměňovat předchozí pojmy s novými (aby pacient chápal význam konkrétních slov, dokázal si jasně a jednoznačně představit, co který termín znamená);
- vágní pojmy a termíny jako „přiměřeně“, „několikrát denně“, „často“ nebo „občas“ lze interpretovat v širokém spektru významů. Při komunikaci se seniory je nezbytné být konkrétní v pokynech týkajících se času, pořádku, trvání a frekvence.<sup>759</sup> Vždy je potřeba ověřit, že pokyny byly jasně srozumitelné. Je potřeba zadávat konkrétní pokyny pomocí konkrétních výrazů<sup>760</sup>;
- informace pacientovi sdělovat správnou rétorikou, srozumitelně (přiměřeně úrovni vzdělání a chápání pacienta), stručně, jasně, zřetelnou artikulací, přiměřenou rychlostí projevu<sup>761</sup>, intonací, výškou hlasu<sup>762</sup>, v kratších jednoduchých větách, dbát na akcenty,

<sup>755</sup> Např. nástěnné obrazy, anatomická schémata, výukové modely, reálný zdravotnický materiál, výukové filmy, vlastní kresby apod. – pozn. autorky.

<sup>756</sup> Porucha sluchu, zraku apod. – pozn. autorky.

<sup>757</sup> Pokud možno vyvarovat se nadřazené, dominantní pozici: pokud pacient leží nebo sedí, je-li to možné sednout si – pozn. autorky.

<sup>758</sup> Nesmí být narušen osobní prostor, avšak přílišná vzdálenost snižuje možnost slyšet – pozn. autorky.

<sup>759</sup> Například sestra může nasměrovat pacienta na „*Namočte si prst po dobu deseti minut ráno a večer po dobu pěti dnů*“, spíše než „*Namočte prst dvakrát denně, dokud se to nezlepší*.“ Je také důležité zdůraznit požadovanou akci (pozitivní pokyny a rady), spíše než to, čemu by se mělo zabránit (negativní zpráva). Například sestra může nařídít pacientovi, aby si „*vzal tuto pilulku na lačný žaludek dvě hodiny po snídani a večeři*“, spíše než: „*Neberte si tuto pilulku s jídlem*“ nebo „*Vyvarujte se užívání této pilulky na plný žaludek*“ – pozn. autorky.

<sup>760</sup> Spíše než nařídít pacientovi, aby „*zvyšil obsah vápníku ve vaší stravě*“, je vhodné uvést konkrétní potraviny, které jsou dobrými zdroji vápníku, a poznamenat, kolikrát denně by se tato jídla měla jíst - pozn. autorky.

<sup>761</sup> Rychlost by neměla dle odborné literatury překročit 140 slov za minutu. Na druhou stranu ne tak pomalu, aby se pacient rozptyloval nebo zrudil – pozn. autorky.

<sup>762</sup> Doporučuje se dle odborné literatury nízkým tónem hlasu, zvyšování hlasu není nutné ani žádoucí – pozn. autorky.



dělat pomlky; je potřeba pro zpětnou vazbu průběžně zjišťovat, zda bylo vše řečené tak, aby nám posluchač rozuměl;

- adekvátně zapojovat další neverbální prostředky komunikace<sup>763</sup>;
- u sestry se dokonce doporučuje použití světlé rtěnky nebo lesku na rty, což je technika, která může pomoci pacientovi při vizuálním potvrzení toho, co řekla;
- během komunikace posilovat orientaci pacienta v čase, prostoru, osobách kolem;
- poskytovat prostor pro diskuzi (pacient tak poznává, že je plnohodnotným účastníkem edukačního procesu);
- povzbuzovat pacienta, aby mluvil o svých pocitech;
- povzbuzovat pacienta ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností;
- poskytnout pacientovi přiměřený čas na své odpovědi;
- všechny otázky a odpovědi pacienta brát s plnou vážností a respektem, nedevalvovat je;
- pomáhat pacientovi při zdolávání nedůvěry ve vlastní možnosti a schopnosti učit se, ubezpečit ho, že věříme v jeho úspěch: chválit pacienta za snahu; poukazovat na to, v čem již byl úspěšný; projevovat uznání i za malé úspěchy; nešetřit uznáním, prokázat radost nad tím, že úkol zvládl; neporovnávat ho s ostatními pacienty, ale pouze s ním samotným – jaký již udělal pokrok (pocit úspěchu vytváří pozitivní atmosféru a přináší motivaci ke zvládnutí dalších úkolů);
- naslouchat pacientovi (používat parafrázování, reflektovat jeho sdělení, vyjadřovat pochopení, povzbuzovat jej), pečlivě pozorovat vše, co se říká, ale i to, co se neříká (protože to, co není řečeno, může být stejně podstatné jako vyřčená slova);
- usmívat se a uplatňovat laskavý humor pro vyjádření radosti, optimismu, naděje a zlehčení situace (pacient pak pocítuje pozitivní atmosféru, oceňuje osobnost sestry);
- zeptat se pacienta, zda můžete požadovaný formulář vyplnit s ním (senioři jsou stresováni testy nebo vyplňováním formulářů).

