

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Lucie Randová

**Specifika edukačního procesu u dětských
pacientů v mladším školním věku**

Bakalářská práce

Praha 2019

Autor práce: Lucie Randová

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.

Oponent práce: PhDr. Hana Nikodemová

Datum obhajoby: 2019

Bibliografický záznam

RANDOVÁ, Lucie. *Specifika edukačního procesu u dětí v mladším školním věku*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2019. 101s. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem „Specifika edukačního procesu u dětí v mladším školním věku“ se zaměřuje na způsoby edukace pacientů v konkrétním vývojovém období. Práce je rozčleněna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá jednotlivými edukačními metodami, jež se využívají v mladším školním věku, edukačními pomůckami, účastníky edukace, edukačními formami, edukačním procesem v mladším školním věku, specifiky v oblasti komunikace s pacientem v mladším školním věku, edukačními formami a také vývojovým obdobím dítěte. Data pro empirickou část byla sbírána ve dvou fakulturních nemocnicích ve FN Motol v Praze a ve FN Plzeň – Lochotín. Empirická část bakalářské práce popisuje metodiku, materiál, organizaci vlastního šetření a zpracování dat, výsledky dotazníkového šetření, vyhodnocení stanovených hypotéz, vyhodnocení edukačního náslechu. Výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny ve sloupcových grafech a v tabulkách. Stanovené hypotézy jsou v další části statisticky vypracované.

Klíčová slova

Pacient, komunikace, děti, sestra, edukace

Abstract

Bachelor thesis called "Specifics of the educational process of pediatrics patients at younger school age" with focus on patient education in a specific developmental period. The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part describes individual educational methodologies used in education of patients at younger school age. Moreover, it focuses on educational aids, participants of education, educational forms, specifics of the communication with patients and educational processes of patients, especially during their younger school age and developmental period of the child. The data for the empirical part were collected in two hospitals. In Motol in Prague and in hospital Lochotín located in Plzeň. The empirical part of the bachelor thesis characterizes methodology, material, organization of the research, processing of data, results of questionnaire, evaluation of hypothesis and educational observation as well. The outcome of the questionnaire survey is presented in bar graphs and tables. The established hypotheses are statistically elaborated below.

Key words

Patient, communication, children, nurse, education

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Lucie Randová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Specifika edukačního procesu u dětských pacientů v mladším školním věku**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetřovatelství. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. Základní ošetřovatelská péče v pediatrii. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

SIKOROVÁ, Lucie. Dětská sestra v primární a komunitní péči. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3592-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

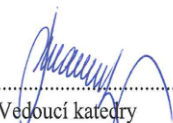
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 12.4.2018

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 12.4.2018


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (1)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, Ph.D., PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 24. dubna 2019

Lucie Randová

Poděkování

Ráda bych poděkovala především své vedoucí práce PhDr. Šárce Tomové, Ph.D., Ph.D. za odborné vedení mé práce, její cenné rady a připomínky, které mi ochotně během konzultací této práce poskytla. Dále děkuji všem respondentům, kteří pečlivě vyplnili dotazníky. Poděkování patří i mé rodině a kamarádům, kteří mi pomohli a po celou dobu studia pro mě byli oporou a motivací.

Obsah

1 ÚVOD	12
1.1 Cíle práce	13
2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	14
2.1 Edukace v ošetrovatelství.....	14
2.1.1 Vysvětlení pojmů	14
2.1.2 Druhy edukace	15
2.2 Účastníci edukace	16
2.2.1 Edukátor	16
2.2.2 Edukant	17
2.3 Faktory ovlivňující edukaci	17
2.4 Komunikace s dětským pacientem.....	18
2.5 Edukační pomůcky.....	19
2.6 Edukační metody.....	20
2.7 Edukační formy.....	23
2.7.1 Individuální forma edukace	23
2.7.2 Skupinová forma edukace.....	24
2.7.3 Hromadná forma edukace	24
2.8 Edukační metody využívané u dětí	24
2.9 Role sestry edukátorky.....	25
2.9.1 Vývojová období dítěte	25
2.9.2 Novorozenecké období	25
2.9.3 Kojenecké období	26
2.9.4 Batolecí období	26
2.9.5 Předškolní období	27
2.9.6 Mladší školní věk.....	27

2.9.7	Období dospívání	28
2.10	Edukační proces v ošetrovatelství	29
2.10.1	Fáze edukačního procesu u dětí a dospívajících	29
2.10.2	Specifika edukačního procesu u dětských pacientů v mladším školním věku	31
2.10.3	Edukační plán.....	32
2.10.4	Přehled dříve realizovaných studií	32
3	EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE BEZ TEČKY	34
3.1	Metodika	35
3.2	Materiál	36
3.3	Organizace vlastního šetření a zpracování dat	37
3.4	Výsledky vlastní práce	37
3.4.1	Výsledky dotazníkového šetření	38
3.4.2	Výsledky kvalitativního šetření – náslech	67
3.5	Diskuse.....	69
3.5.1	Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám	76
3.5.2	Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií	81
4	ZÁVĚR.....	83
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	85
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM TABULEK.....	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90
	PŘÍLOHY	91

SEZNAM ZKRATEK

CD-ROM	Kompaktní disk
DVD	Digitální víceúčelový disk
FN	Fakultní nemocnice
H_0	Hypotéza nulová
H_A	Hypotéza alternativní
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti
ISBN	Identifikační číslo typu knihy
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
KDHO	Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
p	Hladina významnosti
2. LF UK	2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

1 ÚVOD

Edukace dětských pacientů v mladším školním věku je velmi náročná a důležitá. Je nutné s dítětem správně komunikovat, chválit a motivovat ho. Edukátor by měl přizpůsobit komunikaci věku dítěte, využívat správné pomůcky (plyšáky, panenky, knihy, aj.) a také vhodné edukační metody. Téma „*Specifika edukačního procesu u dětí v mladším školním věku*“ jsem zvolila proto, že bych jednou moc ráda pracovala na dětském oddělení. Z tohoto důvodu jsem se ve své práci zaměřila na to, jakým způsobem všeobecné sestry edukují dětské pacienty v tomto věku. Jaké pomůcky se během edukace dětí v mladším školním věku nejčastěji využívají a také jak dlouho edukace dítěte trvá. V dnešní době, která zaznamenává výrazný nedostatek zdravotnického personálu, nezbyvá na edukaci pacientů tolik času. Navíc každé životní období, především u dětí, se vyznačuje určitými specifiky. Personál potřebuje dostatek znalostí a času pro vhodný průběh edukace. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části jsem se zaměřila na objasnění pojmů v oblasti edukace. Rozdělení edukačních forem a metod. Faktory, které mohou ovlivnit edukaci negativně i pozitivně a také na rozdělení edukačního procesu. Pro empirickou část jsem si zvolila komparaci mezi Fakultní nemocnicí v Motole a Fakultní nemocnicí Lochotín v Plzni. Vytvořila jsem dotazník, který je tvořen položkami ohledně specifík edukace dětských pacientů v mladším školním věku. Dotazníky jsem na základě povolení v papírové formě donesla do obou fakultních nemocnic. FN Motol jsem si zvolila proto, že zde vykonávám ošetrovatelskou praxi, tudíž mám možnost během studia projít mnoho oddělení a mohu sledovat edukaci pacientů pravidelně. Druhou volbou se pro mne stala FN Lochotín v Plzni, protože z tohoto města pocházím.

1.1 Cíle práce

Cílem mé práce je zmapovat způsoby edukačního procesu u dětských pacientů, konkrétně v mladším školním věku. Ráda bych prověřila, jaký způsob edukace je u těchto pacientů nejefektivnější. Dále jsou centrem mého zájmu způsoby edukace a jejich srovnání ve dvou fakultních nemocnicích FN Motol v Praze a FN Lochootín v Plzni. V rámci svého průzkumu zamýšlím provést edukační náslech, čímž zapojím do své práce také dětské pacienty v mladším školním věku.

Stanovené **pracovní hypotézy**:

Hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.

Hypotéza č. 2: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.

Hypotéza č. 3: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi délkou praxe a využitím metody biblioterapie.

Hypotéza č. 4: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.

Hypotéza č. 5: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie.

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Edukace v ošetrovatelství

2.1.1 Vysvětlení pojmů

Juřeníková (2010, s. 9) definuje pojem edukace jako: „*Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince.*“. Edukace není určena pouze nemocným pacientům, ale i zdravým jedincům. Je velmi důležité vnímat pacienta holistickým přístupem (Nemcová, 2010). Edukace je potřebná během primární, sekundární a terciální prevence. Místo, kde je možné provádět edukaci, nazýváme edukačním prostředím. Samotné prostředí dotváří a ovlivňují barvy, nábytek, osvětlení, zvuky a celková nálada během edukace. Edukace může probíhat v herně, ambulanci, pokoji pacienta, či jídelně. Dalším typem edukačního prostředí může být edukační prostředí rodinné, školní, profesní (Tomová, 2017). K zajištění přesné kvality edukace slouží edukační standard. Jedná se o předem vytvořený vzor pro průběh edukace klienta (Juřeníková, 2010).

Před začátkem edukace je zapotřebí, aby si edukátor uvědomil, jakých změn by rád díky edukaci dosáhl. Nejprve si určit konkrétní edukační cíl neboli výsledek, kterého chce docílit. Při sestavování edukačního cíle bychom nejprve měli určit, co konkrétně by měl edukant znát. Poté, co bychom edukanta chtěli naučit, a na základě toho stanovit obsah edukace. Na konci edukace by mezi edukačním cílem a výsledkem edukace měl být co nejmenší rozdíl. Edukační cíle rozdělujeme na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobým cílem se stává například cíl jednotlivého edukačního setkání a dlouhodobým je záměr kompletní edukace edukanta. Dále můžeme rozlišit cíle nižší a vyšší. Edukátor by měl dbát na to, aby stanovené cíle edukanta nepodceňovaly, ale ani nepřeceňovaly. Stanovené cíle by měly být jednoznačné, čili aby nebylo možné stanovený cíl jakkoli zaměnit. Musíme po celou dobu edukace dbát na to, aby cíle jednotlivých edukací směřovaly k hlavnímu stanovenému cíli. V neposlední řadě by edukační cíl měl působit na celek jedince, konkrétně na oblast kognitivní, afektivní a psychomotorickou (Juřeníková, 2010).

Edukace je určena pro konkrétního jedince a tvoří se na míru pacientových potřeb. Edukátor by měl umět pacienta přimět ke změně, motivovat ho k edukaci, proto je

edukace označována za velmi náročný úkol pro zdravotníka. Dále je to již na edukantovi, zda bude chtít přijímat nové znalosti a informace (Šulistová, Trešlová, 2012).

Významnou roli hraje edukace v rámci prevence: primární, sekundární a terciární.

a) Primární prevence

Tato oblast edukace se zaměřuje na zdravé osoby. Slouží preventivně k předcházení nemocem, či ke zvyšování kvality života. Členové konkrétních organizací se snaží motivovat, pobízet k důsledné prevenci určitého onemocnění. Existují velmi známé organizace, které se snaží v rámci svých projektů šířit prevenci např. onkologickému onemocnění, onemocnění HIV (Svěráková, 2012).

b) Sekundární prevence

Sekundární prevence probíhá u osob, jimž již bylo diagnostikováno konkrétní onemocnění. Edukátor se snaží v rámci svých možností a znalostí edukanta motivovat. Ovlivnit edukantovi znalosti, názory tak, aby se již edukantův stav nezměnil k horšímu a pouze se zlepšil. Edukace se zaměřuje nejčastěji na oblast stravování, skoncování s kouřením, aplikaci inzulínu, či ošetření stomie. (Juřeníková, 2012)

c) Terciální prevence

Terciální prevence slouží k řešení dopadu určitého onemocnění či zranění. Cílem je nácvik samostatnosti, obnova funkce poraněných orgánů a také lepší návrat do normálního života. Terciální prevence bývá praktikována u invalidních pacientů. Zdravotní sestry na lůžkovém oddělení, či v ambulancích se na této prevenci nepodílejí. Tento druh edukace je určen fyzioterapeutům a ergoterapeutům (Svěráková, 2012; Sikorová, 2012).

2.1.2 Druhy edukace

Existuje mnoho druhů edukace. V literatuře je popisuje Juřeníková (2010), Svěráková (2012) a Kuberová (2010). Druhy edukace rozdělují následovně:

a) Základní edukace

Probíhá u pacientů, kterým bylo čerstvě diagnostikované onemocnění. Pro příklad základní edukace můžeme uvést nově diagnostikované onemocnění Diabetes mellitus. V této fázi edukace edukant získává úplně nové znalosti a návyky (Juřeníková, 2010).

b) Reedukační edukace

V této fázi edukant určité znalosti o své diagnóze již získal. Edukátor se pouze snaží prohloubit vědomosti, či pacientovi poskytnout další informace. Doporučuje se v závěru zopakovat vše, co se zdá důležité. Edukantem by se mohl stát například pacient s diagnózou Infarktu myokardu (Svěráková, 2012).

c) Komplexní edukace

Komplexní edukace se zabývá edukantem, kterému lékař diagnostikoval celoživotní onemocnění. Během komplexní edukace edukátor nejen vysvětluje, ale také ponechává edukanta si vše prakticky vyzkoušet. Edukátor se průběžně snaží edukantovi předat vědomosti, například v oblasti stravování. Komplexní edukace napomáhá předcházet vzniku komplikací, či již vzniklé komplikace zvládnout. Během komplexní edukace edukátor často zapojí také rodiče, či příbuzné pacienta. (Svěráková, 2012; Kuberová, 2010).

2.2 Účastníci edukace

Tato kapitola se zabývá účastníky edukace, jež tvoří edukátor a edukant, či edukanti. Ve zdravotnickém zařízení tuto dvojici tvoří převážně zdravotní sestra a pacient/i. Edukace může probíhat na jakékoli téma ohledně pacientova onemocnění, prevence nemoci, využití zdravotnických pomůcek. Edukace se stává jedním z faktorů, který napomáhá rychlejší rekonvalescenci a navrácení do běžného života.

2.2.1 Edukátor

Edukátorem je ten, kdo provádí edukaci, či reedukaci. Ve zdravotnictví může být edukátorem kdokoli, kdo tvoří zdravotnický tým v nemocnici (například lékař, zdravotní sestra, záchranář). Aby edukátor mohl správně vykonávat svoji funkci, měl by splňovat určité předpoklady. Být dostatečně trpělivý, empatický a svědomitý. Vědět, jakým způsobem komunikovat s edukantem, mít dostatek zkušeností s edukací. Znat edukační metody, umět se pro tu správnou rozhodnout a vhodně ji využít v kombinaci s edukačními

pomůckami. Edukátor by se měl během edukace snažit edukanta motivovat. Předat mu veškeré znalosti, tudíž mít dostatek zkušeností a vědomostí pro správný průběh edukace. Pro správný průběh edukace je důležité, aby také edukátor dokázal zhodnotit sám sebe. (Juřeníková, 2012).

Chystání edukátora na edukaci by mělo být dlouhodobé. Edukátor se musí důkladně seznámit s edukačním cílem a plánem edukanta. Po dlouhodobé přípravě následuje bezprostřední průprava na konkrétní edukaci. Příprava na edukační proces je individuální. Závisí na formě edukace, prostředí kde edukace proběhne. Juřeníková označuje písemnou formu přípravy za nejefektivnější.

Nedostatek spánku, nedostatek času a znalostí, nedostatečná průprava před začátkem edukace, to jsou rizika, ke kterým může během edukace dojít ze strany edukátora. (Juřeníková, 2012; Kuberová, 2010).

2.2.2 Edukant

Edukantem může být kdokoli bez rozdílu věku, pohlaví, národnosti. Edukant je ten, u koho dochází díky edukaci ke změně postojů a k přijímání nových informací. Motivace k edukaci se liší a každý se jinak učí. Osobnost edukanta je individuální. Ve zdravotnickém zařízení se v roli edukanta objevuje nejčastěji pacient, rodina, partner, či zdravá osoba. Příprava edukanta před začátkem edukace by měla spočívat v tom, že bude znát edukační cíl a důvod edukace, což je nutné k následnému souhlasu a spolupráci během edukace. Záleží samozřejmě také na aktuálním zdravotním stavu edukanta.

Dosažení stanoveného edukačního cíle může znesnadnit jazyková bariéra mezi edukantem a edukátorem. Další možné potíže způsobují slepota, hluchota, němota, psychická instabilita, či některé z psychiatrických onemocnění (Juřeníková, 2012; Kuberová, 2010).

2.3 Faktory ovlivňující edukaci

Faktory, které ovlivňují edukaci, můžeme dle Magurové a Majerníkové (2009) rozdělit na faktory, které průběh edukace zbrzdí a naopak faktory, které edukaci napomáhají.

Mezi faktory, které pozitivně působí na průběh edukace, řadíme příjemný prostor pro edukaci, pravidelná rekapitulace důležitých informací, motivace a chuť se učit. Dále

dostatek času, vhodně vytvořený edukační plán. V poslední řadě správné uspořádání průběhu edukace.

Faktory, které negativně ovlivňují průběh edukace, můžeme rozdělit do dvou skupin dle toho, zda vycházejí ze strany zdravotnického personálu, či ze strany pacienta.

Zdravotnický personál může edukaci negativně ovlivnit nezájmem o potřeby pacienta. Nesprávným chováním a komunikací s pacientem. Špatným průběhem edukace, nevhodně zvoleným prostředím k edukaci. Netýmová práce, či nedostatek času na samotnou edukaci působí také negativně.

Pacient negativně ovlivňuje průběh edukace špatným psychickým rozpoložením, depresemi, stresem, negativními projevy emocí. Negativně ovlivňuje edukaci také pacientova bolest, posměch, stáří pacienta. Jazykovou bariéru, nedůvěru ze strany pacienta, nedostatečnou motivaci pacienta řadíme k dalším negativním faktorům (Svěráková 2012; Magurová, Majerníková, 2009).

Během edukace edukátor využívá nejen znalosti medicínské, ale rovněž pedagogické, komunikační a psychologické. Edukace by neměla probíhat pouze ústní formou. Aktivita ze strany edukanta je neméně podstatnou součástí celého procesu. Edukační plán bychom měli prokonzultovat s edukantem, aby obsahoval vše, co jej zajímá a je důležité, aby znal. V poslední řadě je důležité zmínit, že spolupráce s pacientem může být snadná a příjemná, ale také obtížná a nemilá. Zdravotní sestra musí počítat s tím, že pacient svůj postoj k onemocnění a životnímu stylu i přes snahy edukátora zkrátka nezmění (Svěráková, 2012).

2.4 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s pacientem slouží ke sběru informací o pacientovi. Také k utváření vzájemného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Pro správný průběh komunikace s dětmi je třeba znát specifika komunikace v konkrétních životních etapách. Průběh komunikace s pacientem ovlivňuje jeho zdravotní stav. Dítě mnohdy se zdravotníkem nespolupracuje. Vždy musíme být trpěliví usměvaví, poukázat na to, co se dítěti daří. Snažit se k pacientovi více dostat s využitím pacientových hraček, obrázků, či jiných pomůcek. Komunikaci lze rozdělit následovně: verbální a neverbální. Verbální komunikaci využíváme při rozhovoru, či během vyjádření znakovými symboly. Během verbální komunikace dbáme dle (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 23) na: „jednoduchosti,

stručnosti, zřetelnosti, vhodném načasování, adaptabilitě“. Naopak za neverbální komunikaci můžeme označit komunikaci pouze tělem, beze slov. Neverbálními projevy jsou doteky, pohledy, intonace. Neverbální projev nám sdělí daleko více, než projev verbální. Navíc neverbálně se člověk domluví kdekoli a s kýmkoli. Komunikace dítěte v mladším školním věku se rozvíjí oproti předškolnímu věku. Dítě se začíná lépe vyjadřovat a komunikovat v delších větách. Stále vyhledává pomoc rodičů, když nějakému slovu nerozumí. Vhodné také je, aby rodiče dítě chválili a motivovali k rozvoji vědomostí a nových slov. Při sdělování informací zdravotník využívá stále dětský slovník a hovoří spíše ve třetí osobě. Komunikaci lze stále zpestřit kresbou, či vysvětlováním. Během vstupu do puberty je domluva s pacienty poněkud náročnější (Plevová, Slowik, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

2.5 Edukační pomůcky

Edukační pomůcky zvyšují efektivnost edukace. Edukant si díky nim dokáže vše daleko lépe představit. Dle Juřeníkové (2010, s. 45) je dáno, že: *„Přijímáme 80 % informací zrakově, 12 % informací sluchovým vnímáním, 5 % hmatem a 3 % díky ostatním cílům.“* Při volbě edukačních pomůcek musíme vždy myslet na stáří pacienta, psychiku a zdraví edukanta.

Juřeníková (2010) specifikuje rozdělení učebních pomůcek následovně:

a) Textové učební pomůcky

Pomůcky, které ve zdravotnictví využíváme nejčastěji. Typické pomůcky jsou edukační letáky, brožury, knihy. Doporučuje se edukaci touto edukační pomůckou zpestřit také jinými pomůckami. Mezi výhody patří, že edukace může probíhat, jak dlouho chceme a také jak rychle chceme. Textové učební pomůcky také poměrně snadno získáme nebo si je případně i sami vyrobíme. Na druhou stranu je nevýhodou časová náročnost výroby edukačního materiálu. Informace časem zastarávají a musejí se aktualizovat o nové. Následné sdělení vychází pouze z písemné podoby, což je další nevýhodou těchto pomůcek.

b) Vizualní učební pomůcky

Vizualní učební pomůcky jsou další velmi využívanou edukační pomůckou. Využívají se ve chvíli, kdy je možné a vhodné informaci předat nejen slovy, ale také zrakově. Jako

vizuální učební pomůcky nám slouží fotografie, obrázky, injekční stříkačky, pomůcky na aplikaci inzulínu, zdravotnické edukační modely. Výhodu těchto pomůcek přináší využití u více edukantů v jeden okamžik a také, že edukant pomůcky vidí na vlastní oči, čímž se snižuje strach z neznámého. Mezi nevýhody řadíme vyšší náklady než na textové učební pomůcky.

c) Auditivní učební pomůcky

Tuto skupiny tvoří zvukové nahrávky. V ošetrovatelství auditivní pomůcku využíváme například při poslechu srdeční akce u nenarozeného dítěte. Tato pomůcka může být prezentována prostřednictvím CD přehrávače. Možnost využití této pomůcky je téměř kdekoli, řadíme mezi výhody. Naopak postupné snižování koncentrace edukanta označujeme, jako nevýhodu.

d) Audiovizuální pomůcky

Využitím audiovizuálních pomůcek lze přijímat informace zrakem a zároveň i sluchem. Máme na mysli naučná videa, filmy. K prezentaci této pomůcky slouží DVD přehrávač, televize či počítač. Schopnost přijímat informace sluchem a zrakem označujeme jako výhodu, naopak finanční náklady na využití zmíněné metody přinášejí nevýhody s jejím využitím.

e) Počítačové edukační programy a internet

Do této skupiny řadíme všechny výukové programy. Postupně se tato metoda stává mnohem více používanou. Využití za pomoci počítače, notebooku, tabletu. Přínosem je časová nezávislost, programy jsou skvěle propracované. Práce s počítačovým materiálem a internetem se neobejde bez základních znalostí počítačů či jiné elektroniky, což přináší jednu z nevýhod pro aplikaci v praxi.

2.6 Edukační metody

Juřeníková (2010, s. 37) ve své knize definovala edukační metodu, jako: „*cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který avizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení.*“ Na základě stanoveného edukačního cíle, edukační formy, vědomostí a dovedností edukanta, edukátor zvolí nejvhodnější edukační metodu, kterou během edukace využije. Zdravotní kondice edukanta a prostor, kde edukace proběhne, ovlivňuje volbu vhodné metody.

a) Vysvětlování

Edukační metodu vysvětlování je vhodné využít u edukanta, který zatím nemá žádné předchozí znalosti a zkušenosti. Na základě vysvětlování, edukátor předává nové informace edukantovi. Vysvětluje příčiny, vzájemné vztahy a souvislosti mezi předanými vědomostmi. Juřeníková (2010) ve své knize doporučuje vysvětlování obohatit fotografiemi, brožurami.

b) Instruktaž a praktické cvičení

Instruktaž definujeme jako edukační metodu teoreticko-praktickou, která se provádí nejčastěji ústní formou. Edukátor využívá předchozích znalostí edukanta. Instruktaž probíhá nejprve pomalu, bývá doplněna o slovní projev. Edukátor by měl zdůraznit, jak se co správně provádí a také upozornit na chyby, kterým se vyhnout. Následuje ukázka v tempu, kterého chceme docílit. Poté činnost demonstrujeme opět pomalu. Po celou dobu instruktaže s edukantem komunikujeme. Předcházíme tím nedorozumění. Poté si edukant během praktického cvičení ozkouší, co se teoreticky naučil během instruktaže. Edukátor ho v průběhu praktického cvičení motivuje a dohlíží na správné provedení edukace.

Příprava na tuto edukační metodu je obtížná a vyžaduje zkušenost.

c) Rozhovor

Rozhovor mezi edukátorem a edukantem, či edukanty slouží k získání dalších údajů o pacientovi/pacientech. Kladením otázek se dozvídá více a více, proto je komunikační dovednost výhodou. Doporučuje se mít otázky k rozhovoru připravené předem (Juřeníková, 2012).

d) Diskuse

Tato metoda probíhá opět mezi edukátorem a edukanty, neboli diskutujícími. Ti získávají možnost představit svoje poznatky, ideje, myšlenky, vědomosti či domněnky. Diskuse dle Juřeníkové (2010, s. 43) slouží k „*procvičení a upevnění vědomostí edukanta.*“ Téma diskuse je vhodné stanovit dříve, kvůli dostatečné přípravě účinkujících. Přítomnost edukátora je nutná pro správný průběh diskuse a zamezení konfliktu. V závěru bývá výhodou diskuzi kompletně shrnout.

e) Konzultace

Nejčastěji využívaná metoda ve zdravotnictví. Edukant získává možnost konzultovat svůj zdravotní stav, svoje obavy s edukátorem. Vhodným příkladem je konzultace mezi pacientem a lékařem. Tuto edukační metodu lze obohatit o instruktáž, či vysvětlení a je možné ji provádět opakovaně (Juřeníková, 2012).

f) Brainstorming

Jedná se o skupinovou metodu. V ideálním případě by měla být skupina tvořena dvanácti členy. Edukátor zadá téma, určitý problém. Jedinci se snaží v zadaném čase shromáždit co nejvíce nápadů ohledně stanoveného úkolu (Juřeníková, 2012).

g) Brainwriting

Tato metoda spočívá v seskupení myšlenek písemnou formou. Skupinky by měly být tvořeny maximálně šesti členy. Výhodou, ve srovnání s brainstormingem, je seskupení myšlenek písemně. Dále dochází k upadání pocitu studu, oproti sdělení nápadů verbálně (Juřeníková, 2012).

h) Práce s textem

Juřeníková (2010) označuje práci s textem za nejčastěji uplatnitelnou metodu ve zdravotnickém zařízení. Využití formou letáků, komiksů, pracovních listů, edukačních plakátů. Při tvorbě edukačního materiálu musíme mít na paměti určitá pravidla. Stanovit si cíl, konkrétní skupinu edukantů, eliminovat vědecké pojmy, komplikovanost textu uzpůsobit věku. Text zpestřit fotografiemi. Nutno říci, že jakýkoli edukační materiál, jež chceme využít, bychom měli předem dobře prostudovat. Distribuovat materiál do správných rukou. V poslední řadě je vhodné metodu práci s textem kombinovat i s ostatními edukačními metodami. S tímto edukačním materiálem se velmi často setkáváme při návštěvě zdravotnických zaměřených pracovišť.

i) E-learning

Metodu označujeme za největší trend dnešní doby. E-learning poskytuje možnost předat informace kdekoli, kdykoli a komukoli. Výuka probíhá prostřednictvím digitálních zařízení například tabletu, smartphonu, notebooku. (Clark, 2016) E-learning, jako samotný neslouží k výuce, spíše dopomáhá rozvíjet znalosti edukanta. Během e-learningu

jedinec pracuje s technologií (počítačem) a internetem, či CD-ROMem. Dokonce kdekoli na světě. Armstrong (2007) rozděluje e-learning na samostatný, živý, kolektivní. Samostatný, kdy se edukant vzdělává sám, bez přítomnosti edukátora. Živý, edukátor se nachází spolu v kontaktu s edukantem v jedné místnosti. Kolektivní typ, výměna informací probíhá formou diskuzí. Přínosem této metody je možnost studia odkudkoli, doba studia není omezena. Mezi nevýhody řadíme obtížnou přípravu. Nutnost samostudia, tudíž vnitřní motivace, pro dokončení kurzu. Potřeba umět pracovat s internetem a technologiemi (Zormanová, 2014).

