

Studentova participace na tvorbě vzdělávacích opor

Dana Tomanová

Abstract

Vzdělávací opory se netýkají pouze školských podmínek. K institucím zabývajících se řízením změny u klientů patří i oblast zdravotnictví. Studenti zdravotnických oborů mají získat edukační kompetence (schopnosti) k navozování a řízení změny u různých skupin klientů. Při studiu vytvářejí pro tuto klientelu první edukační opory.

Key words

Edukační role zdravotní sestry, didaktické kompetence sestry, modely edukace, formy vzdělávacích opor

K typicky pedagogickým profesím (učitelé, vychovatelé) v posledním desetiletí přibývají profese, u nichž jsme v minulosti kompetence vzdělávat rozvíjeli skrytě nebo pouze jako dílčí soubor dovedností. K takovým profesím patřilo i povolání zdravotní sestry, jejíž hlavní náplní bylo ošetřování pacientů nebo péče o ně v procesu léčby. Na lékařských fakultách se dnes v bakalářských oborech ošetřovatelství vzdělávají zdravotní sestry, které se připravují na edukační roli při výkonu své profese nebo přímo na funkci sester edukátorek či kontaktních sester. Proto je třeba rozvíjet edukační kompetence těchto středoškolsky zdravotnický vzdělaných studentů na úroveň, která bude odpovídat výkonu nového pojetí této profese. Pedagogizace zdravotnické činnosti vychází z těchto zkušeností:

- edukační preventivní programy pro širokou klientelu nejsou záležitostí pouhého vytváření pravidel a časové organizace činností, věcných podmínek a finančních dotací, tj. cíleně by měly směřovat ke změně chování obyvatel k aktivitě v podpoře zdraví mimo typické školské podmínky,
- programy působí směrem k jedinci s konkrétní diagnózou nebo ke skupinám klientů podle anticipovaných diagnóz či již jednoznačně stanovených diagnóz,
- edukační programy intencionálně směřují k cílovým skupinám klientů podle jejich charakteristik (např. věkových, vzdělanostních, profesních ...) tak, aby bylo dosaženo zjevné efektivity,
- na jejich přípravě se musí podílet profesionálové nejen s odbornými a manažerskými kompetencemi, ale také s kompetencemi komunikačními a edukačními,
- edukační činnost je stále více zaměřována i do řad profesionálů – zdravotníků, kteří si rozvíjejí kompetence podle probíhajících změn ve zdravotnictví,

Na výuce studentek, a tedy při rozvoji edukačních kompetencí zdravotních sester, na LF UP v Olomouci participuje i katedra pedagogiky s celoškolskou působností z PdF UP. Při konstruování obsahu vyučovacích předmětů jsme nejprve zjišťovali stupeň rozvinutosti kompetencí studentek k naplnění anticipované edukační role prostřednictvím řešení modelových situací. Při mapování způsobů řešení problémů spjatých s edukací pacientů jsme sledovali modely užívané kvalifikovanými sestrami, jejich pohyb od nižší kvality k vyšší:

- 1) **Intuitivní, implicitní model edukace** - úroveň vycházející ze spontánního využití osobních zkušeností z vlastního života a z představy obvyklého režimu dané profese na konkrétním pracovišti. Pro daný stupeň je charakteristická imitace dosavadních laických nebo profesních stereotypů svých vychovatelů, vzdělavatelů nebo kolegů, kteří reprezentují repertoár intervencí vůči klientele.

- 2) **Model intencionální, explicitní, nerozvinutý** – úroveň reflektující znalost některých klíčových dovedností edukátorů. Postupuje od začátečnických problémů při jejich užití k soustavě zautomatizovaných dílčích dovedností, ale omezených na specifický kontext nebo situaci a od ostatních izolovaných.
- 3) **Model rozvinutý, profesionální, expertní** – úroveň, která se projevuje pohotovým využíváním rozvinutých dovedností při systémově koncipované práci s klientem nebo s cílovou skupinou klientů podle jejich individuálních předpokladů akceptovat edukační intervence.