Je-li zvolen správný přístup, senior sám v sobě objeví nové schopnosti a přesvědčení, že nikdy není pozdě chtít něco dokázat!

---

<sup>763</sup> Přiměřeně gestikulovat, usmívat se, mít laskavý a přívětivý pohled, respektovat význam mlčení v komunikaci, podporu či souhlas vyjádřit dotykem, ukazovat předměty, o kterých se mluví atd. – pozn. autorky.

## Příloha č. 16: Seznam tabulek

- Tabulka 1: Sledované proměnné a nástroje jejich měření
- Tabulka 2: Dělení didaktických pomůcek
- Tabulka 3: Sledované proměnné a zvolené výzkumné nástroje
- Tabulka 4: Délka sesterské praxe – kategorie: 30 let a více, pod 30 let, pod 20 let praxe
- Tabulka 5: Délka sesterské praxe - kategorie: do 23, nad 23 let praxe
- Tabulka 6: Nejvyšší dosažené vzdělání
- Tabulka 7: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na středoškolské, vyšší odborné, bakalářské a magisterské
- Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na středoškolské, vyšší odborné/vysokoškolské
- Tabulka 9: Časový harmonogram výzkumného projektu
- Tabulka 10: Kódy získané rozhovorem
- Tabulka 11: Kategorizace kódů
- Tabulka 12: Kategoriální systém pro interpretaci dat rozhovoru
- Tabulka 13: Specializační vzdělávání
- Tabulka 14: Specializační vzdělávání – absolvovaný vzdělávací program
- Tabulka 15: Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství
- Tabulka 16: Absolvované jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství
- Tabulka 17: Jakákoliv forma vzdělávání zaměřená na problematiku edukace seniorů
- Tabulka 18: Absolvovaná jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů
- Tabulka 19: Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice
- Tabulka 20: Oblast osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice
- Tabulka 21: Nejčastější oblasti/témata edukace u pacientů v seniorském věku
- Tabulka 22: Existence vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci

- Tabulka 23: Nejdůležitější kritérium v období stáří
- Tabulka 24: Promítání procesu stárnutí na paměť
- Tabulka 25: Promítání procesu stárnutí do intelektové výkonnosti
- Tabulka 26: Největší zátěž pro seniora z psychosociálního aspektu
- Tabulka 27: Psychosociální potřeby ve stáří
- Tabulka 28: Zvláštnosti chorob ve stáří
- Tabulka 29: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří
- Tabulka 30: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří, počet označených odpovědí
- Tabulka 31: Uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů
- Tabulka 32: Uplatňování konkrétních didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů
- Tabulka 33: Počet uplatňovaných didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů
- Tabulka 34: Pojem geragogika (gerontagogika)
- Tabulka 35: Cíl edukace pacienta v seniorském věku
- Tabulka 36: První fáze edukačního procesu
- Tabulka 37: Nejčastější místo realizace edukace pacienta
- Tabulka 38: Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku
- Tabulka 39: Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod
- Tabulka 40: Počet označených edukačních metod
- Tabulka 41: Zhodnocení přínosu slovní metody
- Tabulka 42: Zhodnocení přínosu písemné metody
- Tabulka 43: Zhodnocení přínosu metody praktická ukázka
- Tabulka 44: Zhodnocení přínosu metody nácvik
- Tabulka 45: Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých položek
- Tabulka 46: Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých dimenzí
- Tabulka 47: Téma edukační lekce