E-learningové kurzy se často využívají pro zaměstnance firem, zdravotnických zařízení, během studia. Doporučuje se obohatit edukační materiál o fotografie, videa, nahrávky (Juřeníková, 2012).

2.7 Edukační formy

Edukační formu by měl edukátor zvolit na základě zdravotního stavu, individuálních potřeb a znalostí edukanta. Dále volit edukační formu dle dopředu jasně vytyčených cílů edukace (Juřeníková, 2010).

2.7.1 Individuální forma edukace

Edukace probíhá pouze mezi edukátorem a edukantem. Jedná se o nejčastěji užívanou edukační formu. Tento typ edukace je tzv. „šitý na míru“ edukanta. Na základě edukantových potřeb, znalostí a dovedností může edukátor vést edukaci. Dle Svěrákové (2010) se během této formy edukace využívají edukační metody vysvětlování, instruktáže s praktickým cvičením, individuální rozhovor, konzultace.

Výhodou individuální formy edukace je, že můžeme k pacientovi přistupovat dle jeho potřeb. Tudíž dobu i průběh edukace ovlivňuje opět pouze jeden edukant. Díky edukaci pouze jednoho člověka aktivita může být vysoká po celou dobu edukace. Edukační plán se tvoří konkrétně pro jednu osobu. V poslední řadě edukátor získává daleko větší zpětnou reakci než při edukaci více edukantů. V rámci individuální formy edukace nelze proměnit získané vědomosti a zkušenosti s ostatními edukanty, což je největší nevýhodou. Časovou náročnost můžeme označit za další nevýhodu tohoto způsobu edukace (Farkašová, 2012; Svěráková, 2012).

2.7.2 Skupinová forma edukace

Tato forma edukace probíhá mezi edukátorem a edukanty. Princip tvoření skupin může být náhodné, či dle určitých kritérií. Existují také takzvané heterogenní a homogenní skupiny. Heterogenní skupinu tvoří edukanti, jež mají rozdílné znalosti, dovednosti. Naopak do homogenní skupiny řadíme edukanty, kteří mají podobné množství vědomostí, stejnou diagnózu. Na základě pohlaví, stáří, diagnózy a znalostí. Během této formy edukace je vhodné využít besedu, přednášku, diskuzi, brainwriting.

Výhodou skupinové edukace je možnost konzultovat získané dovednosti edukanta s ostatními. Vzájemně si předávat vlastní znalosti. Zadané skupinové úkoly rozdělovat dle potřeb a zájmu edukantů. Dále během této formy edukace získává edukant možnost rozvíjet mezilidské vztahy. Možnost být více samostatný, tudíž individuální přístup je opět řazen mezi výhody skupinové edukce. Nemožnost záruky zapojení všech členů během edukace, označujeme jako nevýhodu (Farkašová, 2012; Svěráková, 2012; Kuberová, 2010).

2.7.3 Hromadná forma edukace

Hromadná edukace je určena pro větší množství osob, než u přechozích dvou forem edukace. K této edukaci dochází například během přednášek. Využívá se nejčastěji u osob, kterým chceme předat stejné informace. Tudíž hlavní výhodou této formy je předání informací, dovedností velkému množství edukantů najednou. Nízká koncentrace a nemožnost individuálního přístupu řadíme mezi nevýhody. Dále se nedostává dostatečné zpětné vazby z průběhu edukace (Juřeníková, 2012; Svěráková, 2012).

2.8 Edukační metody využívané u dětí

Velkou roli v životě dítěte hrají hry. Mají pozitivní vliv nejen na vývoj, ale také na psychiku a vnímání dítěte během těžkých stresových situací. Dle Brown, Chitkara, Percelay et al. (2014) hry snižují stres dítěte a také mu napomáhají pochopit a připravit se psychicky na lékařský zákrok. Dítě přesně vidí, jakým způsobem se určitý výkon bude provádět. Další výhodou začleněním her do edukace je zlepšení komunikace mezi dítětem a sestrou. Terapii formou hry lze připravit přímo na míru. Děti v mladším školním věku rády vyhledávají hry, kde mohou zažít pocit úspěchu. Dále mají rády videohry.

Všechny pomůcky využívané během edukace musejí být tvořeny na míru dítěte, dle jazyka, kterým hovoří, znalostí, zkušeností. Edukace by měla probíhat nejen verbálně, ale

také s možností „hands on“. Děti by měly mít možnost si vše ozkoušet. Pochopení a lepší představivosti napomáhají pomůcky, jako jsou fotografie, omalovánky, stetoskop, stříkačky, vytvořené modely pro edukaci (panenky, loutky, medvídci). Na těchto modelech lze demonstrovat například umístění periferního žilního katetru. Děti také mají možnost prohlédnout si nemocniční prostředí. V Americe existuje tzv. Child life service, to jsou osoby, které se zabývají pouze edukací dětí. Členové Child life service organizují přednášky pro zdravotnický, nezdravotnický personál, lékaře a předávají jim informace o nefarmakologických technikách, přípravě pacienta a rodičů. Podle autorů Brown, Chitkara, Percelay et al. (2014) existují již nyní důkazy, že jejich služby zkracují pobyt dítěte v nemocnici, množství podaných analgetik a sedativ. Brown, Chitkara, Percelay et al. (2014) uvádí, že děti, které byly předem dostatečně připraveny na operaci, měly daleko méně negativních projevů, než děti, které předem připraveny nebyly.

2.9 Role sestry edukátorky

Sestra v roli edukátorky by se měla postarat o to, aby jedinec, či skupina jedinců nabyla vědomostí, odpovědného chování a změny postojů. Dále, aby si každý jedinec byl schopen zachovat zdraví, či zdraví opět získat (Farkašová, 2006).

U sestry edukátorky je velmi důležité, aby měla dostatek medicínských a také ošetrovatelských znalostí. Přeci jen v dnešní době, kdy si každý může získat plno informací, mnohdy také nepravdivých informací z internetu, tak znalosti sestry jsou velmi důležité. V další řadě je nutné, aby sestra byla empatická, dostatečně trpělivá a ochotná. Velmi důležité je, aby si sestra vždy uvědomila, že každý pacient je individuální. Každý má jiné znalosti a to opět velmi ovlivňuje průběh edukace. Také by zdravotní sestra měla k pacientovi přistupovat holistickým přístupem (Svěráková, 2012).

2.9.1 Vývojová období dítěte

Období dítěte se vyznačuje mnoha významnými změnami a pokroky. V dětském věku dítě poznává svět. Začíná mluvit, chodit, myslet, učit se, navazovat sociální kontakt. Tato kapitola charakterizuje jednotlivých pět fází období dítěte. Největší část je věnována období mladšího školního věku.

2.9.2 Novorozenecké období

Za období novorozence označujeme dobu ode dne narození do 28. dne. Novorozenec má již od narození nepodmíněné reflexy a relativně rozvinuté všechny smysly. Zrak dítěte

je plně rozvinut až okolo jednoho roku života. Dítě již od narození rozeznává hlas matky od ostatních. Hlas otce rozeznává až později. Spánek u narozených dětí převládá nad bděním. Novorozenci prospí až 20 hodin denně. Dítě projev bolesti, hladu může dát najevo pouze křikem. Bylo prokázáno, že existuje rozdíl mezi křikem po porodu, křikem z hladu a křikem z bolesti. Rozdíl křiku začíná matka pár dní po porodu rozeznávat. Dítě je schopné, již od narození, napodobovat snadný mimický projevy např. přivření očí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.9.3 Kojenecké období

Jedná o období od 2. do 12. měsíce. Do třetího měsíce se kojeneček dorozumívá především pláčem. Díky pláči si zajistí péči, ochranu a pozornost od matky. Ve třetím měsíci se začíná kojeneček projevovat také prvními hláskami a hlasitým zasmáním. Pro dítě je v tomto období velmi důležité, mít okolo sebe svoji matku a otce. Začíná navíc přibírat do okruhu lidí i další osoby, v případě separace od matky, přijímá cizího člověka, jako náhradní maminku. Děti mají rády příjemnou atmosféru, smích, dobrou náladu a pohodu. Kojeneček rád poznává nové předměty, především drobné předměty. V kojeneckém období si dítě zatím neuvědomuje, kdo je známý a kdo cizí, nebojí se. Dítě se rádo zapojuje do sociálních her. Okolo šestého měsíce děťátko začíná žvatlat, a tak začíná ustupovat od velmi častého projevu pláčem. Kojeneček začíná být ostražitější vůči cizím lidem. Období devátého měsíce je charakterizováno prvním slovem, kojeneček již začíná rozumět jednoduchým příkazům. Samozřejmě je vývoj vždy individuální. V období dvanáctého měsíce si již dítě vytvořilo citovou vazbu k matce, otci a sourozencům. Umí vyslovit pár slov a rozumí krátkým jednoduchým větám. Začínají ho zajímat drobné předměty, jako tabletky, drobky, či maminčin řetízek (Špaňhelová, 2008; Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.9.4 Batolecí období

Pojednává o období od jednoho roku do tří let. Můžeme ho rozdělit na mladší školní věk (do druhého roku života) a starší školní věk (mezi druhým až třetím rokem). Batole se začíná pomalu pohybovat a používat hračky, drobné pomůcky. Uvědomuje si, co se děje, ale zatím si to ještě jeho paměť neukládá. Přestává být vázáno na matku a začíná přijímat cizí lidi. Rozumí tomu, co je mu řečeno. Slovní zásoba se během těchto dvou let velmi rychle rozvíjí. Často o sobě mluví ve třetí osobě. Ke změně dochází až na počátku třetího roku života. Batolata začínají dávat najevo své názory a začínají se projevovat rysy dítěte. Často se u dětí v tomto věku objevuje žárlivost v případě narození sourozence. Ta

za čas, při správné výchově dítěte, vymizí. Na konci batolecího děti již samy dokáží chodit vzpřímeně. S tím přichází riziko úrazu v důsledku pádů. Batolata si již začínají čmárat (Kučera, 2013; Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.9.5 Předškolní období

Období od tří do šesti let. Během předškolního období je pro dítě stále důležité být obklopeno rodinou. Jedná se o období, kdy se již dítě stává v mnoha činnostech samostatné. Samo se oblékne, zaváže tkaničky, samo se již vykoupe. Rádo hopsá, běhá, skáče, hází míč. Ve třech letech je schopné se samo představit celým jménem, rádo poslouchá krátké povídky, říká říkanky, zazpívá písničku (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Vnímání času u dětí v předškolním věku se vyznačuje žitím především v přítomnosti. Minulost a budoucnost si nedokáže zatím úplně představit. Děti v tomto věku si nedokáží během dlouhodobé hospitalizace přestavit, jak dlouho pobyt v nemocnici potrvá (Bednářová, Šmardová, 2015).

Dle Langmajera a Krejčířové (2006) lze předškolní období také označit obdobím hry. Hra je v tomto období nejdůležitější činností dítěte. V předškolním období si děti nejraději staví z kostek, staví vláčky, hraje na prodavače, maminku, tatínka, či princezny. Hry jsou také využívány během hospitalizace nemocných dětí, měly by napomoci k lepší spolupráci dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.9.6 Mladší školní věk

Jedná se o období mezi šestým až sedmým rokem života, kdy dítě započne školní docházku a končí dvanáctým rokem, když dítě začíná pohlavně dospívat. Hovoříme o období postupného vývoje dítěte. Největší změnou v životě dítěte bývá nástup do školy. Nyní již jedinec musí pravidelně docházet do školy a vykonávat povinnosti pramenící ze studia. Za činnost ve škole je hodnocen, což ho motivuje k dalším lepším výsledkům. V této životní etapě bývá velmi důležité, aby rodiče a obecně všechny autority okolo dítěte, dítě motivovali, ať už k lepším výsledkům ve škole, či k utváření nových mezilidských vztahů. Dalším významným úkolem je umět dítě dostatečně a často pochválit za vše, co udělá správně. Naopak ne úplně kladně se píše o očekávání. Rodiče od dítěte očekávají dobré známky, zlepšení na hodnocení v závěru roku, to není prospěšné pro psychiku dítěte. Dítě v mladším školním věku se snaží porozumět životu okolo sebe. Stává se velmi aktivní v poznávání všeho, co se děje. Informace získává od autorit okolo

sebe. Radost z poznávání rádo projevuje v jeho vyjadřování, malbách. Děti se zajímají o knihy, zvířata, čtou encyklopedie, historické povídky. Toto životní období se dále vyznačuje zlepšením hrubé a jemné motoriky. Děti se značně rychleji a lépe pohybují, dochází k nárůstu svalové síly. U dětí se začíná projevovat zájem o sportovní aktivity a kolektivní sporty. Dále se rozvíjí oblast všech smyslů. Děti jsou velmi zvědavé a vše rády prozkoumají, a to do detailu. Děti již nevnímají věci jako celek. Dítě v mladším školním věku už nežije jen konkrétním okamžikem. Začíná si uvědomovat, co se již stalo a co ho teprve čeká. Další oblastí, která se v tomto období vyvíjí, je řeč. Dochází k rozvoji slovní zásoby, začínají využívat složitější souvětí. V tomto věku také rády čtou knihy, čímž opět obohacují slovní zásobu. Vyvíjí se paměť, a to krátkodobá i dlouhodobá. Pro mladší školní věk je stále typická chuť zapojit se do her, nyní se jedná již o hry složitější. Děti jsou velmi soutěživé. To, co vidí v televizi, rády vnímají jako realitu. Rády vyhrávají, ale měly by se naučit také přijímat prohru. Dále se rády zapojují do sbírek čehokoli, ať už to jsou samolepky, známky, pohlednice. Opět to napomáhá k utváření lepších vztahů s kamarády, či spolužáky. Děti jsou schopny koncentrovat se po dobu 20 až 30 minut. (Farková, 2017; Langmeier, Krejčířová, 2006). Pro toto období je dále charakteristické, že dítě už zvládá ovládat své emoce. Přestává být tolik závislé na své rodině a přijímá také cizí autority. Proto se na tvorbě osobnosti již nepodílejí pouze rodiče, ale také učitelé a kamarádi. Sociální vazba se nejprve utváří mezi spolužáky, kteří spolu sedí v lavici, či vedle koho bydlí. Okolo deseti let věku se sociální vazba utváří i mezi ostatními dětmi, nejen se sousedem v lavici, či v ulici (Langmeier, Krejčířová, 2006; Špaňhelová, 2008).

2.9.7 Období dospívání

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) se jedná o období od prvního pohlavního zrání až po dovršení plné pohlavní zralosti. Z pohledu emočního hovoříme o velmi náročném období. Časté změny nálad jsou typické. Chování v období dospívání nelze nikdy úplně odhadnout. Jedinci v tomto období jsou často unavení. Toto období se střídá s kratším aktivnějším obdobím. Jedinci v tomto věku se začínají plně poznávat s osobami stejného a opačného pohlaví. Také začínají rodinné vztahy nahrazovat vztahy k osobám stejného, či opačného pohlaví. Nejprve si utvářejí vztahy k osobám stejného pohlaví a postupem věku začínají utvářet vztah také k osobám opačného pohlaví. Všechno chce čas a také je opět vše individuální. Pro toto období je charakteristická volba budoucího povolání. Dospívající volí střední, či vysoké školy (Farková, 2017).

2.10 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukační proces v ošetrovatelství učí lidi např. hygienickým návykům, předcházet rizikům, porozumět zdraví a nemoci, aj. Kuberová (2010, s. 25) ve své knize dále uvádí, že: „*Edukační proces probíhá v logické návaznosti pěti etap, jako záměrný, cílevědomí, řízený a plánovaný proces.*“

2.10.1 Fáze edukačního procesu u dětí a dospívajících

Literatura uvádí fáze edukačního procesu odlišně. Následující část uvádí fáze edukačního procesu dle Sikorové (2012) a poté rozdělení pěti fází edukace dle Kuberové (2010).

a) Fáze počátečního posouzení a diagnostiky

Během této první fáze se edukátor pokouší zjistit, co nejvíce informací o edukantovi, či jeho rodině. Získává informace o znalostech, schopnostech, názorech. Na základě zjištěných informací poté určuje edukační potřebu a také edukační diagnózu (Sikorová, 2012).

b) Fáze projektování

Ve druhé fázi si edukátor rozplánuje cíle, určí edukační metodu, edukační formu a náplň edukace. Sikorová ve své knize uvádí, že je vhodné tuto fázi realizovat písemně. V počátku tvorby edukačního plánu si edukátor musí určit vlastní edukační cíl. Známe tři druhy edukačních cílů, a to cíl afektivní, cíl kognitivní a cíl psychomotorický. Edukační metoda neboli způsob, kterým chceme naplnit stanovený edukační cíl. Během edukace se edukátor snaží co nejlépe zvolit edukační metodu, díky které se do edukačního procesu aktivně zapojí také edukant, či v důsledku věku edukantovi rodiče. Sikorová ve svém knize uvádí např. demonstraci, či hraní rolí. Při určování edukační metody musíme vždy myslet na stav, znalosti edukanta aj. Forma edukace by měla být naplánována dostatečně včas, aby si edukátor promyslel a zajistil prostory pro edukaci.

Důležité je zvolit správné edukační prostředky a způsob ověření získaných vědomostí (Sikorová, 2012).

c) Fáze realizace

Nejprve je důležité edukanta namotivovat. Poté edukátor přechází k samotné edukaci edukanta, či rodičů edukanta. Následuje upevnění nabytých znalostí, a to opakováním, či ozkoušením. Edukátor během této fáze sleduje zájem, ověřuje porozumění a následně edukant získané znalosti provádí v praxi (Sikorová, 2012).

d) Fáze upevnění a prohlubování

Tato fáze je velmi důležitá pro zapamatování si znalostí na dlouhou dobu (Sikorová, 2012).

e) Fáze zpětné vazby

Samotné hodnocení edukačního procesu (Sikorová, 2012).

Kuberová (2010) naopak popisuje pět fází edukačního procesu následovně:

a) První fáze edukace v ošetrovatelství - posuzování

V této fázi edukačního procesu edukátor zjišťuje základní informace o edukantovi (pacientovi). Kuberová uvádí, že údaje o pacientovi získáváme: „*metodou rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a rovněž z dokumentace.*“ (Kuberová, 2010, s. 25). Edukátor (sestra) na základě rozhovoru, postojů a neverbálního projevu sleduje pacientovu motivaci k učení. Ideální stav je, když se pacient sám chce učit.

b) Druhá fáze edukace v ošetrovatelství – diagnostika

Po dokončení první fáze edukačního procesu následuje fáze diagnostiky. V této fázi edukátor stanovuje edukační diagnózu. Edukační diagnóza se skládá z problému, který pacienta omezuje.

c) Třetí fáze edukace v ošetrovatelství – plánování

Třetí fáze edukačního procesu se zabývá především tvorbou edukačního plánu. Edukátor stanoví jasné edukační cíle, kterých chce díky edukaci dosáhnout. Edukační cíl sestavuje edukátor spolu s edukantem a stanovuje se formou doporučení. Určení cíle bez přítomnosti edukanta může způsobit nedostatečnou motivaci edukanta. Edukační plán zahrnuje veškeré aktivity, které se budou během edukace vykonávat a také jak dlouho se

budou vykonávat. Plán se tvoří na míru potřeb a diagnóz pacienta a dle pacientova psychického a fyzického stavu. Dále se ve třetí fázi edukačního procesu stanoví edukační metody. Určují se na základě potřeby edukanta a edukátora.

d) Čtvrtá fáze edukace v ošetrovatelství - realizace

Jedná se o fázi realizace edukačního plánu. Edukátor využívá předem vybrané edukační pomůcky a zvolenou edukační metodou realizuje edukaci. Doporučuje se vyhnout odborným termínům. Tempo a dobu edukace stanovit individuálně, na základě potřeb edukanta. Sestra by měla během edukace pacienta dostatečně motivovat a povzbuzovat. Přednáška se nedoporučuje jako vhodná edukační metoda v ošetrovatelství.

e) Pátá fáze edukace v ošetrovatelství – vyhodnocení

Pátá fáze se věnuje hodnocení edukanta. Pozitivně můžeme pacienta pochválit formou odměny, či chvály, což následně pozitivně ovlivní edukanta během následujícího edukačního setkání. K hodnocení pacienta v negativním smyslu slouží napomenutí, či trest (bolest následkem nedodržení léčby). Vyhodnocení edukace bývá na základě předem stanovených pravidel. Nejprve je třeba pacienta chválit a až poté vytknout nedostatky. Nesprávná formulace hodnocení může ovlivnit pacientovo sebevědomí.

V poslední řadě hodnotí edukátor také sám sebe. Může být obohaceno o zpětnou vazbu ze strany edukátora nebo jeho blízkých. Nesplněním edukačních cílů je třeba edukaci zopakovat.

Edukační proces je nutné zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace (Juřeníková, 2012).

2.10.2 Specifika edukačního procesu u dětských pacientů v mladším školním věku

Edukace pacientů v mladším školním věku se doporučuje provádět společně s rodiči. Děti cítí z rodičů oporu, pocit jistoty, ochrany. Pouto mezi rodičem a dítětem je v tomto období stále velmi silné. Psychická příprava pacienta před edukací je závislá především na předchozí přípravě rodiči. Nutno říci, že je velmi důležité, aby rodiče měli dostatek znalostí. Rodiče mohou svému dítěti dát najevo, že zdravotní sestře a dalším pracovníkům důvěřují. Průběhu edukace také velmi napomůže, když rodič svému dítěti zdravotníka mile představí. Dítě poté lépe přijímá cizí osobu.

Pro malé děti, je dle Sedlářové (2008), lepší vědět méně, nežli více. Zdravotnický pracovník by měl před edukací určit, zda velké množství předaných informací napomůže snížit možné obavy pacienta, či naopak pacienta daleko více vyděsí. Důležité také je, aby edukátor během edukace přihlížel k věku pacienta, předchozímu pobytu v nemocnici.

Dětští pacienti mají moc rádi, když edukaci tvoří nejen slovní edukace, ale také hra. Ke hře můžeme použít loutky, plyšáky, hračky. Sedlářová (2008) ve své knize hru u malých pacientů považuje za nejvhodnější způsob edukace. Děti neslyší pouze slovy. Vše, co se bude dít, chtějí nejen slyšet, ale také si vše hrou ozkoušet.

Při volbě edukace formou hry, musí edukátor dítěti pečlivě vysvětlit průběh hry. Doporučuje se hru rozdělit na více částí, aby se edukant dokázal lépe soustředit. Výhodou také je ponechat pacienta vše zopakovat, abychom se ujistili, že všemu rozumí. Edukátor během hry může využívat hračky dítěte, speciální pomůcky, odborné zdravotnické prostředky, knihy, omalovánky, či komiksy.

Existuje také nepřímá příprava dítěte, kdy edukátor sděluje všechny informace rodičům pacienta. Dítě může poslouchat, ale také si během edukace jít pohrát. Rodiče až později vysvětlují dítěti to, v čem nemá dítě jasno (Sedlářová, 2008).

2.10.3 Edukační plán

Měl by být vytvořen písemnou formou a poté vložen do dokumentace edukanta. Edukační plán popisuje, jakým způsobem bude celá edukace probíhat. Do edukačního plánu je třeba, aby edukátor zaznamenal několik informací. Kdo bude zodpovědný za edukaci a určit osobu, která edukaci vykoná. Uvést obsah edukace. Stanovit krátkodobý edukační cíl, dlouhodobý edukační cíl všech edukačních setkání. Množství edukačních sezení, edukační potřeby, které využije během edukace. V poslední řadě určit způsob evaluace edukanta (Juřeníková, 2012).

2.10.4 Přehled dříve realizovaných studií

ZÁMEČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2019-03-06]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Trešlová, PhD. Dostupné z: https://theses.cz/id/qmxui5/Oetovatelsk_dokumentace_v_praxi.pdf.

RYBENSKÁ, Jana. *Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici* [online]. Plzeň, 2014 [cit. 2019-03-06]. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Petra Bejvančická. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/13790/1/Rybenska%20dp.pdf>.

PILLMAIEROVÁ, Monika. *Problematika záznamů edukačních plánů v praxi* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2019-03-06]. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zlata Kožíšková. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/8983/1/DP%20Pillmaierova_M%20PDF.pdf.

SLOUKOVÁ, Michaela. *Role sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii* [online]. Praha, 2016 [cit. 2019-03-06]. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Di Cara, Veronika. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/165364/>.

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

V empirické části bakalářské práce jsou nejprve přehledně uvedeny cíle a hypotézy. Dále je popsána metodika práce, materiál, organizace vlastního šetření. V neposlední řadě budou prezentovány výsledky anonymního dotazníkového šetření na základě odpovědí sester z FN Motol a FN Plzeň – Lochotín.

Stanovené cíle pro empirickou část:

- sestavit dotazník o 29 položkách, větší část položek byla vytvořena na základě dosavadních znalostí za pomoci literatury, menší část položek byla inspirována dotazníky z jiných magisterských, či disertačních prací;
- provést pilotní šetření, z důvodu ověření správnosti a srozumitelnosti dotazníku;
- dotazníky v papírové formě předat vrchním nebo staničním sestřám konkrétních oddělení ve FN Motol a FN Plzeň – Lochotín;
- získané odpovědi zpracovat a statisticky vyhodnotit;
- informace získané z navrácených dotazníků využít při zhodnocení stanovených hypotéz, zhodnotit získané odpovědi s výsledky dříve realizovaných studií na obdobné téma;
- stanovit závěr bakalářské práce;

Stanovené pracovní hypotézy:

Hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.

Hypotéza č. 2: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.

Hypotéza č. 3: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi délkou praxe a využitím metody biblioterapie.

Hypotéza č. 4: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.

Hypotéza č. 5: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie.

Stanovené **statistické hypotézy**:

- 1H₀: Neexistuje závislost mezi vyšší délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.
- 1H_A: Existuje závislost mezi vyšší délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.
- 2H₀: Neexistuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.
- 2H_A: Existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.
- 3H₀: Neexistuje závislost mezi délkou praxe a užitím metody biblioterapie.
- 3H_A: Existuje závislost mezi délkou praxe a užitím metody biblioterapie.
- 4H₀: Neexistuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.
- 4H_A: Existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.
- 5H₀: Neexistuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie
- 5H_A: Existuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie

3.1 Metodika

Cílem anonymního šetření je objasnit, jakým specifickým způsobem sestry na lůžkovém oddělení edukují dětské pacienty v mladším školním věku. Pro bakalářskou práci byl zhotoven anonymní, nestandardizovaný dotazník. Viz příloha č. 1. Sestaven z 29 položek určených pro všeobecné a praktické sestry pracující ve FN Motol a FN Plzeň – Lochotín. První čtyři položky dotazníku specifikují respondenty. Další část dotazníku se zabývá edukací: edukačními prostředky, edukačními pomůckami. Třetí část dotazníku tvoří položky specifitější, ohledně edukace v mladším školním věku. 22 položek dotazníku umožňuje odpovědět pouze jednou z možností. Z toho tři položky poskytují možnost odpovědět také slovy a dvě položky požadují nejen označit odpověď,

ale uvést i časový úsek. U šesti položek lze označit více, než jednu možnost, z toho u dvou položek lze odpovědět také slovy. Úplně otevřenou odpověď umožňuje pouze jedna položka. Po sestavení dotazníku následovalo pilotní šetření. Pět dotazníků bylo rozdáno sestřím, které mi ihned daly zpětnou vazbu. U položky číslo osm bylo zapotřebí umožnit volbu více, než jedné možnosti.

Distribučováno bylo celkem 150 dotazníků ve FN Motol a FN Plzeň – Lochotín. Z toho 37 dotazníků nebylo možno využít. Validních dotazníků se vrátilo 113. Tudíž návratnost validních dotazníků byla 75,33 %. Součástí průzkumu byl edukační následek. Viz příloha č. 2. Proběhl u pěti pacientů v mladším školním věku. Dva pacienti pocházeli z FN Motol, další tři z FN Plzeň – Lochotín.

