

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Daniel Jirkovský, Hana Nikodemová (Ed.)**

**INOVATIVNÍ PŘÍSTUPY VE VÝUCE  
OŠETŘOVATELSTVÍ**

**RECENZOVANÝ SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ Z MEZINÁRODNÍHO  
ODBORNÉHO SYMPÓZIA**

**Praha, FN Motol, 27.09. 2012**  
**ISBN: 978-80-87347-12-6**



OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA  
ADAPTABILITA



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ  
*ve spolupráci s*  
Univerzitou Hradec Králové, Pedagogickou fakultou  
Trenčianskou univerzitou A. Dubčeka, Fakultou zdravotníctva  
Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultou humanitních studií, Institutem  
zdravotnických studií a s Fakultní nemocnicí v Motole

*uspořádali dne 27.09. 2012*

## MEZINÁRODNÍ ODBORNÉ SYMPÓZIUM: INOVATIVNÍ PŘÍSTUPY VE VÝUCE OŠETŘOVATELSTVÍ



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií



### VĚDECKÝ A PROGRAMOVÝ VÝBOR SYMPÓZIA PRACOVAL VE SLOŽENÍ:

Prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc., Dr.h.c. (Bratislava)  
Doc. MUDr. Ján Bielik, CSc. (Trenčín)  
Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D. (Zlín)  
Doc. PhDr. Jaroslav Kořa (Praha)  
Doc. PhDr. Tomáš Svatoš, Ph.D. (Hradec Králové)  
PhDr. Eva Červeňanová, PhD. (Trenčín)  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. (Zlín)  
MUDr. Jitka Feberová, Ph.D. (Praha)  
PhDr. Katarína Gerlichová, PhD. (Trenčín)  
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA (Praha)  
PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D. (Praha)  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D. (Zlín)  
PhDr. Iveta Matišáková, PhD. (Trenčín)  
Peadr. Martina Maněnová, Ph.D. (Hradec Králové)  
PhDr. Eva Švarcová, Ph.D. (Praha)

### ORGANIZAČNÍ VÝBOR SYMPÓZIA PRACOVAL VE SLOŽENÍ:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D.  
PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.  
PhDr. Šárka Tomová  
PhDr. Marie Hlaváčová  
Mgr. Hana Nikodemová  
Ing. Roman Kuruc

**Název publikace:**

**Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství – recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodního odborného sympózia**

**Editoři:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Mgr. Hana Nikodemová

**Recenze:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.



**EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, PRAHA & EVROPSKÁ UNIE:  
INVESTUJEME DO VAŠÍ BUDOUCNOSTI**

*Publikace vznikla v rámci projektu č. CZ.2.17/3.1.00/33270: „Inovace praktické výuky ošetrovatelství“ financovaného v rámci Operačního programu Praha – Adaptabilita z Evropského sociálního fondu, ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu Hlavního města Prahy. Příjemcem projektu byla Fakultní nemocnice v Motole, partnerem Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta.*

*Hlavní řešitel projektu:  
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA*

**Vydala:**

Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol

jako svou 13. publikaci

Počet stran: 93  
Vydání: první, Praha, 2012  
Náklad: 100 výtisků na nosičích CD-ROM  
Grafická úprava: Daniel Jirkovský

**Neprodejně!**

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole  
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

**ISBN: 978-80-87347-12-6**

## OBSAH:

	str.
<b>ÚVODNÍ SLOVO</b>	<b>6</b>
<b>PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA a Mgr. Hana Nikodemová</b> Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol	
<b>INOVACE PRAKTICKÉ VÝUKY OŠETŘOVATELSTVÍ</b>	<b>7</b>
<b>PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA</b> Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol	
<b>POZNÁMKY O CESTĚ K INOVACÍM A KE ZMĚNÁM V PŘÍPRAVĚ NA PRÁCI SESTRY</b>	<b>10</b>
<b>Doc. PhDr. Jaroslav Kořa</b> Katedra pedagogiky, Filosofické fakulty UK v Praze	
<b>MOTIVÁCIA V ŽIVOTE A OŠETROVATELSTVE</b>	<b>16</b>
<b>prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc., Dr.h.c. a PhDr. D. Jirkovský, Ph.D., MBA</b> SZU Bratislava a Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol	
<b>POSUDZOVANIE V EDUKÁCIÍ - PRÍKLADY Z PRAXE</b>	<b>19</b>
<b>PhDr. Eva Červeňanová, PhD.</b> Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne	
<b>ODPOVĚDNOST JAKO ZÁKLAD „DOBŘÉ PRAXE“</b>	<b>28</b>
<b>Mgr. Anna Krátká, Ph.D.</b> Ústav ošetrovatelství, Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně	
<b>CHÁPÁNÍ NEMOCI JAKO SOCIÁLNÍ UDÁLOSTI PROSTŘEDNICTVÍM KAZUISTIK</b>	<b>33</b>
<b>Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.</b> Ústav aplikovaných společenských věd, Institut zdravotnických studií, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně	
<b>AKTIVIZUJÚCE VYUČOVACIE METÓDY V MAGISTERSKOM ŠTÚDIU OŠETROVATELSTVA</b>	<b>40</b>
<b>PhDr. Katarína Gerlichová, PhD. a PhDr. Iveta Matišáková, PhD.</b> Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne	
<b>VYUŽITIE KAZUISTIKY VO VÝUČBE NEUROLOGICKÉHO OŠETROVATELSTVA</b>	<b>45</b>
<b>PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD. a PhDr. Eva Červeňanová, PhD.</b> Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne	

<b>ERGOTERAPIA AKO SÚČASŤ OŠETROVATELSKEJ PRAXE ŠTUDENTOV U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTOV</b> <b>PhDr. Darina Šimovcová, PhD., Jana Matejková</b> Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne Denný psychiatrický a psychoterapeutický stacionár Fakultnej nemocnice v Trenčíne	<b>50</b>
<b>ZÁZNAMNÍK VÝKONŮ A JINÝCH ODBORNÝCH AKTIVIT VŠEOBECNÉ SESTRY – ZÁKLADNÍ PEDAGOGICKÝ DOKUMENT OŠETROVATELSKÉ PRAXE</b> <b>PhDr. Daniel Jirkovský, PhD., MBA a Mgr. Hana Nikodemová</b> Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol	<b>56</b>
<b>INTERAKTIVNÍ MULTIFUNKČNÍ SIMULÁTOR VE VÝUCE OŠETROVATELSKÝCH POSTUPŮ A INTERVENČÍ</b> <b>PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA a Mgr. Hana Nikodemová</b> Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol	<b>60</b>
<b>VZDĚLÁVÁNÍM K VYŠŠÍ KVALITĚ PÉČE</b> <b>PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA</b> Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol a Samostatné oddělení vzdělávání FN Motol	<b>64</b>
<b>ETIKA PÉČE O SENIORY V TEORII A V PRAXI</b> <b>Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D. a Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.</b> Institut zdravotnických studií FHS Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně	<b>67</b>
<b>ČESKOSLOVENSKO 1918 – 1939 POHLEDEM REFORMNÍHO PEDAGOGICKÉHO Hnutí</b> <b>Doc. PhDr. Tomáš Svatoš, Ph.D.</b> Katedra pedagogiky a psychologie, PedF Univerzity Hradec Králové	<b>75</b>
<b>VZDĚLÁVÁNÍ POMOCÍ NÁSTROJŮ E-LEARNINGU VE ZDRAVOTNICKÝCH OBORECH</b> <b>MUDr. Jitka Feberová, Ph.D., Mgr. Alexandra Polášková, Martin Feber</b> Ústav vědeckých informací UK 2. LF a Oddělení výukových systémů a speciálních technologií Ústavu výpočetní techniky UK v Praze	<b>84</b>
<b>E-LEARNINGOVÁ PODPORA VÝUKY OŠETROVATELSKÝCH POSTUPŮ</b> <b>PhDr. Šárka Tomová, Mgr. Hana Nikodemová, PhDr. Marie Hlaváčová a PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.</b> Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol	<b>91</b>



## ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně,  
Vážení kolegové,

*dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodního odborného sympózia Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství, které pořádal Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, Fakultou zdravotnictva Trenčianskej univerzity A. Dubčeka, Inštitutem zdravotníckých štúdií Fakulty humanitných štúdií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a s Fakultní nemocnicí v Motole dne 27. září 2012.*

*Na sympóziu, v několika blocích, zazněla celá řada teoreticky i prakticky zaměřených příspěvků věnovaných inovaci teoretické a praktické přípravy studentů a studentek Ošetrovatelství na českých i slovenských vysokých školách a další související příspěvky.*

*Cílem sympózia Inovativní přístupy ve výuce ošetrovatelství bylo soustředit odborníky z různých instucí a vytvořit tak předpoklady pro předávání nových poznatků a zkušeností mezi nimi a tak podpořit dosavadní spolupráci zúčastněných škol. S radostí lze konstatovat, že se tento záměr podařilo naplnit, o čemž svědčí příznivé reakce kolegyně a kolegů, kteří se našeho sympózia zúčastnili.*

*Závěrem nám dovoluňte poděkovat všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky. Zároveň děkujeme všem kolegyním a kolegům, kteří se na přípravě a samotné realizaci tohoto sympózia podíleli.*

*Těšíme se na setkávání s Vámi v roce 2013!*

*Za vědecký a organizační výbor sympózia*

*Mgr. Hana Nikodemová a PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
editoři sborníku*



## INOVACE PRAKTICKÉ VÝUKY OŠETŘOVATELSTVÍ

**Daniel Jirkovský, Hana Nikodemová, Eva Švarcová**

Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství

**Souhrn:** Článek obsahuje základní informace o projektu č. CZ.2.17/3.1.00/33270: „Inovace praktické výuky ošetřovatelství“ realizovaného v rámci Operačního programu Praha – Adaptabilita v letech 2010 – 2012. Projekt realizuje Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol. Článek obsahuje stručný popis celého projektu. Čtenáře seznamuje s jeho hlavními cíli a s jednotlivými klíčovými aktivitami. V závěru příspěvku jsou uvedeny a podrobně popsány očekávané výstupy z projektu.

**Klíčová slova:** Mentoring, Odborná praxe, Ošetřovatelské postupy, Ošetřovatelství, Operační program Praha – adaptabilita, Vzdělávání v ošetřovatelství

## INNOVATION OF THE PRACTICAL EDUCATION OF THE NURSING

**Summary:** The report summarize the basic informatik about the project no. CZ.2.17/3.1.00/33270: „Innovation of the practical education of the nursing“ realized in the name of the Operation program Prague – Adaptability in 2010-2012. Project is lead by Department of Nursing 2<sup>nd</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital. Every of the project details is contained in the report. Readers are known about the main point sof th project and its key activities. In the ending, there are exactly defined the expected goals.

**Key words:** Mentoring, practice, nursing access, nursing, operation programs Prague – adaptability, education in the nursing

### Úvod

Od 1.11. 2010 je ve Fakultní nemocnici v Motole realizován projekt č. CZ.2.17/3.1.00/33270: „Inovace praktické výuky ošetřovatelství“ podpořený v rámci Operačního programu Praha – Adaptabilita z Evropského sociálního fondu, ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu Hlavního města Prahy. Příjemcem projektu je Fakultní nemocnice v Motole, partnerem Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta. Projekt řeší Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové a s odborníky z klinické a komunitní ošetřovatelské praxe.

### Charakteristika projektu

Vlastní projekt je zaměřen na inovaci a modernizaci praktické výuky ošetřovatelských postupů a odborné praxe studentů bakalářského studijního programu 5341 R

Ošetřovatelství na 2. LF UK v Praze ve studijních oborech Všeobecná sestra a Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství, jejichž praktická výuka a odborná praxe se z převážné většiny realizuje ve Fakultní nemocnici v Motole. Projekt je zaměřen na tři klíčové oblasti, tj. na:

- přípravu a zavedení nových studijních pomůcek;
- přípravu a zavedení Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry (dále též logbook), tj. metodické pomůcky pro vlastní realizaci ošetřovatelské praxe. Bude určen jak pro studenty, kterým bude vydáván do vlastnictví, tak i pro mentorky klinické a komunitní ošetřovatelské praxe;
- vzdělávání akademických pracovníků - všeobecných sester a porodních asistentek, které vedou klinickou ošetřovatelskou praxi jako mentorky s cílem vybudovat u nich systém kompetencí v oblasti pedagogiky a psychologie pro kvalifikovaný výkon činnosti ve smyslu úspěšného prognózování, realizace a evaluace výchovně vzdělávacího procesu v rámci odborné praxe studentů.

V rámci projektu bude vytvořeno přes 40 recenzovaných a v průběhu praktické výuky i ověřených e-learningových studijních opor obsahujících základní a speciální ošetřovatelské postupy a intervence.

Většina studijních opor bude doplněna o videozáznamy jejich správného provedení a o didaktické testy. Studijní opory budou zveřejněny na výukovém portálu českých a slovenských lékařských fakult MEFANET, kde budou dostupné všem studentům 2. LF on – line.

Dále bude sestavena a v nákladu 420 výtisků vydána publikace Ošetřovatelské postupy a intervence – učebnice pro bakalářské a magisterské studium. Studentům bakalářského studijního programu Ošetřovatelství budou tyto učební texty od akademického roku 2012/2013 vydávány na CD-ROM do vlastnictví.

V rámci realizace projektu budou sestaveny, v praxi ověřeny a nezávisle recenzovány Záznamníky výkonů a jiných odborných aktivit pro studenty bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra a Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství. Od akademického roku 2012/2013 bude studentkám tento materiál vydáván do vlastnictví zdarma.

V době realizace projektu proběhnou dva certifikované kurzy pro přípravu mentorů klinické ošetřovatelské praxe akreditované Ministerstvem zdravotnictví ČR. Dále vznikne recenzovaný sborník pomocných učebních textů a výukových prezentací k certifikovanému kurzu, který bude využíván i v dalších aktivitách podobného typu realizovaných ve FN Motol nebo na 2. LF UK v Praze. Před ukončením projektu proběhne odborné sympóziu s mezinárodní účastí s názvem Inovativní přístupy ve výuce ošetřovatelství.

## Závěr

Předpokládáme, že se realizací projektu podaří vytvořit podmínky pro zlepšení úrovně výstupních dovedností absolventů v oblasti specifických, ale i přenositelných





OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA  
ADAPTABILITA



kompetencí v rámci oboru ošetrovatelství a vytvořit tak předpoklady pro úspěšný výkon jejich budoucího povolání, případně pro další studium v oboru.



**EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, PRAHA & EVROPSKÁ UNIE:  
INVESTUJEME DO VAŠÍ BUDOUCNOSTI**

*Tento projekt je financován v rámci Operačního programu Praha – adaptabilita z Evropského sociálního fondu,  
rozpočtu hl. města Prahy a státního rozpočtu ČR.  
Reg. číslo projektu: CZ.2.17/3.1.00/33270*

### **Literatura:**

JIRKOVSKÝ, D. *Projektová žádost projektu s názvem Inovace praktické výuky ošetrovatelství* finalizovaná dne 16.06. 2010. Interní materiál Fakultní nemocnice v Motole a Univerzity Karlovy v Praze – 2. lékařské fakulty k dispozici u autora příspěvku.

JIRKOVSKÝ, D. *Inovace praktické výuky ošetrovatelství. In. Cesta k modernímu ošetrovatelství XII. – recenzovaný sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, Fakultní nemocnice v Motole, 16.9. – 17.9. 2010. s. 80 – 82, vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010 ISBN 978-80-87347-03-4*

### **Korespondence:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz



## POZNÁMKY K INOVACÍM A KE ZMĚNÁM VE VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

**Jaroslav Koťa**

Univerzita Karlova v Praze, Filosofická fakulta: Katedra pedagogiky  
Pražská vysoká škola psychosociálních studií

**Souhrn:** Autor příspěvku poukazuje na potřebu rozšiřovat vzdělávání budoucích sester o znalost vývojové a sociální psychologie s tím, že zvláště je třeba položit důraz na problémy komunikace. Je vhodné zvážit korekce tradičního modelu profesionalizace profese sestry. Stat' dále poukazuje na skutečnost, že nestačí jen teoretické znalosti, ale podmínkou zvládnutí komunikace s pacientem v tíživých životních situacích je znalost sebe sama a dovednosti osvojené v supervizi.

**Klíčová slova:** profesionalizace, vzdělávání sester, komunikace, konflikty na pracovišti, relaxace, výcvik, supervize.

### NOTES TO INNOVATIONS AND CHANGES IN EDUCATION OF GENERAL NURSES

**Summary:** Author of the paper points to the need to expand the education of future nurses on knowledge of developmental and social psychology, with the particular emphasis should be placed on communication problems. It is appropriate to consider the correction of the traditional model of professionalism of the nursing profession. The article also points to the fact that it will not only theoretical knowledge, but the condition of communication with the patient coping in difficult life situations is self-knowledge and skills acquired in supervision.

**Key words:** professionalization, nursing education, communication, conflict in the workplace, relaxation, training, supervision

### Úvod

Součástí dlouhodobého procesu profesionalizace sesterského povolání jsou neustálé proměny vzdělávání, které se dnes zdaleka netýká jen lékařských znalostí, technik a postupů svěřených sestrám, ale i rozšiřování znalostí v humanitních oborech a v doškolovacím vzdělávání. Za jedny z nejdůležitějších považuji znalosti z vývojové a sociální psychologie a osvojení základů některých terapeutických technik. Protože mám možnost po desetiletí pozorovat nelehký vývoj ošetrovatelství a proměny ve vzdělávání sester, dovoluji si několik poznámek.

První připomínka zní, že je třeba s daleko větší energií než v minulosti, prohloubit systém vysokoškolské přípravy a vzdělávání budoucích sester. Rozklad pětiletých magisterských oborů po podepsání boloňských dohod se krutě podepsal na celé řadě vysokoškolských oborů, zvláštěním způsobem retardoval i projekt vysokoškolského vzdělávání budoucích sester. Zatím nelze než konstatovat, že záhy po listopadu měly

sestry větší perspektivy než dnes, kdy je řešení celé řady palčivých otázek v koncipování celého vzdělávacího systému sester odkládáno na neurčito.

V oblasti vzdělávání budoucích sester je třeba poukázat i na jednu z připomínek západních feministek k profesionalizaci těch profesí, které vykonávají ženy. Mezi nimi významnou roli hrají ošetrovatelství a učitelství, kde na základním a středním stupni zvláště v humanitních oborech získávají ženy nespornou početní převahu. Jak pro ošetrovatelství, tak pro učitelství platí, že je vysoce potřebné zvážit korekce modelů profesionální přípravy a profilu profese, protože nejde zdaleka jen o model chování opřený o vysokou teoretickou úroveň odborného vzdělání a o schopnost aplikovat obecné poznatky v konkrétních praktických situacích, ale do hry vstupuje potřeba péče o děti, o dospívající a o druhé lidi vůbec, s čímž klasický model profesního jednání příliš nepočítal.

Tradiční profesní role jsou totiž dodnes odvozovány z klasických mužských povolání – z povolání lékaře, kněze či právníka, kteří jako první již ve středověku získali vysokoškolské vzdělání. Všimněte si, že významnou součástí jejich profese od středověku do dnešních dob nebyla jen schopnost osvojit si potřebnou teorii, ale společnost od nich očekávala, že zvládnou zacházení s tajemstvím života a smrti. Práce s některými odvětvými tabu se tak stala záhy součástí jejich každodenní aktivity a zajišťovala jim ve společnosti mimořádné postavení a prestiž. Ale role žen spočívala tradičně v péči o duši a tělo bližních, zvláště pak těch, kteří nebyli schopni zcela samostatného života.

Role sestry je komplikovanou tím, že je rolí nacházející se v diferencovaném léčebném rámci, je tedy rolí nacházející se mezi rolí lékaře a pacienta, kteří vůči ní vznášejí často zcela protikladné nároky a požadavky. Jako každé profesní jednání je i každodenní život sestry opřen o tři psychologické pilíře: o profesní vnímání, profesní vědění či znalosti a o techniky profesního jednání. O tom, že tyto tři pilíře jsou vzájemně velice úzce provázány, není nutné asi nikoho dlouho přesvědčovat. Přesto v celém profilu profese je zřejmé, že jeho součástí je i zpracování každodenních reflexí, trvalé sbírání zkušeností v řadě nelehkých situací. Model profesionalizace vede i k poukazu na skutečnost, že na základě reflexí se jen část profesionálů stane experty v daném oboru. Což jsou nakonec často ti lidé, kteří se stanou školiteli ostatních. Druhou součástí profesionality je osvojení si schopnosti týmové práce, protože dnes - a v budoucnosti tomu nebude asi jinak – se léčba neodehrává jako individuální záležitost, ale vyžaduje dobrou skupinovou či týmovou spolupráci jak různých odborností lékařů, tak odlišně proškolených sester.

## Úskalí práce s nemocnými lidmi

Mluvíme-li tedy o cestách k modernímu ošetrovatelství, je asi vhodné se vrátit k samotným základům profese a položit si několik otázek. Jsou budoucí sestry připraveny na práci s lidmi, kteří procházejí situací nouze, nacházejí se v krizových či dokonce mezních životních situacích a vedle řady řešení psychických potíží (vyrovnání se s nemocí, se ztrátou výkonnosti, problémy v redefinování některých životních priorit apod.) se vyrovnávají i s řadou tělesných problémů? Zde se stále nabízí otázka, jak jsou budoucí sestry informovány o problémech provázení umírajících a lidech v mezních životních situacích? Profese od nich vyžaduje zvládnání komunikace s těmito pacienty,

kteřá nebývá jednoduchá a vyžaduje takt a ohled, přičemž je otázkou, kolik času v některých přetížených provozech je možné jednotlivému pacientovi vůbec věnovat.

Dovolím si upozornit na některé reflexe, s nimiž se v sesterské profesi lze setkat. Sestra, která polovinu života strávila rozhovory, péčí či staráním se o nemocné, uvádí: „*Dříve se říkalo, že je to poslání. Já nevím, je-li tato práce posláním, ale v každém případě nás denně nutí nacházet nové a nové metody vysvětlování a cesty k člověku, nemocnému člověku.*” Pochybovat o vlastním poslání není charakterová vada, je to naopak běžný jev, kdy přemýšliví lidé v každodenním provozu znovu a znovu hledají odpovědi na otázku, co je smyslem jejich konání. Dovolím si v této situaci upozornit na jednu zkušenost. Na dotaz jak chápe svou profesi lékař, učitel, kněz či sestra se zpravidla dozvíme, že je to poslání. Ale pokud by někdo vykřikovat nahlas a hlásal, že má velké životní poslání, tak je třeba se mu obloukem vyhnout, protože je vysoce pravděpodobné, že jde o velmi nebezpečného člověka.

Ale vraťme se k činnosti sestry. Je třeba poukázat na moment nastávající na řadě pracovišť, že sestra přichází do širšího kontaktu s pacientem často teprve poté, co lékař sdělí pacientovi diagnózu, podá mu elementární a zjednodušený výklad jeho situace, nastíní mu stručně perspektivy do budoucna a v ideálním případě mu nastíní některé následné kroky terapie. Část pacientů lékař pošle do specializované poradny, kam bude pravidelně přicházet na terapii či na kontroly. A tady vstupuje do hry sestra, od níž se očekává, že bude – cituji: *“Určitě velmi slušná, zkušená, příjemná, vzdělaná, empatická a důvěryhodná... atd.”* To asi netřeba šířeji komentovat...

Jak již bylo mnohokrát podtrženo sociology i sociálními psychology: veškerý provoz v moderním (ale i postmoderním) světě zůstává založen na bazální důvěře člověka ve svět, tedy v to, že fungují nejen technická zařízení, ale že se lze spolehnout i na druhé. Také pacient potřebuje především věřit zdravotníkům – lékařům i sestřím. Důvěra je ve skutečnosti nikoliv posledním, ale nejen nezbytným, ale zcela základním momentem kontaktu pacienta s lékařem i se sestrou, bez ní nemohou tyto vztahy fungovat a nebudou nikdy uspokojivé ani pro jednu či druhou zúčastněnou stranu.

Sestra se v každodenním provozu dostává do kontaktu s nemocným člověkem (někdy velmi mladým, jindy naopak s lidmi vysokého věku vyžadujícími specifickou péči a znalost jejich psychologie) a často až poté, co jim jednoho dne lékař sdělí nepříjemnou diagnózu. Mnohdy je to právě ona, která jako jedna z prvních pozoruje, jak pacient obtížně zvládá novou životní situaci, jak se vyrovnává se zhroucením životních plánů a iluzí, nahlíží na to, jak přijme diagnózu, jak se učí a zvyká si s některými životními potížemi žít. To je pro každého jedince nelehká životní etapa a každý pacient se s tou „svou“ nemocí vyrovnává odlišným způsobem. A v této specifické situaci vstupuje do jeho životního horizontu sestra. Často je to právě ona, kdo má v popisu práce zpracovat řadu dat o pacientech do elektronické databáze, což vyžaduje znalost práce s počítačovými systémy a speciálními programy, ale především rozvinutější schopnost klást v nelehkou chvíli pacientům mnohé dotazy směřující ke kvalitě jejich životů. Mnohdy jsou sestry nuceny klást i otázky, o nichž pacienti uvádějí, že jsou tzv. „na tělo“ či „dosti dotěrné“. V této situaci je sestra konfrontována s nutností velice pečlivě a s velkou dávkou taktu volit jakákoliv slova, protože pomocí ohleduplného dotazování potřebuje shromáždit co nejvíce potřebných dat.

U některých nemocí je dokonce potřebné se seznámit s tím, jak pacient žije, jaké bude mít podmínky při léčbě, jaké má rodinné zázemí a někdy i svébytné podmínky života. Tady se v terénu prokazuje schopnost vnímat realitu tíživé situace, v níž se pacient ocitá právě na prahu nové a nejistoty vyvolávající životní dráhy. Zde je otevřen prostor pro možnost komunikace, sahající technikou kladení otázek až někam k sofistům a k jejich velkému kritiku Sókratovi. Ve vzájemném dialogu jde nejen o to, na základě vnímání pacientovy situace a rychlé úvahy se rozhodovat o tom, jaké otázky budou únosné k získání potřebných dat, ale jde současně o nastavení *modus vivendi*, tedy vzájemného vztahu či přesněji: vztahu důvěry.

## Komunikace s nemocnými

Schopnost komunikace není něco s čím se rodíme, ale co se učíme zvládat po celý život, protože dobře vedený rozhovor a navíc s člověkem v tíživé situaci vyžaduje nejen dovednost formulovat dobře otázky, být zdvořilý a poskytnout druhému uznání, ale i schopnost rozumět sám sobě, vytvořit si náhled a zvládat vlastní nepříjemné pocity, které může jedinec prožívat v těchto oboustranně ohrožujících situacích. A těchto tíživých situací se v lékařských oborech vyskytuje poměrně vysoké množství a spoluvytváří náročný profil této profese.

Tady bych chtěl podtrhnout, že rozvíjení schopnosti komunikace opřené o znalost či lépe vzhled do situace nemocného je jeden z dlouhodobě podceňovaných momentů každé léčby – který bude stále více nabývat na významu. Součástí této dovednosti není jen znalost technik a naučené reakce na některé odlišnosti komunikace (například komunikace s dětmi, s manažery, novodobými workholiky či geronty), ale i schopnost supervise, tedy absolvování specifických výcviků umožňujících náhled na vlastní prožitky a jejich zvládání. Bez toho asi nelze dlouhodobě zvládat přetíženost a stress, který může v komunikaci v průběhu let kumulovat.

V profesích, kde denně pracujeme s lidmi, hrozí stav přetížení a následné vyhaslosti. Mluví se dnes často o syndromu vyhoření. To bývá obvykle značná nadsázka, protože tento syndrom se většinou projevuje tak, že jednoho dne jeho nositel či nositelka vyjde ráno z domu na ulici, rozpláče se a z posledních sil si uvědomí, že není ani schopna dojít natož zatelefonovat do práce – zpravidla se otočí a vrátí se domů, kde se psychicky zhroutí. Vyhoření nebývá žádné jednoduché neurotické zneklidnění či běžná každodenní úzkost, ale jde o velmi těžký stav, který vyžaduje psychologickou pomoc. Proto je vhodnější mluvit spíše o vyhaslosti – neboť co vyhasne, to se dá znovu zapálit, ale co vyhoří, tam je obtížné vykřesat nové jiskry. Proto by se možná měl burn-out-syndrom spíše překládat jako syndrom vyhaslosti než vyhoření. A aby se jedinec nedostával díky dlouhodobému přetížení do těchto nepříjemných životních stavů, je vhodné znovu a znovu upozorňovat na možnost supervise, pořádání balintovských seminářů pro sestry či absolvování praktických terapeutických výcviků otevírajících současně cesty jak k sebepoznání, tak i k rozvinutí schopnosti zvládat obtížné či komplikované mezilidské vztahy a problémy.

Potíže v komunikaci sester bývají několikerého druhu. Anž bych se pouštěl do podrobných analýz dat o tom, jak sestry reagují na konfliktní situace, upozorním jen na některé vybrané výsledky šetření konfliktů na pracovišti. Zkoumání konfliktů totiž

ukazuje, že zhruba 24% z nich se odehrává mezi samotnými sestrami, 41% se odehraje mezi lékaři a sestrami, 20% s nadřízenými sestrami a 15% s pacienty. Samozřejmě, že tato čísla nevypovídají za prvé nic o hloubce jednotlivých konfliktů, za druhé jsou průměrnými čísly, od nichž se zcela zásadně mohou lišit jednotlivé provozy. Naznačují však jeden z trendů, který jakoby vypadl ze spisů profesora Parkinsona: na mnohé konflikty stačí zdravotnické zařízení samotná a nepotřebují k nim ani pacienty. Na druhé straně jsou tu i varovné výzkumy reakcí na konflikty, které naznačují, že celá řada sester i po těžkých a dlouhodobých konfliktech nevyhledává ani odbornou pomoc, ani nevyužívá žádné relaxační techniky jako je např. autogenní trénink, joga či kurzy na eliminaci stresu apod. Místo toho kompenzují následky těchto situací zhruba v 10% kouřením, ve 3% požitím alkoholu, ve 24% rozhovory s přáteli či rodinnými příslušníky, zhruba 10% chodí na víceméně pravidelná cvičení a 10% hledá vybrané specifické kompenzační activity (koníčky, sport apod.).<sup>1</sup> Seznam způsobů odreagování konfliktních situací v profesi sestry v sobě obsahuje poukaz na skutečnost, že je třeba propracovat system přípravy na náročné životní situace, system profesionální pomoci a dlouhodobé účinné podpory sestrám, protože na konflikty reagují spíše živelně. I když uvedené živelné reakce a pokusy o spontánní adaptace na tíživé či konfliktní situace nelze zavrhnout, je současně třeba podtrhnout, že nebývají příliš účinné.

## Komunikace mezi zdravotníky

Skutečnost, že řada konfliktů vzniká přímo v meziosobních vztazích mezi zdravotníky, bude v moderním ošetrovatelství vyžadovat zvýšenou pozornost. Bylo by tragické prohlubovat konflikty mezi nositeli péče o nemocné – především mezi lékaři a sestrami. Přesto připomenu, že nejen starší ročníky lékařů, ale ani mnozí čerství absolventi lékařských fakult stále ještě nejsou schopni efektivně budovat moderní a na rovných vztazích či vztazích důvěry založený systém péče o nemocné. Je skutečností, že arogantního a namyšleného mladého lékaře sestry dokáží vždy prostě a jednoduše utopit tím, že jej nechají bez některých informací, nebo s klidem pozorují, až mu některé situace v každodenním provozu tzv. “srazí hřebínek”. Dokáže-li pak lékař uznat, že se bez pomoci sester neobejde, bývá “vzat na milost”.