- Tabulka 48: Místo realizace edukační lekce
- Tabulka 49: Edukační bariéry
- Tabulka 50: Forma edukace
- Tabulka 51: Typ edukace
- Tabulka 52: Didaktické pomůcky
- Tabulka 53: Metody edukace
- Tabulka 54: Délka edukační lekce
- Tabulka 55: Prostředí
- Tabulka 56: Podmínky
- Tabulka 57: Podpora učení: pacient je zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci
- Tabulka 58: Podpora učení: pacient aktivně spolupracuje
- Tabulka 59: Podpora učení: pacient je seznámen s tématem edukační lekce (cílem)
- Tabulka 60: Podpora učení: edukační lekce navazuje na dosavadní skutečné znalosti a dovednosti pacienta
- Tabulka 61: Podpora učení: edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí znalosti pacienta
- Tabulka 62: Podpora učení: edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí dovednosti pacienta
- Tabulka 63: Podpora učení: edukační lekce cíleně rozvíjí postoje pacienta
- Tabulka 64: Podpora učení: pacientovi jsou nové poznatky zprostředkovány postupně, systematicky
- Tabulka 65: Podpora učení: v rámci edukační lekce se účelně střídají odlišné metody výuky
- Tabulka 66: Podpora učení: do edukační lekce jsou zařazeny modelové příklady, příběhy
- Tabulka 67: Podpora učení: praktická ukázka reflektuje individuální potřeby pacienta
- Tabulka 68: Podpora učení: pacient je vyzván, aby předvedl praktický úkon sám
- Tabulka 69: Podpora učení: pacient ví, co se po něm vyžaduje (rozumí pokynům)
- Tabulka 70: Podpora učení: pacient ví, proč to dělá a k čemu to vede
- Tabulka 71: Podpora učení: pacient dostává přiměřený čas na nácvik praktického úkonu

- Tabulka 72: Podpora učení: pacientovi je poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu
- Tabulka 73: Podpora učení: pokud se v učení vyskytnou obtíže, jsou ihned rozpoznány a pacientovi je poskytnuta pomoc
- Tabulka 74: Podpora učení: pacientovi je poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu
- Tabulka 75: Podpora učení: pacient je oceňován za proces (snahu, postupy)
- Tabulka 76: Podpora učení: pacient je oceňován za výsledek práce
- Tabulka 77: Podpora učení: pacientovi je poskytována nepřetržitá zpětná vazba
- Tabulka 78: Podpora učení: v závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení
- Tabulka 79: Podpora učení: při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce je spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán
- Tabulka 80: Didaktické pomůcky: demonstrace reflektuje individuální potřeby pacienta
- Tabulka 81: Didaktické pomůcky: poskytnuté edukační a informační materiály jsou efektivně využity
- Tabulka 82: Komunikace: pacient je povzbuzován, oceňován a podporován
- Tabulka 83: Komunikace: pacient dostává pokyny formulované pozitivně, bez předsudků
- Tabulka 84: Komunikace: pacient je podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu
- Tabulka 85: Komunikace: pacient je povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech
- Tabulka 86: Komunikace: pacient je povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností
- Tabulka 87: Komunikace: všechny otázky pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno
- Tabulka 88: Komunikace: pacient je povzbuzován k zapojení do rozhovoru
- Tabulka 89: Komunikace: pacient dostává přiměřený čas na své odpovědi
- Tabulka 90: Komunikace: všechny odpovědi pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno
- Tabulka 91: Rétorika