Zpracované odpovědi z dotazníků jsou zaznamenány ve sloupcovém grafickém znázornění.

3.2 Materiál

Průzkum ve FN Motol probíhal od 2. 11. 2018 do 7. 12. 2018. Ve FN Plzeň – Lochotín se průzkum prováděl od 23. 11. 2018 do 14. 1. 2019. Respondenty pro nestandardizovaný dotazník se staly sestry ze dvou fakultních nemocnic. Celkem se do průzkumu zapojilo 113 respondentů. Odpovědělo 94 žen (83,19) a 19 mužů (16,81).

Ve Fakultní nemocnici v Motole se do průzkumu zapojily sestry z následujících oddělení: Dětské kardiocentrum 2. LF UK a FN Motol, Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, Klinika dětské a dospělé traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Stomatologická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol. Ostatní oddělení ve FN Motol se na průzkumu nepodílely. Z výše zmíněných klinik se zapojilo 68 sester z FN Motol, z toho 58 žen (85,29 %) a 10 mužů (14,71 %).

Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín umožnila průzkum pouze na čtyřech pracovištích: Chirurgická klinika, Neurologická klinika, Klinika ortopedie a traumatologie a na Dětské klinice. Z FN Plzeň – Lochotín odpovídalo 45 sester z toho 36 žen (80,00 %) a 9 mužů (20,00 %).

3.3 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

Před začátkem distribuce anonymních nestandardizovaných dotazníků bylo nutno požádat o schválení žádosti náměstkyni pro ošetrovatelskou péči ve FN Motol i ve FN Plzeň – Lochotín. Žádosti spolu s dotazníkem jsou součástí přílohy, viz příloha č. 3 a příloha č. 4. Dále bylo provedeno pilotní šetření. Poté byly dotazníky distribuovány v papírové formě vrchním nebo staničním sestřám zmíněných oddělení. Předáno bylo takové množství dotazníků, kolik je sester, tuto informaci jsem si ověřila od vrchních nebo staničních sester. Ony následně předaly dotazníky do rukou praktických a všeobecných sester lůžkových oddělení. Anonymita byla zachována. Sestry vkládaly vyplněné dotazníky do papírové obálky.

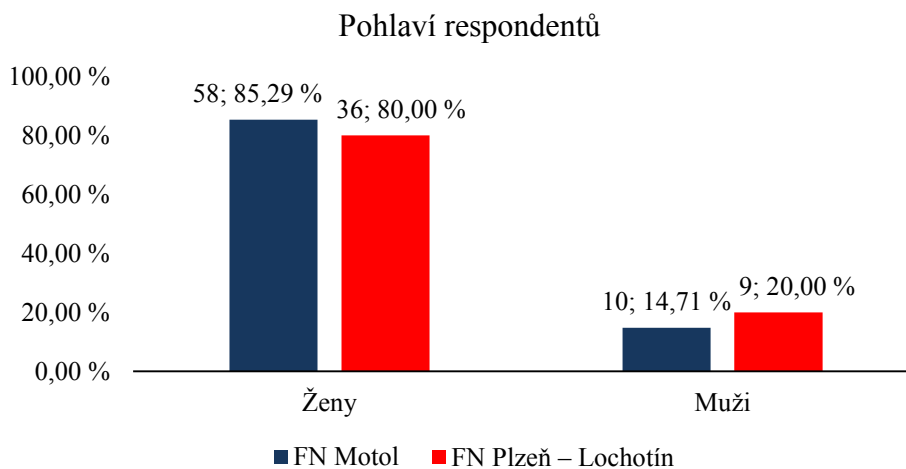
Odpovědi byly zaznamenány do datového listu, vytvořeném v programu Microsoft Excel. Metody využívané ke zpracování dat byly zvoleny na základě předem stanovených hypotéz a dále zpracovány v programu IBM SPSS Statistics 25.

3.4 Výsledky vlastní práce

Tato kapitola empirické části bakalářské práce se zabývá výsledky anonymního, nestandardizovaného dotazníku a kvalitativním šetřením edukace u pěti sester na uvedených pracovištích fakultních nemocnic. Výsledky budou zaznamenávány graficky, podle jednotlivých typů fakultních nemocnic.

3.4.1 Výsledky dotazníkového šetření

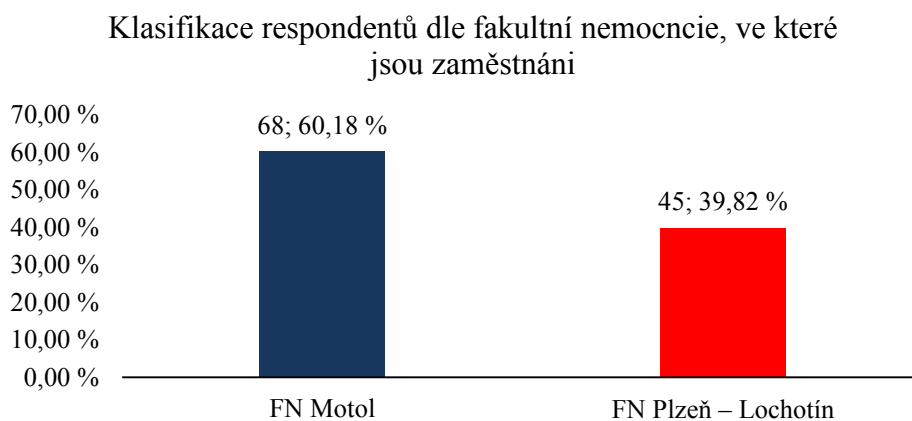
Položka č. 1 Uveďte Vaše pohlaví.



Obrázek 1 Pohlaví respondentů (zdroj: Autor)

Do průzkumu se zapojilo celkem 113 respondentů (100 %). V obou fakultních nemocnicích větší část tvořily ženy. Celkem 58 respondentek (85,29 %) ve FN Motol a 36 respondentek (80,00 %) ve FN Plzeň – Lochotín. Menší část tvořili muži, konkrétně 10 respondentů (14,71 %) ve FN Motol a 9 respondentů (20,00 %) ve FN Plzeň – Lochotín.

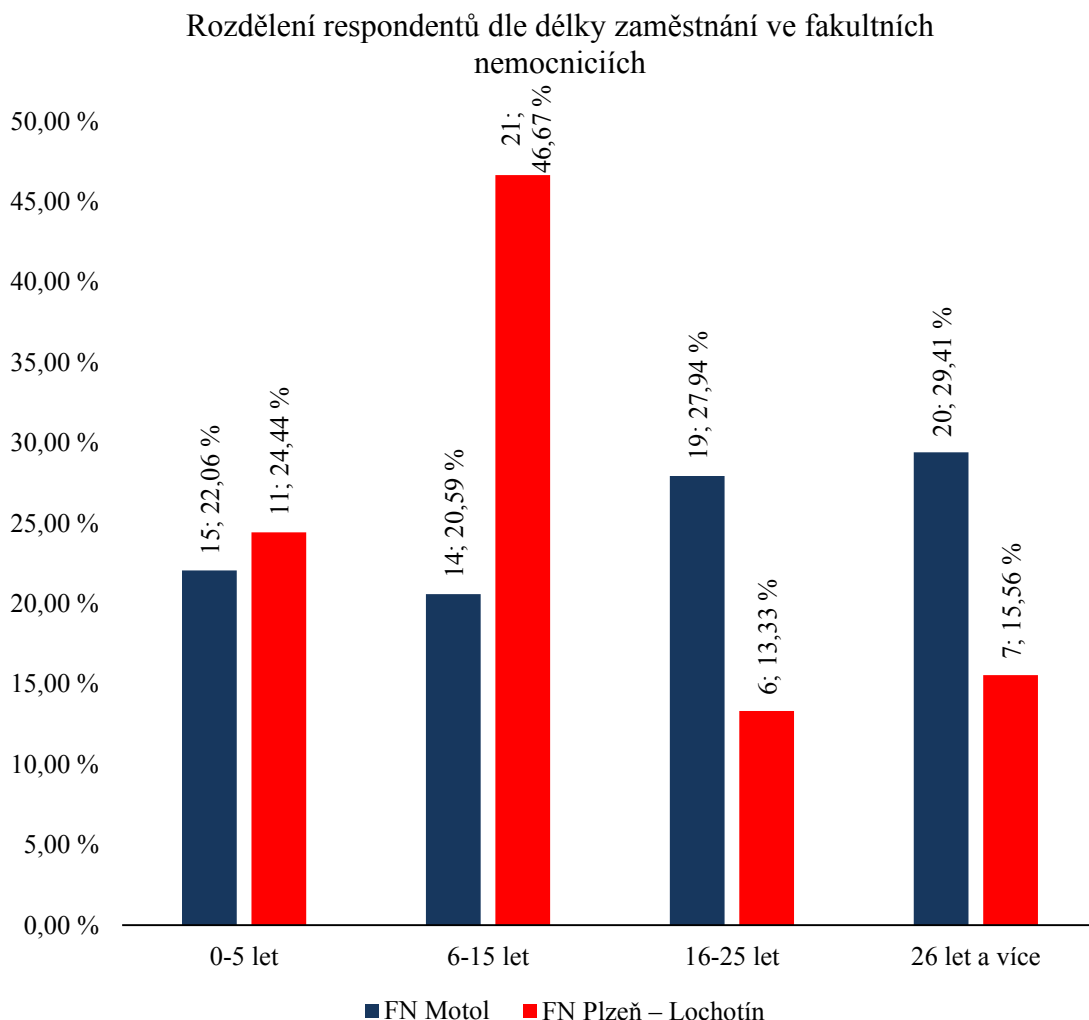
Položka č. 2: Ve které fakultní nemocnici jste zaměstnaný/á?



Obrázek 2 Klasifikace dle místa zaměstnání (zdroj: Autor)

Na druhou položku odpovídalo 113 respondentů. Větší podíl respondentů tvořili zaměstnanci z FN Motol v počtu 68 respondentů (60,18 %). Ve FN Plzeň – Lochotín se na průzkumu podílelo méně zaměstnanců, konkrétně 45 respondentů (39,82 %).

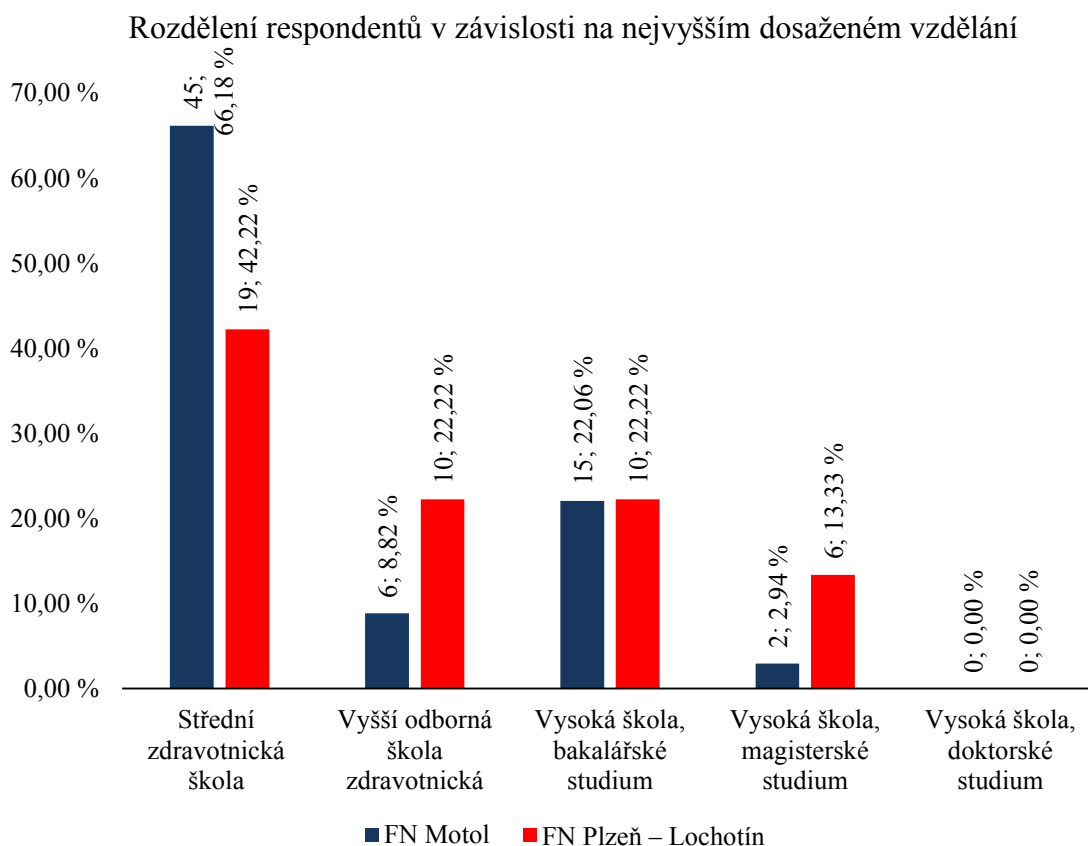
Položka č. 3: Jak dlouhou dobu jste zaměstnán/a ve zdravotnictví?



Obrázek 3. Klasifikace dle délky zaměstnání (zdroj: Autor)

Třetí položka demonstruje délku zaměstnání 113 respondentů. Ve FN Motol se zapojilo nejvíce respondentů starších 26 let. Konkrétně 20 respondentů (29,41 %). Nejméně respondentů bylo 14 (20,59 %) v kategorii délky zaměstnání 6 – 15 let. Ve FN Plzeň – Lochotín odpovídalo nejvíce respondentů, že pracují 6 – 15 let a to 21 respondentů (46,67%). Naopak nejméně respondentů pocházelo z kategorie 16 – 25 let a to pouze 6 respondentů (13,33%).

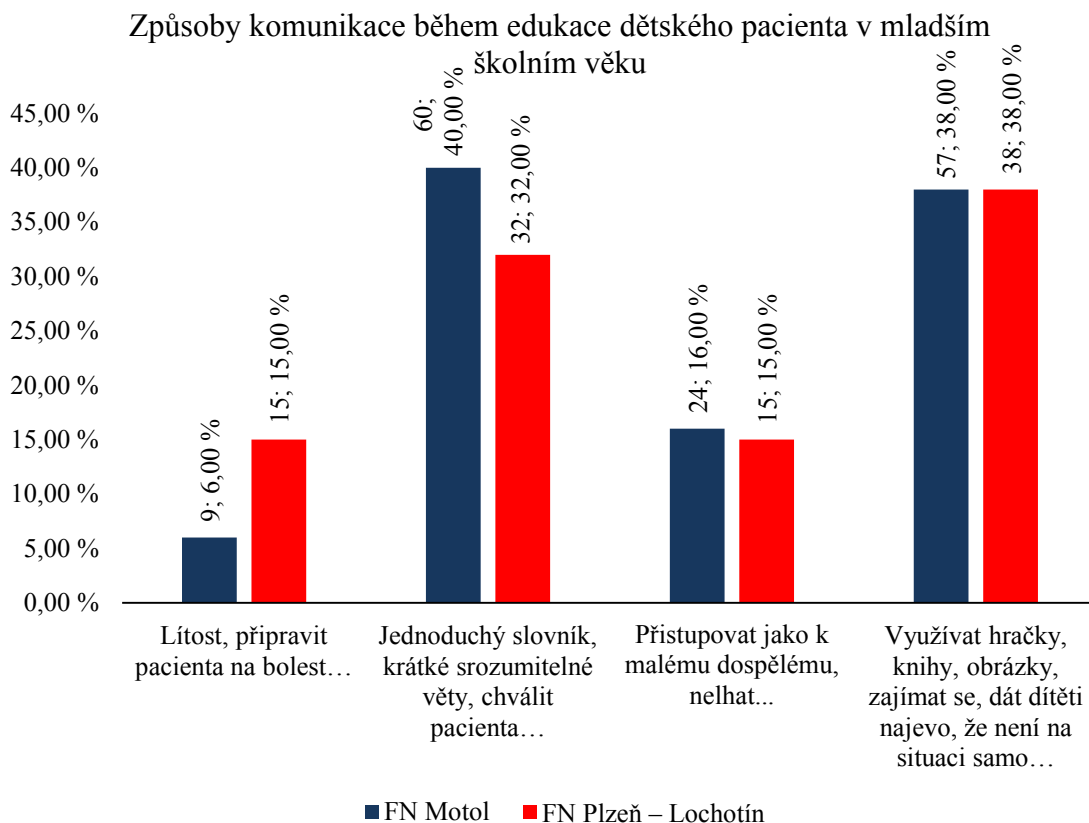
Položka č. 4: Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.



Obrázek 4 Dosažené vzdělání (zdroj: Autor)

Položka číslo čtyři pojednává o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů v obou fakultních nemocnicích. Ve fakultních nemocnicích odpovídalo nejvíce respondentů se středoškolským vzděláním. Ve FN Motol to bylo celkem 45 respondentů (66,18%). Z FN Plzeň – Lochotín odpovědělo 19 respondentů (42,22 %). Nejméně respondentů, v případě, že vynecháme možnost vysokoškolského doktorského studia, zvolilo navazující magisterské studium, a to ve FN Motol 2 respondenti (2,94 %) a ve FN Plzeň – Lochotín 6 respondentů (13,33 %). Možnost vysokoškolského doktorského studia jsem vynechala z důvodu, že žádný respondent tuto odpověď nezvolil.

Položka č. 5: Co je podle Vašeho názoru nejdůležitější dodržovat během komunikace s dětským pacientem v mladším školním věku (6 – 11let)? Můžete zvolit více odpovědí.

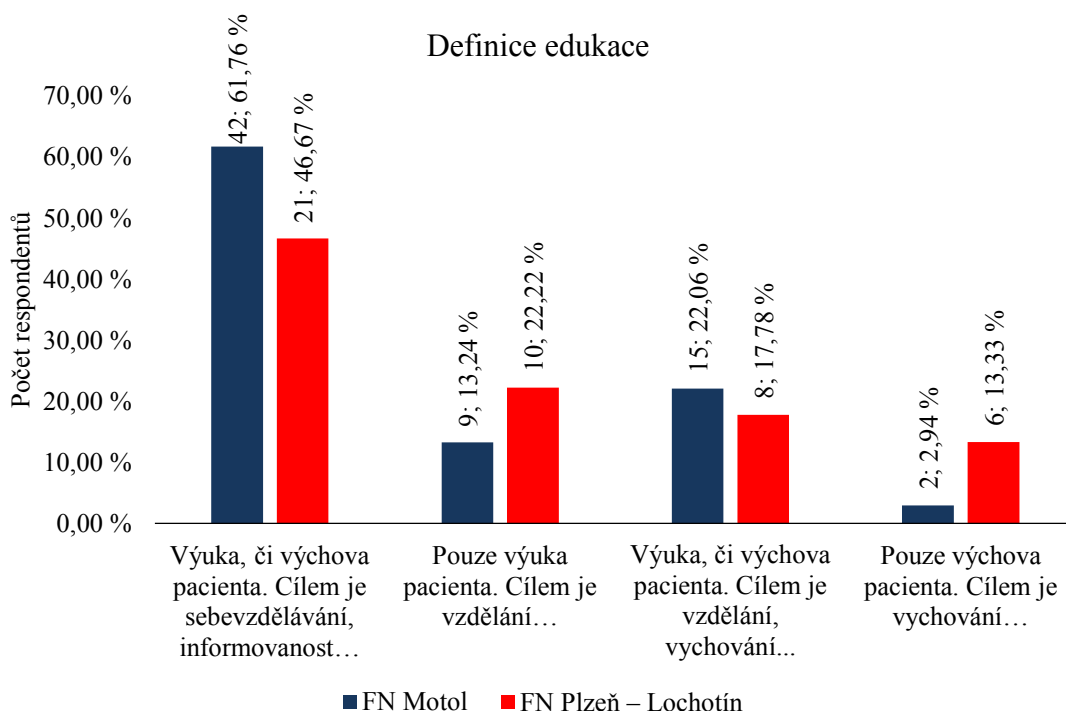


Obrázek 5 Způsoby komunikace (zdroj: Autor)

Respondenti měli možnost odpovídat více odpověďmi. Správné odpovědi byly dvě. A to odpověď: používat jednoduchý slovník a krátké srozumitelné věty, chválit pacienta za jakékoli úsilí a činnost a při navázání kontaktu využívat hračky, knihy, obrázky, zajímat se o to, co má dítě rádo. Snažit se dát dítěti najevo, že není na situaci samo. Nejmenší počet odpovědí se přikláněl k možnosti číslo jedna: projevit lítost a připravit pacienta na bolest. Ve FN Motol zvolili touto odpovědí celkem 9 krát (6,00 %) a ve FN Plzeň – Lochotín to bylo 15 krát (15,00 %). Tato odpověď není správná, i přesto že připravit pacienta na bolest je správné, ale dát najevo lítost pacientovi již ne. Možnost číslo dvě: používat jednoduchý slovník a krátké srozumitelné věty, chválit pacienta za jakékoli úsilí a činnost, zvolili 60 krát (40,00 %) ve FN Motol a 32 krát (32,00 %) ve FN Plzeň – Lochotín a volili správně. Jednoduchý slovník, krátké věty a pochvala, to vše je vhodné do komunikace s dítětem zařadit. Třetí možnost: přístupovat k dítěti, jako

k malému dospělému a nelhat dětskému pacientovi, byla volena 24 krát (16,00 %) ve FN Motol a 15 krát (15,00 %) ve FN Plzeň – Lochotín. Nelhat dítěti, to je správné, ale chovat se k dítěti, jako k malému dospělému není. Ke čtvrté možnosti: při navázání kontaktu využívat hračky, knihy, obrázky, zajímat se o to, co má dítě rádo, snažit se dát dítěti najevo, že není na situaci samo, se přiklonili 57 krát (38,00 %) ve FN Motol a 38 krát (38,00 %) ve FN Plzeň – Lochotín.

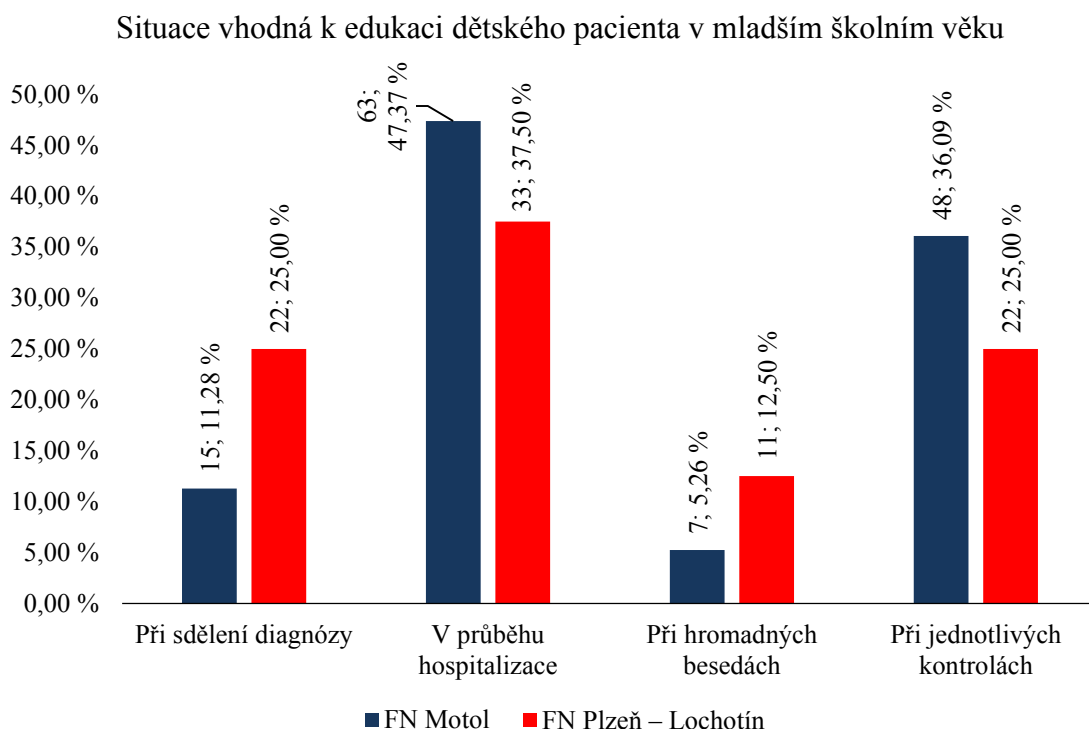
Položka č. 6: Jakým termínem byste definoval/a pojem edukace?



Obrázek 6 Definice edukace (zdroj: Autor)

Položka číslo šest se zabývá definicí pojmu edukace. Respondenti vybírali ze čtyř odpovědí, kdy pouze jedna odpověď byla správná. Správná odpověď je: Edukace se zabývá výukou, či výchovou pacienta, která umožňuje zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Cílem edukace je vzdělání a vychování. Tuto možnost zvolilo pouze 15 respondentů (22,06 %) z FN Motol. Rovněž ve FN Plzeň – Lochotín zvolilo tuto odpověď celkem 8 respondentů (17,78 %). Naopak nejvíce respondentů zvolilo odpověď první: Edukace se zabývá výukou, či výchovou pacienta, která umožňuje zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Cílem edukace je sebevzdělávání a informovanost. Tato odpověď není správná a zvolilo ji 42 respondentů (61,76 %) ve FN Motol a 21 respondentů (46,67 %) ve FN Plzeň – Lochotín.

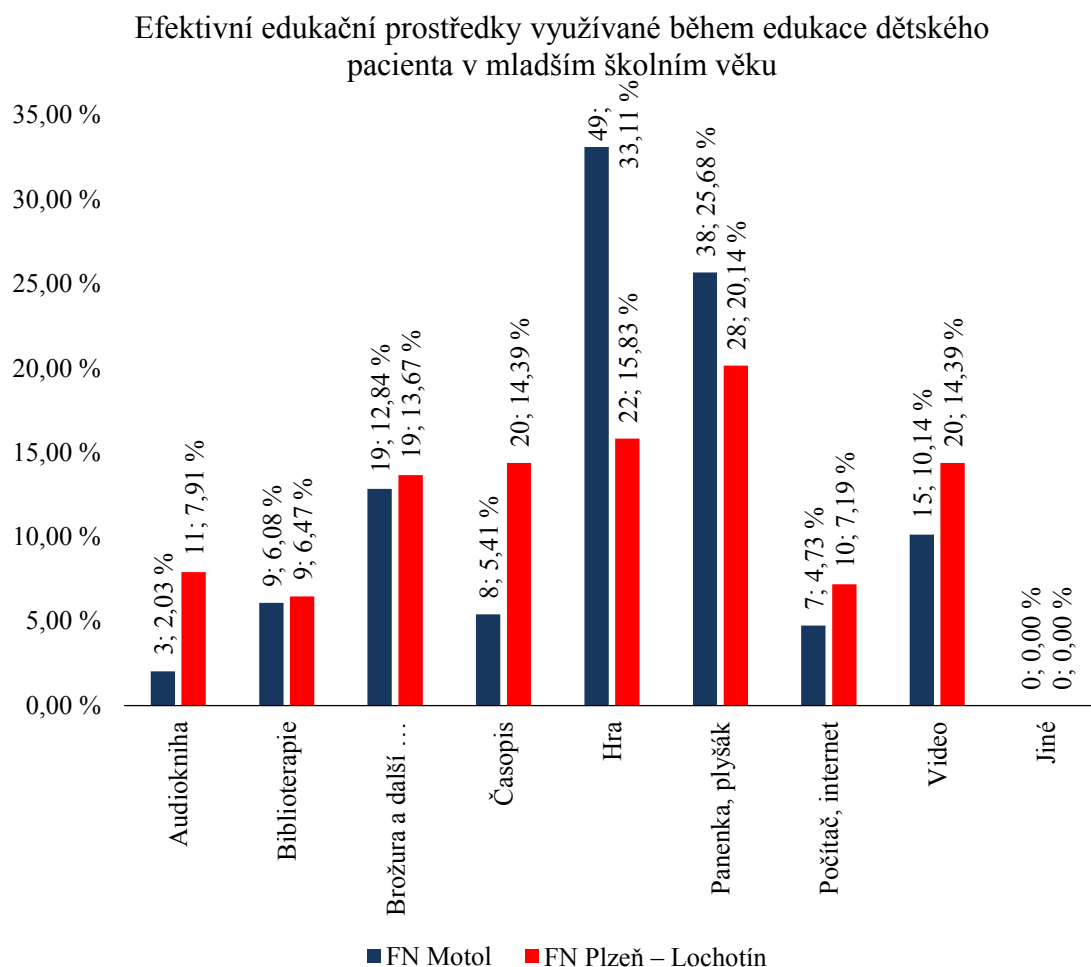
Položka č. 7: V jaké situaci je, dle Vašeho názoru, vhodné edukovat dětského pacienta mladšího školního věku? Můžete zvolit více odpovědí.



