

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství



**Veronika Šťastná**

**Sestra jako edukátorka v ordinaci praktického lékaře, realita  
nebo mýtus?**

*Nurse as educator in general practitioner's office, a myth or reality?*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2014

Autor práce: **Veronika Šťastná**

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: UK v Praze, 3. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant: **PhDr. Hana Janečková, Ph.D.**

Pracoviště odborného konzultanta: UK v Praze, 3. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 10. května 2014

Veronika Šťastná

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. za podporu, trpělivost a projevový individuální přístup, který mne během psaní často motivoval. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za cenné připomínky, zejména k metodické části práce. Obrovské díky patří mému příteli a mé prvorozené dcerce Evelynce, která se mi během studií narodila. Oba mi byli velkou podporou a morální vzpruhou v těžkých chvílích. Zbytku mé rodiny pak děkuji za pomoc při organizování času nezbytnému ke studiu a nasazení, se kterým mi v průběhu celého studia drželi palce.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1. HLAVNÍ POJMY V EDUKACI</b> .....	<b>11</b>
1.1 Co je to edukace?.....	11
1.2 Další důležité pojmy v edukaci .....	12
1.3 Typy edukace .....	13
<b>2. POTŘEBA EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ</b> .....	<b>14</b>
2.1 Preventivní programy .....	14
2.2 Vliv edukace na celkovou harmonizaci osobnosti pacienta .....	15
<b>3. SESTRA A EDUKACE</b> .....	<b>16</b>
3.1 Ideální vlastnosti a dovednosti sestry edukátorky .....	16
3.2 Sestra a edukace v rámci aktuálního dění .....	17
3.3 Aktivity sestry v přípravě na edukační proces .....	17
3.3.1 Předpoklady pro úspěšnou edukaci a její zásady .....	17
3.3.2 Příprava edukanta .....	18
3.3.3 Motivace.....	18
<b>4. EDUKAČNÍ PROCES V OŠETŘOVATELSTVÍ A JEHO FÁZE</b> .....	<b>20</b>
4.1 První fáze edukačního procesu – posouzení pacienta .....	20
4.2 Druhá fáze edukačního procesu – stanovení edukační diagnózy .....	21
4.3 Třetí fáze edukačního procesu – plánování a stanovení cílů .....	21
4.3.1 Stanovení cílů a individualita jedince .....	21
4.3.2 Rozdělení cílů dle jednotlivých oblastí.....	22
4.4 Čtvrtá fáze edukačního procesu – realizace .....	23
4.5 Pátá fáze edukačního procesu – vyhodnocení a reflexe .....	23
<b>5. EDUKACE V OBORU PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ PRO DOSPĚLÉ</b> .....	<b>25</b>
5.1 Druhy prevence v primární péči .....	25
5.1.1 Primární prevence.....	25
5.1.2 Sekundární prevence.....	25
5.2 Výhody péče o pacienty v oblasti praktického lékařství .....	26
5.3 Specifika práce sestry v ordinaci PL .....	26

5.3.1	Sestra a edukační materiály.....	27
5.4	Kulturně senzitivní ošetřovatelství.....	27
5.5	Zevní faktory v primární péči a jejich negativní dopad na edukaci ..	28
<b>6.</b>	<b>PRÁVNÍ A ETICKÉ ASPEKTY EDUKACE.....</b>	<b>29</b>
6.1	Edukace a její zakotvení v legislativě.....	29
6.2	Etika a morálka v edukaci.....	30
<b>7.</b>	<b>KOMUNIKACE.....</b>	<b>32</b>
7.1	Komunikace v ošetřovatelské péči .....	32
7.2	Komunikace v ambulantní složce péče.....	32
7.3	Funkce komunikace .....	33
7.4	Druhy komunikace .....	33
7.4.1	Verbální komunikace .....	33
7.4.1.1	Komunikace a vhodná doporučení pro praxi.....	34
7.4.1.2	Verbální komunikační dovednosti .....	34
7.4.2	Neverbální komunikace .....	35
7.5	Komunikace v edukaci.....	35
<b>II.</b>	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>8.</b>	<b>METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI .....</b>	<b>39</b>
8.1	Hlavní cíl a výzkumné otázky.....	39
8.2	Charakteristika vzorku respondentů.....	40
8.3	Metodika a organizace průzkumného šetření.....	40
8.3.1	Charakteristika dotazníku.....	40
8.3.2	Způsob distribuce a následného sběru dat.....	41
8.3.3	Zpracování dat .....	41
<b>9.</b>	<b>VÝSLEDKY STUDIE A JEJICH INTERPRETACE .....</b>	<b>43</b>
9.1	Základní údaje o respondentech.....	43
9.1.1	Rozdělení respondentů dle pohlaví a věku.....	44
9.1.2	Rozdělení respondentů dle vzdělání .....	45
9.2	Edukace sestrou v ordinaci PL a její průběh.....	45
9.2.1	Nejčastější důvody návštěvy ordinace PL.....	45
9.2.2	Edukuje častěji lékař či sestra?.....	47
9.2.3	Témata, o kterých byli pacienti informováni sestrou .....	48

9.2.4	Schopnost sestry podat informace o výše uvedených edukačních tématech .....	49
9.2.5	Výzva k podpisu pacienta do dokumentace po provedené edukaci.....	50
9.2.6	Jakým způsobem sestra informace předává .....	50
9.2.7	Dodržování zásady zpětné vazby .....	52
9.3	Důvěra pacientů ve znalosti a dovednosti sestry.....	53
9.3.1	Důvěra ve validitu informací poskytnutých sestrou .....	53
9.3.2	Znalost respondentů nejvyššího dosaženého vzdělání sestry.....	55
9.3.3.	Celoživotní vzdělávání sestry v ordinaci PL z pohledu respondentů .....	56
9.4	Sestra a vliv jejího působení v ordinaci PL.....	56
9.4.1	Edukační bariéry v prostředí ordinace PL.....	57
9.4.2	Schopnost sestry srozumitelně komunikovat .....	58
9.4.3	Přítomnost volně přístupných informačních materiálů v ordinaci PL.....	58
9.4.4	Návrhy na zlepšení informovanosti respondentů .....	60
9.4.5	Hodnocení respondentů nejvíce ceněných znalostí a dovedností sestry pracující u jejich PL .....	61
9.4.6	Možnost vlastního komentáře k práci všeobecné sestry v ordinaci PL.....	61
<b>10.</b>	<b>ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....</b>	<b>63</b>
<b>11.</b>	<b>DISKUZE A SOUHRN .....</b>	<b>68</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>73</b>
	<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>84</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>85</b>

## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Sestra jako edukátorka v ordinaci praktického lékaře – realita nebo mýtus?

Je jedním z nabízených témat pro letošní rok a oslovilo mne mimo jiné i proto, že se týká mého momentálního pracovního zařazení. Je neoddiskutovatelné, že edukace sestrou je dnes na zcela jiné úrovni, než tomu bylo před několika desítkami let. Rozvoji této oblasti moderního ošetrovatelství, jakou edukace bezesporu je, napomáhá i fakt, že je jednou z náplní sesterské práce, která je i legislativně ošetřena. Každá sestra, ať již pracuje v jakémkoliv zdravotnickém zařízení, by ji měla ve své práci zcela běžně provádět. Ruku v ruce s edukací tedy vzrostla i potřeba neustálého vzdělávání zdravotníků, neboť jen ten, kdo ví a zná, může předávat validní informace, zkušenosti a dovednosti dál svým pacientům a být jim styčným důstojníkem v nepřehledných situacích. Na zdravotníky jsou v dnešní době kladeny stále vyšší nároky, jak se orientovat v neustále se měnícím medicínském a ošetrovatelském prostředí.

Nedávno mne zaujala informace o sestrách, které působí v centru pro odvykání tabáku v Praze. Jejich odhodlání a láska k zaměstnání je vedlo k úžasnému a originálnímu nápadu. Přemýšlely, jak nejlépe předat informace o prevenci a péči o zdraví zcela jiným a hlavně pro občany atraktivním způsobem. Z tohoto úsilí vzešel tzv. SestraFest, čili festival ošetrovatelství. Občané měli možnost se asi v 25 odborných stáncích dozvědět více o prevenci, první pomoci, ale i edukaci o různých problémech se zdravotní tematikou. Součástí byly také sportovní a hudební akce pro širokou veřejnost. Bohužel v roce 2013 se tento festival nekonal pro nedostatek finančních prostředků, ale v minulosti již proběhl čtyřikrát. K této myšlence bych jen chtěla dodat, že nezáleží na tom, ve které oblasti zdravotnictví působíme, ale na tom, s jakým odhodláním a nasazením se své práci věnujeme. Je osvěžující, když se někdo vymyká z řady a udělá něco navíc, prostě jen proto, že může a chce. Kéž by v naší profesi bylo více takovýchto sester, pro které je edukace nejen povinností, ale umí ji také podat příjemným způsobem.

Cílem mé práce je zjistit, zda a jak edukace sestrou v ordinacích praktických lékařů probíhá, jakých témat se týká a zejména to, jak ji vnímají



pacienti, kteří do ordinace docházejí. Jsou s mírou informací spokojeni? Považují sestru za kompetentní osobu v otázce informovanosti, či je to pouze lékař, kterému důvěřují? Těmito a dalšími otázkami se ve své práci zabírám. Výzkumné šetření jsem provedla se souhlasem mé registrující praktické lékařky viz Příloha č.3.

## **I. Teoretická část**

Diabetik, který ví nejvíce, žije nejdéle.

E. P. JOSLIN (46, str. 238)

V teoretické části se zaměřím především na edukaci v ošetrovatelství jako takovou, etiku a legislativu spojenou s edukací, komunikaci, která s ní úzce souvisí a problematiku primární péče.

# 1. Hlavní pojmy v edukaci

Pro usnadnění orientace v dané tématice uvádím výčet nejdůležitějších, nikoliv však vyčerpávajících pojmů, se kterými se můžeme v edukaci setkat. Uvádím zejména ty, které používám ve své práci.

## 1.1 Co je to edukace?

Pokud budeme pátrat v informačních zdrojích po tom, co vlastně slovo edukace znamená, pravděpodobně narazíme na výklad slova z latinského **educō**, **educare**, které přeložíme jako vychovávat či vést vpřed. Další vysvětlení pojmu můžeme nalézt odvozením od anglického pojmu **education**, který se neodlišuje od vzdělávání. V obou výše zmíněných případech se tedy dostaneme k závěru, že edukací se rozumí systematický výchovně vzdělávací proces jedince či skupiny jedinců. (1, 2)

V edukaci se snažíme o výchovu klienta k aktivnímu a samostatnějšímu přístupu nejen ke svému onemocnění, ale i ke vztahu ke svému zdraví celkově. Tímto ho učíme přebírat větší odpovědnost v péči o sebe. Nejedná se pouze o získání nových informací, ale klient jim musí i porozumět a umět je aplikovat v praxi. (5, 46)

Ten, kdo edukuje, v našem případě tedy sestra, se stává trpělivým a laskavým průvodcem, který pomáhá, radí, učí a vede pacienta k cíli, který by se podobně jako u vedení dětí dal definovat hlavním mottem Marie Montessori, jež zní: „*Pomoz mi, abych to dokázal sám.*“ (4)

Juřeníková uvádí, že: „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (1, str. 9)

Edukace však není jen pojmem. Jedná se o systematicky propracovaný tzv. edukační proces, který má své zákonitosti a určité fáze. Kdo by přeci jen tápal v určení jednotlivých fází a vůbec orientaci v tomto tématu, tomu si dovoluji předložit myšlenku zmíněnou Juřeníkovou, že edukační proces se ve svých fázích velmi podobá procesu ošetrovatelskému, u kterého si trůfám tvrdit, že si jej každá moderní sestra dokáže vybavit (1).

## 1.2 Další důležité pojmy v edukaci

- **Edukátor** je osoba, která připravuje a vede edukaci, čili ten, kdo učí. V ošetrovatelství to tedy nejčastěji bývá všeobecná sestra, ale edukuje i lékař, fyzioterapeut, léčebný pedagog či jiní zdravotničtí profesionálové, kteří k tomu mají potřebné kompetence. (1)
- **Edukant** je jedinec, který přijímá informace během edukace a mění dle nich své postoje, chování, návyky a dovednosti. Je zásadní, aby byl v tomto procesu metamorfózy aktivním, otevřeným a plně respektovaným partnerem. V naší praxi to může být jak nemocný, tak i zcela zdravý klient, ale i zdravotník, který se učí novým znalostem a dovednostem. (3, 1)
- **Edukační prostředí** je místo, ve kterém samotnou edukaci realizujeme. Toto prostředí by mělo být pro edukaci vhodně upraveno a mělo by splňovat určité atributy k tomu, aby edukace proběhla úspěšně. Klient by se v něm měl cítit příjemně a uvolněně a mohl tak nerušeně vstřebávat informace, které jsou mu předávány. Na vhodnosti a estetičnosti prostředí se podílí využití barev, čistota, osvětlení, prostorové dispozice, bezbariérová dostupnost, nábytek, klid a nerušenost, teplota, čistota vzduchu, vhodně zvolené pomůcky, ale i příjemná atmosféra mezi edukantem a edukátorem. (1, 3)
- **Edukační proces** je děj, při kterém dochází k předávání informací a dovedností edukátorem edukantovi. Tento přenos informací se může uskutečňovat jak záměrně, tak neuvědoměle, bezděčně. Příkladem v běžném životě může být matka, která učí své dítě komunikačním dovednostem. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že edukační procesy v běžném životě probíhají od narození až do smrti jedince a týkají se všech jeho stránek. Sami se celý život učíme, nebo učení zprostředkováváme jiným. (7)

V literatuře bývá edukační proces v ošetrovatelství obvykle rozdělen do 5 fází a těmi jsou posouzení klienta, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení edukačního procesu. Přípravu tohoto procesu není radno podceňovat, neboť i na něm záleží úspěšnost celé edukace. (3)

### 1.3 Typy edukace

Edukaci lze v podstatě rozdělit dle stupně vědomostí edukanta o určitém onemocnění na **základní edukaci**, dále **reedukaci** a následně **komplexní edukaci**. (1)

- **Základní edukace** je taková edukace, při které předáváme klientovi nové vědomosti či dovednosti, a ten je motivován k určité změně ve svých postojích a návycích. Je zaměřena na základní sebepečí. Klient tedy zpravidla nemá vůbec žádné validní informace o onemocnění či problematice, ve které jej chceme edukovat. Jedná se o pacienty s nově diagnostikovaným onemocněním, např. DM, nově vytvořená stomie apod. (1, 6, 45)
- **Reedukace** navazuje a prohlubuje, případně opravuje předchozí vědomosti a dovednosti edukanta. Často může probíhat po odeznění akutní fáze onemocnění, kdy byly klientovi poskytnuty pouze základní informace s ohledem na jeho aktuální stav a teď je potřeba jej poučit o preventivních opatřeních, rizicích a zopakovat již známé informace, či je upřesnit a doplnit. Pacient by měl dosáhnout jistoty a dobře a sebevědomě se orientovat v nově nastalé situaci. (1, 45)
- **Komplexní edukace** nejčastěji probíhá v kurzech pro pacienty s určitou diagnózou, která je pro ně celoživotní. Zahrnuje tak ucelené informace, např. o pohybovém režimu, stravovacích návycích či specifickém ošetřovatelském výkonu a tím vede pacienty k udržení či zlepšení jejich zdraví. (1,6)

## 2. POTŘEBA EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Proč tedy edukovat právě v ošetřovatelství? Jedná se zde hlavně o kvalifikovanou pomoc našim pacientům, kteří, ať už si ji v prvopočátku uvědomují či nikoliv, ji dle nás, zdravotnických profesionálů, potřebují. Edukace je nedílnou součástí poskytování moderní ošetřovatelské péče a velmi žádoucí aktivitou. Má funkci preventivní, diagnostickou i terapeutickou. Je i důležitým kritériem při hodnocení kvality péče. Rozsah edukace vychází z pravomocí zdravotníků. Každý pacient, ať už se nachází v jakémkoliv zdravotnickém zařízení, má na edukaci právo. Je na sestře a jejích dovednostech, aby dokázala, hlavně v úvodu, vzbudit zájem pacienta o téma, které chceme dopodrobna probrat, vysvětlit a naučit. Neboť, připomeňme si zde, že: *„Hlavním posláním ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí. Sestry se v průběhu edukačního procesu musí naučit pomáhat těm, kdo se sami o sebe nemohou, neumějí nebo nechtějí starat, neboť bude-li sám klient o těchto problémech vědět, učiní první krok při jejich odhalování a následujícím řešení.“* (3, str. 112)

### 2.1 Preventivní programy

Edukace samozřejmě probíhá i u zdravé populace v rámci preventivních programů a osvěty široké veřejnosti, která je často prezentována pomocí cílených mediálních kampaní či médií podporovaných akcí. Větší informovanost pacienta zvyšuje šanci k jeho zainteresovanosti do zdravotní problematiky a slibuje větší efektivnost poskytované péče. Např. v lednu 2014 byl spuštěn projekt adresného zvaní pacientů na screeningová vyšetření u vybraných nádorových onemocnění (rakovina prsu, děložního hrdla a kolorekta), který připravilo MZČR ve spolupráci se všemi ZP. Účelem je zvýšit zájem obyvatel na prevenci a aktivní účast. Obsahem kampaní ale může být i výuka první pomoci, prevence infekčních onemocnění, úrazů, znalost zdravotního stavu a jeho případných odchylek apod. Důvodem je většinou zvýšení povědomí o zdravotním stavu, ale i o určitých chorobách či zdravotních rizicích, která k těmto chorobám následně vedou. Tím, že bude pacient vědět, co sledovat, čemu se vyhýbat a na co se zaměřit, u něj vzrůstá šance, že v případě prvotních problémů vyhledá svého praktického lékaře,

který bude moci zahájit šetření a tím podchytí onemocnění včas. Toto v neposlední řadě značně sníží náklady na hospitalizace a léčbu s tím spojenou a v konečném důsledku povede k efektivnějšímu využití již tak omezených zdrojů, kterými naše zdravotnictví disponuje. (3, 10, 22, 32)

## **2.2 Vliv edukace na celkovou harmonizaci osobnosti pacienta**

Edukace též vede ke snížení výskytu akutních komplikací i lepší kompenzaci chronických onemocnění, například u DM. Pomocí edukace mimo jiné též předcházíme pozdějším komplikacím nemoci. Požadovaným cílem je též proškolení klienta tak, aby se uměl správně a informovaně rozhodnout v situacích, které ovlivňují jeho zdraví. (44, 45)

Edukace může nabývat i terapeutického charakteru, jelikož zvýšením sebekompetence klienta nejen snižujeme úzkost a posilujeme sebevědomí a pocit kontroly, ale napomůžeme jeho celkovému postavení ve společenských a životních situacích. Důležitý je i psychologický efekt edukace. Často se stává, že je pacient vyděšen z nově nastalé situace, o které nemá žádné validní informace a obává se dalšího vývoje. Edukace pak tedy napomáhá ke snížení onoho emociálního utrpení. (46, 49)

Edukací se tedy snažíme navodit u pacienta určitou změnu v jeho chování. Ta se může týkat jeho pohybové aktivity, stravování, životního stylu celkově, ale také škodlivých či rizikových aktivit jako je kouření, alkoholismus, či nevhodné sexuální chování. Může se také jednat o výuku nové praktické dovednosti, jako je např. aplikace inzulínu či poučení o dodržování léčebného režimu včetně správného užívání léků. (6)

### **3. SESTRA A EDUKACE**

Jelikož je má práce zaměřena hlavně na edukaci sestrou, přiblížíme si v níže uvedených kapitolách její roli a působení v této problematice.

#### **3.1 Ideální vlastnosti a dovednosti sestry edukátorky**

Sestra jako jeden z hlavních aktérů edukace velmi významně ovlivňuje její výsledný efekt. Jaká by tedy měla být ideální sestra edukátorka? (1, 3, 6)

- dostatečně vzdělaná v oblasti medicíny a ošetrovatelství a na svém vzdělání by měla soustavně pracovat
- empatická, taktní, trpělivá a vlídná
- zodpovědná a důsledná
- ochotná pomoci
- mít velmi dobré komunikační schopnosti
- ovládat didaktické a pedagogické prvky edukace
- respektovat osobnost, důstojnost a individualitu pacienta
- umět motivovat, povzbudit a ocenit dosažené výsledky
- mít lidský přístup
- měla by dokonale ovládat problematiku edukačního procesu tak, aby dokázala vhodně připravit i aplikovat veškeré jeho fáze jako je diagnostika potřeb, určení dosažitelných cílů, volba vhodných metod apod.
- být flexibilní a dokázat improvizovat
- být dostatečně zručná pro výuku dovedností
- mít vhodné vystupování a celkovou úpravu
- být tvořivá, originální, aktivní a dynamická
- podporovat a vést k sebereflexi sebe i své klienty
- vytvořit a udržet pozitivní klima edukačního prostředí.

Z výše uvedeného seznamu mne pro jistou neotřepanost zaujala zejména příslovce aktivní, flexibilní a originální. Znamenají pro mne“ být in“ a pohotově reagovat na situace, ve kterých se jedinec či společnost nachází.



