

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Petr Jílek

Sociálně - zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

Edukace nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšní

Olomouc 2016

vedoucí práce: MUDr. Ivana Štverka Kořínková

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jsem uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

Vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji MUDr. Ivaně Štverka Kořínkové, za odborné vedení bakalářské práce,
poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE	8
2 TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 POPIS KLÍČOVÝCH POJMU	9
2.1.1 Definice Roztroušené sklerózy	9
2.1.2 Edukace a reedukace	10
2.1.3 Edukace a reedukace v ošetrovatelství	12
2.1.4 Adherence k léčbě	12
3 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	14
3.1 Základní informace o nemoci v České republice	14
3.2 Příznaky onemocnění	18
3.3 Typy průběhu nemoci	19
3.4 Diagnostika onemocnění	21
3.5 Léčba onemocnění	22
4 EDUKACE	27
4.1 Edukace, edukační realita	27
4.2 Edukační činnost v ošetrovatelském procesu	29
4.3 Účastníci edukačního procesu	31
4.3.1 Edukant (edukovaný)	32
4.3.2 Edukátor	32
4.4 Edukační proces	33
4.5 Typy edukace	35

4.6 Edukační lekce	36
4.6.1 Cíle a didaktické zásady edukace	36
4.6.2 Metody a formy edukace v ošetrovatelství	39
4.6.3 Edukace u pacientů s roztroušenou sklerózou	40
5 PRAKTICKÁ ČÁST	
5.1 Metodologie	42
5.1.1 Charakteristika průzkumného vzorku	42
5.1.2 Struktura dotazníku	43
5.1.3 Způsob zpracování dat	43
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
7 VÝSLEDKY A DISKUSE	59
8 ZÁVĚR	61
9 SOUHRN	63
REFERENČNÍ SEZNAM	64
SEZNAM ZKRATEK	67
SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsem se začal zabývat v průběhu spolupráce s neziskovou organizací AD VITAM, o.p.s. která se kromě jiného zaměřuje na realizaci podpůrných

programů pro pacienty s chronickým onemocněním. Důležitou a nedílnou součástí těchto programů je edukace nemocných. Osobně jsem měl možnost aktivně se podílet na pomoci v podpůrném patientském programu pro nemocné s roztroušenou sklerózou mozkomíšní. Setkal jsem se s celou řadou pacientů, kteří byli na začátku léčby, na úplném začátku života s touto diagnózou a řešili problémy spojené s přijetím této situace. Měl jsem možnost být s nimi u diskuzí a hledání odpovědí na otázky týkající se dalšího života i kvality života s touto nemocí.

Také jsem měl možnost se zúčastnit týdenního rekondičního pobytu patientské organizace Roska Olomouc. Při tomto pobytu jsem se setkal především s klienty již dlouhodobě nemocnými, s různým stupněm postižení a invalidity. Měl jsem možnost vidět a zažít, že zdravotní stav nemocných je ovlivňován nejen samotnou léčbou, ale do značné míry také tím, jak sami nemocní přistupují ke své nemoci a sami k sobě. Jak rozumí a dodržují nebo nedodržují doporučený léčebný režim.

Proto jsem se ve své bakalářské práci zaměřil na význam edukační činnosti a to především na počátku onemocnění, kdy má dobře edukovaný nemocný a dobře edukovaná rodina šanci ve velké míře ovlivnit další vývoj života s touto diagnózou.

Hlavním cílem bakalářské práce je **popsat edukační proces v ošetrovatelské praxi a zjistit jak hodnotí edukační proces pacienti s roztroušenou sklerózou.**

V teoretické části se budu zabývat:

- Popisem problematiky roztroušené sklerózy, jejími příznaky, diagnostikou a léčebnými postupy u tohoto onemocnění
- Charakteristikou a významem edukačního procesu v ošetrovatelské praxi ve vztahu k průběhu chronického onemocnění

V praktické části mé bakalářské práce jsem se zaměřil:

- Na provedení dotazníkového šetření zaměřeného na hodnocení edukačního procesu u pacientů s roztroušenou sklerózou.
- Na analýzu výsledků dotazníkového šetření a zjištění hodnocení edukačního procesu z pohledu potřeb respondentů

Přínos bakalářské práce spatřuji především v poskytnutí informací, které mohou být nápomocny pro plánování a případné změny v tvorbě podpůrných patientských programů, jejichž součástí je i edukační proces, jak v oblasti zdravotní, tak i v oblasti sociální péče.

1. Cíl a úkoly práce

Hlavním cílem bakalářské práce je **popsat edukační proces v ošetrovatelské praxi a zjistit jak hodnotí edukační proces pacienti s roztroušenou sklerózou.**

Dílčí cíle

V teoretické části se budu zabývat:

- Popisem problematiky roztroušené sklerózy, jejími příznaky, diagnostikou a léčebnými postupy u tohoto onemocnění
- Charakteristikou a významem edukačního procesu v ošetrovatelské praxi ve vztahu k průběhu chronického onemocnění

V praktické části mé bakalářské práce jsem se zaměřil:

- Na provedení dotazníkového šetření zaměřeného na hodnocení edukačního procesu u pacientů s roztroušenou sklerózou.
- Na analýzu výsledků dotazníkového šetření a zjištění hodnocení edukačního procesu z pohledu potřeb respondentů.

Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že minimálně 50% respondentů hodnotí uskutečňovanou edukaci pozitivně.
2. Předpokládáme, že více než 70% respondentů nemá žádné připomínky k uskutečňovanému edukačnímu procesu.
3. Předpokládáme, že více než 50% respondentů projevuje zájem o informace spojené s jejich nemocí a léčbou.

2. TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 POPIS KLÍČOVÝCH POJMŮ

V práci se budeme zabývat pojmy roztroušená skleróza., edukace, reedukace, edukace v ošetrovatelství a adherence.

2.1.1 Definice roztroušené sklerózy mozkomíšní

Roztroušená skleróza (dále jen RS) je řazena mezi demyelinizační onemocnění postihující převážně bílou hmotu mozkovou.¹

Bílá hmota je tvořena nervovými vlákny s jejich obalem myelinem. Tento obal, který slouží k rychlejšímu přenosu vzruchu, je u roztroušené sklerózy poškozen autoimunitním zánětem. V důsledku toho dochází ke snížení až zastavení přenosu vzruchu po vláknech. Zánětlivým procesem jsou nevratně poškozována přímo nervová vlákna a narůstající počet zánětem zničených nervových vláken, jejichž obnova není možná, vede k různému stupni invalidizace nemocného.²

Definici RS popisuje ve své knize prof. Eva Havrdová takto: „*Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění centrálního nervového systému (CNS), v jehož patogenезi se uplatňují autoimunitní mechanismy a při němž dochází jednak k poškození myelinu, jednak k poškození axonů. Ztráta axonu je odpovědná za trvalou invaliditu u RS*“.³

Velký lékařský slovník uvádí k definici: „*Roztroušená skleróza mozkomíšní (zkr. RS, lat. Sclerosis multiplex) – chronické onemocnění CNS charakterizované demyelinizací. Postihuje osoby spíše mladšího a středního věku. Příčina nemoci není známa, k teoriím patří účast neznámého viru a autoimunitní poškození, existuje asociace s některými antigeny HLA systému. Průběh nemoci je kolísavý, střídají se období klidu s náhlými zhoršeními. Těžký průběh nemoci může vést až k invaliditě*“.⁴

V odborné literatuře panuje v definici RS jasná shoda.

¹ Srov. VANĚČKOVÁ M., SEJDL Z. *Magnetická rezonance a RS*. Praha: Mladá Fronta, 2010, s. 13

² Srov. STAINEROVA A, KOVÁRI M. *Komplexní fyzioterapeutický pohled*. Brno: Grifart, 2012, s. 6.

³ HAVRDOVÁ E. *Roztroušená skleróza*, PRAHA: Maxdorf, 2009, s. 8.

⁴ *Velký lékařský slovník online*. [online] [cit.2016-24-04]. Praha: Maxdorf, 1998-2016. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/roztrousena-skleroza-mozkomisni>

2.1.2 Edukace a reedukace

Pojem **edukace** patří k základním pedagogickým pojmům. Pedagogický slovník uvádí o edukaci následující:

*„V nejobecnějším významu označuje jakékoli situace za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tj. dochází k nějakému druhu učení a vyučování (nejen ve smyslu školní výuky, nýbrž jakéhokoli záměrného výcviku, instruktáží“.*⁵

Ve filozofii výchovy znamená edukace: *“Proces celkové výchovy vztahující se jen na člověka a termín je tu odvozován z latinského educatio (vychovávání). Edukace se zde považuje za celkové a celoživotní rozvíjení osobnosti člověka působením formálních (školských) výchovných institucí i neformálních, jako je rodina a prostředí“.*⁶

*„V obecné pedagogice a didaktice se výraz edukace používá jako synonymum termínu vzdělávání, resp. vzdělávací proces. Jedná se také o ekvivalent anglického „education“, který v sobě spojuje výchovu a vzdělávání, hovoří o vzdělávacím procesu, jímž se realizují stavy jedince a společnosti ve smyslu pojetí osobnostního, obsahového, institucionálního a socioekonomického pojetí“.*⁷

V odborné literatuře, zejména zahraniční, se pojmy výchova a vzdělávání překrývají. Jednotný termín edukace pro výchovu a vzdělávání u nás zavedl Jan Průcha. Podle D. Čábalové *„...tento pojem zahrnuje činnosti žáka a učitele – vychovávání, učení se“.*⁸

Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a

⁵ PRŮCHA J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009, s. 63.

⁶ PRŮCHA J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009, s. 63.

³ PRŮCHA J., WALTEROVÁ E., MAREŠ J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009, s. 36.

⁸ ČÁBALOVÁ D. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, s. 27.

dovednostech. Pod pojmem edukace vidíme jednoznačně výchovu a vzdělávání jedince. Oba tyto pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe oddělit.⁹

Jan Průcha v pedagogické encyklopedii hovoří o pedagogice, která záměrně působí na jedince za účelem dosažení změny v osobnosti edukovaného, změny v jeho znalostech, dovednostech, hodnotách a postojích.¹⁰

Pojem **reedukace** je v pedagogickém slovníku definován jako: „Speciálně pedagogická metoda, kterou se zlepšuje, popřípadě zdokonaluje výkonnost v oblasti postižené funkce. Zlepšováním činnosti se zpětně působí pozitivně na psychiku postiženého jedince, na jeho postoj k vlastní vadě a k prostředí. Slovník dále odkazuje na integraci zdravotně postižených žáků.“¹¹

2.1.3 Edukace a reedukace v ošetrovatelství

Edukační činnost v ošetrovatelství vychází ze základů edukační činnosti v pedagogice a pedagogika je věda o výchově.¹²

Velký lékařský slovník on-line o edukaci uvádí: „*Edukace – výchova, rovněž ve smyslu edukace pacientů s určitou, zejména chronickou, chorobou. Umožňuje zvýšení péče pacienta o vlastní zdravotní stav a průběh choroby*“.¹³

⁹ JUŘENÍKOVÁ P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*: Grada, 2010, s. 13.

¹⁰ PRŮCHA J. *Pedagogická encyklopedie* Praha: Portál, 2009, s. 13.

¹¹ PRŮCHA J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009, s. 243.

¹² JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 9.

Lékařský slovník také uvádí pojem reedukace. Pod pojmem reedukace řadí „opakovanou výchovu, výcvik k opětovnému nabytí určitých funkcí“.¹⁴

V rámci ošetrovatelství lze chápat edukaci jako zdravotní výchovu a snahu ovlivnit chování nemocného jedince. Považuje se za jednu z funkcí ošetrovatelství.

2.1.4 Adherence k léčbě

Celý proces edukace v ošetrovatelství se považuje za důležitou součást efektivní léčby a je úzce spjat s termínem adherence k dlouhodobé léčbě. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je adherence definována jako: „*rozsah, ve kterém se pacientovo chování shoduje s doporučeními poskytovatele zdravotní péče nebo s léčebnými standardy*“.¹⁵ Adherenci tedy můžeme chápat jako míru pochopení významu léčebných opatření a schopnost pacienta je zodpovědně dodržovat. Dle Hradílka je nutné v běžné klinické praxi adherenci neustále podporovat. „*Jakéhokoliv zvýšení efektivity procesů a faktorů ovlivňujících adherenci k jednotlivým terapeutickým postupům může mít mnohem větší dopad na zdraví populace než jakéhokoliv zlepšení jednotlivých medicínských postupů*“.¹⁶

Na zvyšování adherence nemocných a posilování jejich zodpovědnosti za vlastní zdraví se významně podílí ošetrovatelská edukace a reedukace.

¹³ Velký lékařský slovník online. [online] [cit.2016-24-04]. Praha: Maxdorf, 1998-2016. Dostupné z: [www:http://lekarske.slovniky.cz/pojem/edukace](http://lekarske.slovniky.cz/pojem/edukace) [online] [cit.2016-24-04].

¹⁴ Velký lékařský slovník online. [online] [cit.2016-24-04]. Praha: Maxdorf, 1998-2016. Dostupné z: [www:http://lekarske.slovniky.cz/pojem/reedukace](http://lekarske.slovniky.cz/pojem/reedukace) [online] [cit.2016-24-04].

¹⁵ SABATÉ, E et al. Adherence to Long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: Health organization, 2003.

¹⁶ HRADÍLEK, P. Neurologie pro praxi Adherence k léčbě u roztroušené sklerózy. [online]. ročník 2012, číslo 13/3, s.156. Dostupný z World Wide Web:< www.nweurologiepropraxi.cz>.

3. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

3.1 Základní informace o nemoci v České republice

RS je chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému, které postihuje myelinové pochvy nervů a nevratně poškozuje axony. Ztráta axonů je odpovědná za trvalou invaliditu u RS, která bývá nejčastější příčinou invalidity i u mladých lidí. Co možná nejdelší udržení pacientů s RS v pracovním procesu je závislé na včas nasazené moderní léčbě. I když je tato léčba drahá, jejím včasným nasazením se celková finanční náročnost fakticky snižuje.

