

SESTRA V ROLI EDUKÁTORA

Marie Mňáčková

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie MŇAČKOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **SESTRA V ROLI EDUKÁTORA**

Zásady pro vypracování:

Zpracovat teoretickou část:
Vztah pedagogiky a ošetřovatelství.
Metody výuky v ošetřovatelství.
Zpracovat praktickou část:
Analyzovat postoj sester k edukační činnosti.
Analyzovat spokojenost klientů s edukací.
Syntetizovat získané poznatky.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. BASTL, P., ŠVEC, V. Zdravotník lektorem. Brno: IDVPZ, 1997, s.122. ISBN 80-7013-251-5.
2. HANZLÍKOVÁ, A. at all. Komunitné ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2004. s.279. ISBN 80-8063-155-7.
3. KRÁTKÁ, A., GAJZLEROVÁ, G., KŘEMENOVÁ, J. at all. Speciální příprava mentorů odborné praxe studentů. Zlín: UTB, 2006. s.86. ISBN 80-7318-459-1
4. MUHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: MU, 2004. s.203 ISBN 80-210-3345-2.
5. ZÁVODNÁ, V. Pedagogika v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2006. s.95. ISBN 80-8063-193-x.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

23. února 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

1. června 2007

Ve Zlíně dne 23. února 2007



Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka



L.S.



MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce je sestra v roli edukátora. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části, rozčleněné na dva celky, popisují edukaci a komunikaci s pacientem. Praktická část zpracovává informace o edukaci pacientů. Informace jsem získala pomocí dvou dotazníků, sestřám a pacientům. Dotazníkové šetření jsem prováděla v jedné krajské nemocnici.

Klíčová slova: Edukace, komunikace, edukátor, edukant.

ABSTRACT

Theme of my bachelor thesis is nurse like an educator. The thesis consists of these two main parts: theoretical and practical. In theoretical part, which is divide into two sections, I describe education and communication with patient. The practical part includes the informations about patient education. This informations I get from two questionaris, for nurses and for patients. This investigation I prospect in a regional hospital.

Keywords: Education, communication, educator, educant.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Anně Krátké za trpělivost, odborné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	10
2 EDUKACE PACIENTA	11
2.1 DEFINICE	11
2.2 HISTORIE	11
2.3 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	12
2.4 OSOBNOST EDUKÁTORA	12
2.4.1 Edukace edukátorů	12
2.4.2 Vlastnosti edukátora	13
2.5 METODY EDUKACE	13
2.5.1 Slovní metody	13
2.5.2 Názorně demonstrační metody	14
2.5.3 Praktické metody	14
2.6 EDUKAČNÍ CÍLE	14
2.6.1 Funkce cílů	14
2.6.2 Požadavky na cíle	14
2.6.3 Nejčastější chyby ve vymezení výukových cílů	15
2.6.4 Typy edukačních cílů	15
2.7 FORMY EDUKACE	15
2.8 PROJEKTOVÁNÍ EDUKAČNÍHO PROCESU	16
2.9 CÍLE EDUKACE	16
2.10 OSOBNOST EDUKANTA	16
2.11 CHARAKTERISTIKA STYLU UČENÍ	17
2.12 ZÁKONITOSTI UČENÍ	18
2.13 VŠEOBECNÉ ZÁSADY EDUKACE	18
2.14 DOKUMENTACE A HODNOCENÍ EDUKACE	19
2.14.1 Kritéria pro hodnocení prospěšnosti edukace u klientů:	19
2.14.2 Kritéria pro hodnocení prospěšnosti edukace u edukátorů:	19
3 KOMUNIKACE S PACIENTEM	20
3.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	20
3.1.1 Hlavní složky verbální komunikace	20
3.1.2 Faktory tlumící komunikaci	21
3.1.3 Bariéry bránící naslouchání	21
3.2 NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	22
3.2.1 Složky nonverbální komunikace	22

3.3	PEDAGOGICKÁ KOMUNIKACE	23
3.4	KOMUNIKACE S KLIENTY ODLIŠNÉHO VĚKU	24
3.4.1	Malé děti.....	24
3.4.2	Senioři	24
3.5	KOMUNIKACE S KLIENTY SE SENZORICKÝMI PORUCHAMI	25
3.5.1	Sluchově postižení	25
3.5.2	Zrakově postižení	26
3.5.3	Klient s afázií	26
3.6	KOMUNIKACE S OSOBAMI HOVOŘÍCÍMI JINÝM JAZYKEM.....	27
3.7	KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM KLIENTEM.....	27
3.8	KOMUNIKACE S KLIENTEM SE SYNDROMEM DEMENCE	28
II	PRAKTICKÁ ČÁST	30
4	METODIKA PRÁCE.....	31
4.1	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	32
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	33
5.1	DOTAZNÍK PRO SETRY	33
5.2	DOTAZNÍK PRO PACIENTY	51
	DISKUZE	72
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
	SEZNAM OBRÁZKŮ	79
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	83

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala problematiku edukace klientů. Myslím si, že toto téma je neustále aktuální. V ošetrovatelství, ačkoli si to mnozí ani neuvědomují, je edukace hluboce obsažena již od počátků tohoto oboru. Ať už se v minulosti tato činnost nazývala jakkoliv. Společně s rostoucím zájmem široké veřejnosti o zdraví, jeho udržení a zkvalitnění, roste také význam sester jako edukátorek. Tato skutečnost je možná také částečně ovlivněna tím, že lidé jsou stále častěji nuceni za lékařskou péči platit a to je důvodem proč chtějí o své zdraví více pečovat a nemoci předcházet. V této chvíli nastupuje sestra v roli edukátora. Sestra proto nemusí působit jako edukátor pouze v nemocnici, ale také u obvodních lékařů, lékařů specialistů nebo ve svém okolí. Na tuto roli však musí být dobře připravena. Nestačí pouze teoretické znalosti problematiky. Je potřeba, aby sestra byla pedagogem i psychologem a uměla komunikovat. Především však, aby znala svého klienta (edukanta). Pokud sestra toto splňuje, pak je velmi pravděpodobné, že při edukaci bude úspěšná.

Teoretická část mé bakalářské práce je tvořena dvěma tematickými celky. V první části, která je o edukaci, se věnuji historii, základním pojmům, osobnosti edukanta i edukátora a jejich vlastnostem, edukačním metodám, formám a cílům edukace, způsobu dokumentace edukace. Druhá část, která je o komunikaci, podrobněji popisuje komunikaci verbální a neverbální a hlouběji se zabývá komunikací s vybranými skupinami osob, např. děti, sluchově či zrakově postižení aj.

Motto

„Prvním krokem na cestě ke štěstí je učení se.“

Dalajlama^[11]

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Pro svou bakalářskou práci jsem si stanovila tyto cíle a hypotézy.

Cíl č. 1

Zjistit kterou edukační metodu sestry využívají nejvíce.

Cíl č. 2

Zjistit nejčastější chyby sester v edukaci.

Cíl č. 3

Zjistit zda a jak se sestry na edukaci připravují.

Cíl č. 4

Zjistit spokojenost pacientů s průběhem edukace a přístupem edukující sestry.

Cíl č. 5

Zjistit zda a jak jsou do edukace zapojeni blízcí (příbuzní) pacienta.

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že sestry v edukaci nejčastěji používají metodu mluveného slova (slovní)

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že nejčastější chybou v edukaci ze strany sester je časté užívání odborné terminologie.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že se sestry na edukaci nepřipravují.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že pacienti budou s edukací spokojeni v 75 % případů.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že blízký pacienta je do edukace zapojen ve 25 % případů.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že ženy mají větší zájem o edukaci než muži.

2 EDUKACE PACIENTA

2.1 Definice

Edukaci (z latinského *educatio*) překládáme do češtiny jako výchovu či vychovávání. Obecně tak však označujeme obecný proces vzdělávání nebo výchovy, předávání informací, výuku nových návyků, stereotypů či dovedností. Konečným cílem edukace je změna chování.

2.2 Historie

Jedním z hlavních mezníků ve vývoji edukace jsou 70. léta 20. století, kdy bylo zjištěno, že ke zkvalitnění léčby dochází především díky rozšířenému léčebnému přístupu a ne jen zavedením nových léčiv na trh.

Pozornost již není zaměřena pouze na nemoc, ale také na jejího nositele – pacienta. Do praxe se postupně zavádí holistický přístup ke klientovi s ohledem na bio-psycho-sociální potřeby. Edukace v této době spočívá v předávání informací a instrukcí spíše medicínského rázu a jsou podávány jako doporučení.

“Až koncem 80. let, hlavně změnou politického systému, se u nás začali prosazovat změny a hodnoty ošetrovatelství, které jsou jiné než hodnoty medicíny. Zdravotnictví by mělo být humánnější a prvořadými v péči mají být potřeby klienta – pacienta. Začíná se využívat více edukace, zdravotničtí pracovníci se dostávají do pozice instruktorů, průvodců v různých oblastech s přesně formulovanými problémy, s kterými se klienti setkávají.”¹

V současnosti je kladen velký důraz na aktivní zapojení klienta v léčebném režimu a na získání klienta ke spolupráci. K dosažení tohoto cíle je zapotřebí navázat s klientem aktivní spolupráci a motivovat klienta k ochotě učit se. Edukátor se pro klienta stává učitelem, průvodcem, vychovatelem i spolupracovníkem. Teorie edukace tak v současnosti intenzívně absorbuje poznatky z psychologie, psychiatrie, sociologie, didaktiky, pedagogiky, díky nimž se obohacuje a zvyšuje kvalitu edukace.

¹ ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2006. 68 s. ISBN 80-8063-193-X

2.3 Vymezení základních pojmů

“Edukant je kterýkoli subjekt učení bez ohledu na věk či typ.

Edukátor je kterýkoli aktér edukační aktivity, např. učitel, sestra, lékař, lektor.

Edukační prostředí je místo, kde se edukace vykonává.

Edukační faktory jsou všechny teorie, modely, plány, scénáře, předpisy, které určitým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy. V rámci edukační činnosti sestry to mohou být knihy, edukační plán, vzdělávací programy, normy, standardy, výukové filmy, diapozitivy a jiné.“²

2.4 Osobnost edukátora

Edukátorem můžeme nazvat každou osobu zabývající se edukací, tedy výchovou klienta. Stejně tak to může být lékař, sestra či jiný, patřičně vzdělaný nezdravotník. Vybrané pracovníky bez předchozí pedagogické přípravy je vhodné pro tuto činnost připravit. Po absolvování přípravy a nabytí zkušeností se edukátor stává základní součástí edukačního týmu. Edukační tým obvykle tvoří nevelký počet osob. Základní místo by měl zaujímat lékař, který určuje program edukace, potřebnou intenzitu a rozsah. Hlavní realizace edukace je pak svěřena ostatním členům týmu edukátorům – obvykle zdravotním sestřím.

2.4.1 Edukace edukátorů

Edukace edukátorů je v dnešní době realizována nejčastěji formou pomaturitního specializačního studia se zaměřením na obor ve kterém budeme provádět edukaci a poměrně často podporována nemocničním zařízením. Jeho hlavní náplní je výchova specializovaných zdravotních sester. Při edukaci se snaží edukátor vytvářet aktivní přístup klienta k zvládnutí léčby a rozšiřovat jeho znalosti. Dobrý edukátor by měl získat kromě znalostí ze somatické medicíny také zkušenosti z oblasti psychosociální a pedagogické. Nutné je také zajistit praktický nácvik dovedností. Jedním z novějších způsobů edukace je cesta využívající empatie.

² ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2006. 69 - 70 s. ISBN 80-8063-193-X

2.4.2 Vlastnosti edukátora

- “Dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti toho co učí.
- Empatie a ochota pomoci.
- Trpělivost, schopnost ovládat své emoce.
- Ničím nepodmíněný respekt k osobě klienta (uvědomuje si lidskou důstojnost).
- Je vybaven správnými verbálními i nonverbálními komunikačními schopnostmi.
- Má schopnost poradce – nepřikazuje, radí.“³

Dále musí edukátor (edukační sestra) dokonale zvládnout 3 dovednosti:

- využívání vlastních zkušeností klientů a vedení výuky prostřednictvím praktického procvičování dovedností – bylo ověřeno, že pokud je edukace vedena formou instrukcí a lékařskou terminologií, je pro nemocného velice obtížné využívat těchto vědomostí v praxi,
- propojit znalosti a dovednosti klienta s konkrétními i obecnými cíli léčby,
- správné chápání průběhu léčby – čím lépe dokáže klient pochopit veškeré zákonitosti, dovednosti a souvislosti, tím snadněji chápe problematiku své léčby. [1] [5]

2.5 Metody edukace

Metodou rozumíme společnou činnost edukátora a edukanta směřující ke splnění stanovených vzdělávacích cílů. Z hlediska zdroje osvojených poznatků a činností rozlišujeme metody slovní, názorně – demonstrační a praktické.

2.5.1 Slovní metody

Jsou založeny na verbální komunikaci. Mohou být:

- Monologické – výklad, vysvětlení apod.
- Dialogické - rozhovor, diskuse, aj.

Slovní metody se doplňují použitím materiálních didaktických prostředků.

³ KRÁTKÁ, Anna, GAJZLEROVÁ, Gabriela, KŘEMENOVÁ, Jana, et al.. *Speciální příprava mentorů odborné praxe studentů*. Zlín : UTB, 2006. 27 s. ISBN 80-7318-459

2.5.2 Názorně demonstrační metody

Jsou ty, při kterých dominuje použití materiálních didaktických prostředků. K těmto metodám patří:

- Demontrace (předvádění).
- Instruktaž.

2.5.3 Praktické metody

Spočívají v praktické činnosti jedince a obvykle následují po instruktaži. Z hlediska stupně aktivity jedince rozlišujeme metody:

- Reproductivní - edukant reprodukuje poznatky, které mu byly předneseny.
- Produktivní - edukant musí svoje poznatky aplikovat na vyřešení daného úkolu.
- Tvůrčí - edukant řeší tvůrčí problémy, úkoly. [1]

2.6 Edukační cíle

Je to základní pedagogická kategorie, která projektuje výchovně – vzdělávací výsledky, vyjadřuje účel edukace a zahrnuje směr působení, metody, principy, prostředky, formy atd..

Problematikou edukačních cílů se zabývá jedna z pedagogických disciplín – **pedagogická teleologie** (telos – z řečtiny = cíl). Edukační cíle zahrnují:

- hodnoty a postoje,
- produktivní činnost a praktické dovednosti,
- poznatky a porozumění. [10]

2.6.1 Funkce cílů

- Orientační – strategická orientace edukace díky formulaci cílů.
- Motivační – přiblížení se cíli, jeho dosažení motivuje
- Realizační – správně zvolené a formulované cíle pomáhají dosáhnout tohoto cíle
- Regulační – reflexe dosahování cílů podle stanovených cílů. [10]

2.6.2 Požadavky na cíle

Konzistentnost, kontrolovatelnost, komplexnost, přiměřenost.

2.6.3 Nejčastější chyby ve vymezení výukových cílů

- Ztotožnění cíle s tématem hodiny (např. diabetes mellitus, endoskopické metody).
- Záměna cíle s popisem činnosti učitele (vysvětlit způsob aplikace inzulínu, vysvětlit postup při self-monitoraci TK).
- Příliš obecné vymezení, není stanovena kvalita nebo jiná kritéria žákova výkonu (pacient zná příznaky hypoglykémie, zná zásady diety s omezením bílkovin). [10]

2.6.4 Typy edukačních cílů

- Kognitivní (vzdělávací)
- Afektivní (postojové)
- Psychomotorické (výcvikové)
- Sociální (komunikační) [6]

2.7 Formy edukace

Edukace se může realizovat v různých formách. Z hlediska vnějších organizačních stránek lze rozlišit kurzy, semináře, lekce, přednášky, cvičení apod.

Pro edukátora má větší význam rozlišení tzv. vnitřních forem edukace. Rozeznáváme:

- Frontální výuka - výuka probíhá v celé skupině edukantů.
- Skupinová výuka - celá skupina edukantů je rozdělena na menší skupiny.
- Individuální výuka - edukátor komunikuje s jedním edukantem.

Za efektivní je ve vzdělávání jedinců považována skupinová výuka. [1]

2.8 Projektování edukačního procesu

Při projektování edukačního procesu si musíme zodpovědět řadu otázek, nelze ani jednu z nich nezodpovědět nebo se jí vyhnout.

" Proč?	(funkce a cíle edukace)
Koho?	(charakteristika edukanta)
Co?	(obsah)
Kdy?	(čas)
Jak?	(metody a formy)
Za jakých podmínek?	(organizace, materiál)
S jakým efektem?	(kontrola a hodnocení)" ⁴

2.9 Cíle edukace

- “podpořit pacienta a pomoci mu při zvládnání jeho strachu a pocitu úzkosti,
- předat potřebné informace,
- pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní úlohu v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnosti o své zdraví,
- pomoci pacientovi pochopit podstatu jeho nemoci a její příčiny.”⁵

2.10 Osobnost edukanta

Při prvním kontaktu s edukantem je vhodné zaměřit se na jeho vstupní předpoklady, to je na:

- Věk – je třeba rozlišovat edukaci pacienta dospělého a dítěte.
- Pohotovost – je připravenost pacienta vyhledávat a přijímat nové informace.

⁴ BASTL PAVEL, ŠVEC VLASTIMIL. *Zdravotník lektorem*. Brno: IDVPZ, 1997, 16 s. ISBN 80-7013-251-5

⁵ ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha : Advent-Orion, 2003. 385 s. ISBN 80-7172-841-1.

- Vzdělání – ovlivňuje množství nynějších informací a úspěšnost edukace.
- Společensko-ekonomické faktory – sestra by měla znát společenské a kulturní i prostředí pacienta, specifika kulturní i etnická, aby mohla respektovat jeho názory a postoje.
- Motivaci a posilování sebedůvěry – motivace zvyšuje potřebu pacienta znát svůj zdravotní stav, získávat nové informace a učit se novým dovednostem.
- Hodnotový systém jedince, názory na zdraví – pomáhají při vypracovávání edukačního plánu a při spolupráci pacienta zvyšuje úspěšnost edukace.
- Schopnost učit se, číst, slyšet – styl učení a možné smyslové poruchy se mohou stát překážkou v edukaci.
- Zdravotní stav – ovlivňuje pozornost a schopnost soustředit se. Je třeba jej zohlednit při plánování edukační činnosti.
- Momentální stav – udává pacientovu současnou kondici a schopnost věnovat se různým aktivitám. Bolest nebo únava do značné míry mění vnímání jedince.

2.11 Charakteristika stylu učení

Každý jedinec přistupuje k učení na základě svých vrozených dispozic, ale i získaných individuálních zkušeností. Z psychologicko-pedagogického rozlišujeme čtyři základní typy učení:

- Typ sluchově mluvní – edukant si z poznatků pamatuje hlavně to, co vnímá sluchem. Hodně znalostí získává z výkladu, diskuse a kladení otázek.
- Typ zrakový – převládá zraková paměť. Edukant upřednostňuje studium z učebnic a odborné literatury. Tento typ je daleko častější než sluchově mluvní.
- Typ hmatový a pohybový – edukant si nejlépe pamatuje to, co si ohmatá, s čím manipuluje. Při učení s oblibou chodí.
- Typ slovně pojmový – edukant dokáže poměrně snadno odlišit důležité a méně důležité, lépe chápe logickou strukturu problematiky, inklinuje k abstraktnímu myšlení.