## **3.2 Sestra a edukace v rámci aktuálního dění**

Při četbě odborného článku „Role sestry při snižování zdravotních rizik v souvislosti s požíváním alkoholu“ (31), který poukazuje zejména na problematiku identifikace rizikových jedinců, zdravotní, sociální i finanční dopad při pravidelně zvýšené konzumaci alkoholu, edukaci ohledně bezpečných limitů požitého alkoholu a jejich povědomí u veřejnosti v UK mi okamžitě přišla na mysl tragická kauza methanolových otrav v ČR z roku 2012. Každý pacient je sice v rámci preventivních prohlídek tázán, zda a v jakém množství alkohol a jiné návykové látky požívá, ovšem může a nemusí nám odpovědět pravdivě. Tragické události bohužel mnohdy otřesou lidskou psychikou a velmi často vzbudí i zájem a otazníky kolem dané problematiky. Aktivní a originální sestra by mohla využít této neblahé události ke tvorbě informačních letáků či udělat průzkum a oslovit tak pacienty ve své ordinaci.

## **3.3 Aktivity sestry v přípravě na edukační proces**

Skutečně kvalitní edukaci může provádět jen velmi zkušená sestra s komplexními znalostmi z různých oborů jako je ošetřovatelství, psychologie, didaktika, andragogika, ale i sociologie a etika. (3)

Sestra má v roli edukátorky mnohostranné zaměření. Podává informace v rámci svých kompetencí, předává zkušenosti a zručnost v praktických dovednostech, poučuje, radí a dává návody, vytváří a vede edukační proces, zajišťuje vhodné pomůcky a materiály a podporuje edukanta v jeho úsilí a snaze. Zejména však musí respektovat všechny stránky osobnosti edukovaného jedince. (1, 6)

### **3.3.1 Předpoklady pro úspěšnou edukaci a její zásady**

Především je důležité nepodcenit přípravu celého procesu. Musíme projít všemi fázemi, důkladně analyzovat a diagnostikovat potřeby a možnosti edukanta, zaměřit se na všechny složky jeho osobnosti a respektovat individualitu každého jedince. Stanovit a vhodně formulovat cíle a metody, které chceme použít k jejich dosažení, a vhodně připravit sebe i edukanta na samotnou edukační lekci. Potřebujeme určit rozsah i obsah učiva a jakým způsobem zhodnotíme dosažené výsledky. Edukaci též ovlivňuje edukační prostředí a pomůcky, které použijeme.

V celém procesu se vyskytuje velmi mnoho okolností, které bychom si, než začneme se samotnou výukou, měli uvědomit. Sestra by měla pamatovat i na jednotlivé zásady edukace, které podporují úspěšnost celého procesu. Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu nám ukládá zohlednit všechny složky osobnosti edukanta a dle nich pak vybrat nevhodnější formu, metodu, rozsah a obtížnost učiva. Postup je vždy od jednodušší látky směrem ke složitější. Zásada aktuálnosti a vědeckosti vychází z aktuálních potřeb jedince a zaměření edukace s ohledem na nejnovější vědecké poznatky. Dalšími zásadami jsou zásada názornosti a zásada spojení teorie s praxí, kdy se edukátor snaží o využití nejvhodnějších didaktických pomůcek, analýzu a selekci správných dovedností a vědomostí s jejich následným rozšířením a využitím v praxi. Velmi důležitá je zásada soustavnosti a zpětné vazby. Obsah učiva by měl logicky navazovat a edukant by měl mít možnost klást v průběhu doplňující otázky. Edukátor by si měl též ověřovat, zda edukant předaným informacím porozuměl. Posledními zásadami jsou zásada trvalosti a zásada kulturního kontextu, které upozorňují na schopnost trvalé vědomosti (souvisí s motivací, aktivitou jedince a procvičováním) a nutnost respektu k jednotlivým sociálním skupinám a kulturám. (1, 43)

### **3.3.2 Příprava edukanta**

Je velmi důležité získat edukanta pro spolupráci, vzbudit jeho zájem a vhodně jej motivovat. Souhlas edukanta s edukací je nezbytný. Pouze správně motivovaný jedinec dokáže vyvinout patřičné úsilí, aby změny v jeho postojích a chování nabyly trvalejšího rázu. Pakliže chceme někoho motivovat, musíme nutně znát jeho potřeby, postoje a názory. Motivovaný pacient se snaží o aktivní a samostatný přístup k výuce, ztrácí strach z chybování a nedosahuje učení pouhým memorováním. (3)

### **3.3.3 Motivace**

Motivace je v procesu učení velmi důležitá, ovlivňuje compliance (spolupráce, ztotožnění, disciplinovanost) pacienta. „*Edukujeme pacienta, aby věděl, ale motivujeme ho, aby dělal.*“ (47, str. 19). Vhodně chování usměrňuje, dává mu energický potenciál a sílu překonávat překážky. Jsou to veškeré hybné síly vyvolávající aktivitu potřebnou k dosažení zvoleného cíle. Motivaci můžeme

rozdělit na vnější a vnitřní, kdy vnější motivace vychází z okolí a může jí být například pochvala či povzbuzení od edukátora, nebo příklad chování jiného pacienta. Vnitřní motivace pak vychází z motivů, což jsou pudy, zájmy, ideály čili vnitřní pohnutky jedince. Ty mohou být vědomé, ale i nevědomé. Může se tedy jednat o návrat do zaměstnání a finanční zajištění rodiny, možnost opětovně sportovat, možnost postarat se o děti apod. Vnitřní motivace je daleko silnější než vnější motivace. V případě edukace sestrou je vhodné motivaci pozitivně podat, tzn. vyvarovat se slůvka NE a použít spíše formulaci, při které vyzní, co pacient dokáže, co bude dělat. Je úkolem edukátora identifikovat ze shromážděných dat důležité informace a vhodně motivaci posilovat. Úspěch v motivování závisí i na komunikačních dovednostech edukátora a umění jedince přesvědčit. Pokud je jedinec přesvědčen, že je navrhovaná změna nutná a je pro něj přínosem, bývá pak většinou i dostatečně motivován k jejímu uskutečnění. Motivaci je důležité vzbudit již na počátku celého procesu, ale neméně důležité je ji i udržovat a neztratit až dokonce. (6, 9, 17, 21, 46)

## **4. Edukační proces v ošetrovatelství a jeho fáze**

K edukačnímu procesu je třeba přistupovat velmi zodpovědně a pečlivě naplánovat jeho jednotlivé kroky. Chceme-li, aby tento děj probíhal hladce a v logické návaznosti, musíme respektovat všechny související okolnosti. Neoddělitelnou součástí tohoto procesu je učení. Je třeba si uvědomit, že účastníky tohoto procesu jsou jak edukátor, tak edukant. Dochází mezi nimi k vzájemné interakci. Je velmi žádoucí, aby se edukant aktivně podílel na celém procesu. Učíme jej tímto přebírat zodpovědnost za svůj zdravotní stav. Tento proces je v ošetrovatelství souběh cílených, předem plánovaných a záměrných kroků, které vedou k vytyčenému cíli či cílům. Tyto cíle vznikly posouzením pacientova zdravotního stavu, jeho potřeb, ale i skutečných či potencionálních problémů. Mezi jednotlivé fáze tedy patří posouzení pacienta, určení edukační diagnózy, vytvoření edukačního plánu se stanovením cílů, realizace tohoto plánu a následné vyhodnocení dosažených výsledků spolu se záznamem do dokumentace. (3, 1, 7)

### **4.1 První fáze edukačního procesu – posouzení pacienta**

V této fázi může docházet k prvnímu kontaktu mezi edukátorem a edukantem. Cílem této fáze je získat co nejvíce informací o pacientovi a identifikovat spolu s ním jeho potřeby. Nejčastěji v této fázi uplatníme rozhovor, ať již se samotným pacientem či s jeho rodinnými příslušníky, nebo doprovodem. Dále pak vlastní pozorování či testování pacientových dovedností, vědomostí a schopností, též fyzikální vyšetření. Sestra posuzuje pacientovy návyky, postoje, schopnost učit se a okolnosti, které tuto schopnost momentálně ovlivňují. V neposlední řadě nám informace poskytne i dokumentace či písemné sdělení od pacienta, které můžeme získat formou dotazníku. I ostatní členové ošetrovatelského týmu nám mohou poskytnout důležité údaje. Sestra musí posoudit, vyhodnotit a identifikovat všechny souvislosti aspektů pacientovy osobnosti, neměla by žádný z nich vynechat. Postupuje tedy cíleně, systematicky a komplexně. Faktory, které by neměla opomenout, jsou (1, 3, 6):

- Věk a pohlaví pacienta
- Psychický a zdravotní stav

- Úroveň jeho vzdělání, dosavadních vědomostí a dovedností
- Jeho vnitřní motivace a odhodlání, které vedou k zamýšlené změně
- Ochotu a předpoklady pro učení, preferované styly
- Jeho postoje k sobě samému, svému onemocnění, k životu celkově
- Sociálně - kulturně – ekonomické faktory.

## **4.2 Druhá fáze edukačního procesu – stanovení edukační diagnózy**

Poté, co jsme shrnuli a vyhodnotili veškeré poznatky o pacientovi, se spolu s ním zaměříme na pojmenování skutečných či potencionálních problémů a jejich příčin, na které se budeme chtít zaměřit. Stanovíme tak tímto edukační diagnózy, které budou členěny dle priorit edukanta. Identifikujeme tedy nedostatky ve vědomostech, návycích, dovednostech či postojích edukanta. Je vhodné diagnózy správně a přesně formulovat a také je zanést do edukační dokumentace. Vhodně vedeme pacienta k tomu, aby nám sdělil, co přesně od edukace očekává, jaký má být výsledný efekt, dle kterého pak budeme hodnotit dosažení vytyčených cílů. (3)

## **4.3 Třetí fáze edukačního procesu – plánování a stanovení cílů**

V této fázi se edukátor musí zamyslet nad tím, jak samotná edukace bude probíhat. Bude muset sestavit zcela individualizovaný plán, zvolit vhodnou metodu, pomůcky a rozsah edukace s přihlédnutím na edukantovy možnosti, jeho limity psychické či fyzické, a též reálné využití poznatků edukace v běžném životě. Je potřeba vymezit časový harmonogram, který obsahuje počet jednotlivých lekcí, a způsob, jakým budeme hodnotit dosažených výsledků. Rozumné je též zamyslet se nad možnostmi volby prostředí, ve kterém chceme jedince edukovat. Plán by měl být dobře a dopodrobna zpracovaný, ale zároveň dostatečně flexibilní, jelikož může docházet k nepředvídatelným změnám, zejména ze strany edukanta. Vždy se řídíme aktuálními potřebami klienta. Toto vše tedy vyžaduje od edukátora velmi pečlivou přípravu a odhad. (1, 6)

### **4.3.1 Stanovení cílů a individualita jedince**

V této fázi tedy stanovujeme nejen plány, ale také cíle. Obsah edukace je vymezený jejími cíli, které zase logicky vychází z potřeb klienta. Cílem je tedy

ideální stav, ke kterému chceme dospět, nebo se mu alespoň co nejvíce přiblížit. Sestra by měla cíle pouze doporučit, nikoliv formulovat jako zákazy či příkazy, které by klienta spíše odradily či vnesly negativní energii do celého procesu. Cíle volíme krátkodobé, např. pro jednotlivé lekce, ale i dlouhodobé, kterých chceme na konci celé edukace dosáhnout. Krátkodobé cíle by měly směřovat či přímo podporovat cíle dlouhodobé. I v této fázi je velmi důležité zapojit jedince do formulování cílů a ponechat mu tak prostor pro kreativitu a možnost volby. Ideálně by se cíl měl stát motivací, se kterou se klient ztotožní a tím snáze ji přijme za svou. (3)

Správně zvolené cíle by měly splňovat určitá kritéria. Musí být zvoleny přiměřeně ke schopnostem jedince, který je má splnit. Zejména chronicky nemocní pacienti je musí mít nastaveny realisticky. Důležité je nepodcenit, ale ani nepřecenit možnosti klienta. Obojí vede k demotivaci. Dále musí být cíle jednoznačně stanoveny s možností kontroly či měření výsledného stavu. Také by měly mít určitou návaznost v průběhu jednotlivých edukačních lekcí. Na závěr je důležité volit je tak, aby harmonizovaly celou osobnost edukanta. Tedy propojily složky kognitivní (vědomostní), psychomotorickou, ale i afektivní (ovlivnění postojů, hodnot). Vhodně zvolený a zejména formulovaný cíl vyjadřuje změnu u klienta, nikoliv činnost edukátora. (1, 17, 42)

#### **4.3.2 Rozdělení cílů dle jednotlivých oblastí**

- **Cíle kognitivní** (vzdělávací, poznávací)

Zahrnují intelektové schopnosti, vědomosti, poznávací schopnosti jako je paměť, vnímání, myšlení a tvořivost. Dominují při vzdělávání.

- **Cíle psychomotorické** (dovednostní, návykové)

Zahrnují oblast zručnosti a motorických dovedností, použití pomůcek a přístrojů. Převládají u praktických cvičení

- **Cíle afektivní** (postojové, návykové, výchovné)

Zahrnují správné postoje, hodnoty, vnitřní přesvědčení. Dbáme na ně především ve výchově. (8)

Pro každou z těchto oblastí je vypracována podrobná klasifikace, která je uváděná spolu se jménem autora. Pro kognitivní cíle je to klasifikace dle B. S.

Blouma, pro afektivní cíle klasifikace dle B. Krathwohla a pro psychomotorické cíle klasifikace dle R. H. Davea. (1)

#### **4.4 Čtvrtá fáze edukačního procesu – realizace**

Ve fázi realizace se edukátor snaží aplikovat naplánované metody, postupy a činnosti tak, aby směřovaly k vytyčenému cíli. Tempo i časové rozvržení určuje edukant. Sestra zde uplatňuje nejen teoretické znalosti, ale i praktické dovednosti, které předává dál. Pokud bude edukace probíhat pod vedením více členů multidisciplinárního týmu, je pečlivá dokumentace obzvláště důležitá. Tímto způsobem bude zaručena dobrá návaznost lekcí a snížena možnost duplicitních informací předávaných edukantovi. Edukátor by se měl seznámit s požadavky a standardy zdravotnického zařízení pro vedení dokumentace o edukaci. Dle rozsahu edukace se může jednat o obsáhlé předvyplněné formuláře či pouze prostý zápis do dokumentace. (1, 3, 22)

Ve fázi realizace opět respektujeme individualitu jedince a zohledňujeme jeho přání. Na úspěchu realizace se podílejí správně zvolená metoda předávání informací či dovedností a didaktické prostředky. V průběhu realizace je dobré shrnout probranou látku, přeformulovat informace a nepoužívat odborných výrazů, kterým by pacient nerozuměl. Nesmíme zapomínat na aktivní roli edukanta. Ten by nám měl poskytovat zpětnou vazbu a měl by mít dostatek prostoru k vyjádření v průběhu celého edukačního procesu. Jako vnější motivace zde slouží podpora a pochvala od edukátora, který pozitivně hodnotí i snahu. (1, 3, 22)

#### **4.5 Pátá fáze edukačního procesu – vyhodnocení a reflexe**

Při hodnocení výsledků porovnáváme cíle s dosaženou realitou. Hodnotíme momentální vědomosti, dovednosti, modelové situace a postoje jedince. Hodnocení by mělo probíhat jak v průběhu edukace, kdy máme možnost případné nedostatky opravit a zvolit jiné kroky, tak na jejím konci. Pokud respektujeme tento postup, nemělo by se stát, že cílů nedosáhneme vůbec. Může se nám však stát, že se nám podaří realizovat cíle pouze částečně. Pokud máme vhodně zvolené a jasně formulované cíle, v této fázi dochází k jejich měření a jednoznačné interpretaci edukantem. (1, 46)

Nedílnou součástí hodnocení by měla být reflexe, ale i sebereflexe. Reflexi nám poskytne edukant v podobě písemného či ústního vyjádření, sebereflexi provádí edukátor sám vnitřním rozhovorem. Obojí slouží k zamyšlení či eventuelním pozitivním změnám v příští edukaci. (1, 46)



## 5. Edukace v oboru praktického lékařství pro dospělé

Tato kapitola se zaměřuje na edukaci prováděnou sestrou v prostředí ordinace PL.

### 5.1 Druhy prevence v primární péči

Tak jako v jiných zdravotnických zařízeních, i v ordinaci PL by měla edukace běžně probíhat. Sestra zde zaujímá důležitou roli zejména v primární a sekundární prevenci.

#### 5.1.1 Primární prevence

Primární prevence je zaměřena na ochranu a posílení zdraví, prosazuje zdravý životní styl. Hlavní úlohu zde má pacient, jelikož záleží především na jeho chování, které vede ke snížení rizikových faktorů. Sestra provádí např. edukaci o rizikových faktorech, provádí antropometrická měření a měření fyzikálních funkcí, u žen nácvik samovyšetření prsou (popř. když natáčí EKG, všímá si jakýchkoliv nepravidelností), aplikuje očkovací látky, poskytuje propagační materiály, aktivně zve pacienty na prohlídky atd. Materiály může vyrábět sama, nebo má možnost stáhnout brožury či letáky zdarma např. na internetových stránkách Státního zdravotního ústavu. (23, 24, 41)

#### 5.1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence pomáhá předcházet následkům ve stavu, kdy již nemoc vznikla. Spadají sem především preventivní prohlídky, při kterých se aktivně pátrá např. po maligních onemocněních. Lékař posuzuje zdravotní stav a stanoví výši rizika kardiovaskulárního onemocnění. Důraz je kladen na včasnou diagnózu a preventivně zaměřenou terapii. Lékař i sestra se tedy velkým dílem podílejí na výchově ke zdraví, a pomáhají tak pacientům k podpoře naplnění jejich plného zdravotního potenciálu, což je stav nejvyšší možné úrovně zdraví, které lze u jedince dosáhnout. (23, 24)

Ideál principů v péči o zdraví sestavila Světová zdravotnická organizace (WHO) v programu **Zdraví pro všechny v 21. století**. WHO sestavila 21 cílů tvořících komplexní přístup ke zlepšení všech vnějších determinantů ovlivňujících zdraví, které vyplývají z potřeb evropských zemí a předkládá i jednotlivé kroky k úspěšnému naplnění těchto potřeb. (23, 24, 41, 42)

## 5.2 Výhody péče o pacienty v oblasti praktického lékařství

Dá se říci, že zejména u praktického lékaře se setkáváme i se zdravými pacienty, na které máme možnost působit. V nemocnici jsou to většinou již lidé s určitými zdravotními problémy. Pro pacienta je velkou výhodou znalost prostředí a personálu, stejně tak jako pro personál je výhodou znalost pacientů. Sestra u praktického lékaře většinou pracuje řadu let, a pokud je pacient například chronicky nemocný, setkává se s ním velmi často a má možnost opakovaně a do hloubky hovořit nejen s ním, ale v případě seniorů mnohdy i s jejich rodinami. Získává tedy cenný náskok v informovanosti o pacientovi, má možnost pozorovat a porovnat chování a projevy pacienta v časovém horizontu a v neposlední řadě ví, jak s ním správně komunikovat. Pokud u pacienta dokáže vzbudit důvěru, je větší pravděpodobnost, že se jejími radami a doporučeními bude pacient řídit. Sestra tedy v tomto případě působí jako sestra v komunitě, která přímo spolupracuje se sociálními pracovníky, agenturou domácí péče a jinými institucemi za účelem podpory péče o pacienta v jeho domácím prostředí. (24, 25, 26) *„Komunitní péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Dále se zaměřuje na péči o nemocného a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče.“* (25, str. 39-40)

## 5.3 Specifika práce sestry v ordinaci PL

Sestra v ordinaci praktického lékaře zastává mnoho rolí. Jelikož se na této pozici setkává s širokým spektrem pacientů a řeší různé situace, je velmi důležité, aby se neustále vzdělávala a držela krok s nejnovějšími trendy, jak ve zdravotnictví, tak i v sociální oblasti. Pacienti jsou dnes mnohem více informováni a své informace si chtějí ověřit u profesionálů. Sestra musí tedy počítat s tím, že se jí pacienti budou ptát a právem očekávat validní odpovědi. Pokud nebude znát odpověď, pacient jí pravděpodobně přestane důvěřovat. Aktuálnost informací si musí ověřovat sama a být v tomto směru aktivní. Neexistuje zde jiná sestra, která by jí informace o novinkách v ošetrovatelství předávala, jako je tomu například v nemocniční péči, kdy mnoho novinek předkládá vedoucí pracovník. S lékařem musí tvořit harmonický pár, který se

vzájemně respektuje a věří si. Celkovou atmosféru ordinace pacienti velmi vnímají. Zdravotnický personál často slouží pacientům jako vzor. (26, 27)

Někteří pacienti s určitým onemocněním, jako např. DM vyžadují velmi komplexní edukaci, která překračuje rámec poskytnutí informací v ordinaci PL. Tito pacienti jsou informováni o svém onemocnění ihned při zjištění diagnózy a následně jsou předáni do specializovaných center, kde se jich ujímají odborníci z různých oborů, včetně edukační sestry specialistky. Toto onemocnění je celoživotní, často bez varovných příznaků a pacienti mají tendence edukaci a následné dodržování režimu podceňovat. (28, 46)

### **5.3.1 Sestra a edukační materiály**

Sestra sama si může vytvářet edukační portfolio, které bude obsahovat podstatné a aktuální informace o určitých onemocněních či oslovovat určitou skupinu pacientů. Může se například zaměřit na problémy žen v průběhu jejich života. Ženy žijí o něco déle než muži, procházejí během života různými etapami, které sebou přinášejí specifické obtíže, jako jsou například osteoporóza, inkontinence aj. V primární péči máme jedinečnou šanci začít se zdravotní výchovou již v mladém věku a reagovat na nově vzniklé situace v průběhu života. Tím výrazně přispíváme ke zvýšené kvalitě života jak toho současného, tak budoucího. (30) Vzhledem ke stoupající věkové hranici, kterou mohu potvrdit i z osobní zkušenosti, neboť sdílím domácnost s 94letým seniorem, je to jistě chvályhodná investice do budoucna.