Obrázek 7 Situace vhodná pro edukaci dítěte (zdroj: Autor)

Sedmá položka respondentům opět nabízí možnost odpovídat více možnostmi. Zabývá se situacemi vhodnými k edukaci dětského pacienta v mladším školním věku. V obou fakultních nemocnicích byla nejčastěji volena možnost číslo dvě: edukace v průběhu hospitalizace. Ve FN Motol byla tato odpověď zvolena celkem 63 krát (47,37 %), ve FN Plzeň – Lochotín tuto možnost zvolili celkem 33 krát (37,50 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí ve FN Motol byla možnost číslo čtyři: edukace při jednotlivých kontrolách. V této fakultní nemocnici byla volena celkem 48 krát (36,09 %). Ve FN Plzeň – Lochotín byla označena první a čtvrtá odpověď stejněkrát a to 22 krát (25 %). Ve FN Motol označili respondenti první možnost, že vhodná edukace je při sdělení diagnózy, 15 krát (11,28 %). Na posledním místě v obou fakultních nemocnicích skončila druhá možnost: edukace při hromadných besedách. FN Motol pouze 7 krát (5,26 %) a FN Plzeň – Lochotín 11 krát (12,50%).

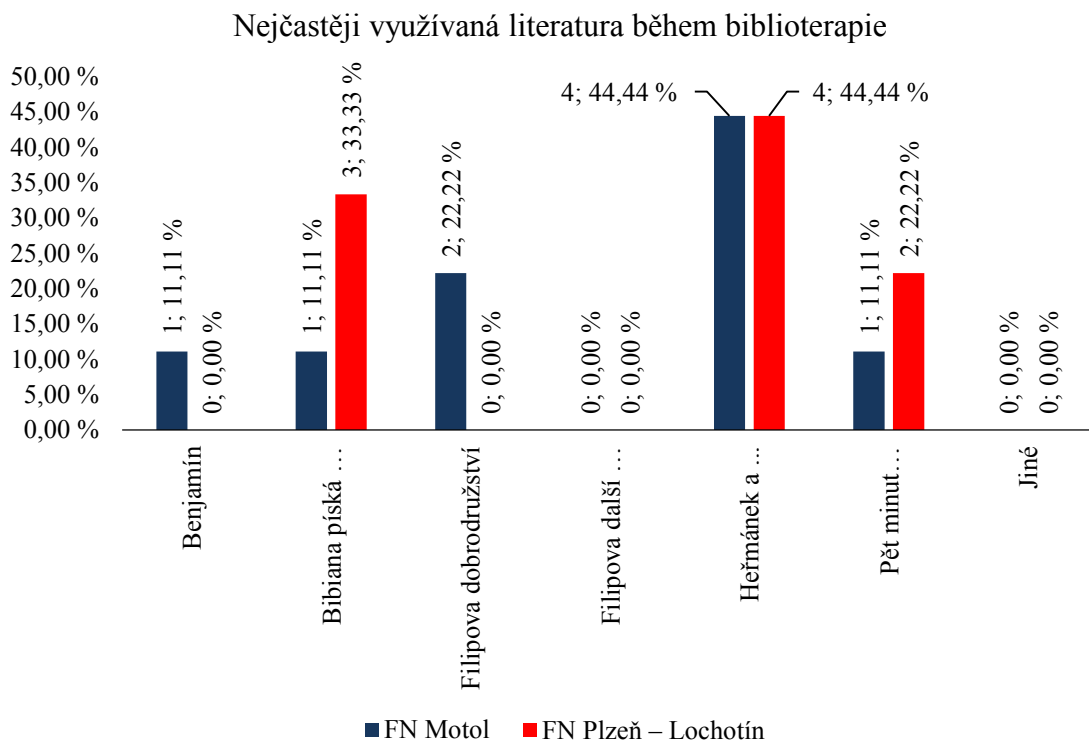
Položka č. 8: Jaké edukační prostředky se Vám zdají pro dětského pacienta v mladším školním věku nejefektivnější? Můžete zvolit více odpovědí.



Obrázek 8 Využívané edukační prostředky (zdroj: Autor)

Osmá položka rovněž poskytla možnost odpovídat více, než jednou odpovědí. Efektivní edukační prostředky se mezi fakultními nemocnicemi liší. Respondenti ve FN Motol jednoznačně označili 49 krát (33,11 %) hru. Ve FN Plzeň – Lochotín naopak označili, jako efektivní edukační prostředek panenku, či plyšáky celkem 28 krát (20,14 %). Nejméně ve FN Motol (v případě, že opomineme možnost: jiné) využívají audioknihy, tato možnost byla volena 3 krát (2,03 %). Ve FN Plzeň – Lochotín považují za nejméně efektivní pomůcku (opomíjíme-li možnost: jiné) biblioterapii. Možnost byla volena jen 9 krát (6,47 %). Ostatní efektivní prostředky jsou zaznamenány v grafu.

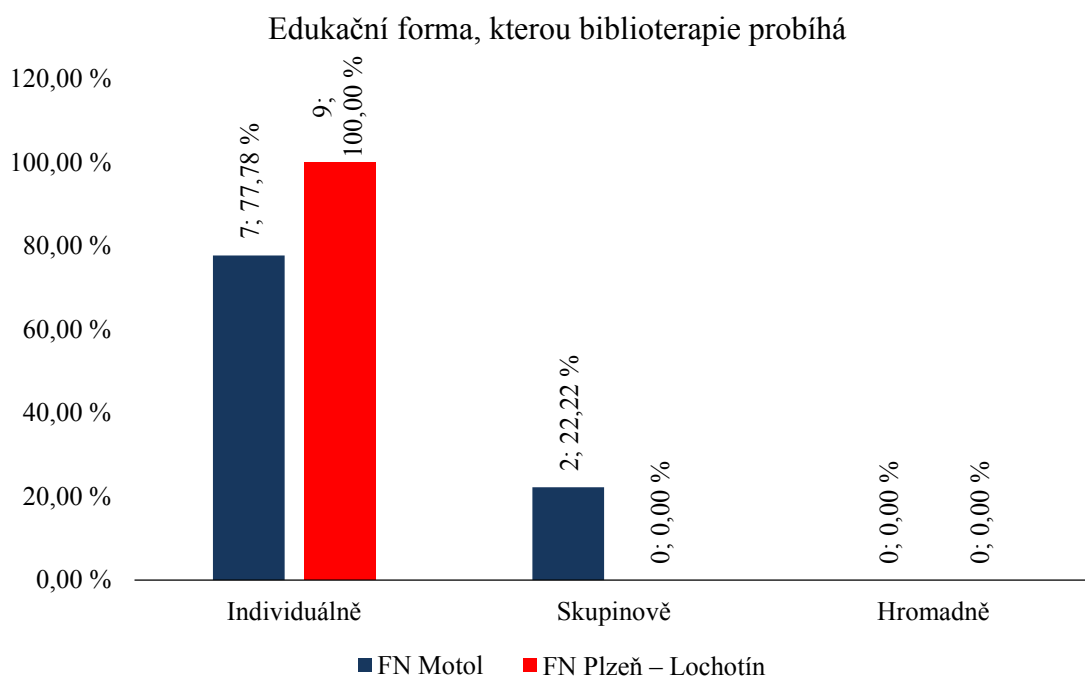
Položka č. 9: Pokud považujete biblioterapii za efektivní, uveďte prosím, jakou knihu využíváte na Vašem oddělení nejčastěji během edukace dětského pacienta v mladším školním věku.



Obrázek 9 Literatura využívaná během biblioterapie (*zdroj: Autor*)

Tato položka byla určena pouze těm, kteří v přechozí položce označili biblioterapii za efektivní edukační prostředek. Respondenti, kteří biblioterapii nezvolili, pokračovali položkou č. 12. Celkem na tuto položku odpovídalo 18 respondentů z obou fakultních nemocnic. Nyní měli respondenti určit, kterou literaturu během biblioterapie nejčastěji využívají. V obou fakultních nemocnicích nejčastěji využívají knihu Heřmánek a Mařinka. Ve FN Motol označili tuto možnost čtyři respondenti (44,44 %) a ve FN Plzeň – Lochotín rovněž čtyři respondenti (44,44 %). Nejméně využívaná literatura ve FN Plzeň – Lochotín (opomineme-li knihu Filipova další dobrodružství a možnost jiné) je kniha Pět minut před večerí. Byla zvolena pouze dvěma respondenty (22,22 %). Ve FN Motol (opomineme-li knihu Filipova další dobrodružství a možnost jiné) mezi nejméně využívanými knihami respondenti zařadili knihu Benjamín, Bibiana píská na rty, Pět minut před večerí. Každá kniha byla zvolena pouze jedním respondentem (11,11 %).

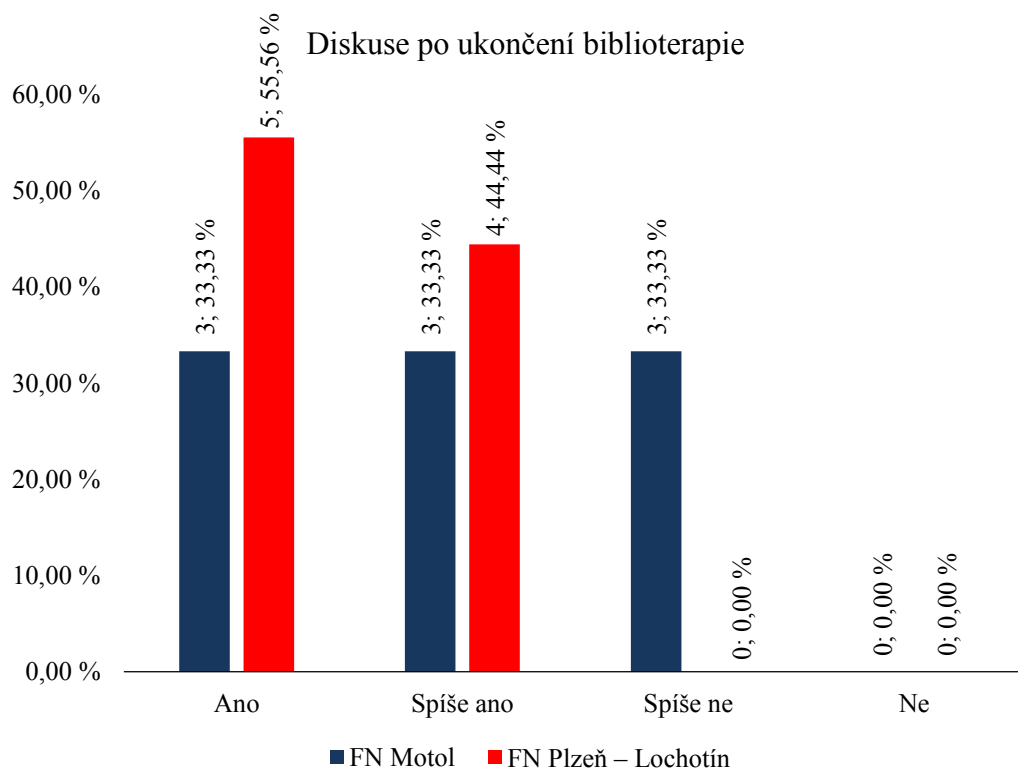
Položka č. 10: Jakou formou probíhá biblioterapie na Vašem oddělení?



Obrázek 10 Edukační forma během biblioterapie (*zdroj: Autor*)

Desátá položka se zabývala edukační formou, kterou edukátor volí během biblioterapie. Hromadnou formu terapie nevolí ani jeden respondent z obou fakultních nemocnic. Skupinovou formu terapie zvolili pouze dva respondenti z FN Motol (22,22 %). Ve FN Plzeň – Lochotín respondenti skupinovou formu biblioterapie nezvolili. Individuální forma biblioterapie byla nejčastěji zvolena v obou fakultních nemocnicích. Ve FN Motol byla tato forma zvolena sedmi respondenty (77,78 %). Z FN Plzeň – Lochotín zvolili individuální formu edukace během biblioterapie všichni respondenti. Celkem devět respondentů (100,00 %).

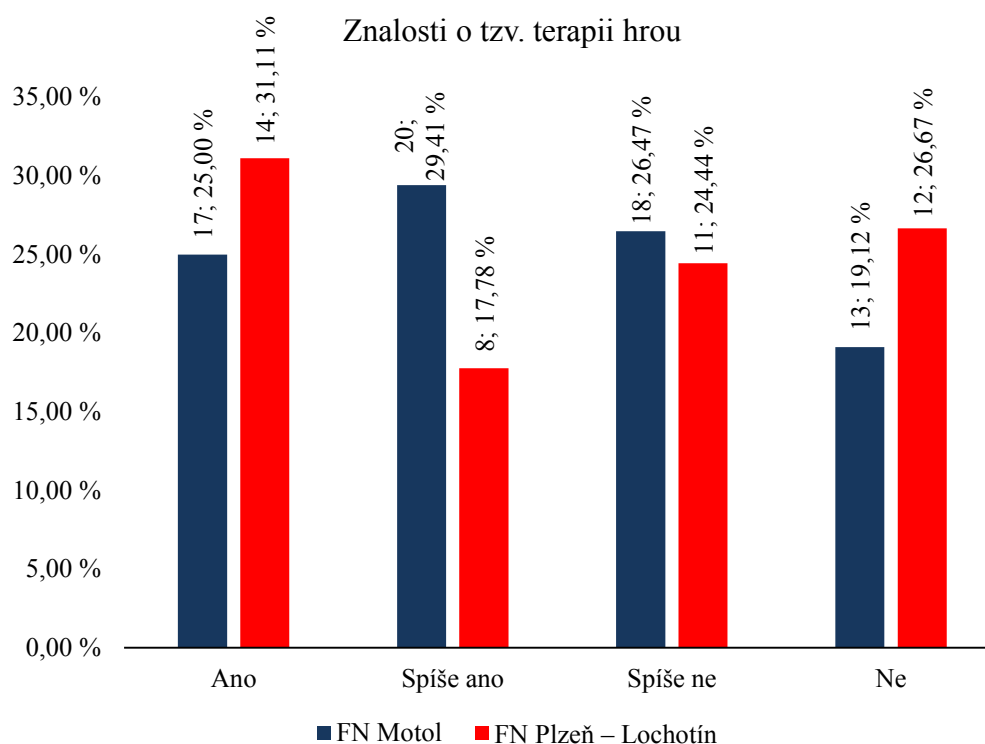
Položka č. 11: Snažíte se, s dětským pacientem / dětskými pacienty v mladším školním věku, po ukončení biblioterapie diskutovat o pohádce? O tom, jak se hlavní hrdina pohádky v konkrétní situaci cítil?



Obrázek 11 Diskuse po ukončení biblioterapie (zdroj: Autor)

Jedenáctá položka se zabývala tím, zda se edukátor po ukončení biblioterapie věnuje diskusi s edukantem. Zda edukátor umožňuje edukantovi projevit svůj názor na literární postavy a jejich pocity. Po sečtení odpovědi ano a spíše ano se v průzkumu se zjistilo, že obě dvě fakultní nemocnice provádějí diskusi. Ve FN Motol 6 respondentů (66,67 %) a ve FN Plzeň – Lochotín 9 respondentů (100,00 %). Pouze tři respondenti (33,33 %) ve FN Motol se přiklánějí k možnosti, že spíše diskusi neprovádějí.

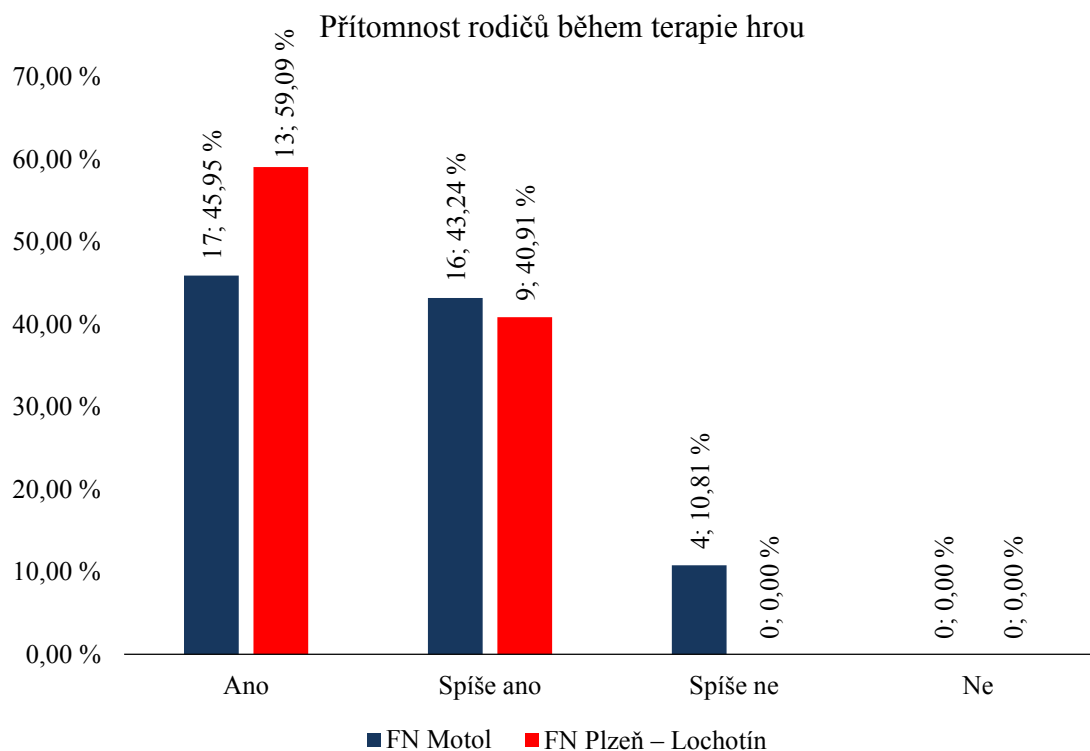
Položka č. 12: Máte bližší informace o tzv. terapii hrou?



Obrázek 12 Informovanost o terapii hrou (zdroj: Autor)

Další položka se zabývá terapií hrou. Respondenti měli odpovědět, zda jsou blíže informováni o terapii hrou. Výsledky bohužel nejsou jednoznačné. Ve FN Motol v případě sečtení možnosti ano, či spíše ano, získáváme 37 respondentů (54,41 %), kteří mají znalosti o terapii hrou. Ve FN Plzeň – Lochotín, po sečtení odpovědi ano, či spíše ano, odpovědělo celkem 22 respondentů (48,89 %), že mají znalosti ohledně terapie hrou. Naopak při sečtení třetí a čtvrté možnosti, což je spíše ne, či ne, získáváme 31 respondentů (45,59 %) z FN Motol. Ve FN Plzeň – Lochotín nesouhlasně odpovědělo 23 respondentů (51,11 %). Respondenti, kteří v této odpovědi označili možnost ne, či spíše ne, po zodpovězení pokračovali na položku 16.

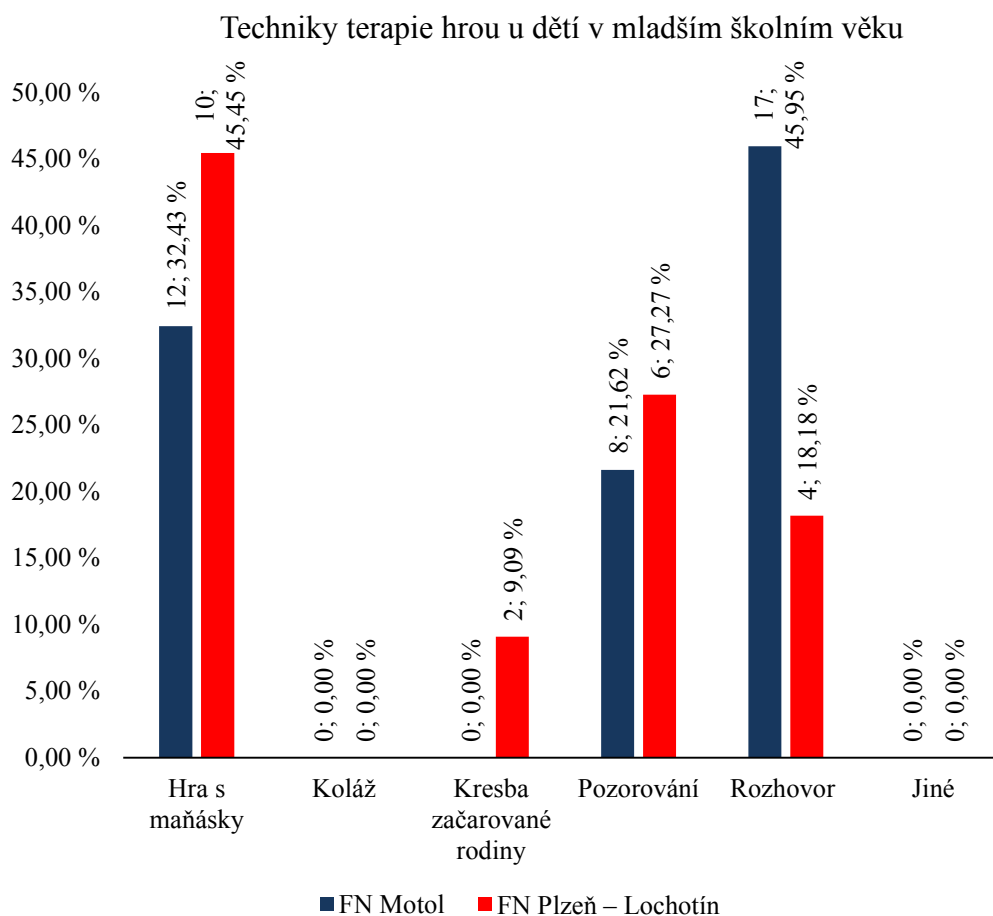
Položka č. 13: Upřednostňujete přítomnost rodičů během terapie hrou?



Obrázek 13 Terapie hrou za přítomnosti rodičů (*zdroj: Autor*)

Respondenti ve FN Motol přítomnost rodičů převážně upřednostňují. Celkem 33 respondentů (89,19 %) označilo možnost ano, či spíše ano. Pouze čtyři (10,81 %) respondenti zvolili možnost spíše ne, poslední možnost nikdo nezvolil. Ve FN Plzeň – Lochotín třetí a čtvrtou možnost neoznačil žádný respondent. Odpověď ano, či spíše ano zvolilo 22 respondentů (100,00 %).

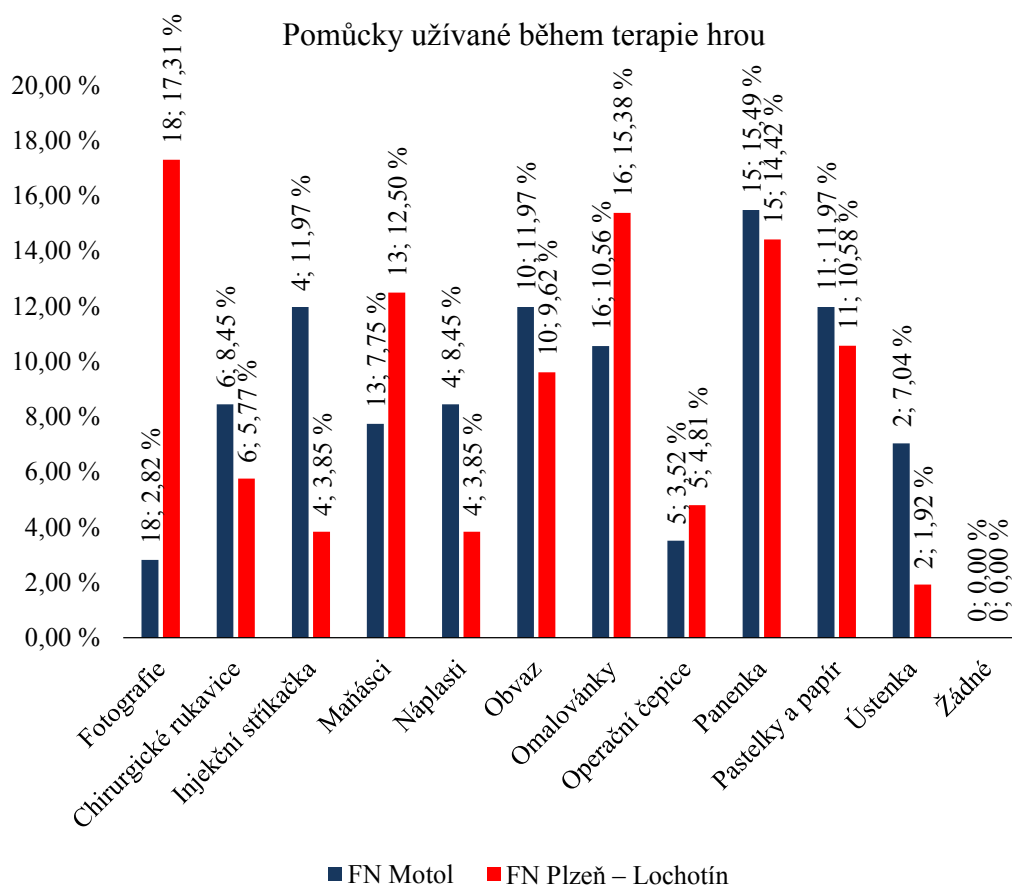
Položka č. 14: Jakou z následujících technik terapie hrou využíváte nejčastěji u dětí v mladším školním věku?



Obrázek 14 Techniky terapie hrou (zdroj: Autor)

V položce číslo čtrnáct měli dotazovaní možnost odpovídat, kterou z vybraných technik terapie hrou edukátor nejčastěji využívají. Ve FN Motol celkem 17 respondentů (45,95 %) odpovědělo, že nejčastěji využívají rozhovor, jako techniku terapie hrou. Naopak ve FN Plzeň – Lochotín odpovědělo 10 respondentů (45,45 %), že nejčastěji využívají hru s maňásky. Nejméně ve FN Motol využívají pozorování, celkem 8 respondentů (21,64 %), opomineme-li odpovědi, které nebyly zvolené. Ve FN Plzeň – Lochotín nejméně využívají techniku rozhovoru pouze 4 respondenti (18,18 %), v případě, že opomineme možnost jiné a možnost koláže.

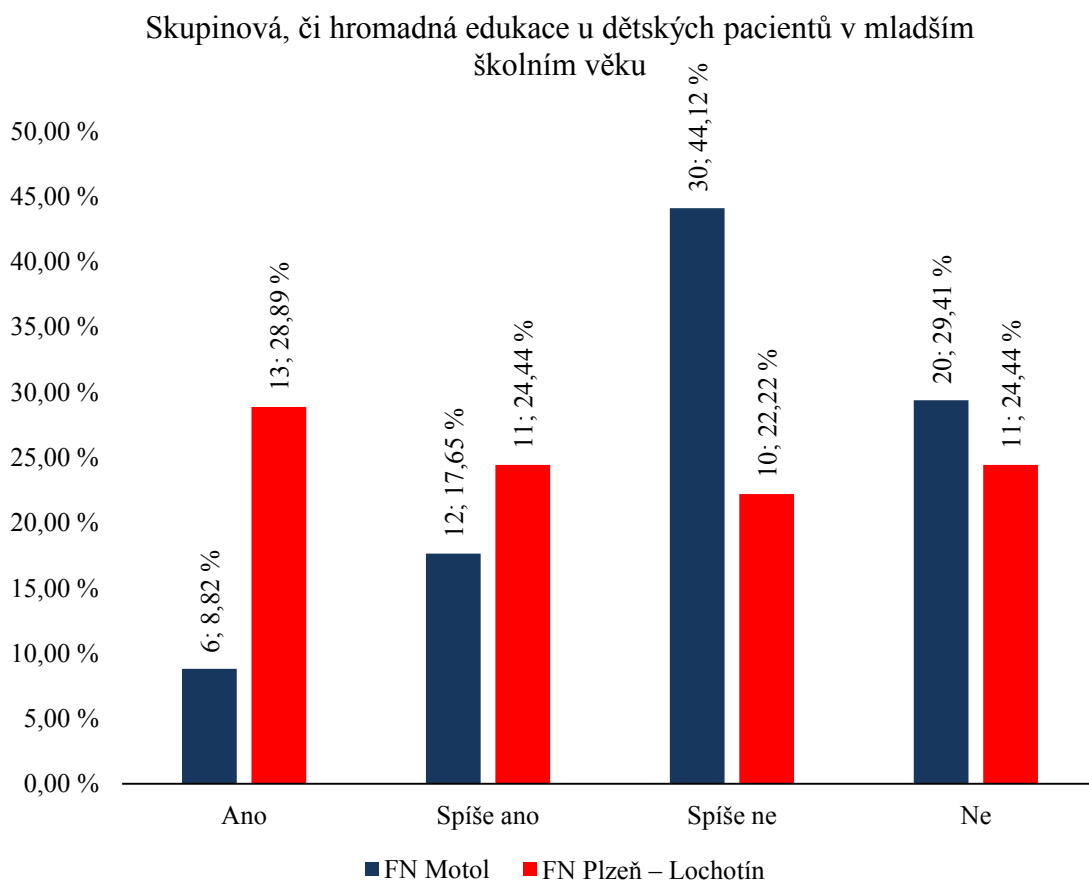
Položka č. 15: Jaké pomůcky využíváte během terapie hrou? Můžete zvolit více odpovědí.