U edukantů se často vyskytují smíšené typy učení, avšak jeden vždy dominuje. [1]

2.12 Zákonitosti učení

- Zákon motivace – učení je založeno na aktivitě člověka. Vnitřní motivace „nutí“ člověka se učit, člověk se učí rád. Vnější motivace chce navodit zájem o učení.
- Zákon zpětné vazby v učení – učení je efektivní tehdy, má-li edukant zpětné informace o průběhu i výsledcích učení.
- Zákon přenosu – přenos je proces, kdy dříve osvojené vědomosti, či dovednosti usnadňují učení vědomostí a dovedností nových. Rozlišujeme specifický a nespecifický přenos. Specifický přenos spočívá v podobnosti osvojovaných a již osvojených poznatků (dovedností). Nespecifický přenos je založen na přenosu obecné metody, řešení.
- Zákon opakování - je požadavkem na upevnění nově získaného chování, návyku, dovednosti a o aktivní využití při řešení problému. [1]

2.13 Všeobecné zásady edukace

Existují všeobecné zásady, které nám pomáhají v přístupu k pacientovi:

- získávání vědomostí je aktivní proces, kladení otázek a získávání odpovědí.
- výuka má určité cíle a pacient se jich snaží dosáhnout, proto musíme podávat takové informace, které se týkají základního problému,
- skupinová výuka usnadňuje vzájemnou podporu a vzdělávání, je efektivnější než individuální,
- výuka, která je ihned použita v praxi je pro pacienta lépe zapamatovatelná,
- výuka se musí opalovat, pacient potřebuje slyšet informace z více zdrojů, to je důležité hlavně u pacientů se zhoršeným pochopením určitých typů materiálů,
- výuka nového materiálu je posilněna tehdy, když stavíme na tom, co již pacient zná, zeptáme se s čím je pacient seznámen, a navážeme na tyto informace,
- výuka je posilována tehdy, pokud je pacient přesvědčen o tom, že se jeho znalosti a vědomosti prohlubují. [7]

2.14 Dokumentace a hodnocení edukace

Dokumentace o edukaci má být přesná, přehledná a srozumitelná. Dobře vedená dokumentace zaručuje soustavnost a návaznost edukace. Zajišťuje dobrou informovanost všech členů edukačního týmu. Umožňuje sledovat a zaznamenávat pokroky a dosažení stanovených cílů klientem. Je ochranou před trestním stíháním.

Smyslem edukačního programu v léčebném procesu není jen vzdělávat a předávat informace, ale především pomáhat. Edukátor musí akceptovat klienta jako integrovanou lidskou bytost nedělitelný celek s aspekty zdravotními, psychologickými a sociálními. Je nutné, aby byl bez předsudků a respektoval osobnost jedince. Pomocí edukace lze „získat“ aktivního klienta, schopného se vyrovnat lépe se změnami a nastalými situacemi v průběhu léčby.

Hodnocení (evaluace) je zakončení a vyvrcholení vzdělávacího procesu. Bez hodnocení by edukace nebyla dokončena. Pokud nebylo dosaženo stanoveného cíle, je třeba zjistit proč. Při hodnocení edukačního procesu je třeba zaměřit pozornost jak na klienta, tak na edukátora.

2.14.1 Kritéria pro hodnocení prospěšnosti edukace u klientů:

- Klient spolupracuje s ...
- Klient má potřebné informace o...
- Klient zná a chápe...
- Klient umí použít...

2.14.2 Kritéria pro hodnocení prospěšnosti edukace u edukátorů:

- Edukátor má zpětnou vazbu o prospěchu edukanta.
- Edukátor má zpětnou vazbu o pokroku edukanta.
- Edukátor zná motivaci edukanta.
- Edukátor má podklad pro vedení záznamů o dosaženém pokroku.
- Edukátor má zpětnou vazbu o připravenosti edukantů pro další učení.

3 KOMUNIKACE S PACIENTEM

3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je to, co sdělujeme slovy. Měla by být jasná, přesná, srozumitelná. Komunikace je pro vztah mezi lidmi nevyhnutelnou podmínkou. V mezilidských vztazích nelze nekomunikovat. Abychom komunikaci druhého člověka porozuměli, je potřeba především porozumět jeho záměru.⁶

3.1.1 Hlavní složky verbální komunikace

Verbální komunikace je jedním z pilířů edukace pacienta. Sestra musí být vybavena nejen dobrou znalostí problematiky, ale také nadána schopností dobře a vhodně se svým klientem komunikovat.

Hlavní podíl na verbální komunikaci mají:

- způsob, jasnost a formulace vyjadřování
- schopnost slovního vyjádření svých citů a pocitů
- dotazování a způsob jakým jsou kladeny otázky
- soulad ve verbální a neverbální komunikaci
- schopnost naslouchat svému protějšku
- schopnost empatické reakce
- aktivita, účast a zapojení při komunikaci
- asertivita v komunikaci [3]

⁶ JOBÁNKOVÁ, Marta, et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDVPZ, 2000, 117

3.1.2 Faktory tlumící komunikaci

- “osobní nejistota, strach se projevit
- snížená slovní výbava
- neschopnost vyjádřit své pocity a myšlenky
- devalvující způsoby, urážky, manipulace
- aktivní negativismus, mlčení
- odbíhání od podstaty
- urážlivost
- mluvení za druhé, dvojsmysly
- chytání za slovo⁷

3.1.3 Bariéry bránící naslouchání

Při komunikaci mezi klientem a sestrou je vždy velmi důležité, aby klient věnoval plnou pozornost tomu, co mu sestra (lékař) sděluje. V edukaci je toto ještě důležitější, protože pokud klient nevěnuje edukaci dostatečnou pozornost může přijít o mnoho důležitých postrěhů a informací. Bariéry by se daly rozčlenit na vnitřní a vnější, přičemž vnější jsou daleko snáze odstranitelné.

- Bariéry vyplývající z prostředí – horko, zima, vyrušování, hluk, málo světla.
- Lingvistické bariéry – vycházejí od mluvčího a znesnadňují naslouchání. Například dlouhá souvětí, monotónní hlas, tichý projev.
- Psychologické bariéry – emocionální stavy, které jsou do komunikace vnášené nebo z ní vyplývají jako třeba rozladěnost sestry nebo klienta, stres, nedůvěra.
- Fyziologické bariéra – bolest hlavy, poruchy sluchu, únava.

⁷ JOBÁNKOVÁ, Marta, et al..*Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDVPZ, 2000, 120

- Bariéry vyplývající z vnímání – očekávání ze strany obou aktérů ohledně svého protějšku, vzhled mluvčího, jeho věk, způsoby.
- Osobní bariéry – netrpělivost, nepozornost, roztěkanost. [3]

3.2 Nonverbální komunikace

Pokud spolu lidé hovoří, nečiní tak pouze pomocí slov, ale také za pomoci svého těla. Pomocí gest, držení těla či mimiky lze vyčíst i to co dotyčný přímo neříká. Ne vždy je komunikace verbální a nonverbální shodná. Pro sestru je důležité nejen umět shodně „hovořit“, ale musí také umět v řeči těla číst. Někteří pacienti totiž nonverbálně vysílají daleko více signálů než při verbální komunikaci.

3.2.1 Složky nonverbální komunikace

- Pohledy – navázání očního kontaktu je nejdůležitějším okamžikem komunikace. Oční kontakt či jeho nepřítomnost nám o našem protějšku může mnohé prozradit. Zatím co krátký nebo žádný oční kontakt ukazuje na jistou podřízenost, nervozitu či nejistotu, příliš dlouhý, přímý pohled do očí může ukazovat na agresivitu či nepřátelství.
- Mimika – správně porozumět výrazu obličeje druhého člověka je někdy obtížné. Lidský obličej dokáže odrážet širokou škálu emocí a pro sestru je velkým přínosem pokud umí v této škále číst. Je také důležité, aby sestra uměla sjednotit obsah svých slov s výrazem svého obličeje.
- Gestika a posturologie – pomáhají člověku ve vyjádření postoje a postavením rukou. Gesta můžeme rozdělit do čtyř forem komunikace pomocí rukou:
 - Symboly – jsou gesta, kterým druzí lidé dobře rozumí. Hodně je využívají děti. Každá kultura si vytvoří svou soustavu gest-symbolů.
 - Ilustrátory – doprovázejí verbální projev, prožitek, vyprávění lidí. Částečně závisí na temperamentu člověka. Jižní národy mají gesta – ilustrátory daleko více rozvinuté než národy severní.
 - Regulátory – k regulátorům řadíme podání ruky. Podle informací, které z podání ruky získáme pak můžeme regulovat náš další kontakt s dotyčným.

- Adaptéry – jsou to gesta, kterými projevujeme naši nervozitu či stres. Např. tření ušního lalůčku, potahování za vlasy.
- Proxemika – čili vzájemná vzdálenost obou lidí v prostoru. Každý z nás si kolem sebe vědomě či nevědomě udržuje určitou zónu. Podle vzájemných vztahů s druhou osobou se tato zóna rozšiřuje a zužuje. Nevítané narušení osobní zóny je vždy vnímáno negativně.
- Haptika – neboli doteky jsou nedílnou součástí komunikace. Je velmi důležité umět se pacienta při rozhovoru vhodně dotknout. Dotek má přinést důvěru a posílit, nikoli působit rušivě. [3]

3.3 Pedagogická komunikace

Za účinnou považujeme pedagogickou komunikaci, pokud splňuje několik základních kritérií.

Jsou to:

- Přiměřenost - tempo i obsah je uzpůsobené klientovy.
- Aktivita – účastníci jsou aktivní, kladou dotazy.
- Posloupnost – edukátor postupuje od lehkého k obtížnému, od známého k neznámému.
- Názornost – využívá didaktických prostředků (učebnice, publikace, skutečné přístroje).
- Spolupráce – edukátor spolupracuje s klientem, je mu partnerem.
- Asertivita – umožňuje oběma stranám se zdravě a na úrovni společenských pravidel prosadit.

3.4 Komunikace s klienty odlišného věku

3.4.1 Malé děti

- Komunikaci s dítětem vždy přizpůsobíme jeho věku. U menších dětí závažné a důležité informace předáváme rodičům.
- Starší děti z komunikace a edukace nevyčleňujeme, ba právě naopak je co nejvíce do celého procesu zapojíme.

3.4.2 Senioři

- Při jednání se seniory-pacienty je nutné respektovat identitu pacienta a vždy jej oslovovat jménem nebo odpovídajícím titulem. Oslovování familiárním „babi“, „dědo“ je ponižující.
- Infantilizaci (zdětinštění) starého člověka se důsledně vyhýbáme. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
- Při komunikaci s geriatrickým pacientem sestra respektuje princip zpomalení a chrání pacienta před časovým stresem. Počítá se zpomalením psychomotorického tempa a také se zhoršenou pohyblivostí.
- Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
- Aktivně, ale taktně, ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
- Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas, protože porozumění řeči se ve stáří zhoršuje. V hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
- Pro usnadnění komunikace s pacientem se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. [9]

3.5 Komunikace s klienty se sensorickými poruchami

K sensorickým poruchám významným pro edukaci patří: porucha sluchu, porucha zraku a porucha řeči.

3.5.1 Sluchově postižení

- Komunikace s neslyšícími pomocí dopisování je většinou neúčinná. Lidé kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně bývá obtížný.
- S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, s „prázdnými ústy“ a být čelem. Při mluvení by sestra neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
- Pro komunikaci je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
- Pokud sestra neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
- Zná-li sestra i neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy měla by je používat.
- Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
- Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.
- Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, neptáme se, zda porozuměl, ale položíme otázku, „co jste mi rozuměl?“. [9]

3.5.2 Zrakově postižení

- S nevidomým je vhodné jednat přirozeně. Je chybné domnívat se, že nevidomí vidí jen tmu, mají od narození vyvinutý zvláštní smysl pro vnímání překážek, nebo že mají výborný sluch a hmat.
- Sestra jednáající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav a vlastní představení je důležité spojit s oslovením pacienta, aby věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že sestra opouští místnost. Dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
- Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému pacientovi oční kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit „podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
- Je chybou nevidomého podceňovat. Chodí-li někdo s bílou holí nebo nosí černé brýle, nemusí být slepý, ale slabozraký.
- S nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
- Jednání s nevidomým neprobíhá přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze zastupuje. Proto se při edukaci sestra obrací přímo na nemocného, nikoli na doprovod. [9]

3.5.3 Klient s afázií

Lidé s afázií nejsou schopni verbální komunikace, proto se mohou cítit méněcenní nebo frustrovaní, obzvláště pokud jejich intelektové schopnosti zůstaly nezměněné.

Je důležité zjistit o jaký typ poruchy se jedná a tomuto pak přizpůsobit náš postup. Velmi důležité je zabránit tomu, aby se pacient uzavřel a následně sociálně izoloval. [2]

3.6 Komunikace s osobami hovořícími jiným jazykem

- Pokud pacient neovládá náš jazyk, může a také vznikne bariéra v komunikaci.
 - Vhodné je, pokud sestra nehoří cizím jazykem, zajistit si ke spolupráci tlumočnicka. Tím může být spolupracovník v ošetrovatelském týmu nebo příbuzný nemocného.
- [2]

3.7 Komunikace s mentálně postiženým klientem

S mentálně retardovaným pacientem se můžeme setkat na kterékoli oddělení nemocnice či v ambulanci.

- Od doprovázející osoby je potřeba vždy zjistit míru postižení, úroveň socializace a způsob výchovného přístupu na který je nemocný zvyklý, jaké pokyny akceptuje.
- V přístupu musíme plně respektovat osobnost nemocného, oslovujeme jej jménem, dospělému vykáme.
- Je-li to možné rozhovor vedeme vždy s nemocným.
- Mluvíme stručně, otázky klademe jednoznačně.
- Hovor musí být jednoduchý s využitím obecných hovorových termínů.
- Pokyny předáváme jasně, stručně, raději je několikrát zopakujeme a zkontrolujeme jejich pochopení.

3.8 Komunikace s klientem se syndromem demence

- Při komunikaci omezíme vlivy prostředí, které by mohly působit rušivě (např. rozhlasové vysílání).
- Ujistíme se, zda pacient dobře slyší a má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) nebo netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- Pacienta povzbuzujeme, projevujeme zájem, chováme se klidně, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným dvojsmyslům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
- Vyhýbáme se zájmenům. Pro označení užíváme přímé pojmenování a pokud je to možné, tak na osobu, předmět či část těla, o níž právě hovoříme, ukazujeme.
- Pokud pacient něco nepochopil správně, neopakujeme stejná slova, ale zvolíme jinou formulaci.
- Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt, v průběhu edukace ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl. Důležité údaje píšeme na list papíru.
- Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme klidný dotek.
- Využíváme nonverbální komunikaci (mimiku, dotek) a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta. Nadměrná gestikulace může pacienta zneklidňovat, proto není vhodná a snažíme se naši gestikulaci utlumit. Jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli nebo zda edukace skončila.

- Pacienta nepodceňujeme, komunikaci s ním neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit.
- Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem a nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje. [9]

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Pro získání potřebných informací jsem použila metodu dotazníku. Protože se zaměřuji na dvě odlišné skupiny respondentů, sestry a pacienty, vypracovala jsem pod vedením své vedoucí dva dotazníky. První je určen zdravotním sestram, které jsou edukátory. Druhý pacientům, kteří jsou příjemci edukace.

Pro tuto metodu jsem se rozhodla proto, že za krátký časový interval lze získat značné množství informací od velké skupiny respondentů a také poměrně nízké finanční náklady. Nevýhody této metody – tedy rizika nízké návratnosti jsem si byla plně vědoma. Tomuto problému se mi částečně podařilo předejít tak, že jsem dotazníky sama rozdala a po domluvě s respondenty po určitém čase sesbírala. Takto se mi podařilo u skupiny pacientů dosáhnout 100% návratnosti tj. návrat všech 63 dotazníků, z toho 60 plně zodpovězených. U skupiny sester byla návratnost nižší, z celkového počtu 75 dotazníků se mi jich vrátilo 65 tj. 87 % a z nich 60 plně zodpovězených. Tento rozdíl si vysvětluji tak, že zatím co pro pacienty byl můj dotazník zpestřením hospitalizace, pro sestry znamenal práci navíc.

Dotazníky jsem, po schválení žádosti o dotazníkové šetření, rozdávala se souhlasem staničních (vrchních) sester na odděleních jedné z krajských nemocnic. Snažila jsem se, aby byla zastoupena všechna větší lůžková oddělení. Na respondenty ve skupině sester jsem neměla požadavky žádné, na pacienty pouze jeden a to, aby u nich za hospitalizace proběhla jakákoli edukace.

V úvodu dotazníku jsem respondenty seznámila s tématem a pacientům stručně vysvětlila pojem edukace. Dále jsou respondenti ujištěni o anonymitě dotazníku. Následuje poděkování a stručné instrukce k vyplnění.

Dotazník pro sestry (viz. příloha P I) obsahuje 18 položek. Otázky č. 1, 2, 3 a 4 jsou kontaktní a poskytují demografické údaje tj. věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku práce ve zdravotnictví a dobu práce jako sestra u lůžka. Otázka č. 5 se dotazuje na to, zda mají sestry dostatek času na edukaci, otázka č. 6 na nejčastější oblasti edukace. Zapojením blízkých osob do edukace se zabývá otázka č. 7. Otázky č. 8, 9 a 10 zjišťují nejčastější metody a pomůcky edukace. V otázkách č. 11, 12, 13 a 15 se zaměřuji na přípravu a připravenost sester k edukaci, v otázce č. 14 na edukaci cizince. Zájem sester o možnost dalšího vzdělávání v oblasti edukace zjišťuje otázka č. 16. V otázce č. 17 mají sestry podle priorit seřadit své aktivity včetně edukace. V poslední otázce č. 18 se dotazuji na zpětné hodnocení edu-

kace. Otázky č.6, 10 a 11, jsou polootevřené a otázka č. 17 je škálová. Ostatní otázky jsou uzavřené.

Dotazník pro pacienty (viz. příloha P II) obsahuje celkem 21 otázek. Otázky č. 1 a 2 jsou rovněž kontaktní a seznamují nás s pohlavím a věkem respondentů. Otázka č. 3 se zajímá o osobu edukátora. V otázkách č. 4 a 5 mě zajímalo, zda byl respondent seznámen s účelem edukace a jestli měl o edukaci zájem. Srozumitelností edukace se zabývají otázky č. 6 a 7. V otázkách č. 8, 9, a 10. zjišťuji poskytnutí podpůrného materiálu, v otázkách č. 11 a 12 saturaci informacemi. Zapojením blízkých osob do edukace se zabývají otázky č. 13 a 14. Časovou náročnost zjišťují otázky č. 15, 16, 17. O přístup ze strany sestry se zajímají otázky č. 18, 19, 20. Otázka č. 21 dává možnost respondentů ohodnotit edukaci. Většina otázek jsou otázky otevřené, jen otázky č. 6 a 21 jsou škálové, otázky č. 7 a 8 jsou polootevřené a otázky č. 8 a 13 jsou filtrační.

4.1 Zpracování získaných dat

Po vyhodnocení a vyloučení nesprávně, neúplně nebo nejasně vyplněných dotazníků jsem u obou skupin respondentů dospěla ke konečnému počtu. U obou skupin je to shodně 60 dotazníků.

Získaná data jsem uspořádala do pracovních tabulek četností. Podle daných podskupin jsem sečetla četnost absolutní i relativní a následně vytvořila sumární tabulky četnosti. Pro lepší názornost je ke každé tabulce připojen graf a slovní popsání. Pro výpočet a konstrukci jsem použila Microsoft Excel.

Absolutní četnost v tabulce (N) udává počet respondentů, kteří v otázce odpovídali stejnou možností z nabízených možností.

Relativní četnost (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu odpovědí připadá na danou dílčí hodnotu. Pro větší přehlednost jsem hodnotu relativní četnosti vždy zaokrouhlila na celé číslo.