### **5.4 Kulturně senzitivní ošetřovatelství**

K náplni práce sestry v ordinaci PL patří i znalost multikulturního ošetřovatelství, jejíž složkou jsou i specifika v komunikaci. Na toto apeluje i zásada kulturního kontextu v edukaci. Uvědomění a znalost těchto projevů a komunikační etikety může značně zjednodušit sociální interakce. Do ordinace pravidelně dochází i členové národnostních menšin, a je proto důležité znát jejich kulturní odlišnosti (rozdíly v jazyce, ve způsobu sdělování, ve zvycích a pravidlech chování, v hodnotách, ale i znalostech o nemocech a zdraví). Tito pacienti mívají zcela jiné hodnotové orientace než běžná populace a pokud na ně chce sestra zapůsobit, musí se v této problematice umět pohybovat. Při péči o pacienty jiné kultury je důležité pamatovat na jednotlivé oblasti, ve kterých by

problémy mohly nastat. Jsou jimi zejména komunikace, prostor, náboženství, jídlo, sociální organizace, rituály a slavnosti. Sestra by měla odložit veškeré předsudky, snažit se jakýmkoliv způsobem o předání a pochopení informace a nezapomínat, že každá profesionálně vedená interakce s pacientem by měla obsahovat i terapeutické prvky. Kulturně senzitivní ošetřovatelství uplatníme i v péči o cizince, kteří v ČR dočasně či trvale pobývají. Migrace obyvatelstva je v dnešní době čím dál běžnější jev. Znalost alespoň jednoho světového jazyka je tedy pro sestru nespornou výhodou. (25, 29, 33)

## **5.5 Zevní faktory v primární péči a jejich negativní dopad na edukaci**

Ze své vlastní zkušenosti vím, že největším problémem při edukaci v ordinaci praktického lékaře je nedostatek času a soukromí. V tomto typu zdravotnického zařízení spíše převládá edukace jednotlivce, která je ale z časového hlediska náročná a ne příliš efektivní v poměru k počtu pacientů. V ČR také převládá takové prostorové uspořádání, kdy má sestra vyhrazenou svou místnost mezi čekárnou a vstupem do ordinace lékaře. Pacienti zde tedy proudí oběma směry a není možné vyhradit si dostatek času na delší edukaci v průběhu ordinační doby. Když jsem pracovala v UK, chodila jsem k praktickému lékaři, kde sestra seděla ve zcela oddělené místnosti a přijímala pacienty k edukaci či jiné činnosti prováděné sestrou, dle svého vlastního harmonogramu, aniž by byla rušena. Vedení agendy si tedy lékař obstarával sám, telefonáty a plánování schůzek zajišťovala recepční.

## 6. Právní a etické aspekty edukace

Součástí edukace jsou i etické a právní normy, které se k ní vyjadřují. Níže uvedené kapitoly poskytují informace, v jakých pramenech tyto aspekty hledat.

### 6.1 Edukace a její zakotvení v legislativě

Pokud budeme pátrat po informacích o edukaci v zákoně, najdeme zmínku ve vyhlášce č.55/2011 Sb. Stojí tam, že všeobecná sestra bez odborného dohledu může: „... *edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály.*“ (18)

Dále je v knize „Právní minimum pro sestry“ zmíněno, že: „*Sestra je vzhledem ke své kvalifikaci oprávněna, ale i povinna poučit pacienta o ošetrovatelské péči, zejména o konkrétních výkonech, které v rámci pracovní náplně provádí.*“ (19, str. 31) Také se zde uvádí, že sestra nese odpovědnost za obsah tohoto poučení, obzvláště pak, pokud by na jeho základě vznikla pacientovi újma.

Další prameny práva jsou:

- **Zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- **Zákon č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů
- **Vyhláška č. 55/2011 Sb.**, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- **Zákon č. 262/2006 Sb.**, zákoník práce v platném znění
- Kodex práv pacienta
- Etické kodexy
- Úmluva o lidských právech a biomedicině

## 6.2 Etika a morálka v edukaci

Jelikož je etika neoddělitelnou součástí ošetřovatelství, je logické, že ji vhodně aplikujeme i při edukaci. Je prvořadé, aby se pacient cítil především jako lidská bytost a nikoliv jako věc, se kterou je manipulováno dle našeho uvážení. *O pacienty je nutné pečovat takovým způsobem, aby se mohli svobodně rozhodovat. To vyžaduje určitý respekt k pacientům. Terapeutický vztah je takový, ve kterém pacientovi umožníme, aby řešil své problémy, uchoval si svou jedinečnost a poučil se ze svých zkušeností.* (10, str. 41)

### 6.2.1 Respekt k volbě poučeného pacienta

V edukaci se vedle respektu k pacientovi, k jeho důstojnosti, snažíme též podporovat a pečovat o jeho ctnosti. V praxi to znamená ukázat mu, jak se vhodně starat o své zdraví a život celkově dle svých osobních priorit. Tyto ctnosti bychom mohli pokládat z jeho pohledu za ideální stav a harmonii celé jeho osobnosti. Někdy může být obtížné smířit se s faktem, že pacient nedbá našich doporučení a i přes naši nejlepší snahu jej motivovat a vyvolat změnu v jeho chování či přístupu toho nemusíme dosáhnout. Musíme však neustále myslet na to, že změny, které jsou před pacienta předloženy, mohou být často velkým zásahem do jeho současného životního stylu. Naše hodnoty se mohou od těch pacientovo velmi lišit. Bude potřeba velké míry empatie, vzájemné blízkosti a trpělivosti k tomu, abychom především pochopili a následně dokázali akceptovat jeho uvažování a reakce. Je však nutné mít na paměti, že i pacient má svou:

- **autonomii** – schopnost být jedinečný, tím kým chce být
- **svobodu** – možnost informovaně se rozhodnout, zda dodržovat či nedodržovat naše doporučení
- **objektivitu** – možnost získat vhled do nové problematiky, která se ho týká
- **věrnost sám sobě** – pochopit, že se musí vzdát některých oblíbených činností a přesto v nově nastaveném režimu pokračovat. (10)

Nemoc či nečekaná událost může velmi ovlivnit posuzovací a rozhodovací schopnosti pacienta a je tedy na sestře, jako jeho obhájkyni práv, aby mu umožnila rozhodnout se v jeho nejlepším zájmu. (12)

### 6.2.2 Etické kodexy v edukaci

Každá sestra by měla znát obsah etických kodexů a používat je ve své praxi. Podle Etického kodexu předloženého Českou asociací sester by sestra měla: *„Při poskytování péče jednat s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektovat pacientovo právo na seburčení. Dále by se sestra měla podílet na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.“* (11, str. 113 – 114)

Etický kodex Mezinárodní rady sester uvádí, že: *„Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemoci a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak jako za tišení bolesti.“* (11, str. 111)

Bohužel je nutné podotknout, že nedodržování etických norem, na rozdíl od práv pacientů, nelze soudně vymáhat. (40)

## 7. KOMUNIKACE

Skutečným uměním konverzace není jen říci správnou věc na správném místě, ale také nevyslovit špatnou věc v okamžiku pokušení.

DOROTHY NEVILL (13, str. 245)

### 7.1 Komunikace v ošetrovatelské péči

Komunikace patří do oblasti sociálních dovedností. Již sama o sobě uspokojuje potřeby pacienta. Je počátkem k navázání a prohlubování kontaktu s pacientem a základem humánního ošetrovatelství. Komunikace může ovlivnit psychický i zdravotní stav pacienta v dobrém i špatném smyslu. Tuto dovednost by měla každá profesionální sestra ovládat a měla by ji umět i vhodně používat.

Pro sestru je komunikace, jež je nástrojem interakcí s pacienty, na denním pořádku. Komunikováním s pacienty tráví mnohem více času než lékař. Líbí se mi přirovnání, které zmiňuje ve své knize „Základní principy ošetrovatelské péče“ V. A. Henderson, že sestra bývá nazývána „**profesionální matkou**“, která stejně jako matka v komunikaci se svým dítětem citlivě reaguje na jeho signály, a dokáže tak uspokojit jeho potřeby přesto, že dítě nemluví. Komunikace je hlavním pilířem v péči o nemocné, neboť tok informací probíhá všemi směry. Tedy nejen mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou, ale i mezi celým interdisciplinárním týmem. Opakované vzdělávání v komunikaci a kvalitní sebereflexi by pravidelně měla provádět každá sestra. (14, 15, 16, 17, 39)

### 7.2 Komunikace v ambulantní složce péče

Ne každý pacient pocítí zdravotnickou péči poskytovanou v nemocnici, ale téměř každý pacient má více či méně zkušeností s péčí u svého praktického lékaře. Sestry by zde měly ovládat běžnou komunikaci na skutečně dobré úrovni. Jejím základem je především elementární slušnost, takt, zájem a ohleduplnost. Záměrně píše měly, neboť v knize „Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči“ vydané v loňském roce popisuje H. Haškovcová několik kazuistik zaměřených na chování sester v ambulantní složce. Zmiňuje v nich především nevhodnou komunikaci a nezdvořilé chování, ať už vůči sobě, či jiným pacientům, kterého byla svědkem. Poukazuje na fakt, že sestry v ambulancích



neřeší žádná zásadní a obtížná rozhodnutí, přesto jim však často chyběla vlídnost a snaha nemocnému pomoci. Zajímavé je i zamyšlení, proč se přes dostatečné množství pořádaných kurzů o komunikaci neprojevuje jejich účinek v praxi. (50)

### 7.3 Funkce komunikace

V komunikaci jde především o výměnu informací, ať již záměrnou či bezděčnou. Ovlivňuje ji každý, kdo je přítomen, byť mlčky. Zaměřujeme se i na sémantiku, tedy zda význam sdělení či výrazu chápou komunikující účastníci shodně. Dalšími funkcemi komunikace jsou potřeby někoho instruovat, přesvědčit či jen pobavit. Komunikace je proces dorozumívání a sdílení, ale i přenos jednání, emocí, myšlenek či postojů mezi účastníky komunikace. V každém případě by komunikace zdravotní sestry měla být kongruentní (shodný obsah verbálního i neverbálního sdělení). (14, 15, 17, 39)

### 7.4 Druhy komunikace

Existuje mnoho komunikačních technik a dovedností, které, pokud je ovládneme, nám pomáhají pochopit, jak působíme na druhé. V komunikaci musíme umět naslouchat, klást správně otázky, vhodně zareagovat, rozpoznat důležité a shrnout to nejpodstatnější. Komunikace je dovednost a jako takovou se ji lze naučit, což je velmi pozitivní fakt. (14, 15)

Komunikaci můžeme rozdělit na **verbální** (psané, ale i mluvené slovo či znakové symboly) a **neverbální** (řeč těla) spolu s **paralingvistikou** (tón hlasu, tempo řeči atd.). Sestra v procesu edukace, ale i mimo něj, významně upotřebí znalosti získané v této oblasti. (15)

#### 7.4.1 Verbální komunikace

Při verbální komunikaci je důležité se nejdříve zamyslet nad tím co, jak a jakému pacientovi potřebujeme sdělit. Verbálně nejčastěji předáváme informace rozhovorem, kdy klademe otevřené či uzavřené otázky. V čekárně však můžeme využít i textovou komunikaci, která slouží především k jednostrannému sdělení. Pakliže texty tvoří sestra sama, dbá především na jejich správnost, čitelnost a formu (chyby, překlepy, zkratky). Též různé informační cedule a nápisy na dveřích ordinace o nás pacientovi mnohé napoví. Kontakt většinou zahajujeme úsměvem, představením, vhodným oslovením pacienta, eventuálně podáním ruky.

Zamýšlené sdělení by mělo být srozumitelné, stručné, jasné a jednotné. Je důležité se vyvarovat přílišného používání odborné terminologie. Sama sestra by měla být psychicky vyrovnaná a rozumět nejen druhým lidem, ale i sobě. Ke správné komunikaci patří i asertivní jednání. (14, 15, 38)

#### *7.4.1.1 Komunikace a vhodná doporučení pro praxi*

Komunikace musí být především přizpůsobená individuálním schopnostem jedince, se kterým zdravotník komunikuje. Komunikace je svým způsobem i druh péče, kterou pacientovi poskytujeme. Je velmi důležité pamatovat na fakt, že nevhodně zvolená či zvládnutá komunikace zdravotní sestrou může zdraví pacienta i poškodit. Tento stav pak nazýváme sororigenie. V komunikaci s pacientem se musíme vyvarovat zejména kritice, obviňování, hodnocení a odsuzování, moralizování, direktivnímu jednání, podceňování pacienta, povyšování se nad pacienta, ironie či nálepkování. Problémy mohou též nastat při prosazování našeho mínění, neochotě, časovém deficitu, manipulaci, negaci emocí, nedostatečné toleranci, malé ohleduplnosti a nedostatku slušného jednání. Naopak velmi vhodná je aplikace verbálních komunikačních dovedností. (14, 15, 35, 38, 39, 40)

#### *7.4.1.2 Verbální komunikační dovednosti*

Mezi komunikační dovednosti patří **aktivní naslouchání**, neboli doptávání, kdy jde nejen o vyslyšení pacienta, ale také pochopení sděleného obsahu, porozumění a aplikaci speciálních technik (viz níže). Patří sem i naše emocionální reakce. Je důležité pamatovat na potenciaální rizikové faktory, které by mohly vést ke snížené schopnosti sestry naslouchat (únava, vyrušování, profesionální vyhoření atd.). Při tomto typu vedení rozhovoru poskytujeme zpětnou vazbu, spíše nasloucháme, než hovoříme. Vytváříme prostor pro to, aby se nám pacient svěřil, více se rozhovořil a důvěřoval nám. Dáváme najevo zájem, úctu a akceptaci jeho rozhodnutí v podobě zpětné vazy. Poskytujeme dostatek času a společné ujasnění problému. Používáme techniky jako např. (14, 34, 36):

- **Rezonance** – zopakujeme, co pacient řekl. Dáváme najevo, že vnímáme, o čem hovoří.
- **Reflexe (zrcadlení)** – formulace pacientových myšlenek a pocitů vlastními slovy.

- **Sumarizace** – shrneme celkový přehled pacientova sdělení. Vybereme podstatné body z rozhovoru.
- **Povzbuzování** – vyzveme pacienta, aby pokračoval v rozhovoru.
- **Empatie** – dáme najevo citové porozumění, svou přítomnost, spoluúčast a zájem.
- **Mlčení** – vhodně zvolené pomlky jsou v konverzaci velmi důležité, poskytují čas na rozmyšlenou.

#### 7.4.2 Neverbální komunikace

Za neverbální komunikaci považujeme komunikaci beze slov, tedy komunikaci pomocí gest, mimiky, pohybů těla, očního kontaktu, dotyku, proxemiky (udržování vzdálenosti a respekt k osobním zónám mezi komunikujícími jedinci), ale i vzhledu a úpravy zevnějšku. Pro správnou interpretaci nonverbální komunikace je důležitý kontext, nelze jen tedy izolovaně hodnotit gesta či jiné projevy. Mezi komunikační dovednosti v této oblasti řadíme naslouchání (hodnotíme nejen co, ale hlavně jak s námi pacient hovoří) a schopnost empatie. K neverbálním projevům patří i smích a pláč. Zahrnujeme sem i paralingvistiku, jež podtrhuje emocionální stav sdělení. Běžně se také stává, že nevědomky kopírujeme neverbální projevy jedince, s nímž komunikujeme. Při použití neverbální komunikace zesilujeme, někdy dokonce zcela nahrazujeme, či naopak zeslabujeme verbální sdělení. Neverbálními projevy sdělíme svému okolí až 70% informací, které jsou většinou instinktivní reakcí na vzniklou situaci. Je proto velice důležité tyto projevy ovládat, ale také umět číst v projevech druhých. Sestra v ambulanci může díky pozorování a neverbálním projevům pacientů v čekárně rozpoznat a upřednostnit pacienty, jejichž zdravotní stav je v ohrožení. Velice pěkně je neverbální komunikace popsána a zkrešlena v knize R. Honzáka „Komunikační pasti v medicíně“. (14, 17, 20, 37, 48)

#### 7.5 Komunikace v edukaci

Komunikace je v edukaci hlavním nástrojem v předávání informací, ať už se jedná o složku verbální či neverbální. Jen stěží bychom dokázali dobře edukovat bez znalostí a praxe komunikačních dovedností. V rozhovoru s pacientem se vždy přikláníme ke specifickým, která vyplývají např. ze smyslových postižení pacientů, z typů osobností, věku, psychického, fyzického a

sociálního stavu, kterým by sestra měla umět komunikaci v edukaci přizpůsobit. Komunikaci musíme především vhodně načasovat, hovořit jednoznačně, stručně a smysluplně. Správně vedená komunikace pomáhá předcházet nedorozuměním a včas řešit případné konflikty z toho vyplývající. Měli bychom mít na paměti, že při setkání sestry s pacientem dochází především k setkání dvou lidí, což je hlavní podstatou pro veškeré následující interakce. (14, 15, 20)

## II. Výzkumná část

Samotnému výzkumnému šetření předcházelo studium odborné literatury a hledání podobně zaměřených článků a výzkumů na internetu. V tomto ohledu jsem shledala jako velmi užitečnou rešerši, kterou jsem si nechala zpracovat v knihovně v Karlových Varech. Dle dostupných informací z jiných bakalářských prací, jsem našla tematiku edukace v České republice zpracovanou spíše z pohledu sester, např. v bakalářské práci M. Draxlerové s názvem „Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči“ (55), dále pak z primární péče týkající se edukace v pediatrické péči např. bakalářská práce E. Brejchové „Edukace v primární péči“ (56). Poměrně často bylo téma edukace zpracováno bakalářských pracích v rámci jednotlivých onemocnění. K vyhledávání jsem použila dálkový přístup elektronického Repozitáře závěrečných prací dostupného ze studijního informačního systému 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Při hledání v zahraničních zdrojích jsem našla téma informovanosti pacientů sestrou v primární péči pouze v souvislosti s jednotlivými onemocněními, dále pak poměrně často zmiňované kompetence sester, které se v zahraničí velmi liší od kompetencí sester v ČR.

Sestry v primární péči v zahraničí mohou například samy předepisovat léky, či diagnostikovat a léčit některá onemocnění. Například výzkum s názvem „Storied experiences of nurse practitioners managing prehypertension in primary care“ (51) pojednává o tom, zda sestry edukují pacienty o změně životního stylu při lehce zvýšených hodnotách krevního tlaku. Změna životního stylu již v tomto stádiu by vedla ke snížení rizika vzniku hypertenze. Sestry v této studii mají všechny magisterské vzdělání a pracují ve své praxi. Samy většinou přiznávají, že ideální péče se od praxe poněkud liší. Měly by být, mimo jiné, zaměřené na propagaci zdraví a prevenci nemocí, ale jelikož se v praxi potýkají i s akutními zdravotními problémy, edukovat na výše zmíněné téma lehce zvýšených hodnot tlaku se jim z různých důvodů moc nedařilo. Z rozhovorů je patrné, že provádějí zdravotní prohlídky, vyšetření prsou, edukaci pacientů s diabetem, astmatem, depresí, obezitou, atd. Preventivní péče zřejmě není tak podporována vládou, jak by měla být, a tak ji sestry z časových a finančních důvodů odsouvají do pozadí.

Dalším důvodem je i nechuť ze strany pacientů se tímto tématem zabývat. V tomto výzkumu je nadnesena důležitost motivace a správné komunikace s pacienty.

Nejsem si jistá, kde přesně tyto sestry v USA stojí v porovnání s lékaři, jelikož se zdá, že tyto sestry mají úzce specializované vzdělání a jsou zodpovědné za větší objem poskytované péče, který v ČR řeší výhradně lékař. I díky velmi odlišným kompetencím sester v primární péči v zahraničí pro mne bylo obtížné najít informace, které jsem doufala, že naleznu. Nicméně mě studium zahraniční literatury obohatilo o nový vhled do problematiky a směr, kterým se možná v budoucnu bude role sestry v komunitním ošetřovatelství u nás také vyvíjet. Studie, zaměřené na to jak a v jakém rozsahu sestry v primární péči u praktických lékařů edukují z pohledu pacientů, se mi nepodařilo nalézt.

## 8. Metodika výzkumné části

Tato část výzkumné práce podává informace o tom, co vše muselo být před započítím samotného výzkumného šetření splněno, jakým způsobem byl průzkum proveden a získaná data následně zpracována.

### 8.1 Hlavní cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem mé práce je zmapovat problematiku edukace pacientů sestrou v ordinaci praktických lékařů. V této souvislosti mne zajímal zejména pohled pacientů, pro které jsou informace určeny, a kteří nám mohou poskytnout cenné informace, jež si profesionálové často nemusí uvědomovat. Doufám, že výsledky výzkumu odhalí silná a zejména slabá místa edukace sestrou, a že se od těchto základů budou moci odvíjet další doporučení pro práci sestry v tomto sektoru tak, abychom dosáhli vyšší spokojenosti pacientů v oblasti poskytování informací.

#### **Výzkumné otázky:**

##### Výzkumná otázka č. 1

Do jaké míry probíhá v ordinaci PL edukace sestrou, a jaký je poměr mezi četností poskytnuté edukace sestrou a lékařem?

##### Výzkumná otázka č. 2

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých sestra v ordinaci PL informuje pacienty, a nakolik je dle pacientů ovládá?