## Příloha č. 17: Seznam grafů

- Graf 1: Vývoj v trendu edukací u hospitalizovaných pacientů za rok 2012 – 2014
- Graf 2: Vývoj v trendu edukovaných hospitalizovaných pacientů za rok 2012 – 2014
- Graf 3: Délka sesterské praxe - kategorie: 30 let a více, pod 30 let, pod 20 let praxe
- Graf 4: Délka sesterské praxe - kategorie: do 23, nad 23 let praxe
- Graf 5: Nejvyšší dosažené vzdělání
- Graf 6: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na středoškolské, vyšší odborné, bakalářské a magisterské
- Graf 7: Nejvyšší dosažené vzdělání - rozdělení na středoškolské, vyšší odborné/vysokoškolské
- Graf 8: Specializační vzdělávání
- Graf 9: Specializační vzdělávání – absolvovaný vzdělávací program
- Graf 10: Jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství
- Graf 11: Absolvované jiné další vzdělávání poskytující znalosti ze základů pedagogiky a edukace v ošetrovatelství
- Graf 12: Jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů
- Graf 13: Absolvovaná jakákoliv forma vzdělávání zaměřená výhradně na problematiku edukace seniorů
- Graf 14: Osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice
- Graf 15: Oblast osobní zkušenosti s edukací seniorů i mimo prostředí nemocnice
- Graf 16: Nejčastější oblasti/témata edukace u pacientů v seniorském věku
- Graf 17: Existence vypracovaného metodického postupu k posouzení připravenosti pacienta v seniorském věku k edukaci
- Graf 18: Nejdůležitější kritérium v období stáří
- Graf 19: Promítání procesu stárnutí na paměť
- Graf 20: Promítání procesu stárnutí do intelektové výkonnosti
- Graf 21: Největší zátěž pro seniora z psychosociálního aspektu
- Graf 22: Psychosociální potřeby ve stáří

- Graf 23: Zvláštnosti chorob ve stáří
- Graf 24: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří
- Graf 25: Faktory ovlivňující proces edukace v období stáří - počet označených odpovědí
- Graf 26: Uplatňování didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů
- Graf 27: Uplatňování konkrétních didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů
- Graf 28: Počet uplatňovaných didaktických zásad akceptujících psychosociální potřeby a požadavky na vzdělávání seniorů
- Graf 29: Pojem geragogika (gerontagogika)
- Graf 30: Cíl edukace pacienta v seniorském věku
- Graf 31: První fáze edukačního procesu
- Graf 32: Nejčastější místo realizace edukace pacienta
- Graf 33: Vhodnost konkrétního typu sestry pro edukaci pacientů v seniorském věku
- Graf 34: Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod
- Graf 35: Počet označených edukačních metod
- Graf 36: Zhodnocení přínosu slovní metody
- Graf 37: Zhodnocení přínosu písemné metody
- Graf 38: Zhodnocení přínosu metody praktická ukázka
- Graf 39: Zhodnocení přínosu metody nácvik
- Graf 40: Analýza odpovědí sémantického diferenciálu na úrovni jednotlivých položek
- Graf 41: Téma edukační lekce
- Graf 42: Místo realizace edukační lekce
- Graf 43: Edukační bariéry
- Graf 44: Forma edukace
- Graf 45: Typ edukace
- Graf 46: Didaktické pomůcky

- Graf 47: Metody edukace
- Graf 48: Délka edukační lekce
- Graf 49: Prostředí
- Graf 50: Podmínky
- Graf 51: Podpora učení: pacient je zhodnocen z hlediska aktuální připravenosti k edukaci
- Graf 52: Podpora učení: pacient aktivně spolupracuje
- Graf 53: Podpora učení: pacient je seznámen s tématem edukační lekce (cílem)
- Graf 54: Podpora učení: edukační lekce navazuje na dosavadní skutečné znalosti a dovednosti pacienta (evokace – co už víte?)
- Graf 55: Podpora učení: edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí znalosti pacienta
- Graf 56: Podpora učení: edukační lekce prohlubuje nebo rozvíjí dovednosti pacienta
- Graf 57: Podpora učení: edukační lekce cíleně rozvíjí postoje pacienta
- Graf 58: Podpora učení: pacientovi jsou nové poznatky zprostředkovány postupně, systematicky
- Graf 59: Podpora učení: v rámci edukační lekce se účelně střídají odlišné metody výuky
- Graf 60: Podpora učení: do edukační lekce jsou zařazeny modelové příklady, příběhy
- Graf 61: Podpora učení: praktická ukázka reflektuje individuální potřeby pacienta
- Graf 62: Podpora učení: pacient je vyzván, aby předvedl praktický úkon sám
- Graf 63: Podpora učení: pacient ví, co se po něm vyžaduje (rozumí pokynům)
- Graf 64: Podpora učení: pacient ví, proč to dělá a k čemu to vede (je vhodně motivován)
- Graf 65: Podpora učení: pacient dostává přiměřený čas na nácvik praktického úkonu
- Graf 66: Podpora učení: pacientovi je poskytována příležitost při nácviku praktického úkonů opravit chybu
- Graf 67: Podpora učení: pokud se v učení vyskytnou obtíže, jsou ihned rozpoznány a pacientovi je poskytnuta pomoc
- Graf 68: Podpora učení: pacientovi je poskytována příležitost k opakování, procvičování získaných znalostí a praktického úkonu
- Graf 69: Podpora učení: pacient je oceňován za proces (snahu, postupy)
- Graf 70: Podpora učení: pacient je oceňován za výsledek práce