Nutné je konstatovat, že vzájemné vztahy mezi lékaři a sestrami tvoří dlouhodobou dramatickou kapitolu, v jejímž závěru, dojde-li ke konsensu a nepsaným dohodám, sestry brání “svého lékaře či lékařku” před nepřiměřenými nároky okolí, před podvodníky, simulanty či psychicky narušenými jedinci. Přesto jsme však stále svědky dlouhodobých excesů a reliktního dávno přežitého či naprosto nemístného chování lékařů, na které jsou sestry nuceny se adaptovat – a to nebývá příjemné ani povznášející. *Ale bez růstu profesionalizace a dalšího odborného vzdělávání sester k rozsáhlejší restrukturalizace vztahů na lékařských provozech neproběhne.* Cesta k modernímu ošetrovatelství bude ještě dlouhá, ale dnes již není beznadějná, protože mnohé změny jsou již možné, jiné se rýsují na horizontu našeho času.

<sup>1</sup> Veškerá uvedená data byla získána v rámci výzkumu, který byl prezentován na pousteru Kaiseršotová, Kateřina; Kořa, Jaroslav; Janotková, Zuzana; Tavel, Peter: *Sources of Stress of Support for Nurses: Coping strategies and Educational Deficit.* 26th Conference of the European Health Psychology Society. 21 – 25. August 2012, Praha.



## Literatura

KAISERŠOTOVÁ, K. *Duševní hygiena u pracovníků pomáhajících profesí ve dravotnictví, se zaměřením na profesi zdravotní sestry*. (Bakalářská práce – vedoucí doc. PhDr. J. Koťa) Pražská vysoká škola psychosociálních studií 2007.

KAISERŠOTOVÁ, K.; KOŤA, J.; JANOTKOVÁ, Z.; TAVEL, P.: *Sources of Stress of Support for Nurses: Coping strategies and Educational Deficit*. (Poster.) 26th Conference of the European Health Psychology Society. 21 – 25. August 2012, Praha.

KOŤA, J. Jak velkou injekci humanitních předmětů aplikovat při vzdělávání sester? *Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry*. XIV, 2004, č. 7 - 8, s. 82.

KOŤA, J. Poznámky k současné profesi a profesionalitě sester. In: Jirkovský, D.; Tomová, Š. (Edit.) *Cesta k modernímu ošetřovatelství XIV*. (sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí - Fakultní nemocnice v Motole 13.09. – 14.09. 2012). CD. Praha: Ústav ošetřovatelství Univerzity Karlovy v Praze, 2012. s. 118 – 120.

VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN80-247-1262-8

## Korespondence:

Doc. PhDr. Jaroslav Koťa  
Katedra pedagogiky FF UK v Praze  
Celetná 20, 116 38 Praha 1  
[Jaroslav.kota@ff.cuni.cz](mailto:Jaroslav.kota@ff.cuni.cz)

## MOTIVÁCIA V ŽIVOTE A OŠETROVATEĽSTVE

<sup>1</sup>Ladislav Šoltés, <sup>2</sup>Daniel Jirkovský

<sup>1</sup> Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava

<sup>2</sup> Ústav ošetrovateľstvá UK 2. LF a FN Motol

**Súhrn:** Mnohé poznatky z odboru psychológie, ale i naše osobné skúsenosti poukazujú, že ľudia najmä v pracovnom procese, ale i v svojich záujmoch a aktivitách dosahujú často podstatne rozdielne výkony. Dokonca i ľudia s rovnakými schopnosťami nedosahujú rovnaký výkon, takže ich výkon nezodpovedá ich pracovným schopnostiam. Predpokladom výsledku, teda výkonu nie sú len schopnosti pracovníka ale aj jeho vôľová aktivita, ktorá je odrazom jeho vnútornej motivácie.

**Kľúčové slová:** motivácia; ciele; ošetrovateľstvo; vzdelávanie

### LIFE MOTIVATION AND NURSING

**Abstract:** Many findings from the area of psychology, as well as our personal experience, suggest that, not only in the workplace, but also within the range of personal hobbies and activities, people achieve significantly different results. Even people with an identical level of skills do not perform on an equal level, which means that their performance does not correspond to their working skills. Results, i.e. performance, are based not only on the employee's skills, but also on his or her voluntary actions, which reflect their internal motivation.

**Key words:** Motivation, Goals, Nursing, Education

#### Úvod:

V širšej verejnosti sa motiváciou rozumie akýkoľvek počin, ktorý pohýňa ľudí k postojom a činnostiam, ktoré chcú vykonať. Každé ľudské správanie je zamerané na dosiahnutie určitého cieľa, je tak správaním motivovaným. Motivácia je teda súhrnom faktorov, ktoré vyvolávajú, usmerňujú a udržiavajú psychickú aktivitu človeka. Je to motivácia, ktorá zodpovedá, prečo človek pracuje, prečo sa snaží o určitý výkon, prečo chce dosiahnuť určitú pracovnú pozíciu.

#### Vlastný text:

Keby sme sa pokúsili matematicky vyjadriť tieto vzťahy závislosti výkonu, potom výkon je súčinom schopnosti a motivácie. Na kvalitný výkon nestačia len vedomosti a schopnosti, ale potrebná je chuť do práce, chcieť pracovať a zároveň zaujímať sa o výsledok a tak sa podieľať na ňom v zariadení kde pracujeme. Inými slovami motiváciu môžeme charakterizovať ako predpoklad akejkol'vek aktivity človeka.



Známa je Maslowova pyramída potrieb človeka, spoločná všetkým ľuďom, ktorá začína fyziologickými potrebami, ďalej cez potreby istoty a bezpečia, sociálne potreby uznania až ku potrebám sebarealizácie. Táto teória poukazuje, že v prípade uspokojenia nižšej potreby sa vyššia potreba stáva v motivácii dominantnou. Pritom upozorňuje, že potreba sebarealizácie nemôže byť trvalo uspokojená, lebo len neuspokojená potreba môže motivovať správanie, aby sa stala vlastným základným motivátorom správania.

Nemáme v úmysle analyzovať všetky teórie motivácie, spomeňme len teóriu spravodlivosti, ktorá vychádza z poznatku, že ľudia sú motivovanejší ak sa s nimi zaobchádza spravodlivo a slušne, tak v odmeňovaní ako aj pracovných postupoch. Úspešní manažéri často konštatujú, že motivácia je pre nich dôležitejšia ako najmodernejšie technické a výrobné zariadenia.

Aké sú podnety motivácie?

Podnety môžu pochádzať z nášho vnútra alebo z prostredia, teda zvonka. Najbežnejšia motivácia je motivácia homeostatická, ako podmienka udržania života. Homeostázou rozumieme stálosť vnútorného prostredia organizmu, ako predpoklad životných pochodov. Patria sem podnety vnímania hladu, smädu, pohybu apod..

Ak sme spomenuli pocit smädu ako vnútornú motiváciu sa napiť, potom táto vnútorná potreba môže byť zvonku, z prostredia ešte motivovaná odporúčaním vypíť aspoň 2 litre tekutín denne, bez ohľadu na chýbanie pocitu smädu. Tieto vnútorné motivácie nie sú len homeostatické, ale profesionálne, sociálne v najširšom slova zmysle ako sú potreby solidarity, pomáhať iným, zmierňovať bolesť a utrpenie, všímať si, odhalovať a reagovať na potreby našich pacientov, tak zásadné v ošetrovatelstve.

Druhým aspektom motivácie sú peniaze, alebo iný osobný prospech z výkonov a úspechov v športe, umení, vede, v túžbe po moci, motivácie a snahy stať sa slávnym, dnes sa často stretávame s rôznymi motiváciami, ako sa stať celebritou. Zastavme sa u motivácie peniazmi. Na čo potrebujeme peniaze? Sú to naše fyziologické potreby - stravy, obliekania, bývania, zabezpečenie rodiny, ale tiež motivácia vlastniť luxusné auto, alebo dokonca viac aut, drahú dovolenku, chatu, jachtu a tým si budovať svoje sebavedomie. Peniaze motivujú väčšinu ľudí, ale zatiaľ čo nedostatok peňazí môže vyvolávať nespokojnosť, ich opak dostatok alebo dokonca nadbytok nemusí mať za následok spokojnosť, iste nie trvalú. Svoje uspokojenie si ľudia potom kompenzujú novým nákupom, koničkami ako učiť sa hrať tenis, golf a iný nákladný šport, dopriať si exkluzívnu dovolenku a motivovať sa k investíciám apod..

Ale sú peniaze všetko? Nechceme tým spochybniť, že finančná motivácia sa vysvetľuje ako najúčinnější. Stále častejšie sa objavujú hlasy na podporu dobrovoľnej skromnosti, ako protiklad chudoby a konzumu, keď sa človek dobrovoľne rozhodne žiť skromne. Aj k tomu, patrí motivácia. Nadmerná spotreba je často len zdanlivým blahobytom. Ľudia tak kompenzujú vnútornú prázdnotu, osamotenosť, pocity bezmocnosti a opustenosti. Konzumná mentalita je často motivovaná umelo vytváranou reklamou, v primitívnej polohe napr. úvahou, že prečo sused ma lepšie auto ako my apod. Zásadnú otázku postavil Fromm v dileme mať alebo byť.

Pre ošetrovatelstvo potrebujeme osobitnú motiváciu, vnútornú i vonkajšiu pomáhať iným. Bola to v dlhej histórii ľudstva motivácia pomáhať si navzájom ako podmienka jeho prežitia. Ľudia si pomáhali v rámci komunity, rodiny, okolia, obce apod. V posledných rokoch hovoríme o pomáhajúcich profesiách, ako sú zdravotníci, učitelia, sociálni pracovníci, duchovní, dobrovoľníci a iní. Táto motivácia u niektorých osobností spomeňme len Dr. Schweizera alebo nositeľku Nobelovej ceny mieru Matku Terezu z Kalkaty akýsi vrchol ľudskej šľachetnosti v službe iným.

Zdrojom problémov pre človeka sa stávajú vzťahy k iným ľuďom, v zamestnaní, v rodine, v spoločnosti ako celku. Sestry a zdravotníci by nemali prežívať svoju prácu spoločnosťou nedocenenú. Vráťme sa k našim pacientom, ktorí potrebujú ako súčasť povolania sestry pozitívnu motiváciu k pochopeniu uznania svojich práv a potrieb nezávislosti. Potrebujeme sa motivovať k porozumeniu a poznávaniu, akúsi prirodzenú zvedavosť k novým poznatkom, k neznámemu a k odhalovaniu tajomstva vedy a života. Sami zdravotníci potrebujú stále poznávať a potvrdzovať zmysel ich práce a to i vtedy, keď je spoločensky nedocenená.

### **Záver:**

Dovoľte nám ukončiť naše úvahy o pozitívnej motivácii záverom: Niet väčšej príležitosti, zodpovednosti alebo povinnosti ktorú dostal človek, ako pomáhať a slúžiť inému človeku odkázanému na pomoc. V ošetrovatelstve to môže byť tá najsilnejšia motivácia, ktorá dáva zmysel nášmu povolaniu, či poslania a tak i nášmu životu.

### **Literatura:**

u autorů

### **Kontaktní adresa:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz



## POSUDZOVANIE V EDUKÁCIÍ - PRÍKLADY Z PRAXE

**Eva Červeňanová**

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

**Súhrn:** Príspevok je zameraný na edukačný proces, na prvú etapu – posudzovanie, ktorá tvorí východisko pre ďalšie etapy. Autorka predkladá poznatky a skúsenosti z vyučovania študentov ošetrovateľstva – sestier v dennej a externej forme v druhom stupni štúdia, študijnom odbore Ošetrovateľstvo v predmete Pedagogika v ošetrovateľstve a uvádza príklady z praxe.

**Kľúčové slová:** edukácia, edukačný proces, posudzovanie, ošetrovateľstvo, sestra

### ASSESSMENT IN EDUCATION – EXAMPLES FROM PRACTICE

**Summary:** This report is focused on the educational process, the first stage - the assessment that forms the basis for the next stage. The author presents the knowledge and experience of teaching nursing students - full-time nurses and part-time in the second stage of study, in field of study of the subject in Nursing Education Nursing and provides examples of practice.

**Key words:** education, educational process, assessment, nursing, nurse

### Úvod

Edukácia v ošetrovateľstve je proces výchovy a vzdelávania pacientov a zdravých ľudí v rámci kompetencií sestry, ktoré vyplývajú z jej role a stupňa vzdelania v súvislosti s potrebami a aktuálnym stavom edukanta. Pokladá sa za jednu z funkcií ošetrovateľstva, má nezastupiteľné miesto, je dôležitým aspektom ošetrovateľskej praxe, predstavuje významný spôsob zlepšenia kvality života jedinca, skupiny. Podľa Vyhlášky MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom definuje: Edukácia v ošetrovateľstve je poskytovanie potrebných vedomostí a nácvik zručností súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Edukácia v ošetrovateľstve sa realizuje prostredníctvom edukačného procesu, ktorý má päť základných etáp - posudzovanie, edukačná diagnóza, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie.

**Cieľ.** Cieľom príspevku je analyzovať posudzovanie v konkrétnych kazuistikách počas seminárov, prezentovaných študentkami ošetrovateľstva na základe ich skúseností z praxe.

## Edukačné posudzovanie

Posudzovanie v edukácii je prvou a veľmi dôležitou etapou celého edukačného procesu. Ak sa zanedbajú, ale nezistia dôležité skutočnosti, nie je možné splniť edukačné ciele a vynaložené úsilie edukátora nedosiahne požadovaný efekt. Posudzovanie nekončí prvou etapou, tá tvorí základ, ale v posudzovaní pokračujeme i počas realizácie edukačných jednotiek. Edukačný proces podľa Nemcovej, Hlinkovej je súčasťou ošetrovateľského procesu, v rámci ktorého diagnostikujeme deficity vo vedomostiach a zručnostiach. Stanovujeme edukačnú diagnózu a pokračujeme v kompletnom edukačnom posúdení, kde je dôležité zamerať sa na posúdenie faktorov ovplyvňujúcich zmenu správania a konania, zmenu životosprávy, ďalej na edukantove hodnoty, názory, presvedčenie, postoje, súčasné životné stresory, minulé skúsenosti so systémom poskytovanej starostlivosti (Nemcová, Hlinková et al.2011).

## Etapa posúdenia

Pripomeniem tri oblasti:

- posúdiť základné údaje: vek, pohlavie, telesný stav, mentálnu úroveň, komunikáciu, rečový prejav, pamäť, motiváciu, pozornosť, typové vlastnosti, vnímavosť, nálada, sebavedomie, charakterové vlastnosti, poruchy myslenia, správania, štýl učenia.....
- posúdiť potrebu edukácie: zistiť rodinnú anamnézu, zistiť anamnézu terajšieho ochorenia, zistiť úroveň vedomostí o danom ochorení, liečbe, ošetrovateľskej starostlivosti, rizikových faktoroch, výžive, polohovaní, aktivite ( vstupný test )
- zistiť motiváciu k ošetrovateľskej starostlivosti a liečbe, zistiť ochotu zúčastniť sa edukačných stretnutí

Nemcová, Hlinková odporúčajú tieto kategórie pri posudzovaní:

1. pohlavie, vek, rasa, etnikum, zamestnanie, vzdelanie...
2. posúdenie fyzického stavu, zdravotných problémov, edukačných potrieb
3. profil rodiny
4. zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálno-ekonomický stav
5. životný štýl, kultúra, náboženstvo, hodnoty, postoje
6. adekvátnosť/neadekvátnosť rodinných funkcií
7. porozumenie súčasnej situácie rodinou (Nemcová, Hlinková et al.2011)

## Príklady posudzovania z praxe

### 1. téma: Edukácia u cestujúceho do tropických krajín s rizikom ochorenia malária

Kazuistika: 50 ročný zamestnanec firmy XY je cestujúci po prvýkrát do tropickej oblasti s veľkým výskytom malárie. Má len základné informácie o ochorení malárie, je ochotný získať nové informácie o ochorení a jeho prevencii. Dosiaľ sa s ochorením nestretol a vie o ňom len z masmédií a literatúry.

Tab. 1 Etapa posudzovania

<b>Meno a priezvisko:</b>	YZ.	<b>Mentálna úroveň:</b>	dobrá, orientovaný, vedomie jasné
<b>Pohlavie:</b>	muž	<b>Komunikácia:</b>	na veľmi dobrej úrovni
<b>Vek:</b>	50 r.	<b>Rečový prejav:</b>	zrozumiteľná, bez rečovej poruchy
<b>Dátum narodenia:</b>	neuvádzam	<b>Pamäť:</b>	dobrá
<b>Adresa trvalého pobytu:</b>	neuvádzam	<b>Motivácia:</b>	vysoká, prioritou zachovanie zdravia
<b>Rodné číslo:</b>	neuvádzam	<b>Pozornosť:</b>	veľmi dobrá
<b>Číslo poisťovne:</b>	neuvádzam	<b>Typové vlastnosti:</b>	extrovert, sangvinik
<b>Stav:</b>	ženatý	<b>Vnímavosť:</b>	analyticko-syntetická
<b>Národnosť:</b>	slovenská	<b>Nálada:</b>	dobre a pozitívne naladený
<b>Štátna príslušnosť:</b>	SK	<b>Sebavedomie:</b>	zdravé
<b>Vzdelanie:</b>	vysokoškolské vnímavý	<b>Charakterové vlastnosti:</b>	empatický, srdečný,
<b>Vierovyznanie:</b>	katolík	<b>Stav vedomia:</b>	orientovaný v čase a priestore
<b>Zručnosť:</b>	sebestačnosť adekvátna potrebám v živote. bez zmyslového poškodenia		
<b>Posúdenie potreby edukácie:</b>	edukant nemá vedomostí o malárii, príčin vzniku, diagnostiky, liečby a prevencie, je ochotný zúčastniť sa edukačných stretnutí		
<b>Rodinná anamnéza:</b>	v rodine sa zatiaľ nevyskytli žiadne vážne ochorenia vyžadujúce liečbu		
<b>Sociálna anamnéza:</b>	žije v rodinnom dome spolu s manželkou a dvoma dcérami. Pracuje ako elektroinžinier v prosperujúcej firme ekonomicky nezávislý		
<b>Alergická anamnéza:</b>	t. č. nemá potvrdené žiadne alergie		
<b>Farmakologická anamnéza:</b>	trvale lieky neužíva a neudáva farmakologické prípravky ovplyvňujúce schopnosť učenia		

Tab. 2 Vstupný dotazník na zistenie úrovne vedomostí o ochorení malárie, príčinách vzniku, diagnostike, liečbe a prevencii.

	otázka	áno	nie
1.	Poznáte ochorenie malárie?	X	
2.	Viete, kde sa vyskytuje ochorenie malárie ?	X	
3.	Kedy sa ochorenie malárie najčastejšie vyskytuje ?		X
4.	Poznáte príčiny ochorenia malárie ?		X
5.	Poznáte príznaky ochorenia malárie ?		X
6.	Viete aké sú možnosti liečby malárie ?		X
7.	Poznáte riziká ochorenia malárie ?		X
8.	Považujete dôležitosť návštevy lekára pri podozrení na maláriu ?	X	
9.	Poznáte možnosti prevencie malárie ?		X

Podľa posúdenia vstupného testu môžeme konštatovať vedomostný deficit v oblasti ochorenia malárie, jej výskytu, príčinách vzniku, príznakoch, liečbe, rizikách a prevencie (Lauterborn, 2012).

## 2. Téma: Edukačný proces u rodiny pacientky v termínálnom stadiu pred propuštěním do domácí péče

**Katamnéza:** Pacientka přeložena na oddělení následné péče z XY v Brně po vyčerpaných terapeutických možnostech onkologického ústavu, k paliativní péči. Pacientka je nechodící, hygienu neprovede, nají se sama. Cítí se unavená, slabá. Ztěžuje si na celkovou nevolnost, občasnou nauzeu. Pacientka nemá potíže s močením ani s vyprazdňováním. Plánovaná doba hospitalizace je neurčitá, rodina si přeje nemocnou propustit do domácí péče. Rodina je seznámena s onemocněním a přeje si, aby paní Marie strávila zbytek života v kruhu svých nejbližších. Nemocná se edukace nezúčastní, je spavá a delší soustředěnost ji velmi vyčerpává. S edukací rodiny souhlasí.

### Etapa posouzení

**Jméno a příjmení:** M.

**Pohlaví:** žena

**Rok narození:** 53 let

**Národnost:** česká

**Vzdělání:** střední

**Zaměstnání:** ekonomka

**Diagnóza:** Metastatický kolorektální karcinom (meta v játrech, pánvi, plicích)



## Anamnéza:

**RA:** otec měl Alzheimerovu chorobu, matka je po ozáření gynekologického ca

**OA:** hypertenzí nemoc II.stup. adjuvantní chemoterapie (2006), recidiva v játrech 5/2011, 7/2011 paliativní CHT, 10/2011 progresse meta v plících a játrech

**FA:** Euthyrox, Tralgit 100 mg, Durogesic 50 mg

**AA:** Bez alergie      **SA:** Bydlí s manželem a synem

**Náboženská otázka-** věřící- římskokatolické náboženství

**Nynější stav onemocnění:** Pacientka je nechodící, závislá na cizí pomoci

**Psychický stav:** flegmatik, je klidná, vyrovnaná

**Fyzický stav pacienta:** otoky dolních končetin, občas bolest pravého ramene

**Úprava zevnějšku:** závislá na cizí pomoci, upravená

**Chrup:** sanovaný      **Sluch:** slyší dobře      **Zrak:** vidí dobře, **Kompenzační pomůcky:** nemá

**Krevní tlak:** 130/80 stabilizovaný      **Dýchání:** 19/ min      **Pulz:** 68/ min      **Tělesná teplota:** 36.2° C

**Kůže:** čistá, bez zjevných defektů      **Pohyb kloubů:** v normě, ale mírně bolestivý

**DKK:** velké otoky      **Mobilita:** nesamostatná, nechodící

**Objektivní posouzení:** Pacientka orientovaná, ví přesně, kde se nachází a je ráda, že se nachází „doma“. Položeným otázkám rozumí. Reaguje pomalu, ale podstatu chápe. Mluví pomalu. Objektivně ji mluvení vysiluje. Ale chce komunikovat s ošetřujícím personálem a je ráda, že s ní na pokoji stále někdo je. Oční kontakt udržuje. Při rozhovoru je klidná a vyrovnaná. Spolupráce s rodinnými příslušníky je bezproblémová. Rodina je hluboce věřící a doufá, že dojde ke zlepšení zdravotního stavu jejich příbuzné. Konstatují, že v takovém stavu byla již několikrát při hospitalizaci v Brně a vždy to zvládla.

**Hodnotový řebříček:** Pacientka má již dávno přehodnocené priority ve svém životě a na prvním místě je zdraví a rodina.

**Posouzení rodinného profilu:** Manželé spolu žijí mnoho let spokojeně, vychovali jednoho syna, který má vlastní rodinu, ale bydlí v rodinném domku společně s rodiči. Pacientka je dobře finančně zajištěna.

**Komunikační bariéry:** Mluví srozumitelně, pomalu, ale se zájmem. Je ráda, že se okolo ní něco děje. Nechce být sama.

**Životní styl:** V roce 2006 ji bylo zjištěno onkologické onemocnění, s kterým statečně bojuje za velké podpory rodiny. Byla několikrát hospitalizovaná XY v Brně pro progresy onemocnění. Několikrát podstoupila chemoterapii. Stále se cítila velmi dobře a vitální. Ještě před dvěma měsíci se starala o obě dvě vnučky, když syn se snachou museli pracovně odcestovat na pár dní mimo domov. V poslední době se cítí velmi unavená, ale věří, že to ustoupí. Považuje tento stav související s bronchitidou, která ji trápí.

**Vlastní rezervy v oblasti zdraví:** Ví o svém onemocnění a uvědomuje si svůj momentální zdravotní stav. Ví, že bude odkázaná na pomoc své rodiny, ale přesto věří, že její zdravotní stav se doma zlepší.

**Aktivita:** Snaží se na lůžku pohybovat i přes velké otoky dolních končetin. Za pomoci ošetřujícího personálu a polohovacích pomůcek se snaží přetáčet z boku na bok a posazovat se.

**Spánek:** Spí velmi špatně, těžko usíná. Má přerušovaný spánek. Po podání léků na spánek se kvalita výrazně zlepšuje. Velmi jí pomáhá jemná relaxační masáž zad jejím vlastním krémem.

**Kultura:** Dříve s manželem navštěvovala různé předváděcí akce. Velmi milovala procházky v přírodě. Dvakrát do týdne se pravidelně zúčastňovala bohoslužeb v místním kostele. Má ráda společnost. Nyní sleduje televizi, ale jen krátce, protože je brzy unavená. Zajímá ji, jak si vedou její vnučky a vždy se těší na jejich návštěvu, ale jen na krátkou dobu.

**Hodnoty a postoje:** Pacientka na prvním místě preferuje svoje zdraví a rodinu. Nepřemýšlí, co bude dál. Je ráda, že nemá bolesti a až na tu únavu se cítí dobře.

**Edukační podpora rodiny:** Manžel a syn zastávají názor, že maminka patří do kruhu rodiny, do rodinného domu a oni se postarají, aby jí doma nic nechybělo, cítila se dobře a bezpečně.

Tab . 3 Posouzení rodinného profilu

<b>Manžel: J.</b>	<b>Věk: 57 let</b>
<b>Národnost: česká</b>	<b>Vzdělání: střední</b>
<b>Zaměstnání: soukromý podnikatel</b>	<b>Temperament: sangvinik</b>
<b>Vnímání současného stavu manželky:</b> zdravotní stav vnímá takový jaký je, ale stále věří, že „ten čas ještě nenastal“.	
<b>Hodnotový žebříček:</b> zdraví manželky, zdraví své a svojí rodiny	
<b>Syn: M.</b>	<b>Věk: 33 let</b>
<b>Národnost: česká</b>	<b>Vzdělání: střední</b>
<b>Zaměstnání: soukromý podnikatel</b>	<b>Temperament: sangvinik</b>
<b>Vnímání současného stavu maminky:</b> maminka je velmi nemocná	
<b>Životní hodnota:</b> uzdravení své maminky a zdraví celé rodiny	

### Zhodnocení dosud nabytých vědomostí u pacienta a rodiny

Pacientka i rodina ví, o onemocnění z rozhovoru s lékařem, znají veškeré možnosti léčby a souhlasí s ní. Nemocná všechna rozhodnutí nechává na svém manželovi. Ví, že její cesta



životem končí. Je smířená. Ale přesto říká, že naděje umírá poslední. Každý den má návštěvu kněze, který křtil jejich syna. Je jí velkou oporou. Po jeho návštěvě je vždycky klidná a vyrovnaná. Rodina se s touto skutečností nesmiřuje a stále hledá pomoc. Zajímá se o novinky v další možné léčbě. Nevzdává se a věří, že stav jejich maminky se nakonec zlepší. Manžel i syn jsou aktivními účastníky edukačního programu.

**Úroveň motivace:** manžel i syn mají snahu získat co nejvíce poznatků týkajících se péče o nemocnou, aby měla v domácím prostředí zabezpečený veškerý komfort a pohodlí. Úroveň motivace je vysoká.

Pro posouzení vědomostí rodiny jsem využila vstupní vědomostní test před prvním edukačním setkáním a následně po třetím edukačním setkání.

Tab. 4 Vstupní vědomostní test před edukací

1)	Jídlo můžeme servírovat: <i>pravidelně pětkrát za den</i>
2)	Pečená a smažená jídla můžeme podávat: <i>v omezeném množství</i>
3)	Tekutiny je možné podat: <i>jen když si nemocná řekne</i>
4)	Které druhy tekutin je možné nemocné nabídnout? <i>nízkoenergetické teplé (káva, čaj)</i>
5)	Při provádění hygieny první umyjeme: <i>obličej</i>
6)	Hydratační krémy slouží: <i>k pocitu osvěžení</i>
7)	Které místa na těla označujeme jako predilekční? <i>nevím</i>
8)	Polohování nemocné je prevence: <i>bolesti</i>
9)	Jak často polohujeme nemocnou? <i>jen když si nemocná řekne</i>

Vybrané odpovědi jsou odpovědi rodiny, u které je potřeba edukace. (Kandrnálová, 2012)

### 3. téma: Edukácia zdravotníckych pracovníkov v nových trendoch hygienického režimu ako prevencia nozokomiálnych ochorení.

Posudzovanie sestier pred ich edukáciou bolo realizované formou predvýskumu a na základe výsledkov, t.j. zistených nedostatkov sa stanovila potreba edukačných tém.

*Vek sestier:* veková kategória od 27 rokov – 55 rokov (vekový priemer 38,94 rokov).

*Dosiahnuté vzdelanie:* stredoškolské vzdelanie 3 sestry, stredoškolské so špecializáciou 10 sestier, vysokoškolské 2 sestry, vysokoškolské vzdelanie so špecializáciou 3 sestry.

*Úroveň vnútornej motivácie/kompliancie pre získavanie vedomostí:* primeraná.

*Reakcia na zmeny v pracovných činnostiach:* vyhovujúca.

*Určenie potreby edukácie sestier na základe realizácie predvýskumu:* Jeden z indikátorov kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti spočíva vo výskyte NN ako nežiaducej udalosti. Tej sa dá najúčinnšie predísť dodržiavaním hygienicko-epidemiologického

režimu, čo sa považuje v systéme zdravotníctva za zaistenie bezpečnosti pacienta. Mnohokrát v praxi práve tá je narušená nevedomosťou zdravotníckeho personálu. Edukácia sestier o nových postupoch a kritériách hygienicko-epidemiologického režimu má za cieľ skvalitniť poskytovanie služieb a včas odhaliť najčastejšie chyby a nedostatky v hygienicko-epidemiologickom režime so zdôvodnením: „prečo robiť veci tak ako sa robiť majú“.

*Najčastejšie oblasti potreby edukácie udané sestrami v predvýskume:* - všeobecné informácie - MRSA, oblasť prevencie (bez konkrétneho špecifikovania).

*Postoj k edukácii:* pozitívny, záujem, ochota spolupráce.

*Faktory podporujúce edukáciu:* - sestry majú záujem o získanie nových informácií, poznatkov a prezentáciu s demonštráciou

*Faktory zabraňujúce v edukácii:* Zaužívané nesprávne (rutinné) postupy činností. Dodržiavanie spodnej hranice minimálnych požiadaviek na personálne zabezpečenie.

(Červeňanová, Blažejová, 2011)

## Záver

V úvode bolo konštatované, že edukácia v ošetrovatelstve je proces výchovy a vzdelávania pacientov a zdravých ľudí v rámci kompetencií sestry, ktoré vyplývajú z jej role a stupňa vzdelania v súvislosti s potrebami a aktuálnym stavom edukanta. V roli edukanta môžu byť chorí, zdraví jedinci, ale i sestry a iní zdravotníckí pracovníci.

Cetlová, Nováková zdôrazňujú: „Edukace pacienta je jedna z veľmi dôležitých aspektů péče o pacienta, představuje významný působ zlepšení kvality člověka, je důležitá i pro pacientovo budoucí zdraví, proto se stává neodmyslitelnou součástí léčby a péče. Efekt edukace záleží na profesionalitě všeobecných sester při edukaci (Cetlová, Nováková, 2012).