Obrázek 15 Užívané pomůcky během terapie hrou (zdroj: Autor)

Položka číslo patnáct se zabývá pomůckami, které edukátor využívá během terapie hrou. Tato položka umožňovala zvolit opět více než jednu odpověď, protože často edukátor pomůcky během edukace kombinuje. Ve FN Motol zvolili účastníci dotazníkového šetření za nejpoužívanější pomůcku panenku. Celkem byla tato pomůcka zvolena 22 krát (15,49 %). Ve FN Plzeň – Lochotín označili za nejvyužívanější pomůcku fotografie. Tato odpověď byla zvolena 18 krát (17,31 %). Fotografie byla naopak ve FN Motol zvolena za nejméně využívanou pomůcku. Zvolena byla pouze 4 krát (2,82 %). Ve FN Plzeň – Lochotín označili za nejméně využívanou pomůcku ústenku. Pouze 2 krát (1,92 %). Možnost, že edukátor nevyužívá žádnou pomůcku, nezvolil žádný respondent v obou fakultních nemocnicích.

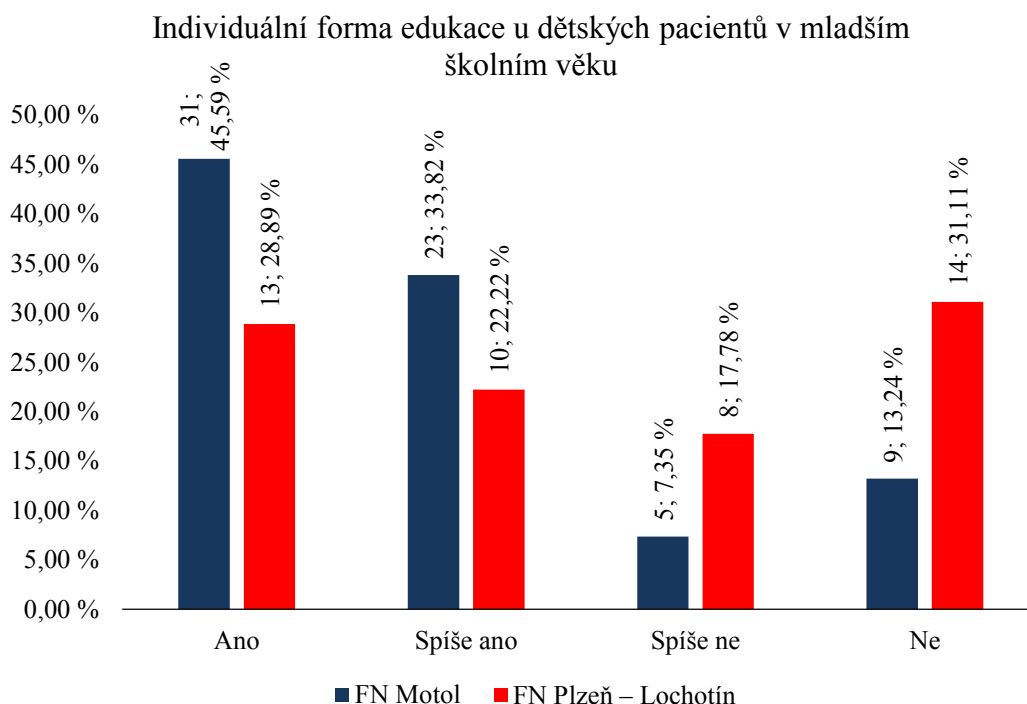
Položka č. 16: Pro děti v mladším školním věku je sociální kontakt velmi důležitý, myslíte si, že u dětí v mladším školním věku by bylo přínosnější a příjemnější, aby se na oddělení edukovali pacienti skupinově, či hromadně?



Obrázek 16 Vhodný způsob edukace dětí v mladším školním věku (*zdroj: Autor*)

Šestnáctá položka poskytla respondentům možnost vyjádřit se, zda by bylo vhodnější edukovat dětské pacient skupinově, či hromadně. Respondenti z FN Motol se spíše přiklánějí k možnosti, že ne. V případě, že sečteme respondenty, kteří odpověděli spíše ne, či ne, dostáváme celkovou sumu 50 respondentů (73,53 %). Respondentů přiklánějících se k souhlasu bylo celkem 18 (26,47 %). Ve FN Plzeň – Lochotín větší část respondentů souhlasila. Celkem 24 respondentů označilo možnost ano, či spíše ano (53,33 %). Pro možnost ne, či spíše ne se rozhodlo celkem 21 respondentů (46,67 %).

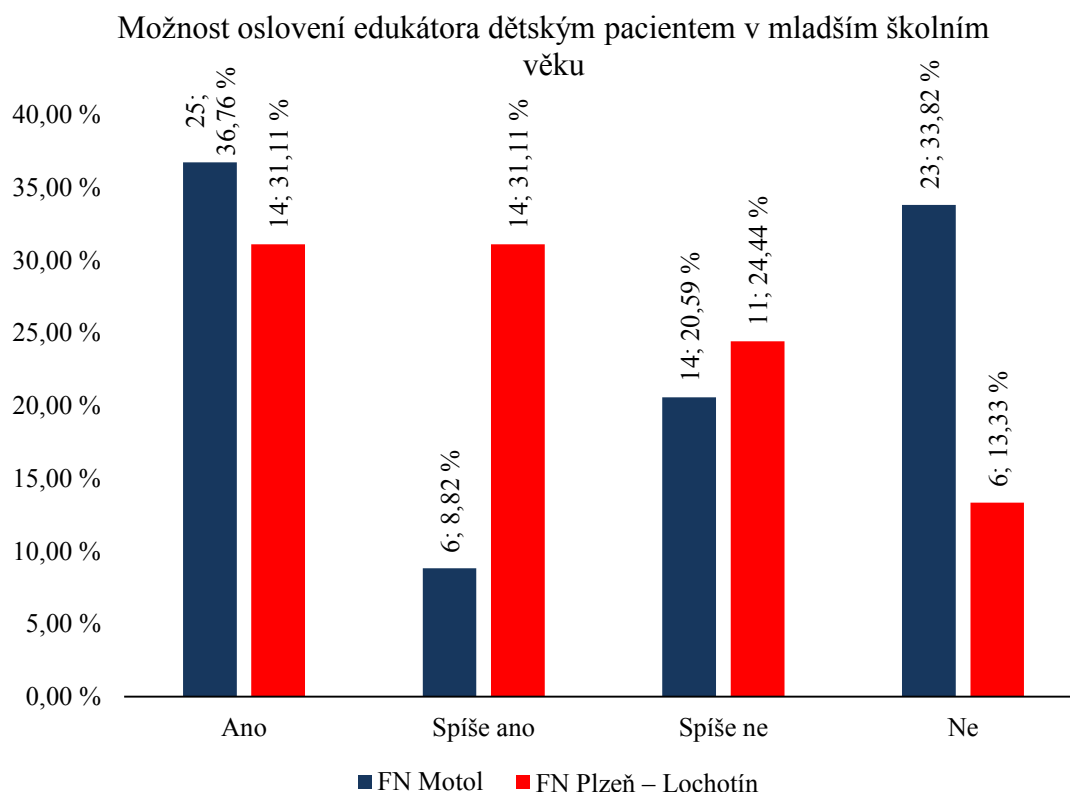
Položka č. 17: Domníváte se, že individuální forma edukace, dítěte v mladším školním věku, je výhodou?



Obrázek 17 Individuální forma edukace (zdroj: Autor)

Sedmnáctá položka se opět věnuje vhodnější formě edukace dítěte. Tentokrát jsme se dotazovali, zda individuální forma edukace je pro děti v mladším školním věku výhodnější. Ve FN Motol se velká část respondentů shodovala, že individuální forma je výhodnější. Celkem takto odpovědělo 54 respondentů (79,41 %). Ve FN Plzeň – Lochotín se větší část respondentů přiklání také k souhlasu, v součtu 23 respondentů (51,11 %). Druhá polovina 22 respondentů (48,89 %) s touto položkou nesouhlasila. Ve FN Motol nesouhlasilo celkem 14 respondentů (20,59 %).

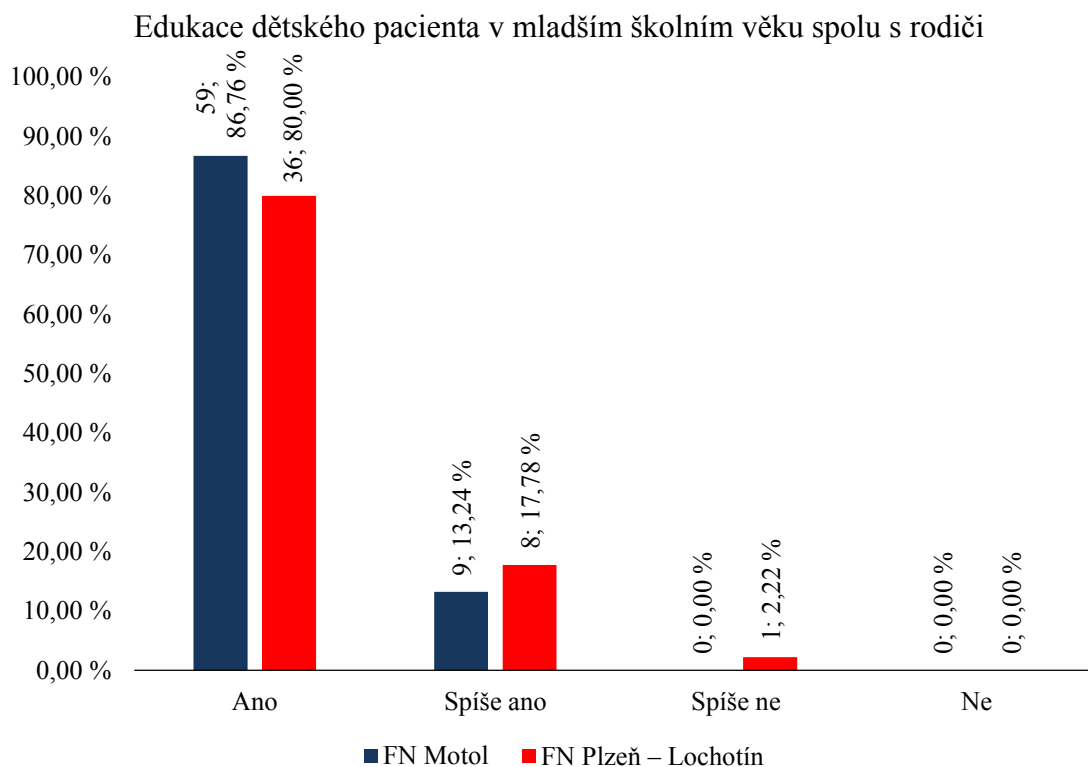
Položka č. 18: Představujete se dítěti v mladším školním věku křestním jménem (dítě Vás následně může křestním jménem oslovovat)?



Obrázek 18 Oslovení edukátora (zdroj: Autor)

Položka číslo osmnáct se zabývala oslovením edukátora ze strany edukanta. Ptali jsme se, zda se edukátor dítěti představuje křestním jménem, tím edukantovi následně umožní oslovovat edukátora křestním jménem. Respondenti mohli odpovídat odpověďmi ano, spíše ano, spíše ne, či ne. Celkem 37 všeobecných sester (54,41 %) z FN Motol se spíše přiklání k variantě, že se dítěti křestním jménem nepředstavují a následně ani dítě neoslovuje edukátora křestním jménem. Dalších 31 respondentů (45,59 %) oslovení křestním jménem edukantovi umožňuje. Naopak je tomu ve FN Plzeň – Lochotín, kde celkem 28 respondentů (62,22 %) tuto možnost dítěti poskytuje. A pouze 17 respondentů (37,78 %) ji vylučuje.

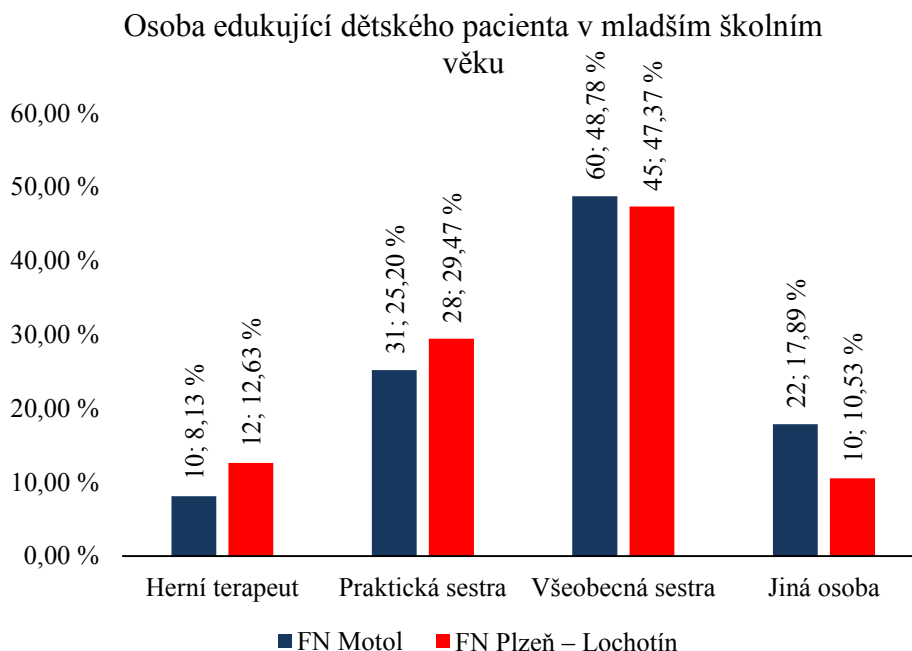
Položka č. 19: Edukujete spolu s dětským pacientem také rodiče?



Obrázek 19 Edukace dětského pacienta spolu s rodiči (*zdroj: Autor*)

Položka ohledně edukace dítěte spolu s rodiči dítěte má jasné vyhodnocení. V obou nemocnicích se odpovědi shodují. V případě sečtení odpovědí ano a spíše ano získáváme ve FN Motol 68 souhlasných odpovědí (100,00 %). Ve FN Plzeň – Lochotín tomu bylo rovněž, kromě jednoho respondenta. Tudiž 44 respondentů souhlasí (97,78 %) a pouze jeden respondent (2,22 %) s edukací spolu s rodiči nesouhlasí.

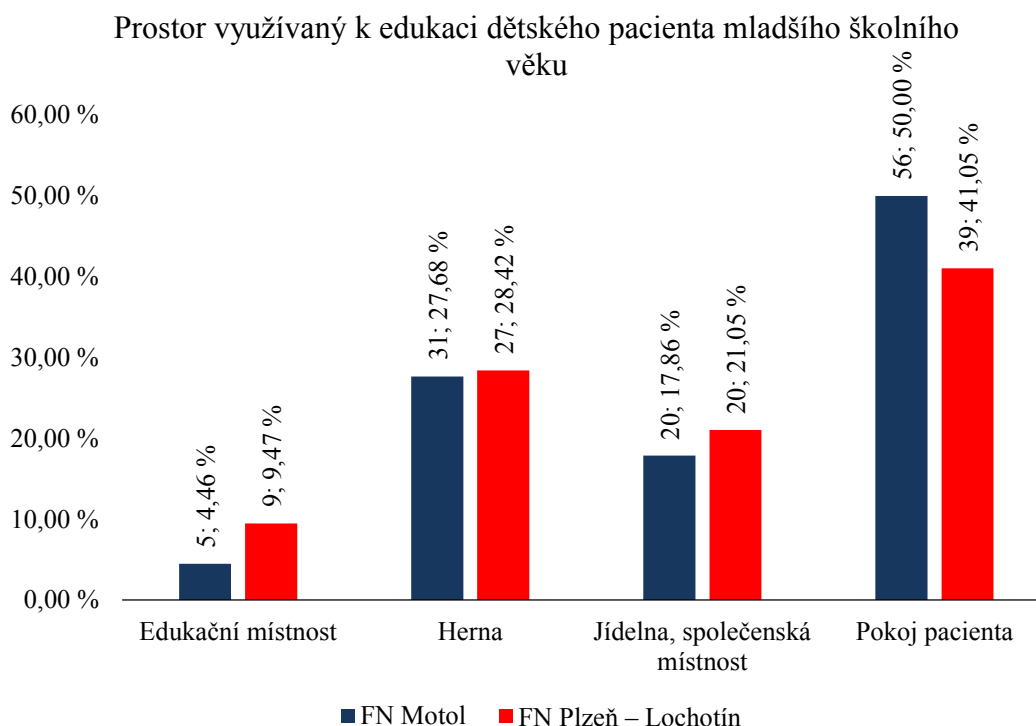
Položka č. 20: Která osoba, z následujících možností, vykonává na Vašem oddělení edukaci dětského pacienta v mladším školním věku? Můžete zvolit více odpovědí.



Obrázek 20 Osoba edukující dětského pacienta (zdroj: Autor)

V položce 20 respondenti opět získali možnost zvolit více, než jednu odpověď. Vybírali ze čtyř možností: herní terapeut, praktická sestra, všeobecná sestra, či jiná osoba. Všeobecná sestra byla zvolena v obou fakultních nemocnicích nejčastěji. Ve FN Motol tuto variantu zvolili respondenti celkem 60 krát (48,78 %), ve FN Plzeň – Lochotín byla zvolena 45 krát (47,37 %). Praktická sestra byla druhou, nejčastěji volenou variantou. Ve FN Motol byla zvolena celkem 31 krát (25,20 %). Obdobně tomu bylo i ve FN Plzeň – Lochotín, zde byla zvolena 28 krát (29,47 %). Herní terapeut byl zvolen 10 krát ve FN Motol (8,13 %) a ve FN Plzeň – Lochotín 12 krát (12,63 %). Možnost jiné zvolili respondenti ve FN Motol 22 krát (17,89 %). Respondenti získali možnost odpověď napsat. Nejčastěji odpovídali, že na oddělení dětské pacienty edukuje Dětská sestra a Ošetřovatelka. Dále byl uveden lékař, klaun a edukační sestra. Ve FN Plzeň – Lochotín respondenti volili tuto možnost celkem 10 krát (10,53 %). Dětská sestra byla zvolena 9 krát a jednou byl zvolen lékař.

Položka č. 21: Kde na Vašem oddělení dochází k edukaci dětského pacienta mladšího školního věku? Můžete zvolit více odpovědí.



Obrázek 21 Vhodný prostor k edukaci dětského pacienta v mladším školním věku (zdroj: Autor)

Tato položka umožnila odpovídat opět více, než jednou možností. Respondenti měli možnost uvést obvyklé místo pro edukaci dítěte v mladším školním věku. Jak se očekávalo, nejčastěji probíhá edukace v pokoji pacienta. Ve FN Motol zvolili respondenti tuto možnost celkem 56 krát (50,00 %). Obdobně tomu bylo i ve FN Plzeň – Lochotín, kde pokoj pacienta zvolili respondenti 39 krát (41,05 %). Dále byla zvolena herna, tuto možnost zvolili 31 krát (27,68 %) ve FN Motol a 27 krát (28,42 %) ve FN Plzeň – Lochotín. Jídelna a společenská místnost byla volena 20 krát ve FN Motol (zde tvořilo 17,86 %) i ve FN Plzeň – Lochotín (zde to bylo celkem 21,05 %). Nejméně byla volena edukační místnost. Ve FN Motol pouze 5 krát (4,46 %) a ve FN Plzeň – Lochotín celkem 9 krát (9,47 %).

Položka č. 22: Jak dlouho edukujete dětského pacienta mladšího školního věku?

V této položce měl respondent nejprve uvést oddělení, na kterém pracuje. Následně uvést, jak často provádí na oddělení edukaci. V poslední řadě uvést, jak dlouho edukace probíhá. Odpovědi respondentů jsou uvedeny v tabulkách.

Tabulka 1 Respondenti ve FN Motol (*zdroj: Autor*)

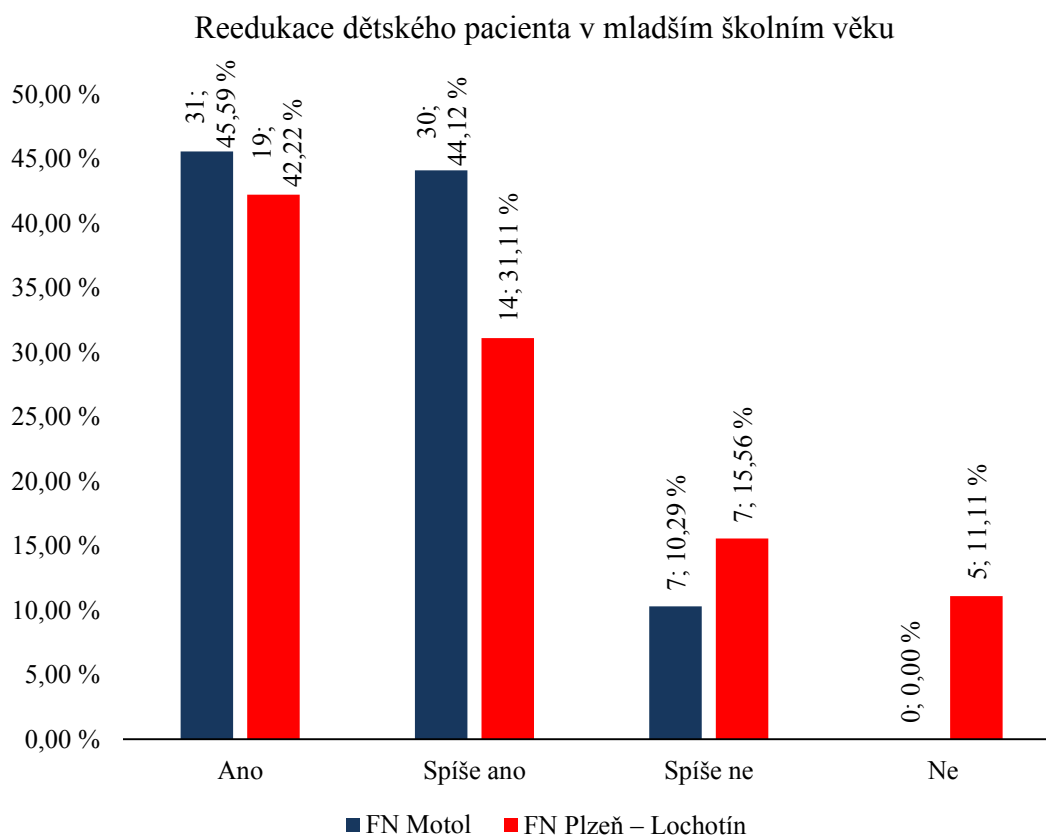
	Počet respondentů	Denně	Několikrát týdně	Jednou za čtrnáct dní	Aritmetický průměr délky edukace	Modus délky edukace	Medián délky edukace
Dětské kardiocentrum 2. LF UK a FN Motol	3	1	2	-	13,33 min	10	10
KDHO	3	1	2	-	11,67 min	10	10
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol	8	4	4	-	18,13 min	20	17,5
Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol	14	7	7	-	16,79 min	10	15
Klinika ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol	5	4	1	-	21,00 min	30	20
Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol	8	7	1	-	11,88 min	10	10
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol	3	2	1	-	23,33 min	20	20
Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol	18	11	7	-	13,06 min	15	12,5
Stomatologická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol	6	5	1	-	17,86 min	10	15

Tabulka 2 Respondenti ve FN Plzeň – Lochotín (zdroj: Autor)

	Počet respondentů	Denně	Několikrát týdně	Jednou za čtrnáct dní	Aritmetický průměr délky edukace	Modus délky edukace	Medián délky edukace
Chirurgická klinika	10	7	3	-	15,00 min	10	15
Neurologická klinika	17	9	8	-	16,47 min	15	15
Klinika ortopedie a traumatologie	10	7	3	-	15,50 min	15	15
Úsek větších a chronicky nemocných dětí	8	5	3	-	30,63 min	10	25

V obou fakultních nemocnicích více respondentů edukuje dětské pacienty v mladším školním věku denně. Jednou za čtrnáct dní dětské pacienty v mladším školním věku needukují na žádném oddělení ve vybraných nemocnicích. V případě, že se zaměříme na aritmetický průměr a opomineme-li množství respondentů, můžeme říci, že ve FN Motol nejdéle edukují dětské pacienty na Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, celkem 23,33 minut. Ve FN Plzeň – Lochotín nejdéle edukují dětské pacienty v mladším školním věku na Úseku větších a chronicky nemocných dětí, konkrétně 30,63 minut. Nejkratší časový úsek edukují dětské pacienty ve FN Plzeň – Lochotín na Chirurgické klinice, celkem 15,00 minut. Ve FN Motol nejkratší čas edukují na oddělení KDHO 11,67 minut.

Položka č. 23: Provádíte opakovaný edukační proces dětského pacienta v mladším školním věku?



Obrázek 22 Reedukace dětských pacientů (zdroj: Autor)

V této položce respondenti odpovídali na dotaz, zda dětské pacienty v mladším školním věku reedukují. V případě, že odpověděli ano, či spíše ano, měli také uvést časový úsek. Celkem 61 respondentů ve FN Motol s reedukací souhlasilo (89,71 %), opět jsem sečetla možnost ano a spíše ano. Ve FN Plzeň – Lochotín souhlasilo 33 respondentů (73,33 %). Odpověď ne zvolilo ve FN Motol celkem 7 respondentů (10,29 %). Obdobně tomu bylo ve FN Plzeň – Lochotín, zde možnost ne a spíše ne zvolilo 12 respondentů (26,67 %).