##### Výzkumná otázka č. 3

Jaký je nejčastější způsob, kterým sestra informace předává?

##### Výzkumná otázka č. 4

Jaké jsou nejčastější bariéry v edukaci sestrou v prostředí ordinace PL?

##### Výzkumná otázka č. 5

Mají pacienti důvěru ve validitu informací poskytnutých sestrou?

##### Výzkumná otázka č. 6

Které ze znalostí a dovedností sestry, jež současně podmiňují kvalitu edukace, označili pacienti u sester jako cenné?

## **8.2 Charakteristika vzorku respondentů**

Soubor respondentů tvořili pacienti z celkem pěti ordinací praktických lékařů. Z toho jsou dvě ordinace v Ostrově nad Ohří a tři ordinace v Karlových Varech. V obou městech jsem zvolila ordinace soustředěné na poliklinikách, z důvodu minimalizace časových a finančních ztrát, které by byly vyšší při objíždění různě lokalizovaných praxí. Při rozdávání dotazníků jsem se snažila o zachování stejného poměru mezi ženským a mužským pohlavím. Obdobně jsem se snažila oslovit i různé věkové skupiny tak, aby byl zajištěn co nepestřejší vzorek dotazovaných.

## **8.3 Metodika a organizace průzkumného šetření**

K získání potřebných dat jsem zvolila kvantitativní metodu a tou byl cíleně konstruovaný dotazník. Po sestavení pilotní verze jsem jej předala členům své rodiny, aby jej zkusili vyplnit, okomentovali znění otázek a odpovědí, případně jej doplnili o další podněty. Toto bylo provedeno v rámci předvýzkumu. Rodinní příslušníci mi pomohli ujasnit si, nakolik je dotazník srozumitelný, a zda postihuje důležité aspekty dané problematiky. Na základě připomínek jsem dotazník přepracovala a zaslala jej ke schválení vedoucí své bakalářské práce a odborné konzultantce své bakalářské práce. Následovaly ještě dvě úpravy formulací otázek a odpovědí a pak jsem se svolením vedoucí práce a mého praktického lékaře dotazník distribuovala.

### **8.3.1 Charakteristika dotazníku**

Dotazník obsahuje celkem 21 položek. V úvodní části oslovuji respondenty a vysvětluji, jaký je účel a povaha předkládaného dotazníku. Skladba jednotlivých položek je následující: 6 uzavřených otázek, 8 polouzavřených otázek, 6 škálových otázek a 1 otevřená položka na závěr.

Při tvorbě otázek jsem se inspirovala v jiných bakalářských pracích zmiňujících edukaci, které jsou uvedeny v úvodu praktické části, a vlastní zkušenosti z pozice sestry, ale i pacienta. Jednotlivé otázky byly koncipovány v souvislosti s položenými výzkumnými otázkami. Měla jsem snahu řadit otázky za sebou dle logické návaznosti. Poměrně velká část otázek je polouzavřených, což dává možnost (pokud ji pacienti využijí) získat co nejkonkrétnější údaje.



### **8.3.2 Způsob distribuce a následného sběru dat**

Každou ordinaci jsem navštívila celkem dvakrát. Vždy jednou v dopoledních a jednou v odpoledních hodinách. Předpokládala jsem, že v odpoledních hodinách budou ordinaci navštěvovat spíše pracující občané a pacienti zvaní na preventivní prohlídky. Dopolední hodiny pak budou spíše vyhrazeny nemocným a seniorům. Tímto způsobem jsem doufala v oslovení klientů v širokém věkovém spektru. Dotazník jsem osobně roznesla do ordinací. Po krátkém představení a vysvětlení svého záměru jsem jej, v případě souhlasu, předala respondentům k vyplnění. Zdůraznila jsem zejména fakt, že dotazník je anonymní a bude použit pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce. Abych posílila pocit anonymity, rozdala jsem spolu s dotazníkem i obálku, do které mohli pacienti vyplněný dotazník vložit a zalepit ji. Měli pak možnost obálku vhodit do předem připravené krabice s vyříznutým otvorem, kde se jejich odpovědi promíchaly s ostatními.

Dostatečnou návratnost jsem zajistila tak, že jsem se domluvila s pacienty na tom, že počkám, až dotazník vyplní. Osobní přítomnost v čekárnách praktických lékařů po dobu vyplňování dotazníků mi nejen zajistila 100% návratnost, ale dala možnost i pacientům, se na cokoli nejasného zeptat. I když jsem jim tuto možnost nabídla, nikdo ji nevyužil. Pro vyplňování jsem si s sebou vzala dostatek psacích pomůcek a také lupu, jelikož z vlastní zkušenosti vím, že s sebou většina seniorů nenosí brýle na čtení. Tuto pomůcku jsem několikrát poskytla. V těchto případech jsem nabídla i možnost osobní asistence s vyplněním dotazníku, ale pacienti si jej chtěli vyplnit sami. Možná to bylo z důvodu anonymity. Když mi pacienti předávali vyplněný dotazník, ptala jsem se, jak se jim vyplňoval. Kritika zaznívala pouze v jedné oblasti a tou je, že se dotazník zdál některým respondentům příliš dlouhý.

### **8.3.3 Zpracování dat**

Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků v časovém horizontu od 3. 2. 2014 – 21. 2. 2014, vždy 14 výtisků do každé čekárny před ordinacemi vybraných praktických lékařů. Přesto, že jsem počítala díky metodě distribuce dotazníků se 100% návratností, nevěděla jsem, kolik dotazníků bude vyhodnoceno validně. Při hodnocení dotazníků jsem nejprve všechny prolistovala, abych zjistila, zda je u

všech otázek vyznačená alespoň jedna odpověď, případně, zda nejsou někde vyznačeny dvě a více odpovědí u otázek, kde je možné vybrat pouze jednu. Musela jsem vyřadit 4 dotazníky pro jejich nesprávné vyplnění. Celkový počet respondentů, z jejichž odpovědí jsem nakonec čerpala data pro svou práci, je 66. Data byla vyhodnocena ručně čárkovací metodou a výsledky v podobě tabulek a grafů byly zobrazeny pomocí programu Microsoft Office Excel.

## **9. Výsledky studie a jejich interpretace**

Vyhodnocení dotazníku jsem strukturovala dle jednotlivých sekcí a těmi jsou:

- Základní údaje o respondentech
- Edukace sestrou v ordinaci PL a její průběh
- Důvěra pacientů ve znalosti a dovednosti sestry
- Sestra a vliv jejího působení v ordinaci PL

### **9.1 Základní údaje o respondentech**

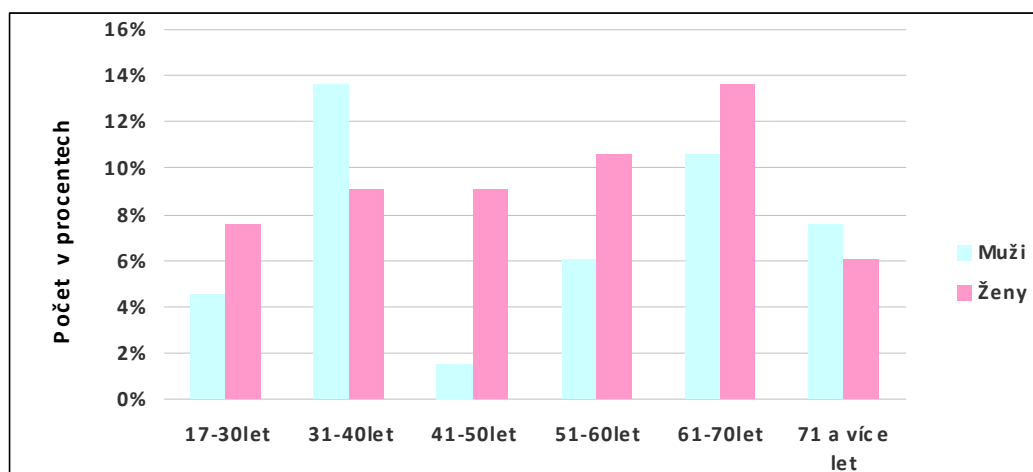
Při rozdávání dotazníků jsem se snažila zachovat rovnoměrný poměr mezi pohlavím a věkem respondentů, věk byl však mým pouhým odhadem. Na výsledném složení vzorku respondentů se tedy podílela nejen aktuální skladba pacientů čekajících před oslovenými ordinacemi, ochota respondentů dotazník vyplnit, ale i konečná data obsažená ve správně vyplněných dotaznících.

### 9.1.1 Rozdělení respondentů dle pohlaví a věku

Z celkového počtu respondentů zkoumaného vzorku (N=66) tvořili muži 29 (44%) a ženy 37 (56%).

Věkové rozložení respondentů bylo následující. Do věkové kategorie 17 – 30 let spadá 8 respondentů (12%), z toho jsou 3 muži a 5 žen, v kategorii 31 – 40 let nalézáme druhou největší skupinu a tou je 15 respondentů (23%), z toho je 9 mužů a 6 žen, v kategorii 41 – 50 let je pouze 7 respondentů (11%), z toho 1 muž a 6 žen, v kategorii 51 – 60 let se nachází 11 respondentů (16%), z toho 4 muži a 7 žen, v kategorii 61 – 70 let je největší počet respondentů, což je 16 (24%), z toho 7 mužů a 9 žen, a v kategorii 71 a více let se nalézá 9 respondentů (14%), z toho 5 mužů a 4 ženy. Pro lepší orientaci v rozložení věku a pohlaví respondentů jsou tyto hodnoty znázorněny (viz Graf č. 1).

Graf č. 1: Struktura respondentů dle věku a pohlaví



### 9.1.2 Rozdělení respondentů dle vzdělání

Z tabulky č. 1 je dobře patrné, že nejpočetnější skupinu respondentů tvořili ti, již uvedli středoškolské vzdělání – 31, což je 47%. Základní vzdělání uvedlo 5 respondentů (8%), 20 respondentů (30%) tvoří skupina, která označila vyučen/a, pouze 2 respondenti (3%) uvedli vyšší odborné vzdělání a 8 respondentů (12%) se přihlásilo k vysokoškolskému vzdělání. Nikdo nevyplnil kolonku jiné vzdělání (viz Tabulka. č.1).

Tabulka č. 1: Vzdělání respondentů

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>v %</b>
<i>základní</i>	5	8%
<i>vyučen/a</i>	20	30%
<i>středoškolské</i>	31	47%
<i>vyšší odborné</i>	2	3%
<i>vysokoškolské</i>	8	12%
<i>jiné</i>	0	0%
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

## 9.2 Edukace sestrou v ordinaci PL a její průběh

Obsahem této kapitoly jsou zjištění, která se týkají především základních údajů souvisejících s poskytováním edukace sestrou v prostředí ordinace PL. Předkládá výsledky o tom, jaká je četnost edukace sestrou, o čem a jak sestra edukuje.

### 9.2.1 Nejčastější důvody návštěvy ordinace PL

V první řadě jsem se zaměřila na důvody, které nejčastěji respondenty do ordinace přivádí. Tímto dotazem jsem chtěla zjistit, zda pacienti sestře vůbec poskytují příležitost k tomu, aby je edukovala. Procentuelní zastoupení je u každé odpovědi vypočítáno z celkového počtu respondentů (N=66). Jelikož měli respondenti možnost vybrat více odpovědí, neodpovídá jejich celkový součet 100%. Není překvapením, že nejčastěji pacienti míří do ordinace PL v případě nemoci, a to v celých 55 (83%) případech, druhým nejčastějším důvodem je pravidelná medikace ve 38 (57%) případech, dále respondenti uvedli rovnou polovinou 33 (50%) účast na preventivních prohlídkách a pouze 12 respondentů (18%) uvedlo vyplnění dokumentu. Nikdo nevyužil možnost vepsat volný komentář do kolonky jiné (viz Tabulka č. 2). Pro zajímavost jsem ještě porovnála,

jaký je poměr pohlaví v účasti na preventivních prohlídkách a vyšlo mi, že z celkového počtu respondentů, kteří se účastní preventivních prohlídek (N=33), je 22 (67%) žen a 11 (33%) mužů. Zatímco nemoc, pravidelná medikace či vyplnění dokumentu pacienty k návštěvě ordinace PL v podstatě donutí, k preventivním prohlídkám je potřeba projevit i aktivní postoj. Možná Projekt adresného zvaní, který je zmíněn v teoretické části, a je zaměřen na rizikové skupiny a pacienty, kteří v posledních 3 letech neabsolvovali preventivní prohlídku, tuto situaci zlepší.

Tabulka č. 2: Nejčastější účel návštěvy ordinace PL

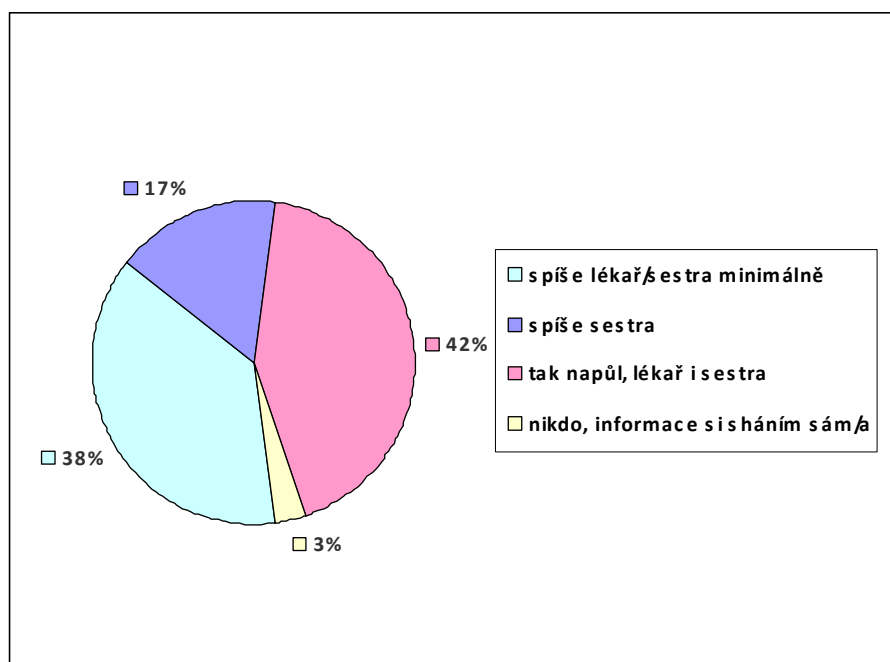
<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>v%</b>
<i>případ nemoci</i>	55	83%
<i>preventivní prohlídka</i>	33	50%
<i>pravidelná medikace</i>	39	57%
<i>vyplnění dokumentů</i>	12	18%
<i>jiné</i>	0	0%
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>139</b>	<b>-</b>

*Součet není roven 100 %, jelikož měli respondenti možnost označit více odpovědí.*

### 9.2.2 Edukuje častěji lékař či sestra?

Zajímavý pohled do problematiky, kdo vlastně více pacienty informuje v prostředí ordinace PL nám poskytuje Graf č. 2. 25 (38%) respondentů uvedlo, že je to spíše lékař a sestra pouze minimálně, potěšující odpověď, a to, že je to spíše sestra, uvedlo 11 (17%) respondentů, celých 28 (42%) respondentů vybralo odpověď tak napůl lékař i sestra, a překvapivě 2 respondenti (3%) uvedli, že nikdo, informace si shánějí sami. Když jsem ovšem porovnala blíže jejich odpovědi s odpověďmi na následující otázku v dotazníku, týkající se témat edukace, oba uvedli alespoň jedno téma, o kterém je sestra poučovala. Podobně nejednoznačné odpovědi jsem našla i mezi respondenty, kteří uvedli, že je poučuje spíše lékař, sestra minimálně. 5 z těchto 25 respondentů uvedlo v dotazníku u otázky č. 9, že nikdy nebyli poučeni sestrou. Kromě 1 respondentky z těchto pěti respondentů, která uvedla v dotazníku u otázky č. 6, týkající se témat edukace, že byla poučena pouze lékařem, označili zbývající 4, že je sestra edukovala v otázce odběru biologického materiálu. Tato odpověď je tedy v rozporu s tvrzením, že je nikdy neinformovala sestra. Mohla bych se tedy např. domnívat, že tito respondenti nepovažují informace o odběru biologického materiálu za projev edukace.

Graf č. 2: Podíl zdravotnických pracovníků na informovanosti respondentů



### 9.2.3 Témata, o kterých byli pacienti informováni sestrou

Tabulka č. 3 přináší přehled o edukačních tématech v ordinaci PL a jejich frekvenci výskytu. I u této otázky je procentuelní zastoupení u každé odpovědi vypočítáno z celkového počtu respondentů (N=66), kde však měli respondenti možnost vybrat více odpovědí. Jejich celkový součet tak neodpovídá 100%. Suverénně nejčastějším tématem, o kterém sestra edukuje, je v 52 (79%) případech postup před odběrem biologického materiálu. Druhá nejčastěji poskytnutá informace se týká vyšetření, jež má pacient podstoupit, a to ve 29 (44%) případech. Naopak nulové zastoupení měla témata prevence stresu, vyhoření, pečovatelské zátěže, duševní hygieny a také otázka sexuality a plánovaného rodičovství. 1 respondentka, kterou jsem již zmínila v předchozím odstavci, uvedla v kolonce jiné, že ji informoval „jen lékař“. Pro přehled zastoupení ostatních odpovědí a celkovou názornost slouží Tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Témata, o kterých v posledních 5 letech informovala sestra

Odpověď	Počet	v %
<i>postup před odběrem biologického materiálu</i>	52	79%
<i>informace o vyšetřeních</i>	29	44%
<i>informace o dietě</i>	17	26%
<i>informace o lécích</i>	10	15%
<i>informace o léčebných postupech v domácím prostředí</i>	10	15%
<i>prevence rakoviny</i>	8	12%
<i>informace o zdravém životním stylu</i>	4	6%
<i>otázky sexuality a plánovaného rodičovství</i>	0	0%
<i>prevence stresu, pečovatelské zátěže</i>	0	0%
<i>prevence bolestí zad</i>	7	11%
<i>informace o opatřeních spojených se specifickým ročním obdobím</i>	6	9%
<i>informace o sociálních službách, poradnách a dávkách</i>	3	5%
<i>informace o specializovaném zdravotnickém zařízení</i>	9	14%
<i>jiné</i>	1*	1%
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>155</b>	<b>-</b>

Součet není roven 100 %, jelikož měli respondenti možnost označit více odpovědí

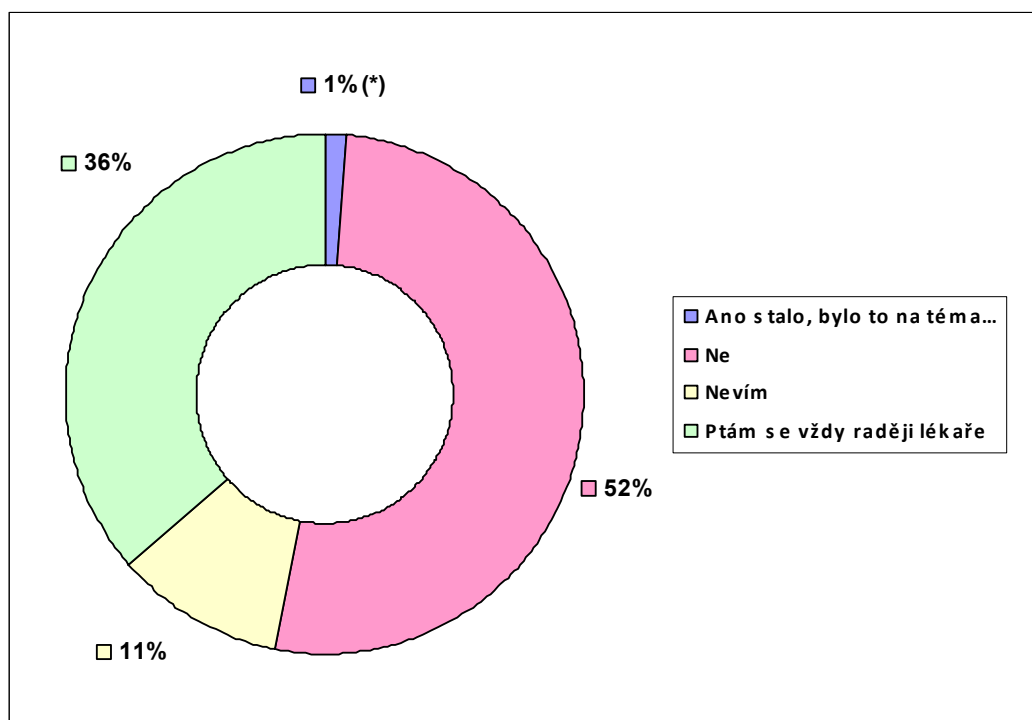
\* odpověď respondenta byla "jen lékař"



#### 9.2.4 Schopnost sestry podat informace o výše uvedených edukačních tématech

Zde nám Graf č. 3 předkládá, nakolik sestra ovládá výše uvedená edukační témata. Dotazník zmiňuje, zda byla při dotazu pacientem schopná uspokojivě odpovědět, případně na jaké téma neuměla dát odpověď. Uspokojivých 34 (52%) respondentů uvedlo, že se jim nestalo, že by sestra neuměla odpovědět. 7 (11%) respondentů vybralo odpověď nevím, 24 (36%) respondentů odpovědělo, že se vždy raději ptá lékaře a pouze 1 respondentka (1%) napsala, že sestra nedokázala odpovědět na téma „injekce proti tetanu“. Stejná respondentka také uvedla v dotazníku u otázky č. 20, jež se zabývá znalostmi a dovednostmi sestry, kterých si pacient nejvíce váží „nic“ a k otázce č. 21 vepsala „Naše zdravotní sestra má v ordinaci chaos a nestíhá.“

Graf č. 3: Neschopnost sestry odpovědět na dotaz ohledně témat z Tabulky č. 3



(\*) odpověď respondenta byla "injekce proti tetanu"

### 9.2.5 Výzva k podpisu pacienta do dokumentace po provedené edukaci

Zajímalo mne také, nakolik mají pacienti v ordinaci PL zkušenost s podpisem dokumentace o provedeném poučení. I když záznam o edukaci není u PL ve všech případech nutností, dokumentace je v edukaci její důležitou složkou. K objasnění této záležitosti jsem v dotazníku koncipovala otázku č. 8, ve které se táži, zdali se pacientům někdy stalo, že by je sestra po předání informace nechala podepsat dokument. 12 (18%) respondentů uvedlo, že ano, 21 (32%) respondentů odpovědělo, že si nevzpomíná, a zápornou odpověď, tedy ne nikdy, vybralo rovných 33 (50%) respondentů. I když souhlasnou odpověď uvedlo menší procento respondentů, nemusí toto zjištění nutně znamenat, že byla dokumentace opomíjena. Pouze třeba nebyla pro určitý typ poučení nutná. Pro zajímavost mohla být otázka doplněna o dotaz pro ty, kteří uvedli kladnou odpověď, konkrétně jaké poučení předcházelo jejich podpisu.