V súčasnosti sestry zastávajú mnoho rolí. Poučenie, vysvetľovanie robia pri každej ošetrovateľskej intervencii, však edukáciu si musia dôsledne naplánovať a pripraviť. Sestry-mentorky majú veľmi náročnú úlohu v pozícií edukátora, pretože vedú študentov a sú pozorované pacientmi a ostatnými spolupracovníkmi. V príprave budúcich profesionálov / zdravotníkov majú svoju úlohu akademickí pracovníci, sestry / mentorky, ktoré sa podieľajú na ich výučbe v klinických podmienkach nemocnice, ale taktiež i samotný študent. Akademickí pracovníci ručia za realizáciu takého vzdelávacieho programu, ktorý pripraví absolventa na výkon zdravotníckeho povolania, sestra /mentorka odovzdá svoje skúsenosti a pripraví študenta po praktickej stránke, ale ak študent nebude mať záujem, ich snaženie sa nestretne s úspechom. Je nevyhnutne, aby všetci účastníci vzdelávacieho programu mali spoločný cieľ, a tým je zaistená kvalita ošetrovateľskej opatery, na jej konci je spokojný pacient (Krátká, Treterová, Cichá, Chrastina, 2010, s. 52). Poliaková, Jurdíková zdôrazňujú, že nevyhnutnosťou pre to, aby bolo vytvorené pozitívne prostredie pre výučbu študenta je aj pozitívny postoj sestier v úlohe mentora. Len tá sestra, ktorá má pozitívny postoj k svojej práci, ktorá chce učiť a viesť, mu môže byť zároveň dobrým vzorom. (Poliaková, Jurdíková, 2012)



## Literatúra

ČERVEŇANOVÁ, E., BLAŽEJOVÁ, A. 2011. *Edukácia zdravotníckych pracovníkov v nových trendoch hygienického režimu ako prevencia nozokomiálnych ochorení*, In.: Nozokomiálne nákazy/Nozokomiální nákazy, MediConsulting plus s.r.o., Olomouc, ISSN 1336-3859.

CETLOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, L. 2012. *Edukace pacientů v nemocničním zařízení*, In.: Ošetrovatelstvo a zdravie, zborník vedeckých prác, TnUAD, Trenčín, s.260, ISBN 978-80-8075-531-7

KADRŇALOVÁ, J. 2012 *Edukačný proces u rodiny pacientky v termínálnom stadiu pred propuštěním do domácej péče*, seminárna práca, pod vedením E. Červeňanovej, nepublikované.

KRÁTKÁ, A., TRETEROVÁ, S., CICHÁ, M., CHRASTINA, J., 2010. Metakognitívne koncipovaná výuka a jej prínos v profesní prípravě (nejen) všeobecných sester. In *Pedagogika v ošetrovatelství – tradice, současnost a perspektivy*, s. 49-53. Sborník z konference. 164 s. ISBN 978-80-7318-995-2.

LAUTERBORN, M. 2012 *Edukácia u cestujúceho do tropických krajín s rizikom ochorenia malária*, seminárna práca, pod vedením E. Červeňanovej, nepublikované.

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

POLIAKOVÁ, N., JURDÍKOVÁ, K. 2012. *Ošetrovatel'ská prax študentov 1. ročníka Fakulty zdravotníctva*, In: Ošetrovatel'stvo a zdravie (zborník vedeckých prác), TnUAD, Trenčín, s.260, ISBN 978-80-8075-531-7.

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. [online] [cit.2012-07-20] Dostupné na internete <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/>

## Korespondence:

PhDr. Eva Červeňanová, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

e-mail: eva.cervenanova@tnuni.sk

## ODPOVĚDNOST JAKO ZÁKLAD „DOBŘE PRAXE“

**Anna Krátká**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií, Ústav ošetrovatelství

**Souhrn:** Při poskytování ošetrovatelské péče hraje klíčovou úlohu odpovědnost zdravotnických pracovníků. Mezi členy multidisciplinárního týmu počítáme také studenty, kteří se na svou profesi teprve připravují. Úkolem akademických pracovníků a odborníků z praxe je předat studentům potřebné znalosti, procvičit s nimi ošetrovatelské dovednosti, ale také naučit je, aby převzali odpovědnost za své jednání během odborné praxe, v interakci s nemocným. Příspěvek pojednává o možnostech, jak posílit odpovědnost studentů prostřednictvím metakognitivních strategií, a to tak, aby se odpovědnost stala samozřejmou součástí jejich budoucí profesní image.

**Klíčová slova:** Student; Praxe; Odpovědnost; Metakognitivní strategie; Sestra / Mentorka; Vyučující

## RESPONSIBILITY AS A BASIS OF "GOOD CARE"

**Summary:** In providing nursing care responsibilities of health workers play a key role. Students who are preparing for the role of non-medical health care professionals are also considered members of the multidisciplinary team. The task of the academics and practitioners is to provide students with corresponding knowledge, to practise nursing skills with them but also to teach students to take responsibility for their own actions in clinical practice. The paper discusses possibilities of how to empower students' responsibilities through metacognitive strategies in order to make them a natural part of their future professional image.

**Key words:** Student; Practice; Responsibility; Metacognitive Strategies; Nurse / Lecturer

### Úvod

Základní předpoklady pro poskytnutí dobré péče jsou podle Goldmanna a Ciché (2004) znalosti a dovednosti, trpělivost, schopnost víry, poctivost, skromnost, naděje a odvaha. Vzdělaná sestra by měla být samostatná, rozhodná, ale také *odpovědná*. Odpovědnost hraje významnou úlohu v životě každého člověka a je jedním ze znaků zralé osobnosti. Můžeme ji chápat z hlediska *psychologického, právního a etického*. Z *psychologického* hlediska je odpovědnost rys, který se projevuje pohotovostí jednat a chovat se podle požadavků a norem. *Právně* je odpovědnost definována jako povinnost trpět sankce za protiprávní jednání (např. z nedbalosti, neznalosti, nedodržení postupu apod.). Z pohledu *etiky* je odpovědnost morální vlastnost, která předpokládá vztah mezi skutky člověka a jeho svědomím. Odpovědnost je vlastnost, která se projevuje u jedince

schopností rozhodnout se v konkrétní situaci v souladu se svým svědomím a přesvědčením, ale také připraveností nést za své rozhodnutí důsledky (Krátká, 2010, s. 40).

U zdravotnických pracovníků zahrnujeme odpovědnost do souboru tzv. *klíčových kompetencí*, které tvoří základ dobré praxe (dobré ošetrovatelské péče). Klíčové kompetence se zaměřují kromě orientace na budoucí povolání, také na rozvoj osobnosti. Máme na mysli rozličné vědomosti, dovednosti, schopnosti, ale také postoje a hodnoty, které jsou pro zdravotnické pracovníky nepostradatelné. Kompetence se osvojují prakticky celoživotně, a jsou výsledkem komplexního výchovně vzdělávacího procesu. V praxi jsou nejčastěji požadovány tyto klíčové kompetence: komunikace a kooperace, řešení problémů a tvořivost, samostatnost a výkonnost, odpovědnost, přemýšlení a učení, argumentace a hodnocení (Belz, Siegrist, 2001).

U studentů nelékařských zdravotnických oborů se kompetence nejvíce rozvíjejí při praktické výuce. Jedním z prostředků k jejich získávání mohou být metakognitivní strategie, které společně s persuasí podporují u studentů (mimo jiné) tolik potřebnou odpovědnost. Odpovědnost pociťují ti jednotlivci, kteří jsou si při svém jednání vědomi možných důsledků. K tomu je však třeba pochopit souvislosti v dané situaci. Metakognitivní strategie pomohou subjektu, aby si uvědomil, o co v dané situaci jde a zároveň si lépe uvědomil své chování (reakce). V rámci těchto podmínek a s ohledem na možnosti metakognitivního nácviku musí jít především o kontextovost úkolových situací (i těch méně náročných) a s nimi souvisejících činností (Krátká, 2010, s. 50). Persuase podporuje a navozuje žádoucí změnu v chování studenta (Štecová, 2012).

## **Odborná praxe a úloha sester-mentorek**

Nedílnou součástí studijních programů vzdělávajících budoucí nelékařské zdravotnické pracovníky, v našem případě všeobecné sestry, je odborná praxe. V přípravě na výkon profese sehrávají specifickou roli akademičtí pracovníci, kteří se podílejí na výuce odborných předmětů, ale především sestry z praxe-mentorky, bez nichž si odbornou praxi neumíme představit. Kromě předání potřebných znalostí, dovedností, hodnot a postojů předávají sestry také kladný vztah k budoucímu povolání a studenti si tak osvojí zásady profesionálního chování.

Úloha sester-mentorek je velmi důležitá a ve spolupráci s akademickými pracovníky se zaměřují i na procesální stránku učení. V praxi to znamená, že se zajímají o to, jak se student učí nové aktivity, co mu dělá problémy, jak se cítí apod. Sestry-mentorky seznamují studenta s různými technikami ošetrovatelských činností, které předvádějí, vybízejí studenta, aby si činnosti procvičil a povzbuzují ho. Je však nezbytné, aby student přistupoval k odborné praxi aktivně a chtěl se sestrou / mentorkou spolupracovat. Musí si uvědomovat svou spoluodpovědnost za své chování a za aktivity, kterých se účastní. Podle Belze a Siegrista (2001, s. 301) schopnost nést odpovědnost znamená připravenost a ochotu jednotlivce převzít odpovědnost nebo spoluodpovědnost v přiměřeném rámci, umět odhadnout důsledky vlastního způsobu jednání, z profesního hlediska umět rozeznat význam důvěryhodného, spolehlivého jednání a svou pohotovostí k pracovnímu nasazení a smyslem pro kvalitu pozitivně ovlivňovat výkony týmu.

Při praxi je pro studenta důležité nejen činnosti napodobovat, ale především pochopit důvod, proč se aktivita dělá tak a ne jinak. Odpověď na tuto otázku by měl najít v klinické praxi. Sestra-mentorka by měla poskytovat ošetrovatelskou péči v souladu s etickými principy, měla by adekvátně reagovat na potřeby nemocného a vést k tomu i studenta. M Simone Roach (Tschudin, 2002, s. 32) stanovila pro současnou sestru ve vztahu k ošetrovatelské péči soubor specifických aspektů - *Five Cs as values of caring* (Pět C jako hodnoty péče). Jedná se o: *Compassion* (slitování, soucit), *Competence* (schopnosti, kvalifikace), *Confidence* (důvěra), *Conscience* (svědomí) a *Commitment* (závazek). Uvedené aspekty, spolu s odpovědností, uschopňují sestru / studenta k poskytování laskavé, humánní péče, která je soustředěna na pacienta.

### Změna postojů a metakognitivní strategie

Někdy je potřebná změna postoje studenta. Hlavním prostředkem podporujícím tuto změnu je *persuasie* neboli *přesvědčování*. Významnou roli hraje osobnost akademického pracovníka nebo sestry, kteří o změnu postoje studenta usilují. Uplatňuje se především jejich osobní příklad (reálný vzor), vhodný způsob předávání zkušeností, získání důvěry studenta, analýza a hodnocení konkrétní činnosti, kontrola požadavků, důslednost, laskavá přísnost, argumentace, posilování žádoucího jednání apod. Zimbardo a Leippe (1991) rozlišují šest kroků **změny postoje** v procesu *persuasie*, přičemž dosažení změny je podmíněno realizací celého řetězce:

- vystavení recipienta novému sdělení;
- vzbuzení pozornosti;
- pochopení sdělení;
- přijetí nabízených závěrů;
- podržení nového postoje;
- převedení postoje na chování.

Při vzdělávání budoucích zdravotníků (nejen) jsou upřednostňovány metody, které nutí studenta k přemýšlení. V této souvislosti je věnována oprávněná pozornost metakognicím. Metakognice se obvykle používá ve významu, který bychom metaforicky vyjádřili termínem „poznávání na druhou“. Metakognice je tradičně vymezována jako jedincovo poznávání vlastních kognitivních procesů, jejich vědomé kontrolování a řízení (Mareš, 1998, s. 169-170). Podle Hrbáčkové (2004, s. 83) metakognitivní znalosti zahrnují celkem tři oblasti:

- znalosti všeobecných strategií pro učení (strategy variables);
- znalosti o učební úloze (task variables);
- znalosti o vlastních silných a slabých stránkách (person variables).

*Metakognitivní strategie* zahrnují dovednosti subjektu analyzovat vlastní vybavenost (předpoklady) pro úspěšné učení a schopnosti a dovednosti na základě této analýzy měnit vlastní učební postupy a osvojovat si nové efektivní učební postupy, odpovídající učebním situacím i vlastnímu stylu učení (Švec, 1998, s. 47-48). Většinou se jedná

o takový učební postup, který je vhodný pro konkrétního studenta, a to v konkrétní situaci. Jádrem metakognicí je sebereflexe, která umožňuje studentovi osvojovat si dovednosti na základě svých předchozích zkušeností, ale také na základě zkušeností jiných, např. spolužáků, někdy i sester. Tak se může student vyvarovat chyb, které pozoruje u jiných a naopak se snaží napodobit to, co se někomu podařilo v naději, že i on bude úspěšný. Při odborné praxi mohou být používány učební strategie jednak samotným studentem (zvláště strategie autodiagnostiky) nebo vyučujícím (akademickým pracovníkem, sestrou / mentorkou):

- motivace a vybízení k činnostem;
- analýza situací a návrh řešení;
- diskuse;
- domýšlení důsledků své práce a rizik pro pacienta;
- pozorování práce jiných, identifikace rizik;
- dotazování a zdůvodňování a jiné.

Při metakognitivně koncipované výuce podporujeme využití studentova potenciálu. Dochází u něho k posílení sebedůvěry a samostatnosti, ke zvýšení pocitu jistoty při ošetrovatelských činnostech, k podpoře vlastní odpovědnosti, k účinnější spolupráci v týmu (k pocitu, že je právoplatným členem týmu), ke sdílení zkušeností apod.

## Závěr

Dobrá praxe je taková praxe, která poskytuje laskavou, humánní péči soustředěnou na pacienta. Za dobrou praxi považujeme souhrn ověřených návodů a osvědčených postupů, které vedou k cíli, v našem případě k posílení odpovědnosti studenta. Odpovědnost zdravotníků společnost posuzuje velmi přísně, protože na ní může záviset život člověka, proto jí věnujeme tolik pozornosti. Nezbytnou podmínkou je však kooperace všech, kteří se na profesní přípravě studentů (budoucích sester) podílejí. Jsou to metakognitivní strategie, které umožňují studentům, ale i ostatním zdravotníkům, poměrně přesné zhodnocení a posouzení vlastní práce a přispívají tak ke zdravému sebevědomí, které je jednak projevem profesionality, ale i citlivým barometrem spokojenosti s volbou povolání.

## Literatura

BELZ, H., SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 375 s. ISBN 80-7178-479-6.

GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 126 s. ISBN 80-244-0907-0.

HRBÁČKOVÁ, K. Vliv metakognitivních strategií na rozvoj regulace učení. *Pedagogická orientace*, 2004, č. 1, s. 81 – 88. ISSN 1211-4669.



KRÁTKÁ, A. *Metakognitivní strategie jako prostředek rozvíjející odpovědnost studentů ošetrovatelství v průběhu klinické praxe*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra pedagogiky, 2010, 209 s.

MAREŠ, J. *Styly učení žáků a studentů*. Praha: Portál, 1998, 239 s. ISBN 80-7178-246-7.

ŠTECOVÁ, M. *Role učitele při profilaci hodnotových systémů a postojů žáků pohledem adolescentů*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy, 2012, 126 s.

ŠVEC, V. (1998) *Klíčové dovednosti ve vyučování a výcviku*. 1. vydání. Brno: MU, 1998, 178 s. ISBN 80-210-1937-9.

TSCHUDIN, V. (2003) *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. 3. vydání. London: Elsevier, 2003, 218 s. ISBN 0-7506-5265-9.

ZIMBARDO, P. G., LEIPPE, M. *The psychology of attitude change and social influence*. New York: McGraw-Hill, 1991.

### **Korespondence:**

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Institut zdravotnických studií  
Ústav ošetrovatelství  
Mostní 5139  
760 01 Zlín  
e-mail: [kratka@fhs.utb.cz](mailto:kratka@fhs.utb.cz)





## CHÁPÁNÍ NEMOCI JAKO SOCIÁLNÍ UDÁLOSTI PROSTŘEDNICTVÍM KAZUISTIK

**Zlatica Dorková**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií: Ústav aplikovaných společenských věd

**Souhrn:** Cílem příspěvku je zdůraznit význam kazuistik při výuce ve studijním oboru Zdravotně sociální pracovník. Protože se zdravotně sociální pracovníci podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta, je důležité, aby studenti od začátku studia chápali nemoc jako sociální událost a znali všechny sociální důsledky nemoci. Didaktická kazuistika je metoda, která umožňuje popsat a pochopit výukový jev s možností intervence, edukace a korekce.

**Klíčová slova:** výuka, zdravotně sociální pracovník, kazuistika, nemoc jako sociální událost

### UNDERSTANDING OF DISEASE AS A SOCIAL EVENT IN CASE STUDIES

**Summary:** The aim of this paper is to emphasize the importance of case studies in the study program of Health and Social worker. As the health and social workers participate in nursing care involving the satisfaction of social needs of the patient, it is important for students to understand disease as a social event and to know all the social consequences of disease from the beginning of their studies. Didactic case study is a method which allows to describe and to understand an educational phenomenon with the possibility of intervention, education and correction.

**Key words:** teaching, health and social worker, case study, disease as a social event

### Úvod

Úvodem ocituji myšlenku V. Šuchy, který ve své knize „Aby univerzita mala dušu“ uvádí: „Univerzitní vzdělávání je důležité chápat jako uspořádanou dvojici přípravy na zaměstnání a život. Neznamená to přeplnit studenta jen množstvím specifických informací a zručností. Znamená to především naučit ho informace vyhledávat, kriticky hodnotit, analyzovat a syntetizovat do nové kvality. Otevřít v něm tvořivý potenciál, který se bude rozvíjet a studenta samého přeměňovat na nezávislou a etickou osobnost, produkující anebo tvořivě využívající poznání“ (Šucha, 2010, s. 25). Nástrojů k naplnění výše uvedených cílů, které můžeme při vzdělávání využít, je několik. Patří k nim projektové vyučování, diskuse, prezentace, přednášky, stejně tak kazuistiky, které si dále podrobněji rozebereme.

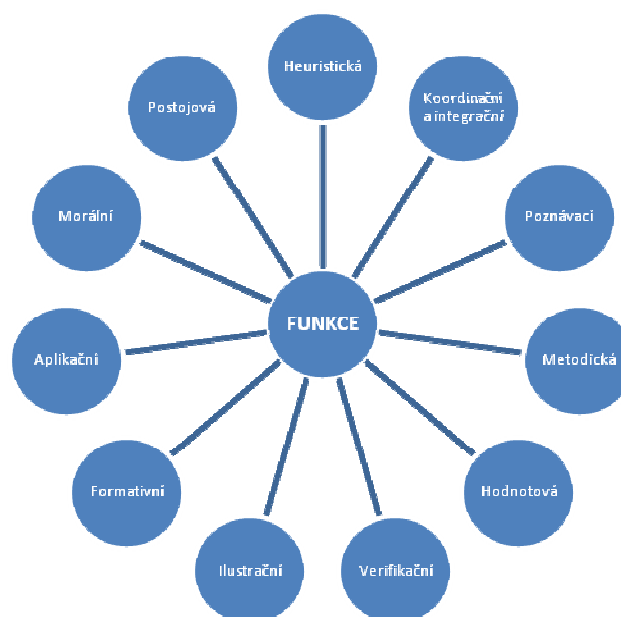
## Kazistika, její funkce a využití

Profil absolventa studijního oboru Zdravotně sociální pracovník je vymezen obsahovou stránkou jeho vysokoškolské přípravy, tj. absolvováním teoretických a praktických předmětů, které jsou pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka nezbytné. Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků na univerzitní úrovni dává studentům více volnosti, ale na druhé straně se od studentů očekává zodpovědnost a individuální přístup. Teoretická příprava probíhá ve škole, samotná praktická příprava se realizuje formou exkurzí, stáží i odborných semestrálních a blokových praxí<sup>2</sup>. V rámci teoretické i praktické výuky se studenti setkávají s kazuistikou, která jim umožňuje konfrontovat teorii a praxi pod dohledem pedagoga, jehož úkolem je objasnit případné disproporce tohoto vztahu.

Kazuistiku (case history) můžeme chápat jako didaktický postup, při kterém se studenti, budoucí zdravotně sociální pracovníci, učí nikoliv systematickým studiem teorie, ale rozborem jednotlivých případů. Ve výuce zdravotně sociálních pracovníků je nejlépe využívat takové kazuistiky, které objasňují jev, situaci či zkušenosti s určitou metodou/postupem. Když chceme kazuistiku používat v pedagogickém procesu, musí být precizně zpracovaná, jednotlivé kroky musí být diferencovaně zachycené v textu tak, aby student mohl bez problému sledovat postupnost a věcnou i časovou návaznost jednotlivých událostí v životě pacienta/klienta a též jednotlivé kroky odborníka z praxe (Levická, 2004, s. 16). Při práci se studenty se doporučuje pracovat se strukturovanou kazuistikou, která umožňuje dobrou orientaci v popisovaném případě. Při předkládání kazuistiky studentům se má respektovat její etický rozměr a to zejména z hlediska pacienta/klienta. Všeobecně by měl být pacient/klient jako osoba neidentifikovatelný a to se vztahuje také na příbuzné.

Kazuistika má podle Baja (In Hučík, 2010, s. 21) několik funkcí, které specifikuje obr. 1.

Obr. 1 Funkce kazuistiky



<sup>2</sup> Platí pro studijní obor realizovaný na Ústavu aplikovaných společenských věd Institutu zdravotnických studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Z pedagogického hlediska je nejdůležitější ilustrační funkce, protože takto zaměřená kazuistika uvádí názorné příklady na objasnění případu. Významné jsou také hodnotové, postojoivé a morální funkce, které se orientují na kritické zkoumání morálních aspektů rozhodování v oblasti zdravotně sociální péče. Je třeba zdůraznit, že kromě odborného přínosu má být kazuistika pro pracovníka v pomáhajících profesích významnou pomůckou v rozvoji profesionální etiky a úcty k hodnotám.

Kazuistika může být metodou, jejímž prostřednictvím studenti pochopí, že člověk je holistickou bytostí, tj. má své biologické, psychické, sociální, ale i spirituální potřeby. Proč je to pro zdravotně sociálního pracovníka důležité? Hlavním úkolem zdravotně sociálního pracovníka je uspokojovat sociální potřeby člověka. Aby mohl tuto činnost efektivně provádět, musí si uvědomit, že nemoc je záležitostí nejen biologickou, ale především psychosociální. Jde o životní událost mnohdy osudového významu, která podstatným způsobem profiluje či mění životní běh, sociální roli či osobnostní vývoj jedince. *„Životní událostí je také onemocnění zvláště intenzivně prožívané, s vážnou prognózou, chronické, spojené se závažnými obtížemi, obavami, náročnějšími vyšetřovacími a léčebnými metodami či s hospitalizací a deprivací. Nejzávažnější jsou onemocnění přivádějící pacienta do mezních situací (extrémní strach, bolest, odloučení), spojená s prožitkem ohrožení života či zanechávající závažné důsledky s podstatnou změnou sociální role (invalidizace)“* (Marek, 2001, s. 48).

Zdravotně sociální pracovník si musí uvědomit, že důsledkem nemoci nemusí být jen tělesné postižení, psychické potíže, ale i problémy v sociálním „fungování“. Fundovaně to vyjádřil psychoterapeut Balint, který říká: *„Nemoc není jen somatický nález, co patří k nemoci člověka, ale také její postavení, význam a smysl v kontextu jeho života. Nemoc nepřináší jen bolest a jiná tělesná omezení a strádání. Zasahuje do pacientova života mnohem šířeji. Vstupuje do jeho rodiny, do jeho osobních vztahů...klade nároky na hodnocení a vidění sebe sama, přináší obavy o budoucnost, vede k přehodnocení minulosti. Nemoc mění člověka mnohem hlouběji, než se na první pohled jeví“* (Marek, 2001, s. 50).

## **Příklady využití kazuistik ve výuce**

Posláním zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví je pomáhat pacientům a jejich blízkým zvládnout negativní sociální důsledky nemoci. Pokud člověk onemocní, často dochází ke změně sociální situace v zaměstnání, rodině i na veřejnosti. Nyní si uveďme několik kazuistik, které jsou napsány formou životního příběhu. Prostřednictvím těchto kazuistik si studenti uvědomí, že jejich úkolem je pomáhat pacientovi zvládnout prožívání nemoci, adaptovat se na ni a na její omezení a překonávat její důsledky.

### **Kazuistika č. 1 aneb ekonomické důsledky nemoci**

*V dvaceti pěti letech jsem měla gynekologické potíže. Můj lékař dlouhodobě odkládal léčbu děložního čípku, až to přerostlo v rakovinu celé dělohy. Musela jsem na operaci a posléze na ozařování, byla jsem vyčerpaná a unavená, ale bojovala jsem. Změnila jsem stravování, vzhledem k tomu, že jsem se dostala do klimakteria v tak mladém věku, musím brát*

*hormony, smířila jsem se i s tím, že už nebudu mít děti. Vlastně jsem ráda, že před touto nemocí jsem porodila dceru, takže alespoň jedno dítě mám.*

*Na základě lékařských nálezů, mi byl dán plný invalidní důchod, po několika letech mi jej odebrali a dostávala jsem částečný. Jsem z malé vesnice, a ještě v oblasti, kde je velká nezaměstnanost. Tam, kde jsem pracovala předtím, jsem ze zdravotních důvodů již nemohla pracovat, proto jsem si musela hledat jinou práci, kterou jsem doposud nenašla. Byla jsem ráda, že mám alespoň částečný invalidní důchod. Každé tři roky jsem chodila ke komisi a prodlužovali mi jej. Před vánoce jsem zase musela ke komisi, ale tentokrát mi bylo sděleno, že když nemám dlouhou dobu rakovinu, nebo vlastně se mi nevrátila, tak jsem zdravá a i tento částečný invalidní důchod mi odebrali. Takže teď jsem bez finančních prostředků a musí mě živit manžel. Víím, že je jeho povinnost mě živit, ale myslím si, že to není spravedlivé. Práci hledám i tak, jen po tak dlouhé době, co nepracuji, jsem neměla kde získat praxi, a tak mě většinou odmítají.<sup>3</sup>*

## **Kazuistika č. 2 aneb subjektivní obraz nemoci**

*Můj příběh začal na jaře v roce 2008. Onemocněla jsem, když můj mladší syn začínal 1. třídu základní školy a starší syn nastupoval do 1. ročníku střední školy. Pro mě jako ženu to bylo období, kdy jsem měla pocit, že začíná nová etapa našeho života, konečně i já se budu moci věnovat sama sobě. Staršímu synovi začínaly taneční. Myslím, že asi každá máma se na ně těší, stejně tak jsem se těšila i já. Starala jsem se několik let o nemocnou maminku, diabetičku, téměř slepou, ale s obrovskou chutí žít. A ona mi v té době vnukla myšlenku – začni také konečně žít sama pro sebe.*

*V den, kdy mi byl oznámen nález rakoviny prsu, jsem seděla v autě před nemocnicí a brečela jsem. V hlavě se mi během hodiny promítl celý život, život mé rodiny, život mých dětí. Měla jsem pocit, že druhý den už tady nebudu, že umřu. Proč zrovna já, to určitě není pravda, to musí být nějaký omyl. Nikdy mě nenapadlo, že mě tato nemoc někdy potká. Najednou jsem dalším člověkem, který bude muset bojovat a snad i vyhrát. Čtvrtý den po tomto sdělení jsem začala léčbu. I když se pohybuji ve zdravotnickém prostředí, vůbec jsem nevěděla, co mě čeká, měla jsem obrovský strach z léčby. Strach z budoucnosti, strach sama o sebe, strach o své děti, strach o svou rodinu. Strach, zda to všechno zvládnou. Podstoupila jsem první chemoterapii, dostala jsem poukaz na paruku a vyrazila s manželem vybírat, která bude sedět nejlépe. Měla jsem do půl zad dlouhé tmavé vlasy. Zvolila jsem krátkou paruku, přijela jsem domů a po dvou dnech zkoušení doma jsem zjistila, že v této vyrazit nemohu, to prostě nejsem já. Po dvou dnech jsem ji vyměnila za jinou /díky ochotě prodávající/. Když se teď za tím vším ohlížím, přijít o vlasy je ten nejmenší problém, který v průběhu léčby nastane – leč my ženy jsme na to asi trochu háklivé. První chemoterapii jsem zvládla a den po ní i synův věneček v tanečních. Tančila jsem se synem, co si přát hezčího, být pyšná matka. Moc mu to slušelo.*

*Docházela jsem do zaměstnání a pokračovala v léčbě. Na Štědrý den jsem si ostříhala vlasy na krátko, se slzami v očích, na Silvestra jsem si oholila hlavu a poprvé jsem nasadila paruku. Bylo obrovsky těžké poprvé vyrazit mezi lidi na našem malém městě, snášet pohledy a dotazy druhých. Dalším těžkým obdobím bylo rozhodnutí operátora, jak rozsáhlý výkon mě čeká. Mnoho dní, mnoho nocí jsem se smířovala s tím, že v 38 letech mi bude*

<sup>3</sup> Dostupné na internetu <<http://www.medispot.cz/pribehy~muj-boj-s-nemoci/invalidni-duchod-a-rakovina.html>> [cit. 2012-09-03].

*proveden možná radikální výkon. Nejistota, zda nelpím na symbolu ženskosti slepě, za cenu toho, že se pak onemocnění vrátí. Jaké rozhodnutí je správné? Ženské sebevědomí v tomto případě hraje obrovskou roli. Myslím, že je jen málo odvážných žen, které se nerozmýšlí. Bilancujete vztah s partnerem, vztah ženy a muže, vztah ke svému tělu, ve kterém žijete spoustu let a najednou má být jiné...cizí...dokážou se pak podívat do zrcadla? Dokážu si vážit sama sebe? Jak malicherné.*

*Absolvovala jsem komplexní onkologickou léčbu – chemoterapie, operativní řešení, ozařování. V průběhu léčby jsem si však zlomila obratel, což bylo indikací k pracovní neschopnosti. Léčba trvala celý rok. Byla dlouhá. Hodiny prosezené na ambulancích, setkání s lidmi, kteří pravidelně docházeli jako já, setkání s lidmi, kteří přicházeli noví, se strachem v očích, tak jako já poprvé. V průběhu celé doby jsem musela řešit otázky své rodiny – nikdy jsem nechtěla, aby mě můj manžel nebo mé děti viděli na kolenou. Často jsem měla pocit to vzdát, pocit, že už to nevydržím. Ale právě rodina a hlavně mé děti byly tím, pro koho jsem musela vstát a jít dál. Mé děti, které potřebují mámu, ať jim je 5 let, nebo 20. Prostě máma chybí v každém věku.*

*Musím říci, že mi nemoc spoustu věcí vzala – najednou člověk nemůže dělat vše, co bylo předtím naprosto normální, nemůže plánovat jediný den dopředu, dnes skutečně žiji den ze dne a každý nový den je pro mě zázrak. Musím také říci, že mi ale nemoc mnohem více dala. Spoustu "pravých" přátel, pohled člověka na běžný život z naprosto odlišné strany. Ale to skutečně pochopí jen člověk, který to vše zažil. Najednou jsou věci, které vůbec nejsou důležité. Najednou se usmívám, když slyším ve svém okolí, jak lidé řeší své obrovské problémy téměř neřešitelné – zda vybrat modrý koberec či zelený, zda koupit zelenou papriku či žlutou.*

*Jen já vím a spousta ostatních nemocných se mnou, že to vše je naprostá malichernost oproti tomu, co si my všichni prožili, že nejdůležitější na světě je být tu a žít....mít to nejdražší na světě co může být – život. Každý nemocný člověk potřebuje pomoc okolí, nejenom rodiny, svých nejbližších, pochopení, ač vím, že komunikace s takto nemocným člověkem je také velmi těžká. Pocity smutku, deprese, možná i závist vůči všem zdravým, některým zdravým, kteří si své zdraví sami poškozují. Mít oporu v době nemoci je také zázrak, a přeji všem, aby někoho takového měli blízko. Měl je kdo „pohládit po zádech“, vzít za ruku. Jediné, co jsem nechtěla od okolí vidět, byla lítost. Léčbu se všemi strastmi jsem zvládla, vrátila jsem se do zaměstnání a i přes občasné zdravotní obtíže vše zvládám tak, jako dřív. Mám zas dlouhé vlasy do půl zad, vlasy, do kterých mi vítr zafouká, tak jako dřív.*

*Kdybych se mohla otočit za tím vším a říct jaké to bylo? Těžké, ale kdyby bylo jen tohle. Dalo se to vydržet, život nekončí - jde dál. Nyní je červen 2011, bylo mi 40 let a starší syn slaví 18. narozeniny. Ironií osudu je, že mi v den synových 18. narozenin byla diagnostikována metastáza v hrudní kosti. Život jde dál, mám pro koho to vše podstoupit znovu, pro své dvě děti a manžela. Ale i sama pro sebe. Protože život sám o sobě je zázrak a je jen na našem rozhodnutí, proč ho žít.<sup>4</sup>*

<sup>4</sup> Dostupné na internetu <<http://www.medispot.cz/pribehy-jak-rakovina-zmenila-muj-zivot/nejdulezitejsi-na-svete-je-byt-tu-a-zit.html>> [cit. 2012-09-03].

