

# **Příprava edukačních materiálů pro účely interního oddělení**

Zuzana Slavíková

---

Bakalářská práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana SLAVÍKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Příprava edukačních materiálů pro účely interního oddělení**

Zásady pro vypracování:

**Teoretická část se zabývá historií edukační činnosti, zásadami a tvořením edukačních materiálů. Pro účely bakalářské práce je vybráno 5 onemocnění (osteoporóza, anémie, astma bronchiale, pankreatitída a přístroj pacemaker), které budou zpracovány a na které bude vytvořen edukační materiál.**

**Praktická část se zaměřuje na průzkum kvality poskytovaných informací klientům se zmíněnými nemocemi, formou kvantitativního výzkumu. Na základě šetření se sestaví edukační materiál, který se odprezentuje jednotlivým nemocným, kterých se daná nemoc týká. Kvalitu edukačního materiálů (informačního letáku) zhodnotí klient prostřednictvím dotazníku.**

**Vytvořené edukační materiály budou nabídnuty Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. Ve Zlíně.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. PRŮCHA, J. Moderní pedagogika. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBNá80-7178-631-4.
2. BASTL, P., ŠVEC, V. Zdravotník lektorem. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 122 s. ISBNá80-7013-251-5.
3. MALACH, J. Pedagogika jako obecná teorie edukace. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. 132 s. ISBNá978-80-7368-291-0.
4. CINDLEROVÁ, I. Edukační systémy a praxe vybraných zemí: Istudijní materiály pro distanční kurz ...I. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2004. 52 s. ISBNá80-7042-985-2.
5. PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 92 s. ISBNá80-244-0879-1.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

**4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
děkan



Mgr. Jitka Laholová  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....1.6.2010.....

.....Slavíček!.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá edukací, jejími zásadami, cíli, způsoby, její důležitostí, principy a edukačním procesem. Práce specifikuje edukaci ve zdravotnictví, popisuje důležitost informovanosti pacientů o jejich onemocnění a pravidla podávání informací nemocným. Dále se práce zabývá mírou informovanosti pacientů o jejich chorobě. Předmětem výzkumu jsou pacienti s astma bronchiale, osteoporózou, pankreatitidou, anémií a klienti s pacemakerem. Práce se také snaží zjistit způsob edukace, který by pacientům nejvíce vyhovoval a motivoval je k získávání dalších informací o svém onemocnění. Přínosem práce je vytvoření vhodného edukačního materiálu pro potřeby nemocničního zařízení. Tyto materiály mají sloužit k jednoduché a účelné edukaci pacientů. Současně si tyto materiály pacienti mohou odnést s sebou do domácího prostředí. Výsledné produkty této práce mohou zvýšit povědomí pacientů o jejich chorobě, informovat je o prevenci komplikací choroby a pomoci jim v akutních stavech.

**Klíčová slova:** edukace, edukant, edukátor, informovanost, kardiostimulátor, astma bronchiale, osteoporóza, pankreatitida a anémie.

## **ABSTRACT**

This thesis is focused on education, its principles, goals, forms, its importance and the process of education itself. The work specifies in education in health service, describes the importance of notifying patients about their diseases and the rules of providing information to patients.

The work also deals with the level of patients awareness about their illnesses. Subjects of the survey are patients with asthma bronchiale, osteoporosis, pancreatitis, anemia and clients with pacemaker. The thesis is also trying to find out the most suitable way of patients education, which would motivate them in obtaining additional information about their diseases.

The benefit of this work is in creation useful educational material for the needs of hospital. These materials are intended for simple and effective education of patients. At the same time patients can take these materials with them into the home environment. The resulting outputs of this work can increase the awareness of patients about their disease and inform

them about the prevention of complications of the disease and help them in acute conditions.

**Keywords:** education, awareness, pacemaker, asthma bronchiale, osteoporosis, pancreatitis, anemia

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové Ph. D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickému zařízení – nemocnici, zejména interním oddělením, za umožnění dotazníkového šetření.

*„Učte se, jako byste se hnali za někým, koho nemůžete dohonit, a jako by to byl někdo, koho nechcete ztratit.“*

**K**onfucius



# OBSAH

<b>1</b>	<b>EDUKACE</b> .....	<b>13</b>
1.1	EDUKAČNÍ PROCESY .....	14
1.2	EDUKAČNÍ PROSTŘEDÍ.....	15
1.2.1	<i>Faktory ovlivňující učení (vytvářející prostředí)</i> .....	15
1.2.2	<i>Základní druhy edukačního prostředí v lidské společnosti</i> .....	15
1.3	ZNAKY EDUKACE.....	16
1.4	ZÁSADY EDUKACE.....	17
1.5	CÍLE EDUKACE.....	19
1.5.1	<i>Složky výchovy</i> .....	20
1.5.2	<i>Prostředky edukace</i> .....	21
1.5.3	<i>Výsledky edukace</i> .....	22
1.6	EDUKÁTOR .....	22
1.7	EDUKANT .....	24
<b>2</b>	<b>EDUKACE JAKO SOUČÁST ZDRAVOTNICKÉ PROFESE</b> .....	<b>25</b>
2.1	ZÁKLADNÍ PRINCIPY .....	26
2.2	PRAVIDLA PODÁVÁNÍ INFORMACÍ NEMOCNÝM .....	27
2.3	FAKTORY MAJÍCÍ VLIV NA EDUKACI.....	28
2.4	EDUKAČNÍ PROCES .....	29
2.5	PLÁNOVÁNÍ EDUKAČNÍHO KURZU.....	30
2.5.1	<i>Posouzení výuky</i> .....	33
2.6	NEJČASTĚJŠÍ CHYBY V EDUKACI.....	33
2.7	EDUKACE SENIORŮ .....	34
<b>3</b>	<b>PATOFYZIOLOGIE A EDUKACE ZVOLENÝCH ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>38</b>
3.1	KARDIOSTIMULACE .....	38
3.1.1	<i>Implantace kardiostimulátoru</i> .....	39
3.1.2	<i>Způsoby dočasné kardiostimulace</i> .....	40
3.1.3	<i>Edukace klienta s implantovaným kardiostimulátorem</i> .....	41
3.2	ASTMA BRONCHIALE .....	43
3.2.1	<i>Organizace a společnosti zabývající se problematikou astma bronchiale</i> .....	44
3.2.2	<i>Edukace klienta s astmatem</i> .....	45
3.3	OSTEOPORÓZA.....	46
3.3.1	<i>Edukace klienta s osteoporózou</i> .....	49

3.4	PANKREATITIDA .....	50
3.4.1	<i>Akutní pankreatitida</i> .....	50
3.4.2	<i>Chronická pankreatitida</i> .....	52
3.4.3	<i>Edukace klienta s pankreatitidou</i> .....	53
3.5	ANÉMIE .....	54
3.5.1	<i>Sideropenická anémie</i> .....	55
3.5.2	<i>Megaloblastické anémie</i> .....	56
3.5.3	<i>Hemolytické anémie</i> .....	57
3.5.4	<i>Edukace klienta s anémií</i> .....	58
<b>4</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>60</b>
4.1	STANOVENÍ CÍLŮ .....	60
4.2	DEFINOVÁNÍ VÝZKUMNÉHO VZORCE .....	61
4.3	DEFINOVÁNÍ METODIKY VÝZKUMU.....	61
4.4	ORGANIZACE VÝZKUMU A URČENÍ PRIORITY .....	62
4.5	INTERPRETACE A ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	63
<b>5</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>84</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>92</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>93</b>
	PŘÍLOHA Č. 1: FORMULÁŘ ZÁZNAMU EDUKACE.....	94
	PŘÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK .....	97
	PŘÍLOHA Č. 3: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ .....	101
	PŘÍLOHA Č. 4: FOTOGRAFIE Z PREZENTACE OSTEOPORÓZY .....	102

## ÚVOD

Téma „Příprava edukačních materiálů pro účely interního oddělení“ jsem si vybrala proto, že se často v nemocnicích setkávám s pacienty, kteří se vyptávají na základní informace o svém onemocnění. Jsou to většinou informace, které by měli vědět. Nedostatečná informovanost pacienta může zapříčinit náhlé nebo pozvolné zhoršování stavu, na jehož vzniku se podílí sám nemocný. Stává se, že když se pacientovi v domácím prostředí přihodí nějaká akutní komplikace, často je vyděšený a neumí si sám pomoci. Zastávám názor, že člověk, který je nucen dlouhodobě žít s nějakým onemocněním by měl znát jeho příčiny, příznaky, komplikace a prevenci akutních komplikací, aby předčasně nedocházelo ke zhoršování jeho nemoci.

Vytvořením vhodného edukačního materiálu by se mohla zlepšit informovanost pacientů a dobrá informovanost zase přispět ke snížení počtu dekompenzovaných pacientů, kteří končí na nemocničním lůžku. Za tímto účelem jsem si zvolila 5 onemocnění, která se v populaci často vyskytují. Jedná se o problematiku spojenou s kardiostimulátorem, astma bronchiale, osteoporózou, pankreatitidou a anémií. Ke zlepšení informovanosti pacientů s těmito onemocněními bych chtěla přispět vytvořenými edukačními materiály.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 EDUKACE

Existuje mnoho publikací, které definují edukaci různými způsoby. Vybrala jsem si 2 autory, kteří se edukací zabývají.

*„Pojmem edukace se rozumí souhrn působení (činností) sloužících k formování (rozvíjení a změnám) životních způsobilostí (kompetencí) člověka.“*

*„Souhrnem působení (vlivů) označujeme jak vlivy vědomé či nevědomé, institucionální i individuální, systematické nebo nesystematické, záměrné či nahodilé. Systematické působení a plánovité působení se uskutečňuje např. ve škole. Nesystematické a nahodilé působení zaznamenáváme např. v interakcích vrstevníků, vlivech kultury i literárních dílech.“*

*„Životní způsobilosti (kompetence) člověka se mohou týkat mnoha oblastí jeho fungování: intelektuálního, emocionálního, interpersonálního, motivačního, fyzického aj. Ke snížení míry obecnosti tohoto rozvoje jedince jsou ve vědách o edukaci používány pojmy výchova a vzdělávání.“*

*„Výchova se liší od vzdělávání tím, že se více zaměřuje na osobnost jedince, na jeho potřeby, emoce, motivace, vztahy mezi lidmi, zatímco vzdělávání se týká především poznávací sféry lidské psychiky.“ (Malach, J., 2007, s. 45)*

Jiná literatura pojem edukace vysvětluje tímto způsobem: *„Edukace je souhrnně tradiční pojem výchovy a vzdělávání. Používat tento termín je vhodnější i vzhledem k mezinárodnímu úzu jako ekvivalent anglického termínu „education“.“ (Průcha, J., 2002, s. 60)*

Ve spojitosti s edukací se vymezují 2 pojmy, které nám určují název osob podávajících informace o problému, zvaného edukátor a příjemce poskytnutých informací, označovaného jako edukant.

*„Edukantem můžeme označovat různé subjekty edukačních procesů bez ohledu na věk či typ prostředí. Řadí se mezi ně žák v předškolním i školním věku, student vysoké i vyšší školy, učeň, účastník profesního školení, jazykového kurzu, dítě poučované rodičem, pacient instruovaný lékařem či zdravotními sestrami atd.“*

*„Edukátorem je učitel, lektor, instruktor, vychovatel, konzultant, poradenský pracovník, trenér, školitel a všechny další osoby, které nějakým způsobem vyučují, poučují nebo instruují jiné lidské subjekty.“ (Průcha, J., 2002, s. 61)*

## 1.1 Edukační procesy

Edukační proces je nerozlučně spojen s lidským životem a bytím. Tento termín se může zdát nejasným a příliš složitým, nicméně se jedná o rutinní učení a osvojování si nových věcí každodenního života. Začíná se uplatňovat již při našem narození a provází nás celým naším životem až do jeho ukončení. Jako příklad by se dalo uvést učení se mluvit, osvojení si stolovacích návyků, kdy nám rodiče či jiný příbuzný říká, jakým způsobem bychom měli držet příbor a pokud nám to nejde, ukáže nám to, učení se cizím jazykům, osvojování si českého pravopisu a učení se postupům při vaření, zahradničení, řemeslnictví, ošetřování apod.

Přesná definice tohoto pojmu zní: „*Edukační proces je jakákoli činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje (vyučuje) nebo nějaký subjekt se učí.*“ (Průcha, J., 2002, s. 69)

Učení se rozlišuje do 3 typů podle míry intencionality (záměrnosti). **Edukační procesy typu (A)** jsou procesy při nichž dochází k **bezděčnému (spontánnímu) učení**. Subjekt si učení neuvědomuje, např. při sledování televizního programu, četbě novin či knihy, poslouchání rozhovoru (diskusi) druhých osob.

**Edukační procesy typu (B)** jsou takové, ve kterých uplatňujeme **intencionální (záměrné) učení**. Tento typ je vědomý, kdy využíváme vnitřní i vnější prostředky a dispozice. Subjekt má záměr osvojit si nové poznatky, např. při samostudiu probírané látky ve škole, naučení se postupům práce s technickými přístroji či zacházení s mobilním telefonem.

**Edukační procesy typu (C)** obsahují **řízené učení**, což znamená, že do našeho učení někdo z vnějšku zasahuje impulsy, podněty a tím učení reguluje a organizuje. Je to např. studium ve škole, řízení motorového vozidla a nebo nácvik praktických dovedností.

V edukaci se uplatňují edukační procesy typu B a C [13, 18].

Existují 3 základní rozdělení účelové učební činnosti. Řadí se mezi ně učení formální, neformální a informální.

**Formálním učením** se zabývají vzdělávací instituce, odkud si subjekt odnáší a získává certifikát a uznávanou kvalifikaci.

**Neformální učení** nevede k získání uznávaného certifikátu, ale probíhá v hlavních vzdělávacích systémech jako jsou organizace nebo občanská sdružení.

**Informální učení** se děje v každodenním životě člověka. Toto učení není vědomé oproti předchozím dvěma [13].

## 1.2 Edukační prostředí

Edukační prostředí je jeden z důležitých elementů nutných pro efektivní učení. Je důležité pro zlepšení a větší zaměření naší pozornosti na učenou látku. Umožňuje nám rychlejší zapamatování, vštípení a uchování v paměti. Základy položil již J. A. Komenský ve svém díle Velká Didaktika, ve kterém si uvědomuje, že prostředí žáka může ovlivňovat buď negativním či pozitivním způsobem.

*„Učební prostředí je vytvářeno všemi fyzikálně-senzorickými elementy, jako je osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek aj., které charakterizují místo, v němž se má žák učit.“* (Průcha, J., 2002, s. 63)

Edukační prostředí se dělí podle typu subjektů, zda se jedná o edukanta či edukátora, a také na tom má svůj podíl prostředí, v němž dochází k samotnému procesu.

### 1.2.1 Faktory ovlivňující učení (vytvářející prostředí)

Základní dělení faktorů ovlivňujících učení je na vnější a vnitřní. Mezi **vnější** se řadí okolí s ekonomickými, kulturními, sociálními a etnickými charakteristikami. **Vnitřní** faktory rozlišujeme na fyzikální a psychosociální vlivy. **Fyzikální** vlivy zahrnují stavební uspořádání objektu, osvětlení, barvy, přítomnost vzduchu (vyvětraná nebo nevyvětraná místnost). **Psychosociální** vlivy se dále dělí na statické a proměnlivé. *Statické* faktory se dají nazvat jako učební klima zahrnující vztah mezi edukantem a edukátorem (rodič a dítě, učitel a žák). *Proměnliví* činitelé jsou takoví činitelé, kteří působí krátkou dobu a mají vliv na charakter a obsah komunikace mezi jednotlivými účastníky procesu.

### 1.2.2 Základní druhy edukačního prostředí v lidské společnosti

Prostředí v nichž dochází k učení se rozlišuje podle druhu účastníků. Rodiče, děti, sourozenci a nejbližší příbuzní vytvářejí prostředí **rodinné**. Ve **školním** zařízení dochází ke vztahu mezi učitelem, žákem a spolužáky. Každý jedinec si ve svém životě zvolí cestu, kterou by se chtěl dál profesně ubírat. Zaměstnanci, vztahy mezi nadřízenými a podřízenými pracovníky vytvářejí prostředí **pracovní**. V každém profesním odvětví se vytváří učební

prostředí. Jedná se o **vojenské, zdravotní, sportovní, kulturní, sociální, politické** nebo i **náboženské** prostředí. Soukromí každého jednotlivce, ať se jedná buď o přátelské nebo o partnerské vztahy, způsobuje utvoření **intimního** klimatu.

Globálně by se dalo rozdělit edukační prostředí na skupinové formální a neformální. **Neformální** skupinu tvoří členové turistického zájezdu, parta, cestující ve veřejných prostředcích, nakupující v obchodních domech apod. **Formální** skupiny jsou rázu vědecké asociace, členů spolků a komunity.

Podle tohoto rozdělení se mohla pedagogika dále zaobírat a zaměřit se jen jedním směrem. Rozdělila se na pedagogiku inženýrskou, ekonomickou, zdravotnickou, vojenskou, sportovní, speciální, náboženskou a politickou [18].

### 1.3 Znaky edukace

Jako každý termín má i edukace své hlavní zásady, znaky, cíle i požadavky. V této kapitole se budu zabývat hlavními znaky edukace, abychom mohli lépe pochopit její podstatu, důležitost a potřebnost ve všedním i profesním životě.

Mezi znaky edukace se řadí permanentnost, komplexnost, univerzálnost a multifaktorová podmíněnost výsledků výchovy.

**Permanentnost** znamená potřebu člověka celoživotně se vzdělávat, např. univerzity třetího věku i mnoho univerzit v České republice nabízí studijní programy a obory, které mají status celoživotního vzdělávání.

**Komplexností** se označuje připravenost jedince pro každodenní život. Jak jsem se zmínila již výše, máme různé druhy prostředí, které jedince ovlivňují, a proto se zahrnují do souborného komplexu každodenního života lidské populace. Patří sem připravenost pro život ve společnosti, na vykonávání rodičovských rolí, pro politické a kulturní cítění, na zaměstnání aj.

**Univerzálnost** se dělí do dvou okruhů. *První* obsahuje vzdělávání a výchovu každého *jedince* a zároveň vyjadřuje, že žádná jiná bytost ani instituce nemá právo jedinci zabraňovat v rozvoji jeho osobnosti a dovedností. *Druhá* oblast se týká *institucí*. Obsahuje požadavky, aby instituce měly zájem na vzdělávání jedinců. Institucemi je myšlena rodina, škola, region, kraj, stát i mezinárodní seskupení.



**Multifaktorová podmíněnost výsledků výchovy** pohlíží na edukaci jednotlivců komplexně ze všech oblastí. Lidská bytost je individuální celek, a proto je důležité na ni pohlížet ze všech stran a směrů [13].

#### 1.4 Zásady edukace

*„Pedagogické zásady můžeme definovat jako obecné požadavky na cíle i průběh edukačního procesu, při jejichž naplňování a respektování můžeme s větší pravděpodobností a efektivněji dosáhnout zamýšlených výchovných cílů.“* (Malach, J., 2007, s. 79)

**Zásada cílevědomosti** popisuje cílevědomé požadavky na subjekt podstupující edukační proces. Každý subjekt by měl znát záměr (cíl) vzdělávacího aktu a přijmout stanovené cíle za své vlastní. Například zdravotník edukující pacienta o výživě při anémii by si měl dát dva cíle, a to, aby pacient pochopil, proč je nutné tyto zásady dodržovat a následně byl motivován.

**Zásada aktivity** se zaměřuje na aktivní podílení edukanta na výchově a vzdělávání. Zapojení člověka do interakce a nacvičování si vlastních metod a postupů není jen mnohem zábavnější, ale hlavně poučnější, při nichž si aktivní člen lépe zapamatuje a vybaví naučené vědomosti, jelikož je bude mít spojené s aktivní činností. Zabývají se tím metody hraní rolí, skupinového řešení problémů, manažerské nebo rozhodovací hry. I tyto činnosti se dají využít při edukaci pacientů. Když budeme edukovat klienta s osteoporózou o vhodných cvicích a přiměřené fyzické aktivitě, nejdříve by si měl pacient tyto cviky vyzkoušet se zdravotnickým pracovníkem a poté sám. Nejlepší by bylo, kdyby si klient dané cviky zakreslil nebo napsal jejich správný postup.

**Zásada soustavnosti** znamená připravenost vzdělávacích a výchovných metod a plánů. Již na základní škole byla výuka formována podle vyučovacích hodin, které se postupem času znásobovaly. V 1. třídě má žák maximálně 5 vyučovacích hodin, kdežto v 9. třídě jich má 8 až 9. Toto rozdělení je dáno dle parametrů a požadavků kladených na žáka školními osnovami, to jsou tedy ty plány, které si musí každá instituce stanovovat. Jinak tomu není ani u edukace pacientů, kdy si musíme stanovit určitý plán edukace a podle něho postupovat. Např. každý zdravotník by se měl předem na edukaci připravit a informace pro pacienta si rozložit do více částí s časovým odstupem tak, aby nemocného nezahltit velkým množstvím informací, které si klient nemůže najednou zapamatovat.

**Zásada názornosti** podle J. Malacha je popisována tímto způsobem: „V didaktické rovině je zásada názornosti naplňována používáním škály materiálních didaktických prostředků pro dosažení zprostředkovaného názoru, nebo také exkurzemi, praxemi, stážemi, stínováním v reálných ekonomických, přírodních a sociálních podmínkách k zajištění přímého názoru.“ (Malach, J., 2007, s. 81)

Autor tím myslí zprostředkování a okopírování vzorce chování od rodičů. Dnešní moderní doba je velmi uspěchaná, převažuje honba za penězi, bez kterých se určitě žít nedá, ale zapomínáme na své potomky a dáváme jim špatný vzor ve vytváření si morálních hodnot.

**Zásada trvalosti** se snaží zajistit co nejdelší uchování a zapamatování si nových poznatků. Nejlépe si člověk pamatuje věci, které sám konal a vytvářel. Tato metoda by se měla v praxi co nejvíce využívat. Je zde také velká snaha zabránit zapomínání tím, že se vytvoří příjemné prostředí a navodí se atmosféra klidu a pohody. Naopak každý ví, že když je klima negativní, tak si nejen nic nepamatujeme, ale jsme ještě více nervózní, což znamená, že se nám vše plete, nic se nevybaví z paměti a je nám nepříjemně až hanebně. Negativní klima a emoce nevedou k ničemu jinému než k tomu, že se bojíme a vyhýbáme tomuto prostředí. Proto by každý zdravotník v edukačním procesu neměl zapomínat na vhodné prostředí a trvalost zapamatování informací podpořit soustavným opakováním s pacientem. Do domácího prostředí jej pak vybavit vhodným edukačním materiálem.

Na tvorbu vzdělávacích cílů i prostředků výuky by se mělo pohlížet v souladu s možnostmi a vlastnostmi subjektů dané výukové skupiny. Tímto se zabývá **zásada přiměřenosti**. Edukace pacienta by se měla konstruovat tím způsobem, že se budou brát ohledy na ontogenetický vývoj jedinců, jejich specifické chování a na dosažený pedagogický rozvoj. Jak už uváděl ve svém díle J. A. Komenský, v učení by se mělo postupovat tím stylem, že se budeme učit od blízkého ke vzdálenému, od jednoduššího ke složitějšímu a od konkrétního k abstraktnímu. Pro zdravotníka v roli edukátora to znamená objektivně zhodnotit schopnosti pacienta a délku jednotlivých edukačních sezení přizpůsobit dle jejich individuality.

**Zásada individuálního přístupu** pohlíží na každého jedince z jeho individuálních vlastností. Myslí se tím pohlížení na každou osobu z hlediska jejího celkového stavu, úrovně myšlení, řeči a paměti, zájmů, charakteru a uspokojování potřeb dle hierarchie potřeb. Za nejnámější hierarchii potřeb považujeme Maslowovu hierarchii potřeb. Důležité je i sociální zázemí, motivace a v neposlední řadě jsou hlavní dosažené vědomosti a dovednosti

jedince. Pro edukaci v nemocničním zařízení to znamená, že edukující osoba by měla být schopna rozpoznat úroveň učení u každého pacienta a způsob edukace mu přizpůsobit.

**Zásada jednotného pedagogického působení** neznamená nic jiného, než souhru všech členů pedagogického sboru, v našem případě zdravotníků, kteří budou klást na edukanty (pacienty) stejné nároky, požadavky a režimová opatření.

**Zásada emocionálnosti** zahrnuje již dříve zmíněné pozitivní klima a kladné pocity jako jsou radost, odvaha a sebedůvěra, které zvyšují potřebu a pocity dosahování a získávání nových informací, což je velmi žádoucí [13]. Např. pokud edukujeme mladšího pacienta s astmatem o přiměřené fyzické aktivitě, o důležitosti dodržování životosprávy a o správném používání inhalátoru, je vhodné seznámit tohoto klienta s druhým pacientem ve stejné věkové kategorii, který život s astmatem dobře zvládá. Tento klient mu může být příkladem, zároveň oporou a může mu pomoci nalézt často ztracené sebevědomí.

Celý komplex těchto zásad je důležitý v utváření dalšího vývoje jedince. Pomáhá nám dosáhnout stanoveného cíle a co je nejdůležitější, dává nám pocit radosti a zadostiučinění.

## 1.5 Cíle edukace

Stejně jako každá věc, myšlenka, úkaz v lidském životě se děje z nějakého důvodu a za nějakým cílem, není tomu jinak ani u edukace. Bez cílů by se nedala formovat věda, výzkum ani samotný charakter jedinců.

Cíle edukace se dělí do 6 skupin.

### 1. Cíle individuální a sociální

O individuálním cíli můžeme hovořit v případě, že se jedná o zaměření výchovy a vzdělání směrem k osobnímu rozvoji, jeho uplatnění a prospěchu jedince.

Sociální cíl má zajistit jedinci co největší prospěšnost společnosti. Měl by být schopen uvědoměle, kvalifikovaně a odpovědně plnit sociální role ve svém životě.

### 2. Cíle obecné a specifické

Již z pojmenování obecných cílů vyplývá, že se bude jednat o všestranný rozvoj kvalit člověka, vztah ke společnosti, lidem a k hodnotám. Směřováním k tomuto cíli se bude celkově formovat lidský charakter a chování.

Oproti tomu specifický cíl se zabývá formováním určitých dílčích dovedností a vědomostí. Má snahu o dosažení specifických kompetencí, navozuje, vzhledem k vybranému povolání, konkrétní postoj jedince, potřebu a zájem.

### **3. Cíle materiální (informativní) a formální (formativní)**

Rozdíl mezi těmito dvěma pojmy je velice jednoduchý. U materiálního cíle se vzdělávání zaměřuje na konkrétní učební látku, kdežto formální cíl se zabývá rozvojem schopností člověka.