- Graf 71: Podpora učení: pacientovi je poskytována nepřetržitá zpětná vazba
- Graf 72: Podpora učení: v závěru edukační lekce proběhlo spolu s pacientem její zhodnocení
- Graf 73: Podpora učení: při zjištění nedostatků či nesplnění cíle edukační lekce je spolu s pacientem řešena příčina a navrhován nový plán
- Graf 74: Didaktické pomůcky: demonstrace pomůcek reflektuje individuální potřeby pacienta
- Graf 75: Didaktické pomůcky: poskytnuté edukační a informační materiály jsou efektivně využity
- Graf 76: Komunikace: pacient je povzbuzován, oceňován a podporován
- Graf 77: Komunikace: pacient dostává pokyny formulovány pozitivně, bez předsudků
- Graf 78: Komunikace: pacient je podporován k tomu, aby sděloval svá očekávání týkajících se jeho role v edukačním procesu
- Graf 79: Komunikace: pacient je povzbuzován, aby mluvil o svých pocitech
- Graf 80: Komunikace: pacient je povzbuzován ke kladení otázek vycházejících jednak z jeho zájmu o danou problematiku, či z případných nejasností
- Graf 81: Komunikace: všechny otázky pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno
- Graf 82: Komunikace: pacient je povzbuzován k zapojení do rozhovoru
- Graf 83: Komunikace: pacient dostává přiměřený čas na své odpovědi
- Graf 84: Komunikace: všechny odpovědi pacienta jsou přijímány pozitivně, a je s nimi dále pracováno
- Graf 85: Rétorika

## ANOTACE

Jméno a příjmení	<b>Petra Kaduchová</b>
Katedra nebo ústav	<b>Ústav pedagogiky a sociálních studií</b>
Univerzita	<b>Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta</b>
Studijní program	<b>Pedagogika</b>
Školitelka	<b>doc. PhDr. Iveta Bednaříková, Ph.D.</b>
Rok obhajoby	<b>2020</b>

Název práce	<b>Edukační strategie sester zaměřené na pacienty v seniorském věku</b>
Anotace práce	<p>Disertační práce řeší problematiku vztahující se jak k oboru pedagogika (se zaměřením na edukaci seniorů), tak i k teorii a praxi ošetrovatelství.</p> <p>Disertační práce je zaměřena na zjištění úrovně znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku, včetně zjištění, jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality klinické praxe. Jejím východiskem bylo zkoumání edukačních strategií sester zaměřené na pacienty v seniorském věku a jejich promítání do reality klinické praxe. Objektem výzkumu byly edukační sestry poskytující tzv. specializovanou a úzce specializovanou edukaci. Výzkumný vzorek byl záměrný, tvořily ho sestry, které jsou začleněné do projektu s názvem <i>Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc</i>.</p> <p>Disertační práce je členěna do tří částí: teoretickou, empirickou a část textových příloh.</p> <p>Hlavním cílem disertační práce bylo v rovině teoretické popsat realizaci edukačního procesu v rámci ošetrovatelské péče včetně zvláštností edukace u seniorů, objasnit vybrané klíčové kompetence sester v edukaci pacientů seniorského věku a jejich edukační strategie zaměřené na pacienty v seniorském věku, a prezentovat realizaci projektu <i>Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc</i>.</p> <p>Hlavním cílem disertační práce v rovině empirické bylo zjistit úroveň znalostí, dovedností a postojů sester v edukaci pacientů seniorského věku, a zjistit, jakým způsobem se tyto proměnné promítají do reality</p>