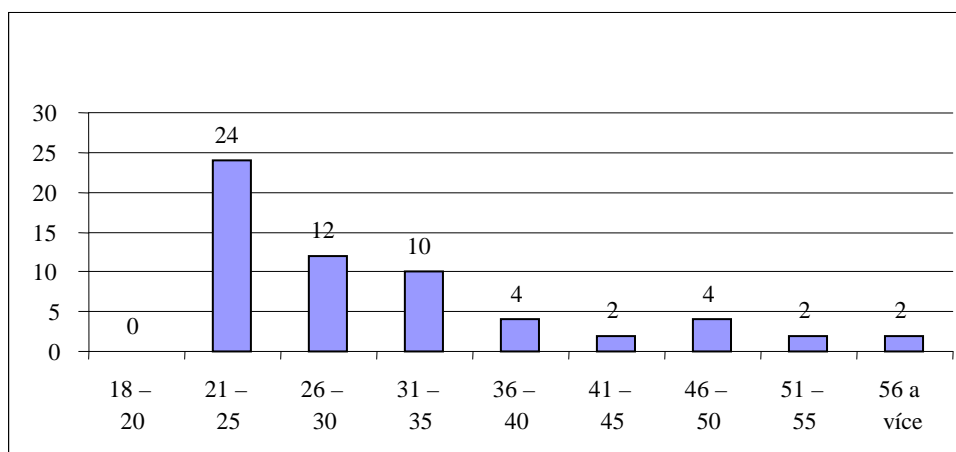
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Dotazník pro setry

1. Kolik je Vám let?

Tab. 1 Kolik je Vám let?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18 – 20	0	0
21 – 25	24	40
26 – 30	12	20
31 – 35	10	17
36 – 40	4	7
41 – 45	2	3
46 – 50	4	7
51 – 55	2	3
56 a více	2	3
Celkem	60	100



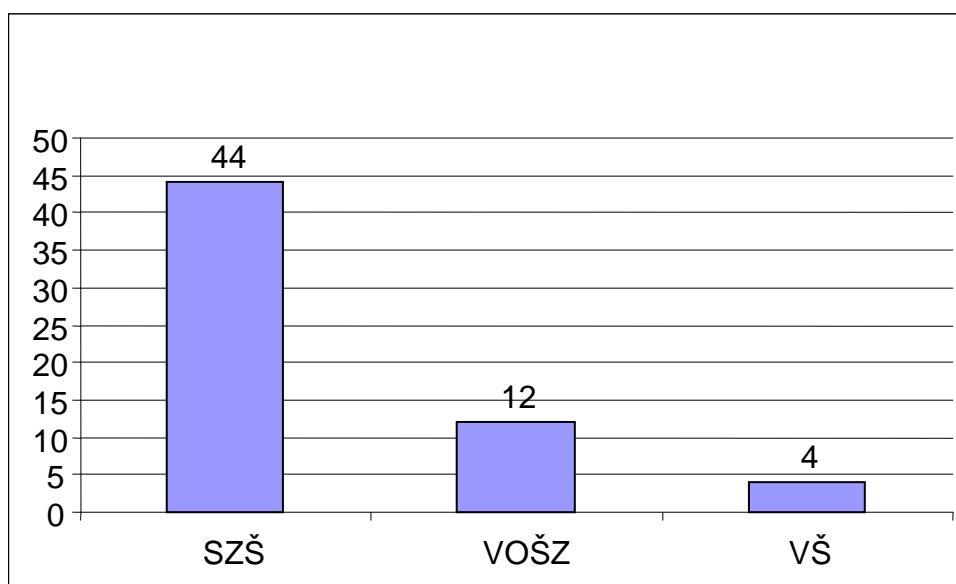
Graf 1 Kolik je Vám let?

Ke zpřehlednění jsou v této otázce odpovědi členěny do kategorií. Největší kategorie 24 (40 %) respondentů je ve věku 21 – 25 let. Dále je to 26 – 30 let 12 (20 %) a 31 – 35 let 10 (17 %) odpovědí. V kategoriích 36 – 40 a 46 – 50 let jsou 4 (7 %) respondenti. Také kategorie 41 – 45, 51 – 55 a 56 a více mají týž počet tj. 2 (3 %) respondenty. Do 20-ti let bylo 0 respondentů.

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
SZŠ	44	73%
VOŠZ	12	20%
VŠ	4	7%
Celkem	60	100%



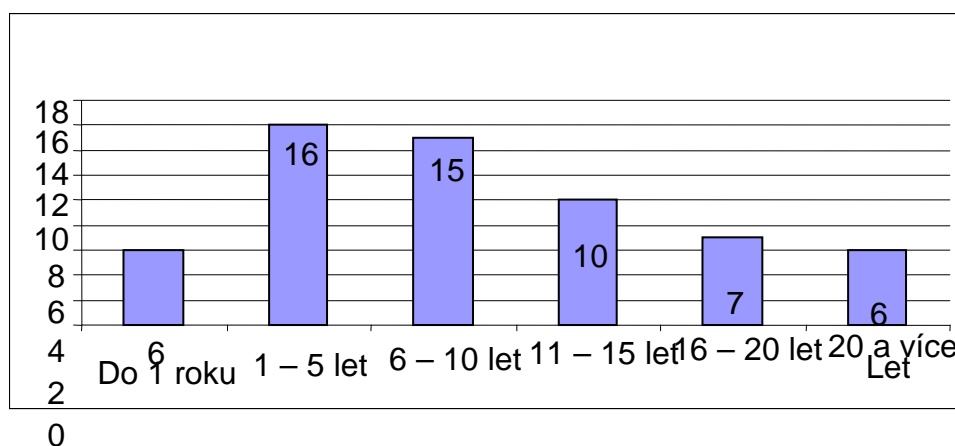
Graf 2 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

V otázce č. 2 měli respondenti na výběr ze tří možností. Největší zastoupení mají sestry se SZŠ 44 (73 %) odpovědí, sester s VOŠZ je ve vzorku 12 (20 %) a vysokoškolsky vzdělaných sester je nejméně t.j. 4(7 %).

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tab. 3 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 1 roku	6	10
1 – 5 let	16	26
6 – 10 let	15	25
11 – 15 let	10	17
16 – 20 let	7	12
20 a více let	6	10
Celkem	60	100



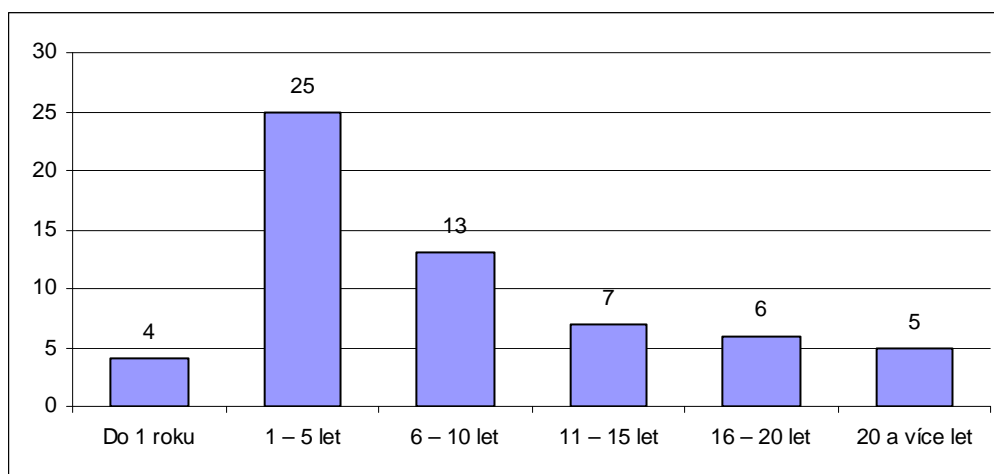
Graf 3 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

V této otázce jsou odpovědi opět členěny do období po pěti letech. Nejvíce dotázaných sester pracuje v rozmezí od 1 – 5 let a to 16 (26 %). Hned za nimi 15 (25 %) odpovědí, jsou sestry pracující 6 – 10 let. Třetí skupinou jsou sestry pracující 11 – 15 let, 10 (17 %) odpovědí. Sester pracujících do 1 roku a více než 20 let je v daném vzorku stejný počet t.j. 6 (10 %).

4. Kolik z toho jako sestra u lůžka?

Tab. 4 Jak dlouho pracujete jako sestra u lůžka?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 1 roku	4	7
1 – 5 let	25	41
6 – 10 let	13	22
11 – 15 let	7	12
16 – 20 let	6	10
20 a více let	5	8
Celkem	60	100



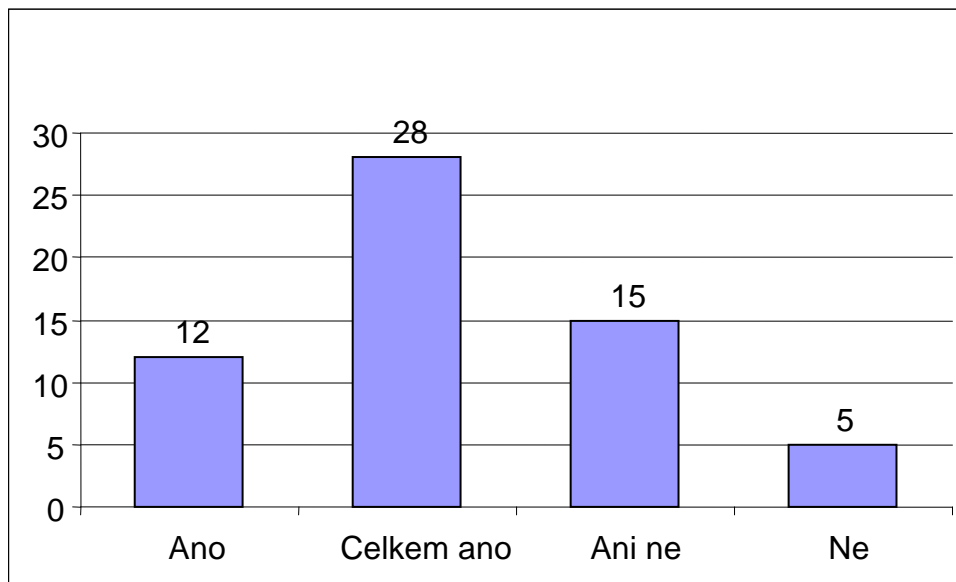
Graf 4 Jak dlouho pracujete jako sestra u lůžka?

Otázka č. 4 je členěna stejně jako předchozí. Jako sestra u lůžka 1 – 5 let pracuje 25 (41 %) dotázaných. Od 6 – 10 let 13 (22 %) a od 11 – 15 let 7 (12 %) sester. Sester pracujících u lůžka 6 – 20 let je 6 (10 %). Další skupinou jsou sestry pracující 20 a více let, těchto je 5 (8 %). Méně než 1 rok pracují 4 (7 %) sestry.

5. Máte na edukaci dostatek času?

Tab. 5 Máte na edukaci dostatek času?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	12	20
Celkem ano	28	47
Ani ne	15	25
Ne	5	8
Celkem	60	100



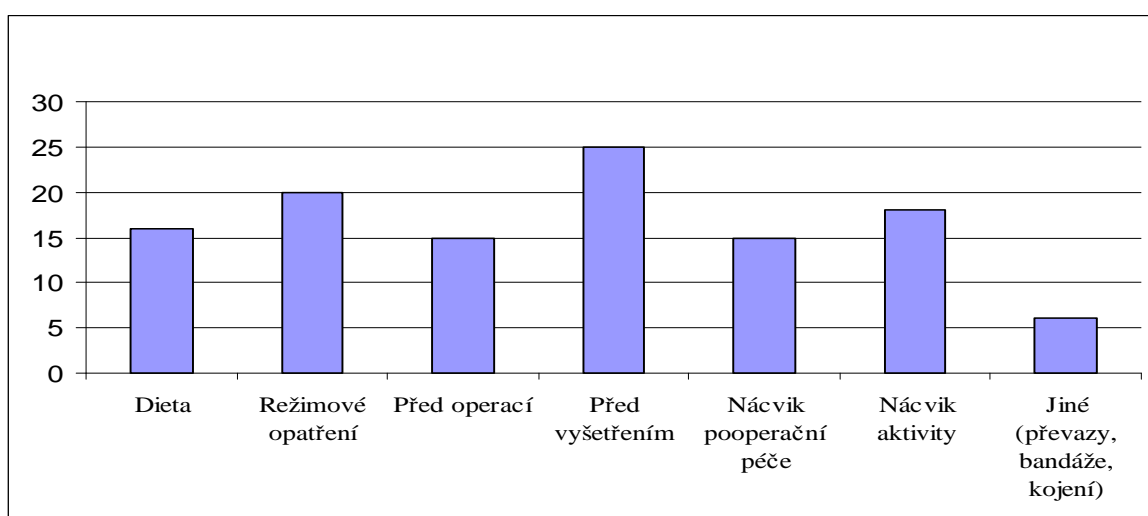
Graf 5 Máte na edukaci dostatek času?

Na dotaz dostatku času odpovědělo nejvíce dotázaných, 28 (47 %), celkem ano. Naproti tomu 15 (25 %) sester si myslí, že na edukaci čas ani nemají. Ano odpovědělo 12 (20 %) dotázaných a jen 5 (8 %) sester si myslí, že na edukaci nemá dostatek času.

6. V jaké oblasti provádíte edukaci nejčastěji?

Tab. 6 Nejčastější oblasti edukace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dieta	16	14
Režimové opatření	20	17
Před operací	15	13
Před vyšetřením	25	22
Nácvik pooperační péče	15	13
Nácvik aktivity	18	16
Jiné (převazy, bandáže, kojení)	6	5
Celkem	116	100



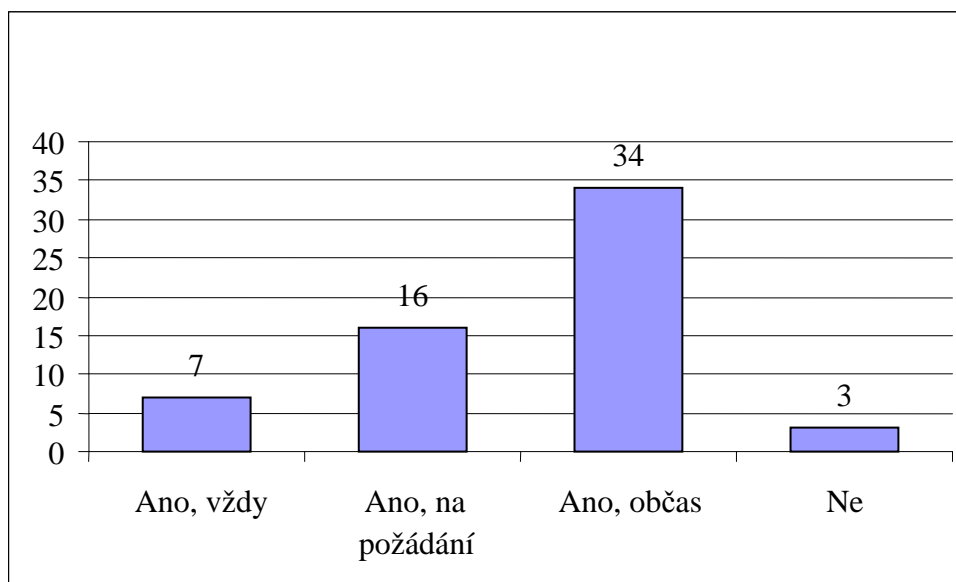
Graf 6 Nejčastější oblasti edukace

U této otázky byla možnost označit více odpovědí, celkem je odpovědí 116. Nejčastěji, 25 (22 %) odpovědí, sestry provádějí edukaci před vyšetřením. Za druhé 20 (17 %) edukují o režimovém opatření a za třetí 18 (16 %) s klientem nacvičují aktivitu. Poté edukují o dietě, 16 (14 %) sester. Edukaci před operací a nácvik pooperační péče označilo shodně 15 (13 %) sester. Jiné (sestry uvedly: převazy, kojení, bandáže) odpovědělo 6 (5 %) sester.

7. Edukujete i blízké pacienta?

Tab. 7 Edukace blízkých pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	7	12
Ano, na požádání	16	27
Ano, občas	34	56
Ne	3	5
Celkem	60	100



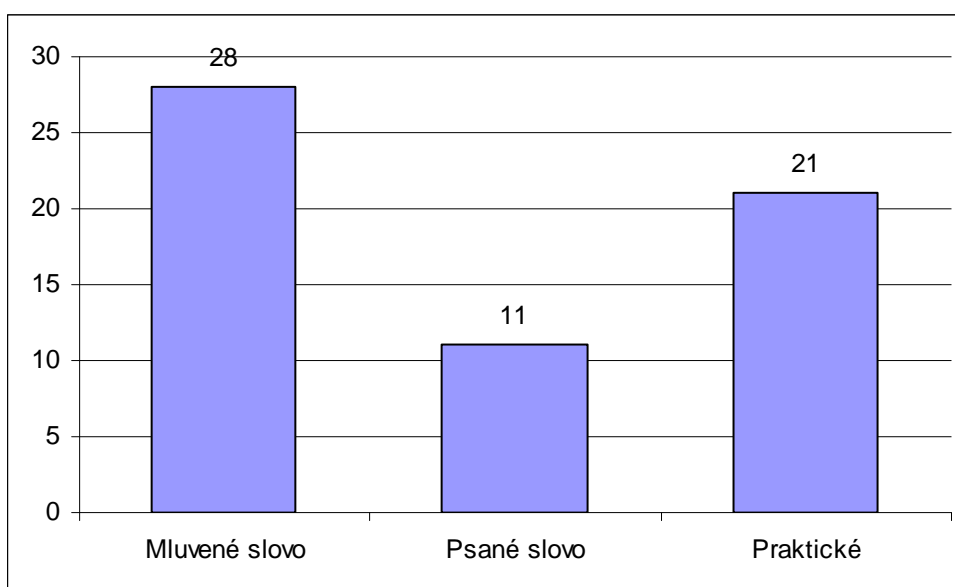
Graf 7 Edukace blízkých pacienta

Na otázku č.7 odpovědělo „ano, občas“ 34 (56 %) sester. Druhá nejpočetnější odpověď byla „ano, na požádání“. Takto odpovědělo 16 (27 %) sester. Jen 7 (12 %) sester edukuje vždy blízkého pacienta a 3 (5 %) sestry neprovádějí tuto edukaci vůbec.

8. Jaké edukační metody nejčastěji používáte?

Tab. 8 Nejčastěji používané edukační metody

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mluvené slovo	28	47
Psané slovo	11	18
Praktické	21	35
Celkem	60	100

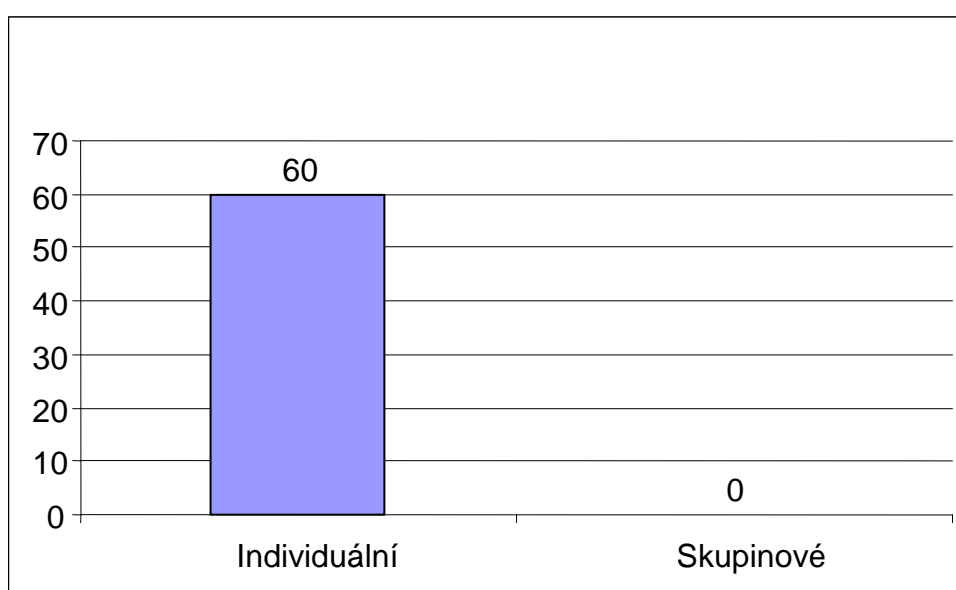


Graf 8 Nejčastěji používané edukační metody

Nejčastěji používanou metodou je metoda mluveného slova, používá ji 28 (47 %) dotázaných. Jako druhou, velmi často používanou metodu, označilo 21 (35 %) dotázaných metodu praktickou. Nejméně dotázaných, tedy 11 (18 %), používají metodu psaného slova.