### **4. Cíle adaptační a anticipační**

Každý jedinec žije v sociokulturním prostředí, které je podmíněné ekonomickým podmínkám, čímž se zabývá cíl adaptační, který připravuje jedince na zvládání každodenních úkolů.

V poslední době se změnila technická i kulturní požadavky mající za následek změnu společnosti. Z tohoto důvodu se vytvořily cíle anticipační, které kladou nároky na osobnostní kvality jedince, aby mu umožnily zvládání požadavků kladených společností a prostředím, ve kterém žije.

### **5. Cíle teoretické a praktické**

Abychom mohli uplatňovat ve svém profesním i osobním životě praktické dovednosti, musíme znát jejich teoretický základ. Z toho vyplývá, že tyto dvě složky výchovy a vzdělávání musí být vyvážené a vzájemně propojené.

### **6. Cíle heteronomní a autonomní**

Rozdělení těchto cílů spočívá v kladení cílů. Heteronomní požadavky kladou cíle na jedince za pomoci společnosti, rodiny, školy a skupiny, ve které se nachází. Autonomií je myšleno kladení cílů sama na sebe.

Správné vymezení výchovně vzdělávacích cílů by mělo být konzistentní, přiměřené, konkrétní, přesně adresované, významově jednoznačné, časově zařazené a kontrolované [13].

#### **1.5.1 Složky výchovy**

Základní rozdělení výchovy je vymezeno do složky mravní, rozumové, estetické, pracovní, technické a tělesné. Všechny tyto složky jsou vzájemně propojené, je do nich zařazena

složka nová, požadující komplexnost, což znamená, aby byla výchova vyvážená a harmonická.

**Rozumová výchova** má snahu o formování osobnosti k řešení situací po stránce intelektuální. Mezi její cíle patří rozvoj komunikačních schopností, vnímání a pozorování okolního světa, rozvíjení tvořivosti, schopnost obhajovat, prosazovat svůj názor a zároveň přijímat názory druhých. Uplatňuje vědomosti z oblasti přírody, techniky a společenských věd.

**Mravní výchova** rozvíjí morální, právní a politické předpoklady, ukazuje hodnotový systém a pomáhá jedinci vytvořit svůj vlastní žebříček hodnot.

**Estetická výchova** se zaměřuje na umění a krásu. Snaží se v lidech vypěstovat estetické cítění k umění, rozvíjí jejich uměleckou tvořivost a aktivitu, seznamuje jedince s uměleckými díly a jejich vývojem.

**Tělesná výchova** rozvíjí zdraví jednotlivců a upevňuje jejich tělesnou zdatnost. Už od dětství si každý člověk osvojuje základní pohybové, sportovní dovednosti a upevňuje si smysl pro pravidla hry a fair play.

**Pracovní a technická výchova** se orientuje na vědecké principy současnosti, do kterých spadá nynější technika, s tím nerozlučně spjatá ekonomika a problematika výroby. Má za následek naučit jedince základním technickým a pracovním dovednostem a návykům [13].

### 1.5.2 Prostředky edukace

Edukace nás provází celým životem již od narození. Když to vezmu od narození, nejdříve na nás působila *rodina*, kdy jsme se snažili *napodobovat* úkony a výroky rodičů. Důležitým prostředkem učení v dětském věku je *hra*. Poté jsme začali chodit do školního zařízení a tím pádem se edukace prováděla *vyučováním v pedagogickém prostředí*. Se získáváním kamarádů, účastněním se skupinových sportů a kroužků, jako je např. divadelní kroužek uplatňující *hraní divadelních rolí*, se edukace děla *ve formální sociální skupině*, čímž je myšlena práce v kolektivu nebo týmu. Ve skupině lidí se vždy vyskytuje diskuse, která nám pomáhá pochopit podstatu věci či vyposlechnout a uznat názor druhých jedinců. Postupem věku a technologickým pokrokem na nás působí *hromadné sdělovací prostředky*, díky kterým máme umožněno získávat nové informace. Posledním důležitým bodem edukace, který nás ovlivňuje po profesní stránce, je *pracovní prostředí* [6,13].

### 1.5.3 Výsledky edukace

Výsledky edukace se dělí do určitých oblastí, které se dále rozdělují. Podle **oblastí cílů** rozlišujeme *vzdělávací* nebo *výchovné výsledky*. Podle **hodnotitele** se dělí na *interní* a *externí* hodnocení. Podle **teritoria** se rozlišují *školy*, *instituce*, *regiony* a *státy*. Posledním způsobem hodnocení je **posuzování**, které se člení na *kvantitativní* a *kvalitativní* [13].

## 1.6 Edukátor

*„Výchovný a vzdělávací proces probíhá na bázi interakce mezi oběma subjektivními činiteli – edukátorem (vychovatelem, pedagogem, učitelem) a edukantem (vychovávaným, žákem).*

*Edukátorem budeme rozumět širokou skupinu profesí a rolí – rodiče, učitele, vychovatele ve výchovném či nápravném zařízení, instruktora výcviku, vedoucího zájmového útvaru dětských a mládežnických organizací.“ (Malach, J., 2007, s. 65)*

Aby mohl proběhnout vzdělávací nebo výchovný proces, musí edukátor plánovat, organizovat, realizovat a v neposlední řadě vyhodnocovat proběhnutou edukační činnost. Tento proces je komplexní a velice důležitý v práci pedagogického zaměstnance a také v mnoha dalších profesních odvětvích, např. ve zdravotnictví. Každý edukátor by měl mít několik základních předpokladů, aby mohl vykonávat edukační proces. Jsou to znalosti filozofické, pedagogické, psychologické a nejdůležitějším, tudíž i nejpodstatnějším je specializační studium v oboru, který má edukátor v úmyslu šířit mezi lidskou populací formou výchovy a vzdělávání ve zdravotnických zařízeních. Jako většina profesí musí mít i edukátor určité schopnosti. Patří mezi ně komunikace, motivace, prezentace, diagnostika a hlavně organizace.

Slovo komunikace je odvozeno z latinského „communicare“ a znamená spojení, sdělování či dorozumívání. Komunikace je základem lidského života, bez ní by nešlo žít v klidu a pohodě, jen je mnohdy spousta problémů způsobena právě nesprávným nebo spíše nevyřčením svých strastí a úzkostí druhým lidem. Vzhledem k edukaci má komunikace určitá pravidla a tím je stanovení si jasného cíle a obsahu komunikace, následně jsou určeni účastníci edukace, musí být vymezen prostor pro komunikaci a komunikace by měla mít určitou kvalitu. Důležité je stanovit si čas komunikace, jaký očekáváme výsledek, který si během komunikace kontrolujeme a vyhodnocujeme, zda ho dosahujeme či se od něho

vzdalujeme. Komunikace vyžaduje též náklady. Jsou rozlišovány buď personální nebo materiální. Edukant je na svou komunikativní roli připravován, tudíž je považován za profesionála.

Motivovat jedince je velmi složité a individuálně odlišné. Pobízí k lepším výkonům, a tím pádem i lepším výsledkům. Dává prožívání a chování energii a směr, kterým se ubírat. Motivace má za úkol aktivizovat a usměrňovat ve vykonávané činnosti. Rozlišujeme vnější a vnitřní pobídky motivace. Pobídky jsou spolu těsně spjaty a při nedostatku jedné z pobídek nemusí druhá působit. Motivy se mohou vzájemně vylučovat, což znamená, že když nás jedna pobídka vybízí k aktivizaci, druhá nás od ní odrazuje, a tím se dostanou do konfliktu. Člověk si neuvědomuje všechny své motivy, některé jen částečně a občas, jiné bývají po celý jeho život mimo uvědomění. Hlavním úkolem motivace je vzbudit zájem o učení se novým věcem.

*„Prezentační kompetence zahrnují rozmanité způsoby předvádění, nabízení, zprostředkovávání osvojovaných obsahů v podobě informací, předvedeného výkonu, vzorového jednání apod.*

*Prezentace výchovných a vzdělávacích obsahů se děje verbálně, verbálně s použitím názorných pomůcek, včetně těch prezentovaných technickými prostředky (videopořady, počítačové programy), předvedením pokusu, pohybového, hudebního nebo pracovního výkonu, ukázkou mravního jednání v praxi, zapojením vychovávaných do řešení praktických úkolů, které jsou zdrojem poznání.“ (Malach, J., 2007, s. 69)*

Diagnostika spočívá ve zjišťování individuálních charakteristik osob v edukačním procesu. Edukátor jim poskytuje během učení informace o jejich dosažení cíle, jenž se děje zpětnou vazbou. Nakonec provádí vyhodnocení výsledků dosavadního učení edukantů.

Jelikož jsme si určili základní předpoklady pro edukátory, je důležité, aby vlastnili i specifické předpoklady osobního rázu. Edukátor by měl mít široký rozhled, umění tvořit, určitý vztah k vychovávaným, určitou dávku taktu a klidu, optimismus, morální zásady a hodnotovou orientaci na vyspělé úrovni. Mezi hlavní kritéria dobrého edukátora patří smysl pro spravedlnost [13].

## 1.7 Edukant

Tímto pojmem se nazývá osoba podstupující proces edukace, jímž může být žák, student i pacient. Člověk se buď vychovává sám za pomoci vlastních zkušeností nebo je vychováván druhou osobou. Tyto formy výchovy se odborně nazývají autoedukace (sám sebe) a heteroedukace (druhá osoba mě). Stejně jako edukátor musí i vychovávaný splňovat určitá kritéria, mezi něž patří vzdělávání ve vědě, umění a určitá dávka fyzické zdatnosti. Dalším faktorem je schopnost osobního rozvoje v samostatnosti, vůli, dovednostech, znalostech, fyzické aktivitě i kreativitě.

Charakteristikou jedince umožníme vychovateli uzpůsobit prostředky a formy edukace ke všeobecné spokojenosti. Edukátor by měl o edukantovi znát osobní údaje jako jsou jméno, příjmení a datum narození. Dále by se měl edukátor zaměřit na biopsychofyzický vývoj jedince. Patří sem rodové předpoklady, zvyky, návyky, úprava zevnějšku, tělesná konstituce a úroveň psychomotorického vývoje. Edukátora by mělo zajímat sociální zázemí edukanta, proto se ve zdravotnických zařízeních odebírá rodinná a sociální anamnéza svědčící o určitém sociálním prostředí jedince. Hodnotí se i intelekt, tudíž úroveň a kvalita poznávacích procesů, mezi ně patřící pozorování, vnímání, kvalita paměti, úroveň vědomostí, dovedností, návyků a schopnosti. Dalším hodnotitelným faktorem je schopnost představitosti, chápavosti a čerpání z předešlých zkušeností. Dále je vhodné, aby měl edukant dobré vyjadřovací schopnosti, hojnou slovní zásobu, uměl vyjadřovat své pocity a měl určité morální i pracovní schopnosti. V neposlední řadě by měl mít zájem o povolání a chuť dále se vzdělávat [13].



## 2 EDUKACE JAKO SOUČÁST ZDRAVOTNICKÉ PROFESE

V minulosti byl nemocný zcela závislý na lékaři, v dnešní době je tomu jinak. Lékaři se zaměřují jen na samotnou nemoc a příliš se nezabývají ostatními potřebami nemocného. Nemocní lidé jsou více vzdělaní a chtějí znát o své nemoci co nejvíce informací. V posledních letech však začíná do vztahu lékař-nemocný vstupovat zdravotní sestra. Jelikož je sestra ve stálém kontaktu s pacientem, jeví se jako vhodná osoba k vysvětlování a objasňování nemocničních procedur. V dnešní době je všude kolem nás spousta moderní technologie, nevyjímaje zdravotnictví, kde se začaly objevovat stále nové diagnostické přístroje, moderní léčebné metody, což vede ke stálému snižování informovanosti veškeré populace, která nepřichází s těmito produkty do styku. Začal se tedy ve vztahu mezi sestrou, pacientem a lékařem uplatňovat edukační proces, jehož účelem je zamezit nevědomosti klienta a zlepšit jeho pobyt ve zdravotnickém zařízení s co nejmenšími obavami a strachem z neznámého.

Víme, že zdravotní sestry mnohdy nemají dostatek času poskytnout nemocnému potřebné množství informací, a tak se začaly vytvářet informační brožurky, letáky, publikace, které slouží klientovi v nemocničním zařízení k poskytnutí většího množství informací a jeho dostatečnému osvojení a vstřebávání zjištěných dat. Mnoho informací se mohou lidé dozvědět ze sdělovacích prostředků, časopisů, novin či rozhovorem s ostatními lidmi s předěšlou zkušeností.

Dobrou edukací a dodržováním zásad léčebného režimu se zkracuje pobyt klienta ve zdravotnickém zařízení. Zvýší se nárok na domácí ošetřování, což znamená, schopnost nemocného o sebe pečovat v domácím prostředí s pomocí svých blízkých a osvojením si získaných informací. Sestra je tudíž zodpovědná za vyhodnocení důležitosti informací v jednotlivých sférách, zjištěním bariér ovlivňujících schopnosti a dovednosti vykonávat rady odborníků. Pacientovi by se mělo hlavně vysvětlit, co by měl po propuštění do domácího ošetření provádět, co je důležité, proč na to klademe důraz a naopak, čeho se vyvarovat. Ke zjištění efektivnosti výuky by každý zdravotnický personál měl uplatnit zpětnou vazbu. Zpětnou vazbou zjišťujeme, zda nemocný všemu porozuměl, jestli správně chápe zmíněné informace, zda mu podstatné informace utkvěly v paměti a dáváme mu prostor na dotazy.

Během edukace i celé hospitalizace klienta se uplatňuje pojetí holistické, které pohlíží na člověka z komplexního hlediska a zajímá se o jeho bio-psycho-sociální a duchovní stránku

osobnosti. Umožňuje nám zaměřit se na rizikové faktory působící na nemocného a zamezit jejich dalšímu rozvoji nebo přibývání nežádoucích faktorů [4].

## 2.1 Základní principy

Kariérní vzdělání, poradenství a zdravotní výchova mají jednu společnou vlastnost. Upřesňují ušetření času zjednodušením osnov, aby mohly být použity ve zdravotnictví, vzdělání a zaměstnání. Liší se z pohledu tvůrců národní politiky a týmu vedení školy. Tvůrci politiky pracují s politickým programem zdraví národa a národními vzdělávacími cíli. Týmy vedení školy vychází z tradic jako jsou písemné zásady a koordinace. I přes tuto tradici existuje mnoho důkazů o velmi nevyrovnaném poskytování kariérního vzdělávání a poradenství ve školách měřené pomocí ukazatelů, jako jsou časové osnovy, zdroje, rozdělení kvalifikovaného personálu a politická prohlášení hodnotících systémů.

Základními principy jsou rozhodnutí a tvoření, příležitost či možnost zvyšování, přechod dovedností a uvědomění si sebe. Podporuje duševní, morální, kulturní a tělesný rozvoj edukantů ve škole a společnosti. Přípravuje edukanty pro příležitosti a zkušenosti života v dospělosti.

Prakticky je určeno pět částí edukátorské práce, jenž nám umožňuje profesně vypracovat program, u kterého můžeme využít svoje zkušenosti z předchozího zaměstnání nebo předchozích poznatků o tématu. Je možné se také poradit s osobami pohybujícími se v oboru. Celý návrh práce si potom ověřit v praxi na vzorku edukantů. Dobrymi předpoklady k vyhotovení zdařilé edukace je plánovaný program, informace navíc nad rámec programu, zařazení získaných zkušeností z praxe, individuální přístup, snadná zapamatovatelnost a tím pádem možnost vybavit si nabyté informace v budoucnosti [6].

K dokonalému uskutečnění edukace nemocných je zapotřebí stanovit si hlavní cíle edukace. Účelem každého cíle je zabezpečit informovanost veřejné populace, podpořit snadnější pochopení nemoci, její příčinu a co může pacient sám udělat proto, aby nedošlo ke zhoršování nebo naopak došlo ke zlepšení jeho stavu. Pomáhá uklidnit klienta, snížit jeho strach a obavy z neznámého, zapojit ho do rozhodování o svém zdraví a účastnění se na péči o něj samotného. Vytvořením vhodného prostředí a upřesněním času edukace se zmírní nejistota a obavy pacienta. Pokud si bude klient přát účast rodiny či jiných osob na edukaci, informují se o dni a hodině, kdy edukace proběhne [4].

## 2.2 Pravidla podávání informací nemocným

Informace by měly být podávány tak, aby jim nemocný porozuměl. Neměly by obsahovat složité věty, mnoho odborných termínů a být časově náročné. Poskytnutá informace by měla být pro klienta jasně formulovaná, neměla by přesahovat rámec jeho chápání, tudíž si musí edukátor zjistit úroveň kognitivních funkcí před samotnou edukací a přizpůsobit ji potřebám nemocného a jeho rodiny. Nesnažíme se klientovi přitížit podáním většího množství informací, než je schopen pojmout. Sdělujeme mu je po malých dávkách, pravidelně a srozumitelně. Informace podáváme v menší míře, ale častěji. Nezáleží na kvantitě podaných informací, ale na jejich kvalitě.

Naším cílem edukace není klienta zastrašit podáním informací o možných komplikacích, ba až fatálních následcích jeho špatného počínání. Je dobré často opakovat předešlé informace a na závěr každého rozhovoru nechat prostor klientovi na zopakování podaných informací vlastními slovy, popřípadě se doptat a dát prostor nemocnému na otázky. Tím si zdravotnický personál ověří množství vstřebaných informací nemocným, může mu dovyvětlit a upřesnit důležité informace, které mu unikly.

Během rozhovoru je dobré zaujmout více smyslového vnímání než jen ústní. Nejlepší metodou je spojení vizuálního obrazu a sluchových podnětů, upřesněných ústně. Vhodné je zapojit klienta do procesu edukace nácvikem pohybů či ukázkou postupů, které by měl uskutečňovat během vyšetřovacích postupů či léčebného procesu v domácím prostředí. Mohou se přidat i vlastní zkušenosti, čímž se ulehčí atmosféra a zavede se pozornost klienta jiným směrem s následným navázáním na podstatné informace. Edukant se může do edukace začlenit tím, že řekne, co o tématu ví, jaké má předchozí zkušenosti a vyjádří své postoje. Edukátorovi vyřčené informace pomohou v pokračování edukačního procesu navázáním na zmíněné informace nebo při špatně interpretovaných datech edukátor upozorní na nepřesnost a uvede věc na pravou míru.

Edukátor si musí dávat pozor na tón hlasu při edukaci, být trpělivý, vstřícný, ukázat zájem o klienta a jeho potřeby. Nejdůležitějším a zároveň i nejtěžším úkolem edukátora je navázat přátelský vztah s pocitem důvěry u klienta. Edukátor, kterému nemocný nevěří, nebude mít v edukaci žádný úspěch, prohloubí tím délku jeho hospitalizace a může dojít i ke zhoršení stavu klienta.

Ve zdravotnickém zařízení můžeme uplatnit ještě jednu metodu a tou je uskutečnění schůzky s jiným pacientem, který již má zkušenosti o edukované problematice. Vybíráme nemocného, jenž neměl během výkonu komplikace, souhlasí se schůzkou a je ochotný podpořit druhého klienta. Zvolení kterékoliv metody a způsobu poskytování informací záleží na edukátorovi, který bude edukaci u nemocného provádět [6].

### 2.3 Faktory mající vliv na edukaci

Na všechny nemoci působí určité faktory, které je ovlivňují. Stejně je tomu tak i u edukace. Hlavní úlohu hraje *pohlaví*, kdy ženy jsou více vnímavé ke svému zdraví a mají větší tendenci k navracení se do běžného života. Naopak mužské pohlaví je od přírody naprogramováno jako odolné a nezníčitelné, což znemožňuje další práci edukátora a prodlužuje nutnost hospitalizace s následnou rekonvalescencí.

Lidský vývoj se uskutečňuje v určitých *věkových rozmezích* hrajících důležitou roli v míře podávání informací, vývojem kognitivních funkcí a stupněm úrovně vědomí, myšlení a interpretace. Edukaci musíme přizpůsobit dítěti, dospělému i seniorovi. Každý stupeň vývoje má svá specifika, která edukátor nesmí opomíjet.

Již při zjišťování anamnézy se ptáme na *zaměstnání* a *dosažené vzdělání*. Tyto faktory též hrají podstatnou roli při tvorbě edukačního procesu. Stupeň dosaženého vzdělání nemůže být pro zdravotnický personál klíčovým faktorem, jelikož i vysoce vzdělaný člověk nemusí vše chápat. Proto si zjišťujeme úroveň myšlenkových pochodů a chápání edukanta.

Již dříve jsem se zmiňovala o *motivaci*. Cílem edukace je zlepšení stavu pacienta. Stejně je tomu i u vidiny prospěchu z nemoci. Nemocný nebude mít potřebu zlepšit svůj zdravotní stav, pokud ví, že zájem o jeho osobu vyprchá při sebemenším zlepšení. Naopak se bude snažit svůj stav více zhoršit, k čemuž by mu mohli poskytnuté informace dopomoci.

S motivací souvisí individuální žebříček *hodnot* a *sebedůvěra*. Pokud edukantovi nebude záležet na životě, navracení se do pracovního procesu a běžného života, nebude mít zájem na dodržování léčebného režimu ani vykonávání činností navíc. Sebedůvěra nás provází celým životem. Je jednoduché o ni přijít, ale navázat ji, je mnohem složitější. Cílem edukátora je tedy podnítit v klientovi jeho vlastní já, navodit tím zvýšení sebevědomí a uvědomění si vlastní osobnosti.

Prací edukátora je mimo jiné i zjistit úroveň *smyslového vnímání* z nichž je pro edukaci nejdůležitější čtení a sluch. Je mnoho občanů, kteří mají problémy se sluchem či špatně vidí. V nemocničním prostředí se těchto klientů vyskytuje nejvíce, proto je důležité předem se informovat o úrovni jejich smyslového vnímání. Pokud pracujeme s klientem se smyslovou vadou, je nutné mu zajistit vhodné pomůcky, popřípadě kontaktovat překladatele. Je důležité, aby zdravotnický personál změnil svůj přístup ke klientovi.

V dnešní době je velkým trendem multikulturní ošetřovatelství, které má souvislost i s edukací. Musíme znát *kulturní zvyklosti* edukanta, jeho přesvědčení a míru víry. V tomto případě je též dobré zajistit si na konzultaci odborníka zabývajícího se kulturou daného jedince. Jestliže nebude edukátor respektovat kulturní zvyklosti edukanta, opět se jeho přednes mine účinkem.

V neposlední řadě se musíme přizpůsobit *soběstačnosti* klienta a podle toho s ním jednat. V akutní fázi nemoci je převážná část nemocných upoutaná na lůžko. Povinností edukátora by mělo být zhodnocení edukantova stavu a zda je vhodné mu v této fázi nemoci poskytovat nějaké informace o nemoci a dalším režimu. Opačným případem je, když klient vědomě nedodržuje léčebná opatření. V tomto případě bychom měli najít vhodná řešení, aby došlo k nápravě.

Všechny zmíněné faktory mají společný ukazatel, kterým je *aktuální zdravotní stav* nemocného [6].

## 2.4 Edukační proces

Podle H. Kuberové se do praxe zavedl edukační proces obsahující určité fáze a postupy, kterými by se měl edukátor zabývat. Jedná se o záměrný, cílevědomý, plánovaný a strukturovaný proces. Probíhá v 5 fázích. Jsou to fáze posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Realizují ho společně edukant a edukátor.

**Fáze posuzování** se zabývá sbíráním údajů o klientovi, jejich uspořádáním, selektováním a analýzou. Tyto informace můžeme získat rozhovorem s nemocným, jeho rodinou či s ošetřujícím personálem. Dalším velmi cenným zdrojem je pozorování a informace získané z dokumentace pacienta.

V **diagnostické fázi** se stanovují problémy, potřeby, příčiny a faktory ovlivňující klienta. Seřazují se stanovené diagnózy dle důležitosti a jejich charakteristik.

Ve **fázi plánování** se vytváří edukační plán, který může být flexibilní v závislosti na fyzickém i psychickém stavu klienta. Stanovuje se počet edukačních schůzek, jejich náplň a délka. Volí se edukační strategie. Vše se realizuje spolu s pacientem a jeho potřebami.

**Realizační fáze** přizpůsobuje rychlost edukace možnostem klienta, správně zvolené metodě a didaktickým postupům.

Na závěr probíhá **fáze vyhodnocení**, která shrne dosažení cílů na základě hodnotících kritérií, které se stanovily ve fázi plánování. Hodnocení se provádí v průběhu celé edukace a na závěr edukace spolu s edukantem. Metody, které můžeme použít k vyhodnocení, jsou buď formou rozhovoru, otázek v diskusi, řešením problémových úkolů či pozorováním klienta při provádění praktické činnosti. Součástí hodnocení by mělo být shrnutí pozitiv i negativ spolu s návrhem řešení. H. Kuberová vytvořila formulář pro záznam edukace, který edukátorovi znázorní a pomůže ujasnit postupy a metody vztahující se k plánování a realizaci edukace (viz Příloha č. 1) [10].

## 2.5 Plánování edukačního kurzu

Edukační proces se plánuje za účelem uskutečnění vzdělávacího kurzu, aby se nám podařilo naučit co největší počet edukantů novým poznatkům. Vše musí probíhat pod kontrolou, plánovaně a za jasně vymezených cílů. Před samotnou organizací kurzu bychom si měli stanovit pravidla pro umožnění jeho vzniku.

Podle P. Bastla a V. Švece (1997, s. 16) se stanovují otázky typu:

- PROCĚ?
- KOHO?
- CO?
- KDY?
- JAK?
- ZA JAKÝCH PODMÍNEK?
- S JAKÝMI OČEKÁVANÝMI EFEKTY?

Pokud se podaří na tyto otázky najít správnou odpověď, nebudou velké problémy při organizaci a plánování edukačního kurzu.