Tabulka č. 4: Podpis dokumentace respondentem po edukaci

Odpověď	Počet	v %
<i>ano</i>	12	18%
<i>nevzpomínám si</i>	21	32%
<i>ne, nikdy</i>	33	50%
<b>Celkem</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

### 9.2.6 Jakým způsobem sestra informace předává

Jakým způsobem byly informace pacientům předávány, nám pomáhá v dotazníku objasnit otázka č. 9, která je zpracována do tabulky č. 5. Respondenti zde měli možnost vybrat více odpovědí, tudíž procentuelní zastoupení, které je vypočítáno z celkového počtu respondentů (N=66), není rovno 100%. Nejčastěji byla vyznačena odpověď, kdy byla informace předána rozhovorem, a to ve 44 případech (47%). Druhá nejčastější varianta byla kombinace rozhovoru a předání letáku či brožury. Tuto odpověď vybralo 18 respondentů (19%). 10 (11%) respondentů uvedlo, že obdrželi leták či brožuru s výzvou, aby si poučení přečetli. Pouze 1 respondent (1%) byl informován pomocí názorného předvedení, což je velmi málo, a nikomu nebyl nakreslen obrázek. Odpověď f) poukazuje na snahu sester, kdy 14 respondentů (15%) označilo, že se sestra snaží předat informace

jakýmkoliv způsobem, jen aby pacienti pochopili. Zarážející je odpověď, kdy 6 respondentů (7%) uvedlo, že nikdy nebyli poučeni sestrou. O 5 respondentech jsem se již zmínila v odstavci „Edukuje častěji lékař či sestra“? Zbývá tedy posoudit šestého respondenta, který na rozdíl od těchto předchozích pěti respondentů, označil v otázce č. 6, že byl sestrou edukován ve třech různých tématech. V dotazníku v otázce č. 7 uvedl, že se vždy raději ptá lékaře, a u otázky č.13 vyznačil, že nepovažuje vzdělání čili teorii u sester za důležitou, více záleží na praktických zkušenostech.

Tabulka č. 5: Způsoby předávání informace sestrou

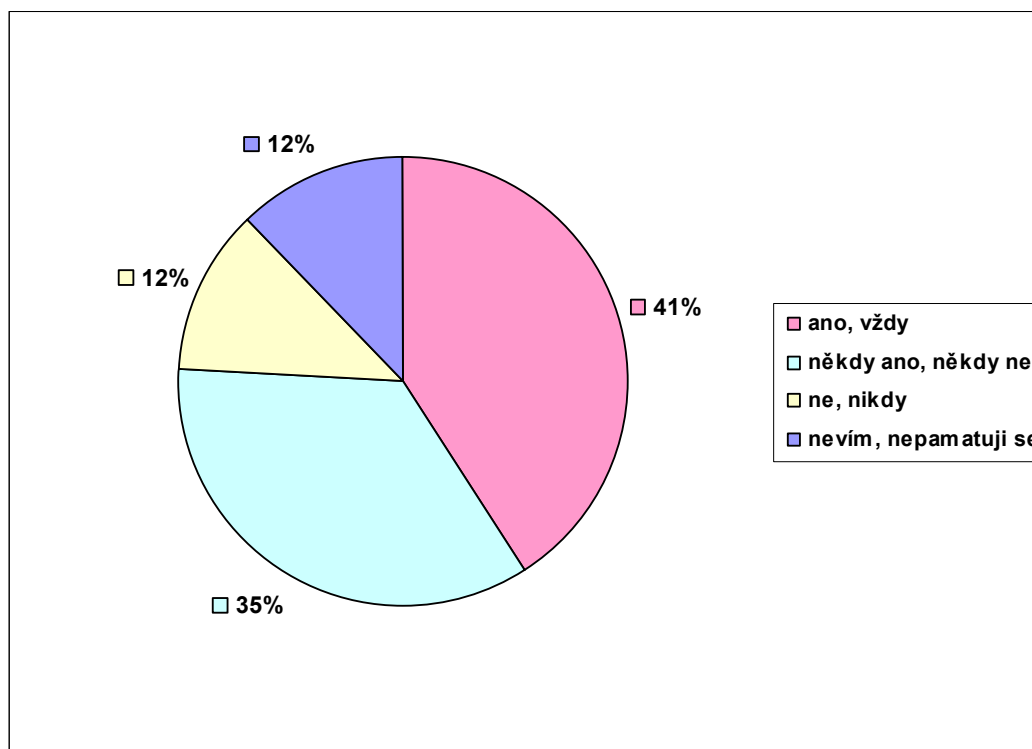
<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>v %</b>
<i>rozhovorem</i>	44	47%
<i>předáním letáku či brožury</i>	10	11%
<i>kombinace rozhovoru a letáku</i>	18	19%
<i>názorným předvedením</i>	1	1%
<i>nakreslením obrázku</i>	0	0%
<i>jakkoliv, abych pochopil/a</i>	14	15%
<i>nikdy jsem nebyl/a poučen/a sestrou</i>	6	7%
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>93</b>	<b>-</b>

*Součet není roven 100 %, jelikož měli respondenti možnost označit více odpovědí*

### 9.2.7 Dodržování zásady zpětné vazby

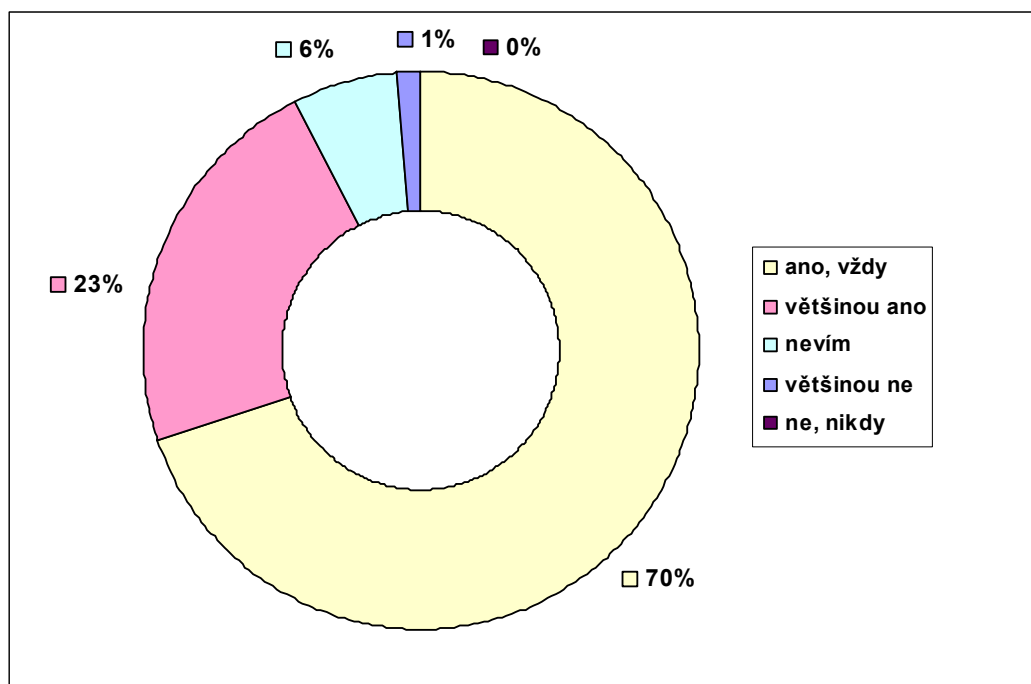
Nakolik je edukace poskytována odborně s patřičným ohledem na dodržování zásady zpětné vazby, jsem v dotazníku zjišťovala především otázkami č. 16 a č. 17. V první otázce byli respondenti dotazováni, zda si sestra po edukaci ověřila, že pacient informaci porozuměl. Z celkového počtu respondentů (N=66) jich 27 (41%) uvedlo ano, vždy. Možnost někdy ano, někdy ne zvolilo 23 (35%) respondentů, odpověď ne, nikdy uvedlo 8 (12%) respondentů a stejný počet, tedy 8 (12%) odpovědělo nevim (viz Graf č. 4)

Graf č. 4: Ověření sestrou ve srozumitelnost předané informace



Druhou otázkou jsem zjišťovala, zdali měli pacienti možnost po poučení klást doplňující otázky. Jako první možnost uvedlo celých 46 (70%) respondentů kladnou odpověď ano, vždy. Další, v podstatě uspokojivou odpověď většinou ano, vyplnilo 15 (23%) respondentů, odpověď nevím udali 4 (6%) respondenti a většinou ne, vybral pouze 1 (1%) respondent. Nikdo tak nevyjádřil rezolutní nesouhlas v odpovědi ne, nikdy (viz Graf č. 5)

Graf č. 5 : Možnost respondentů klást doplňující otázky



### 9.3 Důvěra pacientů ve znalosti a dovednosti sestry

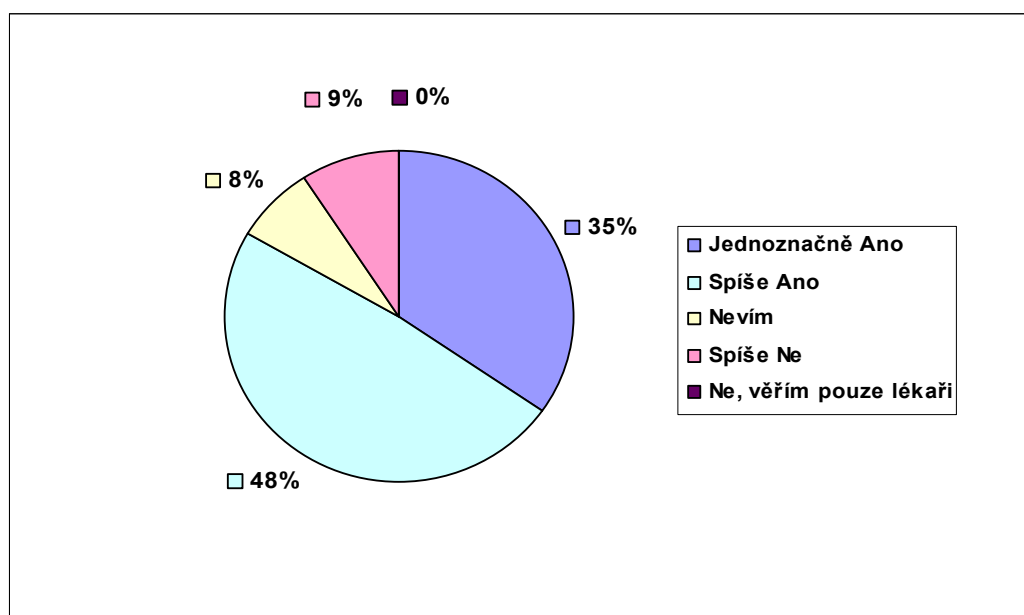
Tato část výzkumu pojednává o tom, jakou mají pacienti důvěru v informace poskytnuté sestrou, a zdali existují nějaké souvislosti mezi důvěrou a osobními kvalitami sestry. Zajímalo mne také, jaký mají pacienti názor na vzdělávání sester v ordinacích praktických lékařů, a kolik z nich zná vzdělání sestry u svého PL.

#### 9.3.1 Důvěra ve validitu informací poskytnutých sestrou

V dotazníku v otázce č. 10 jsem se přímo ptala na to, zda pacienti věří v dostatečné znalosti a zkušenosti sestry, a tím i plnohodnotnou edukaci. Svou jednoznačnou důvěru z celkového počtu respondentů (N=66) vyjádřilo 23 (35%) respondentů, k variantě spíše ano se přihlásilo 32 (48%) respondentů, 5 (8%)

respondentů uvedlo neví a 6 (9%) respondentů odpovědělo, že spíše nemají důvěru. Odpověď ne, věřím pouze lékaři nevolil nikdo z dotázaných (viz Graf č. 6). Zajímalo mne, zda existuje nějaká souvislost s odpověďmi v dotazníku u otázky č. 7 (týká se schopnosti odpovědět na edukační témata) u těch respondentů, kteří uvedli, že se ptají vždy raději lékaře (N=24). Z těchto uvedených 24 respondentů, kteří uvedli, že se vždy raději ptají lékaře, jich celých 16 (67%) uvedlo, že mají či spíše mají důvěru ve znalosti a zkušenosti sestry, 3 (12%) respondenti odpověděli, že neví a 5 (21%) respondentů otevřeně prohlásilo, že sestře spíše nedůvěřují. Ve více jak polovině případů tedy odpověď nesouvisela s důvěrou v sestru. Možná měli pacienti pocit, že některá témata uvedená v dotazníku v otázce č. 6 má plně v kompetenci lékař, a proto je třeba ani nenapadlo ptát se sestry. V 67% byla tedy spíše vyjádřena důvěra a důvodem, proč se pacienti sestry nezeptali a rovnou upřednostnili lékaře, jsou tedy jiné okolnosti. Oproti tomu v odpovědích respondentů, kteří uvedli, že neví či nedůvěřují sestře a zároveň uvedli v dotazníku u otázky č. 7, že se vždy raději ptají lékaře, jsem našla další souvislosti v následujících otázkách a odpovědích. Jedná se celkem o 11 (17%) respondentů z celkového vzorku (N=66), kteří také dále v dotazníku uvedli nespokojenost se znalostmi, komunikací, individuálním přístupem či ochotou sestry.

Graf č. 6 : Důvěra respondentů v dostatečné vzdělání a zkušenosti sestry



### 9.3.2 Znalost respondentů nejvyššího dosaženého vzdělání sestry

Znají pacienti nejvyšší dosažené vzdělání sestry u svého PL a nakolik je považují za důležité? Toto nám v dotazníku blíže osvětlují otázky č. 12 a č. 13.

První otázka nám poskytuje informaci, že respondenti v převážné většině 52 (79%) neznají nejvyšší dosažené vzdělání sestry, 11 (17%) respondentů uvedlo, že vzdělání znají, neboť je má sestra uvedené na dveřích ordinace a 3 (4%) respondenti si tuto informaci zjistili na webových stránkách. U první skupiny by výsledky mohly nasvědčovat o nezájmu v této záležitosti, kdežto u druhých dvou skupin je vidět zájem o tuto informaci, či je minimálně patrná všímavost k tomuto tématu.

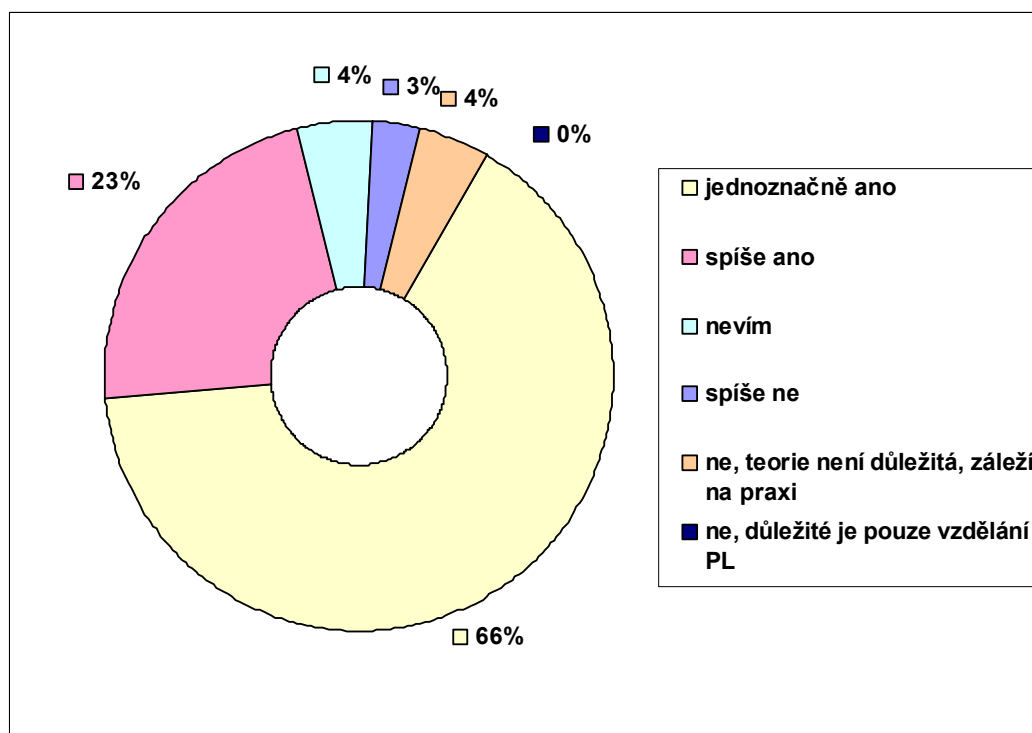
Tabulka č. 6: Znalost respondentů nejvyššího dosaženého vzdělání sestry

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>v %</b>
<i>ano vím, má to uvedené na dveřích</i>	<i>11</i>	<i>17</i>
<i>ano vím, zjistil/a jsem to na internetu</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>nevím</i>	<i>52</i>	<i>79</i>
<b>Celkem</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

### 9.3.3. Celoživotní vzdělávání sestry v ordinaci PL z pohledu respondentů

Bližší upřesnění nám pak přináší otázka č. 13, ve které byli respondenti dotazováni, zda považují celoživotní vzdělávání sestry v ordinaci PL za důležité. Odpověď jednoznačně ano, je to velmi potřebné volilo 43 (66%) respondentů a poukazuje tedy na důležitost a zájem, který respondenti kladou na vzdělání sester v ordinacích PL. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 15 (23%) respondentů, kteří se také svou odpovědí spíše ano, klonili ke kladnému vztahu sestry v ordinaci PL a jejímu vzdělávání. 3 (4%) respondenti odpověděli nevím, 2 (3%) respondenti vybrali odpověď spíše ne a 3 (4%) respondenti se přiklání k názoru, že teorie u sester není důležitá a více záleží na jejich praktických zkušenostech. Možnost, kdy vzdělání sestry není důležité a je důležité pouze vzdělání lékaře, neoznačil žádný respondent (viz Graf č. 7).

Graf č. 7: Postoj respondentů k celoživotnímu vzdělávání sestry v ordinaci PL



## 9.4 Sestra a vliv jejího působení v ordinaci PL

V této poslední kapitole se zaměříme na vyhodnocení výsledků v oblasti, jak působení sestry ovlivňuje možnosti edukace v prostředí ordinace PL. Co nejvíce pacienty ruší, jak sestry komunikují, jak vhodně využívají prostředí

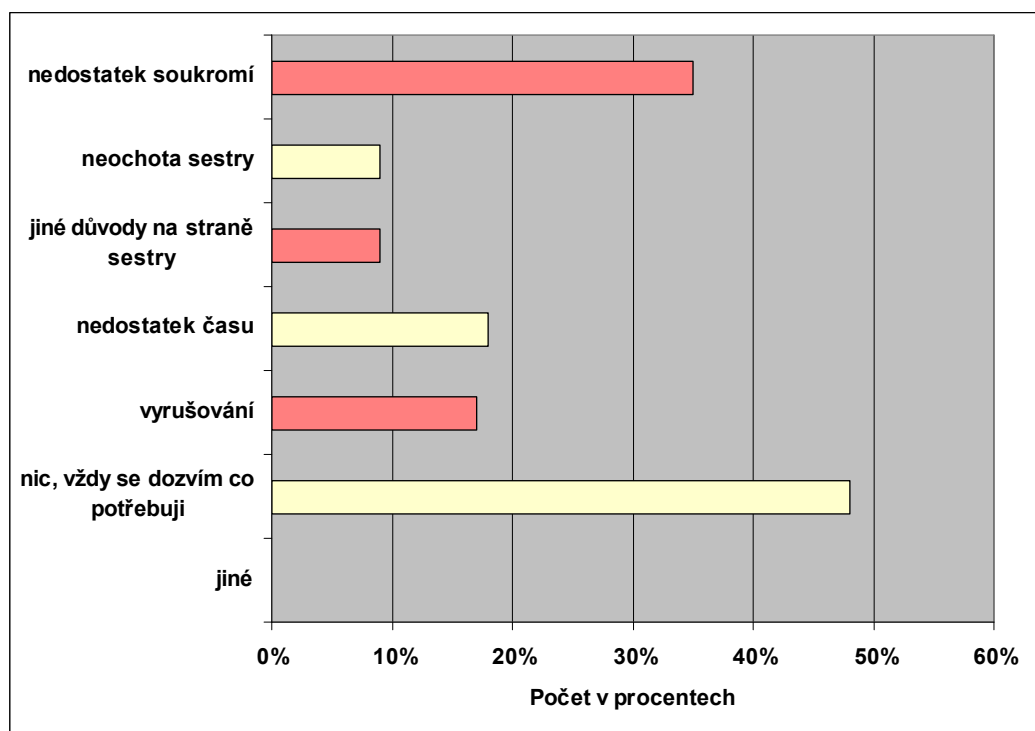


k informovanosti respondentů a jaké jsou jejich nejvíce ceněné vlastnosti či dovednosti.