Počet diagnostikovaných pacientů s RS celosvětově trvale stoupá, v ČR však dosud nebyl znám přesný počet nemocných. V květnu 2013 proto vznikl celostátní Registr pacientů s RS (ReMuS – Register Multiple Sclerosis). Jeho organizátorem je nadační fond

Impuls společně s Českou neurologickou společností jako odborným garantem. Tento registr má za cíl poskytovat data plátcům zdravotní péče a ostatním státním institucím důležitá data, podle kterých by měla být řízena léčba RS v ČR.

V České republice existuje 15 specializovaných center pro léčbu demyelinizačních onemocnění. Jejich náplní je:

- Zajištění specializované diagnostiky a léčby roztroušené sklerózy mozkomíšní, jiných demyelinizačních a autoimunních onemocnění CNS.
- Soustředění pacientů, u nichž nelze provést odpovídající diagnostiku a terapii na nižších stupních základní a regionální péče.
- Zajištění léčby a speciálních postupů, které vyžadují zároveň sledování imunologických a elektrofyziologických parametrů.
- Zajištění komplexní léčby, jejíž součástí je specializovaná neurorehabilitace.
- Zajištění školení (jak na úrovni pregraduální, tak postgraduální) v oboru demyelinizačních onemocnění včetně vedení programů kontinuálního vzdělávání.
- Realizace vědecko-výzkumné činnosti v oboru demyelinizačních onemocnění.
- Spolupráce českých a mezinárodních center v oboru demyelinizačních onemocnění.

Činnost center je financována z prostředků zdravotního pojištění a z dalších zdrojů v rámci hospodaření neurologických klinik. Některé speciální činnosti jsou částečně nebo plně financovány z grantových prostředků a z úhrad sponzorů. Mezi specializovaná centra byla zařazena následující pracoviště.

1. Ambulance při neurologické klinice 1. LF Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Karlovo náměstí 32, Praha 2. Jedná se o kapacitně největší specializované pracoviště v České republice vedené naší přední odbornicí na roztroušenou sklerózu Prof. MUDr. Evou Havrdovou, CSc.
2. Ambulance při neurologické klinice 2. LF Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnici Praha Motol.

3. Ambulance při neurologické klinice 3. LF UK a nemocnice Královské Vinohrady.
4. Ambulance při neurologické klinice IPVZ a Fakultní Thomayerovy nemocnici v Praze.
5. Ambulance při neurologické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové.
6. Ambulance při neurologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň.
7. Ambulance při neurologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci.
8. Ambulance při neurologické klinice Fakultní nemocnice Brno- Bohunice.
9. Ambulance při neurologické klinice Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně.
10. Ambulance při neurologické klinice Fakultní nemocnice Ostrava – Poruba.
11. Ambulance při neurologickém odd. Baťovy nemocnice Zlín.
12. Ambulance při neurologickém odd. Krajské nemocnice Pardubice.
13. Nemocnice České Budějovice Ambulance pro demyelinizační onemocnění.
14. Ambulance při neurologickém odd. Nemocnice v Teplicích.
15. Ambulance při neurologickém odd. Nemocnice Jihlava.¹⁷

Finální počet pacientů, zařazených do registru ReMuS ke dni 31. 12. 2015 (Tabulka 1).

Tabulka 1. Celkový počet pacientů dle center

Centrum	Počet pacientů v registru
Praha VFN	2067
Teplice	767

¹⁷ Srov. *Podmínky zřízení Center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění a návrh koncepce péče*. [online]. In: Věstník MZ ČR, 1998, 6, s. 9–11. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: http://www.multiplesclerosis.cz/ms_centra.html

Jihlava	244
Praha Motol	925
Plzeň	478
Pardubice	451
Ostrava	796
Praha KV	373
Praha Krč	283
Hradec Králové	716
Brno Bohunice	342
Olomouc	183
České Budějovice	368
Celkem	7993

Z celkového počtu nově registrovaných pacientů je téměř 5583 tj. 71,7% žen a 2203 tj. 28,3% mužů. Tyto počty vycházejí z počtů pacientů vedených v analýze s aktuálními daty závěrečné zprávy registru Remus roku 2015. Ve všech centrech léčby RS se léčí nejvíce pacienti ve věku 30 – 50 let, v registru je nyní 32 pacientů mladších 18 let a osmi pacientům je méně než 15 let. Průměrný věk v době počátku onemocnění je 30,3 let, nemoc se však projevila už i u pacienta v necelých 4 letech.¹⁸

Vedle pacientů léčících ve speciálních centrech pro léčbu RS, jsou i pacienti sledovaní v dalších odborných-ambulancích a léčebných zařízeních.

V registru jsou dle informací ze závěrečné zprávy roku 2015 zastoupena data pacientů ze všech krajů České republiky (Tabulka 2).

Tabulka 2. Rozložení pacientů podle kraje bydliště

Kraje	Počet pacientů s RS
Jihočeský kraj	519
Jihomoravský kraj	308
Karlovarský kraj	210
Kraj Vysočina	429

¹⁸Srov. *PRAVIDELNÝ VÝSTUP Z REGISTRU REMUS*. [online]. 2016 . [cit. 2016-05-30]. Dostupné z: http://multiplesclerosis.cz/docs/160526_remus_cz_zaverecna_zprava_2015_web.pdf

Liberecký kraj	339
Moravskoslezský kraj	752
Olomoucký kraj	176
Pardubický kraj	535
Plzeňský kraj	407
Praha	1546
Středočeský kraj	1284
Ústecký kraj	606
Zlínský kraj	137
Královéhradecký	534
Celkem	7782

Počty registrovaných pacientů dle kraje vycházejí z počtu pacientů vedených v analýze v druhé polovině roku 2015. Nízký počet pacientů z Jihomoravského kraje, Olomouckého a Zlínského kraje je z důvodu pozvolného zapojování center specializované péče do tohoto projektu. Celková data jsou také zkreslena pro absenci dat z ambulance při neurologické klinice Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně a ambulance při neurologickém oddělení Baťovy nemocnice Zlín.¹⁹

Počet pacientů s touto diagnózou se navyšuje ročně o 100 diagnostikovaných.

3.2 Příznaky onemocnění

O typu klinických příznaků rozhoduje lokalizace zánětlivého ložiska v centrální nervové soustavě.

Nejčastějším příznakem bývá porucha zraku: zánět očního nervu (optická neuritida) projevující se bolestí při pohybu oka a poruchou zraku - mlhavé vidění, výpadek zorného pole, změna barevného vidění, nystagmus při postižení mozkových nervů.

¹⁹Srov. *PRAVIDELNÝ VÝSTUP Z REGISTRU REMUS*. [online]. 2016 . [cit. 2016-05-30]. Dostupné z: http://multiplesclerosis.cz/docs/160526_remus_cz_zaverecna_zprava_2015_web.pdf

Dalšími častými, ale bagatelizovanými příznaky bývají senzitivní poruchy. Řadíme k nim: pocity snížené nebo zvýšené citlivosti, pocity mravenčení, změny tepla, pocity pálení a bodání na různých částech těla.

K motorickým poruchám řadíme centrální spastickou parézu a zvýšené svalové napětí, které mohou časem přecházet v bolest, křeče a záškuby na různé podněty. Nejčastějším projevem v pozdějších stádiích RS je spastická paraparéza dolních končetin projevující se jako porucha chůze. Motorická postižení bývají i u horních končetin a projevují se zpočátku neobratností, zpomalením pohybu nebo vznikem jednostranné hemiparézy. K motorickým činnostem patří také řeč a polykací akt. Při mozečkových poruchách dochází k ataxii projevující se porušením koordinace pohybů a mozečkovým třesem. Typickým příznakem tohoto stavu je skandovaná řeč a časté pády pro poruchy rovnováhy. Postiženy bývají i kognitivní funkce – intuice, vnímání, myšlení, cítění.

Sfinkterové poruchy – postižení močových svěračů a sexuálních funkcí. Příznaky jako urgencye, zpožděný start, retence, inkontinence moče i stolice, obstipace. Častým příznakem u mužů je erektilní dysfunkce a u žen sexuální poruchy.

Velice často se vyskytujícím psychickým příznakem je deprese a patologická únava.²⁰

Každý ze jmenovaných příznaků je důležitým faktorem při plánování edukací a reedukací nemocných. Edukace by měly vycházet ze zjištěného individuálního souboru příznaků konkrétního pacienta a být plánovány na základě zjištěných individuálních potřeb nemocných.

3.3 Typy průběhu nemoci

Roztroušená skleróza probíhá ve více než 80% případů od počátku onemocnění **v relaps remitující formě** (zkratka RRRS).²¹ Ta je charakterizována jasným

²⁰ Srov. HAVRDOVÁ E. *Roztroušená skleróza*. Praha: Maxdorf, 2009, s. 15.

²¹ Srov. PIŤHA J. *Algoritmus léčby relapsu*. Neurologie pro praxi, SOLEN, 2013.

neurologickým zhoršením (atakou), po kterém následuje úplná nebo neúplná úzdrava s neurologickým deficitem (Obrázek 1).²²



Obrázek. 1 Grafické znázornění RRRS²³

Dalším typem průběhu roztroušené sklerózy je typ s trvale narůstajícím neurologickým deficitem od počátku onemocnění. Během výskytu tohoto typu se mohou vyskytnout různě dlouhá období neurologické stabilizace. V tomto případě popisujeme **primárně progresivní roztroušenou sklerózu (zkratka PPRS)** (Obrázek 2).



Obrázek 2. Grafické znázornění PPRS²⁴

²² Srov. HAVRDOVÁ E. *Roztroušená skleróza*. Praha: Maxdorf, 2009, s. 142.

²³ DUDÍK, Jan. *Roztroušená skleróza* [online]. 2008, poslední revize 10. září 2014 [cit.2016-02-02]. Dostupný na World Wide Web: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Roztroušená_skleróza>.

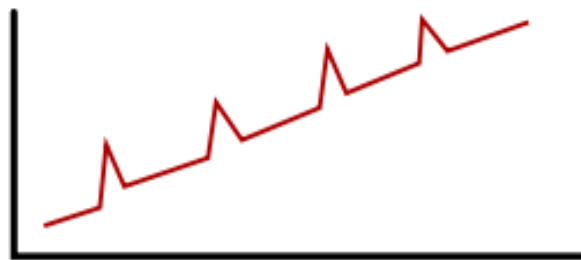
²⁴ DUDÍK, J. *Roztroušená skleróza* [online]. c2008, poslední revize 10. září 2014 [cit. 2016-02-02]. Dostupný na World Wide Web: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Roztroušená_skleróza>.

Obrázek 3 znázorňuje třetí typ roztroušené sklerózy, typ **sekundárně progresivní (zkratka SPRS)**. Sekundárně progresivní forma je charakterizována stavem, kdy po úvodním, relaps-remitentním průběhu, dochází k postupnému zhoršování neurologického deficitu bez přítomnosti relapsů.



Obrázek 3. Grafické znázornění SPRS²⁵

Posledním, čtvrtým typem je **progresivní-relabující roztroušená skleróza (zkratka PRRS)**. Graficky je průběh tohoto typu vyobrazen na obrázku 4. Je charakterizován progresivním zhoršováním onemocnění od začátku, s jasnými akutními relapsy, s úplnou úzdavou nebo bez ní. V období mezi relapsy se objevuje pokračující progrese neurologického deficitu.²⁶



²⁵ DUDÍK, J. *Roztroušená skleróza* [online]. c2008, poslední revize 10. září 2014 [cit. 2016-02-02].

Dostupný na World Wide Web: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Roztroušená_skleróza>.

²⁶ Srov. HAVRDOVÁ E. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 145.

Obrázek 4. Grafické znázornění PRRS²⁷

3.4 Diagnostika onemocnění

Pro osud nemocného je zásadní stanovit přesnou diagnózu co nejdříve. Diagnostika roztroušené sklerózy vyžaduje, aby byly vyloučeny pochybnosti, zda se skutečně jedná o RS. Proto je třeba celá řada speciálních vyšetřovacích metod a podrobná anamnéza subjektivních a objektivních potíží nemocných.²⁸

Od 1. 3. 2012 vstoupil v platnost v ČR Standard pro diagnostiku a léčbu RS. Cílem diagnostického procesu je prokázat diseminaci zánětlivého procesu v prostoru CNS a v čase. Mezi základní vyšetřovací metody patří:

Magnetická rezonance (MRI). Tato zobrazovací metoda velmi podrobně ukáže strukturu mozku a míchy. Magnetická rezonance má dnes zásadní význam pro diagnostiku nemoci a používá se i pro sledování aktivity nemoci. Tak lze vývoj nemoci sledovat v čase a prostoru.

Vyšetření mozkomíšního moku. Mozkomíšní mok se získává odběrem při lumbální punkci a následným rozbořem. Toto vyšetření může pomoci k vyloučení dalších onemocnění. Vyšetření mozkomíšního moku neinformuje o diseminaci lézí v řase a prostoru, informuje však o zánětlivé povaze procesu.²⁹

Evokované potenciály. Jedná se o elektrofyziologické vyšetření, které hodnotí činnost zrakových, sluchových nebo senzomotorických center po uměle vyvolané stimulaci.³⁰

²⁷DUDÍK, J. *Roztroušená skleróza* [online]. c2008, poslední revize 10. září 2014 [cit. 2016-02-02].

Dostupný na World Wide Web: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Roztroušená_skleróza>.

²⁸Srov. PIŤHA J. *Algoritmy diferenciální diagnostiky roztroušené sklerózy*. Neurologie pro praxi, Olomouc: Solen, 2013.

²⁹ Srov. HAVRDOVÁ E. *Roztroušená skleróza*. Praha: Maxdorf, 2009, s. 16.

³⁰ Srov. BEDNAŘÍK, J. *Neurologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2003, s. 164.

Diagnostika RS se skládá z řady dalších speciálních vyšetření a diagnostických metod, které se plánují dle typického klinického nálezu. U všech těchto diagnostických vyšetření je nutná spolupráce nemocných a informovanost rodinných příslušníků. Proto je součástí všech těchto plánovaných vyšetření také edukační činnost zdravotníků.