Tabulka č. 1: Plánování vzdělávacího kurzu (Bastl, P., Švec, V. 1997, s. 16):

<i>Proč?</i>	<i>Vize, smysl, očekávání, potřeby, hodnoty, perspektivy společenské, skupinové a individuální</i>	<i>FUNKCE A CÍLE</i>
<i>Koho?</i>	<i>Zvláštnosti sociální, věkové, generační, etnické, sexuální a typologické</i>	<i>CHARAKTERISTIKY UČÍCÍCH SE</i>
<i>Co?</i>	<i>Poznání (vědecké, umělecké), praktické zkušenosti z běžného života, zkušenosti z pracovních činností</i>	<i>OBSAH</i>
<i>Kdy?</i>	<i>V kterém věku, v jaké posloupnosti, časovém rozsahu, v kterém ročníku, v jakých časových jednotkách</i>	<i>ČAS</i>
<i>Jak?</i>	<i>Strategie učení, učební situace, způsoby interakce a komunikace, organizace života ve škole a ve třídě, mimoškolní činnosti</i>	<i>METODY A POSTUPY</i>
<i>Za jakých podmínek?</i>	<i>Legislativní rámec, řízení, financování, vybavení, klima, učební prostředí, spolupráce školy a komunity, podpůrné struktury a materiály</i>	<i>ORGANIZACE</i>
<i>S jakými očekávanými efekty?</i>	<i>Funkce a kritéria hodnocení, metody a nástroje hodnocení, způsoby sdělování výsledků hodnocení</i>	<i>KONTROLA A HODNOCENÍ</i>

Otázka **Proč?** nám určuje, vytváří funkci a cíle vzdělávání. Cíle, které si stanovujeme, musí být jasné a srozumitelné. Mohou být zaměřeny na rozvoj osobnosti účastníků kurzu: jednak vědomostní, dovednostní či postojové kvalifikace edukantů. Nové poznatky získáváme, prohlubujeme a doplňujeme. Dovednosti si mohou edukanti osvojovat a rozvíjet.

**Koho?** vymezuje charakteristiku zúčastněných edukačního procesu. Musíme vědět, kdo se ho bude účastnit, jaká skupina lidí či jednotlivci a zda mají něco společného, protože každý člověk má jiné potřeby, hodnoty, motivaci a záměr. Při kladení této otázky je pro nás nejdůležitější motivace edukanta. Aby motivace byla co nejvíce pozitivní, a tím pádem se chtěl účastník aktivně podílet na edukaci, musíme poskytnout informace účastníkům o tom,

co se budou učit a k čemu jim to prospěje. Edukační záměr není určen pro pobavení a relaxaci, vede k získávání nových poznatků a k lepšímu uplatnění klienta ve společnosti. Edukátor musí zajistit přesné a kvalitní organizační zabezpečení, které také přispívá k pozitivní motivaci. Je důležité zajistit i základní biologické potřeby každého účastníka.

**Co?** určuje obsah vzdělávání. Edukátor musí vymezit obsah jednotlivých částí, rozčlenit výuku do jednotlivých celků, určit časové rozmezí a stanovit si úkoly pro každou část výuky. Edukátor by si měl uvědomit, že tato část nejvíce ovlivňuje rozhodování účastníků zúčastnit se připravovaného kurzu, s čímž souvisí i pozitivní motivace.

**Jak?** stanovuje metody a techniky, kterými se kurz povede. Organizace vytváří podmínky pro klidné, příjemné a ničím nerušené prostředí. Účastník by měl mít možnost aktivně se podílet na vzdělávacím programu. Měl by mít možnost vyjádřit se k probírané látce, uplatnit své dosavadní vědomosti a kreativní myšlení. Nejlepší je používat formu výuky metodou diskuse, kdy se mohou jednotliví aktéři podílet na organizaci a výuce, stávají se z nich aktivní účastníci podílející se na tvorbě edukačního procesu. Vychovatel by si měl pro účastníky připravit seznam dostupné literatury poskytující mu rozšíření vědomostí. Rozvržení materiálních, názorných prostředků umožní lepší představivost a zdůrazní uvědomování si.

**Kdo?** ustanovuje edukátora, který bude edukaci realizovat. Jsou na něj kladeny požadavky vědomostní, dovednostní a požadující pedagogické schopnosti. Edukaci může vést i více edukátorů, ale je podstatné, aby na sebe navazovali, nepřekrývali se a dobře znali obsah edukace. Každý edukátor musí znát složení účastníků edukace, vědět komu bude přednášet, co mu bude přednášet, s kým bude pracovat a jaké bude využívat didaktické prostředky.

Otázkou **Kde?** si určujeme místnost a prostory kde bude vzdělávání probíhat. Povinností lektora je prohlédnutí si místnosti, zda nemá žádné závady a či je potřeba některé negativní věci odstranit. Místnost musí splňovat určité požadavky, jako je dostatek prostoru pro zúčastněné, jejich rozmístění, flexibilita prostoru, kvalitní podmínky osvětlení při denním i umělém světle, možnost větrání či topení si, dostatek prostoru pro lektorskou výuku s potřebnými didaktickými předměty, možnost zatemnění pro projekci, fungující elektrické zásuvky, zajištění hygienických potřeb a především ničím nerušené, nehlukné a klidné prostředí [1].



### 2.5.1 Posouzení výuky

Výuku posuzují její účastníci za účelem zhodnocení efektivnosti pedagogického působení lektorů. Dávají tím zpětnou vazbu edukátorovi. Názory na výuku mohou být odlišné dle skladby účastníků. Nejjednodušší posuzovací technikou je **rozhovor** či **anketa** a tou nejstandardizovanější je **posuzovací škála**. Při zjišťování hodnocení výuky mají všechny metody společný, jasně vymezený cíl. Formou ankety se účastníci vyjadřují k zajímavosti témat, jejich využitelnosti v dané oblasti, zda výuka byla jasná, srozumitelná a názorná. Zmíněné otázky se mohou posuzovat pomocí stupnice, která má rozmezí od 1 do 5, v níž číslo 5 vyjadřuje maximální spokojenost účastníků a naopak tomu číslo 1 minimální. Posuzovací škály jsou speciálně konstruovány pro zhodnocení výuky. Mají specifický řád a rozmezí. Jejich tvorba je složitá, ale přináší dobré výsledky zhodnocení práce lektorů.

## 2.6 Nejčastější chyby v edukaci

Zdravotnický personál dělá největší chybu v kladení rozdílných cílů oproti nemocnému, z čehož vyplývá, že se neřídí správným postupem vytváření edukačního procesu, protože edukátor musí stanovovat cíle společně s edukantem, a tím by se zamezilo negaci.

Opakování naučené látky by mělo být uskutečněno před každým dalším učením. Prohřeškem je neopakování látky se všemi edukovanými, ale jen s těmi, kteří si látku nepamatují.

V oblibě personálů bývá zahlcení nemocného informacemi. Poskytujeme více informací s dobrým úmyslem, aby si jedinec mohl vyčlenit pro sebe ty nezbytné. Jenže přemíra dat vede jen ke zmatenosti, a to má za následek nepamatování si ani základních poznatků nemocným.

Zdravotnická terminologie určitým způsobem omezuje personál ve vyjadřování snadnějším, jednodušším způsobem. Při edukaci se často používá terminologie, které rozumí jen edukátor bez uvědomění si neznalosti termínů pacientem. Těmto chybám by se měl zdravotnický personál vyvarovat. Pacienti se často bojí dotázat na význam slov, abychom si o nich nemysleli, že jsou nevzdělaní, jenže zdravotník si neuvědomuje, že je této situaci vystavil.

Každý člověk má právo přijmout i odmítnout nabízené informace, tudíž by nemělo ze strany zdravotnického personálu následovat přehnané přemlouvání a překračování míry slušnosti, soukromí i práv pacienta.

Velkou neřestí je špatné načasování edukace. Zdravotnický personál si načasuje edukaci sám bez předchozí domluvy s pacientem. Edukant je vystaven tlaku a chce vyhovět personálu, bojí se odmítnout. Jeho jednání má za následek nesoustředěnost, z nových poznatků si pacient nebude nic pamatovat a může se obávat dalšího termínu edukace.

Největší prohřešek zdravotnického personálu bych viděla v nedostatku informovanosti o problematice nemoci. Edukátor není schopen doporučit pacientovi literaturu nebo mu ji sám zajistit. Vede to ke snížení důvěryhodnosti edukátora a další edukace je zbytečná.

Negativní nálada a pocity by neměly zdravotnický personál ve své profesi omezovat. Zdravotník by měl být za každé situace profesionálem a nepřenášet své pocity na pacienta. Nešetrná komunikace s projevy nevole a pocitem obtěžování není žádoucí v žádné oblasti, nejméně pak, pokud se jedná o zdraví.

Všechny jmenované chyby mají jeden stejný ukazatel, jímž je neefektivní a zbytečná edukace [6].

## 2.7 Edukace seniorů

Nedílnou součástí edukačního procesu je zaměření se na věkové skupiny účastníků výchovy. Mezi naši největší skupinu obyvatelstva, kteří mají potřebu edukovanosti, se řadí seniori. Vzhledem ke zvyšování průměrného věku seniorů a uplatňování zlepšení kvality života, měla by se i výchovná činnost zaměřit na jejich potřeby a přání. Univerzity třetího věku mají seniorům pomoci nalézt nový smysl života, pomoci jim najít nový cíl, jenž ztratili při ukončení své dosavadní pracovní činnosti a celkově se snažit o zlepšení jejich fyzického, psychického i duševního zdraví. Starý člověk se již neřadí do „starého železa“, ale je považován stále za bio-psycho-sociální jednotku mající své potřeby, hodnoty a životní cíle.

Do programu vzdělávání seniorů se angažuje UNESCO podporující rozvoj seniora v 6 oblastech. Jedná se o kulturu, občanství, sociální soudržnost, práci a zaměstnanost, rozvoj, vědu a výzkum. Toto počínání je odrazem reakce na populační růst, zhoršení kvality života, změny lidských hodnot, snížení sebevědomí a pocitu vyčlenění ze společnosti. Vše podmiňují zhoršené životní podmínky s urychlením společnosti a ekonomicky náročnějšími podmínkami.

Mezi další světové organizace zabývající se programem stárnutí patří Světová zdravotnická organizace (WHO), Rada Evropy, Evropská unie a další specializované organizace zabýva-

jící se mobilizačními aktivitami. Evropská unie vyhlásila rok 1993 Evropským rokem starších lidí a solidarity mezi generacemi. Cílem bylo zvýšit zájem odborníků o problematiku seniorů a pokusit se nalézt možnosti řešení seniorů ve snaze žít nezávislým životem a snažší vyrovnání se s problémy provázejícími seniorský věk. Tyto organizace hledají způsob oceňování, podporování, upevňování a zlepšování společenské role, výměny poznatků a zkušeností v mezinárodním měřítku, aktivizace a pozitivní přínos pro společnost.

V Evropě existuje mnoho organizací sdružujících společnosti seniorů jednotlivých států Evropy. „*K nejvýznamnějším z nich patří EURAG (European Federation for the Welfare of the Elderly) - Svaz starší generace Evropy. Vznikla v roce 1962 a svůj úkol vidí v podpoře zachování lidské důstojnosti a individuality ve stáří, v udržování navyklého životního stylu starších a předpokladů pro uchování přiměřené kvality života. V posilování pocitu vlastní hodnoty a ochoty zapojovat se do sociálních aktivit a v podpoře účasti starší generace na životě společnosti.*“ (Petřková, A., Čornaničová, R., 2004, s. 15) Spolupracují s Evropskou unií, OSN, humanitárními organizacemi, svazy seniorů a odbornými institucemi.

Organizace zaměřující se speciálně na edukační činnost seniorů jsou AIUTA (Association Internationale des Universités du Troisième Age) a EFOS (European Federation of Older Students at the Universities). AIUTA neboli Asociace univerzit třetího věku si klade za cíl podpoření vybudování, založení a další prosperování univerzit třetího věku. „*Navazovat a udržovat kulturní a vědecké kontakty mezi členy, podporovat navazování styků v oblasti regionálních zájmů a koordinovat činnosti mezi členy, zejména vzdělávání, studium a výzkum.*“ (Petřková, A., Čornaničová, R., 2004, s. 15)

EFOS čili Evropské sdružení starších studentů na univerzitách si vymezilo cíl svého působení v podporování studia na vysokoškolské úrovni a institucích, zlepšení kvality života, zvýšení zájmu o seniorský pohled na vědu, uplatnění jejich vědomostí nabytých studiem ve prospěch společnosti.

Role edukátora spočívá v tom, že zvolí vhodnou metodu edukace, která je ovlivněna několika faktory vztahujícími se k cíli, obsahu, schopnosti seniorů učit se, časové frekvenci a materiálními podmínkám, ochotou vzdělávat se a mimo jiné je dána i samotnou osobností edukátora. Aby došlo k podnícení edukace musí edukátor vyvolávat v seniorovi zájem o danou problematiku, snažit se ho podnítit v aktivním podílení se na výuce, zachovat in-

dividualitu jedince, využívat poznatky v profesi a také ověřovat si informace zpětnou vazbou jak přijatých edukantem, tak poskytnutých edukátorem.

Nejvhodnějšími metodami jsou výklad, forma dialogu, řešení situačních problémů ve skupinách a nácvik jednotlivých úkonů. Výkladovou metodou se rozumí přednáška, která je převážně monologem edukátora, jenž může ke svému výkladu použít elektronické prostředky, využít diskusi ke zpestření výuky a názornou ilustraci pomáhající edukantovi snáze splynout s problémem. Při přednášce je nutné dbát na přesné vymezení cíle, postup a logiku podávaných informací a častější opakování důležitých bodů pro snadnější zapamatování. Edukátoři mohou využívat audiovizuální prostředky, jako je například dataprojektor či zpětný projektor, a také uvádět příklady a problémy běžného života vztahující se k dané problematice. Edukátor při přednášce musí dbát na slovní projev, aby byl kultivovaný, přiměřený věkové kategorii, udržoval si stejnou intonaci, tempo a hlasitost řeči.

Metoda dialogu vyžaduje větší aktivitu klientů. Význam této metody spočívá v tom, že probíhá komunikace mezi edukátorem a edukanty celé studijní skupiny. Dialog se uplatňuje formou rozhovoru či diskuse. Obě metody mohou být použity samostatně i zároveň. Diskuse spíše přednášku doplňuje a umožňuje účastníkům podělit se s ostatními o své názory a poznatky, posuzovat názory druhých, vzájemně si argumentovat a obhajovat svá tvrzení. Povinností edukátora je tuto diskusi usměrňovat a podněcovat. Měl by si důkladně promyslet obsah problému, připravit strategii, aktivně poslouchat s projevením zájmu o názory druhých, povzbuzovat k účasti všech edukantů a udržovat dialog v určitých mezích problému, aby se neodbíhalo od tématu a dospělo se ke správnému řešení.

Metoda řešení problémů by měla být podobná realitě, přiměřená, srozumitelná, přehledná pro všechny účastníky a zejména by se měla opírat o vlastní zkušenosti. Mohou se řešit problémy generační, mezigenerační konflikty, rozhodování v náročných situacích či zvládnání zátěžových situací v pokročilém věku života.

Při výcvikových metodách se aktivizují motorické a sensorické dovednosti jedinců [17]. *„Při realizaci výcviku je vhodné dodržovat postup podle jeho jednotlivých fází. První fází je fáze orientační neboli přípravná, v níž vytváříme obraz a plán určité dovednosti s využitím názorné ukázky a slovní instrukce. Další fáze je počáteční vykonávání činnosti, v níž upřesňujeme a doplňujeme informace, přičemž klademe důraz na kontrolu i sebekontrolu prováděných operací. Konečným stupněm je fáze dalšího opakování činnosti s rozbořem*

*chyb, po němž následuje opakování názorné ukázky s doplňující instrukcí.*“ (Petřková, A., Čornaničová, R., 2004, s. 72)

### 3 PATOFYZIOLOGIE A EDUKACE ZVOLENÝCH ONEMOCNĚNÍ

Aby mohlo dojít k dokonalé přípravě edukačního procesu pro klienty trpící některou nemocí, je nutné znát patofyziologii vzniku nemoci, její příčiny, projevy, prognózu a faktory ovlivňující její průběh. Dnešní moderní svět nám umožnil pochopit podstatu lidských nemocí za použití technických vymožeností. Kdyby nebylo tohoto pokroku, nemohli bychom mít dobré výsledky v oblasti léčby nemocí. Musím uznat, že dnešní uspěchaná doba napomáhá vzniku většiny nemocí či jejich brzkému projevení. Dříve se nemoci vyskytovaly převážně u starých lidí, dnes je tomu naopak. Uvedu-li příklad infarktu myokardu, dříve postihoval lidi ve věku 60 - 70 let, dnes již postihuje populaci od 50 let. Z tohoto důvodu je důležité soustavně poskytovat informace všem občanům. Větší pozornost jistě soustředíme na již postižené, abychom jim pomohli dostatečnou informovaností zabránit zhoršování nemoci svým přičiněním. Na druhé straně je nutno uplatňovat preventivní opatření, informovat o nich populaci, vytvářet konference a programy na podporu zdravého životního stylu. Nejlepší by bylo naučit obyvatele každé země určitou formu relaxace, kterou si mohou zvolit dle svých potřeb a zájmů. Tudiž to, co jim je nejbližší a budou umět praktikovat sami v domácnosti bez pomoci lektora. Jak už jsem se zmínila dříve, edukace je nedílnou součástí výchovy populace k uvědomění si sama sebe, své smrtelnosti a snaží se o to, aby edukanti pochopili, jak si ubližují a jak tomu mohou zabránit. Vždyť je to vlastně jednoduché. Pokud je nutné naučit občany nějakým postupům či cvikům, zdatný edukátor by neměl mít problém při přípravě vzdělávacího kurzu se tohoto úkolu zhostit.

#### 3.1 Kardiostimulace

Začněme od pomůcky, která umožňuje zkvalitnění a prodloužení života jedince, a také je velmi málo známá mimo odborný zdravotnický kruh.

Srdce spolu s mozkiem a plícemi zastávají nejdůležitější roli v životě člověka. Pokud dojde ke změně převodního systému srdečního, změní se rytmus srdce, označujeme to jako srdeční arytmie. Vymizení patologického jevu na srdci nám umožní implantace přístroje zvaného kardiostimulátor a stimulačních elektrod. Kardiostimulátor je malá oválná krabička o velikosti 6 x 4 cm obsahující elektrické obvody a baterii. Baterie umožňuje životnost kardiostimulátoru v těle klienta po dobu několika let. Na krabičku kardiostimulátoru je nasazen nástavec z umělé hmoty, který umožňuje napojení elektrod. Kardiostimulační

elektrody vysílají impulsy do kardiostimulátoru a zpět do srdce. Kardiostimulace se zavádí za účelem dočasným nebo trvalým. Krátkodobá kardiostimulace je zavedena několik dnů až týdnů, kdežto trvalou má klient po celý zbytek života [16].

Jiný zdroj popisuje kardiostimulaci tímto způsobem: „*Kardiostimulace je léčebná metoda u pomalých srdečních rytmů. Její podstatou je opakované rytmické dráždění srdce stejnosměrným elektrickým proudem nízké intenzity, přiváděným do srdce elektrodou ze zevního zdroje – kardiostimulátoru. Přes elektrodu je také snímán vlastní rytmus srdce. To je důležité, protože kardiostimulátor pracuje pouze tehdy, jestliže vlastní rytmus pacienta klesne pod hodnotu nastavenou na kardiostimulátoru. Některé kardiostimulátory také snímají aktivitu pacienta při fyzické zátěži a podle toho zrychlují nebo zpomalují tepovou frekvenci.*“ (Špinar, J., Vítovec, J., 2007, s. 91)

Dříve byly kardiostimulátory velikosti hokejového puku a nebyly programovatelné. V dnešní době jsou programovatelné, mohou stimulovat až 3 srdeční dutiny a baterie vydrží od 5 do 10 let. Samozřejmě, že je životnost baterie závislá na typu a četnosti vysílání impulzů do srdce. Baterie kardiostimulátoru ztrácí svou funkčnost postupně několik měsíců, aby měl postižený dostatek času na výměnu.

Kardiostimulátory se **dělí podle počtu elektrod**, které jsou zavedené do srdečních oddílů. Máme buď *jednodutinové* zavádějící elektrodu do pravé síně či komory, dále *dvoudutinové* a *tříelektrodové*. Elektrody u dvoudutinové kardiostimulace jsou zavedeny v pravé síni a pravé komoře. *Biventrikulární stimulací* je myšleno zajištění funkce obou komor současně. Zavádí se u pacientů, kterým pravá a levá komora nepracuje symetricky. Používají se 3 elektrody, jež jsou zavedeny do pravé komory, síně a poslední elektroda je umístěna v levé komoře.

### 3.1.1 Implantace kardiostimulátoru

Zárok se provádí na operačním sále. Je nutná hospitalizace po dobu 2 až 3 dnů. Doba implantace kardiostimulátoru trvá hodinu, někdy může být i delší, pokud se vyskytnou nepředvídané komplikace. Klient užívající dlouhodobě léky na ředění krve musí tyto medikamenty před operací vysadit. Nesmí od půlnoci jíst, pít, kouřit a ráno v den operace je mu odebrán vzorek krve. Podepisuje *Informovaný souhlas s výkonem* za plného vědomí bez vlivu oblužujících či uklidňujících léků. Před odvozem na operační sál je nutné zajistit žilní přístup, podat pacientovi infuzní terapii podle ordinace lékaře a oholit horní část hrudní-

ku až po prsní bradavky, kde bude prováděna implantace. Většina zavedení kardiostimulátorů do těla pacienta se provádí v lokální anestezii, tudíž pacient vše vnímá. Zaujímá vodorovnou polohu na zádech a je napojen na monitor smínající EKG křivku, tep, dech, tlak krve a stav vědomí. Lékař si vydezinfikuje operační pole jodovými preparáty, pokud na něj klient nejeví známky alergické reakce. Provede znecitlivění místa vstupu a chvíli vyčká na jeho účinek. Řez vede pod klíční kostí o délce cca 4 cm, nalezne vhodnou žílu, kterou zavede elektrodu rovnou do srdce za rentgenové kontroly. Pokud vyhovují stimulační parametry a klient neuvádí negativní pocity, vytvoří si pod kůží malou kapsu do níž umístí kardiostimulátor připevnění k elektrodám. Je nutné vyzkoušet na sále funkčnost přístroje. Po výkonu se klient zaveze zpět na pokoj daného oddělení.

Na oddělení se mu natočí EKG záznam, změří tlak krve, puls, krvácivost rány a je nutné po tento den udržovat klidový režim. Na straně implantace nezvedá horní končetinu. Druhý den po zavedení má klient běžný pohybový režim, na který je zvyklý a provádí se rehabilitace s horní končetinou. Před opuštěním nemocnice musí podstoupit kontrolní rentgen a přezkoušení funkčnosti přístroje s konečným naprogramováním podle potřeb klienta. Nemocný obdrží identifikační kartičku obsahující údaje o přístroji, jméno lékaře, telefonní čísla, na něž se může obrátit s různými problémy. Je nutné klienta poučit o režimu v domácím prostředí a o nutnosti pravidelně docházet do kardiologické ambulance na kontroly přístroje a baterie [16, 20].

### 3.1.2 Způsoby dočasné kardiostimulace

Mimo klasický způsob zavedení kardiostimulátoru pomocí operační metody a vytvoření kapsy se mohou používat i jiné druhy implantace elektrod do těla pacienta.

Transvenózní kardiostimulace využívá zavedení stimulačního katetru cestou žilní do pravé komory srdeční napojeného na externí zdroj stimulátoru. Nevýhodou je zavedení katetru invazivním přístupem vyžadující čas a zkušenost lékaře. Pacient je ohrožen krvácením, vysokým tlakem v komoře srdeční, srdeční tamponádou či poraněním plíce za vzniku pneumotoraxu.

Epikardiální kardiostimulace se užívá u pacientů absolvujících operaci srdce pro zajištění jeho činnosti. Princip spočívá v tom, že elektrody jsou zavedené za epikard srdce pomocí torakotomie a vyvedené přes kůži do externího zdroje. Pacient je ohrožen velkým množstvím komplikací. Mezi nejzávažnější patří poškození srdeční tkáně a propuknutí infekce.



Transezofageální kardiostimulace je používána pro léčbu diagnostiku, sinusové bradykardie a tachykardie supraventrikulární. Elektroda se zavádí ústy nebo nosem do části středního jícnu a je opět napojena na externí kardiostimulátor. Používá se k usměrňování činnosti síně srdeční [5].

### 3.1.3 Edukace klienta s implantovaným kardiostimulátorem

Nemocným s kardiostimulátorem je nejdříve potřeba vysvětlit, co je to kardiostimulátor, proč musí podstoupit zákrok a co bude následovat po něm. Mnoho informací, které klient potřebuje vědět, má v kompetenci lékař, zdravotní sestra pomáhá klientovi při přípravách na vyšetření, která jsou nutná před implantací, dopomáhá mu při všedních činnostech a je mu oporou. Pokud má nemocný otázky týkající se již získaných informací, poskytne mu zdravotní sestra odpovědi a pomůže mu je snáze pochopit, jelikož zdravotnický personál často používá lékařskou terminologii a neuvědomuje si to. Co je to kardiostimulátor, z čeho se skládá a jaký je postup zavádění, jsem uvedla výše. Nyní se budu zabývat edukací klienta po implantaci (v pooperačním období) a selfmonitoringem v domácím prostředí.

Po operaci se musí sledovat operační rána, jestli se neobjevily známky zánětu či mokvání. Je nutné udržovat ránu čistou a suchou, což zajišťuje zdravotnický personál, ale je dobré seznámit klienta s převazy a s důvodem, proč se to dělá. Klient musí dodržovat léčebný režim a paži na operované straně by měl pohybovat co nejméně. Měl by se vyvarovat prudkých pohybů a nošení těžkých věcí. S postupem času bude moci klient paži více zatěžovat a používat v běžných činnostech. S kardiostimulátorem pod kůží by si neměl klient hrát a pohybovat s ním, zároveň by se měl vyhýbat úderům do místa operační rány. Jak už jsem se zmiňovala dříve, je zapotřebí, aby klient pochopil dodržování nutné pravidelné lékařské prohlídky a aby nosil stále při sobě identifikační průkazku.

Je nutné vysvětlit nemocnému důležitost pravidelných lékařských prohlídek. Klient dochází do kardiologické ambulance v nemocnici, která mu kardiostimulátor implantovala. Klientovi se nad kardiostimulátor přiloží *telemetrická hlava*, která umožní zdravotnickému pracovníkovi komunikovat s implantovaným kardiostimulátorem za pomoci počítačové techniky. Z počítače se tisknou informace o srdečním rytmu a kardiostimulátoru. Tyto informace umožní lékaři zhodnotit stav kardiostimulátoru a zjistit, zda je potřeba změnit nastavené parametry v souvislosti se zjištěnými problémy klienta. Lékař zkontroluje stav ba-

terie a zhodnotí nutnost její výměny. Tímto způsobem budou probíhat všechny kontroly, které klient podstoupí.

Funkci kardiostimulátoru může ovlivnit elektromagnetické záření. Většinou stačí, když se zářič vypne nebo klient opustí místnost, ve které se zářič nachází. Jestliže pacient pracuje v prostředí, kde se vyskytují zářiče, měl by o tom informovat lékaře, stejně jako o plánovaných operacích. Patří sem operace s použitím elektrických nástrojů, elektrokauterizace (ke stavění krvácení za pomoci elektrického proudu), kardioverze (používá se k léčbě arytmií elektrickým výbojem), litotripse (drcení kamínků např. ve žlučníku, ledvinách, močovém měchýři atd.) a ozařování.