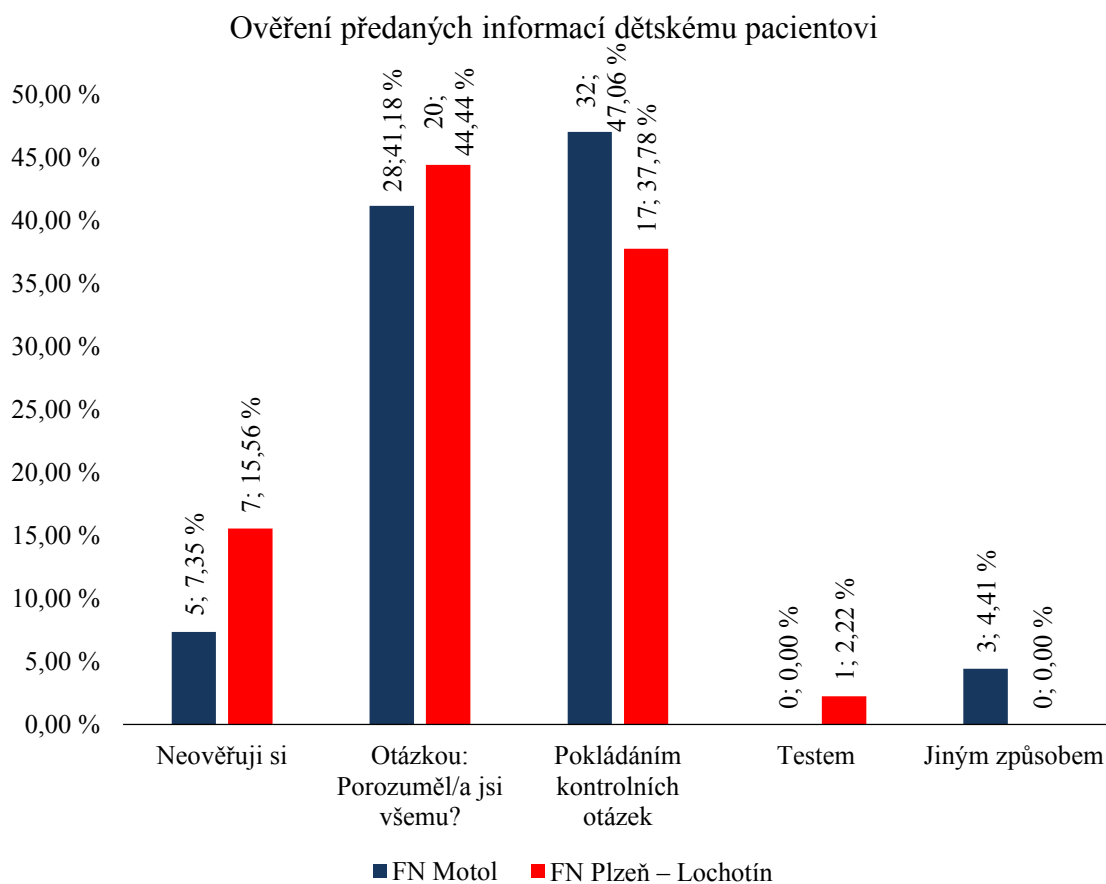
Tabulka 3 Odpovědi respondentů ve FN Motol (zdroj: Autor)

	5 min.	10 min.	15 min.	20 min.	25 min.	30 min.
Ano	8	19	0	2	0	2
Spíše ano	13	16	1	0	0	0

Tabulka 4 Odpovědi respondentů ve FN Plzeň – Lochotín (zdroj: Autor)

	5 min.	10 min.	15 min.	20 min.	25 min.	30 min.
Ano	7	11	1	0	0	0
Spíše ano	4	6	2	1	0	1

Položka č. 24: Jakým nejčastějším způsobem si ověřujete, zda dětský pacient v mladším školním věku předaným informacím porozuměl?

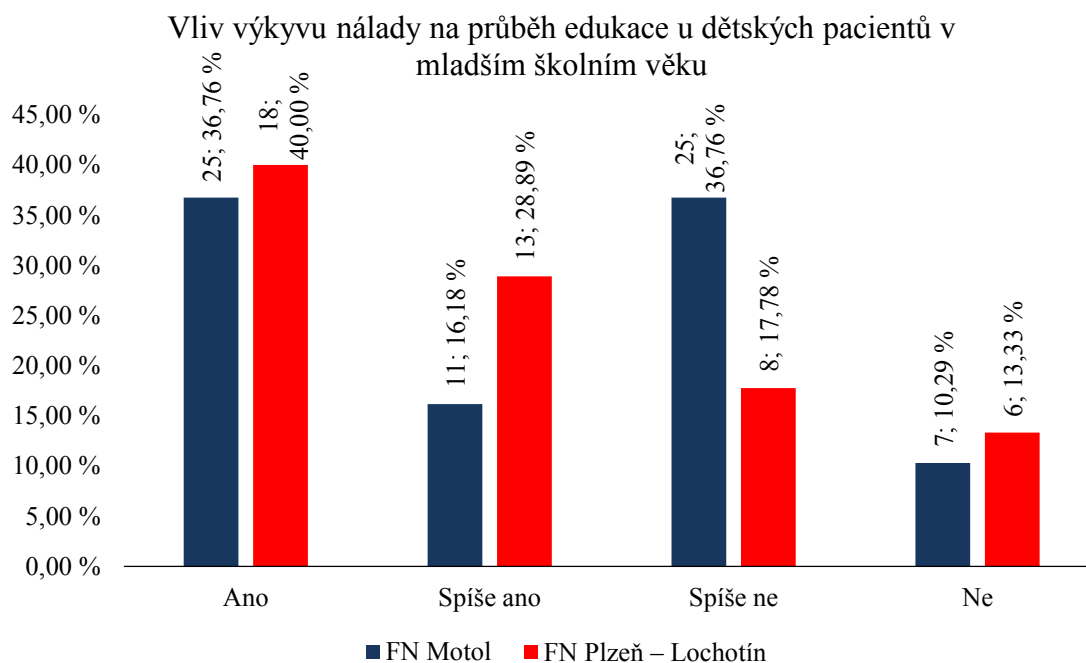


Obrázek 23 Způsob ověření porozumění (zdroj: Autor)

Položka 24 se zaměřuje na porozumění předaných informací edukátorem. Respondenti měli uvést, jakým způsobem si ověřují, zda edukátor novým informacím porozuměl. Vybírali si z pěti možností, kdy poslední možnost jiné, umožnila se písemně vyjádřit. Ve FN Motol si edukátoři nejčastěji ověřují porozumění pomocí kontrolních otázek. Takto odpovědělo 32 respondentů (47,06 %). Ve FN Plzeň – Lochotín si edukátor naopak nejčastěji ověřuje porozumění pouze otázkou: Porozuměl/a jsi všemu?. K této variantě se

přiklání celkem 20 respondentů (44,44 %). Nejméně odpovědí získala možnost ověření si porozumění formou testu. Ve FN Motol tuto odpověď ne zvolil ani jeden respondent a ve FN Plzeň – Lochotín pouze 1 respondent (2,22 %). Možnost jiným způsobem uvedli pouze 3 respondenti z FN Motol. Písemně uvedli, že si porozumění ověřují praktickým provedením dané činnosti. Ve FN Plzeň – Lochotín možnost jiné ne zvolil žádný respondent.

Položka č. 25: U dětských pacientů v mladším školním věku dochází k velkým výkyvům nálad. Následně se může stát, že během chvilky se dobrá nálada změní ve špatnou. Setkal/a jste se již s výrazným výkyvem nálady u dětského pacienta v mladším školním věku, který později zapříčinil změnu jeho přístup k Vám samotným a poté měl dopad i na celkový průběh edukace?

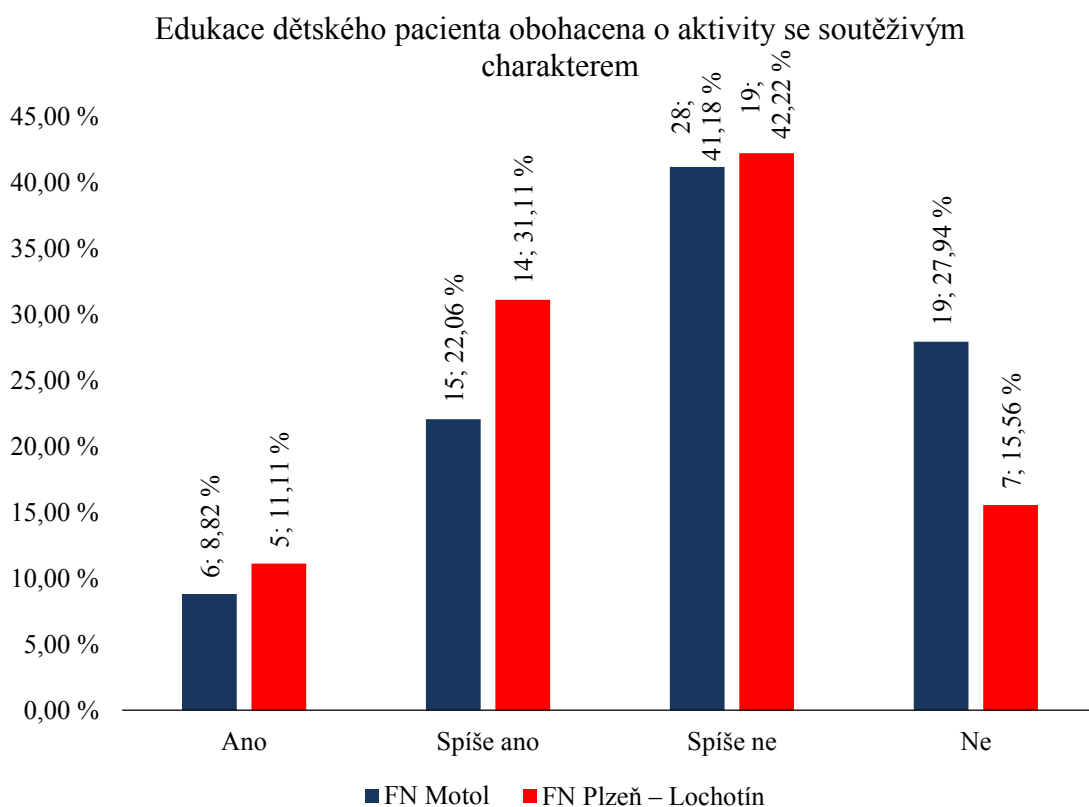


Obrázek 24 Výkyvy nálad u dětských pacientů (zdroj: Autor)

Tato položka se zabývá problematikou výkyvů nálad během edukace, kdy se z pozitivní nálady stává negativní, což by mohlo mít dopad na celkový průběh edukace. Opět jsem sečetla odpovědi s možnostmi spíše ano a ano a stejně tak odpovědi s možnostmi spíše ne, či ne. Tudíž jsem následně zjistila, že celkem 36 respondentů (52,94 %) z FN Motol s tímto výrokem souhlasí. Stejně tak tomu je i ve FN Plzeň – Lochotín, kde celkem 31 respondentů (68,89 %) souhlasí. Naopak ve FN

Motol celkem 32 respondentů (47,06 %) nesouhlasilo. Ve FN Plzeň – Lochotín s tímto výrokiem nesouhlasilo pouze 12 lidí (31,11 %).

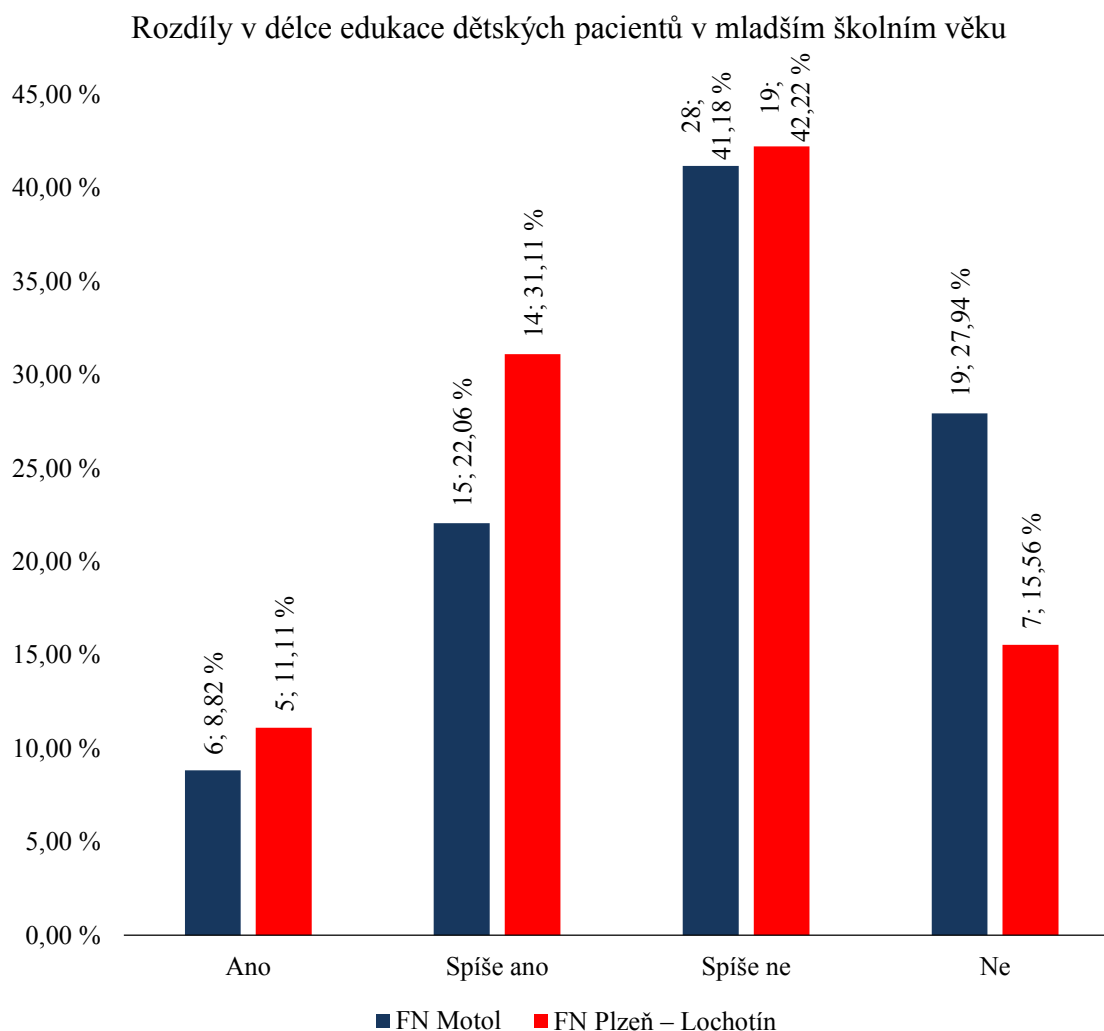
Položka č. 26: Pro děti v mladším školním věku je typické, že jsou velmi soutěživé. Snažíte se v rámci Vaší edukační činnosti zapojit také aktivity se soutěživým charakterem?



Obrázek 25 Aktivity se soutěživým charakterem (zdroj: Autor)

Položka 26 se dotazuje, zda respondenti začleňují do edukace dětského pacienta v mladším školním věku také hry se soutěživým charakterem. Opět jsem při vyhodnocení sčítala možnosti ano a spíše ano. Stejně tak možnost spíše ne a ne. Větší část respondentů se přiklání k variantě, že ne. Celkem 47 respondentů (69,12 %) z FN Motol nesouhlasí s tímto výrokiem. Ve FN Plzeň – Lochotín nesouhlasně odpovědělo 26 respondentů (57,78 %). Naopak souhlasně se ve FN Motol vyjádřilo 21 respondentů (30,88 %) a ve FN Plzeň – Lochotín se vyjádřilo souhlasně 19 respondentů (42,22 %).

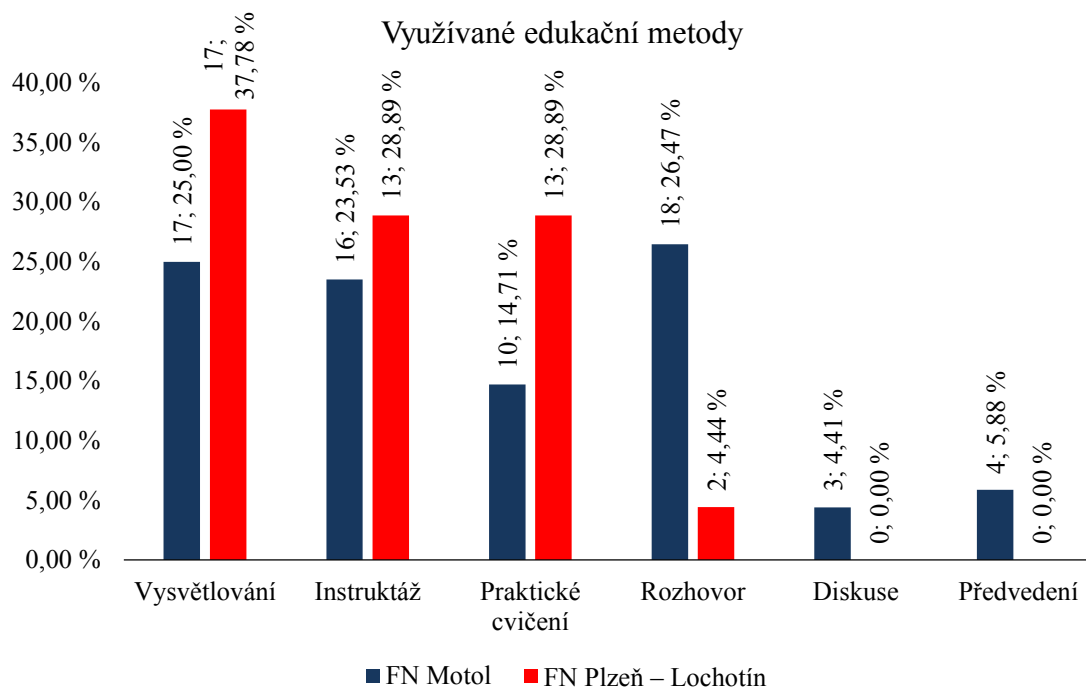
Položka č. 27: Děti v mladším školním věku jsou schopny se déle koncentrovat, zaznamenáváte rozdíl v délce edukace dětí v mladším školním věku oproti dětem v předškolním věku?



Obrázek 26 Rozdíl v délce edukace (zdroj: Autor)

V položce číslo dvacet sedm respondenti odpovídali na položku, zda zaznamenávají rozdíly v délce edukace dětských pacientů v předškolním věku a dětských pacientů v mladším školním věku. Ve FN Motol celkem po sečtení možnosti ne a spíše ne 45 respondentů (69,12 %) s tímto výrokem nesouhlasilo. Obdobně tomu bylo i ve FN Plzeň – Lochotín, zde nesouhlasilo celkem 26 respondentů (57,78 %). Souhlas k této položce vyjádřilo ve FN Motol celkem 21 respondentů (30,88 %) a ve FN Plzeň – Lochotín souhlasilo 19 respondentů (42,22 %).

Položka č. 28: Uved'te prosím název edukační metody (např. instruktáž a praktické cvičení, předvedení a pozorování, diskuse, konzultace, vysvětlování, práce s textem, rozhovor aj.), které se na Vašem oddělení využívají a následně prosím popište průběh edukace dětského pacienta v mladším školním věku.

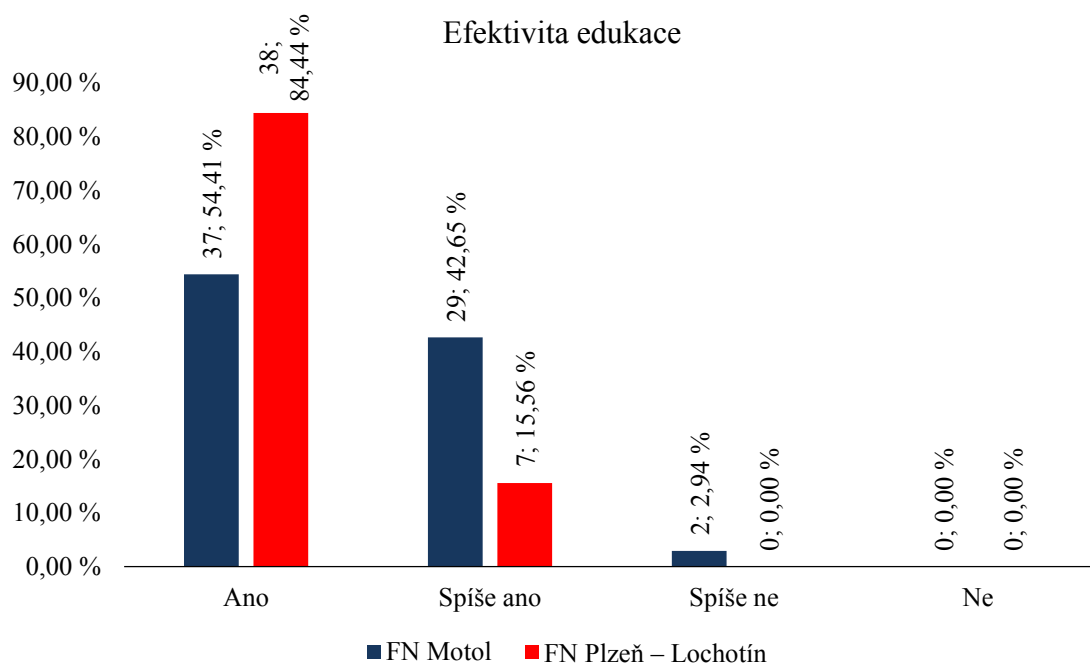


Obrázek 27 Edukační metody (zdroj: Autor)

Položka číslo dvacet osm byla pouze písemná. Respondenti se měli uvést, kterou konkrétní edukační metodou edukují dětské pacienty v mladším školním věku. Ve FN Motol nejčastěji odpovídali, že volí edukační metodu rozhovoru. Naopak nejméně uváděli edukační formu diskuse. Ve FN Plzeň – Lochotín volí respondenti nejčastěji edukační metodu vyprávěním. Opomineme-li edukační metodu formou diskuse a předvedení, protože nebyla zvolena žádným respondentem, nejméně byla volena edukační metoda rozhovoru. Respondenti dále měli uvést průběh edukace dětského pacienta v mladším školním věku. Tuto část uvedli pouze čtyři respondenti (5,88 %) z FN Motol a jeden respondent (2,22 %) z FN Plzeň – Lochotín. Ostatních 64 respondentů (94,12 %) z FN Motol a 44 respondentů (97,78 %) z FN Plzeň – Lochotín neodpovědělo. Respondent z Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol uvedl, že je třeba komunikovat s dítětem úměrně jeho věku. Jiný respondent ze stejné kliniky uvedl, že edukuje v oblasti stravy, bolesti, předoperačním a pooperačním režimu, o pohybovém režimu, když pacientovi popisuje, co se děje před operací, tak mu sdělí, že hodný lékař

mu dá masku pro piloty na obličej a budou se mu zdát krásné sny. Další respondent z Dětského kardiocentra 2. LF UK a FN Motol uvedl, že je třeba k pacientovi přistupovat individuálně. Poslední respondent z Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol uvedl, že k dětem je třeba přistupovat individuálně, hovořit s nimi úměrně jejich věku a snažit se je motivovat. Ve FN Plzeň – Lochotín odpovídal pouze jeden respondent z Chirurgické kliniky ve FN Plzeň – Lochotín. Uvedl, že dítěti je třeba vše ukazovat a vysvětlit dopředu. Popsal rovněž průběh edukace před zavedením periferního žilního katetru. Vždy periferní žilní katetr popisuje, jako včeličku, kterou zavede sestra pod kůži. Pomocí včeličky mu budou podávány léky do těla.

Položka č. 29: Myslíte si, že je edukace dětského pacienta v mladším školním věku na Vašem oddělení efektivní?



Obrázek 28 Zhodnocení edukace (zdroj: Autor)

V poslední položce bylo požadováno, aby respondent zhodnotil efektivitu edukace. Velká část respondentů považuje edukaci za efektivní. Celkem 66 respondentů (97,06 %) z FN Motol (při součtu odpovědí ano a spíše ano) a 45 respondentů (100,00 %) ve FN Plzeň – Lochotín. Nesouhlasili pouze dva respondenti (2,94 %) ve FN Motol. Ve FN Plzeň – Lochotín tuto možnost neoznačil žádný respondent. Tento výsledek byl očekáván.

3.4.2 Výsledky kvalitativního šetření – náslech

Součástí empirické části byl proveden také edukační náslech. Byl proveden v obou fakultních nemocnicích. Ve FN Plzeň – Lochotín na Úseku větších a chronicky nemocných dětí a Chirurgické klinice a ve FN Motol na Pediatrické klinice 2. LF UK a FN Motol a Klinice ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol.

Pacient A: Pacient ve věku osmi let s onemocněním Diabetes Mellitus, hospitalizovaný na Úseku větších a chronicky nemocných dětí ve FN Plzeň – Lochotín. Edukace byla prováděna skupinově, vybrala jsem si tedy jednoho pacienty, na kterého jsem se zaměřila více. Všechny děti byly věkově podobně staré. Každé dítě zde bylo se svým rodičem, či prarodičem. Edukaci prováděla Všeobecná sestra a využila edukační metodu vysvětlování spolu s instruktáží a praktickým cvičením. Využila edukační pomůcky, jako jsou knihy, fotky, CD-ROM. Edukaci prováděla v Herní místnosti, což na děti dle mého názoru působilo velmi příjemně. Každý si mohl odběhnout na chvíli pohrát a opět se vrátit. Pacientům se nepředstavila, což mohlo být z důvodu, že ji pacienti již znali. Uniformy na dětském oddělení ve FN Plzeň – Lochotín jsou barevně odlišené oproti uniformám na oddělení pro dospělé pacienty. Tudíž sestry nosí oblečení lososové barvy. Sestra navíc měla barevné hodinky, které její vzhled ještě více zpestřily. Sestra byla velmi milá, snažila se vše moc hezky vysvětlit, aby děti porozuměly. Průběžně pokládala otázky, aby si ověřila, že všemu rozumí. Demonstrovaly aplikaci inzulínu. Na obrázku ukazovaly potraviny, které by neměly jíst. Pacienty při tom moc hezky povzbuzovala, motivovala a chválila. Kontakt ve stejné výšce také dodržela, všichni během edukace seděli. Dětem se dle mého názoru průběh edukace moc líbil. Na počátku byly stydlivější, ale to po chvíli opadlo, jelikož sestra zaváděla rozhovor i na jiná témata. Po celou dobu děti poslouchaly a celkově na mě průběh edukace působil kladně.

Pacient B: Pacient ve věku deseti let, opět s onemocněním Diabetes Mellitus, hospitalizován na Úseku větších a chronicky nemocných dětí ve FN Plzeň – Lochotín. Edukaci prováděla Všeobecná sestra individuálně na pokoji pacienta. Využila edukační metodu vysvětlování a praktické cvičení. Využité edukační pomůcky byly plyšák, knihy, fotografie. Jednalo se spíše o prohlubování pacientových znalostí. Edukaci prováděla bez přítomnosti rodiče pacienta, jelikož byl hospitalizovaný již sám. Sestra se pacientovi mile představila. Uniforma byla opět lososové barvy, zpestřené o barevné hodinky. Navíc u sebe sestra nosí drobné předměty, které pacientovi případně daruje. Hovořila

s pacientem mile, klidně, dodržela jednoduchý slovník, aby pacient porozuměl a udržovala s ním oční kontakt ve stejné výšce. Pacient měl možnost se dotazovat a zároveň dostával otázky od sestry, aby se ujistila, že všemu porozuměl. Tento způsob ověření informací je dle mého názoru vhodný. Pacient odpovídal správně a získané informace si takto ještě více upevnil. Sestra pacienta chválila, motivovala, aby si více věřil a nepřipadal si na situaci sám. V průběhu edukace se pacienta dotazovala na jeho záliby, oblíbené hry, či literaturu. Edukace probíhala opět moc příjemně.

Pacient C: Pacient ve věku sedmi let před chirurgickou operací pro apendicitidu. Edukace byla prováděna s matkou pacienta, dítě si hrálo. Na Chirurgické klinice je to zvykem. Sestra edukuje matku pacienta, či jiného zákonného zástupce, ta následně svému dítěti sdělí informace, které si přeje, aby vědělo. Edukaci prováděla edukační metodou vysvětlováním. Edukační pomůcky nevyužila. Edukace probíhala na pokoji pacienta. Sestra se mile představila a vše moc hezky vysvětlila. Uniforma byla opět lososové barvy. Rodič má možnost se průběžně dotazovat na to, čemu nerozumí. Dítě když chce, tak se do edukace zapojí, ale není to povinností. Oční kontakt v rovině s matkou dítěte, hovořila srozumitelně, využívala takové pojmy, aby matka porozuměla, ve chvíli, kdy se zapojilo dítě, tak hovořila k němu jednoduchými větami. Mamince dítěte řekla, jak dlouho bude celý výkon probíhat, co se bude dít před operací a co se bude dít po operaci. Jak dlouhá bude rekonvalescence. Nezalhávala žádné informace. Předané informace si průběžně neověřovala. Na konci edukace dala pacientovi a mamince prostor pro případné dotazy. Dítě bylo v průběhu edukace velmi stydlivé a bojácné, tudíž se sestra snažila s dítětem hovořit také na jiné téma. Celkově na mě edukace působila mile, ale edukace s dítětem, které mělo Diabetes Mellitus, byla dle mého názoru zajímavější. Sestry děti daleko více zaujaly, když využívaly větší množství edukačních materiálů a jelikož průběžně dostávaly otázky na téma edukace, musely být více koncentrované.