3.5 Léčba onemocnění

V odborné literatuře panuje shoda týkající se rozdělení léčby. Toto rozdělení popisuje v knize Roztroušená skleróza prof. Eva Havrdová.³¹ Ve stejném duchu potvrzují tento léčebný postup i autoři odborných článků v časopise Neurologie pro praxi z roku 2013. Jedná se o článek doc. MUDr. Radomíra Talába „Terapeutický algoritmus léků ovlivňujících průběh onemocnění u roztroušené sklerózy“³². Příspěvek „Algoritmus léčby relapsu“ od MUDr. Jiřího Piřhy a odborný článek „Algoritmus symptomatické léčby a management roztroušené sklerózy“ od MUDr. Marty Vachové, které byly vydány v příloze časopisu Neurologie pro praxi v roce 2013.

Léčebné postupy RS v ČR lze v zásadě rozdělit takto:

- a) léčbu akutní ataky
- b) dlouhodobou imunomodulační léčbu
- c) terapii symptomatickou

Léčba akutní ataky

„Vzhledem k tomu, že v akutním ložisku dochází ke ztrátě myelinu a axonů, je nutné zahájit léčbu včas, aby se poškození tkáně omezilo“.³³ K léčbě akutní ataky se užívá methylprednison podávaný v infúzích do žíly nemocného. Dávky se řídí stavem pacienta. Vzhledem k tomu, že léčbu provází řada vedlejších účinků, je třeba spolupráce

³¹ Srov. HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza*. Praha: Maxdorf, 2009, s. 33.

³² Srov. TALÁB, R. *Terapeutický algoritmus léků ovlivňujících průběh onemocnění u roztroušené sklerózy*. In *Neurologie pro praxi (Supp.C)*, 2013.

³³ HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015, s. 53.

nemocného. Proto je nedílnou součástí takto zahájené léčby edukace nemocných. Dostatečně informovaný a poučený pacient, pacient spolupracující je jedním z faktorů úspěšnosti léčby.

Dlouhodobá imunomodulační léčba

Tento typ léčby je častý u remitentní formy RS. Léčba se tu dělí na léčbu první a druhé linie.³⁴ K léčbě první linie odborníci radí léčbu interferonem beta podávaným injekční formou a to do podkoží nebo do svalu s rozlišením dávkování jednou týdně, třikrát týdně a obden. Dalším léčebným přípravkem podávaným v první linii je Glatiramer acetát podávaný injekční technikou do podkoží každý den, Teriflunomid podávaný jedenkrát denně formou perorální tablety, Dimethyl fumarát v dávce dvakrát denně ve formě perorální kapsle.³⁵

Mezi léky druhé linie pak odborníci radí Fingolimod podávaný jedenkrát denně formou perorální tablety, Natalizumab, který se aplikuje do žíly v infúzích jednou za 4 týdny, Alemtuzumab se zcela odlišným algoritmem léčby. První rok léčby dostává nemocný pět infúzí do žíly během pěti dnů, další rok tři infúze během tří dnů a k dalšímu í přeléčení třetí rok dojde pouze v případě aktivity nemoci.³⁶

Z dalších léků používaných v léčbě sekundární progresivní formy RS můžeme jmenovat skupinu cytostatik v kombinaci s kortikoidy (Cyklofosfamid a Mitoxantron). Užívají se perorální kortikosteroidy a imunoglobuliny.

Z výše uvedeného je zřejmé, že v rámci edukačního procesu je třeba podrobně informovat pacienta o všech aspektech jednotlivých aplikačních forem. Jedná se o specifika všech aplikačních forem:

- Tabletová forma podávaná ústy, u které je třeba dodržovat:

³⁴ Srov. HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015, s. 56.

³⁵ Srov. HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015, s. 64.

³⁶ Srov. HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015, s. 71.

- načasování léku (př. po dvanácti hodinách),
 - doba podání léku (pč. na lačno, po jídle)
 - dávku léku (1 tableta, 1 kapsle, 500mg))
- Forma injekčních léků: aplikace léku do podkoží, do svalu, do žíly. Vždy je důležitá správnost místa vpichu a správnost techniky vpichu. Velice důležitá je samoaplikace injekčně podávaných léků, kdy je třeba, aby nemocný znal techniku aplikace, dokázal zvolit správné místo vpichu, připravit injekci k aplikaci.

Terapie symptomatická

K této léčbě se přistupuje, pokud příznaky významně obtěžují nemocného. Do této skupiny lze řadit léky na řešení potíží, jako je spasticita a poruchy chůze, léky k řešení deprese, sfinkterových potíží, sexuálních obtíží, bolesti, třesu, mozečkových poruch, poruchy polykání a únava.³⁷

Spojovacím článkem léčby kterýmkoliv ze jmenovaných léků je udržení adherence k léčbě. Takto hodnotí adherenci k léčbě MUDr. Marta Vachová, vedoucí centra pro léčbu RS v Teplicích ve svém odborném článku v Medical Tribune z 2. 4. 2012.:

*„Dlouhodobá léčba je zatížena rizikem poklesu adherence i přesto, že se jedná o léčbu účinnou, finančně nákladnou a sociálním a zdravotním systémem sledovanou. Adherence je definována jako chování subjektu, který dodržuje dohodnutá doporučení poskytovatele zdravotní péče ve specializovaných MS centrech v ČR. Adherence k léčbě RS je vyjádřením toho, kolik předepsaných dávek pacient ve skutečnosti užil, kolikrát si správně aplikoval injekci. Pokud se prokáže u nemocného nonadherence, může být důvodem změny léčby“.*³⁸

„Pro dostatečnou adherenci k terapii musí pacient nejprve akceptovat její nutnost a musí s jejím podáním vnitřně souhlasit. Toto přesvědčení musí být dlouhodobé a užívání

³⁷Srov. HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015, s. 76.

³⁸ TALÁB, R. *Algoritmy diagnostiky a léčby roztroušené sklerózy*. Neurologie pro praxi, 2013, s. 25.

léku musí být v souladu s doporučením výrobce léčivého přípravku a ošetřujícího lékaře. Podle WHO vede nízká adherence k horším výsledkům léčby až k jejímu selhání, nárůstu komplikací a zvýšení celkových nákladů na léčbu“.

Velice důležitou součástí léčby roztroušené sklerózy je rehabilitace. Je nutné ji zahájit co nejdříve po stanovení diagnózy a zabránit rozvoji dekonvice. Nezbytnou součástí rehabilitace je fyzioterapie. Fyzioterapii řadíme mezi symptomatickou léčbu. Dobře vedená a pravidelná fyzioterapie bojuje proti inaktivitě, proti rozvoji svalových nerovnováh a osteoporóze. *„Některé studie hovoří o tom, že pravidelný fyzický trénink zvyšuje sekreci protizánětlivých cytokinů a také endorfinů, které kromě analgetického účinku možná mají i účinek protizánětlivý“.*³⁹

Spojovacím článkem léčby roztroušené sklerózy mozkomíšní a dodržování léčebného režimu je spolupráce nemocného, podpory a spolupráce rodinných příslušníků či osob pečujících. Edukace je důležitou součástí zdravotní péče a pro zdravotníky je zákonnou povinností. Edukace má vliv na samostatnost, soběstačnost a efektivitu léčebného režimu a tím i na spokojenost pacientů.

³⁹ STEINEROVÁ, A., KOVÁRI, M. *Komplexní fyzioterapeutický pohled*. Brno: Grifart, 2012, s. 9.

4. EDUKACE

4.1 Edukace, edukační realita

Termín edukace je odvozen z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed a vystavovat. V angličtině je pod pojmem *education* zahrnut společně pojem výchova a vzdělávání.

I slovník cizích slov vysvětluje pojem edukace jako výchovu a vzdělávání.

Pedagogický slovník pak definuje edukaci jako *„jakoukoli situaci za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tj. dochází k nějakému druhu učení a vyučování (nejen ve smyslu školní výchovy, nýbrž jakéhokoli záměrného výcviku, instruktáže!“*⁴⁰

Pojem edukace zavedl do České pedagogiky Jan Průcha, hovoří o pedagogice, která záměrně působí na jedince za účelem dosažení změny v osobnosti edukovaného, změny v jeho znalostech, dovednostech, hodnotách a postojích. *„Jednou z životně důležitých podmínek existence lidstva je edukace, tj. schopnost učit se a vyučovat jiné. Protože edukace probíhá vždy v určitém konkrétním prostředí, mezi konkrétními subjekty v reálně existujících podmínkách, lze ji chápat jako **edukační realitu**“.* Jejím zkoumáním a objasňováním se zabývá současná pedagogická věda. *Edukační realita je podle Průchy každá skutečnost, objektivně se vyskytující v lidské společnosti, v níž probíhají určité edukační procesy a fungují zde nějaké edukační konstrukty. Edukačními procesy* pak Průcha nazývá *„všechny lidské činnosti, při nichž se nějaký subjekt učí a jiný subjekt mu toto učení zprostředkovává“*.⁴¹

Dalším termínem patřícím k edukaci dle Průchy je **edukační prostředí**. Jedná se o prostředí, kde edukační realita probíhá. Ta jsou různá a mohou být ovlivněna řadou podmínek vnějších a vnitřních. Mezi podmínky vnější řadíme veškeré podmínky společnosti, okolí (školy, rodiny, pracoviště, zdravotnická zařízení) s ekonomickými,

⁴⁰ PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. PRAHA: Portál, 2009, s. 65.

⁴¹ PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009, s. 13.

sociokulturními, demografickými a etnickými charakteristikami. Mezi vnitřní podmínky řadíme podmínky fyzikální – ergonomické parametry jako je osvětlení, zvuk, prostor, využití barev, konstrukce nábytku, ale i sociální klima a atmosféra edukace. K vnitřním psychosociálním podmínkám patří počet a typ účastníků edukace, jejich vztahy, obsah a charakter edukačních procesů, zdravotní stav edukovaného.⁴²

Součástí edukační reality jsou dle Průchy **edukační konstrukty**. Jedná se o veškeré výtvary, sloužící k tomu, aby podporovaly, kontrolovaly a řídily edukaci.⁴³ Mezi edukační konstrukty řadíme plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, učebnice, texty, testy, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

V rámci edukace nemocných existují právní normy edukace pacientů v ČR. Lze jmenovat Etický kodex lékařů České lékařské komory, jež ukládá v §3 lékaři povinnost nemocného nebo zákonného zástupce srozumitelným způsobem informovat o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a terapeutických postupech, včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčby mohou nastat. Lékař musí nemocného poučit a edukovat. Není však již stanoven konkrétní obsah ani forma poučení. Poučení má být provedeno srozumitelně a o poučení má být proveden záznam do zdravotnické dokumentace.⁴⁴

Další právní normou je Vyhláška 55/2011Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kdy v §3 jsou vymezeny činnosti zdravotnických pracovníků s odbornou působností a informace o oprávnění podávat poučení v rámci svých profesních kompetencí a činností. V odstavci d) je uvedeno, že zdravotník „*poskytuje pacientům informace v souladu se svou odbornou způsobilostí,*

⁴²Srov. PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009, s. 15.

⁴³Srov. PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009, s. 15.

⁴⁴Srov. *Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory [online][cit.2016-03-01]. Dostupné z www.lkcr.cz/doc/cms.../10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf*

popřípadě pokyny lékaře“. V §4 pak: “všeobecná sestra může edukovat pacienty, př. jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály“.⁴⁵

Aby se mohl pacient svobodně a správně rozhodnout ohledně dalšího postupu léčby či péče, měl by být on či osoby pečující náležitě informováni o svém zdravotním stavu. Pacient má právo a potřebu vědět, jak o své zdraví pečovat.

V rámci zdravotních a sociálních zařízení lze za edukační konstrukt považovat tzv. **edukační standard**, který je závaznou normou pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Tento standard je předem naplánovaná edukace pro klienta – nemocného, rodinného příslušníka nebo osobu pečující. V praxi se nejčastěji používají standardy pro klienta s konkrétní diagnózou. Příkladem může být edukace pacienta před CT vyšetření, před lumbální punkcí, před operací kyčelního kloubu, edukace pacienta s diabetem...

4.2 Edukační činnost v ošetrovatelském procesu

V rámci ošetrovatelského procesu se na edukační činnosti podílejí zdravotní sestry, asistenti různého typu i lékaři, tak jak stanoví Vyhláška č.55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. S edukací je možné se setkat na všech úrovních a ve všech typech zdravotnických, ale i sociálních zařízeních. Každý, kdo se podílí na ošetrovatelské péči má podíl na edukaci, adekvátně své kvalifikaci a své dané kompetenci. Lze říci, že pacienta/klienta provází edukační proces od vstupu do zdravotnického zařízení až po domácí péči.

Podle pracovního zařazení může edukace prováděná zdravotnickým pracovníkem směřovat do oblasti primární, sekundární nebo terciální prevence.

⁴⁵ *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, . [online] [cit.2016-03-01]. Vyhláška č.55/2011 Sb., Dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html

„Ukázalo se, že pokud je pacient, popřípadě členové jeho rodiny, kteří se podílejí na ošetrovatelské péči, informován o svém zdravotním stavu a je obeznámen s léčebným režimem na odpovídající úrovni, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že bude léčebný proces efektivní. Zpravidla se zkrátí doba léčení, a rekonvalescence, u některých diagnóz bývá dosaženo lepšího výsledku“.⁴⁶

Edukace pacientů či určitých druhů rizikových skupin obyvatel je členěna do několika druhů prevence. Jedná se o prevenci:

4. Primární

5. Sekundární

6. Terciální

Oblast **primární prevence** je zaměřena na relativně zdravou populaci nebo na definování cílové skupiny. Zaměřují se na přecházení vzniku nemoci, odstranění příčin nemocí. Jedná se např. o projevy směřující k prevenci kardiovaskulárních, plicních, pohlavních, onkologických onemocnění př. celoplošně prováděný screening rakoviny prsu mamografickými vyšetřeními a screening rakoviny tlustého střeva vyšetřením okultního krvácení ve stolici.⁴⁷ *Jde o aktivity zaměřené na konkrétní rizikové faktory, které se prokazatelně na vzniku a průběhu onemocnění podílejí. Je zaměřena jednak na úpravy životních podmínek (životní a pracovní prostředí, způsob života), jednak na posilování odolnosti a adaptability lidí. Zdravotnictví zabezpečuje primární prevenci jen z malé části (očkování, preventivní prohlídky, poradenství). Většinou jde o úkoly celospolečenské nadrezortní povahy, které zdravotnictví pouze usměrňuje.*⁴⁸

Sekundární prevence je edukační činností zdravotníků zaměřená na pacienty, kteří již nějakým onemocněním trpí. Cílem je přispět k vyléčení onemocnění či zamezit

⁴⁶ SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*, Praha: Galén, 2012, s. 7.