*„Je nutné vyhybat se následujícím zdrojům:*

- *elektrická záření ve špatném stavu, která nejsou řádně uzemněna,*
- *elektrické zařízení, které produkuje mnoho energie, jako třeba průmyslové generátory,*
- *obloukové svářečky,*
- *některé zdravotnické vyšetřovací a léčebné metody,*
- *detektory kovů a bezpečnostní systémy v obchodech, skladech a na letištích.“ (Špinar, J., Vítovec, J., 2007, s. 97)*

Převážná část domácích spotřebičů jsou bezpečná, a proto se klient s kardiostimulátorem nemusí bát je používat. Ve zdravotnických zařízeních je bezpečný hrudní a zubní rentgen, diagnostický ultrazvuk, počítačová tomografie, mamografie a fluoroskopie. Je nutné, aby klient při příchodu do nemocnice neprodleně informoval zdravotnický personál o vlastnictví kardiostimulátoru, než se začnou plánovat různá vyšetření a léčba jeho stavu. Na letištích je potřeba předložit personálu identifikační kartu, která zajistí, že klient nebude procházet rámem. V dnešní době jsou kardiostimulátory opatřeny ochranou proti záření z mobilních telefonů, pouze se doporučuje nemocným, aby udržovali mobilní telefon od kardiostimulátoru ve vzdálenosti 20 cm a nenosili je v náprsních kapsách. Klient může vykonávat všechny sporty. Měl by se vyvarovat pouze kontaktních sportů, sportů s prudkými otřesy, jako je jízda na koni nebo autodráha, silové cviky, jako je vzpírání, není též vhodné praktikovat. Všechny tyto sporty mohou poškodit kardiostimulátor, a tím ovlivnit jeho funkčnost [20].

Nemocní s kardiostimulátorem mohou žít aktivním životem bez omezení. Mohou řídit auto, sprchovat se, vykonávat různé sporty, cestovat, žít sexuálním partnerským životem atd. Dietní režim není potřeba nijak zásadně měnit. Ze svého jídelníčku je třeba vyloučit velké množství soli, tuků a cholesterolu. Dále je nutné myslet na pravidelné užívání léků, udržovat si stálou hmotnost, mít dostatek odpočinku, nestresovat se, omezit příjem tekutin, nepodporovat tabákový průmysl a zhubnout na doporučení lékaře [23].

### 3.2 Astma bronchiale

V dnešní době se první známky astmatu vyskytují v dětském věku, ale mohou se projevit v každém věku. V České republice astma v dětském věku zaujímá 10 % všech nemocí. Celkově se v celé populaci pohybuje kolem 8 %. Astmatem jsou nejvíce ohroženi lidé v rodinách s jinými alergickými onemocněními. Patří mezi ně atopický ekzém a alergická rýma. Astma bronchiale se může během času postupně vyvinout například ze senné rýmy.

Jako u každého onemocnění existují i u astmatu **rizikové faktory** zapříčiňující rozvoj tohoto onemocnění. Rizikové faktory se dělí na zevní a vnitřní. Mezi vnitřní faktory, čili faktory vnímaného jedince patří genetická predispozice, atopie, hyperreaktivita dýchacích cest a pohlaví. Chlapci jsou ohroženi vznikem astmatu spíše v dětství, kdežto ženy jsou náchylnější v dospělosti. Ze zevního prostředí, což jsou vlivy prostředí, působí na jedince vdechované alergeny jako roztoče, alergeny z domácích zvířat, pylu a plísně. Může ho ovlivňovat i tabákový kouř vdechovaný aktivní i pasivní cestou. Mezi další faktory se řadí profesionální prostředí jedince, respirační infekce, změny klimatu, potraviny, emoční napětí, stres a fyzická námaha.

F. Salajka (2008, s. 3) **definuje** astma bronchiale jako chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Zánětlivý proces způsobuje zvětšení reakce průdušek vedoucí k opakovanému střídání pískotů, dušnost, tlak na hrudi, kašel převažující v noci a časně nad ránem.

Aby se mohlo prokázat, že se jedná o diagnózu astma bronchiale, je zapotřebí provést určitá vyšetření, která nám tuto diagnózu potvrdí. **Klinický obraz** astmatu je opakující se dušnost, pískoty slyšitelné na hrudi, pocity sevření a tísně na hrudníku, dráždivý kašel až dušnost s větší intenzitou v noci a časně nad ránem. Klient může mít zároveň i známky alergické rýmy či atopického ekzému.

Mezi diagnostická vyšetření patří lékařská anamnéza, odběry biologického materiálu jako krev, sputum a moč, rentgenové vyšetření srdce a plic. Nejdůležitějším vyšetřením je spirometrické vyšetření zjišťující výdechovou rychlost a objem expirovaného vzduchu. Plicní vyšetření se provádí v klidovém období, které nemusí prokázat žádné známky obtíží, a také v době potíží. Doplnujícím vyšetřením je vyšetření alergologické. Toto vyšetření může pomoci zjistit rizikové faktory a hlavní spouštěče astmatických projevů. Průkaz alergenů v těle se provádí pomocí krevních testů stanovením hladiny specifického antigenu IgE, kožními testy neboli epikutánními testy a vyšetřením alergenů pracovního prostředí. Alergologickým vyšetřením by měl projít každý pacient s podezřením na onemocnění astma bronchiale.

**Léčba** astmatu spočívá v udržení a dosažení kontroly nad recidivami astmatu. V lékařské praxi se za dosažení kontroly považuje, že klient bude mít jen minimální příznaky každý den, nebude muset omezit aktivity běžného života, v noci a časně nad ránem se nebude probouzet s nekontrolovatelnými záchvaty kašle, nebude muset používat úlevové léky na astma či je užívat jen minimálně. Každý člověk postižený astmatem má vypracovaný individuální plán léčby a pravidelných kontrol u lékaře. Na kontroly musí klient docházet do ambulance plicního nebo alergologického lékaře. Nejlepším způsobem léčby je zamezení vlivu rizikových faktorů na daného jedince.

Mezi medikamentózní léčbu se řadí úlevová antiastmatika a kontrolující, preventivní antiastmatika. Úlevová antiastmatika způsobují rozšíření bronchů s rychlým nástupem účinku léku. Preventivní antiastmatika účinkují proti zánětu dýchacích cest. Tyto léky se musí brát dlouhodobě, pravidelně a každý den i v době bez obtíží. Nejúčinnějšími léky proti zánětu jsou kortikoidy, které se aplikují v inhalační podobě. Alergolog může naordinovat pacientovi alergenovou imunoterapii jen v případě průkaznosti spouštěcích alergenů.

Léky na astma bronchiale se podávají buď ve formě inhalační nebo perorální a mohou se vzájemně kombinovat. Vše záleží na ordinaci lékaře pečujícího o klienta s astma bronchiale [19].

### 3.2.1 Organizace a společnosti zabývající se problematikou astma bronchiale

V březnu roku 1996 byla v Praze vyhlášena Česká iniciativa pro astma (ČIPA) sdružující převážně alergology, pneumology a další lékařské profese. Zpočátku sdružovala 3 české lékařské společnosti. Společně publikovali dokument nazývaný se „Strategie diagnostiky,

prevence a léčby průduškového astmatu“ v České republice. Pod společnost ČIPA spadá od roku 2002 Česká pylová informační služba. Hlavní úlohou této společnosti je sjednocení odborných názorů na péči o astma v ČR s použitím celosvětových doporučení. Snaží se obnovit spolupráci s praktickými lékaři a sjednocení standardu diagnostiky a léčby astmatu v primární péči.

V ČR existují i pacientské organizace sdružující nemocné s astmatem i alergií převážně v dětském věku s jejich rodinnými příslušníky. Mezi nejznámější u nás patří pražské Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem a brněnské Sdružení pro alergické a astmatické děti. V Evropě je největší laickou organizací European Federation of Astma and Allergy Associations, známá pod zkratkou EFA se sídlem v Bruselu. EFA sdružuje 36 asociací na podporu pacientů s astma bronchiale [8].

### 3.2.2 Edukace klienta s astmatem

Edukace klientů s astmatem spočívá především v navázání vztahu důvěry mezi zdravotnickým personálem a klientem, ve vysvětlení podstaty nemoci a její léčby, informování o důležitosti a správnosti používání inhalačních technik a medikamentů. Vzhledem k nízkému věku nemocných se musí spolupracovat s celou rodinou klienta. Nejlepší edukační metodou pro nemocné dítě či adolescenta je seznámit ho s jiným nemocným stejné věkové kategorie a nechat je si pohovořit o svých problémech a zvládnutí léčby. Klient, který má již nastavenou léčbu, pomůže nemocnému získat sebevědomí a důvěru ve zdravotnický personál. Vzhledem k tomu, že musí nemocní pravidelně docházet k lékařům, je zapotřebí, aby mezi sebou jednotliví pracovníci spolupracovali a vzájemně si vyměňovali informace o nemocném.

Povinností zdravotní sestry je, být pro nemocného oporou v těžkých chvílích, pomoci mu s nácvikem inhalačních metod, naučit je klienta spolu s dechovým cvičením, jenž mu umožní uvolnění hlenu z dýchacích cest a také zvýší kapacitu plic. Zdravotní sestra by k edukaci měla přistupovat dle klientova stavu a věku. Celý edukační proces musí být předem naplánovaný a rozdělený do menších celků, aby klient nebyl zahlcován velkým množstvím informací naráz. Pokud by se informace nepodávaly po malých částech, klient by si je nezapamatoval a nemohl by je přesně vykonávat. Můžeme doporučit a zajistit nemocnému spolu s jeho rodinou návštěvu rehabilitačního pracovníka, který mu pomůže naučit se cviky, které mu umožní zvýšit dechovou kapacitu a uvolnit hlenu z dýchacích cest. Dále

pak tyto cviky bude vykonávat se zdravotní sestrou. Dobrou metodou k uvolnění dýchacích cest je poklepová masáž či masáž za pomoci balónku. Tyto techniky může buď vykonávat nemocný sám nebo za pomoci druhé osoby.

Naším hlavním cílem by mělo být klienta naučit používat inhalaci, zajistit pravidelné užívání medikace a navštěvovat lékaře v pravidelných intervalech. Pomocí nefarmakologické léčby naučíme klienta používat balónkovou a poklepovou masáž a dechová cvičení v pravidelných intervalech každý den po dobu 5 minut.

### 3.3 Osteoporóza

Osteoporóza se v dnešní moderní společnosti řadí mezi nejběžnější onemocnění vyskytující se v brzkém věku ve formě komplikací. Proto je důležité provádět vzdělávací kurzy o způsobu prevence, oddálení a zamezení vzniku tohoto onemocnění.

Existuje mnoho definic popisující osteoporózu. Rozhodla jsem se uvést pouze dvě definice, které po obsahové stránce jsou shodné, pouze se liší formulováním jednotlivých autorů.

*„Osteoporóza je metabolické kostní onemocnění, charakterizované snížením kostní hmoty a deteriorací mikroarchitektury kostní tkáně, která má za následek zvýšenou fragilitu kosti a z toho plynoucí zvýšené riziko zlomeniny.“* (Dungl, P., 2005, s. 395)

*„Osteoporóza je onemocnění vyznačující se redukcí normálně mineralizované kostní hmoty na objemovou jednotku s poškozením mikroarchitektoniky kostní tkáně, které způsobuje zvýšení kostní fragility a zvýšenou pohotovost k zlomeninám.“* (Klener, P., 2006, s. 887)

Z uvedených definic vyplývá, že dochází ke změně stavby kostní architektury, mající za následek vznik patologických zlomenin. Postihuje jak organické, tak i anorganické složení látek v kosti. Rozlišujeme mnoho **rizikových faktorů** napomáhající vzniku a rozvoji osteoporózy. Patří mezi ně nízká tělesná hmotnost, hmotnostní úbytek v krátké době, výskyt zlomenin v rodině i anamnéza postiženého, kouření, chronický příjem alkoholu, kofein, nedostatek látek v potravě jako je kalcium, vitamin D, proteiny, fosfáty a vláknina. K rozvoji osteoporózy napomáhá i sedavý způsob života, agresivní medikace pomocí kortikosteroidů, brzká menopauza, sekundární amenorea trvající déle než rok a skolióza. Rizikovou skupinou jsou lidé trpící nesnášenlivostí na mléko a mléčné výrobky, podvyživení a fyzicky ochablí jedinci. Je prokázán vyšší výskyt osteoporózy u bílé rasy oproti rase černé.

Osteoporóza se **dělí** na *primární* a *sekundární*. Primární osteoporóza se ještě rozděluje na *postmenopauzální* a *senilní*. Postmenopauzální typ se vyskytuje u žen častěji než u mužů v poměru 6:1 a je charakterizovaná věkem mezi 55 až 65 let. Vznik tohoto typu zapříčiňuje nedostatek estrogenů vyvolaný ukončením menstruačního cyklu ženy. Zde se nejvíce vyskytují zlomeniny obratlů. Osteoporóza senilního typu postihuje opět více ženy než muže v poměru nižším 2:1 ve věku nad 70 let. Je způsobena dlouhodobým nedostatkem kalcia a objevují se převážně zlomeniny kosti stehenní. U žen není jasně vymezená hranice mezi těmito dvěma typy, ale zjistilo se, že do určité míry senilní osteoporóza navazuje na osteoporózu postmenopauzální. Sekundární osteoporóza je způsobena v závislosti na základním onemocnění, vzniká jako druhotný proces. Zahrnují se sem onemocnění endokrinní, chronická onemocnění jater, diabetes mellitus, dlouhodobá imobilizace, nádory a může být způsobená i iatrogeně. Dalšími příčinami vedoucími ke vzniku osteoporózy jsou dlouhodobě užívané glukokortikoidy, antiepileptika a heparin. Hyperparathyreóza, hyperthyreóza, hyperkortikalismus, jaterní choroby a chronická renální insuficience také napomáhají k rozvoji sekundární osteoporózy.

**Klinické příznaky** jsou rozdílné. U většiny populace se neprokáže výskyt osteoporózy dříve, než dojde k poškození kostí zlomeninou či jinou deformací. Může dojít k náhodnému objevení při RTG snímku plic provedeného z jiného důvodu. Na snímku se objeví deformace obratle či zlomenina z útlaku. Prvotním příznakem je bolest v oblasti hrudní nebo bederní páteře, která přivede pacienta k lékaři. Bolest je špatně lokalizovatelná, zvyšuje se při pohybu a zátěži zad. Akutní bolest vzniká náhle při prudkém, rychlém pohybu v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře vystřelující do břicha a dolních končetin. Může se vyskytnout bolestivý podnět na trnech obratlů vyvolaný poklepem. Postupem rozvoje onemocnění dochází ke změně výšky postavy směrem dolů, kdy se zakulacuje hrudník (hyperkyfóza) kompenzovaný bederní hyperlordózou. Na zádech se vyskytují příčné kožní řasy převážně v oblasti beder, přičemž břišní stěna ochabuje. Nejobvyklejším projevem osteoporózy je zlomenina způsobená nepatrným úrazem. Patologické zlomeniny se nejčastěji vyskytují na předloktí, krčku kosti stehenní, na obratlích z útlaku a mohou se nacházet i na jiných kostech v lidském těle.

Mezi základní **diagnostiku** onemocnění patří odběr anamnézy postiženého, laboratorní testy, RTG snímek a densitometrie. Krev se odebírá na běžný screening, vyšetřují se renální a jaterní funkce i krevní obraz. U mužů se vyšetřuje hladina testosteronu v krvi. Odběr

sbírané moči za 24 hodin na odpady nám může nepřímo určit vstřebávání kostí. V moči se sleduje odpad kalcia a fosfátů. Dále se v séru i v moči sleduje hladina osteokalcinu, což je protein vyskytující se v osteoblastech kosti. Ke screeningu onemocnění nám může posloužit vyšetření kalciurie v ranní moči po lačnění vztahující se ke clearance kreatininu. Nutné je vyšetřit i hladinu vitamínu D. Osteodenzitometrie nám podává informace o obsahu minerálů v kosti. Jedná se o metodu neinvazivní, kdy se vysílá energetický paprsek na předloktí, obratel či kost stehenní a vyhodnocuje nám stupeň zastínění procházejícího paprsku, tedy hustotu kostní tkáně. Toto měření je nutné opakovat s odstupem 1 až 2 let. Provádí se i ultradenzitometrie ke screeningu rizikových nemocných. Provádí se na patní kosti za pomoci ultrazvukových vln.

**Léčebnými postupy** se snažíme zabránit dalšímu rozvoji a ztrátám kostní hmoty. Primární osteoporózu se ve většině případů nepodaří vyléčit, ale je možné zastavit další šíření nemoci a zmírnit potíže nemocného. Tato léčba je komplexní a dlouhodobá. Pokud klient pociťuje bolest, podávají se mu antiflogistika a analgetika. K odlehčení skeletu je možné použít trupové ortézy, ale je zde kontraindikace dlouhodobé imobilizace vedoucí k atrofiím. Fyzikální terapie a rehabilitace pomáhají posilovat zádové svalstvo a svaly břišního lisu.

Do *medikamentózní léčby* patří podávání estrogenů, kalcia, androgenů, biofosfonátů, kalcitoninu, vitamínu D a fluoridu sodného.

Novou metodou léčby osteoporózy je *vertebroplastika* u zlomenin páteře, kdy se injekčně aplikuje kostní cement.

U mužů se k terapii používají stejné prostředky jako u žen s výjimkou podávání estrogenů.

Důležitá je **prevence**, která by měla být již od dětství. Dětem se podávají potraviny s vysokým obsahem vápníku, vitamin D a děti musí dodržovat přiměřenou fyzickou aktivitu. V době menstruačního cyklu je preventivním opatřením snaha udržet pravidelnost cyklu. V dospělosti a stáří se doporučuje procházková chůze, jízda na kole po rovném povrchu, jóga a plavání. Nedoporučují se sporty se skoky a kontaktem, mezi než patří běh na dlouhé tratě, gymnastika, zápasy, bojové sporty atd. Je nutné provádět cviky pravidelně, přesně a intenzivně [3, 9].



### 3.3.1 Edukace klienta s osteoporózou

Klienti s osteoporózou, kromě pravidelného užívání léků, by měli dbát o svůj zdravotní stav stálým udržováním tělesné kondice a správnou životosprávou. Do svého jídelníčku by měli zařadit potraviny, které obsahují vyšší množství vápníku, ale nemusí se nijak zvláště omezovat. Pouze by měli vynechat kávu s obsahem kofeinu a kouření. Denní příjem vápníku by měl být nejméně 1,2 g. Nejvíce by měl člověk přijímat mléko a mléčné výrobky již od dětství. V dospělosti je potřeba dbát na potraviny s nízkým obsahem tuků, jelikož není žádoucí, aby nemocní s osteoporózou přibývali na váze. Pokud je klient obézní, je nutné, aby došlo k redukci jeho váhy po doporučení lékaře. Váhu by měl snižovat pozvolna, jelikož rychlá redukce by mohla nemocnému naopak ublížit.

Potraviny u klienta s osteoporózou nejsou zakázané žádné.

#### **Doporučené potraviny jsou:**

- Rostlinné oleje, čerstvé máslo a margaríny.
- Mléko a mléčné výrobky – neomezené množství výrobků s nízkým obsahem tuků.
- Maso – vynechat hovězí, jinak konzumace v menším množství.
- Zelenina, ovoce a koření – bez omezení.
- Ořechy a mák – neomezený příjem [21].

K udržování správné fyzické kondice se doporučuje běh, chůze, tanec, aerobik, tenis, jízda na kole, skákání přes švihadlo, plavání a vodní sporty, skupinové sportovní hry jako je kopaná a košíková. Klient by neměl dělat kontaktní sporty, sporty s doskoky, u těchto sportů hrozí vznik zlomenin. Denně by každý člověk měl chodit minimálně 30 minut. Chodecký trénink je možné obohatit o nošení závaží na zápěstích a kotnících o hmotnosti půl až jeden a půl kilogramu. Pravidelné cvičení a posilování svalů zad, boků a břišních svalů pomáhá nemocným k udržování dobré kondice a relaxaci. Všechny cviky, dle jednotlivých svalových skupin, by měl klient provádět denně. Pohyb na čerstvém vzduchu se slunečním zářením má blahodárné účinky. Sluneční paprsky, spolu s vitamínem D, pozitivně působí na pokožku a podporují vstřebávání vápníku v zažívacím traktu. Při zvedání těžkých břemen by měl každý člověk, nejen postižený osteoporózou, znát správnou techniku. Tato technika spočívá v tom, že přistoupíme k břemenu ležícímu na podlaze. Chodidla máme od sebe vzdálená na šíři ramen. Jedno chodidlo posuneme mírně dopředu vedle předmětu, pokrčí-

me kolena se vzpřímenými zády. V žádném případě si nepodáváme předměty s ohnutými zády. Lidé postižení osteoporózou by měli dbát na zapření kříže rukou při kýčání, smrkání či kašlání. Přitom by měli záda udržovat ve vzpřímené poloze. Druhou metodou je pokrčení kolen a kyčlí, kdy je jedna ruka opřená o stehno. Neméně důležité je používání vhodné obuvi, která by nám měla chránit chodidlo, kotník a nárt. Obuv by měla být vyvločkováná a klienti mohou nosit speciální atletickou obuv aniž by vykonávali sportovní aktivitu. Je nutné klást důraz na pravidelnou výměnu obuvi každý rok nebo při brzkém prošlapání podrážky. Pacienti s oslabenými kostmi mohou též dlouhodobě jezdit autem, ale měli by dbát na pravidelné přestávky s procházkou či protažením. K prevenci osteoporózy je vhodné pravidelně konzumovat bylinné čaje či jiné preparáty s estrogenními účinky. Vhodné jsou fenyklové a lékořicové čaje, tinktury nebo kapsle plněné sušenými bylinami. Mohou si připravovat i čerstvé čaje ze smetánky lékařské, červeného jetele a vojtěšky [22].

### 3.4 Pankreatitida

Onemocnění slinivky břišní patří mezi závažné onemocnění, které se nepříliš jasně diagnostikuje. Hlavní příznaky pankreatitidy jednoznačně nevedou k diagnostickým postupům, které nám určí, zda se jedná o zánět pankreatu či o nádorové onemocnění nebo zda není postižený jiný orgán v dutině břišní.

Podle průběhu nemoci rozlišujeme pankreatitidu akutní a chronickou.

#### 3.4.1 Akutní pankreatitida

T. Krechler a T. Švestka (2005, s. 119) definují akutní zánět slinivky břišní jako onemocnění s variabilním postižením okolních i vzdálených orgánů. Může vyústit v multiorgánové selhání a v horším případě končí smrtí klienta. V posledních letech je zaznamenán velký nárůst tohoto onemocnění, jež má souvislost se změnou stravovacích návyků celé populace.

**Příčinou** vzniku akutní pankreatitidy ve většině případů je choledocholitiáza, nadměrné požívání alkoholu anebo ke vzniku dochází z neznámých důvodů. Méně častými faktory jsou vrozené anomálie pankreatu, divertikly duodena, hyperkalcemie, hyperlipoproteinemie, penetrující peptický vřed, poškození léky nejvíce diuretiky, antibiotiky a některými hormonálními přípravky. Mohou být způsobené infekcí vyvolanou virem, bakteriemi, mykoplazmaty, houbami nebo červy. V dětském věku může vzniknout traumatická akutní pan-

kreatitida pádem z kola na řídítka nebo u dospělých vyvolaná nárazem na volant při auto-nehodě. Neméně časté jsou příčiny iatrogenní jako je vyšetření ERCP a nitrobřišní operace.

**Klinický obraz** onemocnění je lehčí u edematózní a intersticiální pankreatitidy, těžší formou je pak nekrotizující akutní pankreatitida. Nejčastějším projevem je bolest břicha, lokalizovaná nad pupkem pod levým žeberním obloukem vystřelující do zad a hrudníku. Bolest trvá několik hodin až dnů. Většinou jí předchází dietní chyba či požití větší dávky alkoholu. Dalšími příznaky jsou nauzea, zvracení bez pocitu úlevy a paralytický ileus projevující se nedostatečným odchodem plynů. V těžkých případech je postižený zarudlý v obličejí, ikterický, na břicho se objevují známky peritoneálního dráždění a zpomalené peristaltiky. Klient zpočátku nereaguje na onemocnění vysokou teplotou. K nárůstu teploty dochází při vzniku onemocnění infekčním patogenem. Zhoršené dýchání způsobené ascitem či pneumotoraxem se vyskytuje v menší míře. V nejtěžších případech dochází k rozvoji šokového stavu s hypotenzí, tachykardií a pocením. V podkoží nalezneme namodralé skvrny způsobené hemoragickou nekrózou tukové tkáně označované jako Turnerovo znamení, což jsou skvrny v tříslech a Cullenovo znamení se skvrnami kolem pupku.

Ke správnému stanovení **diagnózy** musíme odebrat *anamnézu*, provést *fyzikální vyšetření*, laboratorní testy a vyšetření pomocí zobrazovacích metod. Do *laboratorních testů* spadá vyšetření amylázy a lipázy v séru a moči, jejichž hodnoty budou zvýšené. Do biochemických vyšetření patří vyšetření jaterních testů, CRP, krevní obraz, stanovení hladin iontů v séru, vyšetření urey a kreatininu, krevních plynů, celkové bílkoviny, albuminu a v neposlední řadě hladina glykémie v krvi. U akutní pankreatitidy se provádí *zobrazovací metody* jako CT za pomoci aplikace kontrastní látky do žilního řečiště. Z vyšetření počítačovou tomografií získáváme informace o stupni poškození pankreatu. Dále se provádí abdominální sonografie a ERCP neboli endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, která nám nejvíce napomůže ke správnému stanovení diagnózy a léčby akutní biliární pankreatitidy, vzniklé zaklíněním kamínku ve Vaterské papile. Pro odlišení jiných onemocnění provádíme nativní rentgenový snímek, magnetickou rezonanci a endoskopické vyšetření.

Postiženého je nutné hospitalizovat na jednotku intenzivní péče s monitorací základních životních funkcí. Rozlišujeme 3 **léčebné postupy**. *Léčba konzervativní* zahrnuje vyloučení příjmu potravy i tekutin ústy, zavedení nasogastrické sondy do žaludku klienta k odvodu žaludečního obsahu a vzduchu. Bolest tlumíme podáním analgetik s vyloučením preparátů morfinového typu, které způsobují hypertenzi Oddiho svěrače. U těžkých případů je zajiš-

těna komplexní parenterální výživa centrálním žilním katetrem, později se převádí na enterální výživou pomocí nazojejunální sondy. Podáváme velké množství tekutin parenterální cestou, monitorujeme diurézu a hodnoty centrálního žilního tlaku. U infekční pankreatitidy aplikujeme nemocnému nitrožilně antisekretorika a antibiotika. U těžkých forem, kdy hrozí multiorgánové selhání či rozvoj šokového stavu, je nutné, aby klient zůstal hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče, zajistí se protišoková opatření a katecholaminová podpora. V průběhu léčby může klient podstoupit opakované dialýzy nebo být připojen na umělou plicní ventilaci. U lehčích forem je po několika dnech pacient převezen na standardní oddělení, kde se pokračuje v infuzní terapii a postupně se zatěžuje zažívací trakt podáváním stravy a tekutin ústy. *Léčba endoskopická* se provádí u akutní biliární pankreatitidy, kdy se uvolní odtok žluče papilosinkterotomií. Tato metoda nám umožní odstranění konkrementů ze žlučových cest. *Chirurgickou léčbu* je možno dělit na operaci pankreatu, cholelitiázy a řešení komplikací.