9. Jakému typu edukaci dáváte přednost?*Tab. 9 Upřednostňovaný typ edukace*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Individuální	60	100
Skupinové	0	0
Celkem	60	100

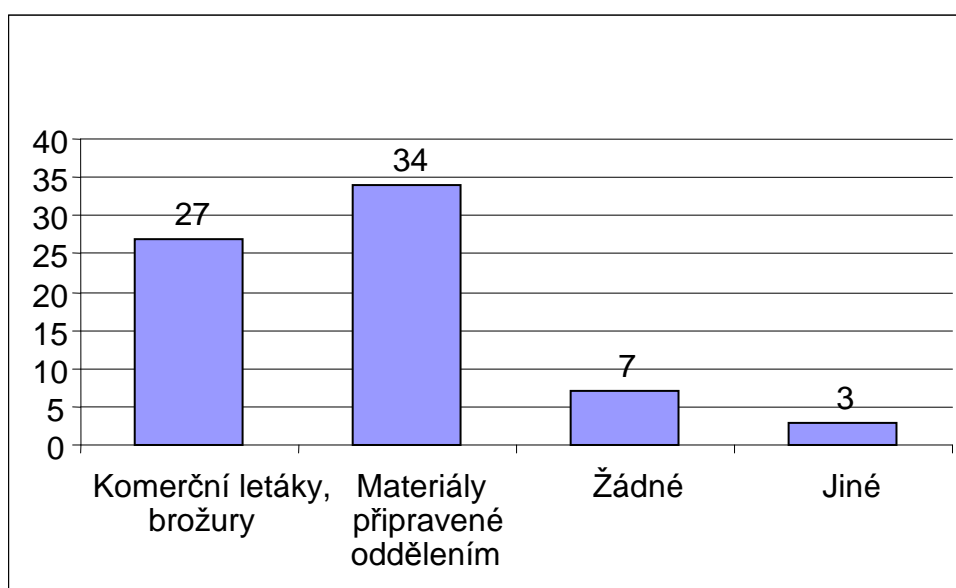
*Graf 9 Upřednostňovaný typ edukace*

Všech 60 (100 %) dotázaných sester používá individuální typ edukace.

10. Jaké edukační pomůcky nejčastěji používáte?

Tab. 10 Nejčastější edukační pomůcky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Komerční letáky, brožury	27	38
Materiály připravené oddělením	34	48
Žádné	7	10
Jiné (pomůcka – obinadla, stříkačky, inz.pera)	3	4
Celkem	71	100



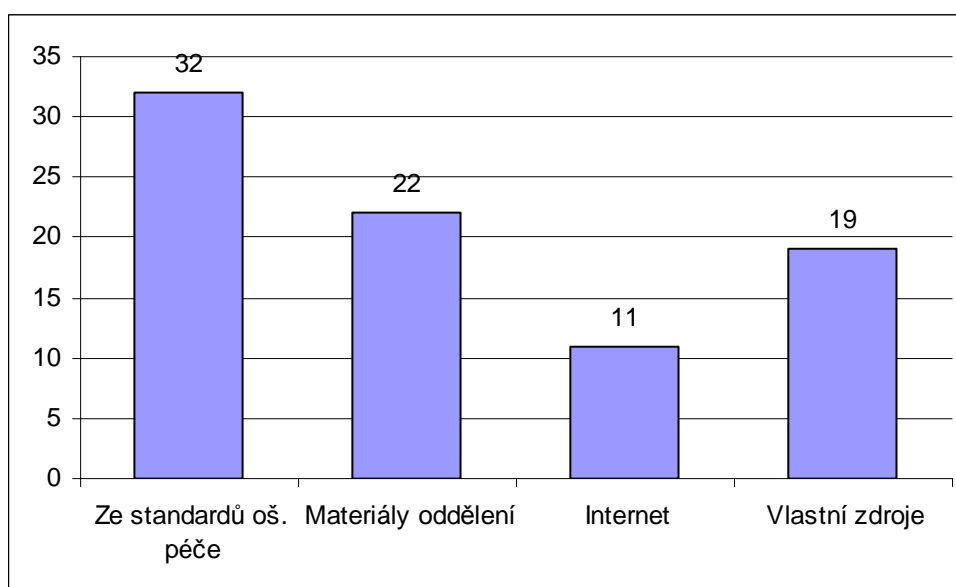
Graf 10 Nejčastější edukační pomůcky

V této otázce sestry mohly označit více možných odpovědí. Nejvíce sester 34 (48 %) používá materiály připravené oddělením. Komerční letáky a brožury používá 27 (38 %) sester. Žádné pomůcky nepoužívá 7 (10 %) sester. Jako jiné označily 3 (4 %) sestry pomůcky k praktickému nácviku jako inzulinové pero, obinadla, stříkačky.

11. Kde získáváte informace potřebné k edukaci?

Tab. 11 Zdroje informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ze standardů oš. péče	32	38
Materiály oddělení	22	26
Internet	11	13
Vlastní zdroje	19	23
Celkem	84	100



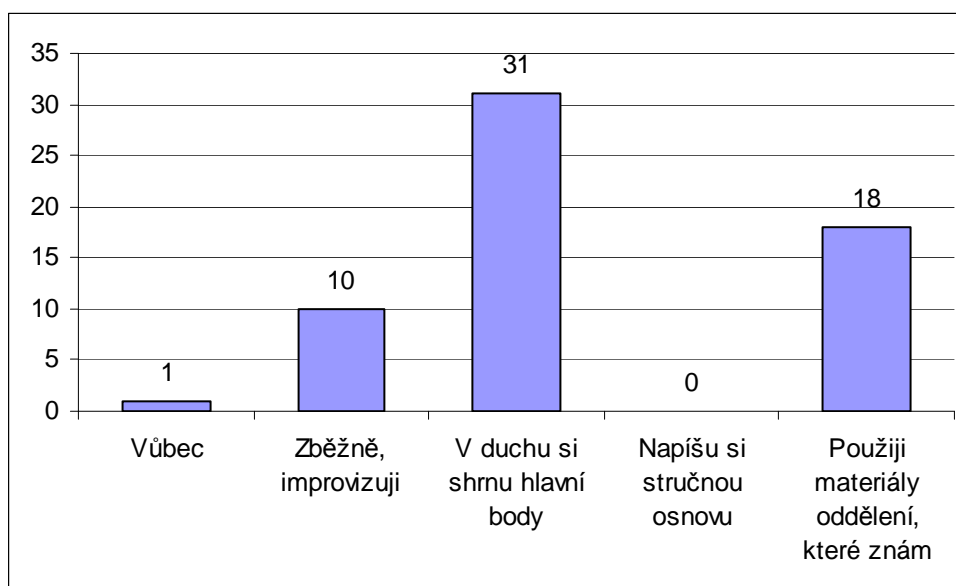
Graf 11 Zdroje informací

Zde opět sestry mohly označit více odpovědí. Ze standardů ošetrovatelské péče čerpá při edukaci 32 (38 %) dotázaných. V dalších 22 (26 %) případech jsou zdrojem materiály oddělení. Vlastní zdroje jako odborná literatura, školní knihy a sešity používá 19 (23 %) dotázaných. Jako zdroj informací používají sestry internet v 11 (13 %) případech.

12. Jak se na edukaci připravujete?

Tab. 12 Příprava na edukaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec	1	2
Zběžně, improvizuji	10	17
V duchu si shrnu hlavní body	31	51
Napíšu si stručnou osnovu	0	0
Použiji materiály oddělení, které znám	18	30
Celkem	60	100



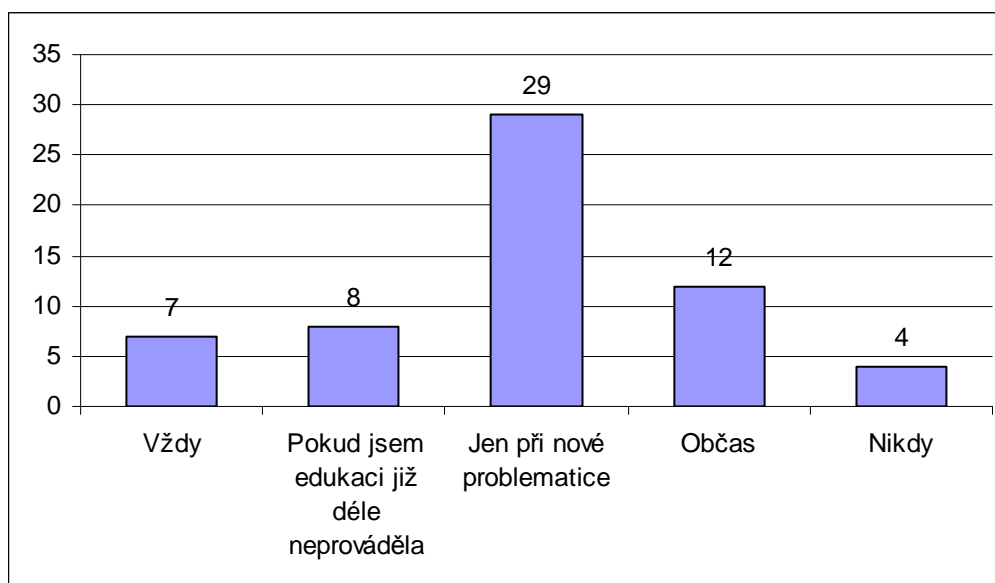
Graf 12 Příprava na edukaci

Nejvíce, tedy 31 (51 %) sester, se na edukaci připravuje tak, že si v duchu shrnou hlavní body problematiky, 18 (30 %) sester použije materiály oddělení, které zná a 10 (17 %) se připraví jen zběžně a hlavně improvizuje. Vůbec se nepřipravuje 1 (2 %) z dotázaných. Stručnou osnovu si nenapíše žádná z dotázaných.

13. Na edukaci se připravujete:

Tab. 13 Kdy se na edukaci připravujete

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vždy	7	12
Pokud jsem edukaci již déle neprováděla	8	13
Jen při nové problematice	29	48
Občas	12	20
Nikdy	4	7
Celkem	60	100



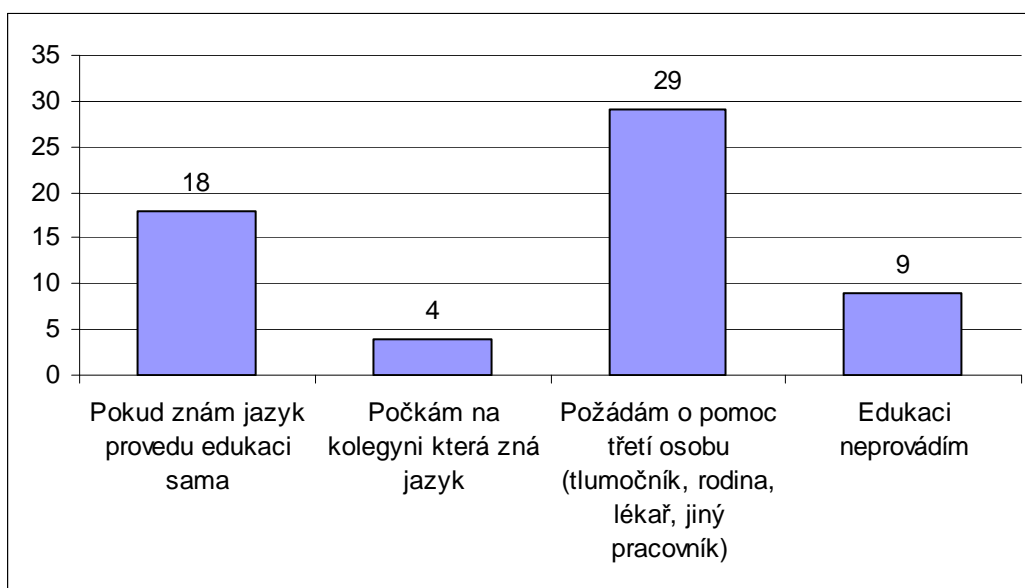
Graf 13 Kdy se na edukaci připravujete

Při výskytu nové problematiky se připravuje 29 (48 %) dotázaných. Občas se na edukaci připravuje 12 (20 %) dotázaných sester. Pokud edukaci déle neprovádí, připravuje se 8 (13 %) sester a vždy se připravuje 7 (12 %) sester. Nikdy se nepřipravují 4 (7 %) sestry.

14. Jak postupujete při edukaci pacienta který nehovoří česky?

Tab. 14 Edukace cizince nehovořícího česky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pokud znám jazyk provedu edukaci sama	18	30
Počkám na kolegyni která zná jazyk	4	7
Požádám o pomoc třetí osobu (tlumočnick, rodina, lékař, jiný pracovník)	29	48
Edukaci neprovádím	9	15
Celkem	60	100



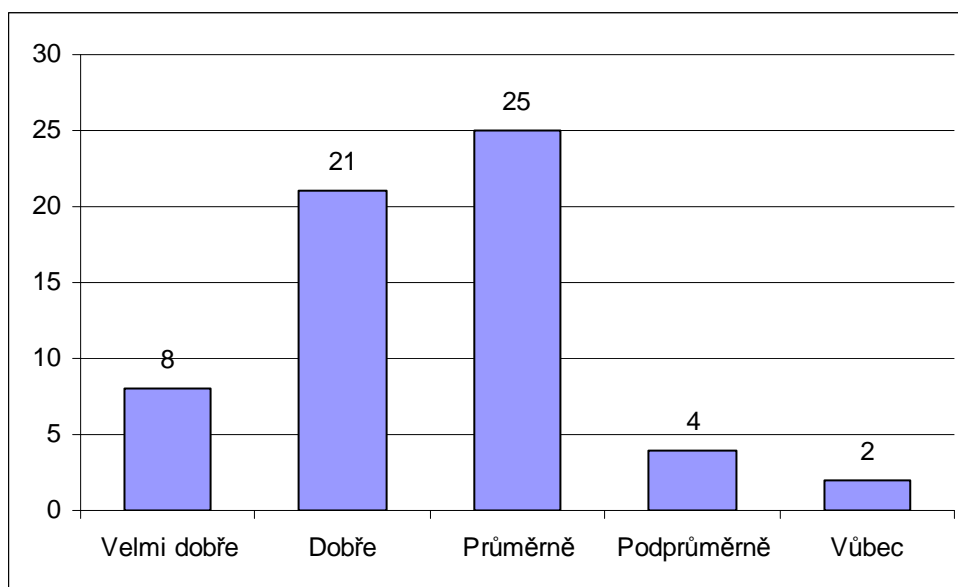
Graf 14 Edukace cizince nehovořícího česky

Třetí osobu požádá o pomoc 29 (48 %) sester, 18 (30 %) sester provede edukaci za předpokladu, že jazyk ovládá, 9 (15 %) sester edukaci neprovádí vůbec. Ve 4 (7 %) případech sestry počkají na příchod kolegyně.

15. Jak jsou sestry připravovány na edukaci při studiu?

Tab. 15 Jak jsou sestry připravovány na edukaci při studiu?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi dobře	8	13
Dobře	21	35
Průměrně	25	42
Podprůměrně	4	7
Vůbec	2	3
Celkem	60	100

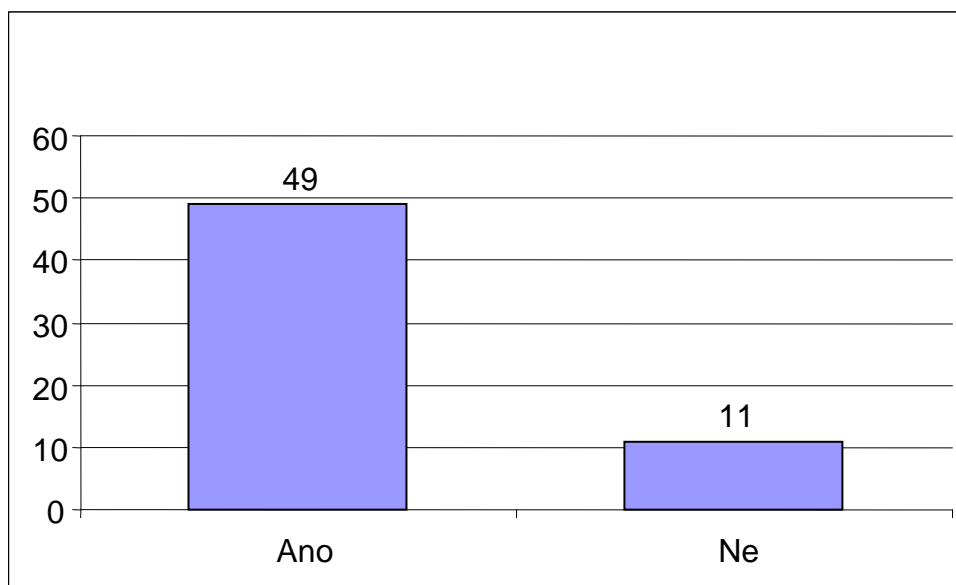


Graf 15 Jak jsou sestry připravovány na edukaci při studiu?

Jako průměrnou hodnotí přípravu sester na edukaci 25 (42 %) dotázaných sester. O dobré přípravě je přesvědčeno 21 (35 %) dotázaných. Jen 8 (13 %) sester ji hodnotí velmi dobře. Oproti tomu si 4 (7 %) sestry myslí, že příprava je podprůměrná a 2 (3 %) žádná.

16. Uvítala byste vzdělávací aktivity v edukaci pacientů?*Tab. 16 Víтанost dalších vzdělávacích aktivit v edukaci*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	49	82
Ne	11	18
Celkem	60	100

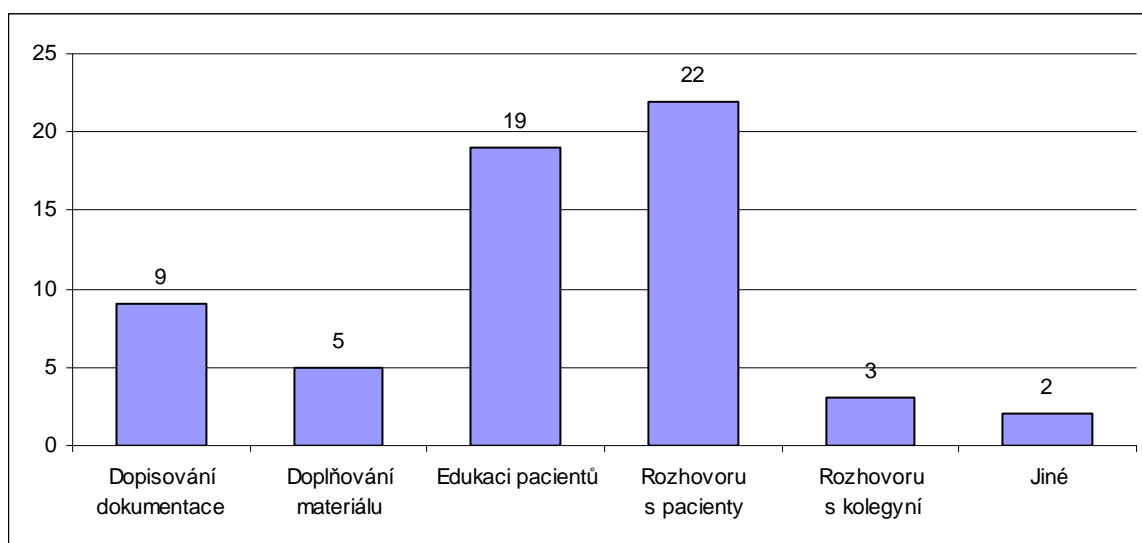
*Graf 16 Víтанost dalších vzdělávacích aktivit v edukaci*

Další vzdělávací aktivity v oblasti edukace pacientů by přivítalo 49 (82 %) dotázaných sester. Zbývajících 11 (18 %) sester nemá o tyto aktivity zájem, možná je nedávno navštívily.