⁴⁷ Srov. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*, Praha: Galén, 2012, s. 9.

⁴⁸ ŠTEFLOVÁ, A. *Prevence v primární péči*. [online]. [cit.2016-03-01]. Dostupné z:

<http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-v-primarni-peci-163707>

případnému dalšímu rozvoji komplikací. Jedná se tedy o cílenou edukaci pacientů s určitou diagnózou, kdy je léčba v rámci léčebného plánu docílit u nemocného změny v jeho chování. V řadě případů to bývají změny ve stravovacích návycích, pohybové aktivitě, řešení závislosti na nikotinu, alkoholu, drogách a dodržování léčebného režimu – správnosti užívání léku a dodržování správných ošetrovatelských postupů. Konkrétními příklady mohou být edukace zaměřené na stravování diabetiků, správnou aplikaci inzulínu a jiných léčebných přípravků. Při edukaci pacientů se způsob předávání informací a nácvik dovedností řídí stejnými zásadami a pravidly jako jiný výukový proces.⁴⁹

Terciální prevence je zaměřena na řešení následků po prodělaném onemocnění. Cílem je dosáhnout obnovení funkce, nácvik sebeobsluhy a návrat do běžného života. Tento druh prevence provádějí specializované profese fyzioterapeuti, maséři, ergoterapeuti.⁵⁰

4.3 Účastníci edukačního procesu

Podle pedagogické role, kterou lidé v edukačním procesu zaujímají, lze rozlišit subjekt a objekt ve výchově. Pokud určitý subjekt převážně vychovává a aktivně se zapojuje do výchovy, pak je subjektem výchovy - **edukátor**. Pokud je subjekt převážně vychováván, je objektem výchovy - **edukovaný**.⁵¹

*„Edukace není abstraktní činnost, ale zaměřuje se vždy na konkrétní objekt výchovy“.*⁵²

⁴⁹ Srov. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*, Praha: Galén, 2012, s. 23.

⁵⁰ Srov. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*, Praha: Galén, 2012, s. 59.

⁵¹ Srov. ČÁBALOVÁ, D. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, s. 52.

⁵² BALVÍN, J. *Teorie výchovy a vzdělávání pro oblast sociální pedagogiky a andragogiky*. Praha: Hnutí R, nakladatelství s Mezinárodní vědeckou radou, 2013, s. 1.

4.3.1 Edukant (edukovaný)

Edukantem lze označit vzdělávajícího se, toho co se vzdělává. Je to ten, u kterého má dojít ke změně, bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. **V rámci ošetrovatelství je edukantem pacient.**

*„Každá edukační lekce je determinována uživateli vzdělávání. Vždy víme komu je edukační lekce určena a tím předpokládáme charakterové vlastnosti učícího se jedince. Vzhledem k jejich předpokladům a vzhledem k edukačnímu tématu edukační lekci připravujeme. Determinující faktory tu mohou být věkové, individuální, profesní zvláštnosti, vzdělanostní úroveň, styl učení, celkové zkušenosti a schopnosti“.*⁵³

Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastějším subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný klient. Každý edukant je individuální osobnost, která je charakterizována určitou soustavou komplexně a vzájemně propojených složek, rysů a vlastností. Charakteristiku edukanta ovlivňuje i etnická příslušnost, víra, sociální prostředí ve kterém žije a sociálně-kulturní podmínky.⁵⁴

4.3.2 Edukátor

Edukátor je aktérem, tvůrčím nositelem a tvořivým realizátorem edukačního procesu. Je iniciátorem, organizátorem koncipuje obsah, provádí prvotní, průběžnou diagnózu, rozhoduje o použití metod a forem vzdělávacího působení, vyhodnocuje dosažené výsledky. **V rámci ošetrovatelství je edukátorem zdravotnický pracovník.**⁵⁵ Ve zdravotnických zařízeních bývají edukátory – lékaři, zdravotní sestry, asistenti dle svých kompetencí.

⁵³ KUDLOVÁ, D., TOMANOVÁ, D. *Didaktická vybavenost edukační lekce*. In Trendy v ošetrovatelství III.. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdr.sociální fakulta, 2004, s. 4

⁵⁴ Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 10.

⁵⁵ Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 10.

4.4 Edukační proces

V každém procesu se uskutečňuje vývoj a změna, která sleduje určitý cíl. V edukačním procesu vzniká něco nového a tato změna vyžaduje správné přístupy a postupy. Cílem změn v edukačním procesu je dosažení změn ve vědomostech, dovednostech, návycích a postojích. Prostředkem k dosažení těchto změn jsou výukové metody, organizační formy, cíle, podmínky učiva, ale také motivace edukovaného se ke změně.⁵⁶

Aby mohlo dojít ke změnám, musí být splněno několik podmínek, které popisuje M. Svěráková:

- *„Pacient má právo na edukaci, má právo získat odpovídající úroveň informací o svém zdravotním stavu a o léčebném režimu.*
- *Aby se pacient mohl kvalifikovaně rozhodnout pro změnu životního stylu, musí být náležitě informován o svém zdravotním stavu, musí znát příčiny onemocnění, možnosti odstranění příčin a způsob léčby.*
- *Pacient by měl pochopit svou roli v péči o svoji osobu a měl by cítit určitou míru zodpovědnosti za své zdraví.*
- *Při efektivní edukaci je třeba redukovat pacientovy pocity úzkosti a nejistoty a obavy z budoucnosti.*
- *Je nutné dodat pacientovi určitou dávku reálného optimismu a poskytnout mu návod na životní styl, odpovídající jeho zdravotnímu stavu“.*⁵⁷

V obecné pedagogice a didaktice se výraz edukace používá jako synonymum termínu vzdělávání, resp. vzdělávací proces. Edukace je záměrně řízeným procesem změn kvality

⁵⁶ Srov. ČÁBALOVÁ, D. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, s. 136.

⁵⁷ SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 29.

jejich účastníků a musí akceptovat zákonitosti učení, osobní předpoklady a ovlivnění vnitřními a vnějšími podmínkami.⁵⁸

Aby byl naplněn předpoklad úspěšnější léčby a kratší rekonvalescence, je třeba na základě diagnózy navodit odpovídající změnu v chování pacienta. Změna se často týká změny životního stylu, změny stravovacích návyků, pohybové aktivity, zvládnutí závislosti na nikotinu, alkoholu a drogách. Edukace může být zaměřena na nácvik určitého ošetrovatelského výkonu jako je například samoaplikace injekce, self-monitoring diabetu, krevního tlaku. Součástí edukace je rovněž poučení pacienta o dodržování léčebného režimu, správnosti časového užívání léku, správnému užívání léků ale i správnému uložení a manipulaci s léky.

Pokud však nemocný nechce nebo je jeho motivace k požadované změně malá nemusí i přes sebelepší edukační plán ke změně dojít. Je velice důležité aby edukátor dokázal při rozhovorech s pacientem identifikovat jeho potřeby a aby byl schopen získané informace ke změně chování využít.

Prvním krokem v edukačním procesu je posouzení edukovaného. Edukátor si musí zjistit důležité údaje o edukovaném. Při pohovoru s ním zjišťuje jeho názory na hodnotu vlastního zdraví, jeho připravenost a ochotu učit se a jeho ochotu přijmou navrhanou změnu chování, změnu dosavadního životního stylu. Motivace hraje v této fázi velkou roli a je třeba zjistit prvky, které lze právě k této motivaci využít. Je třeba znát společenské a ekonomické faktory, které mohou motivaci a výsledky edukace značně ovlivnit. Z dalších faktorů lze jmenovat věk edukovaného, dosažené vzdělání edukovaného, společenské a ekonomické faktory, které mohou motivaci a výsledky edukace značně ovlivnit.⁵⁹

Druhým krokem je určení edukačních témat na základě posouzení edukovaného. Vždy je třeba vědět, zda se jedná o edukaci nově diagnostikovaného nemocného, nebo se jedná o opakovanou edukaci nemocného, který se opakovaně dopouští chyb nebo půjde v edukaci o doplnění stávajících znalostí. Příkladem může být edukace nemocného pro

⁵⁸ Srov. ČÁBALOVÁ, D. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, s. 137.

⁵⁹ SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 33.

aplikaci injekčně podávaného léku z klasické injekce injekční stříkačkou a jehlou nebo na použití injekčního aplikátoru nebo reedukace stomika v užívání nových stomických pomůcek a příslušenství.⁶⁰

Třetím krokem je vyhodnocení výsledků edukace, provést závěrečné zhodnocení a ujistit se, že pacient pochopil cíl edukace, osvojil si nové znalosti či dovednosti, přizpůsobil svůj denní režim a je schopen jej uskutečňovat bez přítomnosti zdravotnického pracovníka.⁶¹

Nutnou součástí edukačního procesu je záznam do dokumentace. Poskytuje se tak informace všem členům ošetrovatelského týmu a zabraňuje se duplicitě výkonů. Dokumentace obsahuje záznam o plánované a vykonané edukaci a o výstupech, potvrzené podpisy edukátora i edukovaného.

4.5 Typy edukace

Dle odborné literatury je edukace dělena na několik typů:

- Základní
- Reedukační
- Komplexní

Základní edukace je edukace, při které jsou jedinci předány nové vědomosti či dovednosti a klient je motivován ke změně hodnotového žebříčku a postojů. Příkladem může být edukace nově diagnostikovaného nemocného s roztroušenou sklerózou.

Reedukační edukace, je pokračující edukací, rozvíjející edukaci základní nebo edukace nápravná, která má možnost navazovat na přechozí vědomosti a dovednosti

⁶⁰ Srov. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 34.

⁶¹ Srov. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012, s. 35.

edukanta. Tyto vlastnosti, dovednosti a postoje se při reedukaci dále prohlubují. Příkladem může být reedukace nemocného k aplikaci léčiva pomocí autoinjektoru.

Komplexní edukace je edukace, kdy jedinci předáváme informace etapově, to znamená, že jsou budovány dovednosti a postoje směřující k udržení a zlepšení zdraví.⁶²

4.6 Edukační lekce

Termínem edukační lekce rozumíme každou záměrnou edukační jednotku, v níž má být dosaženo změny kvality u edukovaného jedince. Každá edukační jednotka musí být vybavena cíli s jasně definovaným učivem, materiálně technickou a organizační výbavou, jsou vybrány metody a jejich alternativy a systém kontroly.⁶³

4.6.1 Cíle a didaktické zásady edukace

Záměrná edukace by měla být vždy obsahovat:

1. **Cíle**, ke kterým chceme směřovat
2. **Obsah** – to znamená fakta, pojmy, soubory informací, operace s informacemi, činnosti provázející nebo aktivující užití informace. Je třeba využít zaměřenosti a ovlivnění všech složek edukace – kognitivní, afektivní i motorické. Osvojené učivo je výsledkem a výstupní kvalitou edukovaného jedince a tvoří je vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje.
3. **Způsoby a činnosti** – to znamená metody, kterými se jedinec učí danému tématu.

Pokud usilujeme o edukaci, jejímž cílem je plánovaná změna, musí zdravotník provádějící edukaci vědět jakou změnu od edukace očekávat. Toto očekávání se děje

⁶² Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 12.

⁶³ Srov. KUDLOVÁ, D. *Didaktická vybavenost edukační lekce*. In trendy v ošetrovatelství III. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004, s. 93.

v oblasti postojů, vědomostí, dovedností a návyků. Z tohoto důvodu je třeba stanovit **edukační cíle**. Edukační cíle lze charakterizovat jako očekávaný výsledek, kterého chceme u jedince dosáhnout. Výsledkem je pozitivní kvalitativní a kvantitativní změna v edukovaných vědomostech, dovednostech, postojích, návycích a hodnotové orientaci. Význam cílů v procesu edukace ocenil již J. A. Komenský ve svém díle *Didaktika* a doporučoval, aby se učitel i žák nechali vést cílem a směřovali k jeho naplnění.⁶⁴ Správně zvolené cíle musí splňovat didaktické principy, které pozitivně ovlivňují kvalitu výuky-edukace. V edukačním procesu by měly didaktické zásady působit ve vzájemné shodě a řídit by se jimi měl každý edukátor.⁶⁵

Zásada názornosti patří mezi nejstarší didaktické zásady. Podle J. A. Komenského se jedná o „zlaté pravidlo“ úspěšného vyučování, které uvedl ve svém díle *Analytická didaktika*. Při edukaci by měl edukant zapojit co nejvíce smyslů. Chybou je často při edukaci dospělých tato zásada opomíjena. Výzkumy posledních let dokazují, že:

10 % si pamatujeme, co slyšíme
15 % si pamatujeme, co vidíme
20 % si pamatujeme, když současně vidíme a slyšíme
40 % si pamatujeme, o čem diskutujeme
80 % si pamatujeme, co přímo zažijeme a děláme
90 % si pamatujeme, když se to pokoušíme naučit druhé

Zásada spojení teorie s praxí spočívá ve zkušenostech, dovednostech, postojích a vědomostech, které edukanti získali v praxi. Jedná se o důležitou informaci pro edukátora, který na jejich základě to správné upevňuje a to nesprávné se snaží změnit ve správné.

Zásada vědeckosti předpokládá soulad edukace se současnými objevy vědy a techniky či poznatky ve zdravotnictví. Tato zásada vyžaduje od edukátorů celoživotní vzdělávání.

⁶⁴ Srov. ČÁBALOVÁ, D. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, s. 140.

⁶⁵ Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 31.

Zásada přiměřenosti znamená, že edukační proces musí odpovídat schopnostem daného jedince a jeho zdravotního stavu.

Zásada splnitelnosti je nutností sil edukovaného.

Zásada jednoznačnosti znamená stanovovat cíl tak, aby nebylo možné cíl interpretovat různými způsoby.

Zásada konzistentnosti znamená, že cíle jednotlivých edukačních jednotek nemohou být v rozporu s hlavním cílem edukace.

Zásada komplexnosti znamená, že cíl má působit na celou stránku osobnosti edukanta, tj. na oblast kognitivní – vědomostní, afektivní – rozvoj osobnosti a postojů a psychomotorickou – zaměřenou na činnost vyžadující nervosvalovou koordinaci.