#### 9.4.1 Edukační bariéry v prostředí ordinace PL

S jakými bariérami se nejčastěji setkáváme při edukaci v prostředí ordinace PL, nám v dotazníku přibližuje otázka č. 11. Respondenti (N=66) měli možnost označit více vybraných odpovědí. Celkové procentuelní zastoupení tedy neodpovídá 100%. Za nejčastější překážku v tom, aby se respondenti dozvěděli od sestry, co potřebují, respondenti označili nedostatek soukromí, a to ve 23 (35%) případech. Neochotu sestry uvedlo 6 (9%) respondentů, jiné důvody na straně sestry také 6 (9%) respondentů, nedostatek času vadil 12 (18%) respondentům, 11 (17%) respondentů označilo vyrušování. Potěšujících 32 (48%) respondentů neuvádělo žádnou bariéru, vždy se dozvěděli to, co potřebovali. Nikdo neuvěděl žádné další případné překážky do kolonky jiné (viz Graf č. 8). Zatímco neochota či jiné důvody na straně sestry jednoznačně ukazují na osobnostní nedostatky sester, i nedostatek soukromí, času či vyrušování poukazují v určité míře na nedostatečné organizační schopnosti sester.

Graf č. 8: Bariéry v prostředí ordinace PL související s edukací sestry



Součet není roven 100 %, jelikož měli respondenti možnost označit více odpovědí

#### 9.4.2 Schopnost sestry srozumitelně komunikovat

Jelikož jsou komunikační dovednosti velice důležitou složkou edukace, otázka č. 15 v dotazníku byla zaměřena na to, zda se se sestrou dá dobře, jednoduše a srozumitelně komunikovat. Jednoznačně kladně zhodnotilo tuto dovednost svou odpovědí ano vždy 42 (64%) respondentů. Malé zaváhání, nicméně stále kladnou odpověď spíše ano, volilo 17 (26%) respondentů. Někdy ano, někdy ne označilo 6 (9%) respondentů a pouze 1 (1%) respondent se vyjádřil v negativním hodnocení, spíše ne. Rezolutní odpověď vůbec ne, neuvedl nikdo z respondentů (viz Tabulka č. 7). Také zde jsem našla jistou souvislost v negativním hodnocení komunikačních dovedností sester a neutrálním či negativním hodnocení v důvěru pacientů ve znalosti a dovednosti sester. Z celkového vzorku respondentů (N=7) kteří uvedli, že se se sestrou spíše nedá komunikovat a nebo označili možnost někdy ano a někdy ne, jich 5 (75%) v otázce zda důvěřují ve znalosti a dovednosti sestry uvedlo buď nevím, či spíše ne.

Tabulka č. 7: Schopnost sestry srozumitelně komunikovat

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>v %</b>
<i>ano vždy</i>	42	64%
<i>spíše ano</i>	17	26%
<i>někdy ano, někdy ne</i>	6	9%
<i>spíše ne</i>	1	1%
<i>vůbec ne</i>	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

#### 9.4.3 Přítomnost volně přístupných informačních materiálů v ordinaci PL

Nakolik je prostředí čekárny či ordinace PL vybaveno odbornými informačními materiály, které jsou pacientům přístupné, poskytovala v dotazníku odpovědi otázka č. 18, která byla zpracována do Tabulky č. 8. Procentuelní vyhodnocení neodpovídá 100%, jelikož měli respondenti možnost výběru více možností. Více jak polovina respondentů 35 (53%) uvedla, že mají koutek s informačními letáky, a vzali si hodně takových, které pro ně byly přínosné. 23 (35%) respondentů odpovědělo, že informace, které je zajímaly, zde našli pouze občas. Dalších 5 (7%) respondentů uvedlo, že sice informační koutek mají,

nicméně nikdy v něm nenašli potřebné informace. Pouze 2 (3%) respondenti vybrali možnost, že žádný volně přístupný informační koutek nemají. Další 3 (4%) respondenti označili, že letáky mají u sebe lékař či sestra a dle potřeby je vydají. Bohužel, nikdo z respondentů nevyužil možnost vepsat, jaké materiály by uvítali, a to ani nikdo z těch, kteří vyznačili, že sice koutek s informacemi mají, ale nikdy zde nenašli informace, které potřebovali.

Tabulka č. 8: Přítomnost volně přístupných informačních materiálů

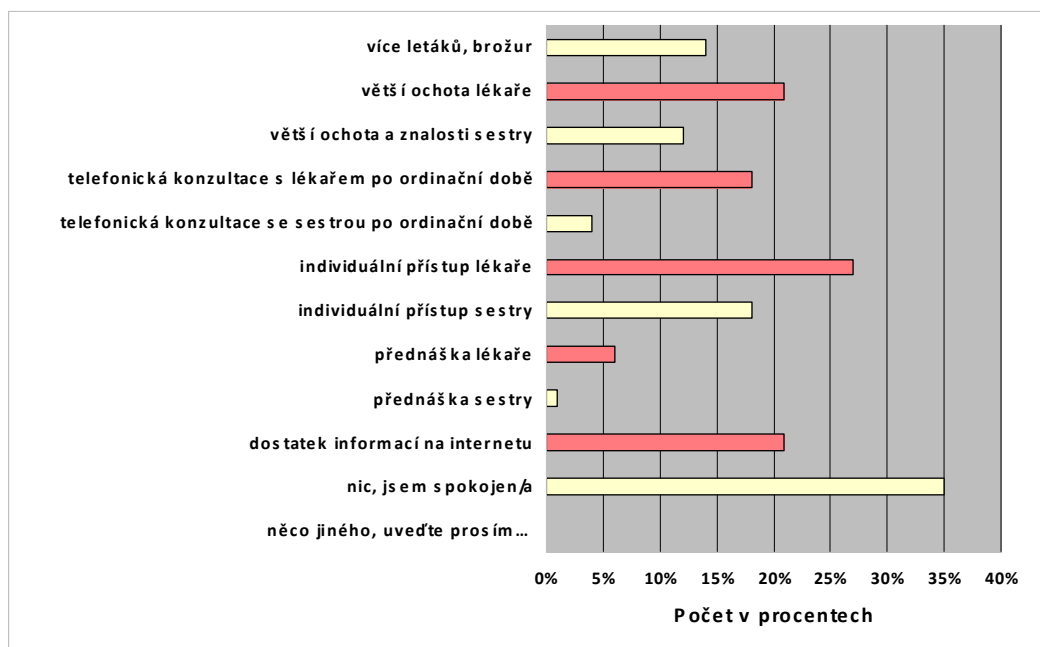
<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>v %</b>
<i>ano</i>	35	53%
<i>občas jsem našel/a zajímavé informace</i>	23	35%
<i>ano, ale nic potřebného pro mne</i>	5	7%
<i>ne, žádný informační koutek nemáme</i>	2	3%
<i>letáky mají u sebe lékař či sestra</i>	3	4%
<i>uvítal/a bych více informací o...</i>	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>68</b>	<b>-</b>

*Součet není roven 100 %, jelikož měli respondenti možnost označit více odpovědí*

#### 9.4.4 Návrhy na zlepšení informovanosti respondentů

Jaké možnosti by respondenti uvítali v rámci zlepšení informovanosti, nám v dotazníku odhalila otázka č. 19. Zde mohli respondenti opět volit více možností, a tak není procentuelní součet roven 100%. Více brožurek a letáků uvedlo 9 (14%) respondentů, po větší ochotě lékaře touží 14 (21%) respondentů, větší ochotu a znalosti sestry označilo 8 (12%) respondentů, 12 (18%) respondentů by stálo o možnost telefonické konzultace s lékařem po skončení ordinační doby, pouze 3 (4%) respondenti odpověděli, že by stáli o možnost telefonické konzultace se sestrou po skončení ordinační doby, 18 (27%) respondentů by uvítalo individuální přístup lékaře, individuální přístup sestry vybralo 12 (18%) respondentů, přednášky lékaře by se zúčastnili 4 (6%) respondenti, přednášky sestry zvolil pouze 1 (1%) respondent. Překvapivě zájem o více informací na internetu projevilo 14 (21%) respondentů a třetina respondentů 23 (35%) prohlásila, že je s mírou informací spokojena a nepotřebuje v této oblasti žádné zlepšení. Nikdo neuvedl žádný další návrh na zlepšení dle své vlastní volby (viz Graf č. 9).

Graf č. 9: Návrhy na zlepšení informovanosti respondentů



#### 9.4.5 Hodnocení respondentů nejvíce ceněných znalostí a dovedností sestry pracující u jejich PL

Poslední otázka s výběrem možností byla orientována na znalosti a dovednosti sester, kterých si respondenti nejvíce cení. I zde byla možnost výběru více odpovědí, a tak procentuelní součet neodpovídá 100%. Polovina respondentů 33 (50%) vyjádřila spokojenost s uměním komunikace sestry, největší počet respondentů 52 (79%) projevil ocenění manuální zručnosti sester. V další početné skupině byla 28 (42%) respondenty vybrána dobrá organizační schopnost a přehled. Dobrý přehled ve zdravotnické oblasti vybralo 18 (27%) respondentů, zatímco dobrý přehled v sociální oblasti pouze 6 (9%) respondentů. 15 (23%) respondentů si pochvalovalo rychlost, schopnost udržet příjemné prostředí kladně hodnotilo 26 (39%) respondentů. Do kolonky jiné bylo vepsáno 2 (3%) respondenty vlastnosti ochotnost a pracovní nasazení oproti tomuto kladnému hodnocení napsala jiná respondentka (1%), že na sestře u svého PL si necení ničeho.

Tabulka č. 9: Nejvíce ceněné znalosti a dovednosti sestry

Odpověď	Počet	v %
<i>umění komunikace</i>	33	50%
<i>manuální zručnost</i>	52	79%
<i>dobré organizační schopnosti</i>	28	42%
<i>dobrý přehled ve zdravotnické oblasti</i>	18	27%
<i>dobrý přehled v sociální oblasti</i>	6	9%
<i>rychlost</i>	15	23%
<i>schopnost udržet příjemné prostředí</i>	26	39%
<i>jiné, uveďte prosím...</i>	3*	5%
<b>Celkem</b>	<b>178</b>	<b>-</b>

*Součet není roven 100 %, jelikož měli respondenti možnost označit více odpovědí*

*\* odpovědi respondentů v kolonce jiné byly "2x ochota a 1x nic"*

#### 9.4.6 Možnost vlastního komentáře k práci všeobecné sestry v ordinaci PL

Na závěr dotazníku byla položena otázka s dostatečným prostorem, kam mohli respondenti napsat jakýkoliv doplňující komentář k práci sestry v ordinaci jejich PL. Tuto možnost využilo 8 respondentů (12%). Z toho kladných komentářů bylo 5 (62%), z nichž jednotliví respondenti uváděli následující výroky. První respondentka uvedla: „*Velká ochota, spolehlivost.*“ Druhá

respondentka se vyjádřila: „*Myslím, že vykonává dobře a spolehlivě svoji práci. Mám sice novou zdravotní sestru, ale je ochotná a příjemná.*“ Třetí respondent uvedl, že: „*Pokud už k lékaři zamířím, jsem s prací zdravotní sestry nadmíru spokojen.*“ Čtvrtá respondentka uvedla: „*Jsem spokojená*“ a poslední v kladném smyslu hodnotící respondent uvedl, že: „*Bez komentáře*“. Usuzuji, že se jedná o spíše kladné hodnocení, jelikož v otázce č. 19 uvedl, že s mírou informací je spokojen a u otázky č. 20 označil, že si u sestry cení všech uvedených znalostí a dovedností.

Oproti tomu záporná hodnocení uvedli 3 (38%) respondenti. První respondentka uvedla: „*Myslím žádná organizační schopnost, zmatek.*“ Druhá záporně hodnotící respondentka uvedla: „*Naše zdravotní sestra má v ordinaci chaos a nestíhá.*“ Třetí a poslední respondent napsal, že: „*V minulosti jsem byl opakovaně svědkem velmi nevhodného chování. Sestra má svůj okruh prací a i kdybych na chodbě chcípal, překročí mne bez povšimnutí. Další je způsob jednání, práce ji evidentně nikdy nebavila a je to znát. Zavřel bych ji do sklepa k bramborám, a ne k lidem. Namísto útěchy a uklidnění si často hraje na frajerku.*“

Z uvedených komentářů je patrné, že nejvíce respondenti hodnotili ochotu, zájem, komunikační dovednosti a organizační schopnosti sestry. Z převážné většiny tedy tyto poznatky podporují tvrzení H. Haškovcové o etice a komunikaci v ambulantní složce péče, kde by zejména v těchto oblastech měla sestra v ordinaci PL vynikat. (50)

## 10. Zhodnocení výzkumných otázek

V této kapitole již přistupuji k samotnému vyhodnocení výzkumných otázek a u některých připojuji své názory, zamyšlení a postřehy z praxe.

### Výzkumná otázka č. 1:

**Do jaké míry probíhá v ordinaci PL edukace sestrou a jaký je poměr mezi četností poskytnuté edukace sestrou a lékařem?**

Je potěšující, že až na 1 (1%) respondentku, která uvedla v dotazníku v otázce č. 6 (viz Tabulka č. 3) v kolonce jiné, že ji poučoval jen lékař a zároveň označila u otázky č. 9 (viz Tabulka č. 5), že nikdy nebyla poučena sestrou, mají všichni ostatní respondenti zkušenost s edukací prováděnou sestrou v ordinaci PL. Zbývajících 5 respondentů, kteří uvedli v Tabulce č. 5, že nikdy nebyli poučeni sestrou, však označili v Tabulce č. 3 minimálně tu možnost, kdy je sestra poučovala o postupu před odběrem biologického materiálu. Edukace sestrou v ordinaci PL tedy v 99% případů probíhá.

V edukaci je žádoucí znát a umět aplikovat didaktické zásady, mezi které např. patří: zásada názornosti, zásada spojení teorie s praxí, zásada vědeckosti, zásada přiměřenosti, zásada aktuálnosti, zásada zpětné vazby, zásada uvědomělosti a aktivity, zásada individuálního přístupu, zásada soustavnosti, zásada trvalosti a zásada kulturního kontextu (1 str. 31 - 34). Jelikož je těchto zásad příliš mnoho, v dotazníku jsem soustředila svou pozornost především na dodržování zásady zpětné vazby, která se zaměřuje na to, jak edukant předaným informacím porozuměl. Když se podíváme na Graf č. 4, uvidíme, že 27 (41%) respondentů uvedlo jednoznačně kladnou odpověď, že se sestra vždy zeptala, zda respondent informaci porozuměl, alespoň částečně uspokojivá odpověď je někdy ano někdy ne, kterou označilo 23 (35%) respondentů a zbytek 16 (24%) respondentů uvedl, že nikdy, či si na ověřující dotaz sestry nepamatovali.

Odpovědi na druhou otázku zabývající se aplikováním zásady zpětné vazby v edukaci nám poskytuje Graf č. 5, kde celých 46 (70%) respondentů uvedlo, že jim sestra umožnila klást doplňující otázky a 15 (23%) respondentů uvedlo spíše ano. Pouhých 5 (7%) respondentů uvedlo, že většinou nemohli položit doplňující otázky či nevěděli. V první otázce tedy téměř polovina a ve

druhé otázce velká většina respondentů, vyjádřila kladné hodnocení v použití zásady zpětné vazby během edukace.

Z Grafu č. 9 můžeme také vyčíst, že 23 (35%) respondentů je s mírou informací, které mají k dispozici, spokojeno. Pokud se zaměříme pouze na odpovědi, ve kterých figuruje sestra, všimneme si, že nejvíce by respondenti ocenili individuální přístup sestry, a to ve 12 (18%) případech, dále pak větší ochotu sestry v 8 (12%) a 3 (4%) respondenti by stáli o telefonickou konzultaci sestrou po skončení ordinační doby. 1 (1%) respondent by dokonce stál o přednášku vedenou sestrou. Poměrově si sice respondenti více žádali služby lékaře, nicméně je vidět i touha některých respondentů po větší aktivitě sestry a skrytý potenciál pro rozšíření edukace sestrou.

Ve druhé části výzkumné otázky se zaměřuji na poměr edukace poskytnutý sestrou a lékařem. Odpověď na tuto otázku nám přináší Graf č. 2. Zjistíme, že 11 (17%) respondentů uvedlo spíše sestra a pokud vydělíme odpověď tak napůl lékař i sestra dvěma, dostaneme číslo 14, které by tedy polovině případů odpovídalo. Součet by tedy činil 25 (38%) respondentů, kteří se hlásí k edukaci provedené sestrou, což vůbec není špatný výsledek. Je však nutné se také zamyslet nad tím, kdo určuje, že bude hovořit lékař či sestra? Má lékař dohodu se sestrou, o kterých tématech smí hovořit a do jaké hloubky? Nakolik je aktivní pacient v kladení otázek a nakolik je aktivní sestra v nabízení edukace? Zjistila jsem tedy, že lékař edukuje více než sestra, bylo by však dobré také pátrat po příčinách, proč tomu tak je.

#### Výzkumná otázka č. 2:

#### **Jaká jsou nejčastější témata o kterých sestra v ordinaci PL informuje pacienty a nakolik je dle pacientů ovládá?**

Jednoznačně nejčastěji respondenti uvedli v 52 (79%) případech postup před odběrem biologického materiálu. Na druhém místě pak vybrali ve 29 (44%) případech informace o vyšetřeních, které měli respondenti podstoupit. Za zmínku stojí i odpověď 17 (26%) respondentů, kdy je sestra informovala o dietě. Zbytek odpovědí měl zastoupení v 15% a méně, viz Tabulka č. 3. I zde by bylo nasnadě se zamyslet nad kompetencemi, které sestra v ordinaci PL má, ohledně témat zmíněných v Tabulce č. 3. Každá sestra je má možná jinak nastavené dle přání



lékaře. Např. vyhláška 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách zmiňuje, že všeobecnou preventivní prohlídku provádí registrující poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecného praktického lékařství. Ten mimo jiné provádí klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetření. (52) Kde je tedy jasně vymezeno, že poučení o samovyšetření prsu má či může provádět také sestra?

Sestra také ve 34 (52%) případech byla schopna dát uspokojující odpověď těm respondentům, kteří se jí na některé z uvedených témat zeptali. Pouze 1 (1%) respondentka nedostala uspokojující odpověď ohledně injekce proti tetanu. Zbývající odpovědi jsou nalezeny v Grafu č. 3.

#### Výzkumná otázka č. 3:

##### **Jaký je nejčastější způsob, kterým sestra informace předává?**

Tabulka č. 5 nám přibližuje způsoby, které sestra používá k předávání informací v ordinaci PL. Zatímco s rozhovorem se setkalo 44 (47%) respondentů, a tento způsob byl uveden jako nejčastější, názorné předvedení uvedl překvapivě pouze 1 (1%) respondent. Sama svým pacientům např. názorně předvádím, kam a jak mají umístit vzorek stolice v testu na okultní krvácení, jelikož se mi v minulosti stalo, že pouhé vysvětlení a předání letáku nestačilo. Tento odběr, zvláště pokud je prováděn pomocí guajakového testu, v sobě skrývá mnoho záludností a pacienti musí být dostatečně poučeni. (53) Dále mě potěšilo, že odpověď jakýmkoliv způsobem tak, abych pochopil/a vše potřebné, označilo alespoň 14 (15%) respondentů, neboť dle mne naznačuje individuální přístup sestry a ukazuje na snahu sestry pomoci.

#### Výzkumná otázka č. 4:

##### **Jaké jsou nejčastější bariéry v edukaci sestrou v prostředí ordinace PL?**

Za nejčastější bariéru edukace sestrou v ordinaci PL respondenti volili nedostatek soukromí, a to ve 23 (35%) odpovědích. Jako další častou bariéru označili respondenti ve 12 (18%) případech nedostatek času a v 11 (17%) případech vyrušování. Ve zbylých odpovědích respondenti označili jako původce bariéry přímo sestru, a to neochotu sestry v 6 (9%) odpovědích, jiné důvody na straně sestry v 6 (9%) případech (viz Graf č. 8). Též sem spadají odpovědi 7 (8%) respondentů, kteří v Tabulce č. 7 vyznačili, že se se sestrou spíše nedá a nebo

někdy ano a někdy nedá, jednoduše a srozumitelně komunikovat. Také 2 (3%) respondentky vepsaly na závěr dotazníku poznámky: „*Myslím žádná organizační schopnost, zmatek*“ a „*Naše zdravotní sestra má v ordinaci chaos a nestíhá.*“ Tedy i slabé organizační schopnosti vedou k edukační bariéře a mohou se odrážet v dalších aspektech, které ovlivňují kvalitu edukace, jako je např. špatná organizace času a s tím související plánované soukromí při poskytování péče.