### 3.4.2 Chronická pankreatitida

*„Je to chronický zánět slinivky s postupnou náhradou sekrečního parenchymu fibrózní tkání. Chronickou pankreatitidu lze klasifikovat podle morfologie, etiologie nebo patogeneze. Z hlediska morfologických změn, které vycházejí z odlišných etiopatogenetických mechanismů, lze pankreatitidu klasifikovat jako: 1. kalcifikující, 2. obstrukční, 3. primárně zánětlivou a 4. pankreatickou fibrózu.“* (Mařatka, Z., 1999, s. 375)

**Etiologii** chronické pankreatitidy je možné dělit na příčiny metabolické, změnu anatomických poměrů, geneticky definované příčiny, idiopatické formy a imunologické příčiny. Metabolickými příčinami je myšleno požívání alkoholu, hyperkalcemie, chronická uremie, malnutrice proteinů, působení toxinů a léků. Tumor či stenóza Vaterské papily je zapříčiněna změnou anatomických poměrů. Geneticky podmíněný je vznik hereditární pankreatitidy. Idiopatická forma se dělí na juvenilní a senilní. Příčiny imunologické zahrnují onemocnění hepatitidou typu B, Crohnovou chorobou a působením virů.

V **klinickém obraze** se rozlišuje forma bolestivá a nebolestivá. Bolesti jsou stálé nebo střídavé, nemají charakter koliky a jsou lokalizované v okolí pupku s projevem po požití potravy. Dále je patrný váhový úbytek, ikterus, diabetes mellitus, mastná a objemná stolice. Komplikací může být pankreatický ascites, pseudocysta a absces pankreatu jako lokální komplikace.

**Diagnostické vyšetření** se provádí stejně jako u akutní pankreatitidy. U chronické pankreatitidy se navíc vyšetřuje elastáza i ve stolici. Ve stolici se také vyšetřuje chymotrypsin.

**Léčba** se dělí stejně jako u akutní pankreatitidy. Specifikem konzervativní léčby je režimové opatření v absolutním zákazu alkoholu a nutnosti omezit příjem živočišných tuků. U klientů s poruchou zevní sekrece se podávají preparáty s vysokým obsahem pankreatické lipázy. Při bolestivé formě se aplikují spasmolytika, analgetika a prokinetika. Léčba inzulinem se provádí u sekundárně vzniklého diabetu mellitu. Endoskopickou léčbou se odstraní stenóza pankreatického vývodu za pomoci stentu, mohou se odstranit konkrementy, popřípadě je možno udělat drenáž pseudocysty. Endoskopická léčba je využívána i u některých vrozených anomálií pankreatu. K chirurgické léčbě se přistupuje jen u těžkých forem s bolestivostí neovlivnitelnou medikamenty [12, 14].

### 3.4.3 Edukace klienta s pankreatitidou

Především je zapotřebí rozlišit, zda se jedná o akutní fázi, nově vzniklou, pankreatitidu nebo o chronickou formu, která může mít též akutní fázi. Při akutní pankreatitidě je nutné, aby byl klient hospitalizovaný. V nemocnici se pomocí vyšetřovacích technik zjistí, o jaké onemocnění se jedná a potvrdí se předem stanovená diagnóza. Každý nemocný, jenž má pankreatitidu, musí dodržovat dietní opatření trvající nejméně 1 rok. Nejdříve je zapotřebí, aby klient nepřijímal žádnou stravu ústy, výživa mu je podávána nitrožilně nebo za pomoci nasogastrické sondy či pomoci jiných lékařských metod. Vše je dáno zdravotním stavem klienta. Zažívací trakt klienta se musí postupně a po malých dávkách zatěžovat. Povinností zdravotní sestry je seznámit klienta s dietním režimem, popřípadě mu zajistit návštěvu a rozhovor s dietní sestrou. Zdravotní sestra by se měla snažit získat důvěru klienta, dodávat mu sebevědomí a docílit jeho snažení o naučení se novým věcem. Musí klientovi vysvětlit důležitost dodržování dietního opatření a nutnosti pravidelného užívání předepsaných léků.

Základním opatřením je příjem stravy v malých dávkách, šestkrát denně, šetrně připravenou a nezatěžující organismus. Strava by měla být plnohodnotná s dostatečným množstvím vitamínů, cukrů a bílkovin, omezují se pouze tuky a alkohol. Mezi doporučené potraviny patří:

- Maso – libové, netučné – hovězí, telecí, vepřové, kuřecí, rybí a králíčí.

- Mléko – s nízkým obsahem tuků, vhodné především k přípravě pokrmů - nízkotučný kefír, nízkotučný jogurt, sýry s obsahem 30 % tuku v sušině a méně, netučný tvaroh, tvarohové sýry atd.
- Tuky – máslo a rostlinné oleje.
- Vejce – pouze k přípravě pokrmů, omezuje se příjem žloutků na 1 kus denně, bílky se mohou konzumovat bez omezení.
- Zelenina – nearomatická, nenadýmavá – brambory, mrkev, chřest, dýně, hlávkový salát, čínské zelí, červená řepa jemně strouhaná, špenát a lilek. Květák, zelený hrášek a fazolka – podávat jen jako doplněk mrkve či jiné zeleniny, omezená konzumace.
- Ovoce – syrové, dobře vyzrálé a nenadýmavé – kompoty, šťáva, kaše, džem a ředěné džusy – jablka, pomeranče, mandarinky, citrony, banány, grapefruity, meruňky, broskve.
- Koření – pažitka, kopr, zelená nať petržele, citronová kůra a šťáva, jemný nálev octa k dochucení salátů, sůl v omezeném množství, vanilka a majoránka též omezeně.
- Nápoje – bylinné čaje, ovocné a zeleninové šťávy, obilninová káva, slabé kakao [2].

Strava by se neměla podávat nadýmavá, s vysokým obsahem tuků a cukrů. Každý pacient s onemocněním pankreatu by si měl hlídat energetickou hodnotu jídla. Strava by se měla upravovat za pomoci vaření, dušení, grilování, v mikrovlnné troubě a bez tuku na teflonové pánvi. Strava by neměla být ani příliš horká či studená. Vynechávat se mají silně kořeněná jídla, ale zároveň by měl být jídelníček pestrý a chutný. Většina potravin se do jídelníčku nemocného zařazuje postupně dle jejich snášenlivosti. Klient musí vyloučit příjem alkoholu, je zde absolutní zákaz. Doporučuje se nemocným vést vlastní zápisník s každodenními jídly a zápisem potravin, které jim dělají dobře a naopak [15].

### 3.5 Anémie

Výskyt anémií vlivem společnosti postupně narůstá. V dnešní době se vyskytuje třetina pacientů přijatých do nemocnice na interní oddělení s postižením anémií. Anémie se dělí do mnoha typů, podle příčiny vzniku, změny tvaru červených krvinek či z jejich zvýšeného rozpadu atd.

Abychom mohli uvažovat o anémii, musí být u klienta přítomný snížený hemoglobin v séru a snížená koncentrace erytrocytů. Erytrocyty a hemoglobin na sebe vzájemně navazují. Pokud je snížen počet erytrocytů, sníží se i množství hemoglobinu v krvi. Hlavním a zásadním důsledkem anémie je tkáňová hypoxie nebo-li nedostatečné množství kyslíku v krvi. Hypoxie je často příčinou i jiných onemocnění. Projevuje se dušností při námaze, bolestí hlavy, palpitací, synkopami, slabostí, poruchami spánku, snížením libida, změnou nálady a neschopností člověka se soustředit. Dlouhodobě terapeuticky neřešená anémie může mít za následek předčasný vznik demence, nechutenství, tachykardií a na končetinách se mohou začít objevovat otoky.

Podle příčiny vzniku dělíme anémie z poruchy krve tvorby a ze zvýšeného rozpadu erytrocytů.

Anémie z poruchy krve tvorby se vyskytují při nedostatku určité látky v lidském organismu, která je potřebná ke správnému vývoji červených krvinek. Nejčastěji to bývá z absence železa, vitamínu B<sub>12</sub> a kyseliny listové.

### 3.5.1 Sideropenická anémie

Je to anémie z nedostatku železa. Řadí se mezi nejrozšířenější typ anémie v populaci. **Vzniká** nedostatečným přísunem železa v potravě, z poruchy vstřebávání při střevních onemocněních nebo po resekci žaludku, zvýšenými ztrátami či zvýšenou spotřebou převážně v době těhotenství a kojení. Ženy jsou ohroženy tímto typem anémie více než muži. Je to především z důvodu pravidelného menstruačního cyklu, ale vyšší riziko vzniku nastává u žen s cyklem nepravidelným. Železo můžeme ztratit při krvácení zažívacího traktu, močového ústrojí, dýchacím ústrojím a opakovanými odběry krve jak pro diagnostické, tak i dárcovské účely.

Zpočátku může být **klinický obraz** bezpříznakový, kdy je možno zjistit anémie náhodným vyšetřením krve. Většina nemocných přichází ke svému praktickému lékaři již s určitými projevy. Základními příznaky typickými pro všechny druhy anemií je dušnost při námaze, tachykardie, palpitace, bledost a únava, označované souhrnně jako *anemický syndrom*. Pro zvýšenou ztrátu železa v organismu je řada typických příznaků projevujících se pálením jazyka, zvýšenou lomivostí nehtů, změnou tvaru a tloušťky nehtu, častějším vypadáváním vlasů a mohou se vyskytovat i bolestivé ústní koutky. Nejvýraznějším projevem nedostatku železa v organismu je bledost viditelná zejména na spojivkách.

Pro **diagnostiku** je, mimo odběru anamnézy, nejdůležitějším ukazatelem stanovení koncentrace železa v séru. Tato hladina je snížena. Dále se provádí vyšetření feritinu, vazebné kapacity, endoskopické vyšetření zažívacího traktu, gynekologické vyšetření, aj. Při diagnostice pátráme po hlavní příčině vzniku onemocnění.

Nejdůležitější **léčbou** je podávání železa perorálně či ve vážnějších případech injekčně. Povinností zdravotnického personálu i farmaceutických laborantů je seznámit klienty s užíváním léků obsahujících železo. Je potřeba předepsané tablety užívat nalačno, buď 1 hodinu před jídlem či 2 hodiny po jídle. Tyto léky užívá klient po dobu několika měsíců, přičemž dochází na pravidelné kontroly krve. Snažíme se co nejrychleji nalézt a zamezit dalšímu působení vyvolávající příčiny.

### 3.5.2 Megaloblastické anémie

Megaloblastové anémie vznikají jako následek nedostatečného množství kyseliny listové a kobalamínu neboli vitamínu B<sub>12</sub> v organismu. Tyto látky způsobují poruchu syntézy DNA v buňkách neustále se obměňujících, tzn. i v buňkách kostní dřeně. Tento proces vede k nedostatečnému vyžívání buněk, které se odlišují svou velikostí. Buňky jsou zpravidla větší a nazýváme je megaloblasty.

**Perniciózní anemii** se nazývá anémie z nedostatku kobalamínu. Dříve se označovala jako zhoubná anémie, protože nebyla léčitelná. Lidský organismus potřebuje pro vstřebávání vitamínu B<sub>12</sub> přítomnost vnitřního faktoru, který je v tomto případě nedostatečný.

V **klinickém obraze** se objevují známky anemického syndromu společně s typickými příznaky. Mezi ně patří pálení jazyka, neurologické příznaky, bledost sliznic se žlutavým zabarvením a vyhlazeným jazykem.

**Diagnostickými metodami** jsou anamnéza, laboratorní odběry krve i moče a vyšetření kostní dřeně. Hlavní diagnostickou metodou je Schillingův test, kterým se zjišťuje vstřebávání kobalamínu. Provádí se vyšetření žaludeční sliznice gastrokopickým vyšetřením, kde nacházíme atrofickou gastritidu. Je možné sloučení perniciózní anemie s autoimunitními chorobami.

**Léčba** je velice jednoduchá. Spočívá v aplikaci vitamínu B<sub>12</sub> intramuskulárně. Po 5-7 dnech se projeví odpověď organismu na léčbu. Zpočátku je dávka vyšší a pravidelnější. Postupem času se snižuje a postačuje aplikace 1x za měsíc.



Existují i *jiné megaloblastové anémie* způsobené poruchou vitamínu B<sub>12</sub> po operačním výkonu na žaludku, anatomických abnormalitách tenkého střeva formou přístělí a výchlipek. V průběhu těhotenství se může vyskytnout nedostatek kyseliny listové. Jedinou léčbou je perorální podávání kyseliny listové.

### 3.5.3 Hemolytické anémie

Průvodním znakem anémie ze zvýšeného rozpadu erytrocytů je snížení jejich životnosti. Normálně dochází k rozpadu červených krvinek po 120 dnech, zde se délka života zkracuje. Mohou být způsobené abnormalitou membrány erytrocytů, enzymovými abnormalitami, změnou hemoglobinu, vlivem toxických látek, vysokými teplotami, mikroby či mechanickým poškozením.

Hemolytické anémie jsou získané a vrozené. *Vrozené hemolytické anémie* jsou nazývány jako hereditární sférocytóza. Dochází ke změně tvaru krvinky z bikonkávního na sférocyt, který má kulatý tvar.

**Klinický obraz** je rozdílný. Při mírné formě je tělo schopné zvýšený rozpad kompenzovat. U těžkých forem se objevuje ikterus, zvětšená slezina a jsou přítomné žlučové kameny.

Hemolytické reakci organismu není možné zabránit, proto je jediným možným řešením provést splenektomii, jinak řečeno odstranění sleziny.

Existuje i *nesférocytová anémie*, jež je způsobená enzymatickou poruchou glukózo-6-fosfát-dehydrogenázy (G6PD). Tento enzym je potřebný pro správný metabolismus a funkci erytrocytu.

Mezi genetické poruchy hemoglobinu označované jako *hemoglobinopatie* patří srpkovitá anémie, která je příznačná změnou tvaru erytrocytu na srpek.

Příčina mimo červenou krvinku je u *získané hemolytické anémie*. Dochází k brzkému rozpadu erytrocytů působením protilátek proti antigenům jejich membrány. Organismus jej vnímá jako cizorodou látku a vytváří si proti vlastnímu tělu protilátky, tudíž je zde vznik na autoimunitním podkladě. Ke změně membrány erytrocytů přispívá působení virů, bakterií či vliv toxických léků.

Při **léčbě** se snažíme potlačit tvorbu protilátek použitím glukokortikoidů nebo imunosupresivních léků [7, 9].

### 3.5.4 Edukace klienta s anémií

Při anémii dochází k absenci určité látky v těle, která způsobí omezení funkce červených krvinek, mající za následek prvotní objevení potíží a následně nutnou medikační léčbu. Nemocní s anémií by měli pravidelně navštěvovat lékaře, kde se bude kontrolovat krevní obraz a množství látek potřebných pro tvorbu červených krvinek. Lékaři za pomoci těchto metod zjistí, zda je léčba účinná a může dojít k omezení či zvýšení dávek léků.

Jediným způsobem edukace u klienta je vysvětlit mu důležitost navštěvování lékaře, pravidelné užívání léků a změna životosprávy. Žena je ohrožena anémií více než muž, a to z důvodu krevních ztrát během jejího života. Změna životosprávy spočívá v omezení či vyloučení nevhodné stravy s nízkým obsahem esenciálních aminokyselin, železa a vitamínů. Také je třeba vyloučit příjem alkoholu, drog a jedů. Při těžké anémii je nutné, aby byl klient hospitalizován v nemocnici, a tím pádem musí omezit svoji pracovní činnost a je mu vystavena neschopenka. Léčba anémie je celoživotní. Správná životospráva je nejdůležitější prevencí a rolí zdravotní sestry je o jejím správném používání informovat pacienta a doporučit mu výrobky, které obsahují velké množství potřebných látek a kterým je třeba se vyvarovat. U anémie z nedostatku železa je zapotřebí dodávat železo ve stravě. Nejvíce železa obsahuje rybí, hovězí, vepřové a telecí maso, vnitřnosti, ovoce, zelenina, ořechy, obiloviny a vejce. Kyselina listová se nachází nejvíce v syrových potravinách. Nemocní by si měli dodávat i vitamín C, který pomáhá při lepším vstřebávání železa a také by měli jíst potraviny obsahující bílkoviny. Při správné životosprávě je zapotřebí mít i dostatek pohybové aktivity. Vše záleží na zdravotním stavu klienta a jeho věku.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA VÝZKUMU

Jak již vyplývá z názvu mé bakalářské práce, zabývám se problematikou týkající se edukačních materiálů. Vybrala jsem si 5 onemocnění o kterých se domnívám, že o nich populace nemá mnoho informací a jsou mezi lidmi velmi rozšířené. Jedná se o osteoporózu, astma bronchiale, pankreatitidu, anémii a problematiku spojenou s implantací kardiostimulátoru. Myslím si, že většina nemocných nemá mnoho informací o svém onemocnění a zajímá mě, zda mají sami zájem o doplnění informací, které získali buď samostudiem či od jiných osob a zdravotnického personálu.

### 4.1 Stanovení cílů

Pro zahájení výzkumu jsem si zvolila 7 cílů, které by mi měly pomoci zjistit stav informovanosti klientů o jejich onemocnění. Dalším předmětem mého výzkumu bylo zjistit, zda se klienti zajímají o své onemocnění a chtějí si doplnit chybějící informace. Konečným výsledkem mé práce je sestavení edukačních materiálů týkající se problematiky každého onemocnění a poskytnutí těchto materiálů do zdravotnického zařízení – nemocnice, ke zlepšení informovanosti klientů a k rozšíření jejich znalostí o nemoci, kterou trpí. Přínosem mé bakalářské práce je zvýšit zájem nemocných o své onemocnění, naučit je předcházet komplikacím, které s nemocí mohou souviset a poskytnout jim vhodný zdroj informací. Vymezila jsem si tyto cíle:

1. Zjistit úroveň informovanosti klientů o jejich nemoci.
2. Zjistit, která skupina zdravotnického personálu poskytuje klientům nejvíce informací.
3. Zjistit, zda nemocní mají zájem o získání nových informací o svém onemocnění.
4. Zjistit, zda byla rodina informována o nemoci svého příbuzného, pokud ano, kdo jim tyto informace poskytl.
5. Zjistit, zda nemocní považují za důležité dodržovat předepsaná opatření a zda je dodržují.
6. Vytvořit edukační materiál k jednotlivým onemocněním a prezentaci na dané téma.
7. Ověřit si zpětnou vazbou úroveň zapamatování si poskytnutých informací u klientů.

## 4.2 Definování výzkumného vzorce

Výzkumné šetření proběhlo ve zdravotnickém zařízení – nemocnici, a to na interních odděleních. Stanovila jsem si počet 100 respondentů, kdy na otázky o jednotlivých onemocněních odpovídalo vždy 20 respondentů.

## 4.3 Definování metodiky výzkumu

Pro zjištění informovanosti klientů jsem si vybrala metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření (viz Příloha č. 2). Dotazník zahrnuje standardizované otázky, jež jsou předem vytvořené a připravené ve speciálním formuláři. V úvodu dotazníku je stručný a výstižný popis problému, za jakým účelem byl dotazník vytvořen a seznámení anonymních respondentů s tvůrcem dotazníku. Dotazník obsahuje uzavřené, otevřené nebo polouzavřené otázky [11].

Dotazníkovou metodu jsem si vybrala z toho důvodu, že je vhodná a jednoduchá pro nemocné, nezabere jim mnoho času a mohou nad danou problematikou v soukromí přemýšlet.

Při tvorbě dotazníku jsem si stanovila 15 otázek, které jsem rozdělila do 4 skupin sběru dat. První skupina otázek se týká všeobecných informací o respondentech. Jsou to otázky č. 1, 2 a 3. Druhou skupinou otázek zjišťuji, zda jsou klienti informovaní o svém onemocnění a kdo jim podal nejvíce informací. Do této skupiny patří i otázky vztahující se k vlastní iniciativě klientů získávat nové informace samostudiem a také mě zajímá jaký způsob vyhledávání informací si zvolili. V neposlední řadě jsem se v této skupině otázek zaměřila na potřebu klientů rozšířit si informace o jejich onemocnění. Současně jsem zjišťovala, jaký způsob edukace by byl pro pacienty nejvhodnější. O těchto údajích vypovídají otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8. Třetí skupina otázek vypovídá o délce onemocnění klientů. Tato část dotazníku zjišťuje, jestli pacienti pravidelně dochází do poradny či k lékaři u kterého jsou evidovaní, za účelem pravidelných kontrol. Dále otázky zjišťují schopnost klientů pomoci si při nenadálých akutních obtížích, v průběhu jejich nemoci, a zda se jim již taková situace přihodila. Jsou to otázky č. 9, 10 a 11. Na tuto skupinu navazují i otázky č. 14 a 15, kterými si chci ověřit, zda klienti považují za důležité pečovat o své zdraví dodržováním předepsaných opatření a jestli mohou žít se svým onemocněním aktivním a plnohodnotným životem. Poslední skupina otázek zjišťuje, zda jsou informovaní o jejich nemoci nejbližší pří-

buzní a pokud ano, kdo jim tyto informace podal. Tímto předmětem se zabývají otázky č. 12 a 13.

#### 4.4 Organizace výzkumu a určení priorit

V první řadě bylo nutné získat schválení o provedení výzkumného šetření v daném zařízení od vedení Ústavu ošetrovatelství a zdravotnického zařízení – nemocnice. Dalším krokem k zahájení výzkumu bylo seznámení s jeho průběhem vrchní sestru interních oddělení. Poté byly osloveny staniční sestry daných oddělení, které jsem seznámila s výzkumem a předložila jim dokument ke schválení. Společně se staničními sestrami jednotlivých etází jsme vybrali skupinu respondentů s již zmíněnými chorobami. Jednotlivým klientům jsem se představila a požádala je o pomoc s realizací výzkumu. Za jednotlivými respondenty jsem s dotazníkem chodila sama, jelikož jsem nechtěla zaměstnávat personál v jejich pracovní době. Navíc jsem chtěla mít jistotu, že se mi dotazníky vrátí.

Při pilotní studii, která obsahovala skupinu 10 respondentů obsahující zástupce každého onemocnění jsem se přesvědčila o nutnosti více vymežit věkové kategorie. Klienti neměli problém s pochopením otázek a jejich odpovědi byli jednoznačné. Více otázek kromě širšího vymezení věku jsem nemusela upravovat.

Po pilotní studii jsem pokračovala s vyhledáváním respondentů a vyplňováním dotazníků. Po dosažení 100 respondentů jsem provedla analýzu dat, které interpretuji a hodnotím v následující části.

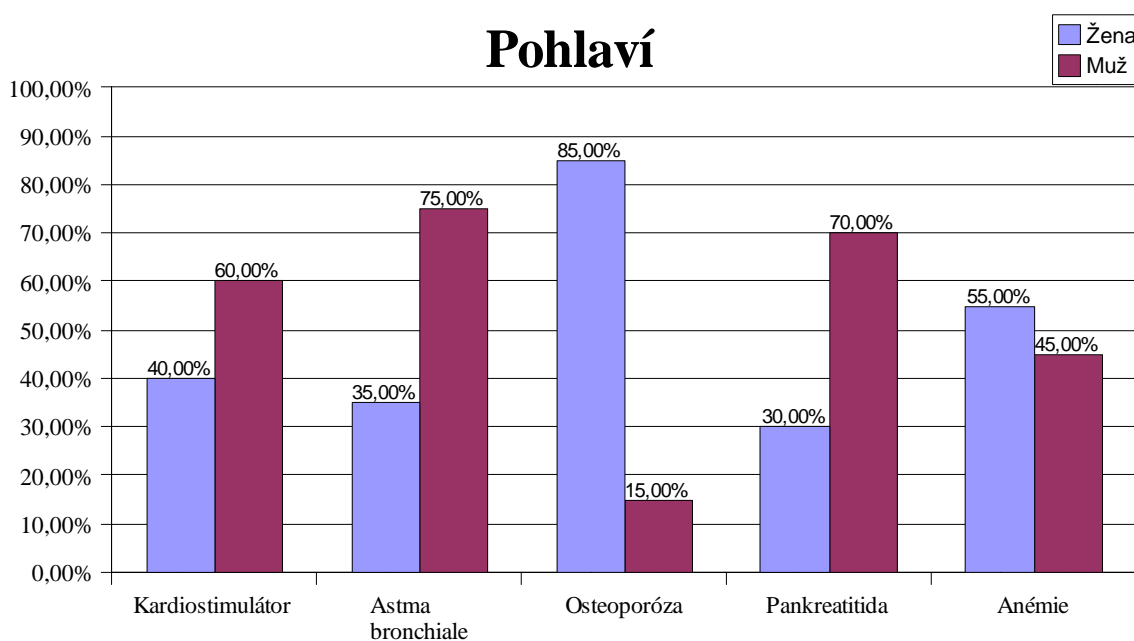
## 4.5 Interpretace a analýza výsledků výzkumu

*Otázka č. 1: Jste:*

**Tabulka č. 1: Jste:**

Věk	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Žena	8	7	17	6	11
Muž	12	13	3	14	9
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 1: Pohlaví**



**Interpretace výsledků:**

**Kardio stimulátor:** Poměr mužů a žen s kardio stimulátorem je relativně vyrovnaný. Kardio stimulátor má více mužů, tj. 12 respondentů a 8 žen, respondentek.

**Astma bronchiální:** Z 20 respondentů s astma bronchiální, kteří vyplnili dotazník je 7 žen a 13 mužů.

**Osteoporóza:** Z 20 respondentů, kteří trpí osteoporózou a vyplnili dotazník je 17 žen a 3 muži. Můžeme říci, že osteoporózou trpí převážně ženy.