Zásada kontrolovatelnosti znamená nutnost mít možnost kdykoliv zkontrolovat dostupnými prostředky dosažení vytýčeného cíle.

Zásada individuálního přístupu znamená nutnost přihlížet k individuálním zvláštnostem edukovaného. Je třeba posoudit zdravotní stav, individuální potřeby, osobní zkušenosti, osobnost edukovaného, zvláštnosti sociálního prostředí, kulturní odlišnosti.

Zásada soustavnosti, ve které se edukátor snaží uspořádat obsah učiva do logických celků. Přesně vymezí, co je hlavní částí učiva a co je vedlejší a na základě provedené kontroly zjistí, zda edukant pochopil probírané učivo.

Zásada trvalosti vyžaduje, aby byl edukant schopen si zapamatovat získané vědomosti, dovednosti trvale. Při uplatňování této zásady je důležitá motivace edukovaného k zapojení do edukačního procesu.

Zásada kulturního kontextu přináší nutnost požadavku respektovat při edukaci zvláštnosti jednotlivých kultur, sociálních skupin a pohlaví.

Cíle se nesoustřeďují pouze na jednu kategorii nebo oblast v rámci edukace ale dochází k jejich vzájemné kombinaci. Proto je potřeba cíle stanovit jasně a srozumitelně.

Stanovenému cíli je nutné přizpůsobit metody, formy a obsah edukace, které musí být ve vzájemné harmonii.⁶⁶

Každá část edukace má jiný charakter a vyžaduje pro svoje osvojení jiné procedury. Porozumění vztahům a souvislostem a vytvoření představy vyžaduje jiné vedení. Většina edukací v rámci zdravotnictví probíhá individuálně, s ohledem na jedince a jeho potřeby. Dle toho se individuálně mění i použité metody. Vždy je třeba se připravit na různé případy edukovaných – např. chronicky nemocný, nevléčitelně nemocný, edukovaný s těžkým handicapem nebo nemocný zdravotník. A vědět, zda se u něho jedná o prvoedukaci nebo reedukaci.

4.6.2 Metody a formy edukace v ošetrovatelství

Metodou se v edukaci rozumí způsob předání znalostí a dovedností. Jde o cílevědomé postupy, sloužící k jejich předání a umožňují dosažení vzdělávacích cílů. Edukátor musí mít na zřeteli, že volba výukové metody nezávisí pouze na jeho rozhodnutí a na obsahu učiva, ale vždy by měli být respektováni edukanti, jejich individuální zvláštnosti a celá dynamika edukačního procesu. V současné době v odborné literatuře existuje celá řada klasifikací metod a není jednotná. V rámci ošetrovatelství jsou nejčastěji užívanými metodami:

- **Metoda mluveného slova** – rozhovor, výklad, přednáška, diskuse, instruktáž a praktické cvičení, seminář, konzultace, brainstorming, brainwriting
- **Audiovizuální prostředky** – nosiče DVD, CD
- **E-learning**
- **Práce s textem** - tištěné materiály – plakáty, letáky, brožury

⁶⁶Srov. JUŘENÍKOVÁ, P. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 30.

Formou edukace rozumíme způsob organizace edukační jednotky. Jedná se o formy individuálního působení, kam řadíme individuální rozhovor, výklad, konzultace, instruktáž, telefonické poradenské linky a forma skupinového/hromadného působení, jako je přednáška, beseda, kurzy, klubové aktivity, cvičení.

Při používání učebních pomůcek a didaktické techniky je třeba zvážit vhodnost a efektivnost jejich zařazení do edukačního procesu. Nedostatek názorných pomůcek, nevhodné použití metod a forem edukace může vést s nepochopení a k nenaplnění stanovených cílů. Především v rámci ošetrovatelství pak nedostatek názorných pomůcek, nevhodných metod a forem edukace vede k nepochopení, k chybným závěrům a špatné fixaci potřebných znalostí, dovedností a postupů.

Jednotlivé medicínské oblasti mají zpracovány speciální metodiky. Příkladem je metodika kojení pro kojící matky, výchova k racionální výživě, výchova k rodičovství, vzdělávání stomiků, vzdělávání diabetiků, metodika prevence závislosti na tabáku pro zdravotní sestry.

4.6.3 Edukace u pacientů s roztroušenou sklerózou

V rámci edukace pacientů s RS jsou informace o onemocnění, průběhu, léčbě a životě s touto nemocí více než žádoucí. Ale v současné době se žádnou jednotnou metodiku edukace nemocných s roztroušenou sklerózou ani se studiem odborné literatury ani z jiných zdrojů nepodařilo nalézt. Zdrojem konkrétních informací, které potřebují pacienti s RS v praxi znát, pak mohou být doporučení od jednotlivých výrobců léků. Je třeba, aby nemocný věděl a dostal informace:

- o vlastním onemocněním a jeho příznacích
- o postupu léčby
- o léku, který je mu ordinován, jak lék účinkuje, jak může nemocnému tento lék pomoci
- o způsobu užívání, dávkování a způsob podání
- o vlastní aplikaci

- o nežádoucích účincích a možnostech jejich řešení a působení léku na jiná onemocnění
- jak postupovat při zapomenutí užití léku
- jak správně lék uchovávat
- jaké jsou požadavky na přepravu a cestování s lékem
- o vhodném životním stylu a jeho úpravě: otázky kouření, pohybové aktivity, užívání alkoholu, drog, zdravé výživy a prevence stresu.

Cíle edukace pacienta s roztroušenou sklerózou se liší podle typu edukace a individuálních potřeb edukovaných. Společným faktorem pro úspěšnou edukaci je stanovení edukačního cíle a edukačního plánu. Edukační cíle musí být konkrétní a srozumitelné oběma stranám, edukátorům i edukovaným. Cíl může být definován jako zamýšlený a očekávaný výsledek, ke kterému edukátor s edukovaným směřuje.

Smyslem edukace v praxi není jen získání vědomostí, ale i osvojení dovedností. Dobře edukovaný nemocný by měl odcházet z nemocnice s jistotou a schopností se o sebe postarat. Edukace by měla snížit jeho pocit úzkosti z nově vzniklé situace. Pacient by měl dostat informaci, kam se může obrátit s žádostí o pomoc a radu.⁶⁷

„Vždy by však mělo platit, že při edukaci jsou účastníci ve vzájemném vztahu. Pohybují se v edukační realitě, kterou rozumíme konkrétní podmínky a situace, v nichž se edukační proces realizuje. Edukační prostředí předurčuje podobu reálného edukačního procesu.“⁶⁸

⁶⁷ Srov. ZACHOVÁ, V. *Stomie*. Praha: Grada 2010, s. 47.

⁶⁸ Průcha, J. *Moderní pedagogika*, 2. vyd. Praha: Portál 2002, s. 56.

5. PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Metodologie

K získání potřebných dat pro výzkum praktické části byla zvolena metoda nestandardizovaného dotazníku (Příloha 1). Dotazník vyplňovali pacienti, kteří se v roce 2015 přihlásili do podpůrného patientského programu AD VITAM, o.p.s. Dotazník jim byl distribuován při vyžádané reedukaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Výhodnost domácího prostředí je v tom, že se nemocní cítí bezpečněji a nejsou pod tlakem prostředí zdravotnického zařízení. Další výhodou bylo osobní vysvětlení důvodu práce s tímto dotazníkem a sdělení cíle celého dotazníkového šetření.

5.1.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Pro průzkumné šetření byl zvolen záměrný výběr respondentů. Dle odborné literatury o výběru jistého prvku rozhoduje úsudek výzkumníka.⁶⁹

Základní, závěrný soubor tvořili nově diagnostikovaní nemocní po proběhlé a přeléčené první atace nemoci, kteří se přihlásili do patientského podpůrného programu AD VITAM v roce 2015. Počet distribuovaných dotazníků a počet oslovených nemocných byl 52.

U všech nemocných byla ukončena diagnostika vyšetřením magnetickou rezonancí, odběrem mozkomíšního moku a řadou individuálně plánovaných doplňujících vyšetření. U všech respondentů byla diagnostikována roztroušená skleróza mozkomíšní.

⁶⁹ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007, s. 22.

5.1.2 Struktura dotazníku

Dotazník byl sestaven z 38 otázek, které byly rozděleny do 4 tematických částí.

První skupinu otázek č. 1 – č. 4 tvořily otázky týkající se identifikačních údajů respondentů. U respondentů byl zjišťován věk, pohlaví, doba zahájení léčby onemocnění a druh zahájené léčby.

Druhá skupina otázek č. 5 – č. 23, se týkala hodnocení práce edukátora během uskutečněné edukace. Obsahovala celkem 19 otázek s možností výběru odpovědi a u 4 otázek byla možnost doplnění odpovědi o vlastní vyjádření.

Třetí skupina otázek č. 24 – č. 32, byla zaměřena na prostředí edukace a reedukace. Obsahovala 9 otázek, u dvou s možností doplnění vlastní formulace respondentem.

Čtvrtá část dotazníku otázky č. 33 – č. 38, se týkala hodnocení kvality edukační jednotky. Hodnocení dostatku času, srozumitelnosti a s konkrétními dotazy k zavedení terapie. Obsahovala celkem 6 otázek, u dvou s možností vlastního doplnění odpovědi.

5.1.3 Způsob zpracování dat

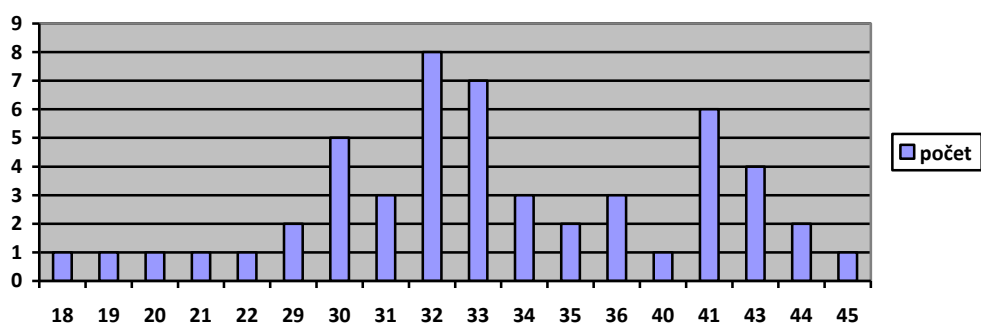
Získaná data byla zpracována, analyzována a kumulována do tabulek a grafů, které prezentují výsledky dotazníkového šetření. Ke zpracování bylo použito počítačového programu Excel.

6 Výsledky dotazníkového šetření

Distribučováno bylo 52 dotazníků a kompletně vyplněno a vráceno k hodnocení bylo plných 52 tj. 100% dotazníků.

1. skupina otázek - Identifikační údaje respondentů

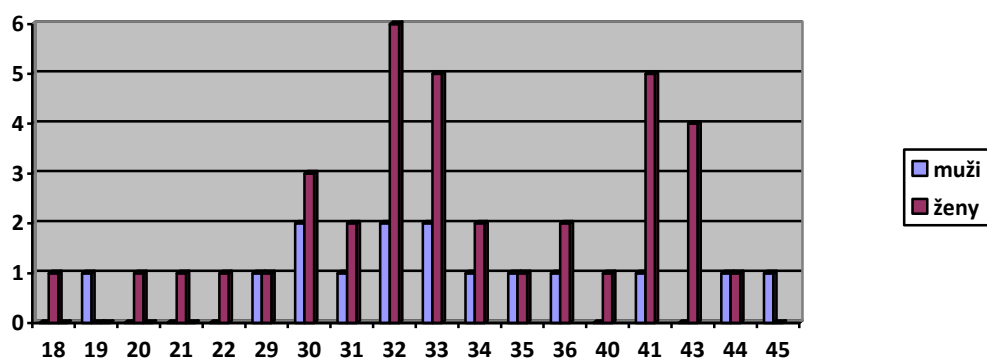
Otázka č. 1 Věkové rozložení respondentů zkoumaného vzorku znázorňuje Graf 1.



Graf 1. Věkové rozložení respondentů

Největší podíl diagnostikovaných se pohybuje ve věku od 29 do 43 let.

Otázka č. 2 se zabývá pohlavím respondentů. Skupinu respondentů tvořilo 15 mužů a 37 žen. Graf 2 ilustruje celkový počet respondentů dle pohlaví.



Graf 2. Celkový počet respondentů dle pohlaví

Jak uvádí odborná literatura uvedená v teoretické části bakalářské práce je typickým věkovým obdobím pro počátek onemocnění věk mezi dvacátým a čtyřicátým rokem věku s častějším výskytem u ženského pohlaví.

Otázka č. 3 se týkala termínu zahájení léčby u dotazovaných respondentů. U všech respondentů byla biologická léčba zahájena v průběhu roku 2015.

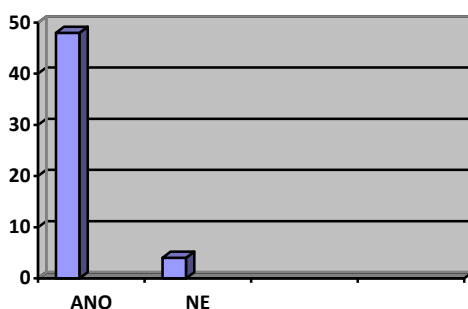
Otázka č. 4 definuje způsob zahájení léčby respondentů. Všechny 52 respondentů zahájilo léčbu interferonem beta 1a, injekční formou do svalů.

2. skupina otázek – Hodnocení práce edukátora

Otázka č. 5 se zaměřila na problematiku sdělení diagnózy respondentům. Všem 52 respondentům (tj. 100%), sdělil diagnózu jejich ošetřující lékař, který ordinoval pomocná vyšetření, podílel se na stanovení diagnózy a navrhl další postup v léčbě. Respondenti byli již v době sdělování diagnózy v péči centra pro léčbu demyelinizačních onemocnění.

Otázka č. 6 se zabývá informovaností o průběhu nastávající léčby. Všechny 52, tj. 100% respondentů, získalo prvotní informaci od svého ošetřujícího lékaře na centru pro léčbu demyelinizačních onemocnění.