17. Pokud máte odpoledne na službě čas využijete ho k:

Tab. 17 Využití času

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dopisování dokumentace	9	15
Doplňování materiálu	5	8
Edukaci pacientů	19	32
Rozhovoru s pacienty	22	37
Rozhovoru s kolegyní	3	5
Jiné	2	3
Celkem	60	100

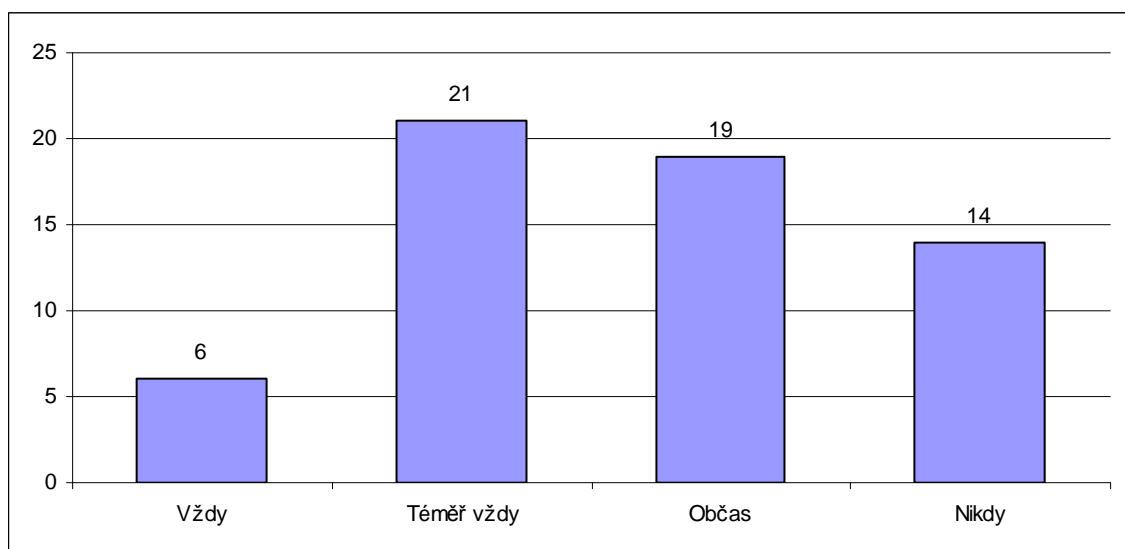


Graf 17 Využití času

Volného času využije k rozhovoru s pacienty 22 (37 %) sester. Dalších 19 (32 %) sester jej využije k edukaci, 9 (15 %) k dopisování dokumentace, 5 (8 %) k doplňování materiálu, 3 (5 %) k rozhovoru s kolegyní a 2 (3 %) se budou věnovat jiné činnosti (razítkování).

18. Hodnotíte zpětně efektivitu Vaší edukace?*Tab. 18 Hodnocení efektivity edukace*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vždy	6	10
Téměř vždy	21	35
Občas	19	32
Nikdy	14	23
Celkem	60	100

*Graf 18 Hodnocení efektivity edukace*

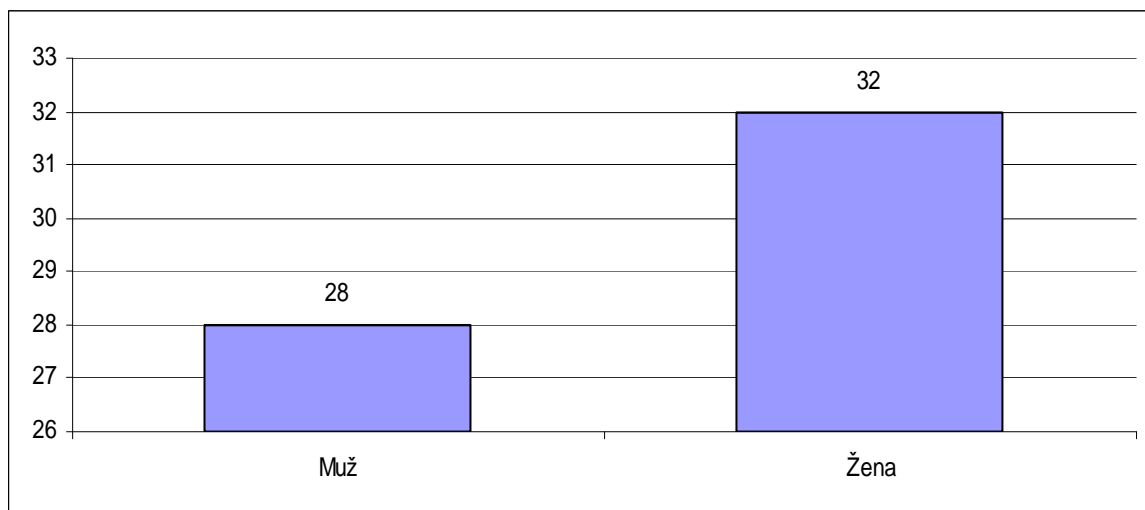
Zpětně hodnotí efektivitu své edukace téměř vždy 21 (35 %) sester, 19 (32 %) ji hodnotí občas, 14 (23 %) sester nikdy a pouze 6 (10 %) dotázaných sester ji hodnotí vždy.

5.2 Dotazník pro pacienty

1. Jste:

Tab. 19 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	28	47
Žena	32	53
Celkem	60	100



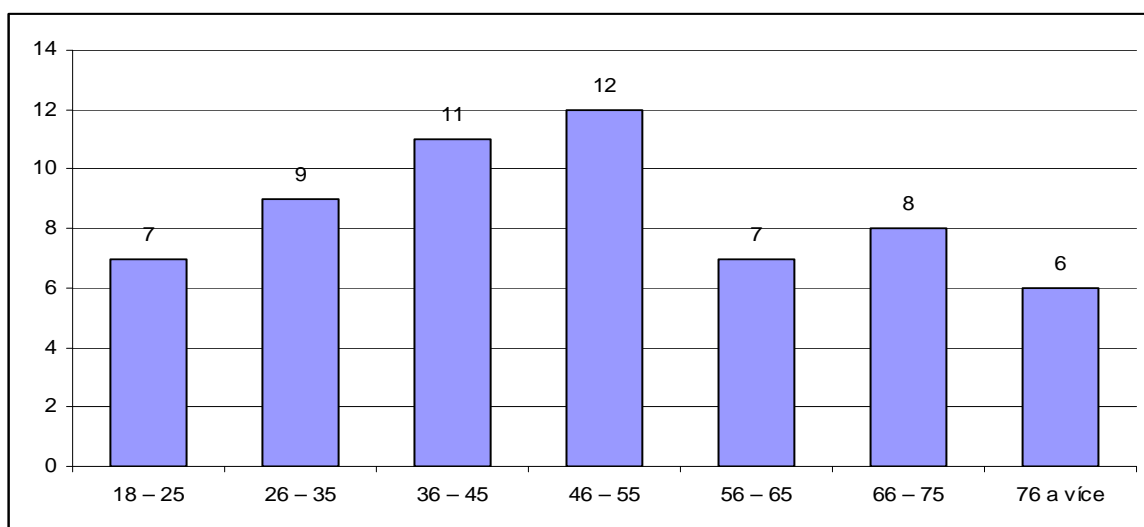
Graf 19 Pohlaví respondentů

Dotazovaná skupina respondentů je složena z 28 (47 %) mužů a 32 (53 %) žen.

2. Kolik je Vám let?

Tab. 20 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18 – 25	7	12
26 – 35	9	15
36 – 45	11	18
46 – 55	12	20
56 – 65	7	12
66 – 75	8	13
76 a více	6	10
Celkem	60	100%



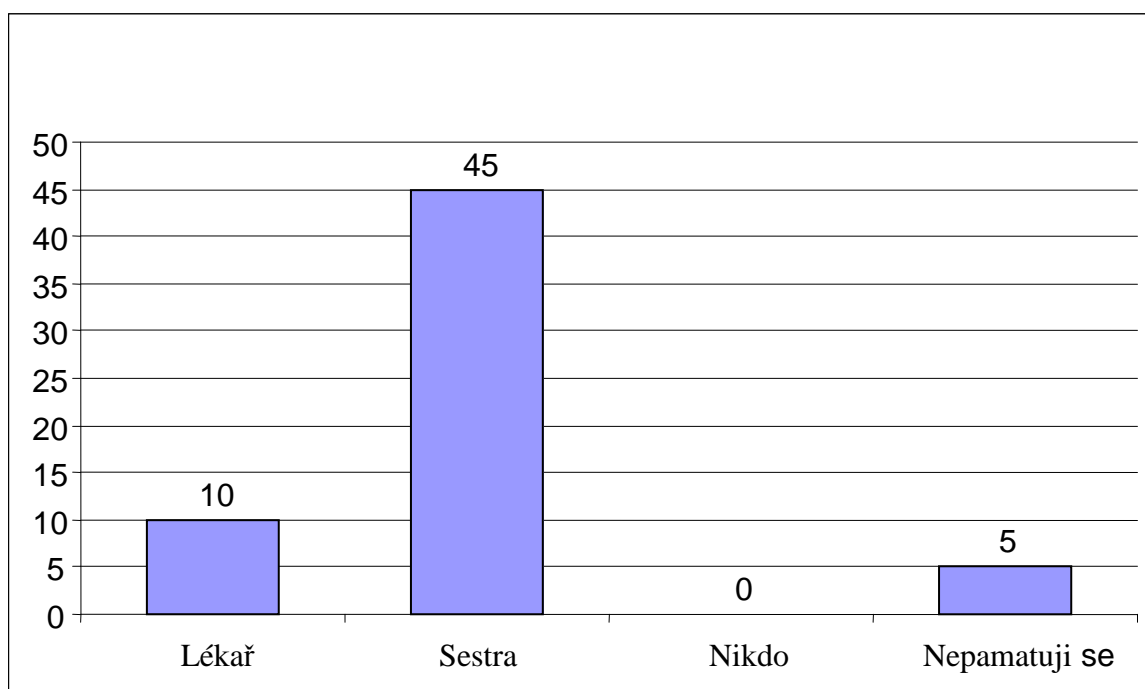
Graf 20 Věk respondentů

Pro větší názornost je otázka na věk členěna do několika věkových kategorií. Nejvíce respondentů 12 (20 %) je ve věku 46 – 55let, 11 (18 %) respondentů je ve věku 36 – 46 let. Ve věku 26 – 35 je 9 (15 %) respondentů. Respondentů mezi 66 – 75 lety je 8 (13 %), mezi 56 – 65 a 18 – 25 lety je shodný počet a to 7 (12 %). Nejméně je respondentů nad 76 let t.j. 6 (10 %).

3. Kdo u Vás provedl edukaci?

Tab. 21 Kdo provedl edukaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékař	10	17
Sestra	45	75
Nikdo	0	0
Nepamatuji se	5	8
Celkem	60	100



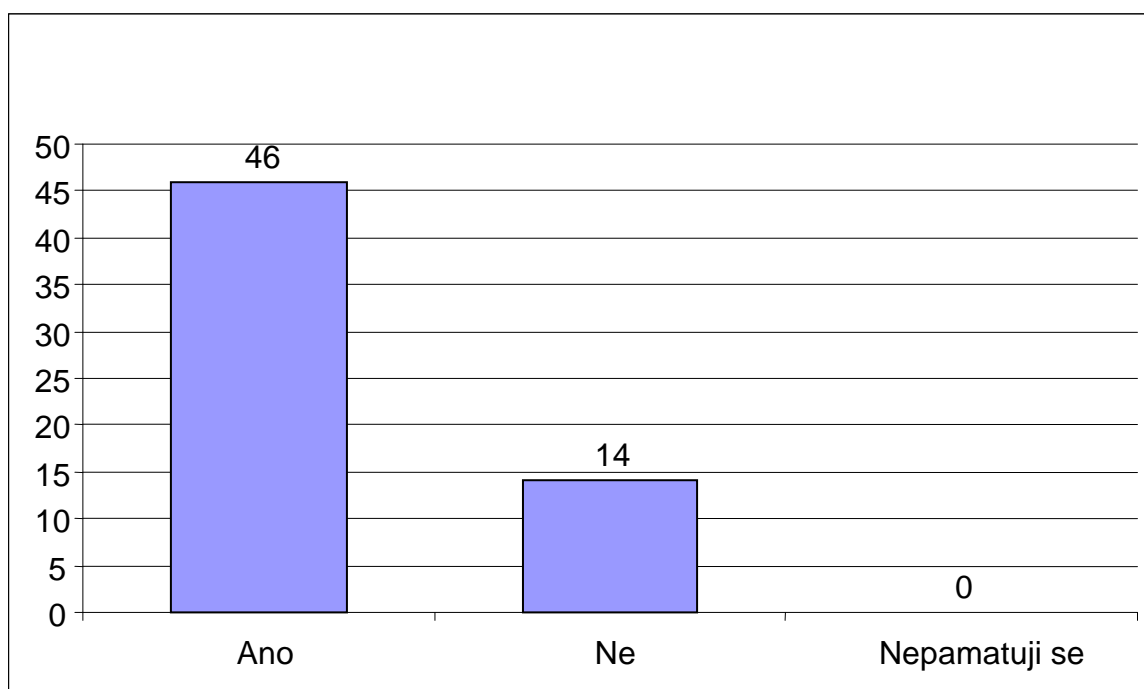
Graf 21 Kdo provedl edukaci

U největšího počtu dotázaných provedla edukaci sestra a to v celých 45 (75 %) případech. U 10 (17 %) dotázaných provedl edukaci lékař a 5 (8 %) dotázaných si nepamatuje, kdo edukaci provedl.

4. Znal/a jste důvod edukace?

Tab. 22 Znal/a jste důvod edukace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	46	77
Ne	14	23
Nepamatuji se	0	0
Celkem	60	100



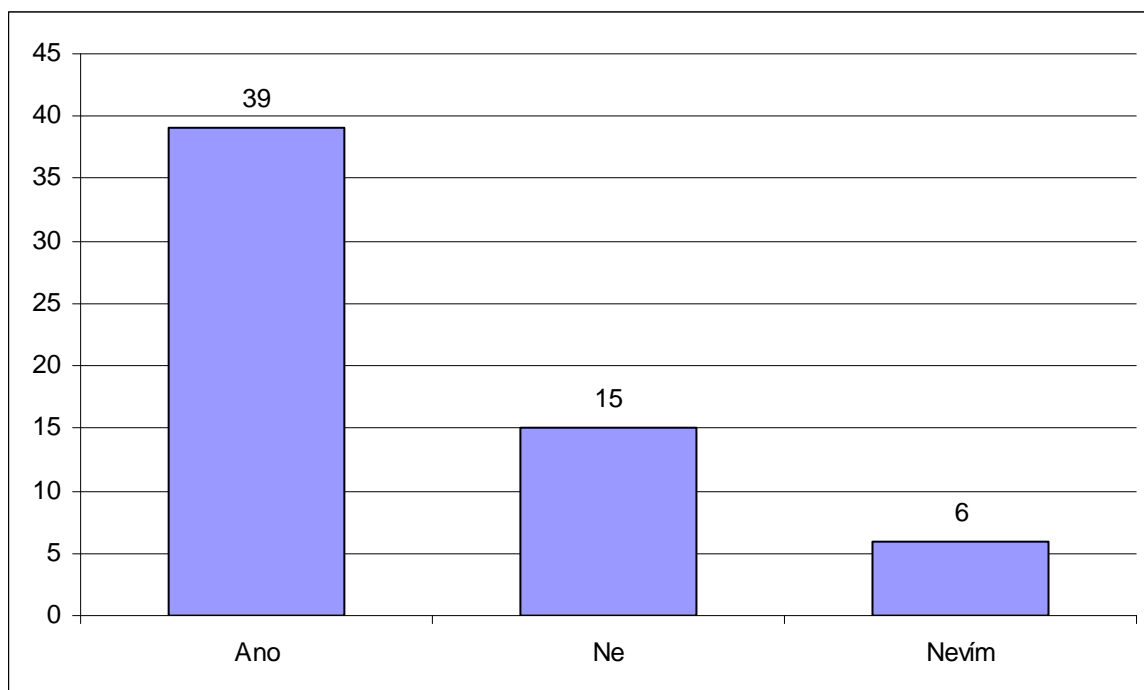
Graf 22 Znal/a jste důvod edukace

Na otázku, zda byli seznámeni s důvodem edukace, odpovědělo kladně 46 (77 %) dotazovaných. Záporně odpovědělo 14 (23 %) dotázaných. Možnost nepamatuji se si nevybral nikdo.

5. Měl/a jste zájem o seznámení s danou problematikou

Tab. 23 Zájem o seznámení s danou problematikou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	39	65
Ne	15	25
Nevím	6	10



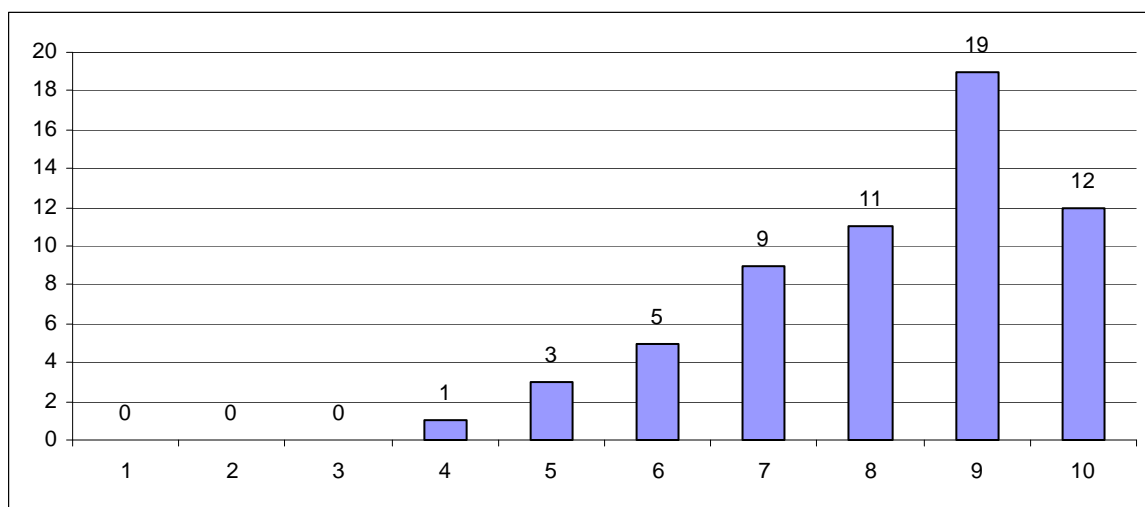
Graf 23 Zájem o seznámení s danou problematikou

Zájem o edukaci udává 39 (65 %) dotázaných, z toho 23 žen a 16 mužů. Toto potvrzuje mou hypotézu, že ženy mají o edukaci větší zájem než muži. O edukaci nemělo zájem 15 (25 %) dotázaných, t.j. 4 ženy a 11 mužů. Ve smyslu nevím se vyjádřilo 6 (10 %) dotázaných, 5 žen a 1 muž.

6. Bylo pro Vás vše srozumitelné?

Tab. 24 Srozumitelnost

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	1	2
5	3	5
6	5	8
7	9	15
8	11	18
9	19	32
10	12	20
Celkem	60	100



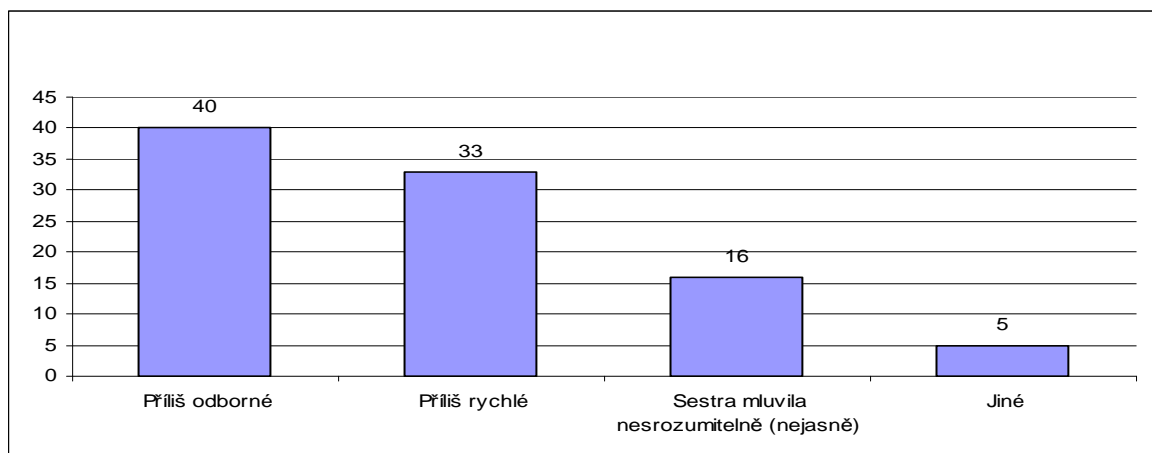
Graf 24 Srozumitelnost

Míru srozumitelnosti dotazovaní hodnotili na škále od 1 do 10. Stupněm 9 označilo srozumitelnost 19 (32 %). Další skupina 12 (20 %) tázaných označila stupeň 10, t.j. vše srozumitelné. Na třetím místě je srozumitelnost stupně 8 11 (18 %) odvěďmi. Další je podle 9 (15 %) dotázaných stupeň srozumitelnosti 7. Pro 5 (8 %) dotázaných byla edukace srozumitelná na stupni 6, pro 3 (5 %) na stupni 5 a pouze pro jednoho (2 %) z dotázaných byla edukace (ne)srozumitelná na stupni 4.