### **Kazuistika č. 3 aneb podpora rodiny**

*Odmaturovala jsem a oslavila dvacáté narozeniny. Nedostala jsem se na vysokou školu ekonomickou, a tak jsem měla před sebou rok studia na jazykové škole. Myslela jsem si, že to bude pohodový rok. Ani ve snu by mě nenapadlo, že budu bojovat o život.*

*Neměla jsem absolutně žádné zdravotní problémy, jen takovou banální věc, nateklo mi víčko levého oka. Já jsem to neřešila, čekala jsem, že jak se to náhle objevilo, náhle to zase zmizí. Když se otok stále zvětšoval, na naléhání mé maminky jsem nakonec navštívila několik doktorů, absolvovala několik vyšetření, až jsem se dostala na hematologii, kde mi odebrali krev. Poté mi bez vysvětlení udělali můj první odběr kostní dřeně a já si myslela, že je to nejhorší, co jsem kdy zažila a že nic horšího mě už nečeká. V čekárně jsem si prohlížela letáčky o leukémii a ani v ten moment mě nenapadlo, že by se mě něco takového týkalo osobně. A pak mi to řekli, na rovinu, bez sebemenšího soucitu, že jsem přišla za pět minut dvanáct, mám 84 % špatné krve a pokud ihned nenastoupím do Brna do Bohunic, umřu. Přes slzy ani nevím, jak jsem se tenkrát dostala domů. Člověk si říká, že jemu se to stát nemůže, že ho to nikdy nepotká, a když se to stane, nevěří, ptá se proč, proč zrovna já.*

*V nemocnici jsem strávila půl roku, naštěstí jsem absolvovala jen čtyři chemoterapie, které mi pomohly a transplantace kostní dřeně nebyla potřeba. Kdybych měla popsat celého půl roku, mohla bych vydat knihu. A ani potom, kdo to nezažil, by úplně nepochopil. Bylo to peklo a upřímně – stát se mi to podruhé...už bych věděla, co to obnáší a nevím, zda bych byla opět tak silná. Oni sice všichni říkají, musíš být silná, uzdravíš se, myslí pozitivně...člověk pak přijde na to, že je to pravda, ale ten začátek je hodně těžký.*

*Nejdůležitější je rodina a přátelé. Pokud má nemocný na světě alespoň jednoho člověka, na kterém mu záleží a kterému záleží na něm, pak neztratí vůli bojovat, neztratí chuť do života a upře se na víru, že se uzdraví, už jenom kvůli němu. To nejhorší pro mě bylo vidět, jak strašně to otřáslou s mou rodinou, mým přítelem, ale i s kamarády. Maminka se snažila být přede mnou silná, ale v jejích očích a tváři jsem poznala, jak moc od starostí zestárla. Rodina a všichni ti lidé, kteří stáli při mně a bojovali se mnou, mě drželi při životě. Uvědomovala jsem si, že se nezměnil život jen mně, že to není jen o mně, ale i o mém okolí.*

*Když jsem byla v nemocnici, neviděla jsem to, ale pak jsem si uvědomila, že i všechno zlé může být k něčemu dobré. Nikdy nezapomenu na doktory a na sestřičky. Nejsou to jen lidé, kteří si plní svou profesi, ale jsou tu opravdu pro vás a hlavně s vámi. Ani nevíte, jak mě zahřálo na srdci, když jsem na nedávné kontrole potkala sestřičku, kterou jsem roky neviděla a ona mě poznala, pamatovala si i to, co jsem studovala a opravdu se zajímala, jak se mi daří. Ano leukémie mi hodně vzala, ale něco přece jen i dala. Během pobytu v nemocnici jsem se seznámila s lidmi, které bych v normálním životě nepoznala. S lidmi jiné věkové kategorie než já, a přesto nás pojí nepopsatelné pouto, protože jsme byli na jedné lodi a vzájemně si pomáhali. A nejkrásnější je, že i po šesti letech naše jedinečné přátelství přetrvává. Poznala jsem i takové, kteří to štěstí neměli a svůj boj prohráli. Pak si člověk říká, proč jsem zrovna já dostala tu šanci být na světě a oni ne, čím jsem si to zasloužila? Myslíte na ně a snažíte se žít tak, abyste si ten život právem zasloužili.*

*I to mě přimělo k tomu, že jsem si po léčbě znovu nepodala přihlášku na ekonomickou školu, ale studovala jsem sociální obor. Začala jsem mít potřebu lidem pomáhat a díky tomu jsem našla i nový smysl života. Nemoc vám od základu změní vaše priority. Všechno a všechny si uvědomujete víc. Nepohrdáte běžnými věcmi, ale jste za ně vděční. Každé*



*narozeniny, každé vánoce, každý den prožívám, jako by byl můj poslední, protože člověk nikdy neví, kdy se mu zase během vteřiny zhroutí celý život. Ano, bojím se, při každé kontrole se bojím, že se mi nemoc zase vrátí zpátky. Bojím se, že nebudu moci mít děti. Tohle v sobě už potlačit nedokážu. Ale přesto si myslím, že žiju mnohem více plnohodnotný život, než kdybych se s rakovinou nikdy nepoprala<sup>5</sup>.*

## Závěr

Nejtěžším projevem i důsledkem onemocnění je narušení sociální role a životního vývoje. Zdravotně sociální pracovník při výkonu svého povolání musí usilovat o:

- resocializaci v případě závažného postižení v důsledku choroby;
- podporu a ochranu sociálních rolí pacienta;
- minimalizaci iatrogenního sociálního poškození;
- psychosociální podporu nemocnému i rodině.

Kazuistika je jednou z metod, prostřednictvím které mohou studenti pochopit podstatu nemoci, ale také její lidské a společenské souvislosti.

## Literatura

HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. *Kazuistika v sociální práci*, 2. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty, 2010, 203 s. ISBN 978-80-89271-66-5.

LEVICKÁ, J. *Kazuistický seminár zo sociálnej práce*, 1. vyd. Trnava: Trnavská univerzita, 2004, 59 s. ISBN 80-89104-36-3.

MAREK, J. et al. *Propedeutika klinické medicíny*, 1. vyd. Praha: Triton, 2001, 652 s. ISBN 80-7254-174-9.

ŠUCHA, V. *Aby univerzita mala dušu*, 1. vyd. Bratislava: VEDA – Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.

## Korespondence:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
Ústav aplikovaných společenských věd  
Institut zdravotnických studií  
Fakulta humanitních studií  
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
nám T. G. Masaryka 5555  
760 01 Zlín  
e-mail: [dorkova@fhs.utb.cz](mailto:dorkova@fhs.utb.cz)

<sup>5</sup> Dostupné na internetu <<http://www.poslipribeh.cz/archives/3836>> [cit. 2012-09-03].



## AKTIVIZUJÚCE VYUČOVACIE METÓDY V MAGISTERSKOM ŠTÚDIU OŠETROVATELSTVA

**Katarína Gerlichová, Iveta Matišáková**

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva,

**Súhrn:** Cieľom príspevku je poukázať na prípravu študentov v magisterskom štúdiu ošetrovateľstva v oblasti edukácie. Táto príprava sa realizuje v rámci predmetu Pedagogika v ošetrovateľstve, kde sa študenti zoznamujú s vyučovacími metódami, formami výučby a prípravou edukačných procesov ako aj pomôcok potrebných na zabezpečenie kvalitnej edukácie. Uvedené vedomosti a zručnosti využívame v rámci klinických predmetov ako je napríklad Geriatria a ošetrovateľstvo v geriatrickej, Pediatria a ošetrovateľstvo v pediatrii. Naším cieľom je, aby sestry – magisterky mohli takto získané vedomosti a zručnosti z oblasti edukácie využívať priamo v praxi, pri práci s pacientom, aby sa edukácia postupne stávala súčasťou starostlivosti o pacienta, jeho rodinu s cieľom zlepšovať alebo udržiavať kvalitu života.

**Kľúčové slová:** Aktivizujúce vyučovacie metódy. Magisterský študijný program. Sestra. Edukácia.

## ACTIVATING TEACHING METHODS IN NURSING MASTERS DEGREE PROGRAM

**Summary:** The aim of this paper is to focus on the preparation of students for Master's degree in nursing education. This training is performed within the subject Education in Nursing, where students become acquainted with teaching methods, forms of teaching and preparation of educational processes as well as aids needed to ensure superior education. The knowledge and skills mentioned are used in clinical subjects, such as Geriatrics and Nursing in geriatrics, Paediatrics and nursing in paediatrics. Our aim is that nurses with Master's degree could use the acquired knowledge and skills in the field of education directly in practice, when working with patients, and that education would gradually become part of the care of the patient, his family with the aim to improve or maintain the quality of life.

**Key words:** Activating teaching methods. Masters degree program. Nurse. Education.

### Úvod

Pedagogika je veda o výchove, ktorá skúma podstatu a zákonitosti výchovy ako spoločenského javu. V modernej pedagogike sa pojem „výchova a vzdelávanie“ označuje pojmom edukácia. Je to celoživotné rozvíjanie osobnosti pôsobením neformálneho prostredia a formálnych výchovných inštitúcií. Cieľom edukácie je získanie nových



vedomostí, poznatkov, zručností, vytváranie hodnotových, postojových, citových a vôľových štruktúr osobnosti, dosiahnutie zmien správania (Závodná, 2005).

Pojem vzdelanie má v pedagogike dlhú tradíciu. Vzdelanie zahŕňa osvojenie si nielen vedomostí, zručností, ale aj osvojenie si estetických a morálnych hodnôt, vytváranie si určitého postoja k svetu a spoločnosti. Ciele a obsah vzdelania je nutné stále znovu analyzovať, objasňovať, modernizovať v meniacom sa spoločenskom vývoji (Skalková, 2007).

Obsahom vzdelávania je získanie množstva a kvality poznatkov, zmena postojov a zručností, ktoré si môžeme počas vzdelávania osvojiť (Magurová, 2010). Výsledkom vzdelávania je vzdelanie.

## Vyučovacie metódy

Vyučovacie metódy dávajú odpoveď, ako je potrebné postupovať pri výchovno-vzdelávacom procese, aby sme zvládli stanovené ciele. Viacerí autori uvádzajú, že metóda je „nástroj“ práce učiteľa. Pojem metóda je odvodený od gréckeho slova „methodos“ (Petlák, 2004). Prostredníctvom vyučovacích metód dosahuje učiteľ v spolupráci so študentmi výchovno-vzdelávacie ciele (Hlásna a kol., 2006). Za najefektívnejšie pokladáme použitie aktivizujúcich vyučovacích metód.

Aktivizujúce vyučovacie metódy predpokladajú úplné zapojenie každého jednotlivca do celého procesu výučby. Jednotlivec aktívne prijíma informácie a na ich základe si vytvára svoje vlastné úsudky. Tieto informácie spracováva a začleňuje do systému svojich vedomostí, zručností a postojov a veľmi efektívne rozvíja svoju schopnosť kritického myslenia (Sitná, 2009).

Skalková (2007) uvádza túto klasifikáciu aktivizujúcich metód:

- diskusné metódy
- situačné metódy
- inscenačné metódy
- didaktické hry
- špecifické metódy.

Vo vyučovacom procese sa uplatňujú rôzne vyučovacie metódy súbežne a vo vzájomnom prepojení. V priebehu vyučovania sa môžu meniť, závisí to od cieľa vyučovania, obsahu učiva, vedomostí žiakov a konkrétnej situácie (Skalková, 2007).

Úlohou vyučovacích metód nie je iba „prenos“ poznatkov, ale plnia viaceré úlohy – funkcie. Vyučovacia metóda má byť: informatívna, výchovne účinná, ekonomická, využiteľná v praxi, v súlade so systémom vedy a poznávania, motivačne pôsobivá, primeraná študentovi a primeraná učiteľovi (Petlák, 2004).

## Výchova a vzdelávanie v ošetrovatel'stve

Výchova a vzdelávanie v ošetrovatel'stve (edukácia) prebiehajú v každej fáze ošetrovatel'ského procesu. Sestra by mala byť pripravená na zvládnutie roly edukátorky, a preto musí ovládať základné poznatky z pedagogiky (Magurová, 2009).

Edukácia je zameraná nielen na chorého, ale aj zdravého človeka. Pre sestru je veľmi dôležitou činnosťou pri udržaní, podpore alebo pri navracaní zdravia pacientovi. Edukácia podporuje pozitívne a odstraňuje negatívne aspekty zo života človeka. Kládne si za cieľ získať pacienta a jeho rodinu k aktívnej účasti nad kontrolou svojho ochorenia a je kľúčovou požiadavkou v ošetrovatel'skej starostlivosti (Mišinová a kol., 2009). Sestra ju realizuje cez jednotlivé fázy edukačného procesu. Pre sestru v klinickej praxi je dôležité vedieť aplikovať získané vedomosti z oblasti edukácie pacienta. Ak jej tieto vedomosti chýbajú, alebo ich nevie aplikovať v praxi, tak je edukácia a aj celý edukačný proces neefektívny a edukačné problémy pacienta nie sú uspokojené a vyriešené (Magurová, 2009). Význam edukácie spočíva v pochopení ako správne postupovať pri chorobe, ako celkovo skvalitniť svoj život (Otrubová, 2012).

Študenti v študijnom programe Ošetrovatel'stvo II. stupeň majú zaradený medzi povinné predmety aj predmet Pedagogika v ošetrovatel'stve. Študent počas štúdia uvedeného predmetu získava poznatky zo všeobecnej pedagogiky, metodológie, z histórie a dejín pedagogiky v jednotlivých historických obdobiach, zo základných pedagogických pojmov (výchova, vzdelanie, vzdelávanie, vyučovanie, učenie, nadanie, talent, zručnosti, návyky, inteligencia), z vyučovacieho procesu (ciele, metódy, formy vyučovania), osobnosť učiteľa, osobnosť študenta, pedagogické dokumenty. Cieľom predmetu je získať vedomosti a zručnosti v oblasti edukácie a tvorby edukačných plánov. Vo výučbe predmetu sa zameriavame predovšetkým na to, aby študent ovládal charakteristiku edukácie, základné pojmy, edukačný proces – posudzovanie, stanovenie edukačnej diagnózy, príprava edukačného plánu (priority, edukačné ciele, formy edukácie, vhodné prostredie, didaktické metódy, pomôcky, technika), realizáciu edukačného plánu, vyhodnotenie efektívnosti edukácie a poznal význam edukácie v profesii sestry.

## Aktivizujúce vyučovacie metódy v ošetrovatel'stve

Na to, aby výučba na predmete Pedagogika v ošetrovatel'stve bola efektívna, využívame mnohé metódy, ktoré môžu sestry ďalej využiť vo svojej každodennej praxi.

Pri edukácii okrem klasických metód používame pri edukácii v ošetrovatel'stve aj vyššie uvádzané aktivizujúce metódy, medzi ktoré patrí napríklad brainstorming (búrka mozgov), snowballing (snehová guľa), case study (prípadová štúdia), diskusia, mentálne mapovanie, pravda alebo klamstvo, poradenie na nástenke, demonštrácia a precvičovanie pomocou modelu, Pexeso, kruhy rozhodnutí. Používame ich vo všetkých fázach vyučovania – motivačnej, expozičnej, fixačnej a evaluačnej.

Aktivizujúce metódy používajú vo vyučovaní nielen pedagógovia, ale i samotní študenti. V predmete Pedagogika v ošetrovatel'stve študenti vypracujú počas semestra edukačný proces u konkrétneho pacienta a overenie schopností študenta realizovať edukačný proces v klinickej praxi je súčasťou záverečného hodnotenia predmetu. Študenti predkladajú metodologicky vypracovaný edukačný proces u vybranej osoby, resp.

skupiny osôb a dokumentujú realizáciu procesu s hodnotením efektivity dosiahnutia kognitívnych, afektívnych a behaviorálnych cieľov .

Okrem predmetu Pedagogika v ošetrovatel'stve využívajú študenti nadobudnuté didaktické „zručnosti“ aj v ostatných predmetoch – napríklad v predmetoch Geriatria a ošetrovatel'stvo v geriatrii, Pediatria a ošetrovatel'stvo v pediatrii. V predmete Pediatria a ošetrovatel'stvo v pediatrii vypracovávajú projekt – Návrh edukačného štandardu u dieťaťa, resp. rodičov dieťaťa s vybraným ochorením. Požiadavkou pedagóga je, aby študenti vypracovali nielen návrh edukačného štandardu s požadovanými formálnymi kritériami (kritériá štruktúry, procesu a výsledku), ale aby zvolili aktivizujúce metódy učenia pacientov, resp. rodinných príslušníkov.

Neoddeliteľnou súčasťou použitia týchto metód je aj príprava vhodnej učebnej pomôcky. Učebné pomôcky si študenti zhotovujú sami. Musia spĺňať základné funkcie – motivačnú, informatívnu, formatívnu, inštrumentálnu, precvičovaciu, systematizujúcu, názornú a podporujúcu samoštúdium (Petlák, 2004). Učebné pomôcky Petlák (2004) delí na:

- originálne predmety reálnej skutočnosti
- zobrazenia znázornenia predmetov (modely)
- textové pomôcky
- programy prezentované didaktickou technikou
- špeciálne pomôcky.

Študenti používajú predovšetkým edukačné karty, tajničky, pexeso, brožúry, pracovné listy, karty pravda a lož (áno/nie), nástenky, doplnovanky, omaľované, bábky, modely, konkrétne zdravotnícke pomôcky, .... Dôraz je kladený na základné didaktické zásady – zásadu názornosti, zásadu uvedomelosti a aktivity, zásadu spätnej väzby (feedbacku), zásadu vedeckosti (Juřeníková, 2010).

Pri ich príprave študenti získavajú dôležité didaktické zručnosti, ako napríklad správne vybrať kľúčové pojmy, usporiadať ich do obsahovej a grafickej podoby, prispôbiť ich veku respondenta a pod. Ide práve o prepojenie praktickej a teoretickej prípravy. Získané skúsenosti študenti využívajú pri praktickej časti štátnej záverečnej skúšky, ale hlavne pri výkone ošetrovatel'skej praxe, ktorej súčasťou je aj edukácia pacientov a ich rodinných príslušníkov.

## Záver

Vzdelávanie v oblasti edukácie je súčasťou celoživotného vzdelávania sestier. V študijnom odbore ošetrovatel'stvo je prioritné formovanie osobnosti študenta, s dôrazom na jeho vedomosti, zručnosti, postoje a návyky v súvislosti z odbornosťou a taktiež s ohľadom na bio-psycho-sociálny aspekt (Červeňanová, Poliaková, 2012). Sestra neustále ovplyvňuje správanie a konanie jednotlivcov s cieľom navodiť pozitívne zmeny v ich vedomostiach, postojoch, návykoch a zručnostiach a tieto im pomáhajú adaptovať sa na zmenenú životnú situáciu.



## Literatúra

- ČERVEŇANOVÁ, E. – POLIAKOVÁ, N. 2012. Názory študentov ošetrovateľstva na ich hodnotenie. [CD-ROM]. In *Jihlavské zdravotnícké dny 2012: Ošetrovateľská péče a porodní asistence v praxi*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2012. ISBN 978-80-87035-52-8, s.129-136.
- HLÁSNA, S. – HORVÁTHOVÁ, K. – MUCHA, M. – TÓTHOVÁ, R. 2006. *Úvod do pedagogiky*. Nitra: Enigma, 2006. 356 s. ISBN 80-89132-29-4.
- JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- MAGUROVÁ, D. – MAJERNÍKOVÁ, D. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MIŠINOVÁ, M. – FRANEKOVÁ, K. – BUGÁŇOVÁ, M. 2009. Nevyhnutnosť tvorivého prístupu sestry pre úspešnú edukáciu pacienta. [CD-ROM]. In *Ošetrovateľstvo a zdravie III. Pohyb a zdravie VI*. Zborník z vedeckej konferencie. Trenčín: TnUAD, 2009. ISBN 978-80-8075-384-9, s. 289 – 303.
- NEMCOVÁ, J. – HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010. 259 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- OTRUBOVÁ, J. – TOROKOVÁ, N. 2012. Edukace dítěte s inzulínovou pumpou. In *Sestra*. ISSN 1210-0404. 2012, roč.22, č. 1, s. 53 – 56.
- PETLÁK, E. 2004. *Všeobecná didaktika*. Bratislava: Iris, 2004. 311 s. ISBN 80-89018-64-5.
- SITNÁ, D. 2009. *Metody aktivního vyučování*. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 152 s. ISBN 978-80-7367-246-1.
- SKALKOVÁ, J. 2007. *Obecná didaktika*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 328 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
- ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

## Korespondence:

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.  
PhDr. Iveta Matisáková, PhD.  
Fakulta zdravotníctva  
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne  
Študentská 2  
911 50 Trenčín  
e-mail: [katarina.gerlichova@tnuni.sk](mailto:katarina.gerlichova@tnuni.sk)  
e-mail: [iveta.matisakova@tnuni.sk](mailto:iveta.matisakova@tnuni.sk)

## VYUŽITIE KAZUISTIKY VO VÝUČBE NEUROLOGICKÉHO OŠETROVATELSTVA

**Nikoleta Poliaková, Eva Červeňanová**

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva:  
Katedra ošetrovateľstva

**Súhrn:** *Autorky príspevku prezentujú možnosti využitia kazuistiky vo výučbe ošetrovateľstva v neurológii. Metóda kazuistiky vo výučbe neurologické ošetrovateľstva umožňuje využitie teoretických vedomostí z neurológie, rehabilitácie, ošetrovateľskej diagnostiky a psychológie. Cieľom využitia kazuistiky je posilniť pripravenosť študentov na riešenie klinických problémov v ošetrovateľskej praxi. Študenti na cvičeniach realizujú analýzu prípadových štúdií vyplývajúcich zo základných a najčastejších neurologických ochorení, plánujú ošetrovateľskú starostlivosť v nadväznosti na stanovené ošetrovateľské diagnózy využívajúc NANDA International taxonomy II. Príspevok predkladá ukážku kazuistiky pacienta trpiaceho na Parkinsonovu chorobu s následne stanovenými úlohami pre študentov.*

**Kľúčové slová:** *kazuistika, vyučovanie, neurologické ošetrovateľstvo, plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti*

## USE OF CASUISTICS IN NEUROSCIENCE NURSING EDUCATION

**Summary:** *Authoresses of the paper present the possibilities to use casuistics in neuroscience nursing education. The method of casuistic in teaching neuroscience nursing allows apply theoretical knowledge from neurology, rehabilitation, nursing diagnostics and psychology. The aim of its use is to enhance preparedness of students to solve clinical problems within neuroscience practice. In courses students execute analysis of case studies which involve most frequent neurological illnesses, determine nursing diagnoses by using NANDA International taxonomy II, and finally they plan nursing care. The paper presents a case study of a patient suffering from Parkinson's disease and tasks for students.*

**Key words:** *casuistics, education, neuroscience nursing, nursing care planning*

### Úvod

Kazuistika je didakticky upravený prípad skutočnej udalosti, ktorý môže mať viac ako len jedno riešenie. Kazuistiku možno tiež definovať ako faktografický popis reálnej situácie poskytujúci vytvorenie čo možno najvernejšieho obrazu subjektu (Kotrba, Lacina, 2007). Základom využitia kazuistiky je rozbor popisu konkrétneho prípadu, problému, udalosti alebo situácie. Študenti tak majú možnosť transformovať teoretické vedomosti do reálnej podoby. Metóda kazuistiky umožňuje aktívne spoznávanie situácie, ktorá si vyžaduje rýchle rozhodovanie, nutnosť konania pod tlakom, vytvorenie si pohľadu na situáciu z viacerých aspektov nielen ošetrovateľských a medicínskych, ale aj ekonomických, psychologických, etických, sociálnych (Špirudová et al, 2006).

Vyučovanie s využitím kazuistiky vyžaduje vhl'ad, ponorenie sa do problému a jeho následné rozlúštenie (Petty, 2008). Využitie kazuistiky vo výučbe má široký význam a spĺňa viaceré ciele:

- umožňuje zadanie problému vo forme, ktorá je pre študenta zaujímavá a prístupná,
- dopĺňa teoretické vedomosti, ilustruje vývoj prípadu, skúma dopady správnych a nesprávnych rozhodnutí,
- spája poznatky z rôznych predmetov,
- rozvíja kritické myslenie,
- rozvíja analytické zručnosti a strategické myslenie,
- rozvíja tímovú spoluprácu,
- rozvíja komunikačné zručnosti (Kotrba, Lacina, 2007).

Najdôležitejším cieľom kazuistiky je učiť sa samostatne a nezávisle myslieť, rozhodovať a jednať. Výhodou kazuistiky je, že môže byť použitá v malých i veľkých skupinách. Vzniká tým priestor na obsiahnutie celej šírky i hĺbky problému a získanie veľkého množstva riešení (Špirudová et al, 2006).

Metóda kazuistiky vo výučbe ošetrovateľstva je vhodná predovšetkým v rámci vyučovania klinických predmetov (Janíková, Zeleníková, 2012).

### **Kazuistika v neurologickom ošetrovateľstve**

Táto štúdia prezentuje využitie kazuistiky vo výučbe neurologického ošetrovateľstva.

Neurologické ošetrovateľstvo je aplikovaný ošetrovateľský odbor zaoberajúci sa starostlivosťou o pacientov s neurologickými ochoreniami. Integruje poznatky z medicínskych disciplín, z ktorých kľúčovým odborom je neurológia prinášajúca informácie o etiológii, patogenéze, diagnostike, symptomatológii, prevencii a terapii neurologických ochorení. Z hľadiska liečby je tiež dôležitá rehabilitácia. Príbuzným odborom je psychiatria. Z humanitných disciplín sa využívajú poznatky z filozofie, psychológie, pedagogiky, sociológie a logopédie (Slezáková, 2006).

Na výučbe predmetu ošetrovateľstvo v neurológii na Fakulte zdravotníctva Trenčianskej univerzity A. Dubčeka participuje odborný lekár – neurológ a odborný asistent. Odborný lekár študentom prostredníctvom prednášok poskytne základné informácie zo všeobecnej i špeciálnej neurológie. Odborný asistent sa prostredníctvom seminárov a cvičení zameria na výučbu ošetrovateľskej starostlivosti. Výučba predmetu tak zahŕňa nielen faktické odovzdávanie informácií, ale v rámci cvičení je možnosť zakomponovania aktivizačných metód, medzi ktoré patrí i práca s kazuistikou.

Princípom využitia kazuistiky je **skupinové riešenie** praktických problémov. Zadanie vychádza z kazuistiky a úlohou študentov je:

- analyzovať ochorenie – zhodnotiť jeho priebeh – pomenovať typické ale aj atypické príznaky u daného pacienta, analyzovať reakciu pacienta a samotného ochorenia na liečbu, zhodnotiť priebeh liečby,
- zhodnotiť úroveň uspokojovania biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb,

- stanoviť ošetrovateľské diagnózy v doménach a triedach NANDA taxonómia II.,
- zoradiť ošetrovateľské diagnózy podľa priority,
- zostaviť ošetrovateľský plán, stanoviť ciele a vybrať efektívne ošetrovateľské stratégie.

V rámci výučby ošetrovateľstva v neuroológii je využívaných 10 kazuistík vyplývajúcich zo základných neurologických ochorení korešpondujúcich zo sylabom vyučovacieho predmetu. Každá kazuistika musí byť primerane dlhá, nemala by obsahovať príliš veľa detailov, ale zároveň by mala byť poskytnúť ucelený obraz o reálnej situácii pacienta. Situácia vo výučbovej kazuistike môže byť čiastočne modifikovaná, aby vystihovala typickú situáciu. Nesme obsahovať riešenia problémov, ale mala by študentov navádzať na ich hľadanie. Keďže niektoré ochorenia sa vyskytujú zriedkavo alebo nevyžadujú častú hospitalizáciu, študent pomocou kazuistiky získa reálnu predstavu o priebehu ochorenia, jeho prejavoch a celkovom dopade ochorenia na kvalitu života jednotlivca. Priebeh niektorých ochorení je veľmi variabilný, preto pracujeme s viacerými kazuistikami pacientov trpiacich na to isté ochorenie a skúmame možnosti individuálneho prístupu zdravotníckeho personálu. Analyzujeme tiež dopad ochorení na rodinu.

### Vzorová kazuistika – pacient s Parkinsonovou chorobou

Muž, 74 ročný, trpiaci 6 rokov na Parkinsonovu chorobu bol prijatý na neurologické oddelenie pre zhoršenie zdravotného stavu.

Ochorenie sa vyvíjalo postupne. Začalo sa najskôr prejavovať trasom pravej hornej končatiny a o 2 mesiace neskôr sa pridružil aj tras ľavej hornej končatiny. Intenzita trasu kolísala. Najvýraznejší tras pacient udával pri psychickom rozrušení a pri jedle. Postupne sa začala objavovať stuhnutosť svalstva dolných končatín, hlavne ráno. Pacient udáva: *„Ráno vykročiť a urobiť prvé kroky, to je pre mňa najhoršie.“ Musím pohnúť s rukami aj nohami, inak by som sa bál vôbec postaviť z postele, ba ani by sa mi nedalo.“*

V súčasnosti má pacient zvýšený svalový tonus na dolných končatinách a extrapyramídový tremor na obidvoch horných končatinách. Chôdza je bradybázická a brachyfázická. Má znížené súhyby horných končatín a flekčné držanie tela. Na vizite pri pokyne, aby sa prešiel hore a dole po izbe, má pacient nutkanie bežať. *„Mám nutkavý pocit, ženie ma to na beh, ale zrazu z ničoho nič prudko zastavím a nemôžem sa pohnúť.“* Telo pacienta je mierne prihrbené, hrozí propulzia a má problém s rovnováhou. *„Niekedy ma to ťahá k zemi.“* Po užití liekov a rozcvičení horných aj dolných končatín sa svalstvo uvoľní.

Jemná motorika pacienta je porušená. Písma sa postupne menilo, stalo sa menším a nečitateľným. Pacient má tiež problém so zapínaním gombíkov a sebaobslužnými aktivitami. Reč je tichá, monotónna ale zrozumiteľná. Mimika je znížená.