Výzkumná otázka č. 5:

**Mají pacienti důvěru ve validitu informací poskytnutých sestrou?**

Většina respondentů 55 (83%) uvedla, že mají či spíše mají důvěru v dostatečné zkušenosti a vzdělání sestry, jež jsou potřebné k uspokojivé edukaci. Ze zbývajících odpovědí znázorněných v Grafu č. 6, kdy 11 (17%) respondentů uvedlo neví, či spíše ne, je patrná souvislost s přímým působením sestry v ordinaci. Z těchto (N=11) respondentů jich v otázce bariér (viz Graf č. 8) 6 (55%) uvedlo neochotu sestry a 3 (27%) respondenti uvedli jiné důvody na straně sestry. Další souvislost lze vyzorovat i ve vztahu s Grafem č. 9, kdy z celkového počtu respondentů (N=11) jich 6 (55%) vybralo, že by jejich informovanost pomohla zvýšit větší ochota a informovanost sestry a 6 (55%) respondentů by uvítalo individuální přístup sestry. 8 (73%) z těchto respondentů (N=11) také v Grafu č. 3 označilo, že se vždy ptá raději lékaře. U těchto 11 respondentů lze tedy vyzorovat jistou nedůvěru ve služby poskytované sestrou v průběhu celého dotazníku.

Zkoumala jsem také pohled respondentů na celoživotní vzdělávání sestry, s nímž je kvalita edukace spojena. Z Grafu č. 7 je patrné, že naprostá většina 58 (89%) respondentů považuje celoživotní vzdělávání za spíše či jednoznačně potřebné. V kontrastu s tímto zjištěním je však zarážející, že 52 (79%) respondentů neví, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání sestry pracující v ordinaci jejich PL. Možná tito respondenti spoléhají na lékaře, že zaměstná pouze kvalifikovanou sestru. Ve své praxi jsem se však setkala i se zdravotnickým asistentem působícím v ordinaci PL. Lékař pak svou přítomností vykonával odborný dohled. Nejvhodnější by bylo používání dobře čitelných vizitek, ze kterých by si pacienti mohli přečíst nejen jméno, ale i označení zdravotnického pracovníka, případně titul. Mimo jiné uvádím postřeh k označení zdravotnického

pracovníka, kdy v dotazníku ve volných komentářích respondenti píšou o zdravotní, nikoliv všeobecné sestře. H. Haškovcová ve své knize (50, str. 10) zmiňuje, že označení zdravotní sestra již neexistuje, nicméně pacienti toto označení nadále používají. Též píše, že je škoda měnit něco, co dobře fungovalo.

Výzkumná otázka č. 6:

**Které ze znalostí a dovedností sestry, jež současně podmiňují kvalitu edukace, označili pacienti u sester jako cenné?**

Odpovědi na poslední výzkumnou otázku nám poskytuje Tabulka č. 9. Pokud se tedy zaměříme pouze na činnosti, které přímo podmiňují kvalitu edukace, zjistíme, že respondenti nejčastěji ocenili umění komunikace, a to ve 33 (50%) případech, těsně za touto dovedností jsou s 28 (42%) hlasy organizační schopnosti, následuje dobrý přehled ve zdravotnické oblasti, který zvolilo 18 (27%) respondentů, a 6 (9%) respondentů označilo dobrý přehled v sociální oblasti. V komentáři jiné uvedli 2 (3%) respondenti ochotu, kterou bych zahrнула do umění komunikace, taktéž ve volném textu se objevila ochota a příjemné vystupování u 2 (3%) respondentů. I u této otázky bych se např. zamýšlela, proč dobrý přehled v sociální oblasti uvedlo pouze 6 respondentů. Může to být třeba proto, že informace tohoto druhu zatím nepotřebovali, a tudíž nevědí, že jimi sestra disponuje.

## 11. Diskuze a souhrn

V této části své práce se zaměřím na hlubší analýzu zejména těch otázek, které jsem v průběhu své práce dosud nepopsala. Také poskytnu porovnání výsledků s některými jinými studii podobného zaměření.

Z výsledků této bakalářské práce je patrné, že edukace sestrou v ordinaci PL probíhá v 99% případů. Respondenti, kteří v dotazníku vyznačili, že nikdy nebyli poučeni sestrou, ale vybrali alespoň jedno edukační téma, možná postup před odběrem biologického materiálu nepovažovali za edukaci. V tomto ohledu mne zaujala věta z bakalářské práce „Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči“ (59) : *„Za kvalitní edukační činnost se nepovažuje pouze předání informací o dané problematice, zprostředkované pomocí informačních brožur nebo slovním poučením.“*, která je mimo jiné podepřena odbornou literaturou. Pokud tedy edukace sestrou v ordinaci PL probíhá, další otázkou je, nakolik je provedena kvalitně dle zásad edukace.

Z edukačních témat nejvíce vedou informace před odběrem biologického materiálu (79%), informace o vyšetření (44%) a o dietě (26%). Ostatní témata mají poměrně malé zastoupení, včetně prevence nádorových onemocnění. Bylo by zajímavé zjistit od sester, proč tomu tak je. Nicméně pokud se již respondenti na některé téma zeptali, sestra jim byla schopna uspokojivě odpovědět. Osobně si myslím, že sestry jsou schopné předávat daleko širší okruh informací, než jen témata, která byla zmíněna jako nejčastější a která v edukaci sestrou považují za pouhý základ. Edukace týkající se prevence je vůbec zajímavé téma. Z výsledků mé studie je patrné, že 50% respondentů se účastní preventivních prohlídek. V porovnání s informací z publikace „Rádce pacienta“ (57), která uvádí, že pacienti ve vyspělé Evropě absolvují preventivní programy až v 80%, je to u nás stále poměrně málo pacientů. Možná proto byl spuštěn Projekt adresného zvaní, zmíněn v teoretické části mého výzkumu. Legislativa uvádí, že: *Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.* (58) Druhy zdravotní péče jsou pak blíže specifikovány v zákoně 372/2011 Sb. Nakolik je tedy stanoven tento podíl preventivní péče a kým? Určuje si lékař,

v jakém rozsahu sestra bude edukaci zaměřenou na prevenci provádět? Pokud si vyloží legislativu správně, tak ano, jelikož sestra provádí screeningová a depistážní vyšetření bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. (18) Každopádně by sestra měla edukaci provádět pouze v rámci svých kompetencí. Částečnou odpověď o edukaci sestrou v onkologické prevenci nám poskytuje bakalářská práce „Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči“ (59), kde se např. 50% sester (což neodpovídá výpovědím respondentů v mé studii) vyjádřilo, že edukuje či spíše edukuje o samovyšetření prsu. I má osobní zkušenost v roli pacienta je v této zkušenosti negativní. 39% sester také prohlásilo, že onkologickou prevenci v ordinaci praktického lékaře provádí výhradně lékař, 33% sester uvedlo, že ji provádí především sestra, a ve 27% se na ní podílejí lékař i sestra dohromady.

Co se týče komunikace a zásady zpětné vazby, musím konstatovat, že velká většina respondentů tyto položky hodnotila spíše kladně, což je uspokojivé zjištění. K otázce podpisu dokumentace by bylo zajímavé ještě položit doplňující otázku těm, co uvedli, že podepsali dokumentaci, čeho se edukace týkala. Velká většina respondentů také vyjádřila důvěru v sestru. Co mě však překvapuje, je fakt, že více jak polovina respondentů nezná nejvyšší vzdělání sestry, která o ně pečuje. Možná je důvěra v sestru založena více než na znalostech spíše na zkušenostech, které s ní respondenti mají. Tento projev důvěry totiž hodnotila kladně i pacientka odpovědí spíše ano přesto, že jí sestra nedokázala odpovědět na informace týkající se injekce proti tetanu.

Mrzelo mne, že respondenti celkově málo využívali možnost kolonky jiné k vepsání vlastního komentáře. Např. u otázky volně přístupných informačních materiálů jich 5 (7%) uvedlo, že informační koutek mají, ale nenašli zde nic, co by potřebovali. Bohužel již neuvedli do kolonky jiné, jaké informace by tedy uvítali. Též by bylo zajímavé prozkoumat, nakolik sestry připravují informační materiály pro pacienty a jejich rodiny, jelikož i toto je obsahem jejich kompetencí. S ohledem na jejich práci v ordinaci PL, jaké edukační materiály by měli pacienti mít k dispozici? Existuje určené základní portfolio? Nebo nabídku určí poptávka pacientů? Kde je vhodná míra tak, aby čekárna nebyla zahlcena přemírou informačních materiálů?

Když porovnám výsledky empirického šetření s dalšími výzkumy, našla jsem zajímavé souvislosti, ale i rozdíly v poskytování edukace sestrou v rámci primární péče. V bakalářské práci názvem „Edukace v primární péči“ (56) je popisován stav edukace lékařem i sestrou v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Podobně jako v mé práci, kde uvádím, že nejčastějším způsobem předávání informací byl ve 47% rozhovor, tato bakalářská práce předkládá data, že je edukace poskytována v 76% případech slovně, tedy rozhovorem či diskuzí. V obou případech se tedy jedná o nejčastější metodu edukace použitou v primární péči. Jistou shodu můžeme pozorovat i v otázce týkající se tematiky, kdo ze zdravotnických pracovníků více edukuje. V bakalářské práci viz výše (56) nalezneme, že v 78% edukoval lékař a v 19% sestra, v porovnání s výsledky v mé studii, kdy v 38% edukoval spíše lékař a v 17% spíše sestra. Porovnání můžeme provést pouze orientačně, neboť obě práce se liší v možnostech odpovědí.

V kontrastu s těmito výsledky ohledně poměru edukace zdravotnickými pracovníky jsou data získaná při výzkumu s názvem „Nurse – patient communication in primary care diabetes management: an exploratory study“ (54), kde byla na Novém Zélandu během 6 měsíců monitorována komunikace sester a pacientů s nově diagnostikovaným DM typu 2, v rámci ordinace praktického lékaře. Nejenže k edukaci pacientů byli přizváni i další specialisté, kromě lékaře a všeobecné sestry také pediatr, dietní sestra a optometrista, ale sestra měla na edukaci největší podíl. Četnost byla měřena v počtu minut strávených při konzultaci s pacientem a sestra při nich strávila v průměru 52 minut oproti lékaři, který s pacientem strávil při edukaci v průměru pouze 21 minut. Nutno podotknout, že sestry měly jako pomůcku vypracované protokoly, které jim určovaly rámec informací a kompetencí a mnoho z nich také podstoupilo rozsáhlé pokračující vzdělání v managementu chronických nemocí. Pokud porovnáme tato fakta s bakalářskou prací „Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči“ (59) zjistíme, že zde 73% sester uvedlo, že nemají žádné standardizované edukační plány pro onkologickou prevenci.

V rámci dalšího porovnání výsledků zmíním bakalářskou práci „Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči“ (55). Zde byly pro výzkum osloveny sestry pracující v ordinacích PL a ambulantních gynekologů. Přesto, že

autorka uvádí přesný poměr oslovených sester, kdy jich v ordinaci PL pracuje 75%, neuvádí pak již poměr sester, které se výzkumu skutečně zúčastnily. Zaujalo mne, že 63% sester zde vyplnilo, že mají či většinou mají možnost komunikace v soukromí. Nedostatek soukromí totiž v mé studii označilo 35% respondentů jako nejčastější bariéru v edukaci sestrou. Sestry v této studii však vyjádřily v 69%, že nemají dostatečný prostor pro edukaci a ve 46% označily, že nedochází k naplnění cílů primární péče, jako jsou zaměření na prevenci, podporu a ochranu zdraví lidu. Velmi překvapivé pro mne též bylo tvrzení, kdy některé sestry uvedly, že používají pro edukaci video, tabuli, projektor či magnetofon. Ani s jednou učební pomůckou jsem se dosud v primární péči nesešla.

Pokud bych prováděla další výzkum zaměřený na zkoumání zkušeností pacientů v primární péči, zvažovala bych možná trochu odlišnou metodu distribuce dotazníků. Přestože jsem byla přítomná po dobu vyplňování, nikdo z respondentů mne neoslovil, a v dotaznících byly dle mého názoru určité nejasnosti. Možná to bylo z důvodu zachování anonymity. Také bych si příště označila odpovědi sester z jednotlivých pracovišť, abych je mohla porovnat v souvislosti se sestrou, která edukaci poskytovala. V případě negativního hodnocení bych byla lépe schopna určit, zda se jedná pouze o ojedinělou situaci, či má negativní zkušenost se sestrou více respondentů.

### **Doporučení pro praxi**

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že edukace sestrou v ordinaci PL sice probíhá, ale využití možnosti edukačních témat je velmi nízké, zejména v oblasti onkologické prevence, kterou považuji za velmi důležitou. Bylo by vhodné vypracovat určité standardy či doporučení pro edukaci sestrou v ordinaci PL, obsahující různá edukační témata a zejména jejich rozsah, podobně jako jimi disponují sestry uvedené v novozélandské studii. Také internetové stránky, které by byly zaměřeny na edukaci v oblasti primární péče s pravidelnou aktualizací, jsou možným řešením. Na těchto stránkách by mohla být i sekce pro pacienty, kteří by dostali ucelené a srozumitelné informace. Dále také:

- Vytvoření více povinných vzdělávacích programů zaměřených na komunikační dovednosti, etiku a edukaci sestry v ordinacích PL, jelikož tyto sestry dle mého názoru nevykonávají tolik odborné ošetrovatelské

péče jako jejich kolegyně v nemocniční péči, ale důraz jejich péče by měl být více zaměřen právě na komunikaci a edukaci v oblasti prevence a péče o zdraví.

- Posílení edukační role sestry v povědomí pacientů tak, aby si pacienti stále více uvědomovali rostoucí kompetence a vzdělanost sester a požadovali od nich více intervencí.
- Sestry by měly nosit čitelné vizitky se jménem a vyznačeným nejvyšším vzděláním tak, aby tyto údaje byly jednoznačně prezentovány.
- Vhodné by byly další výzkumy zabývající se edukací v primární péči z pohledu pacientů, zaměřené např. na dodržování edukačních zásad, poskytování edukace v souvislosti se zajištěním soukromí apod.



## Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na edukaci sestrou v ordinaci PL. Teoretická část pojednává zejména o edukaci a důležitých faktorech, které se k ní pojí. Zahrnuje nezbytné informace k legislativě, etice a primární péči samotné. Součástí teoretické části je i kapitola o komunikaci, která hraje v primární péči velmi důležitou roli a je zároveň nedílnou součástí edukace. Cílem mé práce bylo zmapovat problematiku edukace sestrou v prostředí ordinace PL z pohledu pacientů, jelikož jsem nenalezla žádnou práci zaměřenou přesně tímto směrem. K důležitým zjištěním mého výzkumu patří, že edukace sestrou probíhá. Její podíl na edukaci není zanedbatelný, nicméně stále je spíše v pozadí za lékařem. Sestry uspokojivě edukují v základních tématech, avšak další témata, která by měla být v jejich kompetenci, z neznámého důvodu zanedbávají. Nejčastější metodou k předávání informací je rozhovor. Dále jsem zjistila, že je v edukaci sestrou poměrně dobře uplatňována zásada zpětné vazby. Také důvěra v sestru byla spíše vyslovena a poměrně velké procento respondentů uvedlo, že jsou s mírou informací spokojeni. Otázkou je, kolik informací od sestry očekávají v rámci její role a kolik jich sestra v rámci svých kompetencí poskytuje. V možnostech, které by pomohly zvýšit informovanost, respondenti častěji označovali intervence lékaře. Za nejčastější bariéru je považován nedostatek soukromí, což mne vůbec nepřekvapuje. Zatímco některé otázky v dotazníku přinesly jednoznačné odpovědi, mnohé z nich naopak rozvířily mé myšlenky a dávají podněty k dalšímu zkoumání v této oblasti, což považuji u pilotního výzkumu za správné. Tvorba dotazníku pro mne vůbec nebyla jednoduchá, a až po sběru dat jsem si uvědomila, že některé otázky možná nejsou jednoznačně kladené a u některých by zase stálo za to je doplnit podotázkou. Otázku ohledně odhadovaného věku sestry jsem dokonce nepoužila pro vyhodnocování vůbec. Nicméně mne celkově šetření v rámci bakalářské práce obohatilo o poznatek s prováděním výzkumu, a pokud jej budu někdy v budoucnu opakovat, budu se v něm lépe orientovat. Otázka edukace sestrou v primární péči je dle mého názoru stále podceňována a nerozvinuta do plného potenciálu. Doufám, že se působení sestry v této roli posune minimálně zpět na úroveň, ve které byla v období 20. – 40. let minulého století, kdy sestry působily v rámci osvěty samostatně nejen ve

zdravotních stanicích, ale i v rámci Ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách (55, str. 24 - 26.) Aktivita a nasazení sester v tomto sektoru péče tak bylo obrovské. Vzhledem k tendenci a snaze posunout péči blíže k lidem, tedy do komunit, můžeme jen doufat, že se podobného výsledku opět dočkáme. Ostatně i Světová zdravotnická organizace na posílení role sestry v komunitním ošetřovatelství apeluje a podporuje ji ve svých cílech.

## Použitá literatura

1. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
2. Výchova, Andromedia [online]. [cit. 28.12.2013]. Dostupné z: <<http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/vychova>>
3. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
4. Maria Montessori. Wikipedia [online]. [cit. 22.12.2013]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Marie\\_Montessori](http://cs.wikipedia.org/wiki/Marie_Montessori)
5. Ošetrovatelství – Výuka – Edukace [online]. [cit. 22.12.2013]. Dostupné z: <<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>>
6. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
7. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*, 2. přepr. a akt. vyd. Praha: Portál, 2002, 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
8. JAROŠOVÁ . *Edukace v ošetrovatelství* [online]. [cit. 15.12.2013]. Dostupné z: <<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>>
9. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
10. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
12. LEMON 3: *učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 155 s., il. ISBN 80-7013-244-2.
13. BOOHER, Dianna Daniels. *Komunikujte s jistotou: více než 1000 rad a návodů jak dosáhnout co nejlepšího účinku při jednání s lidmi*. 3. vyd. Překlad Jiří Loos. Brno: Computer Press, 2003, vi, 336 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-335-8.
14. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
15. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
16. LEMON 2: *učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 125 s. ISBN 80-7013-238-8.
17. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
18. Legislativa - platná legislativa - pracovníci ve zdravotnictví- vyhláška č.55/2011 Sb. [online]. [cit. 22.1.2014]. Dostupné z:<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=73877&recShow=3&nr=55~2F2011&rpp=15#parCnt>

19. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 95 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3132-2.
20. BERAN, Jiří, Naděžda TUMPACHOVÁ a Ludmila CHALOUPKOVÁ. *Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 129 s. Učební texty (Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Plzni). ISBN 80-246-0463-9.
21. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
22. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. české vyd. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2002, 389 s. ISBN 80-247-0278-9.
23. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
24. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 108 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-605.
25. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2150-7.
26. VOJTÍŠKOVÁ, Jana. *Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře*. *Solen* [online]. 2006 [cit. 19.11.2013]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>

27. STRNADOVÁ, Alice a Lenka LUKÁŠOVÁ - JEŘÁBKOVÁ. Role sestry v edukaci pacientů před očkováním proti chřipce. Supplementum pro sestry [online]. 2012 [cit. 19.11.2013]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2012-07/suplementum-pro-sestry.pdf>
28. Doporučení k edukaci diabetika. Česká diabetologická společnost [online]. c2013 [cit. 19.11.2013]. Dostupné z: <http://www.diazivot.cz/data/standardy/5-edukace.pdf>
29. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
30. RUHL, Catherine, Gail FOX, Barbara Peterson SINCLAIR, Deborah C. STAMPS, Patricia A. TABLOSKI a Tamara ZURAKOWSKI. Nurses Face New Challenges With This Increasingly Active and Vibrant Population. *AWHONN Lifelines* [online]. August 2006, **10**(4), p. 298-305 [cit. 2.3.2014]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1552-6356.2006.00052.x>
31. GOVIER, Anne, REES, Colin. Reducing alcohol-related health risks: the role of the nurse. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)* [online]. August 2013, **27**(50), p. 42-46 [cit. 2.3.2014]. Dostupné prostřednictvím MEDLINE Complete z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=62&sid=f3c72fb8-b0f6-4ebc-8afc-16451bb5107b%40sessionmgr113&hid=128&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=23944824>

32. COULTER, Angela, ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)* [online]. July 2007, **335**(7609), p. 24-27. [cit. 2.3.2014]. Dostupné prostřednictvím MEDLINE Complete z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=65&sid=f3c72fb8-b0f6-4ebc-8afc-16451bb5107b%40sessionmgr113&hid=128&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mdc&AN=17615222>
33. HORŇÁKOVÁ, Anna. Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
34. ZEDNÍKOVÁ, Milena. Sestra a naslouchání. *Florence*. 2008, roč. 4, č. 7-8, s. 259-260. ISSN 1801-464X.
35. ZACHAROVÁ, Eva. Sociální komunikace – součást odborné erudice sestry. *Zdravotnické noviny*. 2009, roč. 58, č. 40, s. 28. ISSN 1805-2355.
36. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404.
37. FECKOVÁ, Miriam. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 9, s. 24-25. ISSN 1210-0404.
38. BEDNÁŘOVÁ, Jana. Umění komunikace. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 16-17. ISSN 1210-0404.
39. ADAMCZYK, Roman. Jazyková kompetence sester – hledání esperanta bytí. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 2, s. 25. ISSN 1210-0404.

40. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace sestry a pacienta v ošetrovatelské péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 10, s. 29-30. ISSN 1801-1349.
41. SENYKOVÁ, Anna a TKÁČOVÁ, Ľubomíra. Úloha sestry v prevencii karcinómu prsníka. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2013, roč. 9, č. 3, s. 18-20. ISSN 1801-1349.
42. VILÁNKOVÁ, A., PRUSÍKOVÁ, Martina, VRABLÍK, Michal a ČEŠKA, Richard. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 12, s. 501-503. ISSN 1214-8687.
43. ZACHAROVÁ, Eva. Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebedpéči. *Zdravotnické noviny*. 2009, roč. 58, č. 33-34, s. 14-15. ISSN 1805-2355.
44. MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*. 2008, roč. 19, č. 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404.
45. DRLÍKOVÁ, Kateřina. Reeducace jako nedílná součást edukace. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 49. ISSN 1210-0404.
46. KNÍŽKOVÁ, Gabriela a ŠMAHELOVÁ, Alena. Edukace diabetika. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 5, s. 238-240. ISSN 1214-8687.
47. SOUKUPOVÁ, Romana. Význam edukace u pacientů s diabetem. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 1-2, s. 19-22. ISSN 1801-464X.
48. TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestry – pacient. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.



49. ÚZIS ČR. *Program adresného zvaní na screeningová vyšetření vybraných nádorových onemocnění*. [ online]. 2014 [cit. 5.3.2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/program-adresneho-zvani-na-screeningova-vysetreni-vybranych-nadorovych-onemocneni>
50. HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 121 s. ISBN 978-807-4920-639.
51. HERNANDEZ, Johnanna a Stoerm ANDERSON. Storied experiences nurse practitioners managing prehypertension in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* of [online]. 2012, vol. 24, issue 2, s. 89-96 [cit. 5.4.2014]. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2011.00663.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1745-7599.2011.00663.x>
52. Vyhláška č.70/2012 Sb. Portál veřejné zprávy, zákony [online]. [cit. 20.4.2014]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77064&fulltext=&nr=70~2F2012&part=&name=&rpp=15>
53. CHRASTINA, Jan a Jana MAREČKOVÁ, Edukace klientů k provádění testů k detekci okultního krvácení do stolice, *Interní medicína pro praxi* [ online].2009, roč. 11, č.11, s. 524-526 [cit. 20.4.2014]. Dostupné z:
54. [http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=18&ved=0CFkQFjAHOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.internimedicina.cz%2Fpdfs%2Fint%2F2009%2F11%2F14.pdf&ei=v6dJU\\_jhL4Te7AaSjIGwDw&usg=AFQjCNFxbNdAoXf7\\_2WQKJGBNNxNIWOrJA](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=18&ved=0CFkQFjAHOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.internimedicina.cz%2Fpdfs%2Fint%2F2009%2F11%2F14.pdf&ei=v6dJU_jhL4Te7AaSjIGwDw&usg=AFQjCNFxbNdAoXf7_2WQKJGBNNxNIWOrJA)
55. MACDONALD, Lindsay, Maria STUBBE, Rachel TESTER, Sue VERNALL, Tony DOWELL, Kevin DEW, Tim KENEALY, Nicolette SHERIDAN, Barbara DOCHERTY, Lesley GRAY a Debbie RAPHAEL.

Nurse-patient communication in primary care diabetes management: an exploratory study. *BMC Nursing* [online]. 2013, vol. 12, issue 1, s. 20- [cit. 2014-04-20]. DOI: 10.1186/1472-6955-12-20. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/20>

56. DRAXLEROVÁ, Milena. *Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči* [online]. České Budějovice, 2007 [cit. 22.4.2014]. Dostupné z: <http://wstag.jcu.cz/StagPortletsJSR168/KvalifPraceDownloadServlet?typ=1&adipidno=7409>
57. BREJCHOVÁ, Eliška. *Edukace v primární péči* [online]. Praha, 2012 [cit. 22.4.2014]. Dostupné z : <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100157/>
58. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Rádce pacienta – příručka ke zlepšení bezpečí pacienta [online]. Praha, 2009 [cit. 22.4.2014]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/radce-pacienta-uzitecna-prirucka>
59. Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů [online]. Praha, 2004 [cit. 22.4.2014]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
60. BERANOVÁ, Veronika. *Sestra a prevence nádorových onemocnění v primární péči* [online]. Praha, 2013 [cit. 22.4.2014]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/123003/>

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Vzdělání respondentů .....	45
Tabulka č. 2: Nejčastější účel návštěvy ordinace PL.....	46
Tabulka č. 3: Témata, o kterých v posledních 5 letech informovala sestra .....	48
Tabulka č. 4: Podpis dokumentace respondentem po edukaci.....	50
Tabulka č. 5: Způsoby předávání informace sestrou .....	51
Tabulka č. 6: Znalost respondentů nejvyššího dosaženého vzdělání sestry.....	55
Tabulka č. 7: Schopnost sestry srozumitelně komunikovat .....	58
Tabulka č. 8: Přítomnost volně přístupných informačních materiálů.....	59
Tabulka č. 9: Nejvíce ceněné znalosti a dovednosti sestry .....	61
Graf č. 2: Podíl zdravotnických pracovníků na informovanosti respondentů.....	47
Graf č. 3: Neschopnost sestry odpovědět na dotaz ohledně témat z Tabulky č. 3 .....	49
Graf č. 4: Ověření sestrou ve srozumitelnost předané informace.....	52
Graf č. 5 : Možnost respondentů klást doplňující otázky.....	53
Graf č. 6 : Důvěra respondentů v dostatečné vzdělání a zkušenosti sestry.....	54
Graf č. 7: Postoj respondentů k celoživotnímu vzdělávání sestry v ordinaci PL ..	56
Graf č. 8: Bariéry v prostředí ordinace PL související s edukací sestry .....	57
Graf č. 9: Návrhy na zlepšení informovanosti respondentů.....	60

## **Seznam použitých zkratk**

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ČR – Česká republika

DM – Diabetes mellitus

EKG - Elektrokardiogram

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. – například

PL – praktický lékař

popř. – popřípadě

Sb - sbírky

tzn. – to znamená

UK – Velká Británie

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZP – Zdravotní pojišťovna

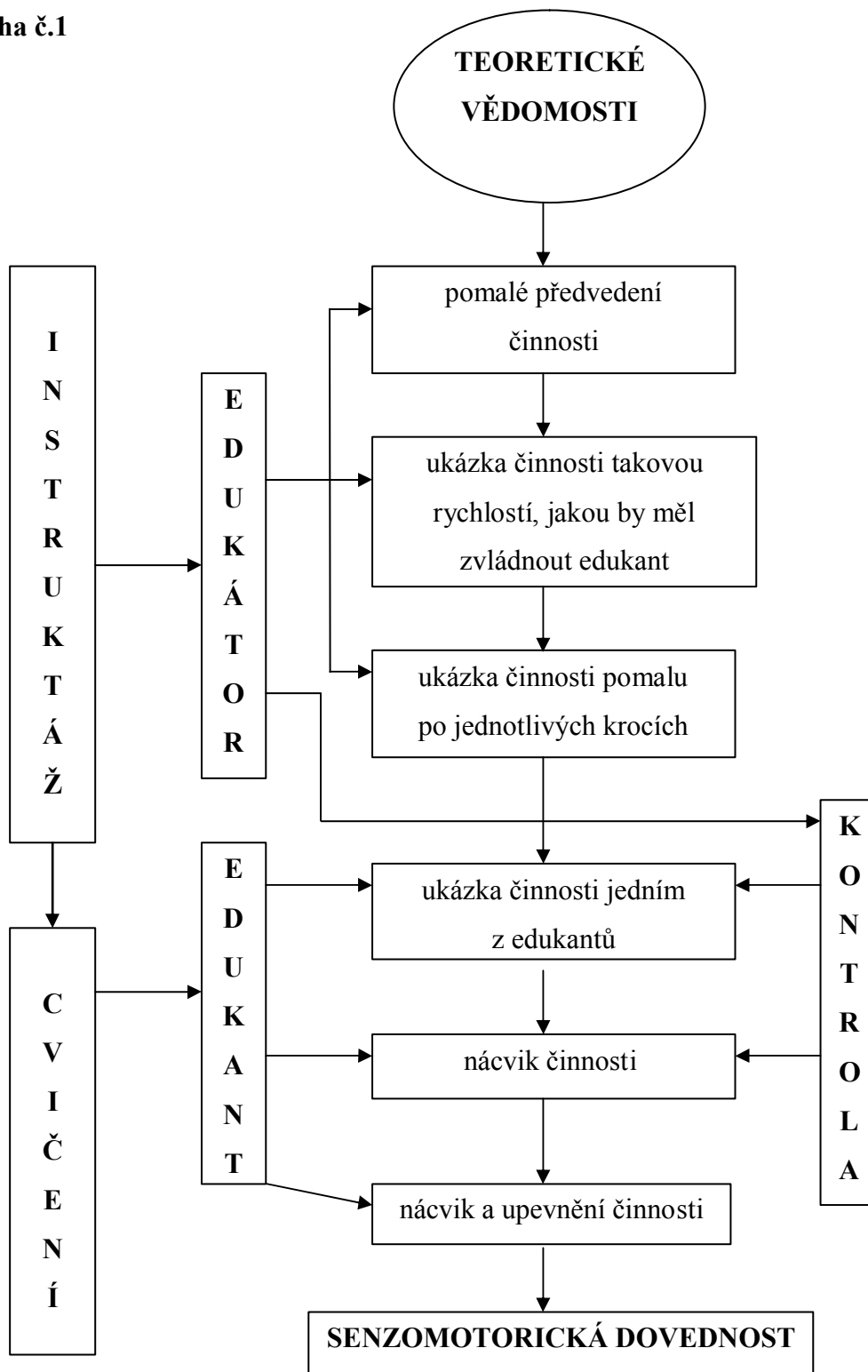
## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Návik senzomotorických dovedností

Příloha č. 2 - Dotazník

Příloha č. 3 - Souhlas mého praktického lékaře s provedením výzkumu

Příloha č.1



Obr.1 Nácvik senzomotorických dovedností (1, str. 41)

## Příloha č.2

### DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Šťastná a jsem studentkou 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Studuji program **Všeobecná sestra**.

V současné době realizuji projekt své bakalářské práce, na téma „**Sestra jako edukátorka v ordinaci Praktického lékaře – realita nebo mýtus?**“ (edukovat znamená informovat, vysvětlovat, vzdělávat pacienty)

Abych mohla svou práci uskutečnit, potřebuji zjistit, jaké jsou Vaše zkušenosti a názory na téma poskytování informací, vysvětlování a poučování pacientů ze strany všeobecné sestry pracující v ordinaci Vašeho praktického lékaře. Prosím, abyste si pečlivě přečetli a vyplnili dotazník, který Vám předkládám, nebudete potřebovat více než 10 minut. Veškeré zjištěné údaje zůstanou v anonymitě, dotazník, prosím, nepodepisujte.

Velice Vám děkuji za Vaši spolupráci a pomoc.

Veronika Šťastná

#### 1) Kolik je Vám let

- a) 17 - 30
- b) 31 - 40
- c) 41 - 50
- d) 51 - 60
- e) 61 - 70
- f) 71 a více

#### 2) Jaké je Vaše pohlaví

- a) žena
- b) muž

**3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

- a) základní
- b) vyučen/á
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské
- f) jiné, uveďte prosím.....

**4) Za jakým účelem nejčastěji navštěvujete ordinaci praktického lékaře?**

**Můžete vybrat více variant.**

- a) v případě nemoci
- b) za účelem preventivních prohlídek
- c) když potřebuji recept na léky, které pravidelně užívám
- d) potřebuji od lékaře vyplnit nějaký dokument (např. žádost o řidičský průkaz, přihlášku ke studiu, žádost o příspěvek na péči, atd.)
- e) jiné důvody uveďte prosím.....

**5) Když navštívíte ordinaci praktického lékaře, kdo Vás, v případě potřeby, nejčastěji informuje, poučí Vás, vysvětlí, názorně předvede (např. jak si změřit krevní tlak, jak si aplikovat injekci, jak se dietně stravovat, jak dodržovat léčebný režim, co pomáhá prevenci rakoviny, jak se připravit na odběr krve apod.)?**

- a) spíše lékař, sestra minimálně
- b) spíše sestra
- c) tak napůl, lékař i sestra
- d) nikdo, pokud potřebuji informace sháním si je sám/a

**6) Prosím, vyznačte všechna témata, o kterých Vás v posledních pěti letech v ordinaci praktického lékaře informovala sestra. (Čtete, prosím, pozorně a zatrhněte vše, co se Vás týká nebo týkalo):**

- a) jak mám postupovat před odběrem krve, moči nebo jiného biologického materiálu (nejíst, nepít atd.)
- b) informace o vyšetřeních, která mám podstoupit např. CT, endoskopie, sono (jak se vyšetření provádí, co před a po vyšetření dodržovat, jak se při vyšetření mohu cítit atd.)



- c) informace o dietě např. při vysokém cholesterolu v krvi, cukrovce, obezitě aj.
- d) informace o lécích včetně jejich nežádoucích účinků, popř. o dietních opatřeních při jejich užívání (např. antibiotika – nepít alkohol, Warfarin – lék na ředění krve, jaká jsou rizika při jeho užívání)
- e) informace o léčebných postupech, které má provádět pacient sám v domácím prostředí (měření krevního tlaku, kontrola hladiny cukru v krvi glukometrem, převazy rány, samoaplikace injekcí)
- f) prevence rakoviny tlustého střeva, prsu, plic, kůže, prostaty aj., rizikové faktory, kterých se vyvarovat, jak provádět samovyšetření apod.
- g) informace týkající se zdravého životního stylu (kouření, konzumace alkoholu a jiných návykových látek, výživa, pohyb, zdravý spánek)
- h) otázky sexuality a plánovaného rodičovství,
- i) prevence stresu, vyhoření, pečovatelské zátěže, duševní hygieny
- j) prevence bolestí zad
- k) informace o režimových opatřeních spojených se specifickým ročním obdobím (v létě prevence nakažení klíštětem, dostatečný pitný režim atd. v zimě – prevence nachlazení, samoléčba při viróze, očkování proti chřipce)
- l) informace o sociálních službách, poradnách a dávkách (kam se obrátit v případě péče o nesoběstačného seniora, nárok na příspěvek na péči a jak postupovat)
- m) informace o vhodném zdravotnickém zařízení, o specialistovi na Váš zdravotní problém
- n) jiné informace .....

**7) Sestra v ordinaci by Vás měla být schopna informovat o výše uvedených tématech. Stalo se Vám v minulosti, že jste se na něco z výše uvedeného odstavce zeptal/a a sestra Vám nebyla schopna dát uspokojující odpověď?**

- a) ano, stalo se mi to, bylo to na téma (doplňte prosím).....
- b) ne, nestalo se mi, že by mi sestra nebyla schopna odpovědět
- c) nevím
- d) ptám se vždy raději lékaře

**8) V souvislosti s podáváním informací pacientům, je pacient v některých případech (např. po aplikaci očkovací látky) vyzván k podpisu dokumentu (Poučení pacienta nebo Informovaný souhlas). Stalo se Vám někdy, že Vás sestra po poučení či podání informací nechala podepsat dokument?**

- a) ano
- b) nevzpomínám si

c) ne, nikdy jsem nic takového nepodepisoval/a

**9) Jakým způsobem Vám sestra předávala informace týkající se Vašeho zdravotního stavu, vyšetření nebo léčby? (Zatrhněte všechny způsoby, se kterými jste se osobně setkal/a).**

- a) rozhovorem (před odběrem, vyšetřením apod)
- b) předáním letáku či brožury s výzvou, abych si poučení přečetl/a
- c) kombinací rozhovoru a letáku
- d) názorným předvedením (např. samovyšetření prsu, odstranění klíštěte, převaz rány, samoaplikace injekce)
- e) nakreslením obrázku
- f) sestra se snaží předat potřebné informace jakýmkoliv způsobem tak, abych pochopil/a vše potřebné
- g) nikdy jsem nebyl/a poučen/a sestrou

**10) Máte důvěru v sestru, která pracuje v ordinaci Vašeho praktického lékaře? Věříte, že má tato sestra dostatečné zkušenosti a vzdělání na to, aby Vám mohla uspokojivě odpovědět na Vaše dotazy?**

- a) jednoznačně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne, věřím pouze lékaři

**11) Co považujete dle vlastní zkušenosti za nejčastější překážku toho, abyste se od sestry dozvěděl/a to, co potřebujete? Můžete vybrat i více variant.**

- a) nedostatek soukromí (otevřené dveře do čekárny, jiný pacient, který je se mnou u sestry a čeká na lékaře apod.)
- b) neochotu sestry se mým dotazem zabývat (špatná komunikace, nedostatek vcítění se do mé situace, nedostatek trpělivosti apod.)
- c) jiné důvody na straně sestry (nedostatek znalostí, respekt k lékaři)
- d) nedostatek času
- e) vyrušování (vyzvánění telefonu, klepání na dveře apod.)
- f) nic, vždy se dozvím to, co potřebuji
- g) jiné, (uveďte prosím).....

**12) Víte, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání sestry, která pracuje u Vašeho praktického lékaře?**

- a) ano vím, má to uvedené na dveřích ordinace
- b) ano vím, zjistil/a jsem si to na webových stránkách
- c) ne, nevím

**13) Považujete celoživotní vzdělávání sestry v ordinaci praktického lékaře za důležité ? (např. kurzy o nových technikách v ošetrovatelství, o nových poznacích v medicíně atd.)**

- a) jednoznačně ano, je to velmi potřebné
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne, teorie u sester není důležitá, více záleží na jejich praktických zkušenostech
- f) ne, důležité je pouze vzdělávání praktického lékaře

**14) Prosím, pokuste se odhadnout, kolik je sestře v ordinaci Vašeho praktického lékaře let.**

- a) 20 - 40
- b) 41 - 60
- c) 61 a více

**15) Dá se se sestrou od Vašeho praktického lékaře dobře, jednoduše a srozumitelně komunikovat?**

- a) ano, vždy
- b) spíše ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) spíše ne
- e) vůbec ne

**16) Pokud Vás sestra od Vašeho praktického lékaře o něčem poučovala či vzdělávala, ověřila si pak následně, že jste informaci porozuměl/a?**

- a) ano, vždy se mě zeptala, zda jsem informaci porozuměl/a,
- b) někdy ano, někdy ne
- c) ne, nikdy se nezajímala o to, zda jsem informaci rozuměl/a
- b) nevím, nepamatuji se

**17) Když Vám sestra od Vašeho praktického lékaře dávala potřebné informace, mohl/a jste jí pak položit doplňující otázky?**

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) nevím
- d) většinou ne
- e) ne, nikdy

**18) Vyskytuje se v prostorách ordinace či čekárny Vašeho praktického lékaře koutek, stojan či nástěnka s informačními materiály, které jsou volně přístupné? (Zatrhňte odpovědi, které se Vás týkají)**

- a) ano, vzal/a jsem si řadu letáků na témata, která mě zajímala
- b) občas jsem našel/a informace, které mne zajímaly
- c) ano, ale nikdy jsem zde nenašel/a informace, které bych potřeboval/a
- d) žádný takový informační koutek s volně přístupnými informačními materiály nemáme
- e) letáky a brožury má u sebe v ordinaci lékař či sestra a vydají je dle potřeby
- f) uvítal/a bych více materiálů obsahujících informace o (uveďte prosím o čem):

.....  
..

**19) Vyberte z následujících variant ty, o kterých si myslíte, že by pomohly zvýšit Vaši informovanost o zdravotních problémech, které se Vás týkají. Můžete vybrat i více možností.**

- a) více brožurek a letáků
- b) větší ochota lékaře
- c) větší ochota a znalosti sestry
- d) možnost telefonické konzultace s lékařem po skončení ordinační doby
- e) možnost telefonické konzultace se sestrou po skončení ordinační doby
- f) individuální přístup lékaře
- g) individuální přístup sestry
- h) přednášky lékaře na témata, která mě zajímají
- i) přednášky sestry na témata, která mě zajímají
- j) dostatek informací na internetu (např. Lékař radí)
- k) nic, s mírou informací, které mám k dispozici, jsem spokojen/a
- l) něco jiného, uveďte prosím.....

**20) Uved'te, prosím, kterých znalostí a dovedností si u sestry, která pracuje v ordinaci Vašeho praktického lékaře, nejvíce vážíte. Můžete vybrat více možností.**

- a) umění komunikovat
- b) manuální zručnost (dobře odebírá krev, píchá injekce atd.)
- c) dobré organizační schopnosti, má dobrý systém práce a přehled
- d) dobrý přehled ve zdravotnické oblasti – dokáže poradit
- e) dobrý přehled v sociální oblasti – dokáže poradit
- f) rychlost
- g) schopnost udržet příjemné prostředí v ordinaci i čekárně
- h) jiné, uved'te  
prosím.....

**21) Zde můžete ještě uvést vlastní komentář k práci všeobecné sestry v ordinaci Vašeho praktického lékaře**

Děkuji za Vaši spolupráci.

### Příloha č. 3

V Karlových Varech

Věc: Souhlas registrujícího praktického lékaře s provedením výzkumného šetření

Souhlasím, aby paní Veronika Šťastná, studentka 3. lékařské fakulty UK v Praze, provedla v rámci své bakalářské práce s názvem "Sestra jako edukátorka v ordinaci praktického lékaře, realita nebo mýtus?" výzkumné šetření, týkající se zkušenosti pacientů s touto problematikou.

15. 01. 2014



*Barbora Majkusová*

MUDr. Barbora Majkusová