7. Pokud ne, proč?

Tab. 25 Důvod nesrozumitelnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Příliš odborné	40	43
Příliš rychlé	33	35
Sestra mluvila nesrozumitelně (nejasně)	16	17
Jiné	5	5
Celkem	94	100



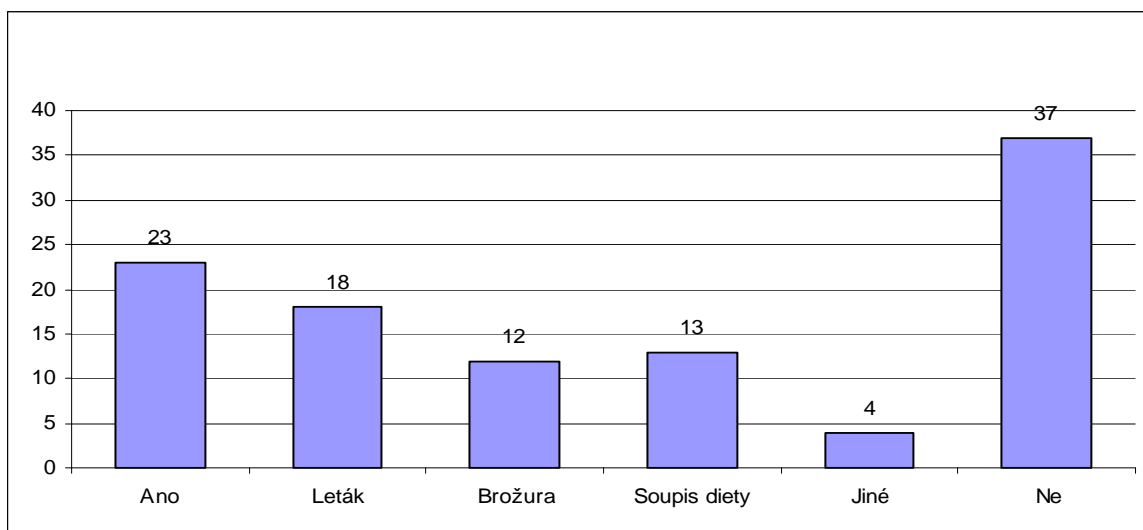
Graf 25 Důvod nesrozumitelnosti

V této otázce mohli respondenti vybrat více odpovědí. Jako nejčastějším důvod nesrozumitelnosti udává 40 (45 %) dotázaných používání odborné terminologie. Dalším důvodem u 33 (35 %) odpovědí je příliš rychlé provedení edukace. Na třetím místě uvedlo 16 (17 %) dotázaných nesrozumitelné nebo nejasné vyjadřování sestry. Jako jiné 5 (5 %) respondentů udává únavu, ruch v okolí, nedostatek času.

8. Poskytla Vám sestra předem nějaký podpůrný materiál?

Tab. 26 Poskytnutí podpůrného materiálu předem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	23	21
Leták	18	17
Brožura	12	11
Soupis diety	13	12
Jiné	4	4
Ne	37	35
Celkem	107	100



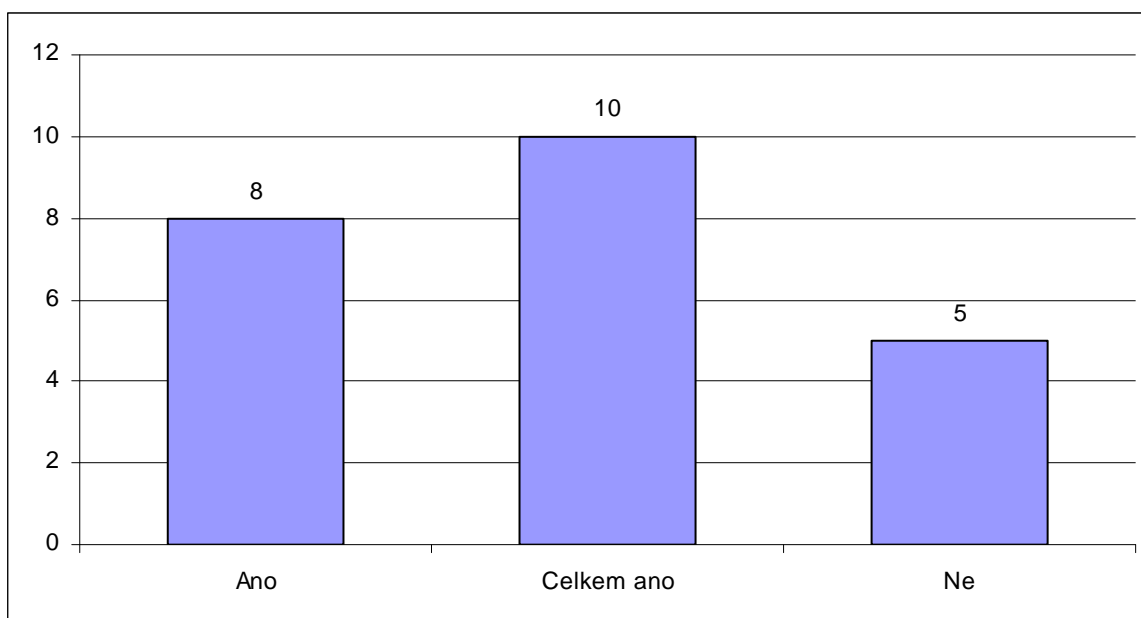
Graf 26 Poskytnutí podpůrného materiálu předem

U této otázky měli respondenti možnost více odpovědí, zároveň je filtrační pro otázky č.9 a 10. Celkem je zde 107 odpovědí, z toho 37 (35 %) označuje, že tázanému nebyl předem poskytnut podpůrný materiál. Ostatním 23 (21 %) tázaným byl podpůrný materiál poskytnut a to formou: letáku 18 (17 %), brožury 12 (11 %), soupisu diety 13 (12 %) a/nebo jiný materiál 4 (4 %).

9. Měl/a jste podpůrný materiál dostatečně dlouho pro jeho dobré prostudování?

Tab. 27 Dostatek času pro prostudování materiálu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	8	35
Celkem ano	10	43
Ne	5	22
Celkem	23	100

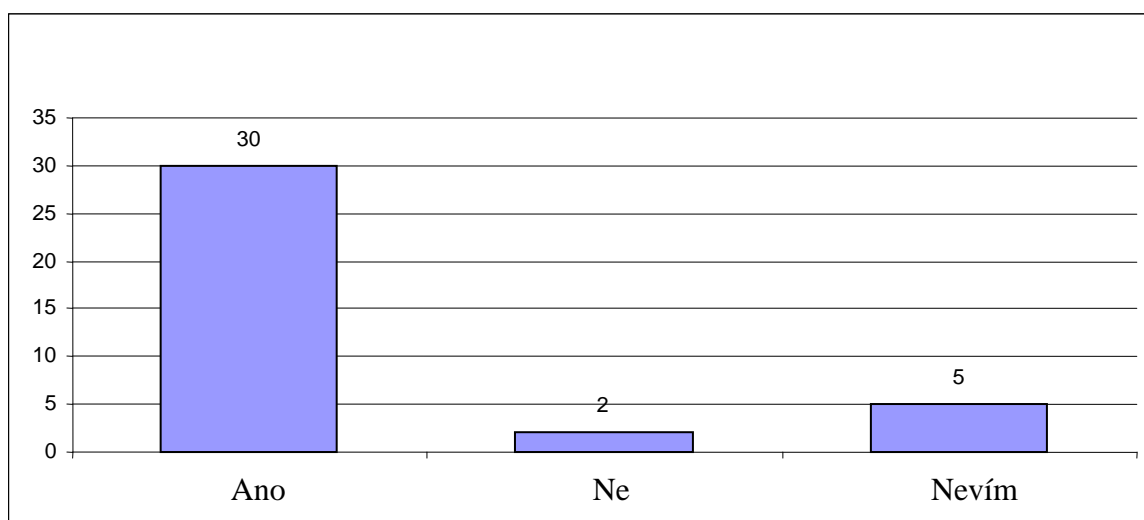


Graf 27 Dostatek času pro prostudování materiálu

Na tuto otázku odpovídalo 23 respondentů, kteří v otázce č.8 odpověděli ano. Nejvíce, tedy 10 (43 %), respondentů uvedlo, že na prostudování materiálu měli celkem dost času. Dostatečně dlouho mělo materiál 8 (35 %) dotázaných. Pouze 5 (22 %) respondentů nemělo na prostudování materiálu dostatek času.

10. Pokud ne, uvítal/a byste podpůrný materiál?*Tab. 28 Víтанost podpůrného materiálu u pacientů, kterým nebyl poskytnut*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	30	81
Ne	2	5
Nevím	5	14
Celkem	37	100

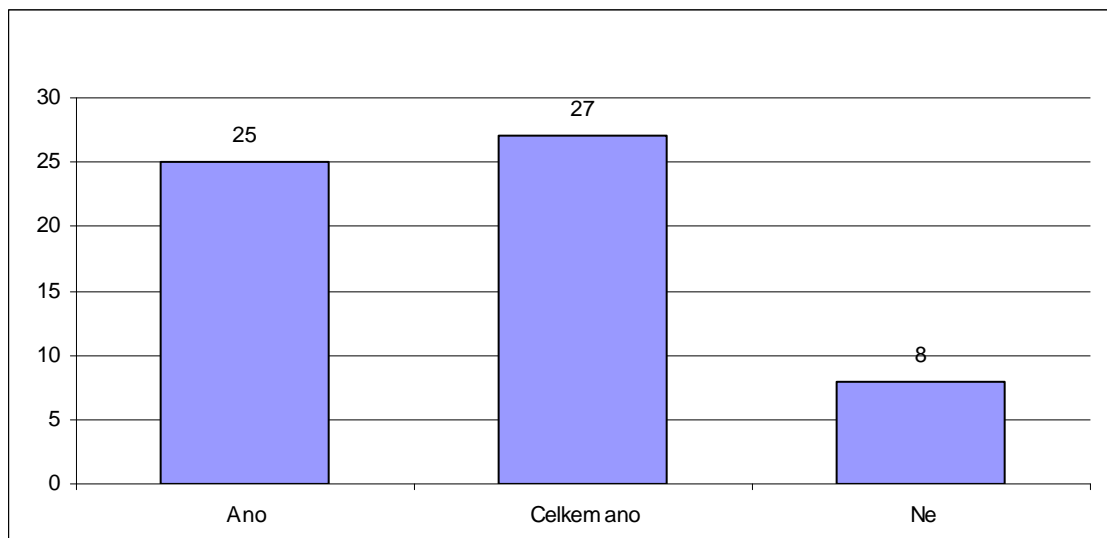
*Graf 28 Víтанost podpůrného materiálu u pacientů, kterým nebyl poskytnut*

Celkem na tuto otázku odpovědělo 37 dotázaných, kteří v otázce č.8 označili odpověď ne. Z těchto dotázaných, kterým nebyl poskytnut podpůrný materiál, by jej uvítalo 30 (81 %). O podpůrný materiál by neměli zájem 2 (5 %) dotázaní a 5 (14 %) dotázaných nevědělo.

11. Měl/a jste pocit dostatku informací?

Tab. 29 Subjektivní hodnocení dostatku informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	25	42
Celkem ano	27	45
Ne	8	13
Celkem	60	100



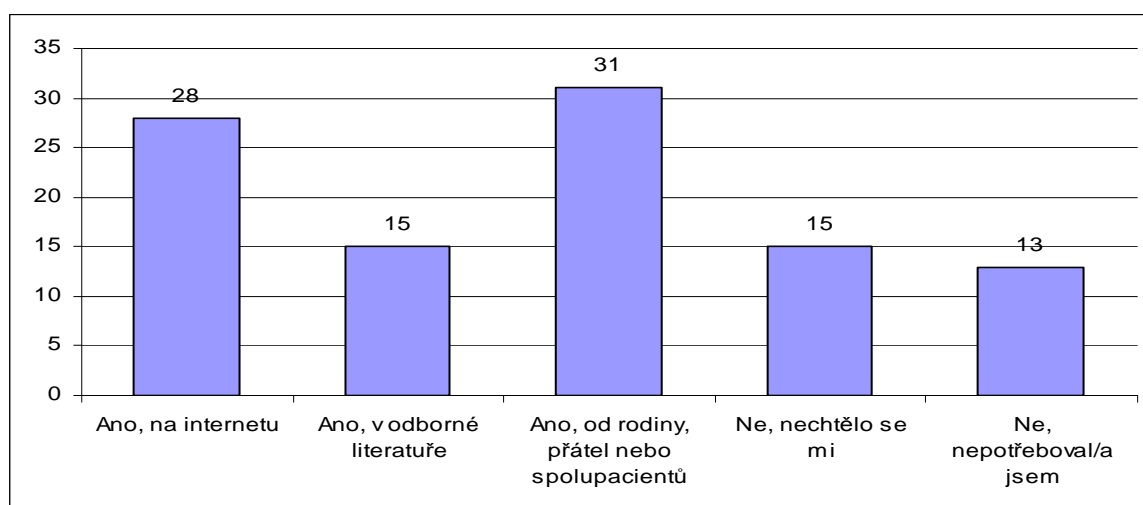
Graf 29 Subjektivní hodnocení dostatku informací

Kladné odpovědi na tuto otázku jsou téměř shodné. Nejvíce respondentů, 27 (45 %), odpovědělo celkem ano. Ano odpovědělo 25 (42 %) respondentů a jen 8 (13 %) respondentů nemělo pocit dostatku informací.

12. Hledal/a jste si další informace k dané problematice?

Tab. 30 Potřeba dalších informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, na internetu	28	27
Ano, v odborné literatuře	15	15
Ano, od rodiny, přátel nebo spolupacientů	31	30
Ne, nechtělo se mi	15	15
Ne, nepotřeboval/a jsem	13	13
Celkem	102	100

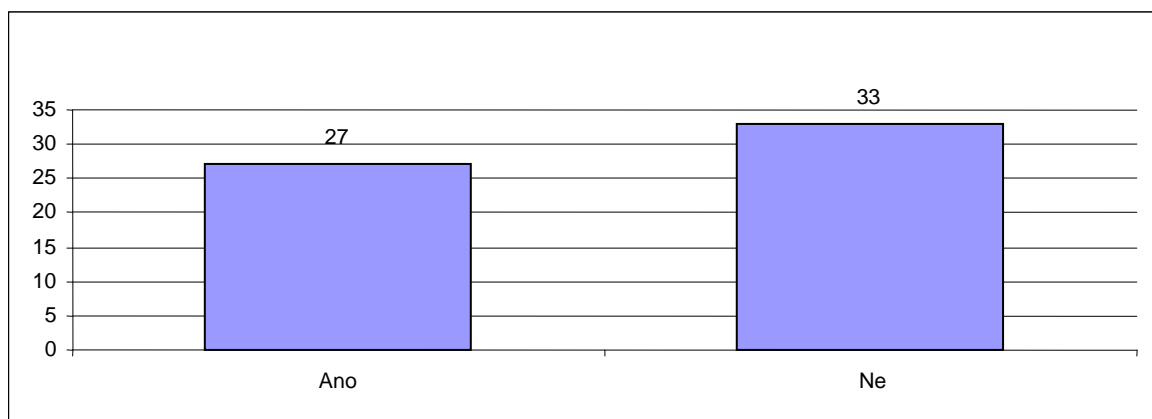


Graf 30 Potřeba dalších informací

Také u této otázky byla možnost více odpovědí a jejich kombinace. Na potřebu dalších informací odpovědělo kladně 32 respondentů a to takto: nejvíce dotazovaných, 31 (30 %), hledalo informace u rodiny a přátel, 28 (27 %) dotazovaných hledalo na internetu a 15 (15 %) dotazovaných pátralo v odborné literatuře. Z 28 respondentů, kteří odpověděli záporně se 15-ti (15 %) nechtělo a 13 (13 %) respondentů další informace nepotřebovalo.

13. Byl u edukace přítomen někdo z Vašich blízkých?*Tab. 31 Přítomnost blízkého*

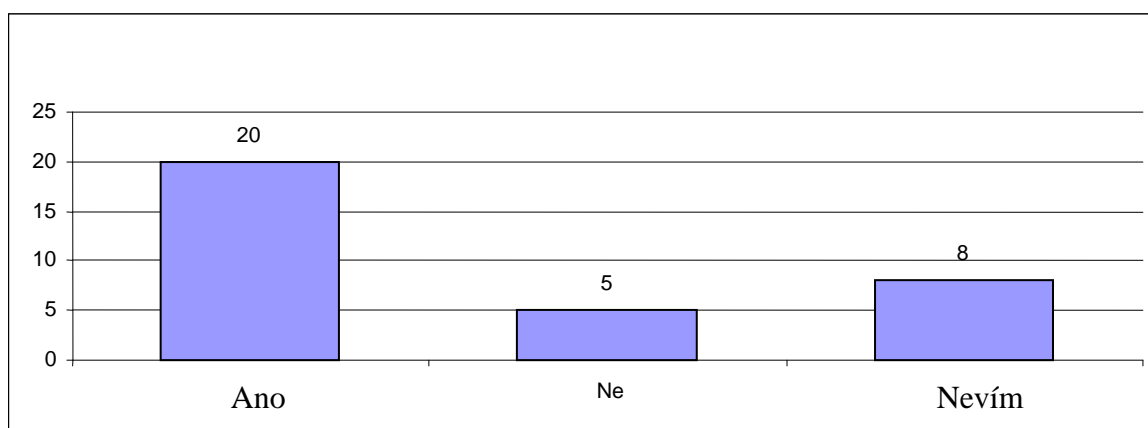
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	27	45
Ne	33	55
Celkem	60	100

*Graf 31 Přítomnost blízkého*

Tato otázka je filtrační k otázce č.14 a hodnotí zapojení blízkých pacienta do edukace. Pacientovi blízká osoba byla k edukaci přizvána ve 27 (45 %) případech, ve větším počtu, 33 (55 %) případů k edukaci nebyl přizván nikdo.

14. Pokud ne, uvítal/a byste jeho/jejich přítomnost?*Tab. 32 Víтанost přítomnosti blízké osoby*

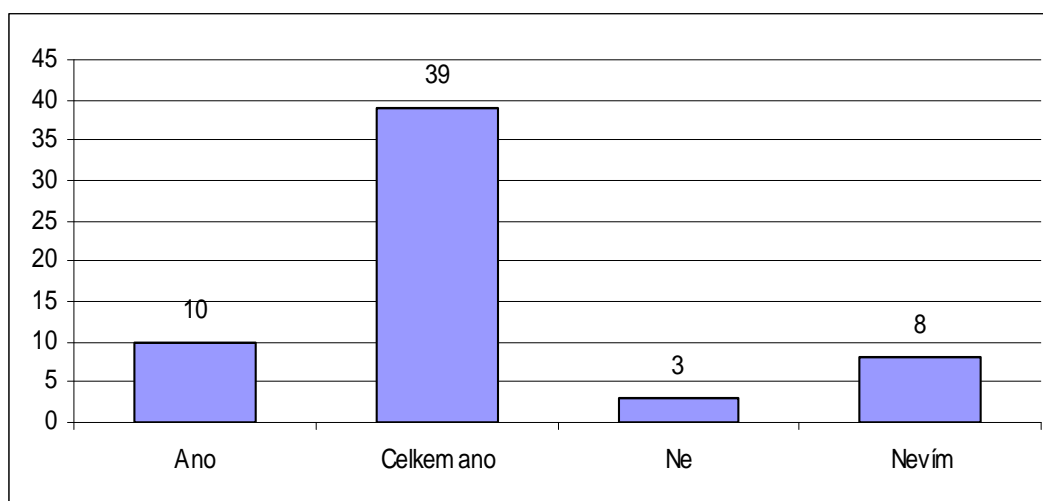
	Relativní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	20	61
Ne	5	15
Nevím	8	24
Celkem	33	100

*Graf 32 Víтанost přítomnosti blízké osoby*

Na tuto otázku odpovídalo 33 respondentů, kteří v otázce č.14 odpověděli záporně. Přítomnost blízké osoby by přivítalo 20 (61 %) dotázaných, nepřálo by si ji 5 (15 %) dotázaných a 8 (24 %) dotázaných nevědělo jistě.