Pacient má hmotnosť 74 kg, výšku 174 cm, BMI má 24,44. Chuť do jedla je normálna. Má problém s prehĺtaním. Denne vypije 2 litre tekutín. Kávu ani čierny čaj nepije. Alergiu na potraviny, ani lieky neudáva. V nemocnici má pacient vzhľadom k hypertenzii diétu č.10 - neslanú. Stav kože je v norme, bez cyanózy, sliznice sú vlhké. Pacient sa

v domácom aj v nemocničnom prostredí vyprázdňuje na pojazdom WC. Vyprázdňovanie je nepravidelné. Má pocit nafúknutého a plného brucha, stolica je raz za 3 – 4 dni tuhej konzistencie. S vylučovaním moču nemá problém. Moč je fyziologický, bez prímiesí. Bolesť pri močení neudáva. Počas hospitalizácie sa však pacient v noci párkrát pomočil, ale nestávalo sa to pravidelne. Manželka počas rozhovoru uviedla: „*Aj doma sa mu to stáva. Nezobudí sa na pocit močenia a niekedy si ani neuvedomí, že chce ísť močiť.*“

V noci má pacient problém so spánkom. Máva rôzne vidiny. Podľa udania spolupacienta, pacient v noci sedel na posteli a vykrikoval, že „*na neho prší*“ a celú noc nespál. V noci, ale aj cez deň vidí rôzne postavy a tvary. Pri rozhovore povedal: „*sestrička, na pleci máte chrobáka*“ a rukou jej išiel na plece, že ho zhodí na zem. Potom povedal: „*Sestrička, ja si uvedomujem že mám aj cez deň vidiny, ale bojím sa priznať doktorke. Nehovorte to nikomu.*“ Orientácia pacienta je primeraná - je orientovaný v čase, osobe aj v priestore. Pacient vie odpovedať na otázku kto je, kde je a aký je deň, mesiac aj rok. Na niektoré veci a udalosti si však dlho spomína, alebo si nespomenie.

Pacient býva v rodinnom dome so svojou manželkou. Chovajú sliepky, o ktoré sa stará manželka a pacient jej podľa zdravotného stavu pomáha. „*Niekedy som taký slabý a roztrasený, že nedokážem nič robiť. Naopak, keď mi lieky účinkujú, snažím sa naplno pomáhať svojej žene.*“ Za domom majú veľkú záhradu, kde chodí pacient pracovať a oddychovať, keď mu to zdravotný stav dovolí. Má jedného syna, s ktorým má dobrý vzťah.

Pacient má strach, ako sa ochorenie bude ďalej vyvíjať a čo bude, keď sa príznaky choroby budú zhoršovať. Pri rapídnom zhoršení príznakov bude pacient odkázaný na pomoc iných a to si nechce a ani nevie predstaviť: „*niekedy sa mi vtrie obava a stresuje ma.*“ Pacient je veriaci človek, katolík. Do kostola nechodí kvôli ochoreniu, ale každú nedeľu pozerá svätú omšu v televízii, alebo počúva v rádiu. Modlí sa nepravidelne.

Pacient sa cíti najlepšie a najbezpečnejšie doma, v blízkosti svojej manželky a syna. Má ich veľmi rád a plne im dôveruje. Na otázku, ako sa cíti v nemocničnom prostredí odpovedal: „*Nie je mi tu zle. Všetci sa o mňa starajú, ale doma je doma. Mám tam svoje pohodlie.*“

### Úlohy na spracovanie:

- Analýza ochorenia:
  - Ktoré prejavy u pacienta sú typické pre Parkinsonovu chorobu?
  - Vysvetlite pojmy bradybázická a brachyfázická chôdza.
  - Vyskytuje sa u pacienta freezing?
  - Ktoré ďalšie príznaky by mohol pacient v súvislosti s Parkinsonovou chorobou mať?
  - Ktoré symptómy vyjadrujú znížený efekt liečby, prípadne vedľajší účinok liekov?
  - Ktoré škály je možné využiť v rámci posudzovania?
  - Ktoré kompenzačné pomôcky môže pacient používať?
- Zoskupte údaje podľa domén a tried NANDA taxonómia II so zameraním na určujúce znaky a súvisiace faktory.



- Na základe určujúcich znakov a súvisiacich faktorov stanovte aktuálne, potenciálne a wellnes diagnózy s využitím NANDA taxonómie II.
- Zorad'te diagnózy podľa priority.
- Ku každej diagnóze stanovte cieľ, výsledné kritériá a ošetrovateľské intervencie.
- Vypracujte edukačný materiál zameraný na podporu bezpečnosti pacienta v domácnosti a rozvoj sebaobslužných aktivít.

Na rozbere kazuistiky pracujú skupinky 2 – 3 študentov. Po samotnom spracovaní čiastkových úloh dochádza ku konfrontácii a porovnávaniu riešení. Študenti na riešenie kazuistiky môžu využiť pracovné listy, ktoré slúžia zároveň ako študijný materiál.

## Záver

Kazuistika (prípadová štúdia) je účinná aktivizujúca vyučovacia metóda. Vytvára široký priestor pre skĺbenie teórie s praxou. Do prostredia školy vnáša realitu, podnecuje záujem študentov o danú problematiku, podporuje rozvoj tvorivosti a kritického myslenia. Študent je vedený k snahe riešiť problémy, navrhovať svoje riešenia a obhajovať ich. Kazuistika je využívaná aj v procese skúšania a hodnotenia výstupných vedomostí.

## Literatúra

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. (2012) Případová studie ve výuce odborných předmětů. In: *Implementace praxe založené na důkazech do výuky*, s. 23 – 25, 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2012, ISBN 978-80-7368-967-4.

KOTRBA, T., LACINA L. (2007) *Praktické využití aktivizačních metod ve výuce*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 188 s. ISBN 978-80-87029-12-1.

PETTY, G. (2008) *Moderní vyučování*. 5. vyd., Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.

SITNÁ, D. (2009) *Metody aktivního vyučování: spolupráce žáků ve skupinách*, 1. vyd., Praha: Portál, 2009, 152 s. ISBN 978-80-7367-246-1.

SLEZÁKOVÁ, Z. (2006) *Neurologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006, 165 s. ISBN 80-8063-218-9.

ŠPIRUDOVÁ, L. et al. (2006) *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

## Korespondence:

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Študentská 2

91101 Trenčín

e-mail: [nikoleta.poliakova@tnuni.sk](mailto:nikoleta.poliakova@tnuni.sk)

## ERGOTERAPIA AKO SÚČASŤ OŠETROVATEĽSKEJ PRAXE ŠTUDENTOV U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTOV

Darina Šimovcová<sup>1</sup>, Jana Matejková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

<sup>2</sup>Denný psychiatrický a psychoterapeutický stacionár Fakultnej nemocnice v Trenčíne

**Súhrn:** Jedným zo základných predpokladov tvorivého života človeka naplneného šťastím je duševné zdravie. Je výsledkom pôsobenia mnohých činiteľov, ktoré ovplyvňujú život pozitívne. Úloha sestry pri upevňovaní duševného zdravia má široký zásah do všetkých vývinových období života človeka. Pri psychických ochoreniach dochádza k chorobným zmenám v myslení, pocitoch konaní a aj vo vzťahoch. Osobná skúsenosť a kontakt študentov ošetrovateľstva v rámci ošetrovateľskej praxe na psychiatrickej klinike je jednou z možností ako duševne chorým venovať zvýšenú pozornosť o ich potreby a problémy, vyjadriť im porozumenie a rešpekt, podporiť u nich adaptačný proces a aktívne zapájať pacientov do tvorby individuálnych plánov v ošetrovateľskom procese. Aktivizácia formou ergoterapie znamená pre psychiatrických pacientov zachovanie ľudskej dôstojnosti, vlastnej sebestačnosti a psychickú podporu zo strany ošetrojúceho personálu.

**Kľúčové slová:** Psychiatrické ochorenia; Ošetrovateľská prax; Študenti; Ergoterapia; Aktivizácia.

## ERGOTHERAPY AS PART OF NURSING PRACTICE OF STUDENTS PROVIDING HEALTH CARE TO PSYCHIATRIC PATIENTS

**Summary:** The key precondition of happy and satisfied individual's creative life is his or her mental health. There are many factors which can influence person's life in a positive way. Personal experience and contacts of students during their nursing practice in Psychiatry Clinic is the opportunity to intensify their therapy in patients, devote considerable effort to their needs and problems, to express understanding and respect, to support the adaptation process and finally involve patients in the development of individual plans within nursing process.

**Key words:** Psychiatric disorders. Nursing Practice. Students. Ergotherapy. Activation.

### Úvod

Ergoterapia je v psychiatrii súčasťou komplexnej liečby pacienta so psychiatrickým ochorením. Jej cieľom je znovunavrátanie chorého späť do samostatného spôsobu života. Pomáha chorému vytvoriť si na chorobu vlastný pohľad pre jeho osobný, pracovný a spoločenský život. Ergoterapia v psychiatrii využíva rôzne terapeutické metódy a činnosti.

## Využitie ergoterapie u pacientov s poruchami duševného zdravia

Pri liečbe psychických ochorení má ergoterapia najstaršiu tradíciu. Psychiatrické liečebne vlastnili hospodárske zariadenia, kde pacienti pracovali. Pracovný priestor poskytovali i rozsiahle parky v okolí. Neskoršie v liečebniach vznikali dielne s určitým remeselníckym zameraním, výtvarné a keramické pracoviská. V súčasnej psychiatrickej liečbe sa rozvinuli moderné metódy, ktoré čiastočne pomáhajú i v diagnostike ochorenia, informujú o postupe alebo ústupe zmien u chorého.

Ergoterapia je lekárom alebo psychológom predpísaná činnosť pacientom s poruchami duševného zdravia, ktorí sú postihnutí poruchami neurotickými, psychotickými, závislosťami a rozpadom funkcií, ktoré boli spôsobené organickými poruchami mozgu. Ergoterapia je prispôbená aktuálnemu stavu pacienta. Zaradenie do ergoterapie sa riadi aktuálnym psychickým stavom a schopnosťami pred ochorením a súčasnými schopnosťami. V jednotlivých terapeutických činnostiach je cieľom plynulý prechod z pocitu chorého k pocitu zdravého spoločensky plnohodnotného človeka. Ide o fyzickú a sociálnu aktivizáciu, vrátane udržania sebestačnosti a integrácie človeka v spoločnosti. Začiatkom 21. storočia prechádza ergoterapia ďalším vývojom, a to nielen v metodike, ale i vo vzťahu ku komplexnému poňatiu liečby. Ergoterapeutické dielne sa v mnohých miestach premenili v miestnosti pre individuálnu ergoterapiu a nácvik modelových činností, najmä sebestačnosti (Krivošíková, 2011).

Pacienti sú vedení k práci nenútenou formou a je na sestre, aby pacientov vhodne motivovala. Sestra sa pri plánovaní činnosti zameriava ako na výsledný produkt, tak na proces tvorby. U niektorých pacientov má práve tento proces terapeutický efekt a produkt je až na druhom mieste. Potreba tvoriť je pre každého človeka úplne prirodzená aj keď u každého je rôzne silná. Sestra podľa potreby vyberá činnosti s rôznym zameraním a nárokmi. Okrem procesu tvorby vníma veľa pacientov ako pozitívny prínos, že si osvojí úplne novú činnosť napríklad výrobu keramiky alebo tkanie kobercov (Jelínková, 2009).

## Arteterapia

Arteterapia je pomerne mladým odborom, ale terapeutická hodnota umenia je uznávaná dlhšiu dobu. Vytváranie obrazov je kľúčovou súčasťou arteterapie. Cieľom umeleckej tvorby v procese terapie nie je vytvorenie umeleckého diela. Umelecké prostriedky sa tu stávajú mostom na vyjadrenie pocitov, nálad, myšlienok, ktorým sa tvorca s pomocou terapeuta snaží porozumieť. Tvorivosťou vyjadrujeme svoje city, myšlienky, ktoré by inak zostali uzatvorené v našom nevedomí. Z potreby vyjadriť sa a riešiť svoje napätia, pochybnosti o svete umeleckými prostriedkami vznikajú niekedy najlepšie umelecké diela umelcov profesionálov. Pri arteterapii sa pracuje aj so snahou porozumieť skrytému významu diela.

Pri arteterapii nie je dôležitý umelecký talent, ale nechať sa viesť pocitmi, prejsť sa prostredníctvom výtvarného prejavu a s jeho pomocou komunikovať s okolím. Niektorí ľudia, ktorí sa o výtvarný prejav pokúsia po prvý krát v dospelosti, objavia v sebe netušený talent a maľovanie sa pre nich stane životnou záľubou alebo dokonca novým zmyslom života (Liga za duševné zdravie, [s.a.]). Strossová (1984) pokladá arteterapiu za užitočnú pomocnú metódu v psychoterapii psychotikov. Hlavne možnosť

neverbálneho vyjadrenia výtvarnými prostriedkami je pre chorých s nedostatočným verbálnym prejavom dôležitá. S autistickým schizofrenikom môžeme postupne nadviazať verbálny kontakt prostredníctvom toho, čo namaloval. Dôležitá je aj diskusná časť, v ktorej sa výkresy rozoberajú: terapeut ukáže vždy jeden výkres a ostatní vyjadrujú svoje pocity, nakoniec samotný autor. Rozoberá sa, čo chcel pacient vyjadriť. Podľa Strossovej treba opatrne zaobchádzať aj s interpretáciami (majú zostať v terapeutickom tíme k ďalšej práci s pacientom).

## Muzikoterapia

Muzikoterapiu delíme na receptívnu a aktívnu. Receptívna muzikoterapia psychotikov má predovšetkým komunikatívny význam. K spoločnému počúvaniu volíme takú hudbu, ktorá vyvoláva predovšetkým pozitívne emócie. Po skončení počúvania rozprávajú pacienti svoje pocity. Osvedčilo sa aj písomné vyjadrenie, po ktorom nasleduje skupinová diskusia. Takto nemôžu uniknúť prípadné negatívne emócie jednotlivca, ktoré treba s pomocou celej skupiny rozobrať a neutralizovať v diskusii. Inokedy môžu pacienti vyjadriť svoje pocity pri počúvaní hudby kresbou. Spoločné počúvanie a odovzdávanie zážitkov zlepšuje atmosféru v skupine a prispieva ku skupinovej kohézii (Strossová, 1984).

Aktívna muzikoterapia – klient pracuje sám s nástrojom, hlasom, telom. Tým, že klient sám tvorí a stvárňuje isté zvuky, komunikuje s okolím, zdieľa svoje prežívanie (Zeleviová, 2002).

V posledných rokoch sa ergoterapia stáva dôležitou pri získavaní zručností a pracovných činností, zhodnotením zostávajúcich pracovných síl a pri hľadaní vhodného pracovného zaradenia osôb s duševným postihnutím. Ergoterapia má významné miesto i v sociálnej práci.

## Ošetrovateľská prax študentov na Psychiatrickej klinike

Profesionálna príprava v ošetrovatelstve prebieha v zdravotníckych zariadeniach, najmä v ústavných. Na týchto pracoviskách sa budúce sestry stretávajú so zdravotníckym personálom, či už lekárske alebo nelekárske. Počas absolvovania ošetrovateľskej praxe najčastejšie študenti komunikujú so sestrami, ktoré sú pre študenta veľakrát najdôležitejším človekom, na ktorého sa môžu obrátiť, pokiaľ majú problémy, nevedia si poradiť, nie sú si istí, či majú potrebné vedomosti pre vykonanie určenej činnosti (Gerlichová, Matišáková, 2011).

Ošetrovateľskú prax na psychiatrickej klinike Fakultnej nemocnice Trenčín vykonávajú študenti ošetrovatelstva v dennom bakalárskom študijnom programe 2. a 3. ročníka. Na základe rozpisu sú študenti zaradení na psychiatrickú kliniku – lôžkovú časť a do denného psychiatrického a psychoterapeutického stacionára, kde odpracujú 84 hodín. Denný psychiatrický a psychoterapeutický stacionár Fakultnej nemocnice v Trenčíne patrí k Psychiatrickej klinike FN v Trenčíne.

Denný stacionár je špeciálne zariadenie – nie je to ambulancia, ani lôžkové zariadenie. Spája výhody ambulantnej a nemocničnej liečby. Terapia je intenzívna a každodenná. Jej veľkou prednosťou je, že pacienti sem ráno dobrovoľne prídu, zúčastnia sa na

terapeutických programoch, ktoré trvajú približne 6 hodín a popoludní idú domov. Nie sú teda izolovaní od domáceho prostredia. Stacionár funguje aj ako premostenie v prípadoch, keď pacient prechádza z ústavnej liečby do domácej. Liečba v stacionári trvá v prípade pacientov so schizofréniou aj niekoľko rokov.

Človek, ktorý sa liečbou dostane z najhoršieho, má veľa krát ťažkosti zaradiť sa späť do bežného života. V stacionári pacienti pomáhajú, aby si zlepšil alebo obnovil svoje sociálne a pracovné zručnosti, aby mal šancu zamestnať sa a využiť svoj ľudský a pracovný potenciál. Inokedy zas, aby spoznal sám seba, ujasnil si ďalšie smerovanie v živote, alebo aby vyplnil svoj čas rôznymi činnosťami, rozšíril si sociálne kontakty (Šimovcová, Lacková 2009). Liečbu nazývame skôr intervenciou, zameriavame sa na zdravé časti, funkčné schopnosti než na ich postihnutie, záujem o podporu duševnej a fyzickej kondície. Hlavnou úlohou je obnoviť medziludský vzťah. Prvý pokus o kontakt je slovný (socioemocionálny). Cieľom individuálnej činnostnej terapie je vznik medziludského vzťahu socioemocionálnou cestou, pomôcť k tomu môže určitá technika (inštrumentálna zložka, prechádzka, varenie, modelovanie, maľovanie (Hašto, 2006).

V rámci ošetrovateľskej starostlivosti sa študenti zúčastňujú na jednotlivých ergoterapeutických činnostiach. Ergoterapia sa robí v skupinách. Študenti počas ergoterapie sledujú u pacientov nasledovné ciele:

- odstránenie deficitu v oblasti afektívnej, kognitívnej a senzomotorickej,
- schopnosť komunikácie pacienta a nadviazanie kontaktu s inými pacientmi, setrami,
- zlepšenie schopnosti vyjadrovania sa pacienta.

Ciele sa dosahujú pomocou:

- rozmanitého výberu jednotlivých činností,
- činnosť musí byť zmysluplná, užitočná,
- výcvikom v oblasti praktického života (košíkárstvo, modelovanie),
- výcvikom náplne v oblasti voľného času (prechádzky, výlety do okolia).

Prehľad pracovných činností:

- práca s papierom, kreslenie,
- modelovanie,
- maľovanie,
- tradičné ručné práce (vyšívanie, pletenie...),
- práca s textilom,
- muzikoterapia.

Hlavnú úlohu tu zohráva sestra, ktorá sa zaoberá ergoterapiou. Činnosti a postupy volí podľa stupňa aktivity pacienta a z hľadiska psychickej záťaže. Pri práci postupuje od jednoduchšieho k zložitejšiemu pričom uplatňuje názornosť.

V priebehu terapie študenti pacienta pozorujú a hodnotia na základe jeho:

- vzťahu k práci,
- pracovného tempa,
- spoluprácu a interpersonálne vzťahy,
- vzťah k výsledkom práce.

Študenti pracujú s pacientmi a vytvárajú si svoje práce. Ergoterapia musí duševne chorému poskytovať aj atmosféru bezpečia v ktorej môže robiť to, čo mu robí radosť. V súvislosti s ergoterapiou je samozrejmosťou, že každá pracovná činnosť je založená na dobrovoľnosti a možnosti výberu. (Jelínková,2009).

## Záver

Neustále zvyšovanie vedomostí študentov ošetrovateľstva v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s poruchami duševného zdravia zvyšuje kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Práca s takýmito ľuďmi je veľmi náročná. Je potrebné byť trpezlivý, správne pristupovať k ich problémom. Nebáť sa podať ruku, pohladať, usmiať sa, psychicky chorý človek to dokáže oceniť. Treba si uvedomiť, že ľudia s poruchami duševného zdravia sú súčasťou spoločnosti. Jedným z cieľov ošetrovateľskej praxe študentov na psychiatrickej klinike a dennom psychiatrickom a psychoterapeutickom stacionári je aj poukázať, že práca a dlhodobá starostlivosť o ľudí s poruchami duševného zdravia je psychicky i fyzicky náročná, ale napriek tomu veľa sestier robí túto prácu ochotne a s radosťou.

## Literatúra

GERLICOVÁ, K. – MATIŠÁKOVÁ, I. 2011. Interpersonálna komunikácia medzi sestrami a študentmi zdravotníckych škôl. In *Cesta k modernému ošetrovateľstvu XIII*. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2011, 258 s. ISBN 978-80-87347-05-8, s.163-166.

HAŠTO, J. 2006. *Objavte cestu ako ísť ďalej*. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2006. 96 s. ISBN 80-88952-31-X.

JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. – ŠAJTAROVÁ, L. 2009. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-5837-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha : Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

MATEJKOVÁ, J. 2012. Ergoterapia ako súčasť ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta so schizofréniou. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka. Trenčín 2012. 50 s. Bakalárska práca.

STROSSOVÁ, I. 1984. *Skupinová terapie psychotiků v praxi*. Výzkumný ústav psychiatrický Praha 8 – Bohnice, Edice „ Zprávy“, svazek č. 71, 1984, evidenční číslo ÚVTEI 73 142.



OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA  
ADAPTABILITA



ŠIMOVCOVÁ, D. – LACKOVÁ, O. 2009. Komunitná starostlivosť o pacientov s poruchou duševného zdravia v trenčianskom regióne. In *Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien III*. Zborník z medzinárodného sympózia. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa, 2009. ISBN 978-80-8094-554-1, s. 1150 – 1156.

ZELEIOVÁ, J. 2002. *Dialóg s chvením*. Bratislava: Vydavateľstvo Ústav hudobnej vedy SAV, 2002. ISBN 80-968279-6-0.

*Liga za duševné zdravie*. [online].[s.a.]. Dostupné na internete: <http://www.dusevnezdravie.sk/schizofrenia.html/>

### **Korespondence:**

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.  
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne  
Fakulta zdravotníctva  
Študentská 2  
911 50 Trenčín  
Slovensko  
email: [darina.simovcova@tnuni.sk](mailto:darina.simovcova@tnuni.sk)

## ZÁZNAMNÍK VÝKONŮ A JINÝCH ODBORNÝCH AKTIVIT VŠEOBECNÉ SESTRY, ZÁKLADNÍ PEDAGOGICKÝ DOKUMENT OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE

**Daniel Jirkovský, Hana Nikodemová**  
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

**Souhrn:** Příspěvek obsahuje prezentaci základních cílů projektu č. 837/2012: Inovace předmětu Odborná ošetřovatelská praxe pro kombinovanou formu studia podpořeného z Fondu rozvoje vysokých škol. Seznamuje čtenáře s postupem řešení projektu a s výstupy projektu. Podrobně popisuje nově sestavený Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit pro bakalářský studijní obor Všeobecná sestra – logbook pro kombinovanou formu studia jako základní pedagogický dokument sloužící studentům/kám a mentorům/kám při realizaci praktické výuky v klinické a v komunitní ošetřovatelské praxi.

**Klíčová slova:** Ošetřovatelská praxe; Student; Mentor; Ošetřovatelské intervence; Výuka – inovace.

## THE LOGBOOK FOR THE RECORDING OF ACTIONS AND OTHER ACTIVITIES OF THE GENERAL NURSE – THE BASIC PEDAGOGICAL DOCUMENT IN NURSING CARE PRACTICE

**Abstract:** The contribution presents the fundamental aims of project nr. 837/2012: The Innovation of the Subject Specialized Nursing Care Practice for Combined Study funded from the Universities Development Fund. It introduces to the reader the procedure for the implementation of the project and its outputs. It describes in detail the newly compiled Log of Actions and Other Specialized Activities for the bachelor study program General Nurse – the logbook for the combined form of study as the basic pedagogical document to be used by students and mentors in the implementation of practical education in clinical and community nursing care practice.

**Keywords:** Nursing care practice; Student; Mentor; Nursing intervention, Education – innovation

### Úvod

V souvislosti s rozšířením akreditace bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra o kombinovanou formu studia vznikla na Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol potřeba konkretizovat realizaci praktické výuky v předmětech Odborná ošetřovatelská praxe (I. až VI.) a Prázdninová ošetřovatelská praxe (I. a II.). S odkazem na tuto potřebu byl vypracován projekt č. 837/2012: Inovace předmětu Odborná ošetřovatelská praxe pro kombinovanou formu studia podpořený z Fondu rozvoje vysokých škol. Projekt byl řešen v období od února 2012 do září 2012, přičemž sledoval následující cíle:



- 1) specifikace náplně a požadavků na úspěšné splnění studijních povinností v předmětu Odborná ošetrovatelská praxe I. až VI. v kombinované formě bakalářského studijního programu Ošetrovatelství a vymezení ošetrovatelských postupů a intervencí, které bude student/ka plnit;
- 2) sestavení Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry (logbooku), tj. pedagogického dokumentu, ve kterém budou vedeny veškeré záznamy o průběžném plnění požadavků souvisejících s praktickou výukou v průběhu prvního až třetího ročníku kombinované formy studia, a který bude zároveň sloužit i jako doklad studenta/ky o úspěšně realizovaných ošetrovatelských výkonech a intervencích v klinické ošetrovatelské praxi.

### Vlastní text

V této části příspěvku bude uveden základní postup při řešení projektu. Nejprve byla provedena analýza souvisejících právních předpisů (zák. č. 96/2004 Sb., vyhl. č. 55/2011 Sb., vyhl. č. 39/2005 Sb., vyhl. č. 195/2005 Sb. a MP č. 9/2004 a 5/2008 Věstníku MZ ČR) a také analýza pedagogických a dalších dokumentů obecně upravujících praktickou výuku studentů a jejich výstupní kompetence (žádost o udělení akreditace, doporučení profesních organizací, např. struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN apod.). Analyzována byla také dosavadní „portfólia odborné praxe studentů“ prezenční formy studia archivovaná na Ústavu ošetrovatelství. Následně, na základě provedené analýzy, byl připraven návrh podrobných požadavků a podmínek pro realizaci předmětu Odborná ošetrovatelská praxe (I. až VI.) a Prázdninová ošetrovatelská praxe (I. a II.) a tento návrh byl předán do vnitřního oponentního řízení probíhajícího v rámci Ústavu ošetrovatelství.

Po zapracování připomínek z vnitřního oponentního řízení byly připraveny pracovní výtisky logbooku, které byly následně rozeslány k vnějšímu připomínkovému řízení na klinická pracoviště, na kterých bude praktická výuka realizována, se žádostí o posouzení požadavků na její realizaci, dostupnost stanovených ošetrovatelských výkonů a intervencí a způsobu jejich realizace a požadavků na úspěšné ukončení předmětu jednotlivými studenty.

Vlastní logbook byl zpracován tak, že jeho jádro obsahuje charakteristiku klinické a komunitní ošetrovatelské praxe, podmínky pro úspěšné ukončení předmětů a záznamy o plnění ošetrovatelských výkonů a intervencí strukturované po jednotlivých semestrech a výukových pracovištích. Část logbooku s charakteristikou klinické a komunitní ošetrovatelské praxe obsahuje obecné cíle praxe, přehled pracovišť, na kterých bude praxe vykonávána, rozsah a obsahové zaměření praxe a podmínky pro její vykonání. Dále jsou stanoveny kompetence mentorů/ek klinické a komunitní ošetrovatelské praxe, kompetence studentů/studentek na praxi a také kompetence všeobecných sester. V další části logbooku jsou stanoveny podmínky pro úspěšné ukončení předmětů Odborná ošetrovatelská praxe I. – VI. ve smyslu splnění minimálních počtů stanovených výkonů, splnění specifických požadavků podle jednotlivých typů pracovišť, dále jsou zařazeny požadavky na zpracování případové studie, informace o hodnocení studenta/ky mentorem/kou a o autoevaluaci znalostí a dovedností studentem/kou. V další části logbooku jsou uvedeny záznamy o plnění ošetrovatelských

výkonů a intervencí a to jednak základních výkonů a intervencí (tzv. průřezových), které jsou stanoveny pro každý semestr studia bez ohledu na pracoviště, na kterém mám být klinická či komunitní praxe vykonávána a na specifické ošetřovatelské výkony a intervence typické pro jednotlivá pracoviště, na kterých má být praxe vykonána. Kromě četnosti jednotlivých výkonů a intervencí je stanoven také způsob jejich provedení a záznam o jejich splnění. Dále je za každé výukové pracoviště uveden záznam o hodnocení studenta/ky mentorem/kou a záznam o autoevaluaci znalostí a dovedností studentem/kou. Pro každý semestr je v logbooku zařazen i záznam o provedené kontrole a o udělení zápočtu.

Připomínky z většiny klinických pracovišť byly na Ústav ošetřovatelství doručeny do 25. května 2012. V průběhu měsíce června byly připomínky (často spíše formální než věcné) vypořádány a akceptovatelné připomínky byly do logbooku zapracovány. Následně, dne 10. července 2012 byl logbook rozeslán recenzentkám. Recenzní posudky byly doručeny do 10. srpna 2012. Připomínky recenzentek byly do logbooku zapracovány v průběhu měsíce srpna 2012. Logbook byl finalizován a připraven k vydání. Zároveň byla požádána fotolaboratoř 2. LF o grafickou úpravu titulní stránky logbooku.

V průběhu měsíce září 2012 byla ve Sbírce zákonů ČR zveřejněna vyhl. č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, která nahradila dosavadní vyhlášku č. 195/2005 Sb. V této souvislosti bylo vydání logbooku zastaveno a byla provedena kontrola, zda některé jeho části nejsou v rozporu s nově vydanou vyhláškou. Na základě této kontroly byly provedeny drobné úpravy v logbooku a tento byl připraven k vydání pod názvem: *Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit pro bakalářský studijní obor Všeobecná sestra – logbook pro kombinovanou formu studia*. Logbook vydala Fakultní nemocnice v Motole a přidělila mu ISBN 978-80-87347-09-6. V souladu s platnou vyhláškou MK ČR byla splněna oznamovací povinnost vydavatele, byly rozeslány povinné výtisky do určených knihoven a provedena nabídková povinnost k ostatním knihovnám.

Bylo vyhotoveno 200 výtisků logbooku o 167 stranách. Těchto 200 výtisků bylo svázáno do kroužkové vazby a připraveno jednak k distribuci do knihoven a jednak na vydání studentům a studentkám 1. ročníku kombinované formy studia v bakalářském studijním oboru Všeobecná sestra. Logbooky budou studentům a studentkám předány do užívání ještě před zahájením klinické ošetřovatelské praxe dne 17. října 2012.

## Závěr

Realizací projektu se podařilo inovovat praktickou výuku v klinické a komunitní praxi studentů a studentek kombinované formy bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na 2. LF UK v Praze. V rámci projektu byly specifikovány podmínky pro realizaci Odborné ošetřovatelské praxe a Prázdninové ošetřovatelské praxe ve všech semestrech kombinované formy studia a požadavky pro řádné ukončení těchto předmětů. Dále byl sestaven Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry – logbook pro kombinovanou formu studia, který bude dán do užívání studentům/kám i mentorům/kám klinické a komunitní ošetřovatelské praxe od zimního semestru akademického roku 2012/2013. Realizací projektu se vytvořily základní předpoklady

pro rozvoj a zpevnění dovedností studentů v oblasti ošetrovatelských postupů a intervencí, které patří ke klíčovým výstupním kompetencím našich absolventů.

**Projekt č. 837/2012: Inovace předmětu Odborná ošetrovatelská praxe pro kombinovanou formu bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, realizovaný v roce 2012, je financován z Fondu rozvoje vysokých škol.**

**Děkujeme.**

## **Literatura**

JIRKOVSKÝ, D. *Projektová přihláška projektu č. 837/2012, název projektu: Inovace předmětu Odborná ošetrovatelská praxe pro kombinovanou formu bakalářského studijního programu Ošetrovatelství*, 9 s., 2011.