Pacient D: Pacient ve věku osmi let, s onemocněním Diabetes Mellitus hospitalizovaný na Pediatrické klinice 2. LF UK a FN Motol. Edukaci prováděla všeobecná sestra individuální formou v edukační místnosti. Jednalo se o prohloubení již dříve získaných znalostí v oblasti stravování diabetického pacienta. Využitá edukační metoda vysvětlováním, instruktáží, praktickým cvičením. Edukační materiál, který sestra během edukace využila: test znalostí, potraviny, které se denně konzumují, fotografie jídel. Celkový průběh edukace byl moc příjemný. Edukaci prováděla s pacientem, ale rodič měl

možnost celou edukaci vyslechnout a případně pokládat dotazy. Sestra se dítěti nejprve mile představila. Uniforma zpestřena nijak nebyla. S pacientem hovořila ve stejné výšce, oční kontakt dodržela po celou dobu edukace. Na začátku edukace pacient vyplnil test o Diabetu Mellitu. Následně s pacientem vyhodnotila odpovědi. Poté pacientovi vysvětlila, jakým způsobem se počítají výměnné jednotky výrobků. Porozumění si ověřila počítáním výměnných jednotek u vybraných potravin. Na závěr dítěti ukazovala fotografie jídel, pacient musel určit, kolik výměnných jednotek každé jídlo mělo. V průběhu edukace pokládala kontrolní otázky, dávala dítěti i matce možnost se dotazovat na vše, čemu neporozumí. Zároveň se pacienta průběžně ptala na otázky na oblíbené sporty, oblíbené potraviny. Interakce mezi dítětem a edukátorem byla znatelná. Dítě se po celou dobu edukace koncentrovalo. Myslím si, že edukace byla perfektně připravená, vše probíhalo dobře a celkový průběh edukace na mě působil moc příjemně. Sestra po celou dobu pacienta motivovala a chválila.

Pacient E: Pacient ve věku deseti let hospitalizován na Klinice ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol. Hospitalizován z důvodu thyreoidektomie. Edukaci pacienta prováděla Všeobecná sestra na pokoji pacienta. Dítě bylo edukováno spolu s matkou. Uniforma sestry nebyla ničím zpestřena, ale jinak byla sestra velmi milá. S pacientem hovořila klidně a moc hezky. V počátku edukace se dítěti představila. Využila edukační metodu formou vysvětlování. Edukační pomůcky nevyužila žádné. Pacientovi objasnila průběh lékařského zákroku. Průběh před a po operaci. Vše moc hezky vysvětlila a informace nezalhávala. Ponechala vždy prostor pro otázky. Komunikaci s dítětem přizpůsobila jeho věku. Jednodušší slovník, pomalu hovořila a zřetelně. Dítě bylo po celou dobu koncentrované. Dle mého názoru ho edukace zaujala a informacím porozuměl. Pocity studu nebyly zřejmé. Po vysvětlení celého procesu se sestra zajímala o jeho zájmy, školu a sourozence. Edukace opět proběhla dobře a hodnotila bych ji kladně.

3.5 Diskuse

Nestandardizovaný dotazník, který byl určen pro sestry na lůžkových odděleních ve FN Motol a FN Plzeň – Lochotín, byl sestaven z 29 položek. V počátku dotazníku respondenti odpovídali na položky identifikační. Z odpovědí na první položku lze říci, že v obou nemocnicích větší část respondentů tvořily ženy. Ve FN Motol odpovídalo 85,29 % žen a 14,71 % mužů, obdobně tomu bylo ve FN Plzeň – Lochotín, kde

odpovídalo 80,00 % žen a 20,00 % mužů. Tento výsledek jsme předpokládali pro vyšší zaměstnanost žen, než mužů na pozici praktické či všeobecné sestry. V další identifikační položce sestry odpovídaly na položku, v jaké nemocnici jsou zaměstnány. 60,18 % respondentů pocházelo z FN Motol a 39,82 % respondentů odpovídalo ve FN Plzeň – Lochotín. Větší množství respondentů ve FN Motol bylo očekávané, protože distribuce ve FN Motol byla povolena na více oddělení, než ve FN Plzeň – Lochotín, tudíž mělo možnost odpovědět větší množství sester. Dále můžeme říci, že ve FN Plzeň – Lochotín odpovídalo nejvíce respondentů zaměstnaných v nemocnici 6 – 15 let, konkrétně 46,67 % respondentů. Ve FN Motol respondenti (29,41 %) nejčastěji uvedli, že jsou zaměstnáni 26 let a více ve FN Motol, což má přímou souvislost s tím, že 66,18 % sester má středoškolské vzdělání. Ve FN Plzeň – Lochotín 42,22 % respondentů pracuje po vystudování středoškolského vzdělání. Ve FN Motol je zaměstnáno 22,06 % sester s vysokoškolským bakalářským studiem. Ve FN Plzeň – Lochotín se s tímto vzděláním zaměstnáno 22,22 % sester. 8,82 % respondentů z FN Motol uvedlo, že studovali Vyšší odbornou školu zdravotnickou. Ve FN Plzeň – Lochotín takto odpovědělo 22,22 % sester. Nejméně sester (2,94 %) odpovídalo ve FN Motol s vysokoškolským magisterským vzděláním. Obdobně tomu bylo i ve FN Plzeň – Lochotín, zde je zaměstnáno 13,33 % sester s vysokoškolským magisterským vzděláním. K položce délky zaměstnání se vztahovala první pracovní hypotéza. Porovnávali jsme závislost mezi délkou zaměstnání a využitím edukační metody praktického cvičení. Hypotéza nebyla přijata. Výsledek byl očekávan, jelikož jsme nepředpokládali, že by mohla mít délka praxe závislost na využití této metody. Druhá hypotéza zkoumala závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku. Hypotéza opět přijata nebyla. Využití edukační metody vysvětlováním není ovlivněno dosaženým vzděláním. Výsledek byl očekávan. Edukační metodu vysvětlováním využívají sestry bez závislosti na dosaženém vzděláním.

Pátá položka se zaměřuje na komunikaci s dítětem. Na tuto položku mohli respondenti odpovědět více, než jednou odpovědí. Správné odpovědi byly: používat jednoduchý slovník a krátké srozumitelné věty, při navázání kontaktu využívat hračky, knihy, obrázky, zajímat se o to, co má dítě rádo. Snažit se dát dítěti najevo, že není na situaci samo. Tyto odpovědi byly voleny nejčastěji v obou fakultních nemocnicích. Další důležité, správné zásady komunikace popisuje své knize Venglářová a Mahrová (2006). Vše pečlivě vysvětlit, zapojit také pacientovy rodiče. Nutné myslet na to, že dítě bychom

neměli opomenout v případě spolupráce s rodiči. Naopak k chybnému přístupu při komunikaci s dítětem v mladším školním věku řadíme opomínání emočního projevu a dotazů dítěte. Další položka prověřovala znalosti sester v oblasti edukace. Sestry odpovídaly na položku zabývající se definicí edukace. Správně odpovědělo pouze 22,06 % sester ve FN Motol a 17,78 % sester ve FN Plzeň – Lochotín. Tento výsledek nás velmi překvapil, domníváme se, že neznalost definice edukace může být pro nedostatečnou informovanost v této oblasti nebo nižší vzdělání respondentů. Znalosti definice edukace jsou součástí vysokoškolské přípravy, specializačních kurzů. Pakliže není součástí středoškolského vzdělání, měla by být situace zvážena v přípravě vzdělávacích plánů pro střední školy. Edukace pacientů je téma, na které není kladen dost velký důraz. Osmá položka se zabývá efektivními edukačními prostředky využívanými během edukace dětí v mladším školním věku. Ve FN Motol respondenti nejčastěji zvolili hru. Ve FN Plzeň – Lochotín naopak nejvíce volili panenku, či plyšáky. Hry, panenky a plyšák jsou dle našeho názoru nejvhodnější pro děti v mladším školním věku. Během hry dítě na chvíli přestane myslet na nemocniční prostředí, soustředí se a pacient si k sestře utváří pocit důvěry a jistoty. Zároveň panenka a plyšák je také vhodným způsobem, jak dítě odpoutat od myšlenek na nemocniční prostředí. Překvapivým výsledkem pro nás byla edukace formou biblioterapie. Domníváme se, že tento způsob edukace je pro děti v tomto věku vhodným edukačním prostředkem. Knihy jsou psány pro konkrétní věk dítěte, tudíž způsob, kterým je vše popsáno dítě pochopí a může si to představit dle své fantazie. Tento edukační prostředek ve FN Plzeň – Lochotín využívají nejméně a ve FN Motol taktéž nepatří k nejčastěji využívaným. K položce biblioterapie se vztahovala třetí hypotéza, která zkoumala závislost mezi délkou praxe a využitím metody biblioterapie. Tato hypotéza byla přijata, což bylo očekáváno. Předpokládáme, že sestry s kratší délkou praxe budou rády experimentovat a zkoušet různé pomůcky, než sestry, které jsou v nemocnici déle zaměstnány a již mají ozkoušené efektivní edukační prostředky. Dalším překvapivým výsledkem pro nás byla položka ohledně informovanosti sester v oblasti terapie hrou. Ve FN Motol je větší část sester informována o terapii hrou. Ve FN Plzeň – Lochotín výsledky ukazují, že skoro stejná část sester má i nemá znalosti o terapii hrou. Předpokládali jsme, že terapie hrou bude v nemocnicích daleko více využívána a sestry budou informovány. Terapie hrou pozitivně ovlivňuje psychiku dětí v nemocnicích, formou hry dítě získává nové informace o jeho onemocnění. K položce ohledně terapie hrou se vztahovala čtvrtá hypotéza, zda existuje závislost mezi

dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie. Čtvrtá hypotéza přijata nebyla. Herní terapie je metoda, která se u dětí v mladším školním věku využívá. Nepředpokládali jsme, že by využití terapie hrou nějakým způsobem mohlo ovlivnit vzdělání edukátora. K terapii hrou se vztahovala rovněž hypotéza číslo pět. Zde byla hodnocena závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie. Hypotéza se rovněž nepřijala. Herní terapii využívají sestry nezávisle na nemocnici, ve které jsou zaměstnány. V následující položce respondenti odpovídali na položku techniky terapie hrou. Ve FN Plzeň – Lochotín odpovídalo nejvíce respondentů techniku hry s maňásky. Domníváme se, že tato technika bude úspěšná u dětí v mladším školním věku. Ve FN Plzeň – Lochotín bude využívána nejčastěji z toho důvodu, že dítě může pomocí této techniky dát najevo obavu, pocity, může se skrýt za maňásku, nemá takový strach se vyjádřit. V FN Motol naopak upřednostňují techniku rozhovoru. Svoboda (2001) ve své knize uvádí, že během rozhovoru s dítětem je třeba být trpělivý, nápaditý, způsob komunikace a náplň rozhovoru je třeba uzpůsobit věku dítěte. Tato technika terapie hrou patří k náročným technikám, vyžaduje dostatečnou přípravu, vlídný přístup k dítěti a i přesto, že spouště nezávislým lidem může připadat, že vést rozhovor s dítětem je snadný, tak bohužel není. V případě, že dítě vnímá hospitalizaci, jako nejhorší věc, co se mohla stát, může následně ovlivnit celkový průběh rozhovoru.

Položka číslo 16 se zaměřuje na edukační formy během edukace dětského pacienta v mladším školním věku. Položka byla položena na konkrétní edukační formu skupinovou či hromadnou. Dítě v mladším školním věku je zvyklé mít okolo sebe kamarády, spolužáky, sourozence. Šauerová (2012) provedla průzkum, kdy děti odpovídaly na otázku, s kým si nejraději povídají. Provázen byl v roce 1999 a poté v letech 2008 - 2010. Oba průzkumy prokazují, že si děti v mladším školním věku nejraději povídají s kamarády. Tudíž by pro děti v tomto věku skupinová, či hromadná forma edukace mohla být příjemnější, než forma individuální. Dítě se setká s novými dětmi, sociální interakce se bude rozvíjet, a tak dítě delší dobu hospitalizované nepřijde o setkávání se svými vrstevníky. Po vyhodnocení položky číslo 16 lze říci, že sestry z FN Motol se skupinovou, či hromadnou formou edukace nesouhlasí. Ve FN Plzeň – Lochotín průzkum neprokázal ani souhlas, ani nesouhlas. Domníváme se, že nesouhlas sester z FN Motol může být pro to, že individuální forma edukace je cíleně určena jednomu jedinci, a tak edukátor dítěti předá konkrétně ty informace, které jsou dítěti třeba předat. Daleko lépe se při individuální formě edukace hovoří s dítětem

o jiných tématech, čímž edukátor odpoutá pozornost dítěte od obav z následného zákroku, či myšlenek o jeho onemocnění. V položce číslo 18 respondenti odpovídali, zda se představují dítěti křestním jménem. Řezníčková (2013) ve své práci uvádí, že když rodič představí sestru křestním jménem, dá tím dítěti najevo, že může sestře důvěřovat, čímž umožní daleko snazší navázání kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem. Nás zajímalo, zda se sestry dítěti samy představují křestním jménem, tím by následně dítěti umožnily oslovení křestním jménem. Předpokládali jsme, že i tento způsob by mohl umožnit lepší spolupráci mezi dítětem a sestrou. S tímto způsobem navázání kontaktu spíše souhlasí sestry z FN Plzeň – Lochotín, naopak sestry z FN Motol spíše nesouhlasí. Následující položka se zabývala přítomností rodičů během edukace dítěte. Jednoznačně můžeme říci, že s tím souhlasí respondenti z obou fakultních nemocnic. Dle našeho názoru se dítě za přítomnosti rodičů necítí samo, cítí oporu a klid ze svých nejbližších. Rovněž Řezníčková (2013) ve své práci uvádí, že pro děti v tomto věku je vždy lepší edukace spolu s rodiči. Dítě se s rodiči cítí v bezpečí a chráněné. V další položce sestry odpovídaly na dotaz, která osoba provádí na oddělení edukaci dětí. Nejčastěji v obou fakultních nemocnicích edukují všeobecné sestry. Tento výsledek byl očekáván. Především proto, že všeobecných sester je zaměstnáno nejvíce, mají kompetence k edukaci dětí a případnou přípravu na lékařský zákrok budou provádět ony. Domníváme se, že herních terapeutů je stále zaměstnáno velmi málo, což je škoda, bylo by skvělé, kdyby jich bylo více a měli možnost provádět edukace dětí. Soustředili by se na edukace formou her, měli by na edukaci více času, strach dítěte by se možná ještě snížil, v případě edukace prováděné zajímavou formou a herní terapeut může edukaci věnovat více času. Položka 21 se zabývá místem edukace dětí. Nejčastěji respondenti v obou fakultních nemocnicích volili pokoj pacienta. Další nejčastěji volenou odpovědí byla herna. Bylo předpokládáno, že sestry nejčastěji provádí edukaci na pokoji pacienta z důvodu většího soukromí a dále proto, že dítě na pokoji nemá tolik hraček, které by odváděly jeho pozornost. Bohužel ne vždy je dítě hospitalizováno samostatně spolu s rodičem. Edukace probíhající v herně je podle našeho názoru vhodná pro skupinovou edukaci dětí například s chronickým onemocněním. Edukace probíhá delší čas, tudíž koncentrace dětí nemusí být 100% po celou dobu, a tak si může na chvíli odběhnout pohrát. Navíc je herna příjemným místem, tohle prostředí by pro děti mohlo být méně stresující než pokoj pacienta.

Položka 22 se zaměřuje na délku edukace na jednotlivých odděleních fakultních nemocnic. Z výsledků bylo možno říci, že ve FN Motol sestry déle edukují pacienty

hospitalizované na oddělení, které souvisí s pohybovým ústrojím. Domníváme se, že edukace na těchto odděleních musí být daleko rozsáhlejší a důslednější. Překvapivý pro nás byl výsledek z KDHO ve FN Motol. Zde bychom očekávali delší průběh edukace pro závažnost onemocnění. Ve FN Plzeň – Lochotín nejdéle edukují pacienty na Úseku větších a chronicky nemocných dětí. Tento výsledek je jistě ovlivněn edukací chronicky nemocných dětí, u těchto dětí probíhá edukace velmi dlouho a opakovaně. Následující položka se zabývala reedukací dětí v mladším školním věku. Reedukace je velmi důležitá k tomu, aby si dítě mohlo více upevnit získané znalosti, proto jsme předpokládali, že by reedukace měla být prováděna. Samozřejmě musíme brát v potaz, s jakým problémem je dítě hospitalizováno. Výsledek v obou fakultních nemocnicích prokazuje, že sestry reedukaci provádějí. Součástí této položky byla otevřená odpověď, kdy respondenti uváděli délku reedukace. Ve FN Motol i ve FN Plzeň – Lochotín probíhá reedukace nejčastěji 10 minut.

Dále sestry odpovídaly na položku, jakým způsobem si ověřují porozumění předaným informacím u dětí. Ve FN Plzeň – Lochotín si edukátor ověřuje porozumění pouze otázkou: Porozuměl/porozuměla jsi všemu?. Naopak ve FN Motol si sestry ověřují porozumění pokládáním kontrolních otázek. Předpokládali jsme, že pokládání kontrolních otázek je vhodnější, protože se opravdu ujistíme, že dítě porozumělo. Pouze otázkou, zda dítě porozumělo, nemáme jistotu, že dítě mluví pravdu. Opět ale závisí na onemocnění dítěte. V případě, že není třeba, aby dítě porozumělo všemu, tak jistě pouze otázka postačí, pokud si edukátor potřebuje být jist, že dítě porozumělo, tak se nám zdá jako vhodný způsob položit dítěti kontrolní otázky. V položce číslo 24 respondenti odpovídali na položku, zda se setkali s velkým výkyvem nálady u dětí v mladším školním věku, která následně ovlivnila průběh edukace. Ve FN Plzeň – Lochotín odpovídala větší část respondentů, že se s touto situací setkali, než ve FN Motol. Allen a Marotz (2005) ve své knize uvádějí, že výkyvy nálad jsou u dětí v tomto věku běžné, což způsobuje, že se pro dítě z blízkého kamaráda stane najednou nepřítel. Z tohoto důvodu nás zajímalo, zda k takovýmto výkyvům nálad dochází i během edukace dětí. Z odpovědí lze říci, že větší množství respondentů z obou fakultních nemocnic tento stav za dobu praxe zaznamenali. Další položka se zaměřuje na obohacení edukace o aktivity se soutěživým charakterem. Děti v mladším školním věku jsou velmi soutěživé (Lagmeier; Krejčířová, 2006). Průzkum značí, že edukátoři spíše nezapojují aktivity se soutěživým charakterem. Bylo předpokládáno, že tento výsledek ovlivňuje nedostatek času na edukaci a nedostatek

personálu. Domníváme se, že spojit edukaci s aktivitami se soutěživým charakterem by dítě více motivovalo ke koncentraci, aktivity se soutěživým charakterem by zvyšovaly pacientovu aktivitu a dítě by následně mohlo být více hovorné a více znalostí by si zapamatovalo. V položce číslo 27 respondenti odpovídali na položku, zda pozorují rozdíl v délce koncentrace dětí v mladším a předškolním věku. Hrdinová (2018) ve své práci uvádí, že s vyšším věkem dětí roste schopnost koncentrovat se. Sestry z obou fakultních nemocnic projevíly nesouhlas k této položce. Domníváme se, že to může být ovlivněno tím, že často probíhá edukace spolu s rodičem, tudíž sestra nezaznamená značný rozdíl v délce soustředěnosti. Položka 28 poskytla otevřenou odpověď. Respondenti uváděli edukační metodu, kterou během edukace využívají. Zde můžeme zaznamenat velký rozdíl v užití metody rozhovoru. Ve FN Motol byla nejčastěji užívanou metodou. Ve FN Plzeň – Lochotín ji naopak sestry skoro nepoužívaly. Ve FN Plzeň – Lochotín označily sestry za nejčastěji užívanou edukační metodu vysvětlování. Metoda rozhovoru umožňuje větší interakci mezi sestrou a dítětem. Zároveň bylo předpokládáno, že vyžaduje více času, než metoda vysvětlování. Poslední položka poskytla respondentům subjektivně hodnotit efektivitu edukace na oddělení, kde pracují. Odpovědi sester z obou nemocnic se shodovaly a můžeme říci, že edukace na vybraných odděleních je efektivní.

Závěrem bych ráda zhodnotila a porovnala edukační náslechy. Edukace se mi moc líbila v obou nemocnicích. Ráda bych vyzdvihla barevné uniformy ve FN Plzeň – Lochotín, což podle mě na děti působí moc příjemně. Barevných uniforem jsem se ve FN Motol všimla pouze na oddělení Klinické hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol. Dále se mi líbil edukační materiál ve FN Plzeň – Lochotín. Pro děti s onemocněním Diabetes Mellitus je mají hezky připravené. Stejně tak ve FN Motol mají pro diabetické pacienty velmi pěkný edukační materiál: edukační listy, test znalostí, plyšák. Místo edukace zvolené v Herní místnosti, mě zaujalo nejvíce. Měla jsem možnost zúčastnit se edukace individuální i skupinové. Během individuální formy edukace se edukátor soustředí na potřeby a dotazy jednoho jedince. Lépe si ověří, zda edukant všemu porozuměl. Má větší kontrolu nad jeho koncentrací. Tato forma naneštěstí vyžaduje větší množství času. Skupinová forma edukace umožní za krátký čas sdělit informace většímu množství edukantů. Bohužel během této formy nemáme úplnou kontrolu nad tím, zda se všichni edukanti soustředí a všemu rozumí. Navíc skupinová forma edukace vyžaduje, aby edukanti byli podobně věkově staří a potřebovali edukaci ve stejné oblasti. Myslím si, že v obou fakultních nemocnicích byly sestry na edukaci

dobře připravené. S dětmi hovořily hezky, tudíž edukaci v obou nemocnicích hodnotím velmi kladně. I pro mne, jako posluchače, byla edukace vždy přínosná a zajímavá.

3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám

Vzhledem k charakteru stanovených hypotéz, bylo nejvhodnější využít pro vyhodnocení Pearsonův chí-kvadrát test.

Hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.

Tabulka 5 Závislost mezi délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věk (*zdroj: Autor*)

Délka praxe	Edukační metoda praktické cvičení			
		Ano	Ne	Celkem
0 – 5 let	Četnost (n)	8	18	26
	Délka praxe (%)	30,80	69,20	100,00
	Edukační metoda (%)	34,90	20,00	23,00
6 – 15 let	Četnost (n)	5	30	35
	Délka praxe (%)	14,30	85,70	100,00
	Edukační metoda (%)	21,70	33,40	31,10
16 – 25 let	Četnost (n)	3	22	25
	Délka praxe (%)	12,00	88,00	100,00
	Edukační metoda (%)	13,00	24,40	22,00
26 let a více	Četnost (n)	7	20	27
	Délka praxe (%)	25,90	74,10	100,00
	Edukační metoda (%)	30,40	22,20	23,90
Celkem	Četnost (n)	23	90	113
	Délka praxe (%)	20,40	79,60	100,00
	Edukační metoda (%)	100,00	100,00	100,00

1H₀: Neexistuje závislost mezi vyšší délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.

1H_A: Existuje závislost mezi vyšší délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.

$$p = 0,248 > 0,05$$

Nelze přijmout alternativní hypotézu, neexistuje závislost mezi délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věku.

Hypotéza č. 2: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.

Tabulka 6 Závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku (*zdroj: Autor*)

Délka praxe	Edukační metoda vysvětlování			
		Ano	Ne	Celkem
Střední zdravotnická škola	Četnost (n)	18	46	64
	Délka praxe (%)	28,10	71,90	100,00
	Edukační metoda (%)	52,90	58,20	56,60
Vyšší odborná škola zdravotnická	Četnost (n)	7	9	16
	Délka praxe (%)	43,70	56,30	100,00
	Edukační metoda (%)	20,60	11,40	14,20
Vysoká škola, bakalářské studium	Četnost (n)	5	20	25
	Délka praxe (%)	20,00	80,00	100,00
	Edukační metoda (%)	14,70	25,30	22,10
Vysoká škola, magisterské studium	Četnost (n)	4	4	8
	Délka praxe (%)	50,00	50,00	100,00
	Edukační metoda (%)	11,80	5,10	7,10
Vysoká škola, doktorské studium	Četnost (n)	0	0	0
	Délka praxe (%)	0,00	0,00	0,00
	Edukační metoda (%)	0,00	0,00	0,00
Celkem	Četnost (n)	34	79	113
	Délka praxe (%)	30,10	69,90	100,00
	Edukační metoda (%)	100,00	100,00	100,00

2H₀: Neexistuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.

2H_A: Existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.

$$p = 0,235 > 0,05$$

Nelze přijmout alternativní hypotézu, neexistuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku.

Hypotéza č. 3: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi délkou praxe a využitím metody biblioterapie.

Tabulka 7 Závislost mezi délkou praxe a využitím metody biblioterapie (*zdroj: Autor*)

Délka praxe	Využití biblioterapie			
		Ano	Ne	Celkem
0–5 let	Četnost (n)	6	20	26
	Délka praxe (%)	23,10	76,90	100,00
	Využití biblioterapie (%)	33,30	21,10	23,00
6–15 let	Četnost (n)	10	25	35
	Délka praxe (%)	28,60	71,40	100,00
	Využití biblioterapie (%)	55,60	26,30	31,00
16–25 let	Četnost (n)	1	24	25
	Délka praxe (%)	4,00	96,00	100,00
	Využití biblioterapie (%)	5,60	25,30	22,10
26 let a více	Četnost (n)	1	26	27
	Délka praxe (%)	3,70	96,30	100,00
	Využití biblioterapie (%)	5,60	27,40	23,90
Celkem	Četnost (n)	18	95	113
	Délka praxe (%)	15,90	84,10	100,00
	Využití biblioterapie (%)	100,00	100,00	100,00

$3H_0$: Neexistuje závislost mezi délkou praxe a užitím metody biblioterapie.

$3H_A$: Existuje závislost mezi délkou praxe a užitím metody biblioterapie.

$$p = 0,013 < 0,05$$

Lze přijmout alternativní hypotézu, existuje závislost mezi délkou praxe a využitím metody biblioterapie.

Hypotéza č. 4: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.

Tabulka 8 Závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie
(zdroj: Autor)

Dosažené vzdělání	Herní terapie					
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Střední zdravotnická škola	Četnost (n)	19	15	19	11	64
	Dosažené vzdělání (%)	29,70	23,40	29,70	17,20	100,00
	Herní terapie (%)	61,30	53,70	65,60	44,00	56,60
Vyšší odborná škola zdravotnická	Četnost (n)	4	4	4	4	16
	Dosažené vzdělání (%)	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00
	Herní terapie (%)	12,90	14,30	13,80	16,00	14,20
Vysoká škola, bakalářské studium	Četnost (n)	6	8	5	6	25
	Dosažené vzdělání (%)	24,00	32,00	20,00	24,00	100,00
	Herní terapie (%)	19,40	28,60	17,20	24,00	22,10
Vysoká škola, magisterské studium	Četnost (n)	2	1	1	4	8
	Dosažené vzdělání (%)	25,00	12,50	12,50	50,00	100,00
	Herní terapie (%)	6,40	3,60	3,40	16,00	7,10
Vysoká škola, doktorské studium	Četnost (n)	0	0	0	0	0
	Dosažené vzdělání (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Herní terapie (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Celkem	Četnost (n)	31	28	29	25	113
	Dosažené vzdělání (%)	27,40	24,80	25,70	22,10	100,00
	Herní terapie (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4H₀: Neexistuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.

4H_A: Existuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.

$$p = 0,719 > 0,05$$

Nelze přijmout alternativní hypotézu, neexistuje závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie.

Hypotéza č. 5: Lze předpokládat, že existuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie.

Tabulka 9 Závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie (*zdroj: Autor*)

Místo zaměstnání	Herní terapie					Celkem
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
FN Plzeň – Lochotín	Četnost (n)	14	8	11	12	45
	Místo zaměstnání (%)	31,10	17,80	24,40	26,70	100,00
	Herní terapie (%)	45,20	28,60	37,90	48,00	39,80
FN Motol	Četnost (n)	17	20	18	13	68
	Místo zaměstnání (%)	25,00	29,40	26,50	19,10	100,00
	Herní terapie (%)	54,80	71,40	62,10	52,00	60,20
Celkem	Četnost (n)	31	28	29	25	113
	Místo zaměstnání (%)	27,40	24,80	25,70	22,10	100,00
	Herní terapie (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

$5H_0$: Neexistuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie

$5H_A$: Existuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie

$$p = 0,459 > 0,05$$

Nelze přijmout alternativní hypotézu, neexistuje závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie.