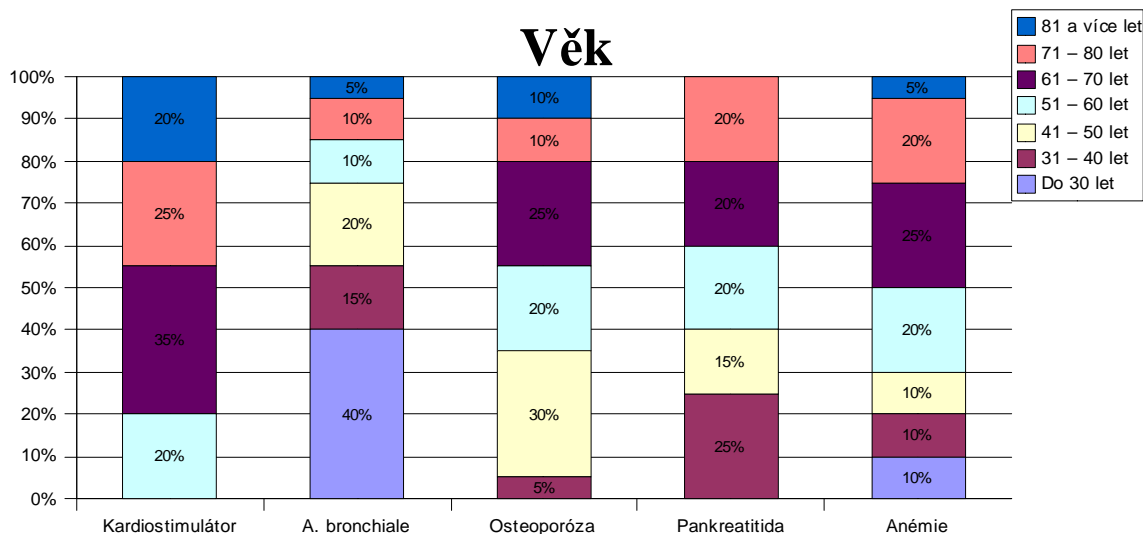
**Pankreatitida:** Z oslovených respondentů je 14 mužů a 6 žen postižených pankreatitidou.

**Anémie:** Anémií je postižena velká část populace. Z respondentů, kteří vyplnili dotazník se jedná o 11 žen a 9 mužů.

### Otázka č. 2: Věk

Věk	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Do 30 let	0	8	0	0	2
31 - 40 let	0	3	1	5	2
41 - 50 let	0	4	6	3	2
51 - 60 let	4	2	4	4	4
61 - 70 let	7	0	5	4	5
71 - 80 let	5	2	2	4	4
81 a více let	4	1	2	0	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Graf č. 2: Věk



### Interpretace výsledků:

**Kardiostimulátor:** Z 20 respondentů, kteří mají implantovaný kardiostimulátor je nejvíce, tj. 7 respondentů, ve věku 61 – 70 let. Počty respondentů ostatních věkových skupin jsou relativně vyrovnané.

**Astma bronchiální:** Nejvíce postižených onemocněním astma bronchiální, kteří vyplnili dotazník, se nachází ve věkové kategorii do 30 let věku. Jedná se o 8 respondentů. Ve vyšších věkových kategoriích jsem nezaznamenala zvýšený nárůst tohoto onemocnění.



**Osteoporóza:** Nejvíce respondentů s osteoporózou, kteří vyplnili náš dotazník, je ve věku 41 – 50 let, jedná se o 6 respondentů. Ve věku 51 - 60 let tímto onemocněním trpí 4 respondenti. Ve skupině respondentů 61 - 70 let postihuje osteoporóza 5 respondentů. Ze získaných dat vyplývá, že osteoporózou jsou postiženi převážně senioři. U žen je osteoporóza spojena se změnou životní role a nástupem menopauzy.

**Pankreatitida:** Věkové rozmezí u pankreatitidy není zcela jasně ohraničené. Ze získaných údajů vyplývá, že 5 respondentů je ve věku 31 – 40 let. V dalších věkových kategoriích jsou počty respondentů vyrovnané, tj. 4 respondenti v každé skupině. Pouze ve věkové skupině 41 – 50 let jsou 3 respondenti.

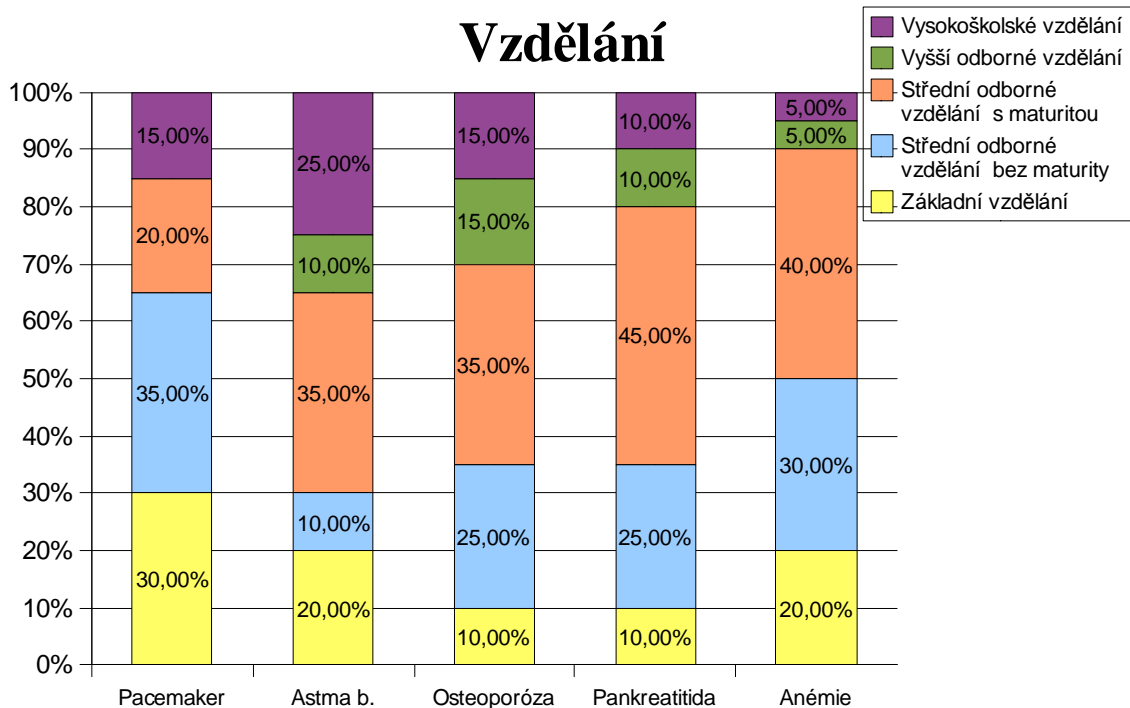
**Anémie:** Nejvíce nemocných s anémií, kteří vyplnili dotazník je ve věku 61 – 70 let, na druhém místě je věková kategorie 71 – 80 let a kategorie 51 – 60 let.

### *Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání*

**Tabulka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

Stupeň vzdělání	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Základní vzdělání	6	4	2	2	4
Střední odborné vzdělání bez maturity	7	2	5	5	6
Střední odborné vzdělání s maturitou	4	7	7	9	8
Vyšší odborné vzdělání	0	2	3	2	1
Vysokoškolské vzdělání	3	5	3	2	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

**Interpretace výsledků:**

**Kardiostimulátor:** Ve skupině 20 respondentů, kteří mají implantovaný kardiostimulátor převažuje základní a středoškolské vzdělání bez maturitní zkoušky.

**Astma bronchiální:** Z již zmiňovaných 20 respondentů má středoškolské vzdělání 7 z nich. Respondentů, kteří mají vysokoškolské vzdělání je 5. Základní vzdělání mají 4 dotazovaní.

**Osteoporóza:** V následujícím grafu je znázorněna četnost nejvyššího dosaženého vzdělání u 20 respondentů. Většina respondentů má střední odborné vzdělání s maturitní zkouškou. Bez maturitní zkoušky má středoškolské vzdělání 5 respondentů. Mezi respondenty jsou klienti s vyšším odborným vzděláním i vysokoškolsky vzdělaní a 2 respondenti mají základní vzdělání.

**Pankreatitida:** Jako u předešlých nemocí je i u pankreatitidy nejvíce lidí se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou. Mají také středoškolské vzdělání, ale bez maturitní zkoušky.

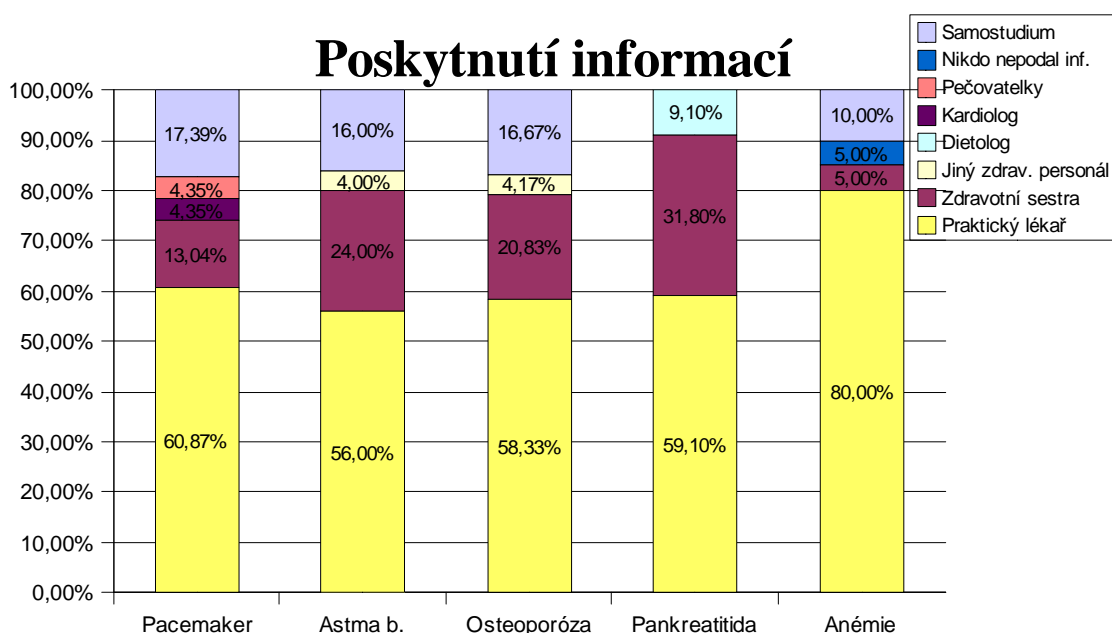
**Anémie:** I v této kategorii je největší zastoupení osob se středoškolským vzděláním zakončené maturitní zkouškou. Bez maturitní zkoušky je 6 respondentů. Stejný počet respondentů jako u nemocných s astma bronchiale má pouze základní vzdělání.

**Otázka č. 4: Kdo Vám podal nejvíce informací o nemoci?**

**Tabulka č. 4: Kdo Vám podal nejvíce informací o nemoci?**

Informace podal	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Praktický lékař	14	14	14	13	16
Zdravotní sestra	3	6	5	7	1
Jiný zdrav. personál	0	1	1	0	0
Dietolog	0	0	0	2	0
Kardiolog	1	0	0	0	0
Nikdo nepodal inf.	0	0	0	0	1
Samostudium	4	4	4	0	2
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>20</b>

**Graf č. 4: Kdo Vám podal nejvíce informací o nemoci?**



**Interpretace výsledků:** V tomto případě se počet odpovědí nerovná počtu respondentů.

**Kardiostimulátor:** I při této situaci – kardiostimulátoru jsou respondenti nejvíce informováni o režimových opatřeních od praktického lékaře, tj. 14 respondentů, 4 respondenti mají informace získané samostudiem a 3 respondenty nejvíce informovala zdravotní sestra.

**Astma bronchiální:** Více než polovina respondentů získala nejvíce informací o svém onemocnění od svého praktického lékaře, 6 respondentů uvedlo, že jim základní informace poskytla zdravotní sestra a 4 respondenti si získali informace sami.

**Osteoporóza:** 14 dotazovaných respondentů získalo nejvíce informací o svém onemocnění od svého praktického lékaře. Z dalších odpovědí vyplývá, že 5 respondentů získalo informace od zdravotní sestry a 4 respondenti je získali samostudiem.

**Pankreatitida:** Nejvíce respondentům tj. 13, podal prvotní, základní a největší množství informací o onemocnění jejich praktický lékař, 7 respondentům podala informace zdravotní sestra a 2 respondenti získali informace od dietologa.

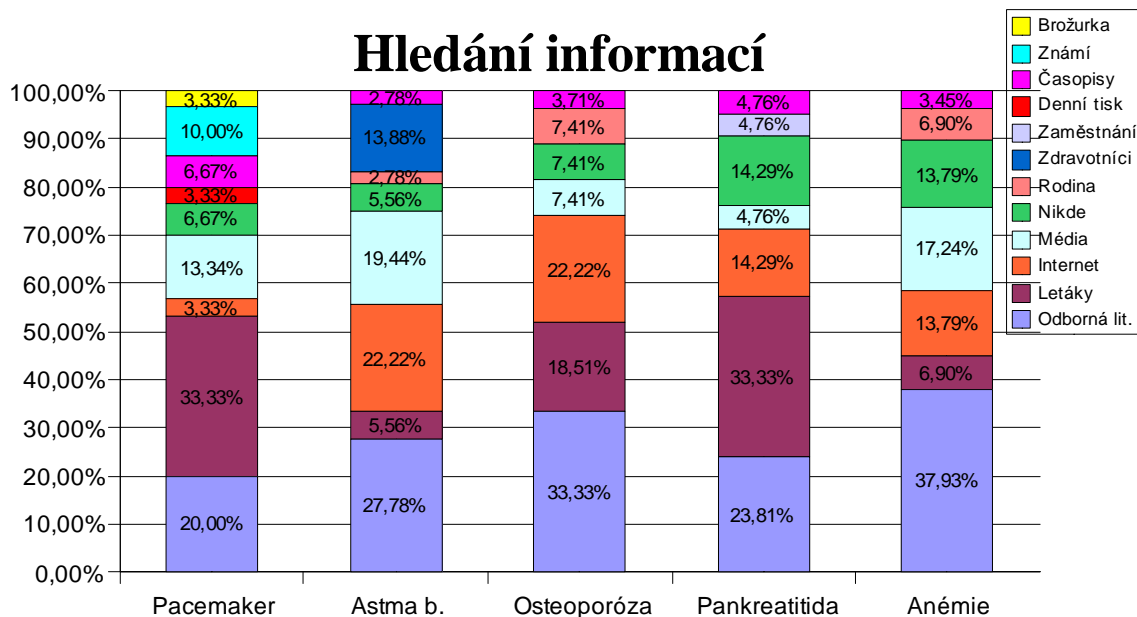
**Anémie:** Nemocní s anémií byli převážně informovaní od svého praktického lékaře, šlo o 16 respondentů. Pouze 2 dotazovaní měli snahu získat informace samostudiem.

*Otázka č. 5: Kde jste hledal/a informace o nemoci?*

**Tabulka č. 5: Kde jste hledal/a informace o nemoci?**

Hledání inf.	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
<b>Odborná lit.</b>	6	10	9	5	11
<b>Letáky</b>	10	2	5	7	2
<b>Internet</b>	1	8	6	3	4
<b>Média</b>	4	7	2	1	5
<b>Nikde</b>	2	2	2	3	4
<b>Rodina</b>	0	1	2	0	2
<b>Zdravotníci</b>	0	5	0	0	0
<b>Zaměstnání</b>	0	0	0	1	0
<b>Denní tisk</b>	1	0	0	0	0
<b>Časopisy</b>	2	1	1	1	1
<b>Známí</b>	3	0	0	0	0
<b>Brožurka</b>	1	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>29</b>

Graf č. 5: Kde jste hledal/a informace o nemoci?



**Interpretace výsledků:** V tomto případě se počet odpovědí nerovná počtu respondentů.

**Kardiostimulátor:** Dotazovaní s kardiostimulátorem mají informace převážně z informačních letáků, tj. 10 respondentů, z odborné literatury, tj. 6 respondentů, z médií, tj. 4 respondenti a od svých známých, tj. 3 respondenti.

**Astma bronchiale:** Na tuto otázku odpovídali respondenti jednotně, 10 respondentů informace o astmatu získalo z odborné literatury, 8 z internetu a 7 respondentů z médií. Respondentů, kteří kontaktovali své známé a příbuzné je 5. Tito kontaktovaní lidé jsou zdravotnickými pracovníky a poskytli jim odborné informace.

**Osteoporóza:** Většina respondentů hledala informace v odborné literatuře a na internetu, 5 respondentům postačoval k získání informací informační leták. Zaujalo mě, že 2 respondenti nechtěli hledat další informace o jejich nemoci.

**Pankreatitida:** Z 20 respondentů s pankreatitidou odpovědělo 7 respondentů, že hledalo informace v informačních letáčcích, 5 respondentů v odborné literatuře, 3 respondenti pomocí internetu a 3 respondenti informace nehledali.

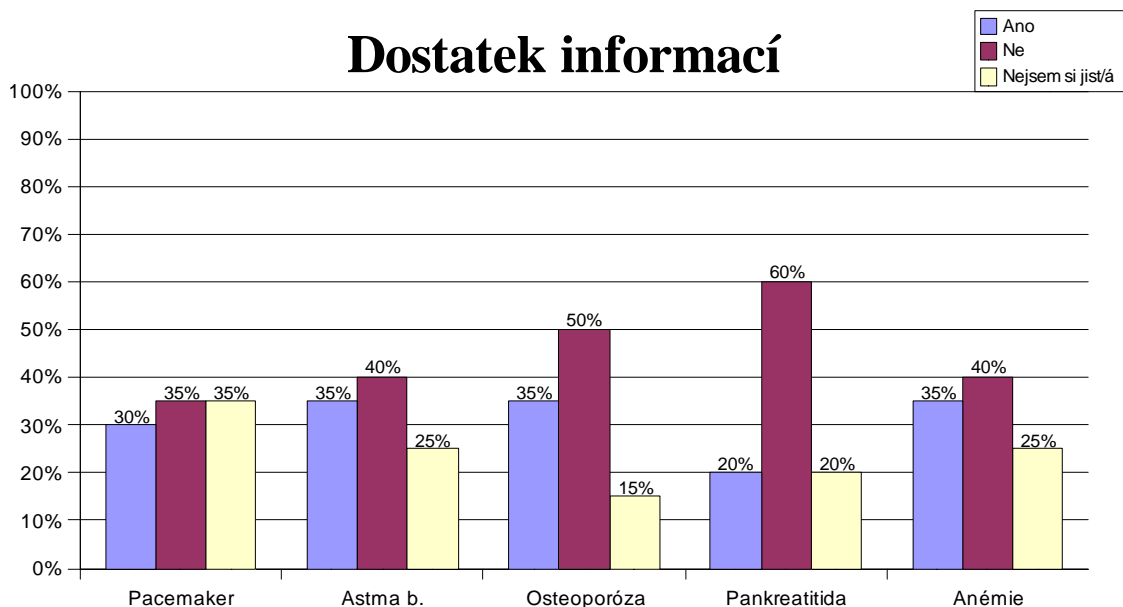
**Anémie:** Nemocní hledali informace převážně v odborné literatuře a za pomoci médií. Ve skupině respondentů s anémií jsou 4 respondenti, kteří nehledali informace v literatuře ani v jiném odvětví.

*Otázka č. 6: Myslíte si, že máte dostatek informací o nemoci?*

**Tabulka č. 6: Myslíte si, že máte dostatek informací o nemoci?**

Dostatek informací	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Ano	6	7	7	4	7
Ne	7	8	10	12	8
Nejsem si jist/á	7	5	3	4	5
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 6: Myslíte si, že máte dostatek informací o nemoci?**



**Interpretace výsledků:**

**Kardiostimulátor:** Z 20 respondentů s kardiostimulátorem si myslí 7, že nemá dostatek informací o svém onemocnění, stejný počet respondentů si není jistý zda má dostatek informací a 6 respondentů se domnívá, že jsou informováni dostatečně.

**Astma bronchiale:** Z odpovědí na tuto otázku by se dalo říci, že na ni bylo odpovězeno rovnoměrně, a to takto: 7 respondentů se domnívá, že má dostatek informací a 8 respondentů si uvědomuje, že nemá dostatek informací o svém onemocnění.

**Osteoporóza:** Polovina dotazovaných si myslí, že nemá dostatečné množství informací, 7 respondentů si myslí, že jsou informováni dostatečně a 3 respondenti neví, zda mají informací dostatek.

**Pankreatitida:** Více než polovina respondentů se domnívá, že nemá dostatek informací o nemoci, 4 respondenti si myslí, že mají dostatek vědomostí a stejný počet respondentů si svou informovaností není jistý.

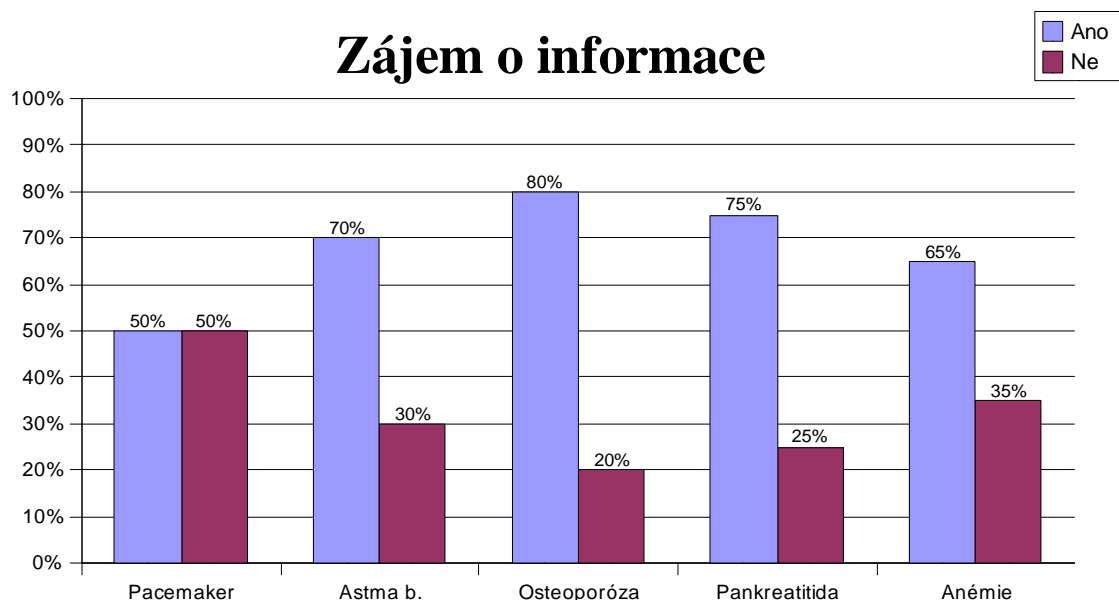
**Anémie:** Z 20 respondentů, kteří trpí anémií se 8 respondentů domnívá, že nemá dostatek informací o svém onemocnění, 7 respondentů si myslí, že má dostatek informací a 5 respondentů si není jistých svou informovaností.

*Otázka č. 7: Máte zájem o rozšíření Vámi získaných informací o nemoci?*

**Tabulka č. 7: Máte zájem o rozšíření Vámi získaných informací o nemoci?**

Zájem o informace	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Ano	10	14	16	15	13
Ne	10	6	4	5	7
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 7: Máte zájem o rozšíření Vámi získaných informací o nemoci?**



*Interpretace výsledků:*

**Kardiostimulátor:** Na tuto otázku odpověděli respondenti shodným způsobem. Polovina z nich má zájem o získání nových informací a druhá polovina respondentů tento zájem neopětuje.

**Astma bronchiale:** Nemocní s astma bronchiale mají velký zájem získat nové informace či si „osvěžit“ a ujasnit již získané vědomosti, jedná se 14 respondentů.

**Osteoporóza:** Převážná většina nemocných by chtěla získat další informace o svém onemocnění. Konkrétně se jedná o 16 respondentů.

**Pankreatitida:** Z 20 respondentů, kteří vyplnili dotazník, má 15 dotázaných zájem o doplnění informací a 5 respondentů nemá zájem se dále vzdělávat a zajímat se o své onemocnění.

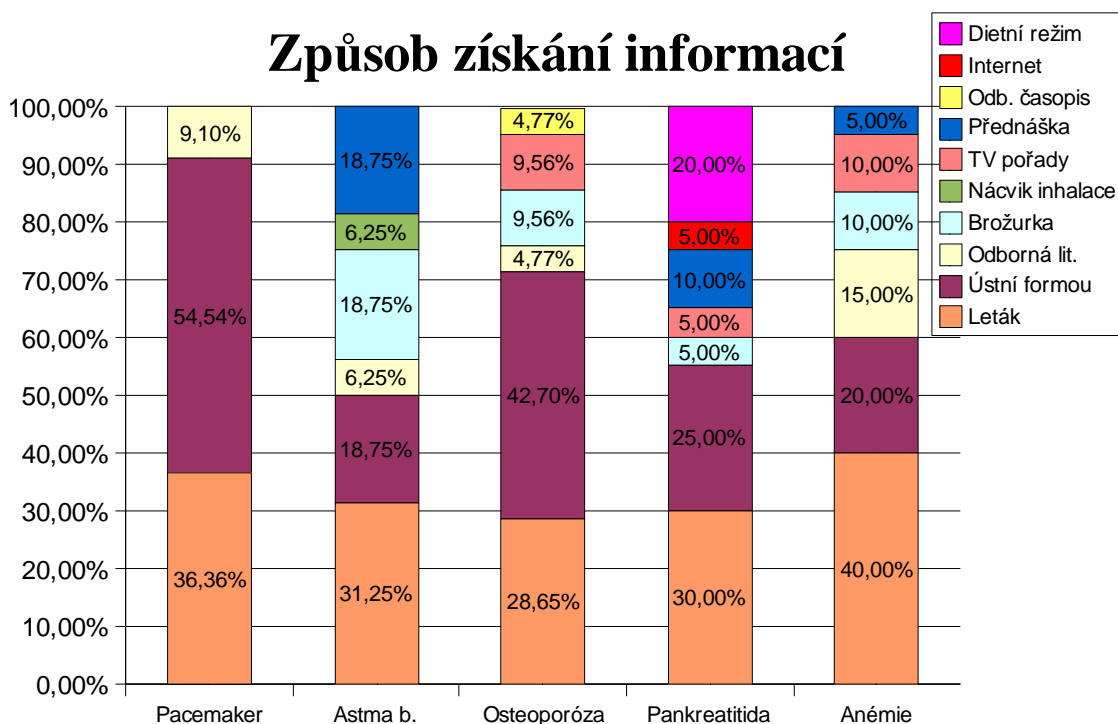
**Anémie:** Většina respondentů, tj. 23 nemocných, má zájem se dále vzdělávat a získávat podrobné informace o svém onemocnění.

*Otázka č. 8: Pokud ano, jakým způsobem by jste rád/a informace získal/a?***Tabulka č. 8: Pokud ano, jakým způsobem by jste rád/a informace získal/a?**

Způsob získání inf.	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
<b>Leták</b>	4	5	6	6	8
<b>Ústní formou</b>	6	3	9	5	4
<b>Odborná lit.</b>	1	1	1	0	3
<b>Brožurka</b>	0	3	2	1	2
<b>Nácvik inhalace</b>	0	1	0	0	0
<b>TV pořady</b>	0	0	2	1	2
<b>Přednáška</b>	0	3	0	2	1
<b>Odb. časopis</b>	0	0	1	0	0
<b>Internet</b>	0	0	0	1	0
<b>Dietní režim</b>	0	0	0	4	0
<b>Celkem</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>20</b>



Graf č. 8: Pokud ano, jakým způsobem by jste rád/a informace získal/a?



**Interpretace výsledků:** V tomto případě se počet odpovědí nerovná počtu respondentů.

**Kardiostimulátor:** Z 10 respondentů, kteří projevíli zájem o nové informace by je chtělo 6 respondentů získat ústní formou, 4 respondenti z letáků a 1 z odborné literatury.

**Astma bronchiale:** Z 20 respondentů, kteří vyplnili dotazník, by 5 klientům vyhovovalo získání nových informací pomocí informačního letáku, 3 dotazovaným by vyhovovala brožura, 3 respondentům ústní edukace a 3 respondenti by chtěli získat informace prostřednictvím přednášky.

**Osteoporóza:** Z 20 respondentů by 9 respondentů uvítalo nové informace slovní formou, 6 respondentů prostřednictvím informačního letáku, 2 respondenti pomocí televizních pořadů či upoutávek.

**Pankreatitida:** Respondenti mají zájem získat nové informace pomocí informačního letáku, tj. 6 respondentů, ústní formou 5 respondentů a 4 respondenti by uvítali i návštěvu dietologického pracovníka, který by jim doporučil, jak mají postupovat při přípravě stravy a které potraviny jsou pro ně nejvhodnější.

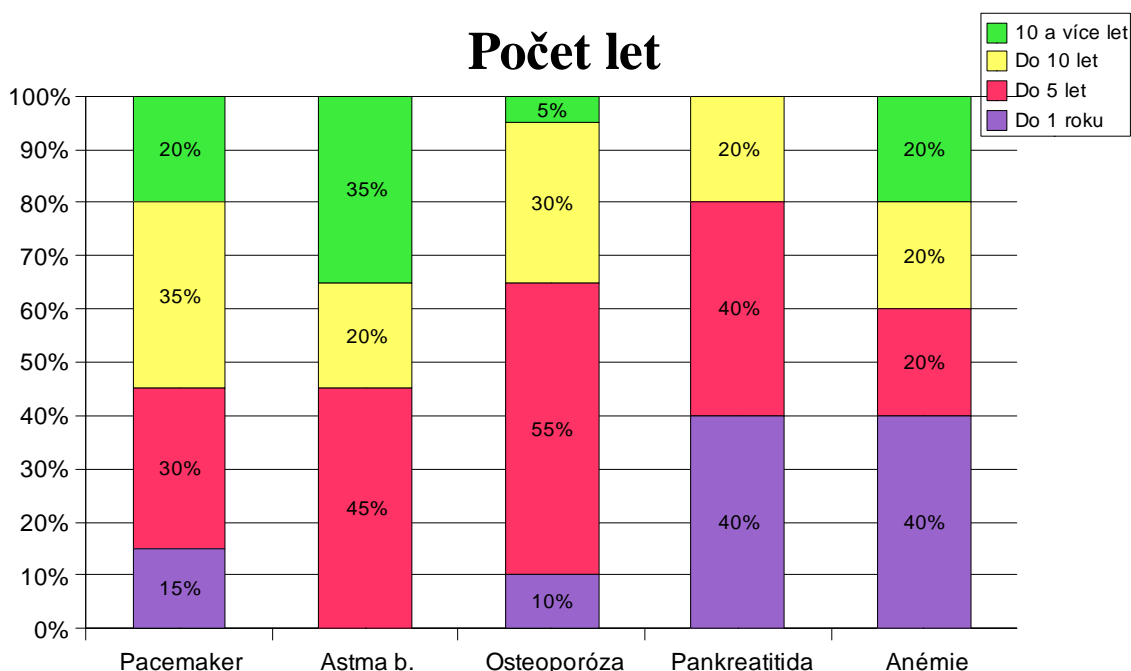
**Anémie:** Respondenti s anémií, kteří vyplnili dotazník, chtějí získat nové informace nejčastěji prostřednictvím letáku, tj. 8 respondentů. Dále 4 respondenti si přejí informace získávat ústní formou a 3 respondenti by uvítali seznam odborné literatury, která se zabývá jejich onemocněním.

**Otázka č. 9: Jak dlouho trpíte touto nemocí?**

**Tabulka č. 9: Jak dlouho trpíte touto nemocí?**

Počet let	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Do 1 roku	3	0	2	8	8
Do 5 let	6	9	11	8	4
Do 10 let	7	4	6	4	4
10 a více let	4	7	1	0	4
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 9: Jak dlouho trpíte touto nemocí?**



**Interpretace výsledků:**

**Kardiostimulátor:** Implantovaný kardiostimulátor mají respondenti, kteří vyplnili náš dotazník, nejčastěji v časových rozmezích 1 - 5 let, tj. 6 respondentů a 5 – 10 let, tj. 7 respondentů.

**Astma bronchiale:** Převážná část nemocných s astma bronchiale, kteří vyplnili dotazník, trpí touto nemocí již 5 let a 7 respondentů ji má více než 10 let.

**Osteoporóza:** Osteoporózou trpí již 5 let 11 respondentů. Zbývající dotazovaní ji mají více než 5 let, tj. 6 respondentů.

**Pankreatitida:** Dotazovaní s pankreatitidou trpí tímto onemocněním nejčastěji do 1 roku, tj. 8 respondentů. Stejný počet respondentů trpí tímto onemocněním 1 - 5 let života.

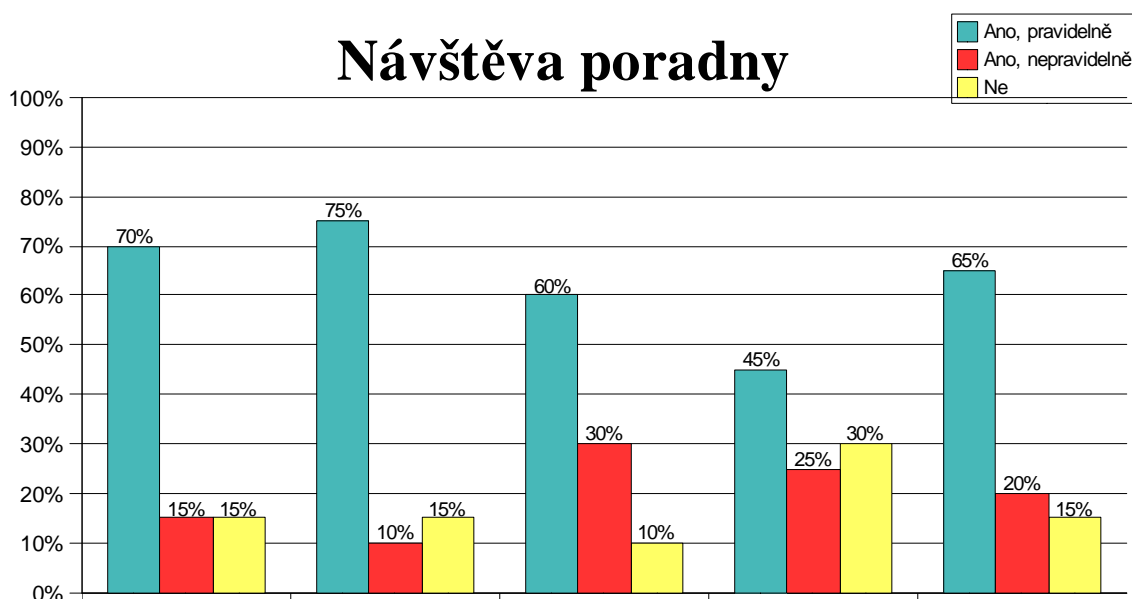
**Anémie:** Dotazovaní s anémií žijí s tímto onemocněním nejčastěji méně než jeden rok, tj. 8 respondentů. Zbylá časová období jsou zastoupena stejně, vždy po 4 responden-  
tech.

*Otázka č. 10: Navštěvujete pravidelně poradnu zabývající se Vaší nemocí?*

**Tabulka č. 10: Navštěvujete pravidelně poradnu zabývající se Vaší nemocí?**

Návštěva poradny	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Ano, pravidelně	14	15	12	9	13
Ano, nepravidelně	3	2	6	5	4
Ne	3	3	2	6	3
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 10: Navštěvujete pravidelně poradnu zabývající se Vaší nemocí?**



*Interpretace výsledků:*

**Kardiostimulátor:** Poradnu zabývající se kardiostimulátory navštěvuje pravidelně 14 respondentů, 3 nepravidelně a 3 respondenti ji nenavštěvují.

**Astma bronchiale:** Poradnu zabývající se astmatem pravidelně navštěvuje velká část respondentů, tj. 15 respondentů.

**Osteoporóza:** Z celkového počtu respondentů s osteoporózou jich 12 pravidelně navštěvuje poradnu. Mezi dotazovanými s osteoporózou se najdou i 2 respondenti, kteří nepovažují za důležité navštěvovat lékaře. Zbylých 6 respondentů navštěvuje poradnu lékaře nepravidelně.

**Pankreatitida:** V této skupině dotazovaných jsem zjistila, že 9 respondentů pravidelně navštěvuje poradnu zabývající se jeho nemocí, 6 respondentů nenavštěvuje poradnu vůbec a ostatní ji navštěvují nepravidelně.

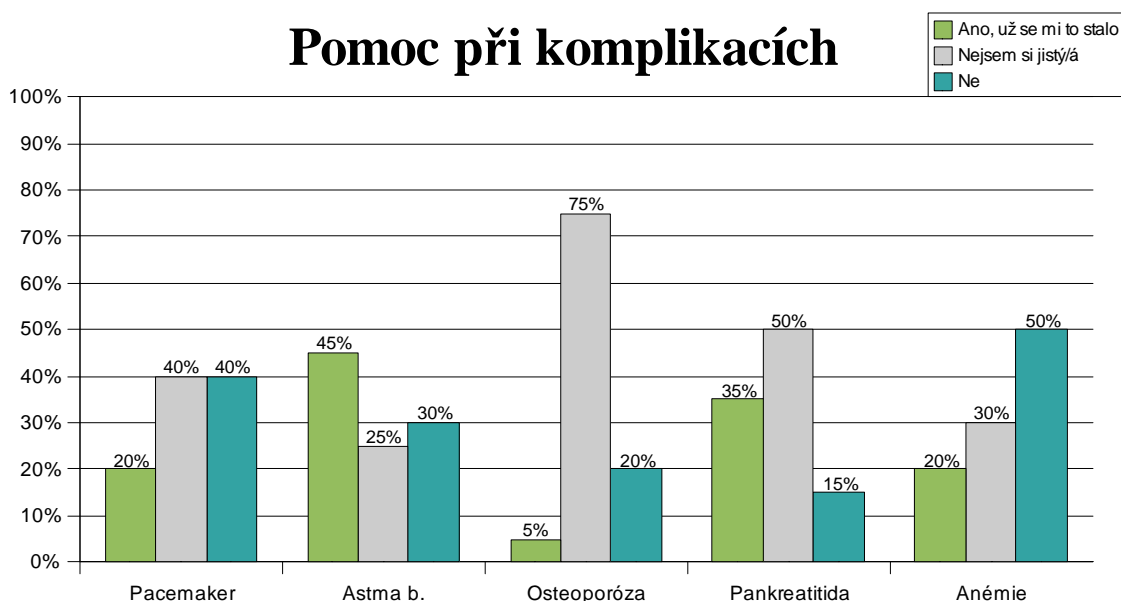
**Anémie:** Pravidelné navštěvování odborné poradny považuje za důležité 13 respondentů, 3 respondenti ji navštěvují nepravidelně a jen 1 respondent ji nenavštěvuje vůbec.

*Otázka č. 11: Dokázal/a byste si pomoci při akutních komplikacích, které by se objevily u Vaší nemoci?*

**Tabulka č. 11: Dokázal/a byste si pomoci při akutních komplikacích, které by se objevily u Vaší nemoci?**

Pomoc při komplikacích	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Ano, už se mi to stalo	4	9	1	7	4
Nejsem si jistý/á	8	5	15	10	6
Ne	8	6	4	3	10
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 11: Dokázal/a byste si pomoci při akutních komplikacích, které by se objevily u Vaší nemoci?**



### *Interpretace výsledků:*

**Kardiostimulátor:** Většina nemocných s kardiostimulátorem by si nedokázala poradit při nenadále vzniklé situaci, nebo si není jistá svými schopnostmi. Pouze 4 respondenti by si byli schopni pomoci v této situaci, která se jim již dříve stala.

**Astma bronchiale:** Skoro polovina dotazovaných odpověděla, že si v minulosti dokázala sama poradit s akutními komplikacemi vztahující se k jejich onemocnění. Pouze 6 tázaných odpovědělo, že by si v nenadálé situaci nedokázalo poradit.

**Osteoporóza:** Respondenti s osteoporózou, kteří vyplnili dotazník, si většinou nejsou jistí, zda by si v akutním stavu dokázali sami pomoci. Dále se v této skupině 20 respondentů vyskytl 4, kteří otevřeně přiznali, že by si pomoci nedokázali a 1 respondent se již setkal s projevy akutních potíží a sám si dokázal pomoci.

**Pankreatitida:** Polovina respondentů si není jistá, zda by si dokázala pomoci v nenadálé situaci, 7 respondentům se to již stalo a dokázali si poradit a 3 respondenti si myslí, že by si nedokázali poradit.

**Anémie:** Polovina respondentů s anémií, kteří vyplnili dotazník, by si nebyla schopna pomoci při objevení nepředvídatelné situace. Dále 4 respondentům se již tato situace stala

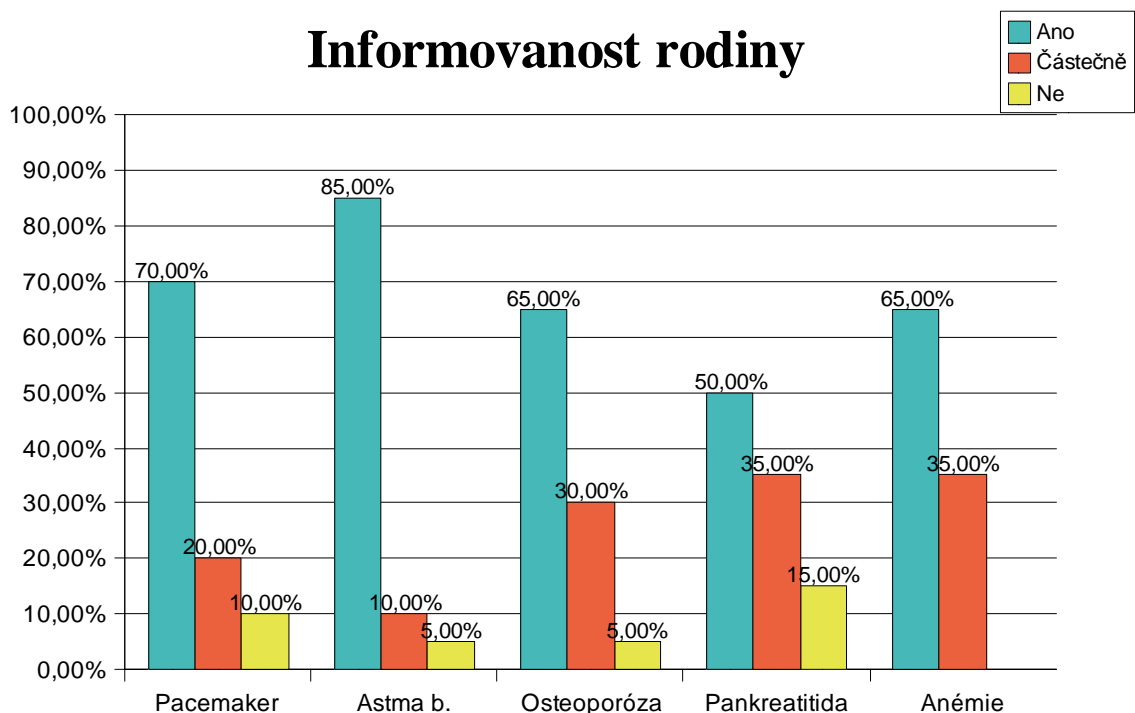
a pomoci si dokázali. Zbylí respondenti si nejsou jisti, zda by při výskytu akutních komplikací uměli správně zareagovat.

**Otázka č. 12: Byli informováni Vaši blízcí o Vašem onemocnění?**

**Tabulka č. 12: Byli informováni Vaši blízcí o Vašem onemocnění?**

Informovanost rodiny	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Ano	14	17	13	10	13
Částečně	4	2	6	7	7
Ne	2	1	1	3	0
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 12: Byli informováni Vaši blízcí o Vašem onemocnění?**



**Interpretace výsledků:**

**Kardiostimulátor:** Většina dotazovaných s implantovaným kardiostimulátorem chce poskytnout informace o svém zdravotním stavu i svým blízkým, pouze 2 respondenti nechtějí informace sdílet s jinými lidmi.

**Astma bronchiale:** Z 20 dotázaných s astma bronchiale se našel pouze 1 respondent, který neinformoval svou nejbližší rodinu o své nemoci. Ostatní respondenti své blízké informovali.

**Osteoporóza:** Z výsledků dotazovaných, kteří trpí osteoporózou vyplývá, že všichni příbuzní jsou informováni, kromě 1 respondenta, který si nepřál, aby informace byly poskytnuty blízkým osobám.

**Pankreatitida:** Většina respondentů informovala své blízké o svém onemocnění, pouze 3 respondenti nechtějí rodinu informovat.

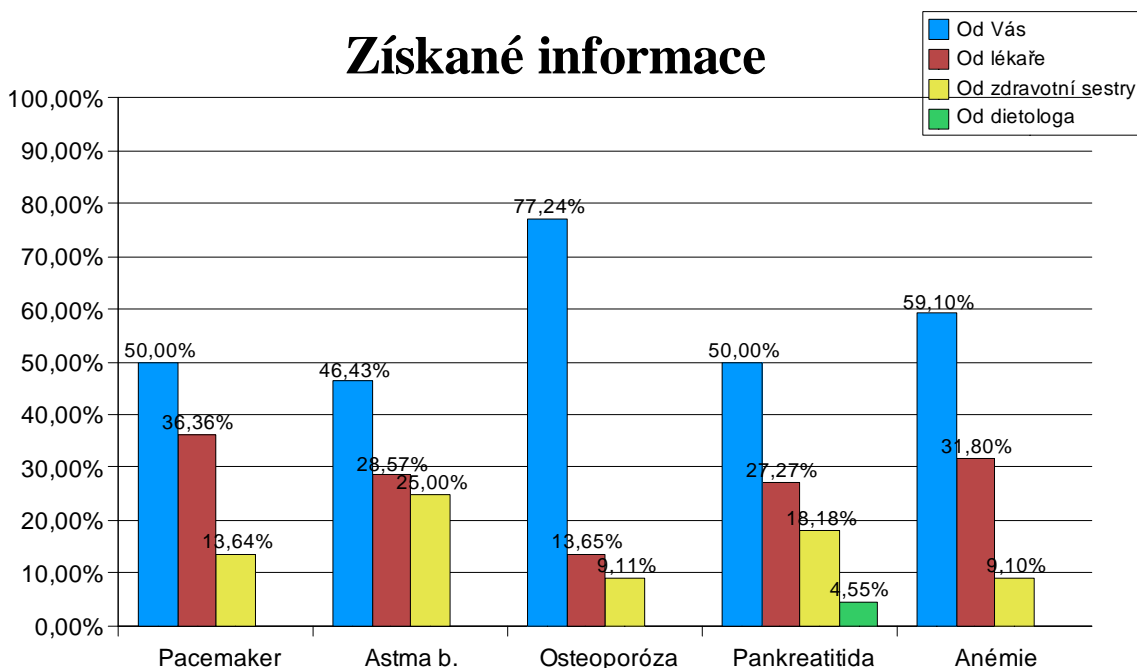
**Anémie:** Co se týká informovanosti blízkých osob u postižených s anémií, kteří vyplnili dotazník, nenašel se ani 1 respondent, který si nepřeje, aby byla jeho rodina informována o jeho nemoci.

*Otázka č. 13: Pokud ano či částečně, od koho informace o Vašem onemocnění získali?*

**Tabulka č. 13: Pokud ano či částečně, od koho informace o Vašem onemocnění získali?**

Získané informace	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Od Vás	11	13	17	11	11
Od lékaře	8	8	3	6	8
Od zdravotní sestry	3	7	2	4	3
Od dietologa	0	0	0	1	0
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>

Graf č. 13: Pokud ano či částečně, od koho informace o Vašem onemocnění získali?



**Interpretace výsledků:** V tomto případě se počet odpovědí nerovná počtu respondentů.

**Kardiostimulátor:** Z 18 respondentů, s implantovaným kardiostimulátorem, jich 11 poskytlo informace svým příbuzným prostřednictvím vlastní interpretace. Příbuzným od 8 respondentů tyto informace podal lékař a blízkým osobám od 3 respondentů zdravotní sestra.

**Astma bronchiale:** Prvotní a základní informace o zdravotním stavu svého nejbližšího získali příbuzní od něj samotného, tj. 13 respondentů, 8 respondentů se informovalo přímo od lékaře a 7 respondentů požádalo o informace zdravotní sestru.

**Osteoporóza:** Většina respondentů poskytla informace o svém zdravotním stavu svému okolí sama. Jedná se o 17 respondentů. Malá část je získala od lékaře či od zdravotní sestry.

**Pankreatitida:** Blízká rodina 11 respondentů byla informována od nich samotných, u 6 respondentů rodinu informoval lékař a pouze 1 respondent byl poučen o dietním režimu od dietologického pracovníka.

**Anémie:** Nejčastěji získali příbuzní informace od nemocného, tj. od 13 respondentů a rodinu od 7 dotazovaných informoval lékař.

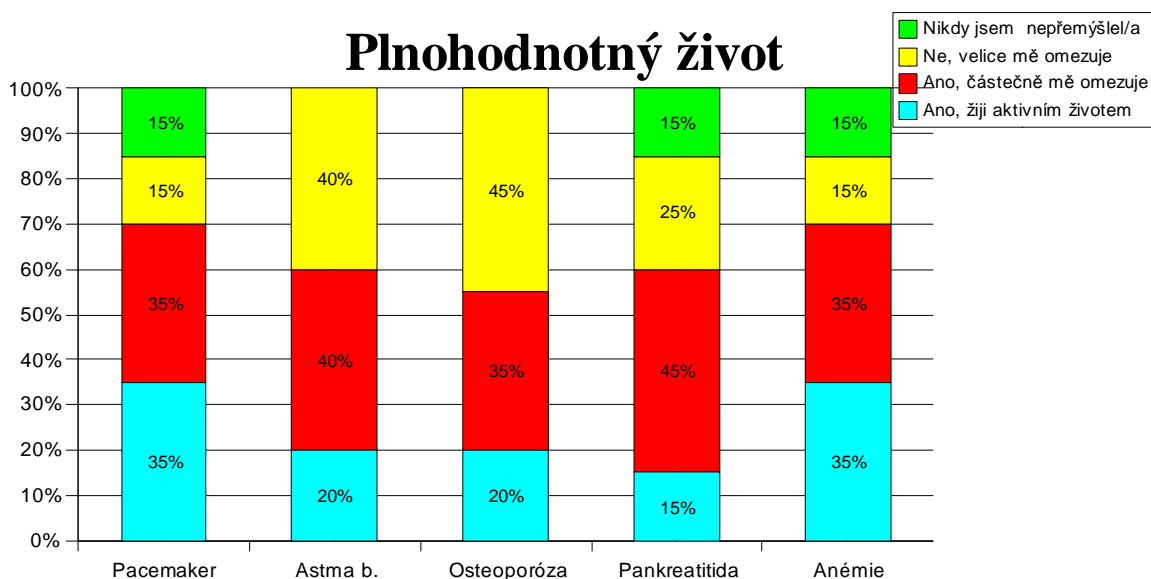


*Otázka č. 14: Myslíte si, že je Váš život s nemocí plnohodnotný?*

**Tabulka č. 14: Myslíte si, že je Váš život s nemocí plnohodnotný?**

Plnohodnotný život	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Ano, žiji aktivním životem	7	4	4	3	7
Ano, částečně mě omezuje	7	8	7	9	7
Ne, velice mě omezuje	3	8	9	5	3
Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a	3	0	0	3	3
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 14: Myslíte si, že je Váš život s nemocí plnohodnotný?**



**Interpretace výsledků:**

**Kardiostimulátor:** Žít plnohodnotný život s kardiostimulátorem může více jak polovina respondentů, 7 respondentů žije aktivním životem, stejný počet z nich žije též aktivním životem s menšími omezeními, 3 respondenty život s kardiostimulátorem velice omezuje a 3 respondenti o této otázce zatím nepřemýšleli.

**Astma bronchiale:** Na otázku vztahující se k plnohodnotnému prožívání života odpověděli respondenti shodně. Život s astma bronchiale velice omezuje 8 respondentů, kteří vyplnili

dotazník a stejný počet respondentů odpovědělo, že mohou žít aktivním životem, ale s určitým omezením. Pouze 4 respondenti se naučili žít aktivní a plnohodnotný život.

**Osteoporóza:** Z 20 respondentů s osteoporózou nepřipadá 9 respondentům jejich život plnohodnotný, 7 respondentům tato nemoc život velmi omezuje a jen 4 dotazovaní žijí aktivním a plnohodnotným životem.

**Pankreatitida:** Život s tímto onemocněním částečně omezuje 9 respondentů, 5 respondentů omezuje ve velké míře a 3 respondenti žijí, s pankreatitidou, aktivním a plnohodnotným životem.

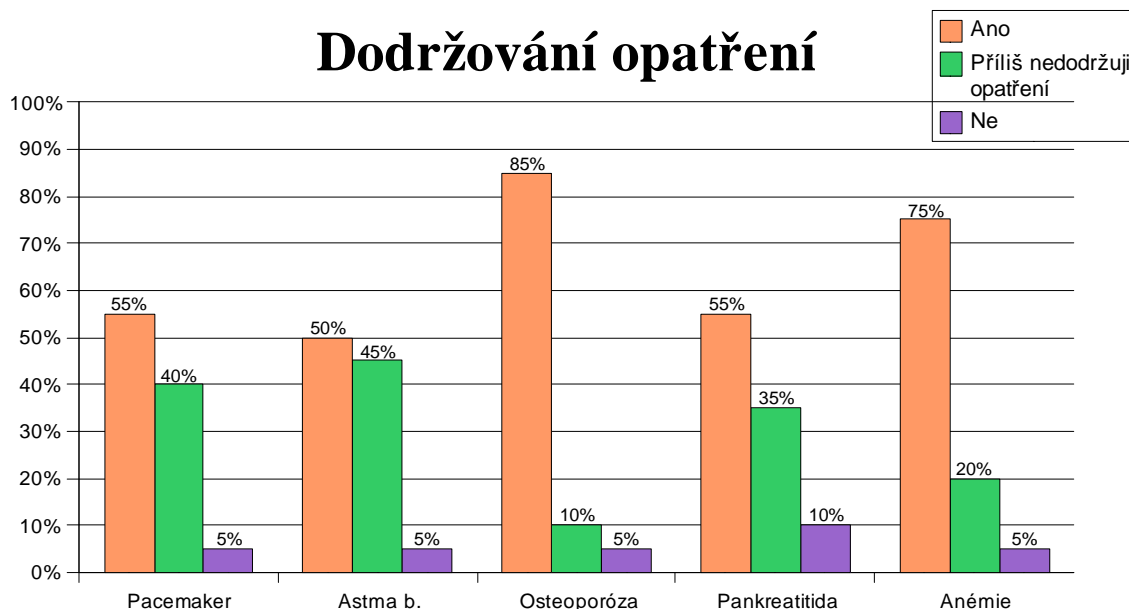
**Anémie:** Lidé trpící anémií se většinou domnívají, že mohou žít plnohodnotným životem bez větších obtíží, o čemž vypovídá i četnost odpovědí. Žít aktivním životem nemohou 3 respondenti.

*Otázka č. 15: Považujete za důležité dodržování nutných opatření týkající se Vaší nemoci?*

**Tabulka č. 15: Považujete za důležité dodržování nutných opatření týkající se Vaší nemoci?**

Dodržování opatření	Pacemaker	Astma b.	Osteoporóza	Pankreatitida	Anémie
Ano	11	10	17	11	15
Příliš nedodržují opatření	8	9	2	7	4
Ne	1	1	1	2	1
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

**Graf č. 15: Považujete za důležité dodržování nutných opatření týkající se Vaší nemoci?**



**Interpretace výsledků:**

**Kardiostimulátor:** Opatření týkající se implantovaného kardiostimulátoru považuje za důležité dodržovat 11 respondentů, 8 respondentů tato opatření příliš nedodrží a jen 1 respondentem nepovažuje za důležité dodržovat jakákoliv opatření.

**Astma bronchiale:** Polovina respondentů považuje za důležité dodržovat opatření týkající se astma bronchiale, 9 z nich tato opatření moc nedodrží a 1 respondent nedodrží zvláštní opatření.

**Osteoporóza:** Potvrdilo se, že většina dotazovaných považuje za důležité dodržovat nutná opatření. Pouze 1 respondent uvedl, že odmítá dodržovat nutná opatření vztahující se k osteoporóze.

**Pankreatitida:** Z 20 respondentů považuje 11 nemocných za důležité dodržovat opatření vztahující se k jejich nemoci, 7 respondentů tato opatření příliš nedodrží a 2 respondenti nedodrží předepsaná opatření.

**Anémie:** Mezi 20 dotazovanými respondenty s anémií se našel pouze 1 respondent, který nepovažuje za důležité dodržovat nutná opatření.

## 5 DISKUSE

Výsledky, které jsem získala z výzkumného šetření předčili mé očekávání, nicméně povědomí nemocných o jejich onemocnění není zdaleka dostatečné.

Příjemným zjištěním je, že pacienti obdrželi informace většinou od svého praktického lékaře, ale můžeme předpokládat, že tyto informace jsou často poskytovány v odborné terminologii během krátké doby. Výsledky výzkumu sice ukázali, že informace poskytují i zdravotní sestry, ale v mnohem menší míře než lékaři. Může to být z toho důvodu, že zdravotní sestry si často nejsou jisté kam sahají jejich kompetence a kde začínají kompetence lékaře. Předpokládám, že chod oddělení neumožňuje dostatek prostoru, aby mohly být pacientům důkladně předány informace o jejich onemocnění. Proto si myslím, že vytváření edukačních materiálů a jejich distribuce umožní zdravotním sestřím poskytnout důležité informace nemocným o jejich nemoci a zároveň klientům pomůže uvědomit si o jaké onemocnění se jedná a co mohou pro své zdraví udělat.

Překvapilo mě, že většina pacientů si vyhledala informace o nemoci sama, převážná část z dotazovaných respondentů čerpala informace z odborné literatury. Klienti s implantovaným kardiostimulátorem a nemocní s pankreatitidou vyhledávali informace nejen v odborné literatuře, ale i v odborných letácích. Naproti tomu nemocní s osteoporózou a astmatem bronchiale často vyhledávali informace na internetu. Nejvíce mě zarazilo, že se mezi dotázanými respondenty našli i tací, kteří si sami informace nevyhledávali. U nemocných s pankreatitidou to je 14,29 % a u nemocných s anémií se jedná o 13,79 %.

U nemocných s pankreatitidou a osteoporózou převažuje neinformovanost. Tato malá informovanost u pacientů s osteoporózou by mohla být zapříčiněna domněnkou zdravotnického personálu, že toto onemocnění je mediálně známé. Proto bychom se mohli domnívat, že zdravotníci poskytování informací o osteoporóze bagatelizují. Dále pacienti s akutní pankreatitidou jsou přijímáni do nemocnice ve vážném stavu, který trvá ještě několik dní během hospitalizace. Po tuto dobu nejsou schopni přijímat nové informace týkající se jejich onemocnění. Lékaři jim poskytují pouze nejnútnejší informace, které se týkají jejich aktuálního stavu. Tedy informovanost o pankreatitidě jako celku se může vytratit. Ostatní respondenti si myslí, že mají dostatek informací a nebo si nejsou o své informovanosti jistí. Většina respondentů má velký zájem o získání nových informací o svém onemocnění. Pouze u klientů s kardiostimulátorem jsou odpovědi vyrovnané.

Klienti by si přáli získat nové informace nejvíce ústní formou či prostřednictvím informačního letáku. Důvodem k těmto odpovědím může být fakt, že získání informací prostřednictvím informačního letáku by mohlo vyhovovat spíše osobnostem introvertní<sup>1</sup> povahy. Zároveň si klient informační leták odnese sebou do domácího prostředí, kde mu může trvale sloužit k „osvěžování“ již získaných informací. Ústní forma je vhodná pro staré lidi, kteří mají problém se čtením (mají poruchu zraku) a také pro klienty, kteří si z vlastní pohodlnosti informace raději vyslechnou.

Příjemným zjištěním je míra navštěvovanosti odborných ambulancí za účelem pravidelných kontrol. Nejvíce tyto ambulance navštěvují nemocní s astmatem bronchiale a klienti s implantovaným kardiostimulátorem. Může to být z toho důvodu, že nemocní s kardiostimulátorem by při závadě či špatné funkčnosti přístroje mohli být ohroženi na vlastním životě. Astmatici mají mnoho zkušeností s akutními záchvaty a pravidelným navštěvováním ambulancí se těmto záchvatům snaží předcházet.

Ve všech skupinách respondentů převažuje odpověď, že si nebyli schopni sami pomoci při akutních komplikacích. Tato neschopnost může pramenit právě z nedostačující informovanosti.

U většiny respondentů byla informována rodina o jejich onemocnění, nicméně tyto informace jim byly poskytnuty od samotných pacientů více než od zdravotnického personálu. Často se tak může stát, že se předávají zkreslené informace.

Z výsledků výzkumu jsem se dozvěděla, že život všech pacientů je jejich chorobou částečně omezován. Klienti s osteoporózou a astmatem bronchiale si myslí, že je jejich nemoc velice omezuje a tím pádem nemohou žít kvalitním a plnohodnotným životem.

---

<sup>1</sup> Introvert je člověk uzavřený do sebe, kterému činí potíže navazovat kontakt s novými lidmi, nerad se dělí o své pocity a problémy na veřejnosti.

## ZÁVĚR

Výsledky získané z výzkumu vypovídají o informovanosti respondentů. Tato informovanost není zanedbávána do takové míry, jak jsem předpokládala, nicméně vyskytují se v ní nedostatky. Těmito nedostatky je zejména fakt, že nemocní často informace o svém onemocnění nikde nehledali a nedokáží si pomoci v akutních komplikacích onemocnění. Rodiny respondentů jsou informovány převážně od samotných nemocných, což může působit značná nedorozumění v pochopení daného problému. Pacientů, kteří byli důkladněji edukováni sestrou je málo. Vytvoření informačních letáků o anémii, akutní a chronické pankreatitidě, astmatu bronchiale a o kardiostimulátoru by mohlo přispět k eliminaci těchto problémů stejně jako vytvořená prezentace a informační brožurka o osteoporóze. Způsob podání informací, tedy vytvořené letáky, brožura a prezentace, by měl uspokojit většinu respondentů. Díky těmto materiálům se vyskytuje možnost podat pacientům kompletní informace. Také tímto způsobem usnadníme sestřím roli edukátora a ušetříme jim čas. Letáky a brožury si klienti mohou odnést domů, můžou je tedy mít kdykoliv po ruce a poskytnout je i své rodině (viz Příloha č. 4).

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
- [2] DÍTĚ, P. *Diagnostika a terapie chronické pankreatitidy*. Praha: Scientia Medica, 1994. 56 s. ISBN 80-85526-24-7.
- [3] DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
- [4] HALUZÍKOVÁ, J. Informovaný pacient - spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, č. 7, s. 276-280. ISSN 1801-1349.
- [5] HANDL, Z. *Externí transtorakální defibrilace a kardiostimulace: teorie a praxe*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 49 s. ISBN 978-80-7013-453-5.
- [6] HARRISON, J., EDWARDS, J. *Developing Health Education in the Curriculum*. London: David Fulton Publishers Ltd, 1994. 161 s. ISBN 1-85346-277-2.
- [7] HULÍN, I. et al. *Patofyziológia*. Bratislava: SAP - Slovak Academic Press, 1996. 702 s. ISBN 80-85665-62-X.
- [8] KAŠÁK, V. *Asthma bronchiale: průvodce ošetrojícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005. 148 s. ISBN 80-7345-062-3.
- [9] KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
- [10] KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2009. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- [11] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [12] LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- [13] MALACH, J. *Pedagogika jako obecná teorie edukace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. 132 s. ISBN 978-80-7368-291-0.

- [14] MAŘATKA, Z. et al. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
- [15] MAUČKOVÁ, O., PATLEJEHOVÁ, E., HOVORKOVÁ, M. *Dieta při vlekém onemocnění slinivky břišní*. Praha: Triton, 2003. 75 s. ISBN 80-7254-412-8.
- [16] MIKSOVÁ, M., CHYTILOVÁ, J. *Kardiostimulace. Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, 10, s. 368-369. ISSN 1801-1349.
- [17] PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.
- [18] PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
- [19] SALAJKA, F. et al. *Asthma bronchiale: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008. 12 s. ISBN 978-80-86998-26-8.
- [20] ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
- [21] ŠTĚPÁN, J. *Diety při onemocnění osteoporózou*. Praha: Sdružení MAC, 1996. 31 s. ISBN 80-86015-05-X.
- [22] *Mějte silné a zdravé kosti – Rady vhodné pro prevenci osteoporózy a zastavení úbytku kostní hmoty*. Praha: Pragma, 2002. 149 s. ISBN 80-7205-898-3.
- [23] *Biventricular pacemaker*. Dostupný z [www](http://www.mymainecare.com/documents/Biventricular%20Pacemaker.pdf):
- ⟨<http://www.mymainecare.com/documents/Biventricular%20Pacemaker.pdf>⟩ [online]. [cit. 2010-5-19].



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AIUTA	Association Internationale des Universités du Troisième Age = Asociace univerzit třetího věku
aj.	a jiné
Astma b.	astma bronchiální
atd.	a tak dále
cca	cirka
cm	centimetr
CRP	C - reaktivní protein
CT	computer tomografie = počítačová tomografie
č.	číslo
ČIPA	Česká iniciativa pro astma
ČR	Česká republika
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EFA	European Federation of Astma and Allergy Associations
EFOS	European Federation of Older Students at the Universities = Evropské sdružení starších studentů na univerzitách
EKG	elektrokardiografie
ERCP	enterográdní cholangiopankreatikografie
EURAG	European Federation for the Welfare of the Elderly = Svaz starší generace Evropy
G6PD	glukózo-6-fosfát-dehydrogenázy
IgE	imunoglobulin E
např.	například
OSN	Organizace spojených národů
RTG	rentgen

s. strana

tj. to je

UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization = Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu

WHO World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka č. 1:</b> Plánování vzdělávacího kurzu .....	<b>31</b>
<b>Tabulka č. 1:</b> Jste .....	<b>63</b>
<b>Tabulka č. 2:</b> Věk .....	<b>64</b>
<b>Tabulka č. 3:</b> Vaše nejvyšší dosažené vzdělání .....	<b>65</b>
<b>Tabulka č. 4:</b> Kdo Vám podal nejvíce informací o nemoci? .....	<b>67</b>
<b>Tabulka č. 5:</b> Kde jste hledal/a informace o nemoci? .....	<b>68</b>
<b>Tabulka č. 6:</b> Myslíte si, že máte dostatek informací o nemoci? .....	<b>70</b>
<b>Tabulka č. 7:</b> Máte zájem o rozšíření Vámi získaných informací o nemoci? .....	<b>71</b>
<b>Tabulka č. 8:</b> Pokud ano, jakým způsobem by jste rád/a informace získal/a? .....	<b>72</b>
<b>Tabulka č. 9:</b> Jak dlouho trpíte touto nemocí? .....	<b>74</b>
<b>Tabulka č. 10:</b> Navštěvujete pravidelně poradnu zabývající se Vaší nemocí? .....	<b>75</b>
<b>Tabulka č. 11:</b> Dokázal/a byste si pomoci při akutních komplikacích, které by se objevily u Vaší nemoci? .....	<b>76</b>
<b>Tabulka č. 12:</b> Byli informováni Vaši blízcí o Vašem onemocnění? .....	<b>78</b>
<b>Tabulka č. 13:</b> Pokud ano či částečně, od koho informace o Vašem onemocnění získali? .....	<b>79</b>
<b>Tabulka č. 14:</b> Myslíte si, že je Váš život s Vaší nemocí plnohodnotný? .....	<b>81</b>
<b>Tabulka č. 15:</b> Považujete za důležité dodržování nutných opatření týkající se Vaší nemoci? .....	<b>82</b>

**SEZNAM GRAFŮ**

<b>Graf č. 1:</b> Pohlaví .....	<b>63</b>
<b>Graf č. 2:</b> Věk .....	<b>64</b>
<b>Graf č. 3:</b> Nejvyšší dosažené vzdělání .....	<b>66</b>
<b>Graf č. 4:</b> Kdo Vám podal nejvíce informací o nemoci? .....	<b>67</b>
<b>Graf č. 5:</b> Kde jste hledal/a informace o nemoci? .....	<b>69</b>
<b>Graf č. 6:</b> Myslíte si, že máte dostatek informací o nemoci? .....	<b>70</b>
<b>Graf č. 7:</b> Máte zájem o rozšíření Vámi získaných informací o nemoci? .....	<b>71</b>
<b>Graf č. 8:</b> Pokud ano, jakým způsobem by jste rád/a informace získal/a? .....	<b>73</b>
<b>Graf č. 9:</b> Jak dlouho trpíte touto nemocí? .....	<b>74</b>
<b>Graf č. 10:</b> Navštěvujete pravidelně poradnu zabývající se Vaší nemocí? .....	<b>75</b>
<b>Graf č. 11:</b> Dokázal/a byste si pomoci při akutních komplikacích, které by se objevily u Vaší nemoci? .....	<b>77</b>
<b>Graf č. 12:</b> Byli informováni Vaši blízcí o Vašem onemocnění? .....	<b>78</b>
<b>Graf č. 13:</b> Pokud ano či částečně, od koho informace o Vašem onemocnění získali? ....	<b>80</b>
<b>Graf č. 14:</b> Myslíte si, že je Váš život s Vaší nemocí plnohodnotný? .....	<b>81</b>
<b>Graf č. 15:</b> Považujete za důležité dodržování nutných opatření týkající se Vaší nemoci? .....	<b>83</b>

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1:** Formulář záznamu edukace

**Příloha č. 2:** Dotazník

**Příloha č. 3:** Žádost o dotazníkové šetření

**Příloha č. 4:** Fotografie z prezentace osteoporózy

**Příloha č. 5:** Edukační materiál – Kardiostimulátor – viz kapsa

**Příloha č. 6:** Edukační materiál – Astma bronchiale – viz kapsa

**Příloha č. 7:** Edukační materiál – Osteoporóza – viz kapsa

**Příloha č. 8:** Edukační materiál – Pankreatitida – viz kapsa

**Příloha č. 9:** Edukační materiál – Anémie – viz kapsa

## PŘÍLOHA Č. 1: FORMULÁŘ ZÁZNAMU EDUKACE

Kuberová, H., 2009, s.65

<i>Formulář záznamu edukace</i>	<b>VZOR</b>
<b>Číslo:</b> 1.	<b>Kód:</b> VZOR
<b>Téma:</b> Edukace pacienta po IM	<b>Datum:</b>
<b>Podtéma:</b> Rizikové faktory podléjící se na vzniku IM	<b>Podpis manažera:</b>
<b>Skupina péče:</b> Pacient přijatý k hospitalizaci	<b>Podpis zodpovědné sestry:</b>
<p><b>Oddělení, místo konání, podmínky konání:</b></p> <p>Interní oddělení</p> <p><b>Délka konání:</b></p> <p>30 minut</p>	<p><b>Hlavní cíl:</b> Klient bude mít dostatek vědomostí o daném onemocnění, o jeho komplikacích, léčbě, ošetřování a prognóze.</p> <p>Klient bude znát význam edukace, rozumí poznatkům a dokáže je použít.</p>
<p><b>Kompetence projektové, plánovací</b></p> <p>Sestra se kvalitně a kvalifikovaně připraví na vykonávání edukace v ošetrovatelství u nemocných po IM. Sestra si dopředu připraví psychodidaktickou analýzu učiva, edukační činnost si dopředu připraví a naplánuje. Připraví podmínky a organizačně zabezpečí edukaci a naplánuje její časovou náročnost. Zhodnotí individuální osobnostní vlastnosti, předpoklady a potřeby nemocného s ohledem na jeho věk a přizpůsobí jim realizaci a vyhodnocení edukace.</p>	
<p><b>Edukační diagnóza:</b></p> <p>1. Deficit vědomostí v konkrétní oblasti onemocnění, projevující se nejistotou z budoucnosti, z prognózy nemoci a změny životní role.</p> <p>2. Nedostatek zájmu rozvíjet svou hodnotovou orientaci a spiritualitu, vzhledem k věku, projevující se uzavřeností a občasnou verbální agresivitou.</p>	<p><b>Cíle, výsledná kritéria:</b></p> <p><b>Afektivní:</b> Klient bude pociťovat vnitřní motivaci, potřebu změny edukací. Pacient má zájem rozvíjet svoji hodnotovou orientaci a spiritualitu.</p> <p><b>Kognitivní:</b> Klient bude znát podstatu svého onemocnění, dokáže slovně popsat tělesné, sociální, ekonomické, psychické a duchovní důsledky svého onemocnění. Pacient bude rozvíjet svoje vnímání, myšlení, paměť, schopnost řešit problémy a tvořivé myšlení.</p> <p><b>Psychomotorické:</b> Klient bude měnit svoje návyky chováním a jednáním.</p>

### **Kompetence realizační**

*Sestra kvalitně a kvalifikovaně aplikuje do praxe své poznatky týkající se daného onemocnění. Sestra kvalifikovaně realizuje edukaci pacienta, aplikuje své řídicí a organizační kompetence. Sestra vede tuto činnost s ohledem na různé poruchy a změny klientova stavu. Sestra vytváří vhodné podmínky, klima, hygienické požadavky a estetičnost prostředí. Sestra se snaží docílit spolupráce ošetřovatelského a léčebného týmu, snaží se sjednotit působení a závěry.*

#### **Realizace - didaktický postup**

- čas – časový rozsah
- průběh edukace
- dialog edukátora a edukanta, otázky a odpovědi
- poznámky pro následující hodnocení

#### **Metody:**

*slovně-názorné, diskuse, rozhovor, atd.*

#### **Didaktické pomůcky:**

*Dokumentace a záznam edukace. Didaktické pomůcky – dataprojektor, literatura, názorný edukační materiál, pomůcky audio a video projekci nebo PC technika..*

#### **Motivační fáze:**

- Úvodní rozhovor, perspektiva a směřování
- Docílit vnitřní motivace nebo rozvoje vlastní vnitřní potřeby sebevzdělání

*Trvání maximálně 5 minut.*

#### **Disciplína a spolupráce:**

*Etickým způsobem působit na pacienta, dodržovat jeho lidská práva a svobodu, získat jeho důvěru a spolupráci.*

#### **Expoziční fáze:**

- promítnutí názorných ukázek o onemocnění srdce a IM
- praktické procvičování naučeného
- rozhovor na dané téma
- aktivity pro sebevzdělávání klienta

*Trvání podle potřeby, cca 15-20 minut.*

#### **Fixační fáze:**

- zopakování důležitých informací
- ujasnění postojů

*Trvání cca 5-10 minut.*

***Kompetence reflexivní - pozorování, hodnocení, sebezpozorování***

*Promyšleně vedenou edukací sestra vytváří prostor na samostatné myšlení a vytvoření zpětné vazby u pacienta, u sebe a případně i dalších členů týmu.*

***Vyhodnocení edukačního procesu***

*Cíl je splněný. Pacient má dostatek informací o onemocnění srdce, projevuje zájem změnit svůj životní styl, orientuje se na pozitivní hodnoty života. Plánovaný čas realizace celé edukace byl stanoven optimálně, není potřeba jeho opakování.*

KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2009. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.



## PŘÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Slavíková a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který se týká míry informovanosti o Vašem onemocnění. Získaná data mi poslouží jako podklady ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Příprava edukačních materiálů pro účely interního oddělení.“

Dotazník obsahuje 15 uzavřených otázek a je anonymní. Zabere Vám 5 minut Vašeho času. Vámi vybranou odpověď, prosím, zakroužkujte.

Děkuji Vám za pochopení a spolupráci

1. Jste:

- a) Žena
- b) Muž

2. Věk:

- a) Do 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) 51 - 60 let
- e) 61 - 70 let
- f) 71 - 80 let
- g) 81 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní vzdělání
- b) střední odborné vzdělání bez maturitní zkoušky
- c) střední odborné vzdělání s maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání

e) vysokoškolské vzdělání

4. Kdo Vám podal nejvíce informací o nemoci?

a) praktický lékař

b) zdravotní sestra

c) jiný zdravotnický personál, uveďte konkrétně:

.....

d) informace jsem získal samostudiem

5. Kde jste hledal/a informace o nemoci?

a) v odborné literatuře

b) v letácích

c) na internetu

d) v médiích

e) jinde, uveďte kde: .....

6. Myslíte si, že máte dostatek informací o nemoci?

f) ano

g) ne

h) nejsem si jist/á

7. Máte zájem o rozšíření Vámi získaných informací o nemoci?

a) ano

b) ne

8. Pokud ano, jakým způsobem by jste rád/a informace získala?

.....

9. Jak dlouho trpíte touto nemocí?

- a) do 1 roku
- b) do 5 let
- c) do 10 let
- d) 10 a více let

10. Navštěvujete pravidelně poradnu zabývající se Vaší nemocí?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, nepravidelně
- c) nenavštěvuji

11. Dokázal/a byste si pomoci při akutních komplikacích, které by se objevily u Vaší nemoci?

- a) ano, už se mi to stalo
- b) nejsem si jistý/á
- c) ne

12. Byli informováni Vaši blízcí o Vašem onemocnění?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

13. Pokud ano či částečně, od koho informace o Vašem onemocnění získali:

- a) od Vás
- b) od lékaře
- c) od zdravotní sestry
- d) od jiného zdravotnického personálu, uveďte konkrétně:

.....

14. Myslíte si, že je Váš život s nemocí plnohodnotný?

- a) ano, žiji aktivním životem

- b) ano, ale částečně mne omezuje
- c) ne, velice mě to omezuje
- d) nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

15. Považujete za důležité dodržování nutných opatření týkající se Vaší nemoci?

- a) ano
- b) příliš nedodržuji opatření
- c) ne

Děkuji za vyplnění dotazníku!

## PŘÍLOHA Č. 3: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 **Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
Fakulta humanitních studií

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění získání informací prostřednictvím dotazníkového šetření od klientů na Vašem pracovišti. Tyto informace níže uvedený student bude zpracovávat při psaní 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 Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	Zuzana Slavíková
Téma bakalářské práce	Příprava edukačních materiálů pro účely interního oddělení
Skupina respondentů	100
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, oddělení interní

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



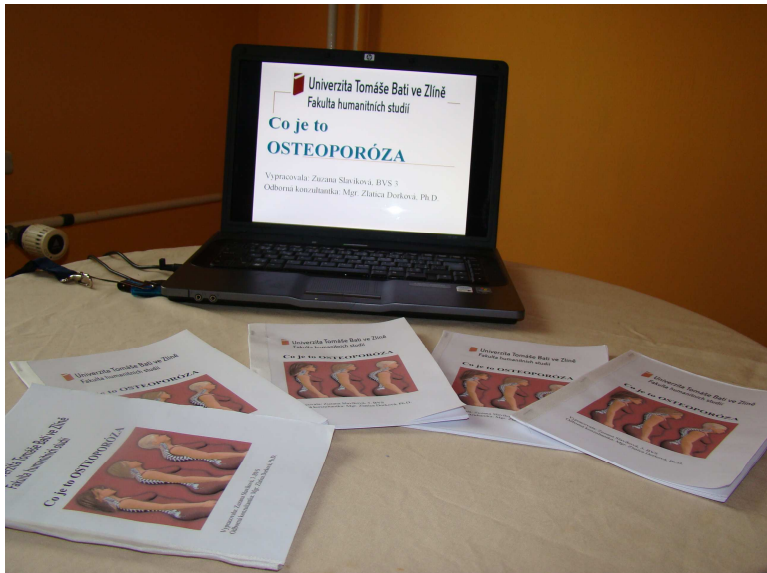
Ve Zlíně dne 23.11.2009

  
ředitelka IZS  
doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

  
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Sv. Václavovo náměstí 600  
762 75 Zlín  
Razítko a podpis zástupce zařízení

## PŘÍLOHA Č. 4: FOTOGRAFIE Z PREZENTACE OSTEOPORÓZY

### Fotografie č. 1: Prezentace



### Fotografie č. 2: Předání brožurky



**Fotografie č. 3: Prezentace**