JIRKOVSKÝ, D. *Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit pro bakalářský studijní obor Všeobecná sestra – logbook pro kombinovanou formu studia*. vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012, 167 s. ISBN 978-80-87347-09-6

VACHKOVÁ, E., SCHNEIDEROVÁ, M., PEČENKOVÁ, J. *Deník praxe*. vyd. 3. Brno: MSD, spol. s r.o., 2010, 84 s. ISBN 978-80-7392-140-8

## **Korespondence**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: [d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz](mailto:d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz)



## INTERAKTIVNÍ SIMULÁTOR VE VÝUCE OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ A INTERVENCÍ

**Daniel Jirkovský, Hana Nikodemová**  
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

**Souhrn:** Příspěvek obsahuje základní informace o realizaci projektu č. 828/2012: Modernizace praktické výuky ošetřovatelství v laboratorních podmínkách financovaného z Fondu rozvoje vysokých škol. Zaměřuje se na hlavní cíle projektu, tj. na pořízení interaktivního multifunkčního ošetřovatelského simulátoru a na jeho předpokládané využití ve výuce ošetřovatelských postupů a intervencí v laboratorních podmínkách Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol u studentů magisterského studijního programu Všeobecné lékařství a bakalářského studijního programu Všeobecná sestra.

**Klíčová slova:** Ošetřovatelství, Student, Výuka – inovace, Ošetřovatelské intervence, Didaktická technika

### INTERACTIVE MULTIFUNCTIONAL SIMULATOR IN THE TEACHING OF NURSING CARE PROCEDURES AND INTERVENTIONS

**Abstract:** The contribution contains basic information regarding the implementation of project nr. 828/2012: Modernization of Practical Education of Nursing Care in Laboratory Conditions funded from the Universities Development Fund. It focuses on the main aims of the project, i.e. on designing a multifunctional nursing simulator and on its expected use in the teaching of nursing care procedures and interventions in laboratory conditions at the Department of Nursing of 2<sup>nd</sup> Faculty of Medicine at Charles University in Prague and at the Teaching Hospital in Motol for students of the master study program General Medicine and of the bachelor study program General Nurse.

**Keywords:** Nursing care; Student; Education – innovation; Nursing interventions; Didactic technology

### Úvod

V rámci dlouhodobých inovačních aktivit v oblasti praktické výuky ošetřovatelských postupů a intervencí byl na Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol vypracován projekt Modernizace praktické výuky ošetřovatelství v laboratorních podmínkách (č. 828/2012) podpořený z Fondu rozvoje vysokých škol, který je řešen v průběhu roku 2012. Těžiště projektu spočívá v pořízení multifunkčního interaktivního patientského simulátoru dospělého člověka, u kterého bude moci vyučující v průběhu praktických cvičení simulovat jednotlivé fyziologické funkce a projevy obvyklé u skutečného pacienta. Hlavním záměrem projektu je úspěšné zavedení tohoto simulátoru do výuky ve

studijních programech Všeobecné lékařství a Ošetrovatelství. Cílem projektu je inovovat výuku v předmětech Ošetrovatelství I. a II., Nursing I. a II., Ošetrovatelské postupy a Ošetrovatelský proces a potřeby s přesahem do předmětu Klinická propedeutika.

### Vlastní text

Před vypracováním projektové přihlášky jsme se seznámili s využitím podobného zařízení na jiných výukových pracovištích a školách. V ČR se dosud používaly a používají multifunkční simulátory určené především pro výuku neodkladné péče, nácviky činnosti záchranného týmu apod. Multifunkční ošetrovatelský simulátor v ČR dosud nikdo nepoužíval a nepoužívá. Z tohoto důvodu jsme při vypravování projektové přihlášky vycházeli zejména ze zahraničních zkušeností publikovaných v odborných časopisech, např. Journal of Nursing Education a Nurse Educator. Na základě těchto poznatků a s ohledem na budoucí využití simulátoru ve výuce, jsme stanovili, že by pořizované zařízení mělo být co do velikosti, hmotnosti a povrchové úpravy realistické a mělo by umožňovat nejméně tyto funkce:

- bilaterální měření krevního tlaku;
- bilaterální palpaci tepové frekvence na celkem 14 místech;
- pohyby hrudníku;
- zavádění periferních a ošetrování centrálních žilních vstupů;
- odsávání a vylučování gastrointestinálního obsahu;
- bilaterální i.v. kanylaci na několika místech s flashbackem;
- intramuskulární injekční místa;
- reakci zornic;
- mrkání očních víček;
- KPCR;
- ventilaci resuscitačním vakem;
- zavádění a ošetrování NGS pro enterální výživu i výplach;
- zavádění a ošetrování tracheostomické kanyly;
- sekreci z dýchacích cest s možností odsávání;
- výtok moči;
- výměnné mužské a ženské genitálie;
- katetrizaci močového měchýře;
- krvácení z vestavěných zásobníků;
- zvukové fenomény: srdeční, dýchací i střevní - normální a patologický nález;
- zvukové projevy a mluvení i přes bezdrátový mikrofon;
- pulzní oxymetrii;
- plnou ohebnost horních končetin, dolních končetin a krku;
- defibrilaci;
- 5-svodové EKG;
- komprese KPR generující hmatný puls,
- krevní tlak a EKG;
- bilaterální hrudní drenáž s odsáním tekutiny;
- automatickou reakci vitálních funkcí při krvácení i léčbě;
- patientský monitor;

- samostatně nastavitelné každé jednotlivé poslechové místo plicních, srdečních i střevních zvuků;
- plnou funkčnost s různými moduly a sadami imitací poranění;
- záklon hlavy;
- předsunutí čelisti;
- pohyblivou čelist;
- otok jazyka;
- musí jít o fyziologický simulátor reagující na správnou i nesprávnou léčbu automaticky;
- simulátor a jeho reakce musí být v souladu s Guidellines 2010;
- simulátor musí mít nejméně čtyři předkonfigurované simulované klinické události, včetně možnosti editace další klinických událostí (scénářů).

Zároveň jsme požadovali, aby simulátor tvořil funkční celek s plně elektricky polohovatelným nemocničním lůžkem, včetně nemocničního stolku a jednoho univerzálního stolku s nerezovou deskou na pracovní ploše.



Obr. 1: Ilustrační fotografie multifunkčního simulátoru METI-Man

*(fotografie doplněna dodatečně 22.11. 2012)*

Zařízení mělo být dáno do užívání od začátku akademického roku 2012/2013. Vzhledem k tomu, že se nepodařilo včas ukončit výběr dodavatele a smlouva byla podepsána s cca dvouměsíčním zpožděním až 20.09. 2012, začneme simulátor ve výuce používat nejdříve v polovině měsíce listopadu 2012.

Na základě dosavadních zkušeností získaných v rámci jiného inovačního projektu a na základě zkušeností publikovaných v odborném tisku, předpokládáme dokonce širší využití simulátoru, než jsme původně zamýšleli. Především uvažujeme o konání praktických zápočtů (zkoušek) studentů na tomto zařízení a dále o souhrnném ověřování praktických dovedností studentů (i mimo režim zápočtů a zkoušek) před zahájením klinické ošetrovatelské praxe tak, jak je to např. běžné v USA nebo v Kanadě, s cílem snížit riziko nevhodného nebo nesprávného provedení ošetrovatelského výkonu u pacienta v průběhu klinické ošetrovatelské praxe. To však s sebou ponese vyšší nároky na spotřební zdravotnický materiál.



Studentky kombinované formy studia v bakalářském studijním programu Ošetrovatelství chceme zapojit do tvorby dalších výukových scénářů úpravou jejich případových ošetrovatelských studií, které předkládají k zápočtu v předmětu Odborná ošetrovatelská praxe na konci každého semestru a po skončení jejich Prázdninové ošetrovatelské praxe.

## Závěr

Očekáváme, že zařazení multifunkčního interaktivního simulátoru do výuky povede k větší aktivizaci studentů, přispěje k propojení teoretické a praktické výuky a v případě nedostupnosti dostatečného počtu výkonů v klinické praxi umožní nácvik těchto postupů na realistickém simulátoru a tak celkově přispěje ke snazšímu transferu dovedností studentů do klinické praxe a ve spojení s ní i dlouhodobou nebo i trvalou fixací základních dovedností potřebných pro výkon povolání lékaře nebo všeobecné sestry.

**Projekt č. 828/2012: Modernizace praktické výuky ošetrovatelství v laboratorních podmínkách, realizovaný v roce 2012, je financován z Fondu rozvoje vysokých škol.**

## Literatura

- JIRKOVSKÝ, D. Projektová přihláška projektu č. 828/2012, název projektu: *Modernizace praktické výuky ošetrovatelství v laboratorních podmínkách*, 9 s., 2011.
- McWILLIAM, P., BOTWINSKI, C. *Developing a Successful Nursing Objective Structured Clinical Examination*. Journal of Nursing Education, roč. 49, č. 1, s. 36 – 41, 2010 ISSN
- OGILVIE S., CRAGG, B., FOULDS, B. *Perceptions of Nursing Students on the Process and Outcomes of a Simulation Experience*. Nurse Educator, roč. 36, č. 2, s. 56- 58, 2011 ISSN

## Korespondence

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: [d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz](mailto:d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz)

## VZDĚLÁVÁNÍM K VYŠŠÍ KVALITĚ PÉČE

Daniel Jirkovský<sup>1,2</sup>, Hana Nikodemová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství

<sup>2</sup>Fakultní nemocnice v Motole, Samostatné oddělení vzdělávání

**Souhrn:** Článek obsahuje základní informace o projektu č. CZ.2.17/1.1.00/33070: „Vzděláváním k vyšší kvalitě péče“, který je ve Fakultní nemocnici v Motole realizován v letech 2010 – 2013. Projekt je zaměřen na rozvíjení komunikačních a manažerských dovedností zdravotnických pracovníků, které jsou vnímány jako jeden z předpokladů kontinuálního a úspěšného zvyšování kvality poskytované péče. Článek seznamuje čtenáře s teoretickými a s praktickými východisky vlastního projektu, seznamuje s jeho cíly, klíčovými aktivitami a s očekávanými výsledky.

**Klíčová slova:** Komunikace ve zdravotnictví; Management; Operační program Praha – adaptabilita; Vzdělávání; Zdravotnický pracovník

## EDUCATION FOR A HIGHER LEVEL OF CARE

**Summary:** The report brings out the basic informations about the project no. CZ.2.17/1.1.00/33070: Higher quality health care through education, which will be realized in 2010-2013 in Motol University Hospital. Project is focused on the dealing of communicative and managing skills of the medical employees, which are one of the assumptions of continual and successful raising of quality of the nursing care. This report informs people about theoretical and practical resort of the project, its goals and key activities and expected results.

**Key words:** Communication in the nursing, management, operation program Prague-adaptability, education, medical employee

### Úvod

V posledních letech nabývá problematika kvality poskytované zdravotní péče na stále větším významu. Zároveň dochází i k posilování role pacientů ve zdravotnickém systému v ČR. S odkazem na tyto skutečnosti vzniká nespochybnitelná potřeba přípravy zdravotnického personálu na změny s tím související. Jak vyplývá z celé řady sociologických průzkumů (např. Reiter, 2010), nejvyšší míra nespokojenosti českých pacientů souvisí s neadekvátní komunikací mezi zdravotníkem a pacientem, v předávání nevhodných, nedostatečných či nesrozumitelných informací a s nedostatečnou organizací práce. S těmito problémy se setkáváme ve větší či menší míře ve všech zdravotnických zařízeních.



S cílem přispět ke zlepšení stávající situace v této oblasti byl ve Fakultní nemocnici v Motole vypracován projekt Rozvíjení komunikačních a manažerských kompetencí zdravotnických pracovníků jako jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů – Vzděláváním k vyšší kvalitě péče.

## Charakteristika projektu

Od 1.11. 2010 je ve Fakultní nemocnici v Motole realizován projekt č. CZ.2.17/1.1.00/33070: „Vzděláváním k vyšší kvalitě péče“ podpořený v rámci Operačního programu Praha – Adaptability z Evropského sociálního fondu, ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu Hlavního města Prahy. Vlastní projekt sleduje dva hlavní cíle:

- 1) vytvoření předpokladů pro změnu komunikačního stylu mezi zdravotnickým personálem a pacienty ve smyslu uplatňování zásad proklidentské komunikace a přístupu v praxi;
- 2) prohlubování manažerských kompetencí středního a nižšího zdravotnického managementu, zaměřené na zvyšování kvality poskytovaných služeb a tím i vyšší spokojenosti pacientů.

Tyto cíle jsou naplňovány realizací vzdělávacích aktivit, které obsahují interaktivní metody výuky, řešení modelových situací a rozbor případových studií ze zdravotnické praxe.

Součástí seminářů a kurzů je také problematika faktorů ovlivňujících interakci zdravotník x pacient s uvedením možností jejich ovlivnění, prvků proklidentské komunikace ve verbální i neverbální komunikaci, nácviku dovedností efektivní proklidentské komunikace, prevence a překonávání nedorozumění v rozhovoru s pacientem, řešení konfliktních situací a technika aktivního naslouchání, včetně praktických cvičení komunikace s pacientem. Také v manažerských kurzech je zařazen vyšší podíl interaktivní výuky, řešení modelových situací, rozbor případových studií a videotrénink.

V rámci realizace projektu bude podpořeno přes 2.400 zaměstnanců Fakultní nemocnice v Motole. Kromě středního a nižšího managementu půjde především o zaměstnance v přímé kontaktní péči s pacientem / klientem.

Na základě dosavadních zkušeností s realizací projektu, bude FN Motol rovněž inovovat výuku ve stávajících akreditovaných vzdělávacích programech pro nelékařské zdravotnické pracovníky (akreditované kvalifikační a certifikované kurzy a specializační vzdělávání) jak v oblasti proklidentské komunikace, tak i v oblasti managementu zaměřeného na zvyšování spokojenosti pacientů. K tomu budou využity studijní texty a metodiky pro lektory zpracované v rámci tohoto projektu.

## Závěr

Předpokládáme, že hlavním přínosem projektu bude vytvoření základních předpokladů pro zlepšení kvality poskytované zdravotní péče v oblasti komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty, informovanosti a edukace pacientů a v oblasti organizace a řízení zdravotnických pracovišť zaměřené na zvyšování spokojenosti



OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA  
ADAPTABILITA



pacientů. Z evaluačního šetření prováděného v rámci jednotlivých klíčových aktivit projektu vyplývá, že se tento předpoklad daří naplňovat.



**EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, PRAHA & EVROPSKÁ UNIE:  
INVESTUJEME DO VAŠÍ BUDOUCNOSTI**

*Tento projekt je financován v rámci Operačního programu Praha – adaptabilita z Evropského sociálního fondu,  
rozpočtu hl. města Prahy a státního rozpočtu ČR.  
Reg. číslo projektu: CZ.2.17/3.1.00/33070.*

### **Literatura:**

JIRKOVSKÝ, D. *Rozvíjení komunikačních a manažerských kompetencí zdravotnických pracovníků jako jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů, projektová žádost, č. projektu: CZ.2.17/1.1.00/33070, Praha: Operační program Praha - adaptabilita, 2010, 35 s.*

JIRKOVSKÝ, D. *Rozvíjení komunikačních a manažerských kompetencí zdravotnických pracovníků jako jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů. In. Cesta k modernímu ošetřovatelství XII. – recenzovaný sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, Fakultní nemocnice v Motole, 16.9. – 17.9. 2010. s. 112 – 115, vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010 ISBN 978-80-87347-03-4*

RAITER, T. *Měření kvality péče prostřednictvím pacientů.* [online]. Praha: MZ ČR, 2010. 1-2 s. [cit. 2010.03.19.] Dostupné na internetu: <http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>

### **Korespondence:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: d.jirkovsky@lfmotol.cuni.cz

## ETIKA PÉČE O SENIORY V TEORII A PRAXI

**Martina Cichá, Zlatica Dorková**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií: Ústav aplikovaných společenských věd

**Souhrn:** *Autorky se v textu zabývají jak teoretickými, tak praktickými aspekty komplexní péče o seniory s akcentem na péči ošetrovatelskou. Vycházejí z všeobecně známých klinických zkušeností u hospitalizovaných pacientů interních oddělení starších 75 let, z nichž vyplývá, že asi jedna třetina z nich toleruje standardní režim, cca jedna třetina těchto pacientů vyžaduje speciální geriatrickou péči a zbývající třetina pak tzv. ošetrovatelsko-sociální následnou péči. Ve všech těchto případech je nezbytná kvalitní ošetrovatelské péče, to znamená také přísné respektování základních etických zásad péče o seniory.*

*Podle hlavních znaků bývá geriatrická péče označována také jako medicína „pěti i“, neboť vycházíme z těchto pěti faktorů, charakterizujících pacienty - seniory: instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy, iatrogenizace. Ačkoli v medicíně i ošetrovatelství usilujeme o prevenci a řešení všech uvedených problémů, stoprocentně účinně můžeme ovlivnit pouze iatrogenizaci, a to správným léčebně-ošetrovatelským režimem. A právě snaha o prevenci iatrogenizace je nosnou etickou myšlenkou tohoto příspěvku. Teoretické poznatky o etice v geriatrické ošetrovatelské péči autorky konfrontují s každodenní ošetrovatelskou praxí, která je někdy neutěšená. Vycházejí z kazuistik jednotlivých pacientů, a jednu z nich, tak, jak byla zaznamenána absolventkou studijního oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy, zde prezentují. Zdůrazňují potřebu úzkého sepětí praxe s teorií, využití všech možných způsobů, jak v praxi při péči o seniory zajistit respektování základních etických pravidel.*

**Klíčová slova:** *etika, péče, stárnutí, stáří, senioři*

## ETHICS OF CARE FOR THE ELDERLY IN THEORY AND PRACTICE

**Summary:** *In the text, the authors address both theoretical and practical aspects of comprehensive care for the elderly with an emphasis on nursing care. The paper is based on the well-known clinical experience with in-patients of internal departments over 75 years, which shows that about one third of them tolerates the standard regime, approximately one third of these patients requires a special geriatric care and the remaining third requires so-called nursing and social aftercare. In all of these cases, the quality nursing care is necessary; it also means strict compliance with fundamental ethical principles of care for the elderly.*

*According to main characteristics, geriatric care is also referred to as medicine of „five I“ because it is based on these five factors characterizing patients – the elderly: instability, immobility, incontinence, intellectual disorders, and iatrogenesis. Although we strive to prevent and address all these problems within medicine and nursing care, we are able to absolutely effectively affect only iatrogenesis through a proper medical and nursing regime. And the effort to prevent the iatrogenesis is the main ethical idea of this paper. The*

*authors confront theoretical knowledge of ethics in geriatric nursing care with everyday nursing practice, which is sometimes unpleasant. Their findings are based on case studies of individual patients, and one study, as it was recorded by a graduate of Teacher Education in Social and Health Care for Secondary Schools study program, is presented in the paper. They emphasize the need for the bond between theory and practice, the use of all possible means to ensure the respect for fundamental ethical rules in practice within the care for the elderly.*

**Key words:** *ethics, care, aging, old age, the elderly*

## Úvod

Stáří je možné posuzovat z různých hledisek, např. podle věku jedince, podle jeho schopnosti pracovat, podle schopnosti plodit děti, podle „nároku na starobní důchod“ atd.

Už samo stanovení věkové hranice pro stáří je nejednotné, značně odlišné v rámci různých kultur, ba dokonce i v rámci jedné kultury“ a ve stejném čase. Liší se např. v různých oborech (medicíně, sociologii, sociální politice apod.) a liší se i v rámci nich, podle různých „škol“. V práci vycházíme z věkové klasifikace WHO, podle níž se vymezuje ranné stáří (60-74 let), stáří (75-84 let) a dlouhověkost nebo také kmetství (85 a více let).

Přes usilovné bádání není dodnes přesná známa podstata stárnutí jako biologického procesu, nicméně není pochyb o tom, že i tento proces (jeho časový průběh, tedy nástup a trvání, jeho projevy a klinický obraz u daného jedince) je dán genetickou informací, zakódovanou v DNA. Ta zřejmě určuje (spolu s různými nemocemi) ryze individuální průběh stárnutí a také kvalitu výsledného stavu, tj. stáří.

Moderní společnost považuje z hlediska kvality života za nejcennější tzv. aktivní stáří, které je de facto základní podmínkou autonomie člověka této věkové kategorie. To samozřejmě předpokládá co nejmenší postižení nemocemi. Nemoci jsou totiž nejčastější příčinou „problémů stáří“, ať už jde o nemoci somatické či duševní. Mezi nimi dominují poměrně časté poruchy kognitivních funkcí, vedoucí k různým stupňům demence, což významně zhoršuje společenské postavení seniorů a druhotně i úroveň péče o ně.

Kromě toho úroveň péče o seniory významně ovlivňují důležité vztahy mezigenerační, tj. především mezigenerační spravedlnost v sociální a zdravotní péči. Jejím základním předpokladem je to, aby stáří požívalo ve společnosti dostatečné, nikoliv jen předstírané úcty a vážnosti.

## Stárnutí a změna kvality života

Měli bychom si umět představit, co prožívá stárnoucí jedinec, uvědomující si fakt, že stárne, že větší díl jeho života je už naplněn, jak se zužuje okruh jeho příbuzných a přátel, že jeho smrt se nezadržitelně blíží, i když je momentálně v dobré fyzické i psychické kondici. Měli bychom se umět vcítit do pocitů starého člověka, který vnímá, jak mu při každodenních činnostech postupně ubývá sil, šikovnosti a samostatnosti, a jak je pozvolna stále více závislý na pomoci druhých. V tomto směru je společnosti

hodně dlužna i rodina a škola, neboť tyto „problémy stáří a společnosti“ neumí mladé generaci náležitě vysvětlit.

Řekly jsme, že nemoci ve stáří významně ovlivňují kvalitu života seniorů. Proto kvalitní a úspěšné zvládnutí problémů stáří předpokládá zlepšování zdravotního a funkčního stavu vyšších věkových skupin obyvatel. Těžiště těchto snah se přesouvá z dlouhodobého ošetřovatelství k preventivním programům, k předcházení závislosti na druhých, k rehabilitaci a rekonvalescenci. V této souvislosti razí WHO tezi, která odráží aktivní přístup ke stáří: „Přidávat život létům, nikoliv léta životu“.

Jak už bylo uvedeno, v hospodářsky vyspělých zemích, tj. také v naší republice, je propagován a za vzor stavěn jedinec „aktivního stáří“, se všemi atributy tohoto „ideálu“. Většina stárnoucích jedinců si však uvědomuje, že tohoto ideálu se svými ubývajícími silami není schopna dosáhnout. Leckdy snaha „těch mladých“ je tak úporná, že staří lidé jsou tím frustrováni a dříve nebo později je to směřuje k negativismu, k rozladěnosti nebo úzkostným a depresivním stavům. Tato skutečnost pak, spolu s úbytkem fyzických sil, nezřídka vyústí ve ztrátu soběstačnosti. Svoji, třeba jen malou míru závislosti na pomoci druhých takový člověk vnímá jako společenskou degradaci. Zvláště intenzivně si staří lidé tento fakt uvědomují při důležitých životních událostech jako jsou doba odchodu do důchodu, úmrtí přátel, narození a svatby v rodině, tedy situace, které vedou k sebezpytování, rekapitulacím a životnímu bilancování.

Stáří se díky dlouhodobým životním zkušenostem vyznačuje tím, co označujeme jako moudrost. Životní moudrostí staří bezpochyby oplývá, bývá však málokdy vyslyšena a díky obecnému nedostatku společenského uznání staří lidé zažívají zklamání, které u nich způsobuje další frustraci.

Společenské klima by mělo být takové, aby společnost po starých lidech aktivně „požadovala“ moudrost, vyplývající z jejich zkušeností, a aby ji oceňovala jinak než ono automaticky očekávané a povrchní „odkývnutí“. Zdá se však, že dnešní společnost považuje za cenné a přínosné jen takové „aktivní“ stáří, které je schopno „držet krok s mladými“. Takový přístup je sice pochopitelný, a do značné míry i žádoucí, nicméně ve své podstatě zpochybňuje to, co je na stáří nejcennější, tj. vlastní smysluplnost stáří.

Je třeba si uvědomit, že mnozí staří jedinci mají ve vyspělých společenských systémech relativně vysokou ekonomickou, společenskou a politickou moc. Jakmile začnou ubývat jejich duševní síly a ubude jejich schopnosti jasně myslet a rozhodně jednat, dochází rychle k jejich společenské degradaci, ke snížení lidské důstojnosti, ke snížení „hodnoty jejich osobnosti“ ze strany společnosti, bez ohledu na jejich výchozí, třeba i významné, postavení.

V takových situacích se začne o starého člověka zpravidla starat rodina. To obvykle do té doby, než se stav seniora zhorší do té míry, že vzniknou problémy v domácím prostředí nevládnutelné. To je situace, kdy se již nedaří změny chování skrývat a popírat. Pohled na příbuzného, který se chová způsobem vyvolávajícím rozpaky, s sebou u příbuzných nese reakce jako jsou odmítání, zlost, a často také pocity viny, ať už pramenící z přesvědčení, že si hrozících změn nevšimli dříve a nechali to dospět až do tohoto nežádoucího stádia, nebo že svému nejbližšímu nedokáží pomoci apod. Tyto reakce jsou časté, i když je obecně známo, že Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc a

aterosklerotické postižení mozkových cév (jako nejčastější příčiny) nejsou léčebně významněji ovlivnitelné, a že tedy toto sebeobviňování není na místě.

Takové reakce příbuzných pochopitelně negativně poznamenávají etiku péče o jedince s postižením kognitivních funkcí. V každém případě by zde měly platit zásady i nadále respektující osobní autonomii nemocného, vědomí, že přestože jde o osobnost duševní či tělesnou nemocí závažně změněnou, máme k ní stále synovské, dceřinné nebo jiné příbuzenské závazky.

Ovšem okolnosti, vývoj choroby, ošetrovatelské problémy, někdy i nedostatek možností, snahy a ochoty pokračovat v obětavé a náročné péči v rodině dříve nebo později vyústí v potřebu institucionálního řešení situace. V takovém případě je nemocný většinou umístěn v nějakém ústavním zařízení.

### Starý člověk v ústavním zařízení

Toto řešení je ovšem ve výrazném kontrastu s oním ideálem „aktivního stáří“, do jehož rámce se až dosud snažil zařadit nemocný sám, a také ti, kteří o něj až dosud pečovali. V jakémkoli ústavním zařízení, i v tom nejlépe organizovaném, jsou podmínky pro „aktivní stáří“ daleko hůře dosažitelné než v rodinném prostředí.

V širším slova smyslu je za starého, geriatrického pacienta obvykle považován člověk starší 75, případně 80 let. V užším slova smyslu označujeme za geriatrické pacienty, vzhledem k velké heterogenitě této skupiny, ty kdo profitují ze specializovaného geriatrického léčebného a ošetrovatelského režimu. Klinická zkušenost ukazuje, že z hospitalizovaných pacientů interních oddělení starších 75 let cca jedna třetina toleruje standardní režim, další třetina vyžaduje speciální geriatrickou péči, a zbylá třetina tzv. ošetrovatelsko-sociální, následnou péči.

V každém případě se seniorská věková skupina vyznačuje zvláštní tělesnou i duševní křehkostí, která je dána kombinací involučních a chorobných změn a specifickými riziky jako jsou polymorbidita, polypragmázie, horší prognóza, delší doba hojení, rekonvalescence apod., nemluvě o sociálních problémech jako jsou ztížená adaptabilita na změnu prostředí, nesoběstačnost, zhoršená pohyblivost, osamělost a další. Navíc jsou staří lidé nezdědka terčem zákeřného, velmi nežádoucího jevu, jímž je tzv. věková diskriminace (ageizmus). Ta se často projevuje i při některých zdravotnických výkonech, které jsou odmítány z důvodů věku pacienta s argumentem, že by starý nemocný zákrok nevydržel, z narkózy se neprobral apod. Tato tvrzení jsou nejen neetická, ale i odborně neopodstatněná, s ohledem na pokroky, jichž bylo v posledních letech v medicíně dosaženo. O kontraindikacích k diagnostickému či léčebnému výkonu nerozhoduje věk, ale funkční stav nemocného, jeho konkrétní situace.

Jak se v praxi významně liší domácí péče a péče ustavní, se pokusíme demonstrovat na kazuistice, jejíž autorkou je Lucie Němcová, absolventka oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy (USZP). Zachytila v ní dojmy své, i svých příbuzných v souvislosti s umístěním příbuzného do zdravotnického zařízení. Kazuistika byla zkrácena a upravena pro potřeby tohoto příspěvku, přičemž obsah kazuistiky zůstal zachován.

*Náš 70-letý dědeček dostal mozkovou mrtvici, kterou překonal prakticky bez následků. Samozřejmě, že to nebylo úplně stejné, ale mohl dělat prakticky všechno co před tímto onemocněním. Teprve po dalších 10 letech se jeho stav začal postupně zhoršovat tak, že byla nutná hospitalizace. Protože praktický lékař jej do nemocnice neodeslal, přivolali jsme LSPP, která dědečka odvezla do nemocnice. Příští den, když jsme za ním přišli na návštěvu, ležel na standardním oddělení interní kliniky, shodou okolností na té interní klinice a na tom oddělení, kam jsem zrovna chodila na praxi.*

*Dědeček ležel na posteli u dveří. Otevřeli jsme a mě vyděsilo to, co jsem viděla. Dědeček ležel na posteli jen v „andílkovi“, kterého měl vyhrnutého až k pasu, nezakrytý, peřina se válela kdesi v nohách postele. Ruce měl připoutány popruhy k postranicím, a mezi nohy měl „vražen“ molitanový čtverec. Zbaběle jsem utekla z pokoje. Možná, že to bylo proto, že tam ten den nebyla žádná studentka ze zdravotnické školy, protože si jsem jista, že žádná z nás by takto ležet pacienta nenechala. Během návštěvy jsem si všimla, že dědeček neustále ukazuje na levou ruku. Už nemluvil, protože údajně prodělal další cévní mozkovou příhodu. Chytla jsem mu ji a lekla se znovu. Jeho ruka byla jako kus ledu. Bylo mi jasné, že někdo velmi nešetrně utáhl popruhy, kterými byl děda připoután k postranicím, prý aby nespádl, jak nám řekla sestra. Šla jsem tedy na sesternu a řekla sestrám, co jsem zjistila. Dovolily mi, abych mu popruhy sundala, ale jedna ze sester se nechala slyšet, že „je připoután schválně, a jestli si vytrhne infúzi, tak že za to budeme moci my, a že si to pak budeme uklízet“. Nemohla jsem si dovolit jí něco říct, protože jsem tam přece jen chodila na praxi. Toho, že mě vlastně znají si všimla jen jedna z přítomných sester. Šla se mnou a dědečkovi popruhy sundala. Tak trochu mě uklidnila, protože do té chvíle jsem si připadala jako v hororu. Krátce na to dědečka přeložili do LDN, kde téhož dne večer zemřel.*

*Nikdy nepochopím, jak se mohou občas sestry v nemocnici chovat. Pacient je pro ně někdy jako kus masa, o který se musí starat, a někdy to tak bohužel vypadá i tam, kde není důvod ke stížnosti, kde nejde o pochybení, ani o zanedbání péče. Věděla jsem, že tohle se v nemocnicích děje, ale když člověk vidí, jak neeticky se chovají sestry k jeho vlastní rodině, uvědomí si to o to více. A také si o to více uvědomí, že je proti tomu vlastně úplně bezbranný. Mohu se v nemocnici snažit jak chci, ale přijde jedna sestra, která neetickým jednáním poškodí pověst celého pracovního kolektivu. Myslím si, že by měly sestry procházet psychologickými testy než vůbec nastoupí na zdravotnickou školu a než budou pracovat s nemocnými. Podle mého názoru by mělo existovat určité síto, které by od sebe oddělilo ty, kteří ví, jak se mají k lidem chovat, a ty, kterým je etika naprosto cizí. Proč by měl člověk v nemocnici, v těžké životní situaci, trpět tím, že sestra nemá smysl a cit pro etické uvažování a jednání. Všimla jsem si, že se zdravotnický personál chová často odlišně k pacientům mladšího a staršího věku, právě tak jako se chová odlišně k pacientům různého společenského postavení.*

Tolik uvádí autorka kazuistiky na základě svých zkušeností z rodiny a z ošetrovatelské praxe.