	<p>klinické praxe. Stanovením dílčích cílů v části teoretické a empirické bylo tohoto cíle dosaženo. Pro naplnění záměru disertační práce byl realizován empirický výzkum. Designem pro zjišťování vybraných klíčových kompetencí sester v edukaci pacientu seniorského věku se stala případová studie. Náš výzkum byl koncipován jako smíšený. Kombinoval převážně kvalitativní přístup s doplňujícím přístupem kvantitativním. V rámci výzkumného šetření byly využity metody polostrukturovaného dotazníku, sémantického diferenciálu, polostrukturovaného rozhovoru, strukturovaného pozorování a nekvantitativní analýzy dokumentů. Zjištěné údaje byly zpracovány kvalitativními i kvantitativními metodami.</p> <p>Paralelním cílem disertační práce, orientovaným na pedagogickou praxi, bylo vypracovat návrh doporučení pro praxi a doporučení k metodice edukačních intervencí u pacientů v seniorském věku.</p> <p>Svým zaměřením téma disertační práce reflektuje současné aktuální potřeby gerontagogiky (geragogiky). Z hlediska potřebnosti zkvalitnění kompetencí sester a jejich edukačních intervencí při práci s pacienty v seniorském věku považujeme téma disertační práce za velmi žádoucí.</p> <p>Práce může být inspirací pro osoby, které rozhodují o působení a vzdělávání samotných sester pro edukaci pacientů - seniorů, či samotní realizátoři vzdělávacích aktivit pro sestry v edukaci pacientů - seniorů; ale hlavně ti, kteří realizují, či nějakým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy v ošetrovatelské praxi.</p>
<b>Klíčová slova</b>	Edukace, edukační proces, edukační sestra, edukační strategie, dovednosti sester, klíčové kompetence, postoje sester, specifika edukace seniorů, zdravotní gramotnost, znalosti sester
<b>Počet příloh</b>	17
<b>Rozsah práce</b>	473 (z toho 175 stran příloh)
<b>Jazyk práce</b>	čeština

## SUMMARY

<b>Thesis title</b>	<b>Teaching strategies of nurse-educators aimed at teaching elderly patients</b>
<b>Thesis annotations</b>	<p>This dissertation thesis deals with the issue related both to the field of pedagogy (aimed at education of elderly patients) and to the nursing theory and practice. The thesis is focused on finding out the level of knowledge, skills and attitudes of nurses-educators while working with elderly patients, including how these variables are projected into the reality of clinical practice. The starting point was to explore the teaching strategies of nurses-educators focused on elderly patients and to find out how they are projected into the reality of clinical practice. The nurses-educators providing so-called specialized or narrowly specialized education were the object of the research. The research sample was intentional, involving nurses participating in the project titled <i>Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc (Nurse-educator in University Hospital Olomouc)</i>.</p> <p>The thesis is divided into three parts: the theoretical, empirical and the part containing appendices. The main goal was to describe the implementation of the education process within the nursing care, including peculiarities of education of elderly patients, to clarify the selected key competencies in nurses while educating the elderly patients and their teaching strategies focused on elderly patients, and to present the implementation of project titled <i>Edukační sestra ve Fakultní nemocnici Olomouc (Nurse-educator in University Hospital Olomouc)</i>.</p> <p>The main objective in the empirical part was to find out the level of knowledge, skills and attitudes of nurse-educators while educating the elderly patients and to learn how the variables are projected into the reality of the clinical practice. This goal was accomplished through setting the partial goals in the theoretical and empirical part. The empirical research was carried out to fulfil the purpose of the thesis.</p>

	<p>The case study became the design for identifying the selected key competencies of nurses while educating the elderly patients. Our research was conceived as mixed, combining predominantly the qualitative approach with the complementary quantitative one. The research used the methods of the semi-structured questionnaire, semantic differential, semi-structured interview, structured observation, and the non-quantitative document analysis. The gathered data were processed by qualitative as well as quantitative methods.</p> <p>The parallel goal of the thesis, aimed at the pedagogical practice, was to provide recommendations for practice and recommendations for the methodology of teaching interventions in elderly patients. The thesis focuses on reflecting the current needs of geragogy (geragogics). Concerning the need to improve the quality of nurses' competencies and their educating interventions while working with the elderly patients, we consider the topic of this thesis crucial.</p> <p>The thesis can be inspirational for those managing the work and education of nurses educating the elderly patients, or for managers organizing educational activities for nurses in teaching elderly patients, but in particular for those who determine or influence real educational processes in nursing practice.</p>
<b>Key words</b>	<p>Education, educational proces, nurse-educator, teaching strategies, skills of nurses, key competencies, attitudes of nurses, specifics of education of elderly patients, health literacy, knowledge of nurses</p>