15. Měl/a jste dostatek času na vstřebání informací?*Tab. 33 Dostatek času pro vstřebání informací*

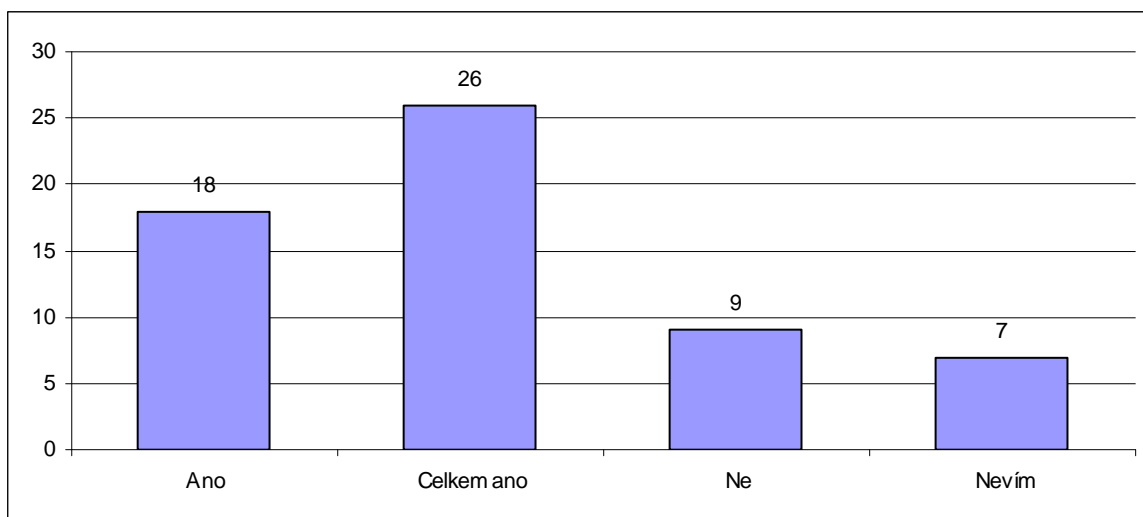
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	10	17
Celkem ano	39	65
Ne	3	5
Nevím	8	13
Celkem	60	100

*Graf 33 Dostatek času pro vstřebání informací*

Na dotaz, zda měli na vstřebání informací dostatek času, odpověděli respondenti v převážné většině, 39 (65 %) odpovědí, celkem ano. Pro 10 (17 %) dotázaných respondentů byl čas plně dostatečný a 8 (13%) si nebylo jistých. Pro 3 (5 %) respondenty nebyl čas dostatečný.

16. Měl/a jste prostor pro své dotazy?*Tab. 34 Prostor pro dotazy*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	18	30
Celkem ano	26	43
Ne	9	15
Nevím	7	12
Celkem	60	100

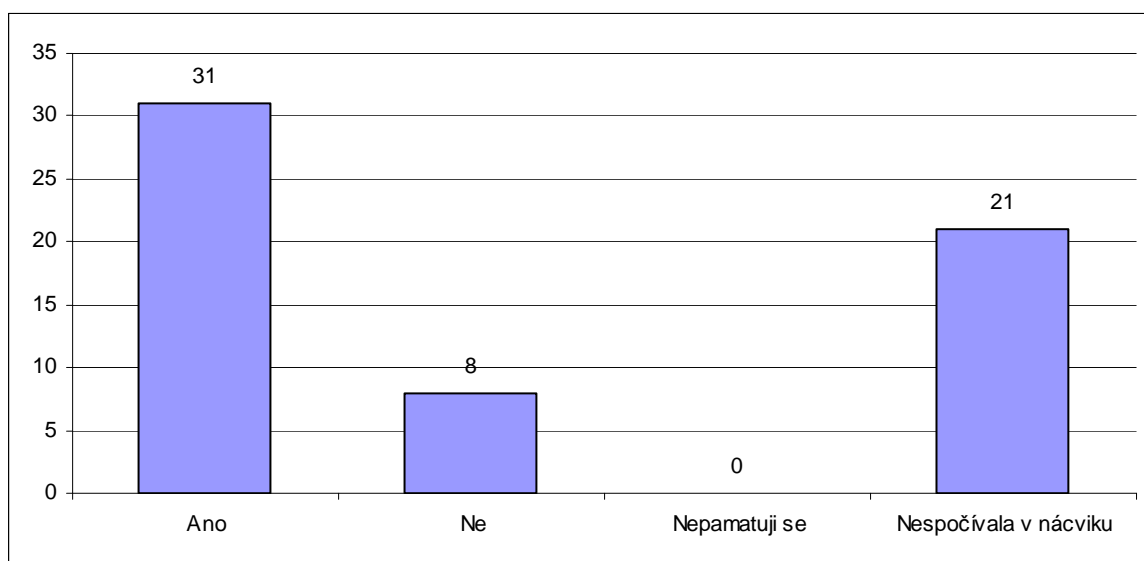
*Graf 34 Prostor pro dotazy*

Nejvíce respondentů, 26 (43 %), na otázku, jestli měli dostatek prostoru pro své dotazy odpovědělo „celkem ano“. Ano si zvolilo 18 (30 %) respondentů. Téměř stejný počet 9 (15 %) respondentů zvolilo odpověď ne. Pro odpověď nevím se rozhodlo 7 (12 %) respondentů.

17. Pokud edukace spočívala v nácviu nějaké dovednosti, měl/a jste možnost si ji vyzkoušet?

Tab. 35 Možnost procvičení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	31	50
Ne	8	14
Nepamatuji se	0	0
Nespočívala v nácviu	21	36
Celkem	60	100

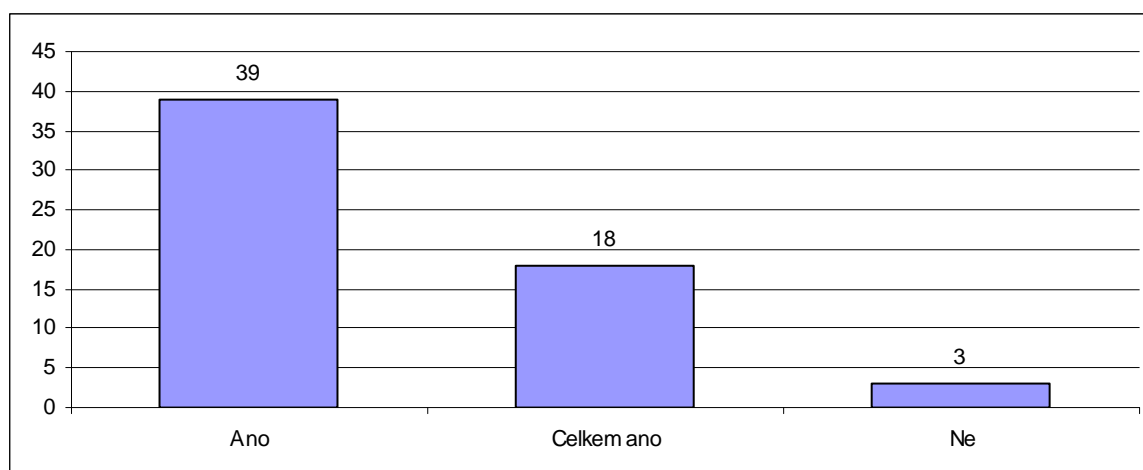


Graf 35 Možnost procvičení

Možnost procvičit si novou dovednost hodnotili respondenti v otázce č. 17. Jako dostatečnou, tedy odpověď ano, ji označilo 31 (50 %) respondentů, jako nedostatečnou 8 (14 %) respondentů. U 21 (36 %) respondentů nespočívala edukace v nácviu nové dovednosti. Možnost nepamatuji se si nevybral žádný respondent.

18. Věnovala Vám sestra dostatek času?*Tab. 36 Věnovala Vám sestra dostatek času*

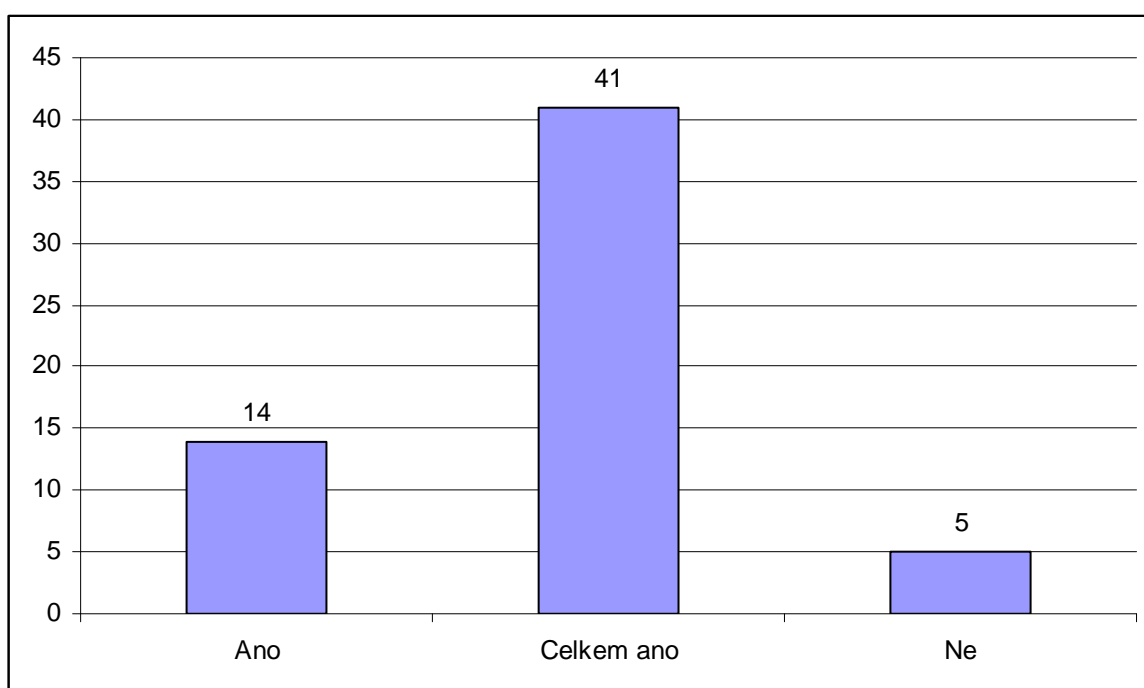
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	39	65
Celkem ano	18	30
Ne	3	5
Celkem	60	100

*Graf 36 Věnovala Vám sestra dostatek času*

Ve většině případů, 39 (65 %), věnovala sestra respondentům dostatek času. V 8 (30 %) případech zvolili respondenti odpověď celkem ano. Jen 3 (5 %) respondenti se rozhodli pro zápornou odpověď.

19. Zajímala se sestra, zda dané problematice opravdu rozumíte?*Tab. 37 Zajímala se sestra, zda dané problematice opravdu rozumíte?*

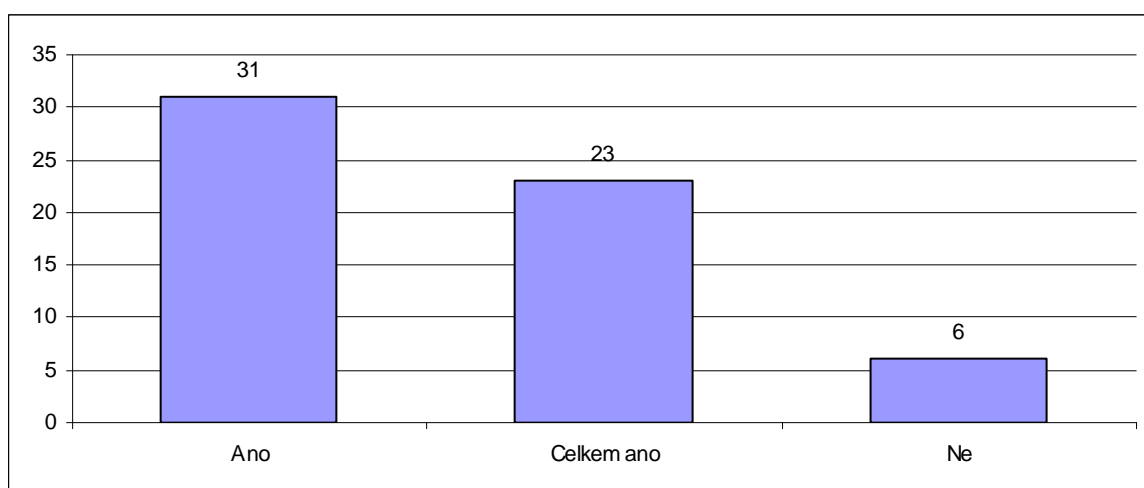
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	14	23
Celkem ano	41	69
Ne	5	8
Celkem	60	100

*Graf 37 Zajímala se sestra, zda dané problematice opravdu rozumíte?*

Ve 41 (69 %) případech se sestra celkem zajímala o to, zda respondenti problematice porozuměli. Ve 14 (23 %) případech si respondenti zvolili odpověď ano a 5 (8 %) respondentů se domnívá, že se sestra o toto nezajímala.

20. Vysvětlila Vám sestra to, čemu jste nerozuměl/a?*Tab. 38 Následné dovysvětlení*

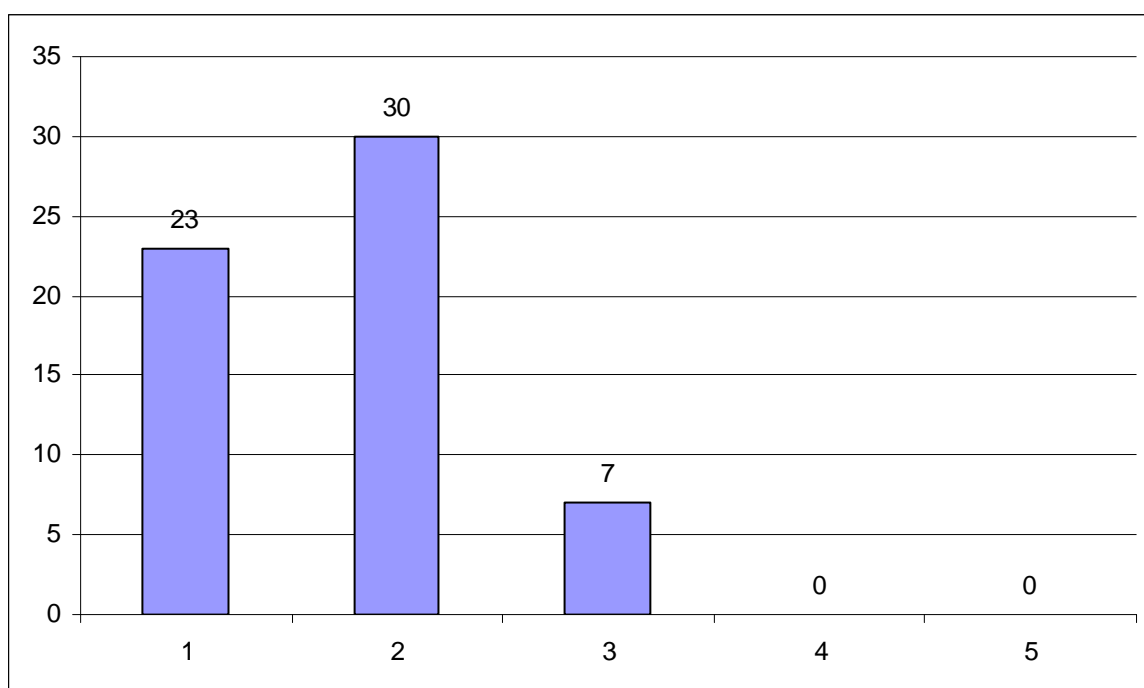
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	31	52
Celkem ano	23	38
Ne	6	10
Celkem	60	100

*Graf 38 Následné dovysvětlení*

Dodatečně sestra vysvětlila to, čemu neporozuměli 31 (52 %) respondentům. Dalších 23 (32 %) respondentů zvolilo odpověď celkem ano. V případě 6-ti (10 %) respondentů už se setra dodatečným vysvětlováním nezabývala.

21. Jak jste byl/a spokojen/a s průběhem edukace?*Tab. 39 Spokojenost a edukací*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	23	33
2	30	50
3	7	17
4	0	0
5	0	0
Celkem	60	100

*Graf 39 Spokojenost s edukací*

Respondenti měli za úkol oznámkovat edukaci na stupnici od 1 do 5 jako ve škole. Na jedničku oznámkovalo edukaci 23 (33 %) respondentů. Nejvíce respondentů, 30 (50 %), ohodnotilo edukaci na 2. Známkou 3 ohodnotilo edukaci 7 (17 %) respondentů. Znamky 4 a 5 si nevybral nikdo.

DISKUZE

Na začátku této práce jsem uvedla pět cílů a šest hypotéz, které jsem si stanovila. V této části se zaměřím na jejich zhodnocení. Přes relativně malý vzorek respondentů považuji tento průzkum za ukazatel toho, jak sestry provádějí edukaci a jak ji vnímají pacienti jako příjemci edukace. Uvědomuji si však, že z tohoto vzorku nelze hodnotit jako celek ani nemocnici jednu, natož víc.

K dosažení daných cílů a ověření navržených hypotéz jsem použila dva dotazníky. První pro skupinu sester a druhý pro skupinu pacientů. Odpovědi z obou dotazníků jsem následně vyhodnotila. Vždy jsem si ověřila pravdivost či nepravdivost své hypotézy a na základě toho stanovila, jestli jsem požadovaného cíle dosáhla nebo ne.

Jako **cíl č. 1** jsem si stanovila: „Zjistit kterou edukační metodu sestry využívají nejvíce.“ K tomuto cíli se váže **hypotéza č. 1**: „Předpokládám, že sestry v edukaci nejčastěji používají metodu mluveného slova (slovní metodu)“

Toto jsem si ověřovala v dotazníku sester hlavně otázkou č.8. Hypotéza se mi potvrdila jen částečně. Metodu mluveného slova nejčastěji používá 47 % dotázaných sester. Zároveň v otázce č. 10 uvedlo 48 % sester, že používají edukační materiály oddělení. Proto tuto hypotézu považuji za správnou jen částečně. Cíle se mi podařilo dosáhnout.

Jako **cíl č. 2** mám: „Zjistit nejčastější chyby sester v edukaci.“ Také k tomuto cíli jsem přiřadila hypotézu. **Hypotéza č. 2**: „Předpokládám, že nejčastější chybou v edukaci ze strany sester je časté užívání odborné terminologie.“

Druhý cíl jsem testovala v dotazníku pacientů otázkami č. 6 a č.7, které se týkají srozumitelnosti edukace, a otázka č. 15. Také to, že sestra nedá pacientovi dostatek času na vstřebání nových informací, je chybou. Pacienti měli nejdříve ohodnotit srozumitelnost edukace a potom vybrat faktory pro které byla edukace nesrozumitelná. Nejčastěji pacienti označili používání odborné terminologie, což je jednoznačně chyba edukující sestry. Většina pacientů, a také sester v otázce č. 5, se shodlo, že na edukaci měli dostatek času.

Nejčastější chyba v edukaci tedy je používání odborné terminologie, což potvrzuje hypotézu č. 2. Dále pak přílišná rychlost nejasnosti ve vyjadřování sestry. Nedostatek času ze strany sestry je mezi chybami na posledním místě. Také cíle č. 2 se mi podařilo dosáhnout.

Cíl č. 3 je „Zjistit zda a jak se sestry na edukaci připravují.“ Jako **hypotézu č. 3** jsem stanovila: „Předpokládám, že se sestry na edukaci nepřipravují.“

K otázce připravenosti a přípravy sester na edukaci se vztahují otázky č. 10, 11, 12, 13, 14 a 15 z dotazníku pro sestry. Otázky č. 11, 12 a 13 se ptají přímo na přípravu sester před edukací. Za jakých okolností a jakým způsobem se sestry připravují, odkud čerpají potřebné informace. Otázky č. 10, 14 a 15 se zaměřují na přípravu sester k edukaci při studiu, jestli používají edukační pomůcky a jestli jsou tyto sestry připraveny na méně častou situaci – edukaci cizince. Při vyhodnocování těchto otázek jsem byla příjemně překvapena zjištěním, že kromě 7 % dotázaných sester se ostatní připravují.