3.5.2 Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií

Nestandardizovaný dotazník pro bakalářskou práci byl vytvořen nezávisle na jiných pracích a studiích, tudíž v této části diskuse budou výsledky práce komparovány s pracemi pouze na obdobná témata. Diplomové práce, disertační práce, či průzkum na stejné téma se nepodařilo vyhledat. Ke komparaci výsledků vlastního šetření s výsledky již dříve realizovaných studií tudíž byly zvoleny následující čtyři studie. První studie Zámečkové (2011) na téma *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*, další studii Pillmaierová (2013), jež se zabývala tématem *Problematika záznamů edukačních plánů*. Třetí studii uvádí Rybenská (2014) na téma *Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici*. Poslední studii provedla Slouková (2016) na téma *Role sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii*.

Diplomová práce od Rybenské (2014) na téma *Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici* byla zaměřena na edukaci na ortopedickém oddělení v oblastní a fakultní nemocnici. Konkrétně kvalitu edukace, znalosti o edukaci a průběh edukace u pacientů na již zmíněném oddělení. Ke komparaci byla využita položka o tom, kdo se nejčastěji zabývá edukací pacienta. V jejím průzkumu, pomocí dotazníkového šetření uvádí, že nejčastěji se edukací zabývá sestra. Tento výsledek získala ve fakultní i v oblastní nemocnici. Zjistila, že celkem v 78,87 % případech edukaci provádí sestra. Ve své bakalářské práci bylo porovnáno množství odpovědí, kdy edukaci provádí sestra, nezávisle na fakultní nemocnici získali jsme 83,41 % respondentů. Tudíž výsledky obou šetření se shodují, že edukací pacientů se nejčastěji zabývá sestra.

Práce Zámečkové (2011) *Ošetrovatelská dokumentace v praxi* byla zaměřena spíše na ošetrovatelskou dokumentaci, nežli edukační činnosti. Součástí dotazníkového šetření určeného sestřím z fakultní, krajské a okresní nemocnice v Plzeňském kraji byla položka na téma délky edukace. Dotazovala se, jak dlouho se sestry zabývají edukační činností. V její studii zjistila, že nejvíce sester, celkem 82 %, se věnuje edukaci méně, než 5 minut. V našem průzkumu na položku, jak dlouho se sestry edukací zabývají, odpovídali respondenti otevřenou odpovědí. Při součtu uvedených časových úseků, nezávisle na fakultní nemocnici a oddělení lze říci, že nejvíce se sestry zabývají edukací 10 minut, a to celkem 34,51 % respondentů. V případě, že se zaměříme na konkrétní

nemocnice, můžeme říci, že ve FN Plzeň – Lochotín, nezávisle na oddělení, nejčastěji sestry edukují 10 minut nebo 15 minut, tyto možnosti uvedlo 31,11 % respondentů. Ve FN Motol, nezávisle na oddělení, 36,76 % respondentů uvádí, že nejčastěji edukují 10 minut. Výsledky šetření ukazují, že ve FN Motol a konkrétně ve FN Plzeň – Lochotín edukují pacienti déle, než v nemocnicích Plzeňského kraje zkoumaných Zámečnickovou (2011)

Pillmaierová (2013) ve své práci na téma *Problematika záznamů edukačních plánů*, zkoumala úroveň záznamu edukace v praxi, prováděla kvantitativní průzkum pomocí dotazníkového šetření ve vybraném zdravotnickém zařízení v Plzeňském kraji. Součástí průzkumu byla položka zabývající se edukačními metodami, jimiž sestry edukují pacienty. Respondenti zde měli možnost odpovídat více než jednou možností. Za nejčastěji volenou edukační metodu sestry označily metodu rozhovoru, celkem 76 krát. V našem průzkumu sestry odpovídaly otevřenou odpovědí a měly uvést průběh edukace a metodu, kterou využívají. Nezávisle na místě zaměstnání respondenti uvedli za nejčastěji využívanou edukační metodu vysvětlování, a to celkem 30,09 %. Metodu rozhovoru uvedlo pouze 17,70 % respondentů.

Slouková (2016) prováděla studii ve své práci na téma *Role sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii*. Slouková zjišťovala efektivnost, kvalitu a obsah edukace pacientů před anestezií na ortopedickém oddělení. Průzkum opět prováděla dotazníkovým šetřením určeným pro sestry z ortopedického oddělení. Ke komparaci byla využita položka zabývající se nejčastější formou edukace pacienta. Slouková uvádí, že nejčastěji probíhá edukace individuální formou. Takto odpovědělo 95,35 % respondentů, skupinovou formu edukace volilo 4,65 % respondentů. Hromadnou formu edukace nezvolil žádný respondent. Tyto odpovědi byly porovnány s naším průzkumem, konkrétně s položkou 17, v této položce měl respondent uvést, zda si myslí, že individuální forma edukace je výhodnější, než skupinová, či hromadná. Celkem 68,14 % respondentů s tímto výrokem souhlasilo. Lze říci, že individuální forma edukace, je vhodnější nejen u dospělých pacientů, ale také u dětských pacientů v mladším školním věku.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala Specifiky edukačního procesu u dětí v mladším školním věku. Centrem zájmu této práce bylo zmapovat způsoby edukačního procesu u dětských pacientů v konkrétním věku. Zjistit nejefektivnější edukační způsob, dále způsoby edukace a jejich srovnání ve dvou fakultních nemocnicích. Dalším cílem bylo do práce zapojit dětské pacienty, proto byl proveden edukační náslech v obou fakultních nemocnicích. Na základě stanovených cílů byly následně zformulovány pracovní hypotézy. Domníváme se, že cíle práce byly splněny.

Na počátku bakalářské práce jsme se zabývali edukačními pojmy, edukačními formami, edukačními metodami, edukačními pomůckami, faktory mající vliv na edukaci, poté jednotlivými vývojovými etapami člověka a v neposlední řadě edukačním procesem.

Pro splnění předem stanovených cílů byl vytvořen nestandardizovaný dotazník. Dotazník byl distribuován do rukou všeobecných a praktických sester ve FN Motol a FN Plzeň – Lochotín. Celkem odpovědělo 113 respondentů, konkrétně 68 sester ve FN Motol a 45 sester ve FN Plzeň – Lochotín. Následně byly znázorněny výsledky dotazníkového šetření do sloupcových grafů, či tabulek a vybrané položky komparovány s výsledky dříve realizovaných prací.

Z výsledků, které přinesly nestandardizované dotazníky, jsou patrné pouze malé rozdíly. Sestry v obou fakultních nemocnicích prokazují určité teoretické znalosti v oblasti edukace. Respondenti v obou fakultních nemocnicích edukují dětské pacienty individuálně, nejčastěji na pokoji pacienta a preferují edukaci spolu s rodiči dítěte. Edukační pomůcky užívané během edukace dětí jsou obdobné. Převážně se využívají hry, plyšák, či panenka. Tyto edukační pomůcky patří k finančně dobře dostupným. Navíc děti tyto předměty znají z domova, tudíž by dítěti mohly z části nasimulovat domácí prostředí. V dnešní době existuje velké množství her, které je možné využít. Je třeba zdůraznit, že hry jsou z hlediska časového náročnější. Také příprava musí být důsledná, zároveň v případě dostatečné přípravy může hra posloužit, jako velmi účinný prostředek, který lze využít během individuální, ale i skupinové formy. Biblioterapie nepatří ani v jedné nemocnici k velmi využívaným. Informovanost o terapii hrou byla prokázána pouze u poloviny sester v obou fakultních nemocnicích. Může tomu být z důvodu nedostatečného vybavení pracoviště, proto ani sestry následně nejsou informovány.

Edukační metody využívané v těchto dvou nemocnicích se nijak výrazně neliší. Až na výjimku, že za nejvhodnější edukační metodu ve FN Plzeň – Lochotín považují vysvětlování, naopak ve FN Motol preferují edukační metodu rozhovoru. Domníváme se, že metoda rozhovoru je vhodnější. Edukace rozhovorem zvyšuje interakci mezi sestrou a pacientem. Pacient se ihned může dotazovat, projevit svůj názor, sdělit informace. Naopak během vysvětlování pacient poslouchá a pouze v závěru získá prostor na dotaz. V tuto chvíli již některé otázky zapomene a předpokládáme, že i když je metoda rozhovoru časově náročnější, tak rozhodně bude efektivnější a mohla by snížit délku reedukace. V neposlední řadě můžeme říci, že s edukací jsou spokojeni téměř všichni respondenti z FN Motol i FN Plzeň – Lochotín.

V dotazníku byla uvedena položka, kdy sestry měly uvést edukační metodu, kterou využívají, a popsat průběh edukace. Bohužel průběh edukace popsalo pouze pět respondentů, zbytek respondentů na druhou část položky neodpovědělo. Měli jsme spíše volit rozhovor pro zjištění této informace. Tento nedostatek by mohl být podnětem pro příští průzkumná šetření, jelikož informace od pěti respondentů byly i tak moc zajímavé a inspirativní.

Závěrem lze poukázat, že edukace je velmi důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Je třeba, aby se edukátor sebevzdělával, měl k dispozici dostatek edukačních pomůcek, protože kvalitně připravená edukace, správný průběh, dostatek času, vhodně zvolené edukační pomůcky a metoda, to vše je základem úspěšného edukačního procesu. Můžeme říci, že správně provedená edukace snižuje strach dítěte z lékařského zákroku, či ošetření u lékaře. Edukace je velmi důležitou součástí života nás všech. Přeci jen se člověk s edukací setkává nejen v nemocnici, ale i v osobním životě. Ovlivňuje nás všechny, jen se skrývá například za pojmem „učení“.

REFERENČNÍ SEZNAM

ALLEN, K. Eileen a Lynn R. MAROTZ. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-614-4.

ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*: 10. vydání. Praha: Grada, 2007, 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.

BEDNÁŘOVÁ, Jiřina, Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. 218 s. ISBN 9788026606581.

BROWN Chris, CHITKARA Maribeth B., PERCELAY Jack M., BETTS James M., CHITKARA Maribeth B., JEWELL Jennifer A., PREUSCHOFF Claudia K., RAUCH Daniel A. a SALERNO Richard A. Child Life Services. *Pediatrics*, 2014, 133, v. 5, p. E1471–E1478.

CLARK, Ruth Colvin a Richard E. MAYER. *E-learning and the science of instruction: proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning*. Fourth edition. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2016, 502 p. ISBN 9781119158660.

FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2017, 336 s. ISBN 978-80-7452-130-0.

FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 212 s. ISBN 80-8063-227-8.

HRDINOVÁ, Alžběta. *Média v životě dítěte předškolního věku* [online]. Zlín, 2018. [cit. 2019-04-02]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Roman Božík, Ph.D. Dostupné z: <https://portal2.utb.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetřovatelství*. 1. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

MAGUROVÁ, Dagmar a MAJERNÍKOVÁ Ludmila. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010, 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. *Komplexně pojatá psychosociální péče o hospitalizované dítě* [online]. Praha, 2013. [cit. 2019-04-02]. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Petráková. Dostupné z: http://www.pvpsps.cz/data/2016/12/16/14/reznickova_bc._-_2013.pdf

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kolektiv. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3592-4.

SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. Praha: Galén, ©2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAUEROVÁ, Markéta (2012): *Vliv vývoje sociálních interakcí dětí mladšího školního věku na možnosti podpory čtenářské gramotnosti v rodinné edukaci*. Časopis Pedagogika, Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, s. 126-136.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Průvodce dětským světem*. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče, 192 s. ISBN 978-80-247-1907-8.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.

TOMOVÁ, Šárka. *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 1. Praha: Univerzita Karlova, Ústřední knihovna, 2017 [cit. 2018-04-06]. ISBN 978-80-88176-12-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ZORMANOVÁ, Lucie. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada), 240 s. ISBN 8024745909.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pohlaví respondentů (<i>zdroj: Autor</i>)	38
Obrázek 2 Klasifikace dle místa zaměstnání (<i>zdroj: Autor</i>)	38
Obrázek 3. Klasifikace dle délky zaměstnání (<i>zdroj: Autor</i>)	39
Obrázek 4 Dosažené vzdělání (<i>zdroj: Autor</i>)	40
Obrázek 5 Způsoby komunikace (<i>zdroj: Autor</i>)	41
Obrázek 6 Definice edukace (<i>zdroj: Autor</i>)	42
Obrázek 7 Situace vhodná pro edukaci dítěte (<i>zdroj: Autor</i>)	43
Obrázek 8 Využívané edukační prostředky (<i>zdroj: Autor</i>)	44
Obrázek 9 Literatura využívaná během biblioterapie (<i>zdroj: Autor</i>)	45
Obrázek 10 Edukační forma během biblioterapie (<i>zdroj: Autor</i>)	46
Obrázek 11 Diskuse po ukončení biblioterapie (<i>zdroj: Autor</i>)	47
Obrázek 12 Informovanost o terapii hrou (<i>zdroj: Autor</i>)	48
Obrázek 13 Terapie hrou za přítomnosti rodičů (<i>zdroj: Autor</i>)	49
Obrázek 14 Techniky terapie hrou (<i>zdroj: Autor</i>)	50
Obrázek 15 Užívané pomůcky během terapie hrou (<i>zdroj: Autor</i>)	51
Obrázek 16 Vhodný způsob edukace dětí v mladším školním věku (<i>zdroj: Autor</i>) ..	52
Obrázek 17 Individuální forma edukace (<i>zdroj: Autor</i>)	53
Obrázek 18 Oslovení edukátora (<i>zdroj: Autor</i>)	54
Obrázek 19 Edukace dětského pacienta spolu s rodiči (<i>zdroj: Autor</i>)	55
Obrázek 20. Osoba edukující dětského pacienta (<i>zdroj: Autor</i>)	56
Obrázek 21 Vhodný prostor k edukaci dětského pacienta v mladším školním věku (<i>zdroj: Autor</i>)	57
Obrázek 22 Reedukace dětských pacientů (<i>zdroj: Autor</i>)	60
Obrázek 23 Způsob ověření porozumění (<i>zdroj: Autor</i>)	61
Obrázek 24 Výkyvy nálad u dětských pacientů (<i>zdroj: Autor</i>)	62
Obrázek 25 Aktivity se soutěživým charakterem (<i>zdroj: Autor</i>)	63
Obrázek 26 Rozdíl v délce edukace (<i>zdroj: Autor</i>)	64
Obrázek 27 Edukační metody (<i>zdroj: Autor</i>)	65
Obrázek 28 Zhodnocení edukace (<i>zdroj: Autor</i>)	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Respondenti ve FN Motol (<i>zdroj: Autor</i>).....	58
Tabulka 2 Respondenti ve FN Plzeň – Lochotín (<i>zdroj: Autor</i>)	59
Tabulka 3 Odpovědi respondentů ve FN Motol (<i>zdroj: Autor</i>)	60
Tabulka 4 Odpovědi respondentů ve FN Plzeň – Lochotín (<i>zdroj: Autor</i>).....	61
Tabulka 5 Závislost mezi délkou praxe a využitím edukační metody praktického cvičení u dětí v mladším školním věk (<i>zdroj: Autor</i>)	76
Tabulka 6 Závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím edukační metody vysvětlování u dětí v mladším školním věku (<i>zdroj: Autor</i>).....	77
Tabulka 7 Závislost mezi délkou praxe a využitím metody biblioterapie (<i>zdroj: Autor</i>)	78
Tabulka 8 Závislost mezi dosaženým vzděláním a využitím metody herní terapie (<i>zdroj: Autor</i>)	79
Tabulka 9 Závislost mezi místem zaměstnání a využitím metody herní terapie (<i>zdroj: Autor</i>)	80
Tabulka 10 Materiál k edukačnímu náslechu (<i>zdroj: Autor</i>)	99

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Nestandardizovaný dotazník

Příloha č. 2: Edukační následek

Příloha č. 3: Žádost o schválení dotazníkového šetření ve FN Motol

Příloha č. 4: Žádost o schválení dotazníkového šetření ve FN Plzeň – Lochotín

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Nestandardizovaný dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Lucie Randová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V současné době zpracovávám bakalářskou práci s názvem „Specifika edukačního procesu u dětských pacientů v mladším školním věku“. Ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění mého dotazníku zaměřeného na způsoby edukačního procesu u dětí v mladším školním věku. Cílem mé práce je zjistit, jaký způsob edukace je u pacientů této věkové kategorie nejčastěji využíváný a zda se způsob edukace mezi FN Motol a FN Plzeň – Lochotín liší. Přínosem zpracovaných dat z dotazníkového šetření bude snadnější rozhodování při volbě metod edukačního procesu. Dotazníkové šetření je anonymní. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas s využitím Vámi poskytnutých anonymních informací pro zpracování bakalářské práce, dále také pro uveřejnění závěrů vyplývajících z práce.

Předem Vám děkuji za čas, který mému dotazníku budete věnovat a také za ochotu.

Lucie Randová

1) Uved'te Vaše pohlaví.

Žena

Muž

2) Ve které fakultní nemocnici jste zaměstnaný/á?

FN Plzeň – Lochotín

FN Motol

3) Jak dlouhou dobu jste zaměstnán/a ve zdravotnictví?

0–5 let

6–15 let

16–25 let

26 let a více

4) Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

Střední zdravotnická škola

Vyšší odborná škola zdravotnická

Vysoká škola, bakalářské studium

Vysoká škola, magisterské studium

Vysoká škola, doktorské studium

5) Co je podle Vašeho názoru nejdůležitější během komunikace s dětským pacientem v mladším školním věku (6 – 11let)? Můžete zvolit více odpovědí.

- Projevit lítost a připravit pacienta na bolest.
- Používat jednoduchý slovník a krátké srozumitelné věty, chválit pacienta za jakékoli úsilí a činnost.
- Přistupovat k dítěti, jako k malému dospělému a nelhat dětskému pacientovi.
- Při navázání kontaktu využívat hračky, knihy, obrázky, zajímat se o to, co má dítě rádo. Snažit se dát dítěti najevo, že není na situaci samo.

6) Jakým termínem byste definoval/a pojem edukace?

- Edukace se zabývá výukou, či výchovou pacienta, která umožňuje zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Cílem edukace je sebevzdělávání a informovanost.
- Edukace se nezabývá výchovou, ale pouze výukou pacienta, která umožňuje zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Cílem edukace je vzdělání.
- Edukace se zabývá výukou, či výchovou pacienta, která umožňuje zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Cílem edukace je vzdělání a vychování.
- Edukace se nezabývá výukou, ale pouze výchovou, která umožňuje zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Cílem edukace je vychování.

7) V jaké situaci je, dle Vašeho názoru, vhodné edukovat dětského pacienta mladšího školního věku? Můžete zvolit více odpovědí.

- Při sdělení diagnózy
- V průběhu hospitalizace
- Při hromadných besedách
- Při jednotlivých kontrolách

8) Jaké edukační prostředky se Vám zdají pro dětského pacienta v mladším školním věku nejefektivnější? Můžete zvolit více odpovědí.

- Audiokniha
- Biblioterapie
- Brožura a další propagační materiál
- Časopis
- Hra
- Panenka, plyšák
- Počítač, internet
- Video
- Jiné _____

9) Pokud považujete biblioterapii za efektivní, uveďte prosím, jakou knihu využíváte na Vašem oddělení nejčastěji během edukace dětského pacienta v mladším školním věku. V případě, že jste v předchozí otázce ne zvolil/a biblioterapii pokračujte otázkou číslo 12.

- Benjamín
- Bibiana píská na rty
- Filipova dobrodružství
- Filipova další dobrodružství
- Heřmánek a Mařinka
- Pět minut před večerí
- Jiné _____

10) Jakou formou probíhá biblioterapie na Vašem oddělení?

- Individuálně
- Skupinově
- Hromadně

11) Snažíte se, s dětským pacientem / dětskými pacienty v mladším školním věku, po ukončení biblioterapie diskutovat o pohádce? O tom, jak se hlavní hrdina pohádky v konkrétní situaci cítil?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

12) Máte bližší informace o tzv. terapii hrou? Zvolíte-li možnost spíše ne, či ne, pokračujte otázkou číslo 16.

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Spíše ano |
| <input type="checkbox"/> Spíše ne | <input type="checkbox"/> Ne |

13) Upřednostňujete přítomnost rodičů během terapie hrou?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Spíše ano |
| <input type="checkbox"/> Spíše ne | <input type="checkbox"/> Ne |

14) Jakou z následujících technik terapie hrou využíváte nejčastěji u dětí v mladším školním věku?

- Hra s maňásky
- Koláž
- Kresba začarované rodiny
- Pozorování
- Rozhovor
- Jiné _____

15) Jaké pomůcky využíváte během terapie hrou? Možnost zvolit více odpovědí.

- Fotografie
- Chirurgické rukavice
- Injekční stříkačka
- Maňásci
- Náplasti
- Obvaz
- Omalovánky
- Operační čepice
- Panenka
- Pastelky a papír
- Ústenka
- Žádné

16) Pro děti v mladším školním věku je sociální kontakt velmi důležitý, myslíte si, že u dětí v mladším školním věku by bylo přínosnější a příjemnější, aby se na oddělení edukovali pacienti skupinově, či hromadně?

- Ano Spíše ano
 Spíše ne Ne

17) Domníváte se, že individuální edukace, dítěte v mladším školním věku, je výhodou?

- Ano Spíše ano
 Spíše ne Ne

18) Představujete se dítěti v mladším školním věku křestním jménem (dítě Vás následně může křestním jménem oslovovat)?

- Ano Spíše ano
 Spíše ne Ne

19) Edukujete spolu s dětským pacientem také rodiče?

- Ano Spíše ano
 Spíše ne Ne

20) Která osoba, z následujících možností, vykonává na Vašem oddělení edukaci dětského pacienta v mladším školním věku? Můžete zvolit více odpovědí.

- Herní terapeut
 Praktická sestra
 Všeobecná sestra
 Jiná osoba _____

21) Kde na Vašem oddělení dochází k edukaci dětského pacienta mladšího školního věku? Můžete zvolit více odpovědí.

- Edukační místnost Herna
 Jídelna, společenská místnost Pokoj pacienta

22) Jak dlouho edukujete dětského pacienta mladšího školního věku?

Označte prosím oddělení, na kterém pracujete a napište, kolik minut věnujete edukaci dětského pacienta mladšího školního věku.

FN Motol

Dětské kardiocentrum 2. LF UK a FN Motol

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

- Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol
- Neurochirurgická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol
- Oční klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol
- Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol
- Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Stomatologická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol

FN Plzeň – Lochotín

- Chirurgická klinika
- Neurologická klinika
- Klinika ortopedie a traumatologie
- Úsek větších a chronicky nemocných dětí

- Edukace probíhá: denně
- několikrát týdně
- jednou za čtrnáct dní

Edukaci je na našem oddělení věnováno _____ minut.

23) Provádíte opakovaný edukační proces dětského pacienta v mladším školním věku?

- Ano, uveďte prosím časový úsek, jak dlouho trvá reedukace dětského pacienta v mladším školním věku _____.
- Spíše ano, uveďte prosím časový úsek, jak dlouho trvá reedukace dětského pacienta v mladším školním věku _____.
- Spíše ne
- Ne

24) Jakým nejčastějším způsobem si ověřujete, zda dětský pacient v mladším školním věku předaným informacím porozuměl?

- Neověřuji si
- Otázkou: Porozuměl/a jsi všemu?
- Pokládáním kontrolních otázek
- Testem
- Jiné _____.

25) U dětských pacientů v mladším školním věku dochází k velkým výkyvům nálad. Následně se může stát, že během chvilky se dobrá nálada změní ve špatnou. Setkal/a jste se již s výrazným výkyvem nálady u dětského pacienta v mladším školním věku, který později zapříčinil změnu jeho přístup k Vám samotným a poté měl dopad i na celkový průběh edukace?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26) Pro děti v mladším školním věku je typické, že jsou velmi soutěživé. Snažíte se v rámci Vaší edukační činnosti zapojit také aktivity se soutěživým charakterem?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

27) Děti v mladším školním věku jsou schopny se déle koncentrovat, zaznamenáváte rozdíl v délce edukace dětí v mladším školním věku oproti dětem v předškolním věku?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

28) Uved'te prosím název edukační metody (např. instruktáž a praktická cvičení, předvedení a pozorování, diskuse, konzultace, vysvětlování, práce s textem, rozhovor aj.), která se na Vašem oddělení využívá a následně prosím popište průběh edukace dětského pacienta v mladším školním věku.

29) Myslíte si, že je edukace dětského pacienta v mladším školním věku na Vašem oddělení efektivní?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Vážená kolegyně, vážený kolego,

ráda bych Vám poděkovala za vyplnění anonymního dotazníku a prosím Vás o předání Vaší vrchní nebo staniční sestře nejpozději do 30. 10. 2018.

S pozdravem,

Lucie Randová

MATERIÁL K EDUKAČNÍMU NÁSLECHUTabulka 10 Materiál k edukačnímu náslechu (*zdroj: Autor*)

Věk pacienta.	
Oddělení, kde byl náslech proveden.	
Jaká edukační metoda byla při edukaci využita.	

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
1A Zvolila sestra správné místo pro edukaci pacienta.				
2A Sestra se pacientovi při setkání mile představila.				
3A Uniforma sestry byla něčím zpestřena (barevná halena, barevné hodinky), či u sebe sestra nosí nějaký předmět, čím by pacienta odreagovala.				
4A Snažila se udržovat oční kontakt a milý úsměv.				
5A Pokusila se s pacientem udržovat kontakt ve stejné výšce (posadí se, aj.).				
6A Komunikovala s pacientem s ohledem k jeho věku (jednoduše, zřetelně, krátké věty).				
7A Vysvětlila pacientovi, co se bude dít dál, jak dlouho vše bude trvat (s ohledem na diagnózu pacienta).				
8A Nezahlávala pacientovi aktuální stav.				
9A Pokládala pravidelně pacientovi otázky, aby si byla jista, že ji poslouchal a porozuměl.				
10A Snažila se pacientovi dát najevo, že na danou situaci není sám.				
11A Pacienta slovně chválila v průběhu edukace.				
12A Během edukace využila edukační materiál (hra, brožura, kniha, video, tablet, aj.)				
13A Při edukaci se sestra snažila navázat nezávazný rozhovor, aby pacienta uklidnila.				
14A Byly na pacientovi znát známky stydlivosti?				
15A Sestra do edukačního procesu začlenila i pacientovi blízké (rodič, prarodič, sourozenec).				
16A Reagoval pacient na edukaci pozitivně?				

Příloha č. 3: Žádost o schválení dotazníkového šetření ve FN Motol

Lucie Randová
bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra
2. lékařská fakulta UK v Praze
kontaktní email: RandovaLucie@seznam.cz

X-X

V Praze, dne 16. října 2018

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 – Motol

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací k tématu „Specifika edukačního procesu u dětských pacientů v mladším školním věku“ u zaměstnanců Fakultní nemocnice v Motole v rozsahu přiloženého dotazníku. Data získaná pomocí dotazníku by mohla být přínosná pro rychlejší rozhodování při volbě edukačního procesu, a proto bych Vás chtěla požádat, zda by bylo možné zadat dotazník všem všeobecným i praktickým sestram zaměstnaným ve FN Motol prostřednictvím dotazníku v papírové formě.

S poděkováním a s pozdravem

Lucie Randová
studentka 3. ročníku

X-X

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádosti vyhovět doporučuji.

V Praze, dne 12. září 2018

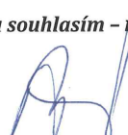
PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.
Ústavu ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
vedoucí bakalářské práce

X-X

Stanovisko náměstkyně pro ošetrovatelskou péči:

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne 19. 11. 2018


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Příloha č. 4: Žádost o schválení dotazníkového šetření ve FN Plzeň – Lochotín



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Lucie Randová
Studentka oboru Všeobecná sestra
2. Lékařská fakulta
Univerzita Karlova

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným / dětským sestřám pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – dětská, chirurgická, neurologická, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí.*

Dále se můžete zúčastnit edukace pacientů na Dětské klinice, v roli pozorovatele.

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Specifika edukačního procesu u dětských pacientů v mladším školním věku*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Výstupy edukačních násleďů budete před zveřejněním ve Vaší bakalářské práci **konzultovat s vrchní sestrou DK, paní Mgr. Romanou Sedláčkovou**.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči** FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, a to nejdéle k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pocíťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

19. 11. 2018