Z faktorů, charakterizujících seniorské pacienty (instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenizace) mohou zdravotníci účinně ovlivnit, resp. předejít právě iatrogenizaci, a to správným léčebně-ošetrovatelským režimem. V něm hraje důležitou roli komunikace a způsob ošetřování. Vyžadují respektování heterogenity seniorské populace a individualizaci péče. Seniorské je třeba aktivně chránit před věkovou

diskriminací (ageizmem). Prakticky to znamená respektovat autonomii starých jedinců a jejich práva na rozhodování o sobě samých.

Problémy nastávají především při výrazné alteraci psychiky nemocného. V každém případě však personál nesmí považovat věk a s ním spojené involuční psychické změny k odůvodnění snížení kvantity a kvality péče o seniory. Naopak. Seniorské pacienty je třeba cíleně podporovat a motivovat k sebeúctě a zdravému sebehodnocení. Rozhodně bychom se měli vyvarovat pseudofamiliárního chování k starým nemocným (zdrobnělin, hlazení apod.), stejně tak hyperprotektivní péče o ně („nevstávejte, ať si neublížíte, nespadnete“ apod.).

Měli bychom respektovat reálné schopnosti seniorů, jejich pohybové, sluchové, zrakové a další limity, aniž by to vedlo ke snížení nároků na rehabilitaci, snížení motivačních snah k soběstačnosti seniorů. Je třeba respektovat pomalejší psychomotorické tempo seniorů, tak, aby nebyli stresováni komunikací s pečujícím a ošetřujícím personálem. Neméně důležité je respektovat jejich horší vstřípivost a jiné poruchy paměti, a v tomto smyslu jim udělovat rady a pokyny nejen trpělivě, ale také na přiměřené úrovni srozumitelnosti. Musíme si být vědomi toho, že nové prostředí (ať už léčebného nebo sociálního ústavu) je pro ně zcela cizí a maladaptace jim hrozí stejně, ne-li více než jiným věkovým skupinám.

Z výše uvedeného vyplývají tyto klíčové otázky:

- Jak stárnutí poznamenává osobní autonomii jedince a jeho důstojnost v situaci postupného ubývání schopnosti jednat, myslet a pamatovat si?
- Jak jsou mladší generace schopny plnit své závazky vůči stárnoucím a starým jedincům bez ohledu na tíži jejich postižení?
- Může demografický trend (zvyšující se „dosahovaný střední věk“, a tedy vyšší počty starých lidí ve společnosti) odůvodňovat vzrůstající obavy, že staří lidé spotřebovávají v porovnání se zbytkem populace nepoměrně větší část „zdrojů“ (sociálních dávek, prostředků na zdravotnictví apod.)?

Opakovaně bylo publikováno, že vyšší věkové skupiny obyvatel, vzhledem k nemocnosti, která je provází, spotřebovávají ve věku nad 65 let několikrát (uvádí se, že cca 4-5krát) více prostředků než je tomu u mladších věkových skupin. Nabízí se tedy otázka, zda tyto požadavky na podíl ze společenských zdrojů nejsou přehnané, zda je spravedlivé požadovat, aby i pro ně byly moderní, vysoce nákladné léčebné postupy v celé šíři běžně dostupné. Zda se tak neodčerpávají prostředky na léčení mladých, na vzdělávání, sociální služby, investice atd. Každému z nás je jistě zřejmé, že i kdyby potřeby „starých“ jakkoliv překračovaly dostupné zdroje, není eticky obhajitelná žádná věková diskriminace.

Tento etický problém souvisí také s otázkou postoje starých jedinců k smrti, zda jsou ochotni přijímat smrt jako „patřičnou“, nedílnou součást života. Pochopitelně domyšlení tohoto problému nás na jedné straně může vést ke zděšení, kam až jsme se dostali, jak si můžeme osobovat právo k takovým úvahám, které vlastně vedou k úvahám o euthanázii a „likvidaci nepohodlných jedinců“, na druhé straně k úvahám o kvalitě života v tom smyslu, aby byla skutečně zohledněna kvalita takto draze zachráněného života starého jedince, aby tento zachráněný život nebyl pro nemocného jenom řadou dnů plných



utrpení. Jenže kdo je v tomto smyslu schopen spravedlivé a eticky obhajitelné „selekce“ starých nemocných? Kdo má právo rozhodnout, koho zachraňovat a koho nikoliv? Příbuzný? Lékař? Psycholog? Kněz? Zdravotně sociální pracovník? Politik? Právník? Soud? Či snad komise, složená ze všech jmenovaných?

A to jsme v této souvislosti nevzali v úvahu palčivý problém plýtvání prostředky na podporu života umírajících, jejichž stav je neslučitelný se životem (např. nemocní s apalickým syndromem, se životem neslučitelné poúrazové stavy atd.), což jsou obdobně závažné problémy, i když bezprostředně nesouvisející s problematikou stáří.

Winston Churchill kdysi řekl: „Být starý není tak špatné, když si člověk uvědomí tu druhou možnost“. V této větě, plné ironie na jedné straně a pesimistické skepse na straně druhé, se však odráží hluboká pravda, když reálnou alternativou je buď zemřít mladý nebo se dožít stáří se všemi problémy, o nichž jsme se zmínily. Tyto problémy přetrvávají, přes zvyšující se životní úroveň, přes všechny pokroky dosažené v lékařství, i ve společenských vědách. Se stářím je třeba počítat jako s fenoménem, který znamená nevyhnutelné snížení schopností člověka, nutnost co nejrychleji a nejlépe problémy stáří řešit, vzhledem k nepříznivé demografické situaci s trvalým narůstáním střední délky života.

## Závěr

Základní podmínkou pro uspokojivé řešení problémů stárnutí a stáří je nejen otázka financí, změn ve zdravotní a sociální politice, ale také to, abychom si všichni starých lidí vážili, když pro nic jiného, tak pro jejich stáří, pro to všechno, co prožili, co pro nás udělali v minulosti, v jejich „aktivní době“. Jedině ocenění a uznání této skutečnosti celou společností může vyústit v eticky únosné řešení naznačených problémů.

## Literatura

GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.

GOLDMANN, R. et al. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 3. rozšířené vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2006. 131 s. ISBN 80-244-1454-6.

JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3., přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén, 1999. 1158 s. ISBN 80-7262-430-X.

MAREK, J., KALVACH, Z., SUCHARDA, P. et al. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001. 656 s. ISBN 80-7254-174-9.

THOMASMA, D.C., KUSHNEROVA, T. *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.



OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA  
ADAPTABILITA



### **Korespondence:**

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.  
Ústav aplikovaných společenských věd  
Institut zdravotnických studií  
Fakulta humanitních studií  
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
nám T. G. Masaryka 5555  
760 01 Zlín  
e-mail: cicha@fhs.utb.cz

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
Ústav aplikovaných společenských věd  
Institut zdravotnických studií  
Fakulta humanitních studií  
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
nám T. G. Masaryka 5555  
760 01 Zlín  
e-mail: dorkova@fhs.utb.cz

## ČESKOSLOVENSKO 1918 - 1939 POHLEDEM REFORMNÍHO PEDAGOGICKÉHO HNUTÍ

**Tomáš Svatoš**

Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta

**Souhrn:** Vývoj pedagogického myšlení v první polovině minulého století lze označit jako bouřlivý, překotný, plný zvrátů a změn. Příčinou byly jednak společensko-politické proměny, tak vývoj poznatků o výchově jako takový. K nejdůležitějším změnám daly impuls tzv. reformní snahy, které přicházely ze zámoří a v evropském regionu zdomácněly v podobě alternativních směrů. Pedagogická literatura o těch zahraničních reformních proměnách informovala poměrně často, mnohem méně je známo, že snaha „o jinou školu“ proběhla ve 20. a 30. letech také velmi intenzivně v někdejší Československu. Smyslem a posláním sdělení je připomenout klíčové aspekty reformního hnutí v našich podmínkách a poukázat na odkaz dnešku.

**Klíčová slova:** reformní pedagogika, pragmatismus, behaviorismus, individuální pokusy, příhodovská reforma

## CZECHOSLOVAKIA 1918-1939 VISION OF THE REFORM MOVEMENT PEDAGOGICAL

**Summary:** The development of pedagogical thinking in the first half of the 20<sup>th</sup> century can be described as rapid, swift and full of changes. The ground of these changes can be found both in social-political changes and development in education as such. The most important changes arose from the boom of alternative education styles that came to Europe from the oversea. These reforms are often mentioned in pedagogical literature. However, the effort to found “a different school” took also place in the former Czechoslovakia in the 1920’s and 1930’s, which is not a commonly known fact. The purpose of this paper is to recall the key aspects of the reforms in our conditions and point out the values it holds for today.

**Key words:** reformatory pedagogy, pragmatism, behaviourism, individual effort, education reform by Václav Příhoda

### Úvod

Dnešní široké pojetí učitele-vychovatele je mnohem bohatší formami i konkrétními podobami, než tomu bylo v nedávné minulosti. Zřejmě nejlépe se daří onu mnohoznačnost „nahradit“ pojmem **vzdělavatel**, který má dopředu vymezené sociální a profesní působení. Pod tímto pojmem najdeme širokou paletu profesí a subprofesí; zahrnuje očekávaně činnost učitele na všech typech škol, vychovatele, trenéra, vedoucího zájmových útvarů, rodičů v roli vychovatele – a obsahuje také roli mentora-mentorů.

**K pojetí mentorské role.** Pro někoho bude překvapením, že význam slova „mentor“ má původ v antickém Řecku. Podle legendy, než Odysseus odešel do Trojské války, svěřil učenci Mentorovi veškerou péči o svoji rodinu, včetně funkce učitele a vychovatele jeho syna Télemacha. Vedle vzdělávací role bylo Mentorovým výchovným úkolem také vést Télemacha k odpovědnosti za svůj život. Zobecněně se tak stalo, že ve starověkém Řecku bylo smysluplnou tradicí předávání zkušeností ze starších mentorů na mladší muže. V této době bylo můžeme význam slova „mentor“ vidět v synonymech důvěryhodný rádce, přítel, učitel a hodnotami blízká osoba.

V současné odborné komunikaci se slovo mentor-mentoring objevuje stále častěji a někdy je hledání jeho významu obtížné. Přikláníme se k názoru, že mentoring je způsob vedení zaměstnanců, jehož cílem je na základě vhodného vztahu (sociální a především profesní povahy) předávat zkušenosti, dovednosti, návyky a upevňovat významné postoje. Nositel této role – mentor – představuje kouče, učitele, rádce, který při vhodných podmínkách urychluje profesní růst spolupracovníků.

Na malé ukázce jsme ilustrovali jeden (nejen pro pedagogiku) zásadní vztah: současnou podobu mnohých aspektů vědy o výchově předurčoval předchozí historický vývoj. Znalost vývoje pedagogického myšlení vede k hlubšímu porozumění tomu, čím vzdělávání dnes prochází.

Přiznáváme, že z určitého pohledu účelově využíváme uvedené vztahové závislosti k formulaci následující otázky: Může v české pedagogice poněkud opomíjené období reformní pedagogiky (1918 až 1939) být výchovnou inspirací pro současné vzdělávatele, mentory, učitele? Věříme, že následující řádky dají uspokojivou a pozitivní odpověď.

Dvacáté století je pro vývoj pedagogického myšlení údobím, které nabízí historikům výchovy nepřehledné množství inspirací k úvahám a polemikám o vývoji teorie i praxe výchovného působení. Důvodů, proč poslední století přinášelo a dosud přináší pedagogickým vědám nové poznatky je celá řada a v mnoha případech dosud čekají na systematickou a nezátíženou analýzu.

V novodobé historii české, resp. československé pedagogiky je tím bílým místem zřejmě meziválečné období (let 1918 – 1939), kdy domácí pedagogika reagovala osobitě a po svém na tehdejší celosvětové hnutí reformní pedagogiky. Smyslem našeho sdělení je znovu připomenout význam československé reformní pedagogiky a širší okolnosti, které k němu vedly. Naším textem chceme upozornit na poněkud paradoxní stav, kdy na jedné straně víme mnohé o zahraničních reformních a alternativních systémech (kupř. o waldorfském školství, jenské soustavě, výchově inspirované anglosaským pragmatismem etc.), zatímco poznatky o pedocentrickém akcentu v meziválečné československé pedagogice širším publicitě stále unikají.

## **Čtyři etapy reformní pedagogiky v ČR**

Těžiště našeho pohledu na reformní pedagogické hnutí u nás je soustředěno do období mezi první a druhou světovou válkou. Nicméně v hlubším pohledu se ukazuje, že pedocentrické pojetí výchovy na našem území probíhalo ve čtyřech obdobích, jež

přesahují rámec období let 1918 až 1939. Se zjednodušením můžeme vývojové etapy reformního hnutí v našich zemích vyjádřit takto:

Tab. 1 Čtyři etapy reformního hnutí na území někdejšího Československa

Období	Stručná charakteristika	Někteří představitelé	Zahraníční vzory
Do roku 1918	protiherbartovské tendence v kontextu s úsilím o tzv. národní výchovu, znovuobjevení romantismu, pozitivizmu, orientace na dítě a jeho potřeby	J. Úlehla, Mrazík, Sula, Večeře a další	J. Rousseau, P. Tolstoj, B. Spenser, a později Dewey a další
20. léta	období individuálních pedagogických pokusů (pedagogicky či umělecky zaměřených), kritika za jejich nevědeckost a nahodilost	B. Hrejsová, Mužík, P. Sula, A. Kavka, Süssová, Štorch, L. Pek..	F. Ferreira, Freinet, Tolstoj, Key, Motessori a další
30. léta	tzv. příhodovská reforma (úsilí o jednotnou vnitřně diferencovanou školu s centry v Praze a Brně)	V. Příhoda, O. Chlup, J. Uher, M. Dismann, S. Vrána etc.	Dewey, Thorndike, Decroly, daltonský plán
1945-1948	neúspěšné snahy o obnovu reformního hnutí v ČSR, komunistický převrat, (vznik jednotné nediferencované školy, kolektivní výchova)	(komise pro pokusné školy) Z. Nejedlý	Makarenko et al (socialistická pedagogika)

Naznačenou periodizaci jsme také brali v úvahu při bližším popisu jednotlivých etap úsilí o reformování školství na našem území.

### Historicko společenský kontext – dění do roku 1918

Základní představy o novodobém československém školství se objevovaly (mimo jiné) v díle profesora pražské univerzity Gustava Adolfa Lindnera (1828 – 1887), tedy v době, kdy jsme žili v mnohonárodnostním svazku v Rakousko-Uherském společenství. V tomto období se stále více vyhraňovaly spory národnostně filozofické, jež měly své důsledky pro školství, školskou politiku i každodenní učitelství. Se zjednodušením můžeme říci, že nejvýznamnějším rozporem, který měl své národní i zahraniční příčiny i důsledky, byl protikladný vztah mezi filosofickými proudy, představované herbartismem a proti němu stojícím romantismu a pozitivizmu.

Protiherbartovská orientace v české pedagogice se začala zřetelněji objevovat již od 80. let 19. století a vycházela ze známé kritiky herbartismu jako „pedagogiky učitele“. Kritici volali po zdůraznění názornosti ve vyučování, vytýkali někdejší škole dominanci verbálního sdělování na úkor nízkého podílu přímé činnosti dětí atd. Pro podporu

potřeby změny základního přístupu k výchově se znovu objevovaly myšlenky klasiků filozoficko humanistického přístupu k výchově (Rousseaua, Tolstého, Spencera,...) a jejich myšlenky se častou spojovaly s ideou "národní výchovy prostřednictvím národního obsahu vzdělání". Je pozitivní, že byly slyšet další hlasy o tom, že národnostní princip nemůže být jediný (nebo dominantní) při výchově člověka ve společnosti.

Přelom 19. a 20. století přinesl celosvětové hnutí nové výchovy, ve zkratce označované jako „pedagogika dítěte“. Česká reflexe tohoto úsilí měla svébytnou podobu, která byla směsicí nekritického odmítání všeho „starého“ - jako součásti celonárodního protihabsburského odporu. Terčem kritiky se stala především Herbartova praktická filozofie (tzv. mravověda) a jeho didaktický systém. Proti němu se do popředí dostávalo vědomě spontánní učení v „nové“ škole, ve jménu romantismu, pozitivizmu a evolucionismu.

O rozporuplnosti, novosti, nekritičnosti i nesmírném entuziasmu zároveň snad nejlépe vypovídají osudy a názory některých českých pedagogů, kteří tehdy stáli v popředí úsilí o nový přístup k výchově u nás. Nicméně je spojovalo úsilí o změnu v systému vzdělávání, jak o tom svědčí následující citace:

“Chceme děti učiti ctnostem, ale nedáme jim jednati, nýbrž mluvíme k nim slova, chceme je učiti pracovitosti, ale nedáme jim pracovati, nýbrž mluvíme k nim slova, chceme, aby poznaly řád a zákony zevnějšího světa, ale nedovolíme jim zevnější svět pozorovati, aby se zanítily silou mladistvé duše pro krásno a dobro a zavřeme je do čtyř školních zdí a mluvíme k nim opět slova.“ ÚLEHLA, J. Listy pedagogické. Praha, 1899, s. 26.

Není snadné v několika řádcích charakterizovat českou pedagogiku přelomu století v úsilí o novou tvář našeho školství. Obtíže působí souběh mnoha vlivů a okolností a je velmi obtížné určit, které společenské, politické, filozofické či národnostní vlivy byly dominantní a pro další reformní uvažování rozhodující.

Nicméně nemůžeme nevidět zásadní rozpor mezi tehdy uplatňovanou herbartovskou „pedagogikou učitele“ a nastupujícím pedocentriem, v mnoha ohledech inspirovaným zahraničním děním a „návraty“ k neohumanismu.

Někdejší doba přinášela mnohá očekávání, jež byla spojovaná s vidinou vzniku samostatného státu. Do jeho vínku chtěli přispět mnozí učitelé a teoretici výchovy tím, že už ve své době přinášeli podněty, návrhy či koncepce, v nichž se zrcadlily reformní myšlenky, častou rozporuplné, přehnaně kritické, jednostranné a vycházející z národnostního aspektu.

## Reformní pedagogika v Československu 1918 - 1928

V další části příspěvku budeme hovořit o vývoji reformní pedagogiky u nás po vzniku samostatného Československa. I když jde o relativně mladé období z naší historie, je pro nás obtížné se vžít do tehdejší doby, občanského i profesního uvažování a pochopit společenský i odborný rámec sledovaného tématu. Doba, o níž hovoříme, byla plná poválečného entuziasmu a návratů obrozeneckých ideálů, umocňovaných skutečností vzniku nového a samostatného státu.

Školská veřejnost právem čekala rozsáhlou reformu školství, jež by reprezentovala novou bodu a zúročila dosavadní zkušenosti. Očekávání se jen částečně naplnilo v roce

1921, kdy byl přijat školský zákon (tzv. malý školský zákon, někdy označován jako Metelkův), nicméně stále se nenaplnovalo očekávání razantních a systémových změn ve výchově. Při tom sílily hlasy po uskutečňování volné a pracovní školy, spojované s požadavkem svobody učitelské práce (identifikujeme v dřívějších názorech Lindnera, později Kliky, Úlehly, Mrazíka a dalších). Mnozí chtěli okamžitě reagovat na zahraniční reformní dění a navázat na předválečné domácí pokusy.

Protože však zásadní a systémová změna přístupu ke vzdělávání a výchově, inspirovaná pedocentrickými ideály nepřicházela, reagovala učitelská veřejnost tím, že se mnozí učitelé rozhodli uskutečnit pedagogické pokusy na svých školách a ve svém regionu.

**Individuální reformní pokusy dvacátých let.** Pedagogické pokusy ze 20. let dvacátého století byly často obrazem svých realizátorů, osobních motivů, přístupů k výchově a odrážely převažující zaměření hlavních osobností. Právem se reformní pokusy z tohoto období označují jako aktivity silných individualit, jež podle zaměření rozdělujeme na pokusy pedagogické a umělecky zaměřené.

Některé domácí pedagogické pokusy byly originálním příspěvkem k reformnímu hnutí jako takovému, jiné byly inspirovány zahraničním děním. Dílčím vzorem byla např. experimentální výuka na The Lincoln School v New Yorku, v níž se na řízení školy podíleli jak pedagogičtí odborníci, tak vynikající „terénní“ učitelé. O podobnou školu se u nás pokoušel Otokar Chlup v pozdějším období.

Pedagogické pokusy ve dvacátých letech zahrnují aktivity učitelů a pedagogů, z nichž jen někteří pracovali podle předem vytvořeného plánu a své výsledky si pravidelně hodnotili a reflektovali. Vesměš šlo o realizaci pedocentrických myšlenek v podmínkách obecných škol. S pokusnou výukou se setkáváme např. v experimentální škole v Praze Holešovicích, Libni, na Kladně nebo na měšťanské škole v Brně Husovicích. Reformní pokusnictví „prorazilo“ také do jiných výchovných institucí, setkáváme s ním např. v ozdravovnách, lesní školách pro děti z měst či v ústavech pro zanedbanou mládež.

**Příklad: Jedlinský pokus v Orlických horách.** Proběhl v letech 1919 – 1923 v jednotřídní škole v Jedlině u Klášterce nad Orlicí pod vedením učitele Antonína Kavky. Kavkova pracovní škola vycházela z tvořivosti a zájmu k samočinnosti dětí. V novém předmětu „výchovné ruční práce“ začal s dětmi vyrábět dřevěné hračky a různé předměty pro domácnost a dekoraci. Děti hračky samy nejen vyráběly, ale také prodávaly a utržené peníze podnikaly vlastivědné cesty. Antonín Kavka vedl své žáky ke hledání krásy v přírodě, ve věcech okolo nás, ale hlavně v nás a jakékoliv lidské činnosti.

Druhá skupina reformních aktivit byla tvořena pokusy umělecky založených učitelských osobností, které využívaly specifických podmínek a možností k pedagogickému tvoření, v němž se snažily prosazovat vlastní osobnost. Máme na mysli pokusy F. Mužíka, B. Zemánka, A. Kavky M. Kühnelové, F. Bakuleho nebo A. Bartoše. Obdobné pokusy probíhaly také v Domě dětství v Horním Krnsku nebo v Úlehlově domě ve Vídni.

**Příklad: Pokus Boženy Hrejsové ve Strážnici na Moravě.** Božena Hrejsová se především věnovala výuce výtvarné výchovy a svůj umělecky zaměřený pokus realizovala v letech 1918 – 1930. Podstatou správného vyučování podle ní byla myšlenka, že výuka má spočívat na přirozené zvědavosti dětí a ta je hlavním předpokladem žádoucí motivace. B. Hrejsová používala tzv. metodu vnitřního vidění dětí: na základě prožitků z četby vytvářely děti samy ilustrace podle své fantazie a

zkušeností. Velmi často podnikaly společné výlety a potom malovaly všechno, co cestou viděly.

Hodnocení reformního hnutí dvacátých let v Československu bylo veskrze odmítavé. Učitelská veřejnost neupírala reformátorům z tohoto období snahu po změně přístupu k výchově, naopak oceňovali stav, kdy na nepřicházející školskou proměnu mnozí učitelé reagovali osobní aktivitou a entuziasmem. Nicméně sebelépe připravené individuální pokusy nemohly nahradit systémovou změnu.

## Reformní pedagogika v Československu 1929 - 1939

Konec dvacátých let doprovázely snahy zhodnotit uplynulou dekádu v československém školství. Zklamané učitelstvo na konci 20. let chápalo současnost jako dobovou "križi inteligence", která se projevila **neschopností systémové změny v přístupu k výchově**. Zklamání z toho, že československá pedagogika neměla žádnou smysluplnou koncepci ještě více umocňoval sílící vliv zahraničních impulsů, které masivně vypovídaly o celosvětových zkušenostech s uskutečňováním reformních myšlenek ve školské praxi.

Při hledání zcela nového řešení změn v československém školství bylo prioritou téma jednotné školy na úrovni školy druhého stupně. Při řešení této otázky se školští odborníci rozdělili do dvou skupin:

- pražské křídlo reformní pedagogiky v čele s Václavem Příhodou,
- brněnské křídlo vedené Otokarem Chlupem.

Třetí - i když neoficiální pojetí - představovaly myšlenky Jana Uhra, který plně nespadal ani do jedné skupiny, avšak svými postoji k reformě školství se blížil k brněnskému křídlu. Navíc se s úspěchem pokoušel o funkční integraci zahraničních zkušeností s domácími impulsy. Větší vliv na učitelstvo měla přece jen pražská skupina, a to i na reformu školství na Slovensku).

Se zjednodušením můžeme uvést, že pražská skupina více prosazovala anglosaské pojetí racionalizace školské práce (založené na pragmatické filozofii a behaviorální psychologii), brněnská skupina čerpala více z domácích tradic.

## Jednotný organizační plán reformních škol Václava Příhody

Prvním signálem pro nástup celistvě orientovaných reformátorů v oblasti školství se stal 1. pedagogický týden 1928, který pořádala Československá obec učitelská. Právě zde Václav Příhoda přednesl referát o jednotné vnitřně diferencované škole. Na základě tohoto referátu byly ustanoveny dvě reformní komise. Ještě v roce 1929 vydala Příhodova komise dokument „Zásady reformního návrhu pro školskou reformu“. Zde byla propracována jednotná vnitřně diferencovaná škola pro mládež do 15 let. První stupeň měla tvořit obecná škola (6 - 11letí žáci), druhý stupeň tzv. kolenium (11 - 15letí žáci), které mělo spojit nižší gymnázium s měšťanskou školou. Později k tomuto plánu vznikl i návrh školy třetího stupně tzv. athenea (pro žáky 15 - 18leté).

V září 1929 byly povoleny pokusné školy, ve kterých by se měly ověřit myšlenky Příhodovy jednotné školy. První reformní školy vznikly v Praze Nuslích, Michli,



v Hostivaři, dál ve Zlíně a v Humpolci. V pozdějším období vznikla ještě po celé republice řada dalších, ale literatura se shoduje na tom, že žádná škola z později vzniklých nedosáhla takových výsledků jako školy vzniklé v roce 1929.

Reformátoři viděli hlavní klad pokusných škol v tom, že měly pevně stanovený program, vyjasněný ideově i pracovně. Podle Příhody byla základem těchto škol idea pokroku. Ve školách se vyučující snažili rozvíjet přirozené situace a přirozené reakce, dynamismus výuky, vnitřní motivaci k vyučování a nejrůznější metody podporující samočinnost žáků (např. projekty apod.). Ve výchovné oblasti kladli důraz na žákovskou samosprávu, společná shromáždění řešící problémy školy, třídní schůzky, školní časopisy, exkurze apod. Heslem Příhodova plánu bylo: "Individuální vyučování a kolektivní výchova."

Cílem reformních snah byla škola jednotná, pracovní, společenská a demokratická. Škola přizpůsobená individualitě dětí, plně koedukovaná škola s vnitřní diferenciací, jejímž základní proměnnou byl žák a učební předmět.

### **Reformní pedagogické hnutí v Brně a ve Zlíně**

Brněnské centrum bylo poněkud ve stínu pražského křídla, přes to jeho aktivity byly nedílnou součástí reformního ohnutí ve třicátých letech u nás. Otokar Chlup byl přesvědčivým propagátorem tzv. nových škol, o nichž průběžně psal ve svém časopise. Významným způsobem se zasloužil o vyvážené a včasné informování o dění doma i zahraničí, s podobnými záměry přednášel pro nejrůznější učitelskou veřejnost.

Brněnští pedagogové byli v přístupu i hodnocení reformních aktivit kritičtější a nezávislejší než pražská skupina. Profesní střet obou center se projevil např. při koncipování pojetí měšťanské školy.

Ojedinělou postavou brněnského centra byl pedagog Jan Uher, který jako jediný se zdárně pokoušel o syntézu světových a domácích pozitivních rysů.

Pokusné obecné a měšťanské školy ve Zlíně měly zcela odlišný charakter oproti jiným pokusným školám. Masarykovy a Komenského školy byly Baťou materiálně zabezpečovány, za to ale byly ovlivňovány svým sponzorem. Žáci byli do tříd rozdělení podle nadání, schopností a zájmu, tím byla umožněna individualizace vzdělávání. Vnitřní atmosférou školy, vztahy učitelů a žáků, obsahem vyučování a formami výchovy byly odvozovány z reformu Václava Příhody. Zlínští učitelé vydávali odborný časopis „Školské reformy“.

### **Význam reformního hnutí třicátých let**

Reformní hnutí třicátých let bylo naprosto odlišné od předchozího desetiletí. Proto i hodnocení bývá a je jiné než hodnocení reformních snah druhé dekády dvacátého století. Reformní pedagogické hnutí ve 30. letech bylo založeno na vědeckém přístupu k pedocentrickým myšlenkám, inspirovaným filozofií pragmatismu a behaviorální psychologií. Opora ve vědeckém zázemí předurčovala, aby pedagogické pokusy 30. let byly úspěšnější a dlouhodobě významnější než ty předchozí.

Jaký byl (ve zkratce) význam tohoto období? Konečně přinesl dlouho očekávanou systémovou, nezpochybnitelně a zdůvodněnou změnu. Pod jejím vlivem se aktivizovalo československé školství, sjednotilo učitele a vědce a vedlo k myšlenkám a realizacím

nových přístupů a metod, jež ctili dítě, jeho potřeby a při tom zachovávali sjednocující teoreticky zdůvodněný fundament. Domácí reformní pokusy byly v interakci s pokusy zahraničními. Naši pedagogové čerpali ze zahraničních zkušeností a naopak se naše poznatky setkávaly s příznivou odezvou v cizích časopisech či sděleních. Konečně: po dobu jedné dekády se dařilo převádět myšlenky příhodovské reformy do školské praxe, a tak nezastupitelným způsobem zkvalitňovat naše někdejší školství.

## **Reformní pedagogika v Československu 1945 - 1948**

Poslední etapa reformního hnutí v Československu po druhé světové válce byla krátká a tak typická pro poválečné události. Obdobně jako po první světové válce nechyběl entuziasmus a ochota lidí investovat energii a nápady do nových výchovných postupů a metod. Rozdílné však byla poválečná atmosféra, ve které získávaly stále větší přízeň myšlenky o socialisticky orientované výchově, třídní svou podstatou a ideologií nadřazení kolektivních zájmů individuálním hodnotám.

V letech 1945 až 1948 došlo v Československu k částečné aktivizaci předválečných pokusných škol, které byly řízeny komisí pro pokusné školství Výzkumného ústavu pedagogické v Praze, jež se hlásila k příhodovské orientaci.

Nicméně politické události roku 1948 přinesly zásadní společenskou změnu, kterou jen potvrdil komunistický zákon o jednotné nediferencované škole. Nastupující prosovětská orientovaná pedagogika odsoudila reformní pedagogiku jako buržoazní přežitek, jež nemístně glorifikoval lidskou individualitu na úkor skupiny, kolektivu, třídy.