Zjistila jsem, že při nové problematice se připravuje 48 % dotázaných sester a 51 % sester si před edukací shrne alespoň hlavní body. Cíle se mi podařilo dosáhnout, ale hypotéza č. 3 se mi nepotvrdila.

Jako další jsem si stanovila **cíl č. 4** „Zjistit spokojenost pacientů s průběhem edukace a přístupem edukující sestry.“ Svá očekávání jsem vyjádřila v **hypotéze č. 4:** „Předpokládám, že pacienti budou s edukací spokojeni v 75 % případů.“

K tomuto problému jsem získala potřebné informace z otázek č. 11, 18, 19, 20 a 21. Otázka č. 21 se dotazuje přímo na spokojenost pacientů s edukací. Pacienti svůj názor vyjádřili známkou jako ve škole od 1 do 5. Otázky č. 11, 18, 19 a 20 se zaměřují na dostatek informací, čas, který sestra pacientům věnovala a její zájem. Spokojenost pacientů s edukací nebyla nijak výrazně ovlivněna (ne)přítomností podpůrného materiálu.

Svou spokojenost 50 % pacientů oznámkovalo za 2. Ostatní pacienti známkovali 1 nebo 3. Horší známka se neobjevila. Svého cíle jsem tedy dosáhla, ale má hypotéza se nepotvrdila, protože známku 1 dalo edukaci „pouze“ 33 % pacientů.

Cíl č. 5 zní: „Zjistit zda a jak jsou do edukace zapojeni blízcí (příbuzní) pacienta.“ **Hypotézu č. 5** jsem formulovala takto: „Předpokládám, že blízký pacienta je do edukace zapojen ve 25 % případů.“

Zapojení blízkých do edukace jsem testovala u obou skupin respondentů. U sester to byla otázka č. 7, u pacientů otázky č. 13 a 14. Sestry v 56 % udávají, že blízké edukují občas. V 5 % neprovádějí edukaci nikdy. Oproti tomu pacienti odpověděli, že jejich blízcí nebyli přítomni u edukace v 55 %. Předpokládám, že tento rozdíl je způsoben rozdílným náhledem na důležitost edukace u obou skupin. Je jasné, že sestra nebude edukaci blízkých provádět v případě přípravy k vyšetření, ale provede ji v případě edukace o nové dietě. Z pacientů, kteří u sebe při edukaci nikoho neměli, by si přítomnost blízké osoby přálo 61 %.

V tomto případě se mi nepodařilo hypotézu potvrdit, protože podle odpovědí pacientů byl blízký člověk při edukaci ve 45 %.

Jako poslední jsem si stanovila **hypotézu č. 6**: „Předpokládám, že ženy mají větší zájem o edukaci než muži.“

Obecně se o své zdraví a tělo zajímá více žen než mužů. Zájem o edukaci projevilo celkem 65 % respondentů. Bylo to 16 mužů a 23 žen. To potvrzuje můj předpoklad, že ženy se budou o edukaci zajímat více než muži. Smutné však je, že mnoho žen pak tyto informace nejen nevyužívá, ale dokonce ignoruje. Tato hypotéza se mi tedy potvrdila.

ZÁVĚR

Teoretická část této práce se zaměřuje na problematiku edukace a komunikace. V praktické části jsem hodnotila informace týkající se edukace od skupiny sester a pacientů. K získání potřebných údajů jsem vypracovala 2 dotazníky (viz. přílohy P I a P II). Tyto jsem pak rozdala po odděleních jedné krajské nemocnice tak, abych obsáhla co nejširší okruh odborností dané nemocnice.

Již několik let se pohybuji ve sféře zdravotnictví, a proto mě některé výsledky v dotazníku nepřekvapily. Ne ty ze strany sester. Edukace je stále jakoby na okraji našeho profesního zájmu. Toto se mi také potvrdilo, když jsem hledala možnosti dalších aktivit v oblasti edukace. Pokud jde o edukaci na určité téma (např. diabetes mellitus) není problém ji najít. Pokud, ale hledáte aktivity, které by sestřám poradily jak edukovat pacienty možnosti se značně zmenší. Nehledě na to, že sestry raději investují do „odborného“ semináře. Prvním krokem ke zlepšení je už to, že si sestry potřebu rozšíření svých schopností v edukaci uvědomují. Já doufám, že jsem je svou prací k němu taky trochu postrčila.

Jak jsem napsala už dříve, potěšilo mě, že se sestry na edukaci připravují a upřednostňují ji před jinými činnostmi. Otázkou je nakolik sestry odpovídaly pravdivě a kolik jich odpovídalo „na efekt“.

Zajímavé pro mě bylo vyhodnocovat dotazníky pacientů, protože zatím jsem vždy stála na opačné straně, tedy edukovala. Teprve při tvorbě své bakalářské práce jsem si uvědomila, jak může někdy edukace na pacienta působit. To, co nám připadá známé a běžné, je pro nově hospitalizovaného člověka většinou nové. Ne vždy je pacient schopný ochotný se nám při edukaci plně věnovat. A ne vždy probíhá edukace tak, aby byla nemocnému srozumitelná.

Proto bych chtěla, aby si sestry, které budou číst tuto práci uvědomily, že některý nemocný nemusí edukaci vždy pochopit a je potřeba se mu věnovat déle a více. Snad v ní najdou něco, co je bude v jejich práci a edukaci motivovat.

Na závěr bych ráda napsala citát, který jsem našla právě na stránkách semináře o edukaci, a který mě upoutal svou pravdivostí.

„Lidé žádají v motlitbách od bohů zdraví, ale že sami v sobě mají nad ním moc, nevědí.“

Demokritos ^[12]

CÍLE A HYPOTÉZY STANOVENÉ V ÚVODU:

Ve své práci jsem **dosáhla všech cílů**, které jsem si v úvodu stanovila.

Hypotéza č. 1: „Předpokládám, že sestry v edukaci nejčastěji používají metodu mluveného slova (slovní)“ – **se potvrdila částečně.**

Hypotéza č. 2: „Předpokládám, že nejčastější chybou v edukaci ze strany sester je časté užívání odborné terminologie.“ – **se potvrdila.**

Hypotéza č. 3: „Předpokládám, že se sestry na edukaci nepřipravují.“ – **se nepotvrdila.**

Hypotéza č. 4: „Předpokládám, že pacienti budou s edukací spokojeni v 75 % případů.“ – **se nepotvrdila.**

Hypotéza č. 5: „Předpokládám, že blízký pacienta je do edukace zapojen ve 25 % případů.“ – **se nepotvrdila.**

Hypotéza č. 6: „Předpokládám, že ženy mají větší zájem o edukaci než muži.“ – **se potvrdila.**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] BASTL, Pavel, ŠVEC, Vlastimil. *Zdravotník lektorem*. Brno : IDVPZ, 1997. 122 s. ISBN 8070132515.
- [2] HANZLÍKOVÁ, Alžbeta, et al. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2004. 280 s. ISBN 80-8063-155-7.
- [3] JOBÁNKOVÁ, Marta, et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDVPZ, 2000, 203 s. ISBN 80-7013-365-1
- [4] KRÁTKÁ, Anna, GAJZLEROVÁ, Gabriela, KŘEMENOVÁ, Jana, et al. *Speciální příprava mentorů odborné praxe studentů*. Zlín : UTB, 2006. 86 s. ISBN 80-7318-459
- [5] KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin : Osveta, 1995. 840 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [6] PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. Praha : Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
- [7] ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [8] ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2004. 117 s. ISBN 80-8063-193-X

Internet:

- [9] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pečující on-line* [online]. 2003 [cit. 2007-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.pecujici.cz/priruckyonline-detail.shtml?x=1430003>>.
- [10] VLČKOVÁ, Kateřina, POSPÍŠIL, Radek. *Moderní pedagogika. Elportál: portál Masarykovy univerzity* [online]. 2006 [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/elportal/estud/lf/ps05/mpmp071/edukacni_cile.doc>. ISSN 1802-128X.
- [11] PELMEL. *Citáty jen tak* [online]. 2007 [cit. 2007-05-10]. Dostupný z WWW: <<http://citaty.pelmel.info/citaty/c13-uceni-se>>.

- [12] *Osobnostní a komunikační semináře* [online]. 2007 [cit. 2007-05-28]. Dostupný z WWW: <http://www.hartmannakademie.cz/?acc=seminar_view&load=231>.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 Kolik je Vám let?.....	33
Graf 2 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.....	34
Graf 3 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	35
Graf 4 Jak dlouho pracujete jako sestra u lůžka?.....	36
Graf 5 Máte na edukaci dostatek času?.....	37
Graf 6 Nejčastější oblasti edukace	38
Graf 7 Edukace blízkých pacienta	39
Graf 8 Nejčastěji používané edukační metody	40
Graf 9 Upřednostňovaný typ edukace.....	41
Graf 10 Nejčastější edukační pomůcky	42
Graf 11 Zdroje informací	43
Graf 12 Příprava na edukaci	44
Graf 13 Kdy se na edukaci připravujete.....	45
Graf 14 Edukace cizince nehovořícího česky	46
Graf 15 Jak jsou sestry připravovány na edukaci při studiu?.....	47
Graf 16 Víтанost dalších vzdělávacích aktivit v edukaci.....	48
Graf 17 Využití času	49
Graf 18 Hodnocení efektivity edukace	50
Graf 19 Pohlaví respondentů	51
Graf 20 Věk respondentů	52
Graf 21 Kdo provedl edukaci.....	53
Graf 22 Znal/a jste důvod edukace	54
Graf 23 Zájem o seznámení s danou problematikou	55
Graf 24 Srozumitelnost	56
Graf 25 Důvod nesrozumitelnosti.....	57
Graf 26 Poskytnutí podpůrného materiálu předem	58
Graf 27 Dostatek času pro prostudování materiálu.....	59
Graf 28 Víтанost podpůrného materiálu u pacientů, kterým nebyl poskytnut	60
Graf 29 Subjektivní hodnocení dostatku informací	61
Graf 30 Potřeba dalších informací	62
Graf 31 Přítomnost blízkého.....	63

Graf 32 Vítanost přítomnosti blízké osoby.....	64
Graf 33 Dostatek času pro vstřebání informací	65
Graf 34 Prostor pro dotazy.....	66
Graf 35 Možnost procvičení	67
Graf 36 Věnovala Vám sestra dostatek času.....	68
Graf 37 Zajímala se sestra, zda dané problematice opravdu rozumíte?.....	69
Graf 38 Následné dovysvětlení	70
Graf 39 Spokojenost s edukací	71

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Kolik je Vám let?.....	33
Tab. 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	34
Tab. 3 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	35
Tab. 4 Jak dlouho pracujete jako sestra u lůžka?.....	36
Tab. 5 Máte na edukaci dostatek času?.....	37
Tab. 6 Nejčastější oblasti edukace	38
Tab. 7 Edukace blízkých pacienta.....	39
Tab. 8 Nejčastěji používané edukační metody.....	40
Tab. 9 Upřednostňovaný typ edukace	41
Tab. 10 Nejčastější edukační pomůcky.....	42
Tab. 11 Zdroje informací	43
Tab. 12 Příprava na edukaci.....	44
Tab. 13 Kdy se na edukaci připravujete.....	45
Tab. 14 Edukace cizince nehovořícího česky	46
Tab. 15 Jak jsou sestry připravovány na edukaci při studiu?.....	47
Tab. 16 Víтанost dalších vzdělávacích aktivit v edukaci.....	48
Tab. 17 Využití času	49
Tab. 18 Hodnocení efektivity edukace	50
Tab. 19 Pohlaví respondentů	51
Tab. 20 Věk respondentů	52
Tab. 21 Kdo provedl edukaci.....	53
Tab. 22 Znal/a jste důvod edukace	54
Tab. 23 Zájem o seznámení s danou problematikou.....	55
Tab. 24 Srozumitelnost	56
Tab. 25 Důvod nesrozumitelnosti	57
Tab. 26 Poskytnutí podpůrného materiálu předem	58
Tab. 27 Dostatek času pro prostudování materiálu.....	59
Tab. 28 Víتانost podpůrného materiálu u pacientů, kterým nebyl poskytnut	60
Tab. 29 Subjektivní hodnocení dostatku informací	61
Tab. 30 Potřeba dalších informací	62
Tab. 31 Přítomnost blízkého.....	63

Tab. 32 Víтанost přítomnosti blízké osoby	64
Tab. 33 Dostatek času pro vstřebání informací	65
Tab. 34 Prostor pro dotazy	66
Tab. 35 Možnost procvičení	67
Tab. 36 Věnovala Vám sestra dostatek času	68
Tab. 37 Zajímala se sestra, zda dané problematice opravdu rozumíte?	69
Tab. 38 Následné dovysvětlení	70
Tab. 39 Spokojenost a edukací	71

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník pro sestry

P II Dotazník pro pacienty

P III Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P I DOTAZNÍK PRO SESTRY

Dobrý den.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma Sestra v roli edukátora.

Dotazník je anonymní a nebudou v něm žádné otázky, které by Vás nějak prozradily. Prosím Vás o co nejpravdivější odpovědi, aby mohly být použity pro další práci.

Děkuji za spolupráci.

Mňáčková Marie

Vybranou odpověď, prosím, označte křížkem.

Není-li uvedeno jinak označte vždy jen jednu odpověď.

1. Kolik je Vám let?

.....

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VOŠZ
- VŠ

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- Do 1 roku
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 20 a více let

4. Kolik z toho jako sestra u lůžka?

- Do 1 roku
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 20 a více let

5. Máte na edukaci dostatek času?

- Ano
- Celkem ano
- Ani ne
- Ne

6. V jaké oblasti provádíte edukaci nejčastěji?

(označte všechny možnosti, které Vám vyhovují)

- Dieta
- Režimové opatření
- Před operací
- Před vyšetřením
- Nácvik pooperační péče
- Nácvik aktivity (aplikace inzulínu)
- Jiné

7. Edukujete i blízké pacienta?

- Ano, vždy
- Ano, na požádání
- Ano, občas
- Ne

8. Jaké edukační metody nejčastěji používáte?

- Mluvené slovo
- Psané slovo
- Praktické

9. Jakému typu edukaci dáváte přednost?

- Individuální
- Skupinové

10. Jaké edukační pomůcky nejčastěji používáte?

(označte všechny možnosti, které Vám vyhovují)

- Komerční letáky, brožury
- Materiály připravené oddělením
- Žádné
- Jiné

11. Kde získáváte informace potřebné k edukaci?

(označte všechny možnosti které Vám vyhovují)

- Ze standardů oš. péče
- Materiály oddělení
- Internet
- Vlastní zdroje

12. Jak se na edukaci připravujete?

- Vůbec
- Zběžně, improvizuji
- V duchu si shrnu hlavní body
- Napíšu si stručnou osnovu
- Použiji materiály oddělení, které znám

13. Na edukaci se připravujete:

- Vždy
- Pokud jsem edukaci již déle neprováděla
- Jen při nové problematice
- Občas
- Nikdy

14. Jak postupujete při edukaci pacienta který nehovoří česky?

- Pokud znám jazyk provedu edukaci sama
- Počkám na kolegyni která zná jazyk
- Požádám o pomoc třetí osobu (tlumočnick, rodina, lékař, jiný pracovník)
- Edukaci neprovádím

15. Jak jsou sestry připravovány na edukaci při studiu?

- Velmi dobře
- Dobře
- Průměrně
- Podprůměrně
- Vůbec

16. Uvítala byste vzdělávací aktivity v edukaci pacientů?

- Ano
- Ne

17. Pokud máte odpoledne na službě čas využijete ho k:
Seřad'te podle priority

- Dopisování dokumentace
- Doplnování materiálu
- Edukaci pacientů
- Rozhovoru s pacienty
- Rozhovoru s kolegyní
- Jiné

18. Hodnotíte zpětně efektivitu Vaší edukace?

- Vždy
- Téměř vždy
- Občas
- Nikdy

Děkuji za vyplnění dotazníku a za Váš čas, který jste tomu věnovali.

PŘÍLOHA P II DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Dobrý den.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma Sestra v roli edukátora. Dotazník se zaměřuje na edukaci což je poučení o určité problematice. Ve Vašem případě se edukace mohla týkat například přípravy na vyšetření či operaci, dietních či pohybových opatření nebo změny v životním stylu.

Dotazník je anonymní a nebudou v něm žádné otázky, které by Vás nějak prozradily.

Prosím Vás o co nejpravdivější odpovědi, aby mohly být použity pro další práci.

Děkuji za spolupráci.

Mňáčková Marie

Vybranou odpověď, prosím, označte křížkem.

Není-li uvedeno jinak označte vždy jen jednu odpověď.

1. Jste:

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

.....

3. Kdo Vás u Vás provedl edukaci?

- Lékař
- Sestra
- Nikdo
- Nepamatuji se

4. Znal/a jste důvod edukace?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji se

5. Měl/a jste zájem o seznámení s danou problematikou

- Ano
- Ne

6. Bylo pro Vás vše srozumitelné?

1 – nesrozumitelné

10 – vše srozumitelné

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Pokud ne, proč?

(označte všechny možnosti, které Vám vyhovují)

- Příliš odborné
- Příliš rychlé
- Sestra mluvila nesrozumitelně (nejasně)
- Jiné

8. Poskytla Vám sestra předem nějaký podpůrný materiál?

(označte všechny možnosti, které Vám vyhovují)

- Ano (na otázku č. 10 neodpovídejte)
- Leták
- Brožura
- Soupis diety
- Jiný text k problematice
- Jiné
- Ne (na otázku č. 9 neodpovídejte)

9. Měl/a jste podpůrný materiál dostatečně dlouho pro jeho dobré prostudování?

- Ano
- Celkem ano
- Ne

10. Pokud ne, uvítal/a byste podpůrný materiál?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Měl/a jste pocit dostatku informací?

- Ano
- Celkem ano
- Ne

12. Hledal/a jste si další informace k dané problematice?

(označte všechny možnosti, které Vám vyhovují)

- Ano, na internetu
- Ano, v odborné literatuře
- Ano, od rodiny, přátel, známých nebo spolupacientů
- Ne, nechtělo se mi
- Ne, nepotřeboval/a jsem

13. Byl u edukace přítomen někdo z Vašich blízkých?

- Ano (na otázku č. 14 neodpovídejte)
- Ne

14. Pokud ne, uvítal/a byste jeho/jejich přítomnost?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Měl/a jste dostatek času na vstřebání informací?

- Ano
- Celkem ano
- Ne
- Nevím

16. Měl/a jste prostor pro své dotazy?

- Ano
- Celkem ano
- Ne
- Nevím

17. Pokud edukace spočívala v nácviu nějaké dovednosti, měl/a jste možnost si ji vyzkoušet?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji se
- Nespočívala

18. Věnovala Vám sestra dostatek času?

- Ano
- Celkem ano
- Ne

19. Zajímala se sestra, zda dané problematice opravdu rozumíte?

- Ano
- Celkem ano
- Ne

20. Vysvětlila Vám sestra to, čemu jste nerozuměl/a?

- Ano
- Celkem ano
- Ne

21. Jak jste byl/a spokojen/a s průběhem edukace?

(Prosím oznámkujte jako ve škole)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Děkuji za vyplnění dotazníku a za Váš čas, který jste tomu věnovali.

PŘÍLOHA P III ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut
Ústav zdravotnických studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	MNÁČKOVÁ MARIE
Téma bakalářské práce	SESTRA V ROLI EDUKÁTORA
Skupina respondentů	VŠEOBECNĚ SESTRY; KLIENTI
Pracoviště	KRAJKA NEMOCNICE TOMÁŠE BATI, A.S.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 27. 11. 2006

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut
Ústav zdravotnických studií
Mostní 5139, 760 01 Zlín

doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc.
ředitel ústavu

Bc. M. Hejtmánková
nám. ošetrovatelství vše
Krajka nemocnice T. Bati a.s.
Zlín

Razítko a podpis zástupce zařízení

tel.: +420 577 008 137

fax: +420 577 008 137

e-mail: sekretariat.uzs@szsvszlin.cz

korespondenční adresa: Pílluky 372, 760 01 Zlín