Zjistili jsme, že všechny frekventantky absolvovaly omezený počet hodin pedagogiky v rámci středoškolského vzdělání. V předmětu ošetřovatelství procházely výcvikem dovedností sdělit pacientovi informace k žádoucímu chování při léčebném procesu. K naplnění role edukátorky nebo dokonce funkce edukátorky tato příprava nebyla dostačující. To ukázalo řešení výše zmíněných situací a názory studentů. V čem spočívaly podle názoru studentů rozdíly v pedagogické přípravě např. vzhledem k učitelským oborům?

| Učitel | Sestra |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Profesionální příprava bývá primárně zaměřena na vymezenou věkovou skupinu (žáci, studenti) s jejími typickými znaky, • Příprava primárně sleduje edukaci žáků v anticipovaných kvalitách, • Těžiště práce je v edukaci, tj. v rozvíjení předpokladů žáků, v utváření jejich osobnostních kvalit, zvláště kognitivních, • Ve škole pracuje učitel v ročníku s celou skupinou žáků, od ní následně podle potřeby v jednotlivých předmětech nebo tématech odvíjí individuální postupy, • Učitel je vybaven kompetencemi pro řízení edukace, procedurálními vědomostmi, dovednostmi | <ul style="list-style-type: none"> • Příprava primárně sleduje celou věkovou škálu pacientů (od prenatálního období až po poslední dny života člověka), • Příprava pro zdravotnictví primárně sledovala nápravu porušené kvality biologické složky, • Těžiště práce je v medicínské činnosti – standardy ošetřovatelského charakteru k dané diagnóze, • Sestra postupuje od individuálních případů, posléze zobecňuje na celou skupinu pacientů s určitou diagnózou, • Sestra má část deklarativních vědomostí o oboru pedagogika, ale imituje překonané vzorce výchovy |

Společný základ u obou profesí můžeme najít v osobnostních a seberozvojových kompetencích. K osobnostním lze řadit dispozice k pomáhajícímu, empatickému, angažovanému, asertivnímu, akceptujícímu, autonomnímu, autentickému jednání. K seberozvojovým bychom mohli přiřadit sebereflektivní, adaptační a autoregulační, někdy výzkumně badatelské předpoklady/dovednosti, schopnosti. Ty jsou rozvíjeny komplexně v celé pregraduální přípravě, ale expertně didaktické jsou rozvíjeny pro školské podmínky hlavně u studentů učitelství.

Expertně **didaktické kompetence** pro podmínky mimoškolské je třeba v oboru ošetřovatelství teprve rozvíjet. Patří k nim dovednosti k projektování, k řízení v přímé realizaci a k hodnocení procesů intencionálního vzdělávání a výchovy, tj. edukace.

K rozvoji edukačních kompetencí zdravotních sester byla využita **tvorba edukačních opor pro různé cílové skupiny**. Studentky vycházejí z obecně platného algoritmu řízení vzdělávacího procesu – **proč** edukovat, **koho**, v **čem**, **jak**, za **jakých** podmínek a s **jakým efektem** edukovat.

Formy prezentace učiva klientům:

Pro edukační opory volily převážně tyto nosiče pro učivo: tiskoviny, trojrozměrné pomůcky (hračky, modely pro demonstraci a učení hrou), video kazety, www stránky, CD.

Tiskoviny:

Studentky tvořily brožury, letáky, návrhy pro pohádkové knížky, omalovánky, návrhy na průkaz pro určitou diagnózu aj., učební opory pro laickou péči o pacienty v domácím prostředí, studijní opory pro začínající sestry na určitém oddělení apod.

Hračky:

Pexesa se zdravotnickou tematikou, kvarteta, obrázková stavebnice, učební pomůcka pro poznávání stavby těla a funkcí orgánů, stolní hry aj.

Video kazety:

První pomoc pro žáky 1. stupně základních škol, pohyb pacienta s endoprotézou kyčle tři měsíce po operaci aj.

CD:

Vznikly výukové prezentace pro vzdělávání pracovníků záchranné služby, předlékařská první pomoc a ošetřování dětí v kolektivních nezádravotnických zařízeních, standardy ošetření novorozence pro studenty bakalářského studijního oboru aj. Tak vznikly i prezentace pro výuku bakalářů ošetřovatelství.

Postup tvorby:

Studenti byli v průběhu semestru seznamováni s etapami tvorby edukačního materiálu. Výběr tématu zdůvodňovali na základě zkušeností ze studia nebo z praxe ve zdravotnických zařízeních. Tím si ujasňovali odpovědi na otázku proč (korigovat nebo eliminovat nedostatky, s nimiž se setkali). Formulovali cíle, kterých chtěli dosáhnout a navrhli scénář pro jednotlivé součásti výukové opory. Shromáždili a strukturovali informace a nezbytnou obrazovou dokumentaci. Podle cílové uživatelské skupiny se rozhodli pro formu prezentace edukačního projektu, tj. pro leták, brožuru, miniskriptum, CD, video aj.

Přímá tvorba byla pochopitelně do značné míry ovlivněna nezkušeností autorů, ale také nedostatečným přesvědčením studentů o nezbytnosti podpory uživatelů vzdělávacích opor. Naše zkušenost ukázala, že **setrvačně působí zažitý minulý model jejich dosavadního vlastního vzdělávání**, jejich učení se a praxe ošetřování. Např. výukové prezentace témat, která považovali ve svém studiu za nezdařile přednesené jejich vzdělavatelem, byli studenti postupně schopni strukturovat, filmem nebo fotografiemi ilustrovat tak, aby budoucí student získal snáze představu o předneseném tématu. Byli ochotni přijmout i vhodnost požadavku formulovat cíle studia k prezentovanému tématu, **ale podpory samostatného studia** částečně podceňovali - průvodce studiem, motivační prvky, otázky k zamyšlení, úlohy k fixaci a zpětné vazbě, shrnutí tématu **považovali za zdržující aparát** (podle jejich mínění není nutný u celé klientely, pacient nebo klient je svobodný ve svém rozhodování, odborník se to musí ve vlastním zájmu naučit sám i přes jistou nechuť ke vzdělávání).

Složitou částí tvorby pro ně byla **syntaktická a stylistická stránka** textu. Medicínské texty mají zpravidla vysokou míru obtížnosti. Jejich translace do textu didakticky přijatelného vyžadovala mnoho času. Studenti byli zvyklí texty reprodukovat a tak si představovali hlavní model jediné správnosti či odbornosti. Překlad textů do jazyka srozumitelného pro laika nebo profesionála s nižším stupněm vzdělání vyvolávala diskuse mezi zastánci a odpůrci úprav. Participovali na ní všichni studenti skupiny v roli tzv. redakční rady.

Autoři / studenti se setkali také s tím, že odborný konzultant z řad lékařů odsouhlasil text nebo celý edukační materiál jako správný, vhodný, dostačující, ale redakční rada a didaktický konzultant formulovali k první verzi řadu připomínek. Argumenty byly pro autory srozumitelné a akceptovatelné v případech, kdy posuzovali výukové projekty, které řešily nedostatky jejich vlastního studia, vzdělávání v ošetřovatelství. To znamená, že vlastní **prožitek nedostatečné prezentace učiva ovlivnil jejich další didaktické rozhodování více**. Studenti měli možnost konzultovat jimi navrženou prezentaci tématu se svým vyučujícím, který toto téma vyučoval. Přispívali tak i k rozvoji svých vzdělavatelů, k vzájemnému společnému hledání nejlepšího řešení prezentace. Tyto konzultace studenti i učitelé ocenili i

přes velkou časovou náročnost. Studenti navíc přiznávali, že tento typ konzultací zažili až při tvorbě uvedených opor. Měli pocit, že spolu s učitelem řeší jeden úkol. Zažívali pocit účasti na smysluplné činnosti. Připustili, že ve vzdělávání může za určitých podmínek existovat **partnerství a kooperace** mezi učitelem a studentem, což před touto zkušeností sledování studenti nepoznali. Dalším zdrojem zkušeností pro ně byla vlastní rodina. V ní např. řešili pro ně málo pochopitelnou neznalost tzv. základních zdravotních informací a zároveň neadekvátní přístup zdravotníků k rodinným příslušníkům studenta, když se jim nedostalo řádného poučení, vysvětlení při léčení se, varování aj. Studenti si také u řady projektů jako pilotní čtenáře prověřující pochopitelnost či srozumitelnost textu vybírali laiky z řad příbuzných. Činili tak i u projektů určených dětem. Zvyšovala se u nich **empatie** k uživatelům edukačních opor. Studenti hledali formulace otázek, které nejsou požadavkem na pouhou reprodukci pamětně osvojeného učiva. Podle jejich mínění je tato etapa nutila více **nad tématem přemýšlet**, spojovat zkušenost z praxe zdravotnického zařízení, **znovu studovat informace** a vracet se k didaktickým požadavkům. Při hodnocení tvorby vzdělávací opory všichni uznali, že museli získat více poznatků z problematiky než původně znali a než vybrali pro klienta. Učením se druhých dosáhli vyššího stupně porozumění sledovaného učiva. Studenti se stávali technicky zdatnější např. při práci s digitálními záznamy, počítačem, kamerou. Uvědomovali si, že mají velké rezervy v komunikaci ústní i písemné v případě, kdy mají srozumitelně vysvětlit věcnou stránku tématu laikům. Dále poznali, že mají značné mezery ve znalosti mateřského jazyka. Mnoho gramatických nedostatků si vůbec neuvědomili a to u nich vzbuzovalo nepříjemné pocity.

Vzdělávací opory určené k výuce bakalářů ošetřovatelů se staly součástí výukových materiálů na fakulním pracovišti (Ústav teorie a praxe ošetřovatelství). Jsou k dispozici učitelům, ale také na CD přímo studentům. Oporu určené široké klientele (determinovaným i nedeterminovaným uživatelským skupinám) jsou k dispozici v informačním a vzdělávacím centru nebo jsou uvedeny na webových stránkách ÚTPO LF UP pod názvem Edukační práce studentů. Jsou tedy přístupny k širokému využití.

Studenti si po veřejné prezentaci vzdělávacích opor a po zjištění návštěvnosti na webových stránkách LF UP uvědomili smysluplnost, význam, nezbytnost vzdělávání občanů k podpoře zdraví mimo školu. Tím, že byli od čtrnácti let odborně vzděláváni, si podle jejich slov neuvědomovali, že spoluobčané nejsou pro zdravé chování a jednání školou a rodinou dostatečně vybaveni.

Tvorba edukačních opor je přiblížila k celoživotnímu vzdělávání svému i vzdělávání klientů. Poznali, že mnohé znaky distančního vzdělávání pro ně mají platnost i v oblastech, které nejsou přímo spjaty se školskými institucemi. Oporu vytvořené studenty kombinované formy studia jsou využívány přímo v praxi jejich vlastních pracovišť. V tom spatřují přínos písemných seminárních prací. U studentů jsou prvním praktickým a zároveň funkčně využívaným pokusem na cestě k rozvoji jejich didaktických kompetencí k mimoškolskému vzdělávání. I přes skutečnost, že nedosahují kvality profesionálních distančních textů, plní na cestě k rozvoji didaktických kompetencí významnou úlohu v poznávání sebe sama, v poznávání subjektů na něž je opora zaměřena a na rozvoj participace s dalšími tvůrci.

Příklady

Ukázky z textu pro pedagogy a rodiče předškolních dětí tvořené studentem

PŘEDLÉKAŘSKÁ PRVNÍ POMOC

U DĚTÍ V KOLEKTIVNÍCH ZAŘÍZENÍCH

MOŽNÉ NEBEZPEČNÉ SITUACE ZÁSADY PRVNÍ POMOCI



I. CÍL TOHOTO TEXTU :

Text základů první pomoci je věnován pedagogům, kteří pracují v kolektivních zařízeních s dětmi od tří do šesti let. Děti v tomto věku se stávají v mnohém samostatnějšími. Proto se při svých aktivitách mohou dostat do celé řady nebezpečných situací. Je nezbytně nutné, aby dospělí, kteří s dětmi pracují, dokonale znali pravidla předlékařské první pomoci. Pokud patříte mezi tyto pracovníky, pamatujte, že je to Vaše občanská povinnost rychle a správně pomoci. Svým počinem můžete přispět k záchraně života dítěte, ke korekci následků zranění, k jejich minimalizaci.

II. Přehled úrazů, které si děti mohou způsobit

I. Poranění – způsobené pádem :
ze schodů, při procházce, z různého náradí, pádem při běhání
- může vzniknout : *str.*

- 1a) různý stupeň krvácení, krvácení z nosu (5-6)
- 1b) zlomeniny (7)
- 1c) poranění prstů na ruku nebo na nohu (8)
- 1d) poranění v dutině ústní (vyražený zub, překousnutý jazyk) (9)
- 1e) poranění hlavy (10)
- 1f) otřes mozku (11)
- 1g) poranění páteře (12)

2. Popáleniny - způsobené : (13-14)

- a) párou, vodou
- b) suchým horkem = sluncem, ohněm, při jízdě z klouzačky
- c) elektrickým proudem
- vznikne :
- různě hluboké poškození kůže a podkožních vrstev
- projevuje se :
- a) zarudnutím postižené kůže
- b) bolestivostí
- c) puchýři
- d) hlubokým poškozením podkožních vrstev a nebezpečím šoku

3. Poranění zvířetem :

- 3a) pokousání zvířetem (psem, kočkou, liškou, zajícem, králikem, myší) (15)
 - může způsobit vzteklinu
- 3b) pobodání hmyzem (15-16)
 - může způsobit u alergických dětí vážnou reakci (otok, šok, zástava dechu a akce srdeční)
- 3c) kousnutí klíštětem (17)
 - může způsobit meningitidu, lymfskou boreliozu
- 3d) uštknutí jedovatým hadem (18)
 - může způsobit smrt dítěte

4. Dušení - způsobené : (19-20)

- uvíznutím cizího tělesa v dýchacích cestách (hračka, jídlo, tekutiny)**
- může způsobit zadušení dítěte

5. Omrzliny - způsobené : (21)

- při procházkách v mrazu
- způsobí poškození akraálních částí těla – tváře, prsty na ruku i nohou, uši, nos
- dochází ke stažení cév a tím ke sníženému prokrvení těchto částí těla, postižená část ztrácí citlivost

6. Poranění oka – způsobené : (22)

- 6a) cizím předmětem
- 6b) tupým předmětem, úderem do oka
- může vzniknout :
- poškození zraku

7. Poranění ucha – způsobené : (22)

- cizím předmětem
- může vzniknout :
- poškození sluchu

III. ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ NÁSLEDKY ZRANĚNÍ :

III a) dítě nedýchá
III b) nemá srdeční akci
III c) je v šoku

(23)

(24-25)

(25-26)

4) DUŠENÍ

Způsobeno : *cizím tělesem v dýchacích cestách – jídlem, tekutinou, hračkou*

Příznaky :
- kašel – jestliže dítě kašle, může promluvit a dýchat, je schopné předmět vypudit samo
- dítě začíná rudnout v obličeji
- dítě nemůže dýchat, křičet ani kašlat
- ztrácí vědomí
- objevují se křeče

První pomoc :

a) *Dítě uchopte pevně kolem pasu a ohněte si ho přes koleno dopředu, až bude hlavou dolů. Potom dítě bouchněte otevřenou dlaní do zad mezi lopatky, dokud předmět z dýchacích cest nevypadne.*

POZOR !

Jestliže předmět vypadne pouze do úst, musíte zabránit opětovnému vdechnutí tak, že dítě jednou rukou uchopíte za hlavu a bradu a ukazováčkem druhé ruky předmět vytáhněte.

b) *Tzv. Heimlichův manévr*

- *postavte se nebo si klekněte za dítě a obejměte jej kolem pasu*
- *své ruce sevřete v pěst a přiložte je na břicho dítěte a to mezi pupek a konec hrudní kosti*
- *pak asi čtyřikrát za sebou stiskněte břicho dítěte směrem nahoru*
- *tento manévr opakujte tak dlouho, dokud předmět z dýchacích cest nevypadne*

POZOR !

Pokud dítě ztrácí vědomí, vždy volejte RLP – 155.

Jestliže se Vám podařilo cizí předmět z dýchacích cest vypudit a dítě normálně dýchá, i přesto vyhledejte lékařské ošetření.



Poznámky :

Ukázka z textu pro matky předškolních dětí

Děti a zvířata



Vážené maminky,

Jak jistě mnohé víte, velkými přáteli nás lidí a hlavně našich dětí jsou zvířata. Víte, jaká zvířátka mají děti nejraději? A jaká máte nejraději Vy? Jistě jsou to pes, kočka nebo králíček.

Zvířátka však nemusíme mít pouze doma nebo na zahradě. Mnoho mazlíčků běhá volně v lese.

Jsou všechna krásná a roztomilá, ale měli bychom si také uvědomit, že i tito milí tvorové pro nás lidi, a hlavně pro děti, představují různá nebezpečí.

Mohou nás kousnout, poškrábat nebo i jinak na nás přenést některé nemoci.

Nemocí ze zvířat je mnoho a já bych Vás ráda seznámila s několika nejznámějšími.

Nemoci přenosné ze zvířátek se nazývají
ZOONÓZY.

Přenášet je mohou zvířata:

domácí - slepice, kuřata, kočky, papoušci

a volně žijící - zajíci, lišky, potkani, klíšťata

Domácí zvířátka nás nakazí nejčastěji:

salmonelózou

kampylobakteriózou

toxoplazmózou

ornitózou

Od zvířat volně žijících se můžeme nakazit:

Tularemií

lyssou – vzteklinou

leptospirózou

klíšťovou meningoencefalitidou

lymeskou borreliózou

Mezi těmito onemocněními jsou velké rozdíly. Různě se projeví a také je různě léčíme. Proto si povíme o každé z uvedených chorob zvlášť.

TOXOPLAZMÓZA

Toto onemocnění je

velice nebezpečné pro děti a těhotné ženy,

Jsou touto nákazou nejvíce ohroženy.

Zdrojem onemocnění je **kočka**.

Parazit, způsobující onemocnění je vylučován kočičími výkaly.

Přenos se tedy děje nejčastěji z půdy a písku, které jsou kontaminovány těmito výkaly. Další možnou cestou nákazy jsou oděrky a drobné ranky při kočičím kousnutí nebo škrábnutí.

Onemocnění má 2 formy - vrozenou
a získanou.

Vrozená forma toxoplasmózy je velice nebezpečná pro plod - infekce prochází placentou a v případě infekce plodu dochází k závažnému poškození mozku a očí. Při prokázání infekce plodu je doporučeno přerušení těhotenství.

Získaná forma se nejčastěji projevuje běžnými příznaky chřipky, jako je zvýšená teplota, únava, nechutenství.

Přidružuje se zvětšení mízních uzlin, hlavně krčních, uzlin v podpaží a tříselech.

Později, při neléčeném

infektu, dochází k poškození nervového systému.

Diagnóza nemoci se potvrdí vyšetřením krve - průkazem protilátek.

Léčba je dlouhodobá - spočívá v podávání trojkombinace antibiotik za hospitalizace.

Doba hospitalizace většinou trvá 3 až 4 týdny.

Prevence spočívá hlavně v omezení styku těhotných žen s kočkami a důkladná hygiena rukou.

Zamyslete se jak chráníte Vaše děti před touto nákazou? Kontrolujete s čím nebo s kým si dítě hraje?



V případě dětí hlavně chráníme pískoviště před toulavými kočkami, promýslíme ochranu dětí před infekcí z půdy a také promýslíme dostatečnou hygienu rukou při pobytu venku.

PhDr. Dana Tomanová, CSc. – Pedagogická fakulta UP, katedra pedagogiky s celoškolskou působností, Žižkovo nám. 5, 771 40, Olomouc,