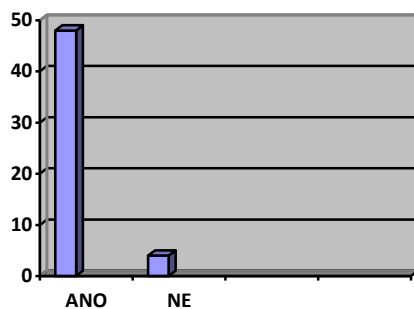
V otázce č. 7 se řeší srozumitelnost podaných informací o zahájení léčby. Výsledky zobrazuje Graf 3.



Graf 3. Srozumitelnost prvotních informací

48 tj. 92,3% respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně s tím, že podané informace považovali za srozumitelné, 4 tj. 7,7% respondenti odpověděli negativně.

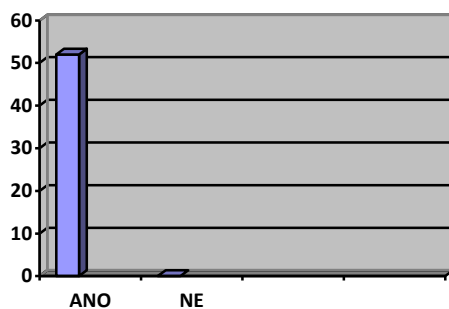
V otázce č. 8 měli respondenti uvést jméno edukátora, který jim dával prvotní informace (Graf 4).



Graf 4. Znalost jména edukátora

48 tj. 92,3% respondentů na tuto otázku odpovědělo zcela přesně (tzn. znali a uvedli jméno edukátora). 4 tj. 7,7% respondenti uvedli, že jméno edukátora neznají. Odpovědi na otázku 8 korespondují s výsledkem odpovědi na otázku č. 7.

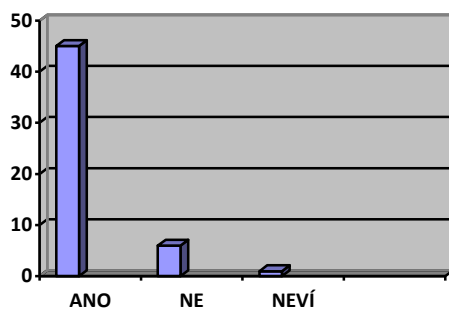
Otázka č. 9 se zabývá srozumitelností informací od edukátora (Graf 5).



Graf 5. Srozumitelnost informací od edukátora

Všem 52 respondentům (tj. 100%) byly informace od edukátora srozumitelné.

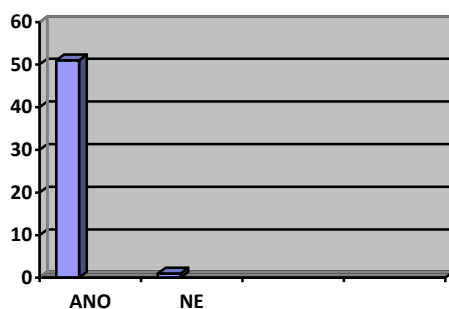
Otázka č. 10 se zabývala možností účasti osoby blízké při prvotní edukaci (Graf 6).



Graf 6. Možnost účasti osoby blízké při edukaci

45 (tj. 86,5%) respondentů uvedlo, že měli možnost mít osobu blízkou při edukaci, 6 (tj. 11,5%) dotázaných uvedlo, že tuto možnost nemělo a 1 osoba (tj. 2%) uvedla v odpovědi, že o této možnosti nevěděla.

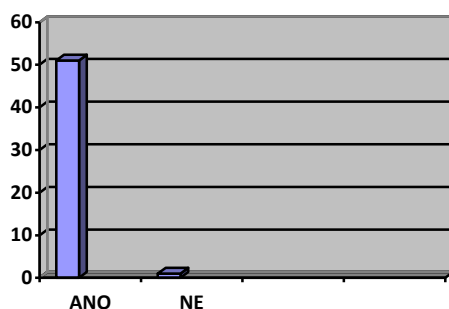
V otázce č. 11 se průzkum ptá, zda byla edukovanému ze strany edukátora věnována náležitá pozornost během edukace (Graf 7).



Graf 7. Pozornost edukátora během edukace

51 respondentů (tj. 98 %) uvedlo, že jim byla edukátorem věnována náležitá pozornost a 1 (tj. 2%) nebyl s pozorností edukátora spokojen.

Otázka č. 12 se zaměřuje na to, zda bral edukátor ohled na aktuální zdravotní stav respondentů (Graf 8).



Graf 8. Ohledy edukátora na zdravotní stav edukovaného

51 respondentů (tj. 98%) uvedlo odpověď ano a 1 respondent tj. 2% uvádí, že edukátor nebral ohled na jeho zdravotní stav.

V otázce č. 13 bylo řešeno téma otázky, která při edukaci napadla respondenty. U této otázky měli respondenti možnost volné odpovědi. (Tabulka 3).

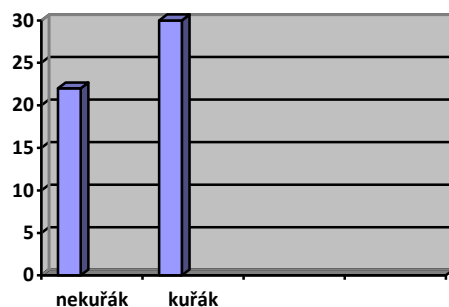
Tabulka 3. Co napadlo edukovaného jako první problém?

Otázka	Počet odpovědí
Mám si píchat injekci sám/sama?	27
Kdy si mám injekci píchat?	45
Kolik si mám píchat, jak poznám dávku?	43
Jak dlouho to musím vydržet?	28
Můžu chodit do práce?	36
Mohu sportovat?	29
Jak mám žít dál?	36

Nejvíce problematických otázek se vyskytlo v oblasti aplikace injekce. Také v oblasti sociální se vyskytovaly problematické otázky, týkající se budoucího života s onemocněním.

V otázce č. 14 byl dotaz, zda byl edukátor schopen na jejich problematické otázky odpovědět a zda byli s odpovědí spokojeni. Zde byla jednoznačná odpověď - v 52 případech (tj. 100%) respondenti odpověděli ano.

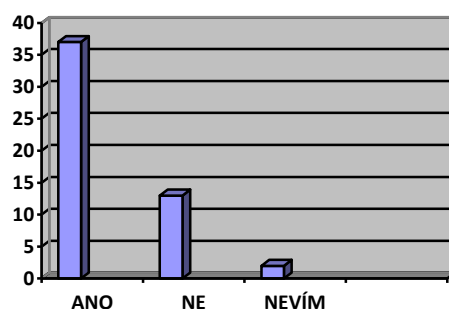
V otázce č. 15 bylo zjišťováno, zda respondent kouří či nekouří. Jedná se o jeden z rizikových faktorů podílející se na zhoršování zdravotního stavu diagnostikovaných nemocných (Graf 9).



Graf 9. Kuřák – nekuřák

Na tuto otázku odpověděli respondenti následovně: 30 tj. 57,69% dotázaných přiznává kuřáctví a 22 tj. 42,3 nekuřáctví.

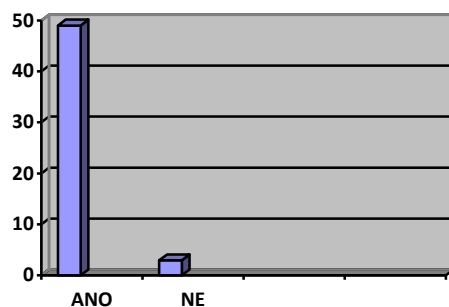
Otázka č. 16 zjišťuje odpověď na otázku, zda edukátor hovořil s respondentem o dopadech kouření na jeho zdraví. Respondenti měli tuto otázku formulovanou jako uzavřenou s možností volby ano – ne - nevím. (Graf 10).



Graf 10. Rozhovor o dopadech kouření

37 (tj. 71,15%) respondentů potvrzuje rozhovor o dopadech kouření během edukace, 13(tj. 25%) tento rozhovor popírá a 2 (3,84%) respondenti si na něj nepamatují.

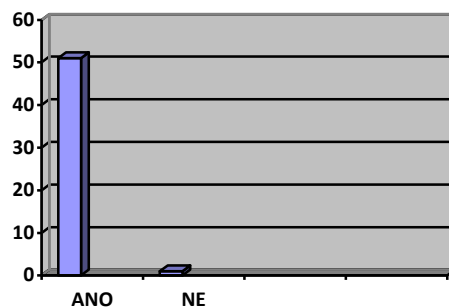
Otázka č. 17 se zabývá vhodností dotazování na problematiku kouření během edukace. Respondenti byli tázáni, zda tento typ otázky považují za vhodný, či nevhodný (Graf 11).



Graf 11. Vhodnost otázek o kouření při edukaci

49 respondentů (tj. 94,23%) považuje otázky týkající se problematiky kouření za vhodné a 3 (tj. 5,76%) tyto otázky během edukace považuje za nevhodné.

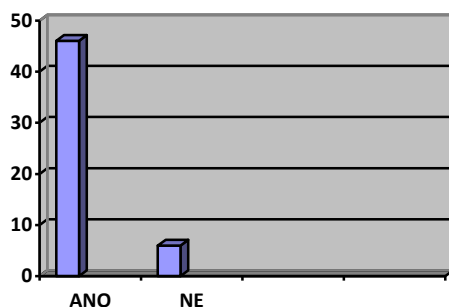
Otázka č. 18 se týkala zjištění, zda měl respondent možnost se při nejasnostech zeptat edukátora a vyjasnit si problém. (Graf 12).



Graf 12. Možnost zpětné vazby s edukátorem

51 (tj. 98%) respondentů uvedlo ano, jeden respondent (tj. 2%) uvedl odpověď ne.

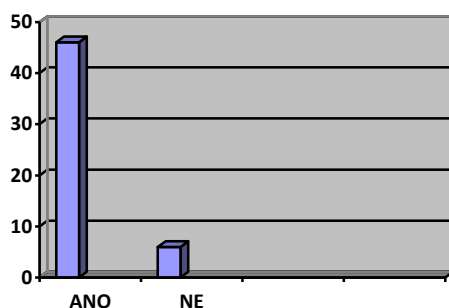
Otázka č. 19 řešila, zda byl edukovaný kontaktován edukátorem s časovým odstupem od uskutečněné edukace z důvodu zjištění aktuálního stavu (Graf 13).



Graf 13. Kontakt s edukátorem po edukaci

Edukátorem bylo kontaktováno 46 tj. 88,5% edukovaných, 6tj. 11,5% edukovaných uvedlo, že je nikdo nekontaktoval

Otázka č. 20 se týkala nabídky možnosti telefonického kontaktování edukátora v případě potřeby (Graf 14).



Graf 14. Možnost kontaktování edukátora

46 tj. 88,5% respondentů uvedlo, že dostaly možnost kontaktovat edukátora a 6 tj, 11,5% uvedlo, že tuto možnost nedostali.

V otázce č. 21 se zabýváme využitím nabídnutých telefonických konzultací. 42 respondentů tj.80,8% tuto možnost využilo, 10 tj.19,2% respondentů tuto možnost telefonické konzultace nevyužilo. Otázka č. 21 byla kontrolní otázkou otázky č. 20, kdy 46 respondentů uvedlo, že jim byla nabídnuta možnost telefonických konzultací a z tohoto počtu využilo možnost 42 respondentů tj. 91% informovaných respondentů, 4 respondenti tuto možnost nevyužili.

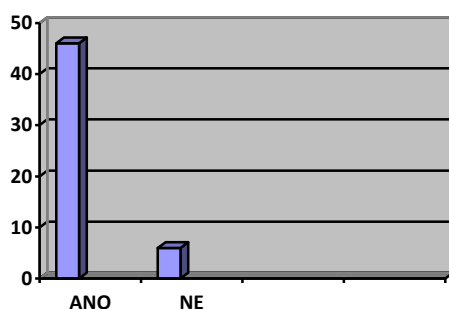
V otázce č. 22 měli respondenti ohodnotit edukátora známkou. Stupnice známkování byla od 1 do 5, kdy 1 = výborně a 5 = nedostatečně (Tabulka 4).

Tabulka 4. Hodnocení edukátora

Hodnotící známka	Počet odpovědí
1	47
2	4
3	1
4	0
5	0

Průměrná hodnotící známka pro edukátora od 52 respondentů byla 1,11.

Otázka č. 23 zjišťuje názory na důvěryhodnost edukátora (Graf 15).



Graf 15. Důvěryhodnost edukátora

Z odpovědi jasně vyplynula důvěryhodnost edukátora v 98% tj. 51 kladných odpovědí a 2% tj. na 1 respondenta působil edukátor nedůvěryhodně.

3. skupina otázek – Prostředí edukace a reedukace

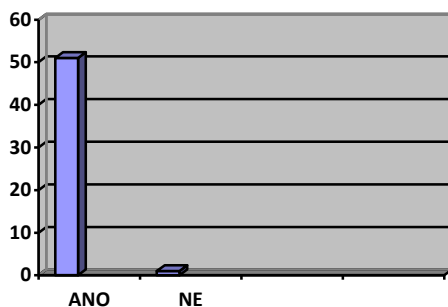
Otázka č. 24 zjišťuje, kde edukace probíhala. Respondenti vybírali z navržených možností, (Tabulka 5).

Tabulka 5. Místo edukace

Místo	Počet
ambulance	40
školící místnost	12
chodba	0
domácí prostředí	0

Z tabulky je patrné, že u 40 tj. 76,92% respondentů probíhala edukace v odborné ambulanci a 12 tj. 23,07% ve školící místnosti. U nikoho z respondentů se edukace neuskutečnila na chodbě ani v domácím prostředí.

V otázce č. 25 hodnotili respondenti, zda považují prostředí, v němž byli edukováni za vhodné pro edukaci (Graf 16).

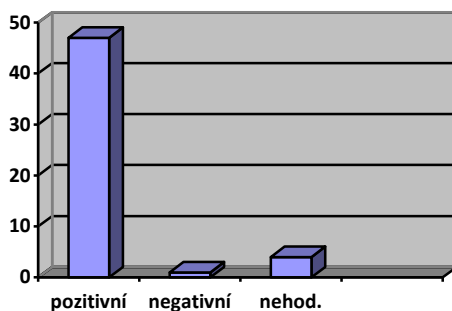


Graf 16. Vhodnost edukačního prostředí

98,9% respondentům prostory pro edukaci vyhovovaly a 2% nevyhovovaly.

V otázce č. 26 se výzkumník ptal, zda respondenty při edukaci něco rušilo. Pokud ano, respondent měl popsat, co jej rušilo. 50 respondentů uvedlo, že je nic nerušilo a 2 respondenti uvedli, že byli rušeni telefonickým hovorem edukátora a vařením kávy sester.

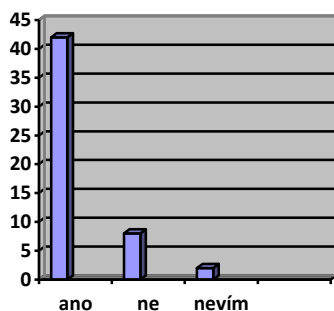
V otázce č. 27 hodnotili respondenti kvalitu reedukace ve vlastním sociálním prostředí. (Graf 17).



Graf 17. Hodnocení reedukace ve vlastním sociálním prostředí

47 tj.90,38% respondentů hodnotilo edukaci ve vlastním sociálním prostředí pozitivně 1 tj.1,92% negativně a 4 tj.7,69% tuto otázku nehodnotilo.

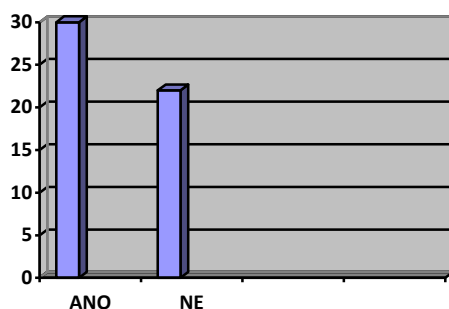
Otázka č. 28 se zabývá vhodností reedukace ve vlastním sociálním prostředí edukanta (Graf 18).



Graf 18. Vhodnost reedukace ve vlastním sociálním prostředí

Reedukaci ve vlastním sociálním prostředí považuje za vhodnou 42 tj. 80,8% dotázaných, pro 8 tj.15,4% je nedůležitá a 2 tj.3,8% vyhodnotilo odpovědí nevím.

Otázka č. 29 zjišťuje, kolik respondentů skutečně využilo reedukace ve vlastním sociálním prostředí (Graf 19).



Graf 19. Využití reedukace ve vlastním sociálním prostředí

30 tj. 57,7% respondentů využilo možnost reedukace v domácím prostředí a 22 tj. 42,3% tuto možnost nevyužilo.

4. skupina otázek – Kvalita edukační jednotky

Ve čtvrté části dotazníkového šetření se otázky č. 30 – 35 soustředily na zjištění kvality a skladby edukační jednotky.

Otázka č. 30 se ptá na skutečnou délku provedené edukace. Možnost odpovědi byla volná (Tabulka 6).

Tabulka 6. Délka edukační jednotky

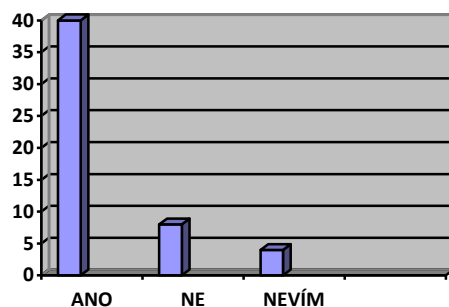
Čas v minutách	Počet
60	26
70	1
90	23
120	2

Průměrný čas edukace dle doložených výsledků je okolo 75 minut.

Otázka č. 31 respondenti hodnotili, zda časový interval edukace byl pro ně dostatečný.

51 respondentů považovala čas pro edukaci za dostačující a 1 respondent hodnotil čas edukace jako nedostačující.

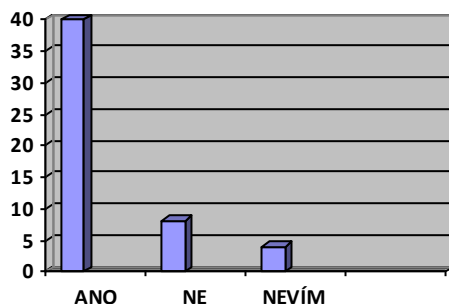
Otázkou č. 32 byli respondenti dotázáni, zda jim problematika dávkování léků byla vysvětlena srozumitelně (Graf 20)



Graf 20. Srozumitelnost informace o dávkování léku

Vysvětlení týkající se postupného dávkování léku (titrace) vyhodnotilo 40 tj. 76,9% respondentů jako srozumitelné, pro 8 respondentů tj 15,4% bylo vysvětlení nesrozumitelné, 4 tj.7,7% respondenti uvedli odpověď nevím.

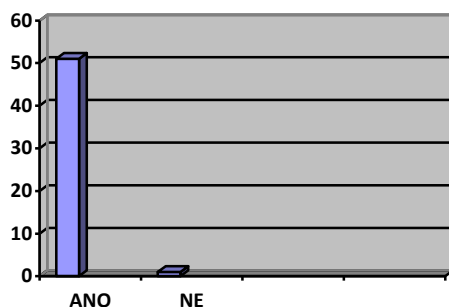
V otázce č. 33 se respondenti měli vyjádřit ke srozumitelnosti edukace související s aplikačním dnem (Graf 21).



Graf 21. Den aplikace

40 tj. 76,9% respondentů chápe význam termínu „aplikační den“, 8 tj. 15,4 % uvedlo nejasnosti s aplikačním dnem a 4 tj. 7,7% uvedlo, že neví.

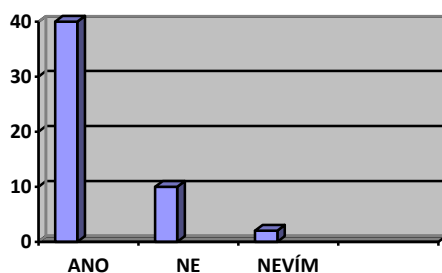
V otázce č. 34 se respondenti měli vyjádřit, zda rozuměli obdrženému edukačnímu materiálu v tištěné podobě (Graf 22).



Graf 22. Srozumitelnost tištěných materiálů

Jako srozumitelný hodnotí tištěný materiál 51 tj. 98% respondentů, 1 respondent nebyl s tištěným materiálem spokojen.

Otázka č. 35 zjišťovala, zda respondentům v tištěném materiálu něco chybělo. (Graf 23).



Graf 23. Chybějící informace v tištěném materiálu

40 tj. 78,9% respondentů uvedlo, že v tištěném materiálu chyběla nějaká informace, 10ti respondentům nechyběla tj. 19,2% žádná informace nechyběla, a 2 tj. 3,9% respondenti odpověděli nevím. Respondenti uvedli, že

- jim chyběl přehled a jasná informace týkající se počátečního dávkování (titrace) během prvního měsíce léčby a informace týkající se dne aplikace.

7 Výsledky a diskuse

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že minimálně 50% respondentů hodnotí uskutečněnou edukaci pozitivně.
2. Předpokládáme, že více než 70% respondentů nemá žádné připomínky k uskutečněnému edukačnímu procesu
3. Předpokládáme, že více než 50% respondentů projevuje zájem o informace spojené s jejich nemocí a léčbou.

Z dotazníkového šetření jsme získali výsledky, které nám odpovídají na výzkumné předpoklady takto:

První výzkumný předpoklad, že více než 50% respondentů hodnotí uskutečněnou edukaci pozitivně, **se potvrdil**. K tomuto tématu se vztahují otázky č. 5 - 26. Výsledné hodnoty jednotlivých otázek pro pozitivní hodnocení se pohybovaly mezi 80% - 98% kladných hodnocení.

Druhý výzkumný předpoklad, že více než 70% respondentů nemá žádné připomínky k uskutečněnému edukačnímu procesu **se nepotvrdil**. Zájem o konkrétní připomínky se týkaly nedostatečně srozumitelné informace v tištěném edukačním materiálu (otázka č. 34), chybějící informace k dávkování léku a k aplikačnímu dni (otázka č. 32,33), dále pak k rušivým vlivům v průběhu edukace (otázka č. 26) a k potřebě mít u edukace někoho blízkého (otázka č. 10).

Třetí výzkumný předpoklad, že více než 50% respondentů projevuje zájem o informace spojené s jejich nemocí a léčbou **se potvrdil**. Zájem o konkrétní informace

vystihují odpovědi na otázku č. 35, ve které projevili respondenti zájem o zcela konkrétní informace v tištěném materiálu. Ty se týkaly dávkování léku na počátku léčby a aplikačního dne. Zájem o telefonické konzultace z důvodu získání informace o nemoci potvrdilo 80,8% respondentů v otázce č. 21. Možnost využít reedukaci v domácím prostředí potvrdilo 57,7% respondentů v otázce č. 29. I odpovědi na otázku č. 8, o znalosti jména edukátora, lze hodnotit jako zájem o informace.

Na základě zjištěných nedostatků edukačního materiálu k problematické srozumitelnosti některých otázek byl navržen nový doplňující edukační materiál. Tento materiál může pomoci nově diagnostikovaným při zahájení biologické léčby, také může být využit při přechodu z jednoho typu léčby na druhý, kdy je třeba aby pacient dobře rozuměl postupnému dávkování léku. Tento materiál je přehledný, jasný a stručný (Příloha 2,3). Do karty je možné zaznamenávat informace týkající se řešení nežádoucích účinků, záznamy o uskutečněných edukacích, reedukacích a kontrolách u lékaře.

Tato nová titrační karta byla vyzkoušena při edukacích v šesti centrech pro léčbu demyelinizačních onemocnění a zařazena do zdravotnické dokumentace Ad VITAM, o.p.s. Vzhledem k velkému množství informací, které jsou edukovanému během první edukace předávány, je sjednocená karta velkou pomůckou jak pro nemocného a pečující osoby tak i pro zdravotníky.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku edukace u vybrané skupiny nemocných s diagnózou roztroušené sklerózy mozkomíšní.

Byly stanoveny tři výzkumné předpoklady, v jednotlivých otázkách se nám podařilo najít odpovídající data a získat odpovědi.

V části teoretické byla popsána situace RS v rámci ČR, byly shrnuty základní příznaky onemocnění, diagnostika a léčba tohoto onemocnění.

V části praktické byl sestaven dotazník skládající se ze čtyř částí. V první části otázky č. 1 – 4 byly zjišťovány identifikační údaje respondentů, jejich pohlaví termín zahájení léčby a užívaný léčebný preparát.

V druhé části byly otázky zaměřeny na hodnocení práce edukátora pohledem edukovaného. V této části bylo sestaveno 19 otázek zabývajících se předáváním informací o nemoci a léčbě, o edukátorovi, problematických otázkách, hodnocení edukace a reedukace, důvěryhodnosti edukátora, a možného zdroje informací pomocí telefonní služby.

Ve třetí části se otázky týkaly prostředí edukace a reedukace včetně rušících elementů, které edukaci nějakým způsobem narušily.

Ve čtvrté části se otázky zabývají kvalitou edukační jednotky, její délkou, srozumitelností dávkování a aplikací ordinovaného léku. Čtvrtá část obsahuje také otázky vztahující se ke kvalitě tiskových materiálů.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat edukační proces v ošetrovatelské praxi a zjistit jak hodnotí edukační proces pacienti s roztroušenou sklerózou.

Edukační proces pacientů je považován odborníky za velmi důležitou součást léčebného režimu, protože může významně ovlivnit adherenci k léčbě a tím i její celkovou úspěšnost.

Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny tři výzkumné předpoklady, k jejichž ověření byl využit dotazníkový průzkum nově diagnostikovaných nemocných s RS v roce 2015.

Průzkum potvrdil předpoklady, že edukace je i ze strany pacientů považována za důležitou. Při dobře provedené edukaci nemají pacienti problém se ptát a vznášet dotazy a oni sami jsou schopni formulovat svoji potřebu.

Za zásadní edukační formu je pacienty považována edukace prováděná konkrétním zdravotníkem ve zdravotnickém zařízení. Nemocní vítají možnost telefonických konzultací a možnost reedukace ve svém vlastním sociálním prostředí. Všechny tyto formy zajišťují i zvyšují informovanost, která je důležitá pro léčebný proces a kvalitu života nemocného. Dotazníkový průzkum ukázal na některé nedostatky i v tištěném edukačním materiálu. Na základě zjištěných těchto nedostatků a problematické srozumitelnosti některých úseků první edukace byl navržen nový doplňující edukační materiál – titrační karta. Vzhledem k velkému množství informací, které jsou edukovanému během první edukace předávány, je sjednocená karta velkou pomůckou jak pro nemocného a pečující osoby tak i pro zdravotníky. Funkčnost této nové titrační karty byla vyzkoušena v šesti centrech pro léčbu RS a zařazena byla do zdravotnické dokumentace AD VITAM, o.p.s.

Závěry této práce se vztahují pouze ke sledovanému vzorku respondentů. Některé důležité skutečnosti by se však mohly využít například jako doporučení pro tvorbu uceleného a jednotného edukačního materiálu vhodného pro všechna odborná pracoviště zabývající se léčbou RS v ČR.

SOUHRN

V úvodu práce jsou popsány důvody, které autora vedly ke zpracování tématu bakalářské práce. Představuje cíle práce, na kterých pracuje. Vlastní práce se skládá ze dvou částí - teoretické a praktické. Část teoretická je rozdělena do několika kapitol, podkapitol a úseků. V první kapitole jsou popsány klíčové pojmy edukace, reedukace, reedukace v ošetrovatelství a adherence k léčbě. Následuje kapitola charakterizující onemocnění roztroušenou sklerózou mozkomíšní (RS). Jsou zde uvedeny základní informace o onemocnění v ČR, příznaky onemocnění, typy průběhu nemoci, diagnostice a léčbě. Následuje kapitola edukace, která podrobněji charakterizuje edukaci jako proces, účastníky edukačního procesu, cíle a zásady edukace, metody a formy edukace v ošetrovatelství včetně edukací pacientů s RS. Praktická část obsahuje zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření zaměřeného na hodnocení edukačního procesu u skupiny respondentů s diagnostikovaným onemocněním roztroušená skleróza. Ve vyhodnocení pak nalezneme zhodnocení celé výzkumné části práce a vyjádření k výzkumným předpokladům.

SUMMARY

The introduction described the reasons that led to the author's treatment of the topic of the thesis. Represents the goals of this work, he's working on. The actual work consists of two parts - theoretical and practical. Theoretical part is divided into several sections, subsections and sections. The first chapter describes the key concepts of education, re-education, re-education in nursing and treatment adherence. The following chapter characterizing the disease multiple sclerosis (MS). There is basic information about the disease in the Czech Republic, symptoms, types of the disease, diagnosis and treatment. The following chapter education, which in detail describes education as a process, participants in the educational process, goals and principles of education, methods and forms of education in nursing, including educating patients with MS. The practical part contains the processing and evaluation of the questionnaire focused on the evaluation of the educational process in the group of respondents diagnosed with the disease multiple sclerosis. In that assessment, the assessment can be found throughout the research part and observations on research assumptions.

REFERENČNÍ ZÁZNAM

Literatura:

1. BALVÍN, J., *Teorie výchovy a vzdělávání pro oblasti sociální pedagogiky a andragogiky*, Praha: Hnutí R, nakladatelství s Mezinárodní vědeckou radou, 2013, ISBN 978-80-86798-47-8
2. BEDNAŘÍK, J. *Neurologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2003, s. 164.
3. ČABALOVÁ, D., *Pedagogika*, Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2993-0
4. HAVRDOVÁ, E., *Roztroušená skleróza*, Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-187-5
5. HAVRDOVÁ, E., *Roztroušená skleróza*, Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-3154-7
6. HAVRDOVÁ, E., *Roztroušená skleróza v praxi*, Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-189-6
7. HOLOUŠKOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M., *Diplomové a závěrečné a práce*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1237-3
8. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu*, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
9. JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2
10. KUDLOVA, P., TOMANOVÁ, D., *Didaktická vybavenost edukační lekce. Trendy v ošetrovatelství III*, Ostrava: Ostravská univerzita, Zdr. sociální fakulta, 2004, ISBN 80-7042-351-X
11. PIŤHA, J., *Algoritmus léčby relapsu*. *Neurologie pro praxi*, Solen, 2013. ISBN 978-80-7471-031-5
12. PIŤHA, J., *Algoritmy diferenciální diagnostiky roztroušené sklerózy*. *Neurologie pro praxi*, Olomouc: Solen, 2013. ISBN 978-80-7471-031-5
13. PRŮCHA, J., *Pedagogická encyklopedie*, Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-546-2
14. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., *Pedagogický slovník*, Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6

15. SABATÉ, E., et al. *Adherence tu Long – term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland: Health organization, 2003
16. STAINEROVÁ, A., KOVÁRI, M., *Komplexní fyzioterapeutický pohled*, Brno: Grifart, 2012. ISBN 978-80-905337-0-7
17. SVĚŘÁKOVÁ, M., *Edukační činnost sestry*, Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2
18. TALÁB, R., *Terapeutický algoritmus léků ovlivňující průběh onemocnění u roztroušené sklerózy*, Neurologie v praxi, 2013. ISBN 978-80-7471-031-5
19. TALÁB, R., *Dlouhodobá léčba sklerózy mozkomíšní*, Neurologie pro praxi, 2013. ISSN 1805-398X
20. TALÁB, R. *Algoritmydiagnostiky a léčby roztroušené sklerózy*. Neurologie pro praxi, 2013, ISSN 1805-398X
21. VANĚČKOVÁ, M., SEJDL, Z. *Magnetická rezonance a RS*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2182-1
22. ZACHOVÁ, V. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5

Internetové zdroje:

1. DUDÍK, J. *Roztroušená skleróza* [online]. c2008, poslední revize 10. září 2014 [2016-02-02]. Dostupný na World Wide Web: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Roztroušená_skleróza>.
2. HRADÍLEK, P. *Neurologie pro praxi Adherence k léčbě u roztroušené sklerózy*. [online]. ročník 2012, číslo 13/3, s.156. Dostupný na World Wide Web:< www.nweurologiepropraxi.cz>.
3. *Velký lékařský slovník*. [online] [cit.2016-24-04]. Dostupné na World Wibe Web:<[www:http//lekarske.slovníky.cz/pojem/roztrousena-skleroza-mozkomisni](http://lekarske.slovníky.cz/pojem/roztrousena-skleroza-mozkomisni)>
4. *Velký lékařský slovník*. [online] [cit.2016-24-04]. Dostupné na World Wibe Web: <[www:http//lekarske.slovníky.cz/pojem/edukace](http://lekarske.slovníky.cz/pojem/edukace)>
5. *Velký lékařský slovník Lékařské slovníky* [online] [cit.2016-24-04]. Dostupné na World Wibe Web: <[www:http//lekarske.slovníky.cz/pojem/reedukace](http://lekarske.slovníky.cz/pojem/reedukace)>

6. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online] c2011, poslední revize [04. 05. 2015]. Dostupný na Word Wibe Web: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html
7. *Podmínky zřizování Center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění a návrh koncepce péče.* [online]. In: Věstník MZ ČR, 1998, 6, s.9–11.[cit.2016-06-01].Dostupné http://multiplesclerosis.cz/ms_centra.html
8. PRAVIDELNÝ VÝSTUP Z REGISTRU REMUS. [online]. 2016. [cit.2016-05-03]. Dostupné z: http://multiplesclerosis.cz/docs/160526_remus_cz_zaverecna_zprava_2015_web.pdf
9. Stavovský předpis č.10 České lékařské komory [online][cit.2016-03-01].Dostupné na Word Wibe Web: http://lkcr.cz/doc/cms.../10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf
10. ŠTEFLOVÁ A., *Prevence v primární péči* [online], poslední revize 2014 [cit. 5. 5. 2016]. Dostupný na Word Wibe Web: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-v-primarni-peci-163707>
11. *Výchova ke zdraví, Závislosti* [online], poslední revize 2012 [cit.2016-29-04]. Dostupný na Word Wibe Web: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/tabak.html>

Seznam zkratek:

1. AP – avonexové pero
2. CD – optický disk, média
3. CNS - Centrální nervová soustava
4. CT – počítačová tomografie
5. č. - číslo
6. ČR – Česká republika
7. IPVZ - Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
8. LF - Lékařská fakulta
9. MRI – magnetic resonance imaging , magnetická rezonance
10. MS – multiple sclerosis, roztroušená skleróza
11. o.p.s. - obecně prospěšná společnost
12. PPRS – primárně-progresivní roztroušená skleróza
13. RPRS – relabující-progredující roztroušená skleróza
14. RRRS – relaps-remitentní roztroušená skleróza
15. RS - Roztroušená skleróza
16. Sb. – Sbírka zákonů
17. SPRS – sekundárně-progresivní roztroušená skleróza
18. tj. – to je
19. VFN – Všeobecná fakultní nemocnice
20. WHO - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Dotazník

Příloha č.2 Titrační karta A

Příloha č.3 Titrační karta B

Příloha č. 4 Popis titrační karty

Příloha č. 1 Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

chtěl bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Edukace nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšní. Dotazník slouží k získání dat ve vědeckých výzkumech.

Jsem ochoten se zúčastnit dotazníkového šetření a souhlasím s jejich uveřejněním
ANO – NE.

Děkuji za čas a pozornost, který vyplňování dotazníku věnujete.

Část první: IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

- 1)Váš nynější věk:.....
- 2)Označte Vaše pohlaví: MUŽ - ŽENA
- 3)Kdy jste zahájil/a biologickou léčbu RS?.....
- 4)Jaký lék užíváte?:.....

Část druhá: HODNOCENÍ PRÁCE EDUKÁTORA

- 5)Kdo Vás informoval o diagnóze?.....
- 6) Kdo vám podal informace o průběhu léčby?.....
- 7)Byly pro Vás počáteční informace srozumitelné? ANO – NE
- 8)Znáte jméno edukátora, který se Vám věnoval? ANO – NE, pokud ano napište jeho jméno:.....
- 9)Byly pro Vás informace od edukátora srozumitelné? ANO – NE
- 10)Bylo Vám umožněno mít u edukace někoho blízkého? ANO – NE – NEVÍM
- 11)Věnoval Vám edukátor během edukace pozornost? ANO – NE

- 12)Bral edukátor ohled na Váš zdravotní stav? ANO – NE
- 13)Vyskytly se během edukace problematické otázky? ANO – NE, jaké?.....
- 14)Dokázal na problematické otázky edukátor reagovat? ANO – NE
- 15)Jste kuřák? ANO – NE
- 16)Hovořil s Vámi edukátor o problematice kouření s ohledem na léčbu a Váš zdravotní stav? ANO – NE
- 17)Považujete otázky o kouření za vhodné? ANO – NE
- 18)Pokud Vám nebylo něco jasné, měl/a jste možnost se znovu zeptat a vyjasnit si tento problém? ANO – NE
- 19)Kontaktoval Váš edukátor v nějakém časovém úseku po uskutečněné edukaci? ANO – NE
- 20)Byla Vám nabídnuta možnost telefonického kontaktu edukátora v případě Vaší potřeby? ANO – NE
- 21)Využíváte možných telefonických konzultací s edukátorem? ANO – NE
- 22)Jakou známkou ohodnotíte edukátora? (stupně 1-5, jako ve škole).....
- 23)Působil na Vás edukátor důvěryhodně? ANO – NE

Část třetí: Prostředí edukace a reedukace

- 24)Kde (místo) probíhala první edukace na léčbu?
- AMBULANCE – ŠKOLÍCÍ MÍSTNOST – CHODBA – DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ
- 25)Vyhovovalo Vám místo edukace? ANO – NE
- 26)Byl jste během edukace rušen? ANO – NE, pokud ANO, co Vás rušilo?.....

27) Jak hodnotíte následné reedukace ve Vašem domácím prostředí?

POZITIVNĚ – NEGATIVNĚ - NEHODNITÍM

28) Považujete reedukace ve vašem domácím prostředí za vhodné? ANO – NE

29) Využil/a jste možnost domácí reedukace? ANO - NE

30) Kde (místo) probíhala první edukace na léčbu?

AMBULANCE – ŠKOLÍCÍ MÍSTNOST – CHODBA – DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ

31) Vyhovovalo Vám místo edukace? ANO – NE

32) Byl jste během edukace rušen? ANO – NE, pokud ANO, co Vás

rušilo?

Část čtvrtá: Kvalita edukační jednotky

33) Jak dlouho edukace trvala?

34) Považujete čas věnovaný edukaci za dostačující k vysvětlení celé problematiky? ANO – NE

35) Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s dávkováním léku? ANO – NE

36) Byl/a jste srozumitelně seznámen s aplikačním dnem? ANO – NE

37) Považujete tištěný edukační materiál, který jste obdržel za srozumitelný?

ANO – NE

38) Chybí Vám nějaké informace v tištěném edukačním materiálu, který jste obdržel? ANO – NE, pokud ano napište, co vám chybí:

Příloha č 2. TITRAČNÍ KARTA (A)



TITRAČNÍ AVONEXOVÁ KARTA

Jméno pacienta:

dávka	den (PO-NE)	datum
$\frac{1}{4}$		
$\frac{1}{2}$		
$\frac{3}{4}$		
1. celá		
AP		

PREVENCE CHŘIPKOVÝCH PŘÍZNAKŮ: ANO – NE

doporučení lékaře:

Příloha č.3 TITRAČNÍ KARTA (B)



EDUKACE – REEDUKACE – KONTROLY

	datum	čas	provedl
edukace PS			
edukace titrace			
edukace AP			
reedukace			
reedukace			
reedukace			
kontrola			
kontrola			
kontrola			
kontrola			
kontrola			
kontrola			
kontrola			

Příloha č. 4 Popis titrační karty

Tento materiál je karta velikosti A5. Na straně A (Příloha č. 2), najdeme identifikační údaje nemocného, tabulku rozpisu postupného dávkování léku tzv. titrace v hodnotách $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, $1/1$. Zvláštní řádek tvoří kolonka pro převod na aplikační pero - označení AP. Jedná se o možnost nové aplikační techniky pomocí jednorázového aplikátoru do svalu. Druhou tabulkou je tabulka řešení nežádoucích příznaků aplikovaného preparátu označovaných chřipkovým příznakem. Tuto tabulku vyplňuje ošetřující lékař ještě před zahájením edukační jednotky. Lékař vepíše do tabulky doporučený léčebný přípravek a jeho doporučené dávkování a potvrdí svým podpisem. Druhá strana karty B (Příloha č. 3), slouží pro záznamy edukace, reedukací a následujících kontrol u lékaře, které jsou na počátku léčby častější.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petr Jílek
Katedra:	Antropologie a zdravotvěda
Vedoucí práce:	MUDr. Ivana Štverka Kořínková
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Edukace nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšní
Název v angličtině:	Education patients with sclerosis multiplex.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace u vybrané skupiny nemocných s diagnózou roztroušené sklerózy mozkomíšní. V teoretické části byla popsána situace roztroušené sklerózy v ČR, byly shrnuty základní příznaky onemocnění, diagnostika a léčba tohoto onemocnění. Stěžejním bodem práce je část praktická, které je zaměřena na hodnocení edukačního procesu samotnými nemocnými. Cíle práce je popsat edukační proces v ošetrovateľské praxi a zjistiť jak hodnotí edukační proces pacienti s roztroušenou sklerózou.
Klíčová slova:	Roztroušená skleróza mozkomíšní, edukace, reedukace, edukace v ošetrovateľství a s adherence.

Anotace v angličtině:	The thesis deals with the issue of education for a selected group of patients with a diagnosis of multiple sclerosis. In the theoretical part has been described the situation of multiple sclerosis in the Czech Republic, have been summarised the basic symptoms of the disease, the diagnosis and treatment of this disease. The central point of the work is part of the practice, which is focused on the evaluation of the educational process by the sick. The objectives of the work is to describe the educational process in nursing practice and to find out how to evaluate the educational process of patients with multiple sclerosis.
Klíčová slova v angličtině:	Sclerosis multiplex, education, reeducation, nursing education, adherence
Přílohy vázané v práci:	Příloha č.1 Dotazník Příloha č.2 Titrační karta (A) Příloha č.3 Titrační karta (B) Příloha č.4 Popis titrační karty
Rozsah práce:	73 stran (včetně příloh)
Jazyk práce:	Český