## **Závěr**

Vývoj pedagogického myšlení a vyučovacích koncepcí procházel a dosud prochází etapami, z nichž některé byly více a jiné méně významné pro regionální, národní či světové pedagogické dění. V naší novodobé historii patřilo k těm nejvýznamnějším období let 1918 až 1939. Dvě dekády od vzniku samostatného Československa byly poznamenány pedocentrickými vlivy a úsilím o školskou reformu.

Doba, o níž jsme hovořily, přinesla do pedagogiky ušlechtilé myšlenky o úspěšnosti výchovy na základě pozitivních vztahů mezi vychovatelem a vychovávanými, upřednostňovala praktické poznávání na teoretickým, byla zaměřena na osobnost jedince a jeho možnosti a meze, opírala se o spolupráci s rodinným prostředím a vychovávala v soužití s ostatními lidmi. Nejen pro tyto z dnešního pohledu „moderní“ přístupy bychom měli o nedávné historii vzdělávání na území Čech a Moravy vědět a nechat se jimi přinejmenším inspirovat v našem každodenním pedagogickém působení, ať působíme v roli „řadového“ učitele, nebo mentora v sociálních či zdravotnických zařízeních.

## Literatura

CACH, J. K 90. narozeninám Václava Příhody. *Socialistická škola*, 20, 1979 – 1980, č. 4, s.186 – 188.

GALLA, K., SEDLÁŘ, R. *Otokar Chlup a česká pedagogika*. Praha: UK, 1985.

CHLUP, O. *Pedagogika*, Brno, 1936.

JŮVA, V. a JŮVA, V. (sen). *Stručné dějiny pedagogiky*. Brno: Paido, 1995.

KAŠPÁRKOVÁ, S. A KOL. *Výchova školní a mimoškolní na pokusných reformních měšťanských školách a možnosti výchovného zhodnocení volného času ve Zlíně*. Brno: Paido, 2011, s. 9 – 27. ISBN 978-80-7315-218-5.

KOPÁČ, J. *Dějiny školství a pedagogiky v Československu*, díl I. Brno: UJEP, 1971.

KOŤA, J. a RÝDL, K. *Poslání učitele a reformní pedagogika v Československu*. Praha: PedF UK 1992.

PRŮCHA, J. *Alternativní školy*. Hradec Králové: Gaudeamus 1994.

SINGULE, F. *Vývoj a rozbor pragmatické pedagogiky a výchovy*. Praha: SPN 1991, 197 s. ISBN 80-04-20715-4.

SVOBODOVÁ, J., JŮVA, V. *Alternativní školy*. Brno: Paido 1996.113 s. ISBN 80-85931-19-2.

ŠMAHELOVÁ, B. *Nástin vývoje pedagogického myšlení*. Brno: MSD, spol. s.r.o. 2008. ISBN 978-80-7392-040-1.

VÁCLAVÍK,V. *Cesta ke svobodné škole*. Hradec Králové: Gaudeamus 1995.

VRÁNA, S. *Václav Příhoda, život a dílo českého pedagoga*. Praha: Česká grafická unie, 1939.

VÁŇOVÁ, R. Vývoj českého školství do r. 1939. In: VAŠUTOVÁ, J. *Kapitoly z pedagogiky*. Praha: PedF UK, 1998.

## Korespondence:

Doc. PhDr. Tomáš Svatoš, Ph.D.,  
Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové  
Katedra pedagogiky a psychologie  
Rokitanského 62  
500 02 Hradec Králové  
Email: [Tomas.Svatoš@uhk.cz](mailto:Tomas.Svatoš@uhk.cz)

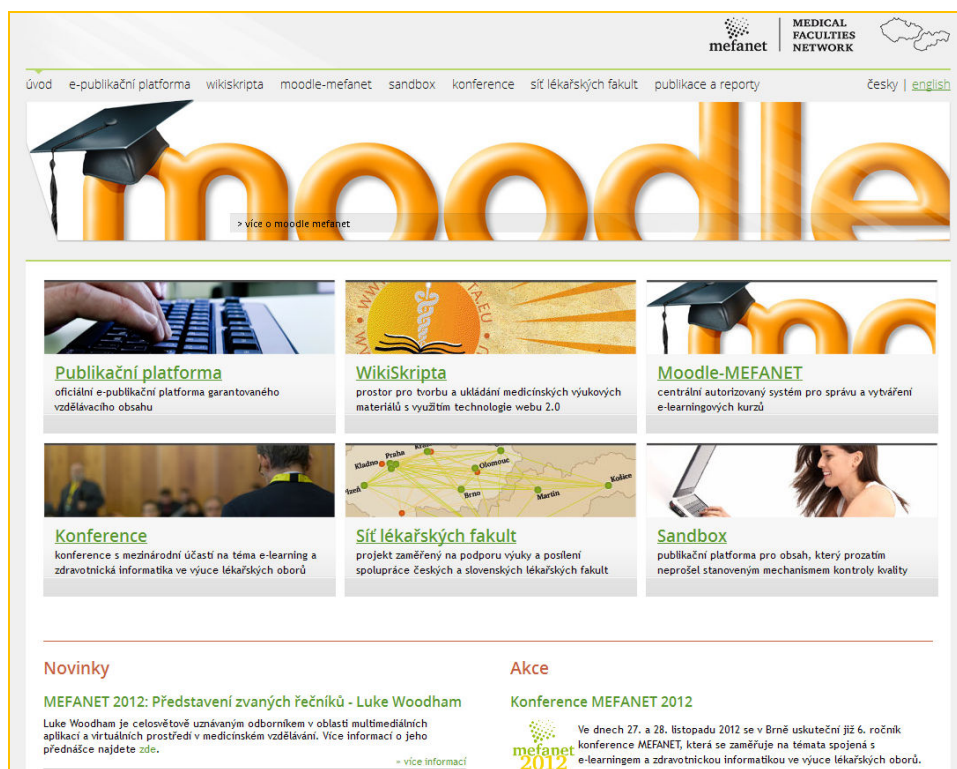
## VZDĚLÁVÁNÍ POMOCÍ NÁSTROJŮ E-LEARNINGU VE ZDRAVOTNICKÝCH OBORECH

**Jitka Feberová, Alexandra Polášková, Martin Feber**

Ústav vědeckých informací UK 2. LF a Oddělení výukových systémů a speciálních technologií  
Ústavu výpočetní techniky UK v Praze

### Úvod

V současné době se v oblasti vzdělávání stále více uplatňují elektronické formy vzdělávacích materiálů. Na tento trend zareagovaly v roce 2007 lékařské fakulty v České a Slovenské republice a ustavily meziuniverzitní síť Mefanet ([www.mefanet.cz](http://www.mefanet.cz)), která se zabývá budováním a posilováním spolupráce lékařských fakult při rozvoji výuky lékařských zdravotnických oborů moderními informačními a komunikačními technologiemi.



Úvod e-publikační platforma wikiskripta moodle-mefanet sandbox konference síť lékařských fakult publikace a reporty český | english

**Publikační platforma**  
oficiální e-publikační platforma garantovaného vzdělávacího obsahu

**WikiSkripta**  
prostor pro tvorbu a ukládání medicínských výukových materiálů s využitím technologie webu 2.0

**Moodle-MEFANET**  
centrální autorizovaný systém pro správu a výběření e-learningových kurzů

**Konference**  
konference s mezinárodní účastí na téma e-learning a zdravotnická informatika ve výuce lékařských oborů

**Síť lékařských fakult**  
projekt zaměřený na podporu výuky a posílení spolupráce českých a slovenských lékařských fakult

**Sandbox**  
publikační platforma pro obsah, který prozatím neprošel stanoveným mechanismem kontroly kvality

**Novinky**  
**MEFANET 2012: Představení zvaných řečníků - Luke Woodham**  
Luke Woodham je celosvětově uznávaným odborníkem v oblasti multimediálních aplikací a virtuálních prostředí v medicínském vzdělávání. Více informací o jeho přednášce najdete [zde](#).

**Akce**  
**Konference MEFANET 2012**  
Ve dnech 27. a 28. listopadu 2012 se v Brně uskuteční již 6. ročník konference MEFANET, která se zaměřuje na témata spojená s e-learningem a zdravotnickou informatikou ve výuce lékařských oborů.

V rámci této spolupráce byla uživatelům zpřístupněna řada nástrojů, které slouží k tvorbě a zpřístupňování různých druhů studijních materiálů.

## Portály Mefanet



Srdcem systému zpřístupňování elektronických výukových materiálů na jednotlivých fakultách je portál Mefanet. Přístup na jednotlivé portály lze nalézt na stránce <http://www.mefanet.cz/index.php?pg=e-publikacni-platforma>. Každá ze zúčastněných fakult má svůj vlastní portál a na tento portál mohou učitelé umisťovat své materiály. Materiály jsou tříděny podle oborů a typu materiálu, jsou opatřeny metadaty a lze v nich vyhledávat.



Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů

:: Portál 2. lékařské fakulty



Mefanet
Výukové materiály
Studentské materiály

English version

Vyhledávání

Edukační weby

Digitální video

Materiály k přednáškám a cvičením

Elearningové kurzy

Kasuistika

Přihlásit se

Poslat článek

Ke stažení

Textová verze

Verze pro tisk

### 2. lékařská fakulta UNIVERZITY KARLOVY

Vítejte na portálu Mefanet 2. lékařské fakulty, který je součástí sítě portálů všech lékařských fakult ČR a SR **MEFANET** a slouží k vystavování materiálů pro výuku na 2. lékařské fakultě UK.

Pro prohlášení příspěvků s určitou úrovní oprávnění je nutno být přihlášen - postup:

- Napeňte v levém menu na Přihlásit se
- Napeňte na Přihlášení uživatele státní MEFANET a české akademické federace identit.eduId.cz
- zvolte Univerzita Karlova v Praze
- přihlaďte se údaj z průkazu zaměstnance či studenta UK (uživatelské jméno je číslo pod fotografií, heslo jste obdrželi při výdeji průkazu, jedná se o stejné údaje jako při přihlašování do IS). Při ztrátě či zapomnutí hesla je možno si nové "ostré heslo" vyzvednout ve výdejním centru průkazů UK, nebo si vytvořit méně hodnotné heslo na stránce <http://cas.cuni.cz>.

[Stručný návod k práci s prohlázení a vkládání částí portálu a ke správě zastávaných příspěvků](#)

Obsah kategorizovaný dle lékařských disciplín

<ul style="list-style-type: none"> <li>Akutní medicína (0)</li> <li>Anatomie (34)</li> <li>Anesteziolemie a intenzivní medicína (12)</li> <li>Biofyzika (5)</li> <li>Biologie (26)</li> <li>Dermatologie (20)</li> <li>Diabetologie, dietetika (3)</li> <li>Endokrinologie, metabolismus (4)</li> <li>Epidemiologie, preventivní lékařství, hygiena (58)</li> <li>Farmakologie (31)</li> <li>Fyziologie a patologická fyziologie (53)</li> <li>Gastroenterologie, hepatologie (13)</li> <li>Geriatric (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hematologie (15)</li> <li>Histologie, embryologie (70)</li> <li>Chirurgie, traumatologie, ortopedie (55)</li> <li>Imunologie, alergie (18)</li> <li>Infektologie (19)</li> <li>Kardiologie, aneulogie (21)</li> <li>Laboratorní diagnostika (1)</li> <li>Lékařská etika a právo (20)</li> <li>Lékařská genetika (34)</li> <li>Lékařská chemie a biochemie (168)</li> <li>Lékařská informatika a informační věda (18)</li> <li>Mikrobiologie (23)</li> <li>Nefrologie (4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neurochirurgie (1)</li> <li>Neurologie (54)</li> <li>Nukleární medicína (15)</li> <li>Oftalmologie, optometrie (14)</li> <li>Onkologie, radioterapie (47)</li> <li>Ostatní (8)</li> <li>Otorinolaryngologie (29)</li> <li>Patologie a soudní lékařství (41)</li> <li>Pediatric, neonatologie (48)</li> <li>Pneumologie (17)</li> <li>Porodnictví a gynekologie (1)</li> <li>Pracovní lékařství a toxikologie (16)</li> <li>Psychiatrie, psychologie, sexuologie (22)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiologie a zobrazovací metody (10)</li> <li>Rehabilitace, fyzioterapie, ergoterapie (106)</li> <li>Rhevmatologie (4)</li> <li>Tělovýchovné lékařství (0)</li> <li>Urologie (18)</li> <li>Věšné zdravotnictví, sociální lékařství (42)</li> <li>Vnitřní lékařství (71)</li> <li>Všeobecné praktické lékařství (13)</li> <li>Zdravotní péče, ošetrovatelství (22)</li> <li>Zubní lékařství (38)</li> </ul>
--	--	--	---

**WikiSkripta**

Nový zdroj výukových materiálů v síti Mefanet.

Vytvářet články ve Wikiskriptech mohou studenti všech lékařských fakult v ČR a SR. Na jednotlivých fakultách fungují redakční týmy, které vám pomohou s editací příspěvků. Kdokoli, kdo by měl hůšší zájem o tuto práci se může po zaškolení stát fakultním redaktorem Wikiskript pro 2.LF (v případě zájmu pište na: [MUDr. Jitka.Feberova](mailto:MUDr. Jitka.Feberova@fnmotol.cz)).

**Mefanet**

Webové stránky projektu Mefanet



autor: MUDr. Jitka Feberová, Ph.D., Jitka, Feberová, MUDr. | publikováno: 3.1.2009 | poslední úpravy: 9.3.2011 | 

Učitelé mohou využít možnost zabezpečit své materiály proti neautorizovanému přístupu, což prosté vystavení na web v současné podobě neumožňuje. Portál umožňuje omezit přístupnost vystaveného materiálu v několika stupních – kdokoliv – uživatel sítě Mefanet (tedy učitelé a studenti organizací v síti Mefanet) – uživatel na příslušné univerzitě (tedy učitelé a studenti Univerzity Karlovy při vkládání materiálu do portálu 2. LF) – uživatel na příslušné fakultě (tedy učitelé a studenti 2. LF při vkládání materiálu do portálu 2. LF) – na vyžádání autora (v systému je pouze informace o materiálu, po klepnutí na materiál je odeslána zpráva s žádostí o zpřístupnění materiálu autorovi).

Také je možno zvolit vyjádření způsobu licence k dílu v rámci Creative Commons. To je reakce na obavy učitelů ze zcizení jejich materiálů (samozřejmě vždy je možné, že si daný materiál někdo stáhne a poruší licenci, to se ovšem děje i v případě knižních publikací).

Vybrané materiály z portálů jednotlivých fakult jsou dostupné na centrálním edukačním portálu Mefanet <http://portal.mefanet.cz/>.

Portál vzdělávací sítě lékařských fakult MEFANET

Česky | english

mefanet

Vyhledat Pokročilejší vyhledávání

<input checked="" type="checkbox"/> Akutní medicína (4)	<input checked="" type="checkbox"/> Hematologie (8)	<input checked="" type="checkbox"/> Neurochirurgie (3)	<input checked="" type="checkbox"/> Radiologie a zobrazovací metody (27)
<input checked="" type="checkbox"/> Anatomie (17)	<input checked="" type="checkbox"/> Histologie, embryologie (13)	<input checked="" type="checkbox"/> Neurologie (10)	<input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitace, fyzioterapie, ergoterapie (4)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestezie a intenzivní medicína (8)	<input checked="" type="checkbox"/> Chirurgie, traumatologie, ortopedie (39)	<input checked="" type="checkbox"/> Nukleární medicína (6)	<input type="checkbox"/> Revmatologie (0)
<input checked="" type="checkbox"/> Biofyzika (10)	<input checked="" type="checkbox"/> Imunologie, alergie (4)	<input checked="" type="checkbox"/> Oftalmologie, optometrie (2)	<input checked="" type="checkbox"/> Tělovýchovné lékařství (3)
<input checked="" type="checkbox"/> Biologie (3)	<input checked="" type="checkbox"/> Infektologie (10)	<input checked="" type="checkbox"/> Onkologie, radioterapie (15)	<input checked="" type="checkbox"/> Urologie (3)
<input checked="" type="checkbox"/> Dermatologie (2)	<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie, aneizologie (12)	<input checked="" type="checkbox"/> Ostatní (18)	<input checked="" type="checkbox"/> Veřejné zdravotnictví, sociální lékařství (4)
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetologie, dietetika (1)	<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorní diagnostika (1)	<input checked="" type="checkbox"/> Otorinolaryngologie (5)	<input checked="" type="checkbox"/> Vnitřní lékařství (4)
<input type="checkbox"/> Endokrinologie, metabolismus (0)	<input checked="" type="checkbox"/> Lékařská etika a právo (3)	<input checked="" type="checkbox"/> Patologie a soudní lékařství (23)	<input checked="" type="checkbox"/> Všeobecné praktické lékařství (3)
<input checked="" type="checkbox"/> Epidemiologie, preventivní lékařství, hygieny (4)	<input checked="" type="checkbox"/> Lékařská genetika (4)	<input checked="" type="checkbox"/> Pediatrie, neonatologie (10)	<input checked="" type="checkbox"/> Zdravotní péče, ošetrovatelství (31)
<input checked="" type="checkbox"/> Farmakologie (6)	<input checked="" type="checkbox"/> Lékařská chemie a biochemie (38)	<input type="checkbox"/> Pneumologie (0)	<input checked="" type="checkbox"/> Zubní lékařství (21)
<input checked="" type="checkbox"/> Fyziologie a patologická fyziologie (17)	<input checked="" type="checkbox"/> Lékařská informatika a informační věda (17)	<input type="checkbox"/> Porodnictví a gynekologie (21)	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie, hepatologie (8)	<input checked="" type="checkbox"/> Mikrobiologie (5)	<input checked="" type="checkbox"/> Pracovní lékařství a toxikologie (2)	
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (1)	<input checked="" type="checkbox"/> Nefrologie (6)	<input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie, psychologie, sexuologie (19)	

galerie tabulkový výpis řadit podle: čas publikování

**Vybrané biochemické a molekulárne-biologické metódy v lekárom výskume a medicínskej diagnostike**

Skriptá sú určené pre študentov doktorandského štúdia z vedného odboru Klinická biochémia, ale tiež pre študentov 2. ročníka LF ako pomocné skriptá pre predmet Lekárska biochémia.

autor: doc. Ing. Oľga Krížanová, Dr.Sc. | JLF UK v Martine | disciplína: Lékařská chemie a biochemie | kategorie: Pedagogické diela | kľúčové slová: polymerázova reťazova reakcia, sekvenovanie, Western blot analýza, chromatografia, imunologické metódy | príloh: 3 | zobrazeno: 176x | publikovano: 28.6.2012 | posledná úprava: 30.8.2012

**Rozhodovací stromy a lesy**

V prírodovedných oborech se stále více začínají mimo klasických vícerozměrných parametrických technik používat i novější techniky neparаметrické. Je to způsobeno především povahou biologických dat, která často nespĺňujú nároky na použitie parametrických metod. Rovnako datové soubory nabyvajú na objemu a množstve dat, ze kterých chceme získať zaujímavou informáciu, utěšené roste. Tím však pochopiteľne roste i nároky na jejich zpracování.

autor: Mgr. Klára Komprdová, Ph.D. | LF MU | disciplína: Ostatní | kategorie: Výukové publikace a autorská díla, Materiály k přednáškám | kľúčové slová: rozhodovací stromy, pokročilé neparаметrické metódy | príloh: 1 | zobrazeno: 240x | publikovano: 27.6.2012 | posledná úprava: 21.8.2012

**Analýza a klasifikace dat**

Za celou dobu, po kterou se rozvíjejí metody analýzy a klasifikace dat, dostala tato disciplína mnohá jména. Tyto různé názvy ani tak nesouvisí s vlastní podstatou tohoto způsobu práce s daty, jako spíše s účelem zpracování. Asi nejobecnější název zní „rozpoznávání obrazů“, v angličtině „pattern recognition“. Ve skutečnosti ale nejde o žádné obrazy ve smyslu děle Leonarda da Vinci či jiných velikánů výtvarného umění (jak by bylo možné vyvozovat z českého překladu), nýbrž o pouhý matematický popis vlastností reálného objektu, jehož stav chceme

**Signály, časové řady a lineární systémy**

Zpracování signálů je klasická technická, nebo možná ještě lépe elektrotechnická disciplína. Ukazuje se však čím dál tím více, že pojmy a teoretické nástroje používané v tomto oboru mohou být užitečnou alternativou a doplnkem statistických postupů používaných při analýze časových řad v medicíně, epidemiologii, analýze procesů probíhajících v našem životním prostředí i ekonomice, a mnoha dalších odborných oblastech.

autor: prof. Ing. Jiří Holčík, CSc. | LF MU | disciplína: Ostatní | kategorie: Výukové publikace a autorská díla, Materiály k přednáškám

automatizace  
genetika infarkt krev  
laparoskopie léky  
mikroskop  
mikroskopie neurovědy  
operace orl  
ošetrovatelství  
patologie plod  
postup psychiatrie  
robot statistika videa wiki  
Vypsat všechny štitky  
Přihlásit se k MEFANETmailu  
e-mail:   
Odeslat

## Moodle

Dalším nástrojem je systém pro tvorbu e-learningových kurzů Moodle <http://moodle.mefanet.cz>. Tento nástroj umožňuje zpřístupnění materiálů prostřednictvím e-learningových kurzů.

Do kurzu lze vložit již hotové materiály v prakticky jakémkoliv formátu, nebo některé přímo vytvářet v systému. Moodle umožňuje zadávání úkolů, jejich odevzdávání a hodnocení přímo v systému, umožňuje vytvářet různé typy testů (které mohou být automaticky vyhodnocovány), v rámci kurzu je možno komunikovat ve fórech nebo prostřednictvím chatu, lze zde vytvářet elektronické knihy atd. Není to tedy jen jakýsi „sklad“ materiálů, ale prostředí, ve kterém lze skutečně učit a je to nejkomplexnější dostupný nástroj pro elektronickou výuku.

Kurz může být buď provozován distančně, nebo je pouze pomocníkem prezenční výuky, studenti zde mají na jednom místě všechny aktuální informace, studijní materiály, evaluační nástroje (úkoly, testy, dotazníky), diskuzní fóra, přehled získaných hodnocení atd.

## Wikiskripta

Třetím nástrojem základní osy Mefanetu jsou Wikiskripta <http://www.wikiskripta.eu>. V tomto nástroji tvoří články zejména studenti lékařských fakult. Na jednotlivých fakultách vznikají Wiki týmy, které jsou školeny pro práci fakultních redaktorů zkušenými redaktory z 1. LF.

### Další nástroje

Vedle těchto tří základních nástrojů Mefanetu existují ještě další možnosti pro elektronické publikace.

**Adobe Connect** ([el.lf1.cuni.cz](http://el.lf1.cuni.cz)) – prostředí, které lze využít zejména k pořádání videokonferencí.







OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA  
ADAPTABILITA



materiály, které je možno využívat na různých platformách. V současné době tento předpoklad splňuje např. formát pdf.

**Korespondence:**

MUDr. Jitka Feberová, Ph.D.

Ústav vědeckých informací UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

Email: [jitka.feberova@ruk.cuni.cz](mailto:jitka.feberova@ruk.cuni.cz)



## ELEKTRONICKÁ A INFORMAČNÍ PODPORA VÝUKY OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ A INTERVENCÍ

Šárka Tomová, Hana Nikodemová, Marie Hlaváčová, Eva Švarcová  
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

**Souhrn:** Článek seznamuje s procesem tvorby standardizovaných e-learningových studijních opor a dalších studijních materiálů, které přispívají k fixaci znalostí a dovedností studentů Ošetřovatelství a Všeobecného lékařství a zároveň vytvářejí předpoklady pro zvyšování kvality a bezpečnosti praktické výuky nejen v laboratorních podmínkách, ale především v klinické praxi.

**Klíčová slova:** E-learningová podpora; Klíčová aktivita; MEFANET; Ošetřovatelské intervence; Ošetřovatelské postupy; Vzdělávání

## ELECTRONICAL AND INFORMATION SUPPORT IN THE TEACHING OF NURSING PROCEDURES AND INTERVENTIONS

**Summary:** The article shows how to create standardized e-learning study materials and other learning materials that contribute to strengthening the knowledge and skills of students in General Nursing and Medicine and at the same time creating conditions for improving the quality and safety of practical training in the laboratory and in clinical practice.

**Key words:** E-learning support; Key activity; MEFANET; Nursing interventions; Nursing procedures; Education

### Úvod

V rámci projektu Inovace praktické výuky ošetřovatelství byly na Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol realizovány celkem tři klíčové aktivity, jejichž prostřednictvím byly vytvořeny předpoklady pro zkvalitňování výuky ošetřovatelských postupů a intervencí v laboratorních podmínkách i v klinické praxi s cílem zvýšit úroveň výstupních znalostí a dovedností studentů v této oblasti.

### Vlastní text

V rámci projektu bylo vypracováno celkem 40 elektronických studijních opor doplněných o videozáznamy správného provedení ošetřovatelského výkonu či intervence. Studenti mají neomezený přístup k těmto studijním oporám prostřednictvím sítě MEFANET. Studijní opory vhodným způsobem doplňují a rozšiřují teoretickou část kontaktní výuky. Příprava studentů s využitím elektronických studijních opor usnadňuje teoretickou – praktickou a praktickou výuku v laboratorních podmínkách a následně i v klinické praxi. Tento způsob přípravy studentů vede k dalšímu zkvalitňování výstupů

z výuky, tj. k tvorbě bohatšího etalonu výstupních znalostí a dovedností z předmětů, kterých se problematika týká. (Jirkovský, Nikodemová, 2011)

Každá studijní opora byla vytvořena podle předem stanovené struktury. V každé studijní opoře jsou uvedeny cíle vzdělávání, které odpovídají platným deskriptorům vydaným MŠMT ČR. Cíle jsou definovány tradičně jako kognitivní, afektivní a psychomotorické. Dalším bodem struktury každé opory je uvedení účelu prováděného výkonu. V následujícím bodu osnovy je pro formu e-learningu uveden oddíl anatomicko-fyziologické poznámky, navazující na poznatky a vědomosti z předmětu anatomie, fyziologie aj. V další části struktury jsou uvedeny teoretické poznámky k tématu, které jsou nezbytné pro komplexní pochopení tematického celku. Následující oddíly – příprava pomůcek a příprava pacienta před výkonem jsou nezbytným úvodem k vlastnímu provedení ošetrovatelského výkonu. Požadavek názornosti je v jednotlivých kapitolách podpořen umístěním vyhotovených fotografií buď jednotlivých pomůcek, jejich částí nebo fotografií celého komplexu pomůcek, nutných k provedení výkonu. V e-learningové podobě je úsek přípravy pomůcek a pacienta před výkonem navíc zdokumentován videozáznamem. Následující část studijní opory je stěžejní pro kvalitní a bezchybné osvojení výkonu. Postup provedení výkonu umožňuje studentovi opakovaně zhlédnout jednotlivé fáze výkonu a v krátké videosekvenci si uvědomit důležitost a návaznost těchto kroků, tvořících výsledný celek. Videozáznam umožňuje studentům získat konkrétní, názorný postup v reálných podmínkách zdravotnického prostředí. (Jirkovský, 2010) V neposlední řadě je správné osvojení praktické dovednosti zahájením vztahu vzájemné důvěry mezi zdravotníkem a pacientem. V dalších bodech struktury je nezbytné se věnovat péči o pacienta po výkonu, což umožňuje studentům uvědomit si a reagovat na potřeby pacienta v celé šíři. Péče o pomůcky je samozřejmou kapitolou, která je součástí každého ošetrovatelského výkonu. Závěr studijní opory v textové i v e-learningové podobě je doplněn rozšiřujícími informacemi o tématu a kontrolními otázkami. Závěrečný test, ve kterém si student může ověřit své nabyté vědomosti je nedílnou součástí každé kapitoly. Oproti jiným dostupným učebním textům je každá výuková opora v závěru rovněž doplněna o úkoly, které bezprostředně souvisí s rozšířením vědomostí v dané problematice, ale mají i přímou souvislost s praktickou výukou na klinickém pracovišti. Tento záměr podporuje vzájemné prolínání teoretické přípravy studentů s přípravou praktickou. Tato osnova odpovídá logické návaznosti jednotlivých etap v realizaci celého výkonu. Zpracovaný textový materiál je cíleně za tímto účelem, jak bylo zmíněno výše, doplňován nezbytnými fotografiemi dílčích pomůcek, souborů pomůcek nebo jednotlivých kroků daného postupu, které učební text doplňují a podporují tím představivost studenta o správnosti provedení ošetrovatelského výkonu. V převážné většině je v obrazové dokumentaci využito vlastního archivu snímků, které byly zhotoveny za tímto účelem ve spolupráci s fotolaboratoří UK 2. LF. Zpětná vazba slouží k ověření vědomostí a celkovému pochopení výkonu, je předpokladem k osvojení dalších ošetrovatelských postupů.

Každá výuková opora byla vytvořena na základě scénáře vybrané ošetrovatelské intervence, jehož podkladem se stal vypracovaný učební text. Textový učební materiál sestavený dle předem dané struktury byl v první fázi předložen k posouzení sestřám z klinických pracovišť. Tyto, vedle své pracovní činnosti a svého vysokého pracovního vytížení, byly svou vstřícností ochotné přispět svými zkušenostmi, názory a radami ke tvorbě učebního textu. Podrobné, opakovaně dopracované připomínky, několikrát přepracovávání textů je výslednou snahou předložit kvalitní, modernímu ošetrovatelství



odpovídající učební text. Lékaři a sestry konzultantky, se tak podílely svými připomínkami na zkvalitňování uváděných informací, které jsou ve formě výukového materiálu výchozí pro výuku studentů ošetrovatelství.

### Závěr

Studijní opory vznikly za úzké spolupráce s FN Motol, konkrétně za podpory vedoucích sester, mentorek, lékařů a samotných sester na vybraných pracovištích FN Motol. Tvorba e-learningových studijních materiálů, odpovídajících současným didaktickým trendům, by nebyla možná bez týmové spolupráce. Každá etapa tvorby videozáznamu vyžadovala souhru jednotlivých účastníků řešitelského týmu (hlavního řešitele, manažera projektu, spoluřešitelů a technických asistentů I, II), kvalitní plánování časového harmonogramu a prostorových podmínek klinického pracoviště.

### Literatura:

- JIRKOVSKÝ, D. Informační podpora celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. In *Recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetrovatelství XIII.*, 1. vyd. Praha: UK 2. LF a FN Motol, 2011, s. 258. ISBN 978-80-87347-05-8
- JIRKOVSKÝ, D., NIKODEMOVÁ, H. Moderní didaktické prostředky ve výuce ošetrovatelských postupů. In *Recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetrovatelství XIII.*, 1. vyd. Praha: UK 2. LF a FN Motol, 2011, s. 258. ISBN 978-80-87347-05-8
- JIRKOVSKÝ, D. Inovace praktické výuky ošetrovatelství. In *Recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetrovatelství XII.*, 1. vyd. Praha: UK 2. LF a FN Motol, 2010, s. 165. ISBN 978-80-87347-03-4
- KALHOUS, Z., OBST, O. *Školní didaktika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 437 ISBN 978-80-7367-571-4
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 4. aktualizace a dopl. Vyd. Praha: Portál. 2009 s. 481, ISBN 978-80-7367-503-5
- TOMOVÁ, Š. Spolupráce Ústavu ošetrovatelství 2. LF a FN Motol na tvorbě studijních opor ošetrovatelských intervencí a jejich videozáznamů. In *Recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetrovatelství XIV.*, 1. vyd. Praha: UK 2. LF a FN Motol, 2012, s. 131. ISBN: 978-80-87347-11-9

### Korespondence:

PhDr. Šárka Tomová  
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz