



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Zdravotně výchovné kompetence sester v ordinacích praktických lékařů

Vypracoval: Bryndová Jitka  
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá zdravotně výchovnými kompetencemi všeobecných sester. Teoretická část se věnuje pojmu zdraví, faktorům, které ho ovlivňují a podpoře zdraví. Dalšími tématy jsou nemoc, edukace v ošetrovatelství, zdravotně výchovná činnost a ošetrovatelství v primární péči. Ve výzkumné části jsou vytýčeny tři cíle. Cíl 1 se pokouší zjistit, zda všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů využívají zdravotně výchovné kompetence. Cílem 2 je zjistit, jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence. Cíl 3 má za úkol zjistit nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktických lékařů. Byly položeny tři výzkumné otázky: 1. výzkumná otázka: Využívají všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů zdravotně výchovné kompetence? 2. výzkumná otázka: Jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence? 3. výzkumná otázka: Jaké jsou nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktických lékařů?

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření, technika polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor je sestaven z otevřených otázek, v rámci kterých se respondenti mohli individuálně vyjádřit. Skupinu respondentů tvořilo 8 sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a ve výzkumném šetření jsou značeny jako „S“. Téma rozhovoru se týkalo zdravotně výchovné činnosti a edukace. Sestra byla vždy na začátku rozhovoru seznámena s tématem práce a využitím rozhovoru. Byla ujištěna o anonymitě. Rozhovory byly přepsány a následně byla použita kategorizace. Kategorie jsou znázorněny přehledovými diagramy.

Z výsledků vyplývá, že sestry zdravotně výchovnou činnost v ordinacích praktických lékařů provádějí a realizují. Tímto je zodpovězena výzkumná otázka 1. Co si sestry pod pojmem zdravotně výchovné činnosti představují, je z výsledků jasné. Většina názorů se pohybuje okolo edukace populace či klienta v určité oblasti. Jedna z odpovědí se týkala poradenské činnosti, další pak očkování či preventivních prohlídek. Žádná z odpovědí sester se nezdála být zcela mylná. (viz. Diagram 1)

V případě 2. výzkumné otázky týkající se způsobu realizace zdravotně výchovných činností bylo zjištěno, že sestry nejčastěji klienty edukují rozhovorem, tato odpověď byla obsažena ve všech odpovědích. (viz. Diagram 2)

3. výzkumná otázka se týká oblasti zdravotně výchovného působení. Ve výsledcích jsou uvedené věkové skupiny, které sestry nejčastěji edukují. Jedná se ve většině případů o seniory. (viz. Diagram 5)

Při vyhodnocování a zpracovávání rozhovorů bylo patrné, že se sestry v oblasti zdravotně výchovného působení shodují. Shody se týkají věkových skupin, ale i nejčastějších skupin edukovaných klientů. Sestry byly jednotné i v případě nejčastěji probíraných edukačních oblastí. Nejvíce se sestry shodovaly, že edukují klienty v oblasti výživy, pohybové aktivity a upozorňují je na dietní chyby. Nejpočetnější skupinou edukovaných klientů jsou chronicky nemocní klienti, a to s onemocněním diabetu mellitu a hypertenzí. (viz. Diagram 4)

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním z nich bylo zjistit, zda všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů využívají zdravotně výchovné kompetence. Analýzou získaných výsledků bylo zjištěno, že sestry je využívají. Všechny sestry na otázku týkající se tohoto cíle odpověděly kladně.

Druhý ze tří cílů, kterým bylo zjistit, jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence, byl také splněn. Sestry nejčastěji edukují klienty rozhovorem, některé využívají informační letáky, některé je využívají minimálně a dvě z osmi sester využívají televizní vysílání v čekárně.

Třetí cíl, týkající se nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktických lékařů, byl rovněž naplněn. Analýzou rozhovorů byly prozkoumány oblasti, v rámci kterých sestry nejčastěji využívají zdravotně výchovnou činnost.

Cíle práce byly splněny. Bylo zjištěno, že sestry zdravotně výchovnou činnost provádějí, ale přály by si mít na to více času. Edukují klienty nejčastěji v oblasti výživy či pohybové aktivity a to v největší míře klienty s diabetem mellitem a hypertenzí. Některé sestry si v úvodu nebyly jisté u otázky, co si pod zdravotně výchovnou činností představují, ale následně došlo k vyjasnění termínů.

## **Abstract**

This thesis deals with health education competences of nurses. The theoretical part deals with the term of health, factors, which influence it and health support. Other topics include disease, nursing education, health education activities and nursing in primary care. In the research part, there are defined three objectives. Objective 1 aims to find out whether nurses in doctors' surgeries use health education competencies. Objective 2 aims to determine how nurses carry out health education competencies. Objective 3 aims to determine the most common areas of health educational activities of nurses at general practitioners. There were given three research questions: the first research question: Do nurses utilize health education competencies in doctors' surgeries? The second research question: How do nurses realize the health education competencies? The third research question: What are the most common areas of health educational activities of nurses at general practitioners?

For the thesis we have chosen a form of qualitative research, method of semi-standardized interview. The interview consists of open questions, within which respondents can express individually. The group of respondents consisted of eight nurses working in GP surgeries for adults and in the research survey are marked as "S". The theme of the interview concerned the health education activities and education. At the beginning of the interview, the nurse was always informed about the topic of the thesis and the use of the interview. She was assured of anonymity. Interviews were transcribed and subsequently a categorization was used. The categories are shown in the diagrams.

The results show that nurses carry out and realize the health education activities in GP surgeries. Hereby the first research question is answered. What the nurses imagine under the concept of health education activities is clear from the results. The majority opinion is about population or client education in a certain area. One of the answers was related to consulting activities, then vaccinations and preventive examinations. Any of the nurses' answers did not seem to be completely wrong. (see Chart 1).

For the second research question concerning the method of realization of health education activities, it was found that nurses most often educate clients by the interview, this response was included in all interviews. (See Diagram 2).

The third research question is related to health education activities. The results show the age groups that nurses educate the most often. It is, in most cases the elderly. (See Diagram 5).

When evaluating and processing the interviews it was clear that nurses are the same in health education activities area. The agreement concerns the age groups and the most common groups of educated clients. Nurses were unified even in the educational areas, which are discussed most often. Nurses agreed most that they educate clients in the area of nutrition, physical activity and that they draw attention to the dietary mistakes. The largest group of educated clients are chronically ill patients, with disease of diabetes mellitus and hypertension. (See Diagram 4)

In the thesis, there were defined three objectives. The first was to determine whether nurses in GP surgeries use health education competencies. Analyzing the results it was found that the nurses use it. All the nurses answered the questions concerning this objective positively.

The second of the three objectives, which was to find out how nurses carry out health education competencies, was also fulfilled. Nurses educate clients most often by the interview, some of them use information leaflets, some use them minimally and two of the eight nurses use the TV in the waiting room.

The third objective dealing with the most common area of health education activities of nurses at general practitioners was also fulfilled. Analyzing the interviews we examined the areas within nurses use the health education activities most often.

Objectives of the thesis were fulfilled. It was found that nurses carry out health education activities, but they would like to have more time for it. They educate clients

mostly in the area of nutrition and physical activity, particularly clients with diabetes mellitus and hypertension. Some nurses at the beginning were not sure what to imagine under the term of health education activities. Subsequently the terms were clarified.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Zdravotně výchovné kompetence sester v ordinaci praktických lékařů pro dospělé jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b Zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za cenné rady, odborné vedení a pomoc při vypracovávání této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části této práce.



## Obsah

Úvod .....	11
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>12</b>
1.1. Zdraví .....	12
1.1.1. Podpora zdraví .....	13
1.1.2. Faktory ovlivňující zdraví .....	13
1.2. Nemoc .....	15
1.2.1. Prevence .....	17
<b>1.3. Edukace v ošetrovatelství .....</b>	<b>18</b>
1.3.1. Edukační role sestry .....	19
1.3.2. Edukační proces v ošetrovatelství .....	20
1.4. Zdravotně výchovná činnost .....	21
1.4.1. Model podpory zdraví dle N. J. Pender .....	23
1.4.2. Zdraví 2020 .....	24
1.5. Ošetrovatelství v primární péči .....	25
1.5.1. Úloha sestry v prevenci nejčastějších onemocnění .....	27
1.5.2. Využití ošetrovatelské taxonomie ve zdravotně výchovné činnosti sestry .....	28
<b>2. CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>30</b>
2.1. Cíle práce .....	30
2.2. Výzkumné otázky .....	30
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>31</b>
3.1. Použitá metodika .....	31
3.2. Charakteristika výzkumného souboru .....	31
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>34</b>
4.1. Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami .....	35

4.1.1.	Kategorie 1: Pojem/představa o zdravotně výchovné činnosti .....	35
4.1.2.	Kategorizace 2: Způsob edukace klientů .....	37
4.1.3.	Kategorie 3:Ověření zpětné vazby .....	38
4.1.4.	Kategorie 4: Nejčastěji reedukovaná cílová skupina .....	39
4.1.5.	Kategorie 5: Nejčastější skupina edukovaných klientů.....	40
4.1.6.	Kategorie 6: Nejčastěji edukovaná věková skupina.....	42
<b>5.</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>44</b>
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>49</b>
<b>7.</b>	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>50</b>
<b>8.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>55</b>
<b>9.</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>56</b>

## Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že se zajímám o zdravotně výchovnou činnost a podporu zdraví. Již před studiem na této fakultě jsem dostala nabídku pracovat v ordinaci praktického lékaře, tudíž jsem si řekla, že při zpracování této práce, budu informovanější a vědomosti, které nasbírám sepsáním této práce, budu snadněji aplikovat do praxe.

Na prevenci a celkovou primární péči je kladen celosvětový důraz. Cílem zdravotní výchovy není pouze léčení či zmírnění příznaků nebo navrácení zdraví lidem, zdravotní výchova by měla být hlavně o tom, motivovat populaci a o tom, aby se zvýšil jejich zájem o vlastní zdraví. U klientů bychom tedy měli dbát na takovou edukaci, abychom zvýšili zájem o jejich zdraví a aby měli snahu si zdraví udržet.

Edukaci s ohledem na zdravotní výchovu mají za úkol všechny sestry, ale nejvýraznější roli zde hrají sestry v primární péči, tedy sestry u praktických lékařů. Hlavním cílem primární péče je tedy to, aby sestra vychovávala klienty k tomu, aby předcházeli nemocem a aktivně se podíleli na péči o své zdraví. Dle Machové a Kubátové by měli být ke zdravému způsobu života vychováváni již žáci na základních školách a učit se hodnotám zdraví. Je tedy důležité, aby byla populace vychovávána a edukována již od útlého dětství.

Tato práce se zaměřuje na zdravotně výchovnou činnost. V teoretické části je popsána edukace, zdraví, nemoc, či již zmíněná zdravotně výchovná činnost. Také je zmíněno ošetřovatelství v primární péči. Cíli výzkumné části bylo zjistit, zda sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé vědí, co je zdravotně výchovná činnost a co si vlastně pod tímto pojmem představují. Dále pak, v jaké oblasti nejčastěji zdravotně výchovnou činnost provádějí.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1. Zdraví

V první kapitole bude uvedena definice zdraví a dále zmíněno to, jak vnímá zdraví populace. Následně bude připomenuta podpora zdraví a faktory, které zdraví ovlivňují a mají s ním neodmyslitelnou souvislost.

V dřívějších dobách se ošetrovatelská péče zabývala především nemocným člověkem, postupem času se však zaměřila na celkovou podporu a ochranu zdraví a péči o zdraví obyvatelstva.(1)

WHO definuje zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. (2) Důležité je, aby člověk dokázal uspokojit všechny svoje bio-psycho-sociální potřeby. (3) Dobrý zdravotní stav nejde určit jen z uspokojivého stavu tělesné, psychické a sociální stránky, ale dobré zdraví znamená i dobrou kvalitu života. Klient by měl být tedy celkově spokojený, mít sociální kontakty a tělesnou zdatnost. (4)

Zdraví obyvatelstva ovlivňuje mnoho dalších faktorů jako je životní prostředí, chování lidí a biologické okolnosti. (5) Hlavní dopad na zdraví každého jedince má jeho životní styl, který zahrnuje kvalitu stravování, duševní pohodu nebo fyzickou aktivitu. Důležité jsou i mezilidské vztahy. (3)

Zdraví můžeme zařadit na přední místo žebříčku hodnot, patří vůbec k nejvýznamnějším hodnotám. Člověk potřebuje zdraví pro dosažení svých vytyčených cílů. Nemělo by se však stávat celkovým smyslem života. (4)

Každý člověk vnímá zdraví jinak. Záleží na společnosti, ve které žijeme, dosaženém vzdělání a nastavení hodnotového žebříčku, který je u každého jedince individuální. Vliv má také kultura, v níž jedinec vyrůstá. (1)

Klienty velkou měrou ovlivňuje i to, jak vnímá zdraví ošetrující personál a jak ho prezentuje. Proto by měla mít sestra dostatečné vzdělání a přehled v ošetrovatelských teoriích a modelech, aby byla schopna pozitivně působit na postoje klienta ke zdraví. Přesto sestra nemusí mít vždy stejný pohled na zdraví, jako má klient. (1)

### **1.1.1. Podpora zdraví**

Podpora zdraví se neustále rozvíjí a stává se jedním ze stěžejních úkolů ošetrovatelské péče. Mluvíme o ní také jako o upevňování a posílení zdraví jednotlivce, ale i celé populace a je důležitou součástí péče o zdraví. Roli v podpoře zdraví hraje technické, finanční a materiální vybavení, nejdůležitější však je přístup jednotlivce, komunit a celé populace. Podpora zdraví u jednotlivců by se měla zaměřit na péči o sebe, o své prostředí a přijetí zdravého životního stylu. Velký význam se klade na posilování a upevňování zdraví a také na ochranu zdraví. Společenská podpora zdraví se pak věnuje udržování dobré životní úrovně, vytváření přijatelných pracovních podmínek či šíření informací o podpoře zdraví. Důležitý je i zájem o zdravé životní prostředí. (4)

„Smyslem je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, rozvíjet a realizovat zdravý životní styl.“ (4, s. 34)

Podpora vlastního zdraví znamená pozvednutí celkové úrovně zdraví. Nejde tedy jen o zdraví obecně, ale také o to, jak zdraví posilnit, jak se dostat do duševní a sociální pohody, být nenáchylný k nemocem a zvýšit svou odolnost vůči nim. (3)

Dle Machové a Kubátové má důležitou roli ve výchově ke zdraví žena. „Úroveň zdraví celé rodiny v rozhodující míře formuje žena, zejména v oblasti výživy rodiny, péče o dítě, vytváření jeho hygienických návyků a vztahu ke zdraví, a to nejen pro současnost, ale i pro budoucnost.“ (3, s. 14)

### **1.1.2. Faktory ovlivňující zdraví**

Na naše zdraví má vliv velké množství různých faktorů. Tyto faktory můžeme rozdělit do několika oblastí. Faktory rozeznáváme ochranné - to jsou ty, které zvyšují odolnost organismu a umožňují přizpůsobení se škodlivým vlivům z vnějšku. Další skupinou jsou faktory oslabující, které naopak snižují schopnosti organismu. Neznamena to ale, že by nemoc vyvolávaly. Poslední skupinou jsou faktory

etiopatogenetické, neboli rizikové. Tyto faktory se na vzniku onemocnění přímo podílejí. (6)

Naše zdraví mohou posílit nebo naopak poškodit s následkem onemocnění faktory, které rozdělujeme na vnitřní a vnější. (4) Mezi determinanty řadíme životní styl, který nás ovlivňuje nejvíce, celými 50 %. Dalšími faktory jsou životní prostředí, které se podílí 15-20 % a genetické předpoklady rovněž s 10-15 %. Posledním determinantem je zdravotní péče s taktéž 10-15 %. (7)

Zdraví ovlivňují faktory biologické, které vycházejí z biologických funkcí organismu. To jsou faktory vrozené a získané. Dále jsou faktory psychologické, sociální a duchovní. Ty se podílejí na stupni zdraví. (6)

Faktory s vlivem na zdraví mohou být přímé nebo nepřímé. Do přímých řadíme pohlaví, věk a genetické předpoklady. Zvláště pohlaví hraje v oblasti zdraví významnou roli. S těmito faktory bychom měli počítat a případně se jim bránit, upravit dle nich životní styl a podobně. Do nepřímých faktorů bychom mohli zařadit kouření a jiné závislosti, obezitu, nedostatek pohybu a podobně. (8)

Velice důležitá je i naše vzdělanost, zda máme dostatek znalostí o udržení zdraví, o tom jak o sebe pečovat a co pro nás a společnost je či není dobré. (1)

Do faktorů ovlivňujících zdraví také samozřejmě patří kvalita ovzduší, kvalita vody. Nesporný vliv mají i potraviny, které konzumujeme. Záleží na tom, zda jsou zdravé, nezávadné, bez obsahu konzervantů. Velký význam má rovněž prostředí, ve kterém žijeme. Důležité je proto dodržovat hygienicko-epidemiologická opatření, a to nejen v našich bytech či domech, ale také v zaměstnání. Měli bychom dodržovat všechny předepsané podmínky a bezpečnostní zásady. (9)

Jako další můžeme uvést faktory sociální. Jsou to „faktory vycházející z lidské společnosti, z její činnosti a vzájemných vztahů.“. (6) Tyto vztahy mohou ovlivňovat a také ovlivňují přírodní a osobnostní faktory. Ty dělíme na kulturní, náboženské, ekonomické a etické. Kulturní a náboženské faktory ovlivňují postoje a hodnoty klientů, chování jedince v komunitě a určují pohled na svět. Etické faktory rovněž určují chování jedince a také názor klientů například na oblast interrupce či eutanazie. Ekonomický faktor ovlivňuje přístup k moderním metodám a financování léčby.

Můžeme pod něj zařadit i nárůst administrativy a zvýšené požadavky na financování zdravotních služeb. (6)

## 1.2. Nemoc

Druhá kapitola se zaměřuje na definici nemoci a také vysvětluje rozdílné představy a pocity klienta a ošetřujícího personálu. Zmiňuje se o civilizačních chorobách a statistických datech týkajících se úmrtnosti. Představuje také základní rozdělení prevence.

Nemoc má mnoho definic a nemusí být proto vždy shodně vnímána. Dle některých definic je nemoc pouze stav, který způsobuje subjektivní potíže, z lékařského pohledu však tyto definice nejsou správné, protože nemohou obsáhnout všechny nemoci. (4)

„Nemoc neboli choroba či onemocnění je patologický stav těla nebo mysli“. (4, s. 20) Nemoc můžeme definovat různě, stejně jako pojem zdraví. Jednoduše jde o patologický děj v organismu s dopadem na zdraví jedince. Jde o nemožnost vyrovnat se s některými nároky na jedince buď z vnitřního či vnějšího prostředí. (4) Nemoc může ovlivnit jedince k snížené výkonnosti či zkrátit délku jeho života. (1)

Nemoc chápe jinak zdravý člověk a jinak člověk nemocný. Jinak ji může chápat i zdravotnický pracovník. Má jiné vize a jiné představy o dané nemoci. Nemocný člověk jí však vnímá zcela odlišně, jelikož ji prožívá a jde tedy o jeho pocity. Zcela jiným způsobem nemoc také posuzuje odborník, který se řídí nálezem. Ten se však nemusí shodovat se subjektivními pocity. Onemocnění tak není možné vždy posuzovat dle objektivního nálezu, ale vždy je nutné brát ohled na verbální projevy klienta. (4)

Mezi nejčastější nemoci, postihující populaci, řadíme nemoci civilizační. Civilizační nemoci jsou ty, na kterých se podílí jak ovlivnitelné faktory, například životní styl, konzumace kalorických potravin, kouření, stres, tak i faktory neovlivnitelné, mezi které patří genetická zátěž a pohlaví. (10) Mezi nejznámější civilizační choroby patří onemocnění kardiovaskulární. Podle Anny Markové patří České Republice světové prvenství ve výskytu nemocí srdce a cév. (11) „Nejčastější

příčinou kardiovaskulárního onemocnění je ateroskleróza“. (12, s. 1) Mezi nejobvyklejší kardiovaskulární onemocnění patří infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a dnes velice rozšířená hypertenze.

Mezi další civilizační choroby patří diabetes mellitus, kterým u nás onemocnělo již přes 800 000 lidí, a choroby gastrointestinálního traktu. Mezi nejčastější obtíže patří nejen poruchy přijímání potravy, jako je anorexie, bulimie a obezita, ale velice časté jsou i vředové choroby žaludku a gastroenteritidy. (13)

Dalším příkladem civilizačních chorob jsou nádory, které mohou zasáhnout jakoukoli část organismu, (13) přičemž „zhoubný nádor kolorekta je jednou z nejčastějších onkologických diagnóz v ČR“. (14, str. 31) V České republice jsou v porovnání s Evropou ale i celosvětově výskyt kolorektálního karcinomu a úmrtnost s ním související velice nadprůměrné. (14)

Mezi civilizační choroby řadíme také alergie, astma, demenci spolu s Alzheimerovou chorobou a další psychické problémy jako jsou deprese, úzkost či únavový syndrom. (11)

V České Republice již 20 let existuje Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR, který pomáhá lidem s civilizačními chorobami. Zde mohou klienti postižení civilizačními chorobami využívat služby a aktivity, které organizace nabízí. Organizace nabízí například odborné rehabilitační a rekondiční programy. Hlavním cílem organizace je znovu začlenění dlouhodobě a trvale nemocných do společnosti a prevence civilizačních chorob. (15)

Z hlediska statistiky jsou civilizační choroby na předním místě příčin úmrtnosti. První místo v úmrtnosti zaujímá onemocnění kardiovaskulární. Již v roce 2000 se ve statistikách objevilo onemocnění oběhové soustavy na prvním místě a to s celými 53,4 %. Mezi nejčastější kardiovaskulární onemocnění s následkem úmrtí patří ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, ateroskleróza a cévní mozková příhoda. V roce 2012 bylo evidováno 49 % zemřelých na tato onemocnění. (16,17)

Na druhé místo z hlediska úmrtnosti se řadí zhoubné novotvary. V roce 2000 bylo zaznamenáno 26,3 % úmrtí na tuto chorobu z celkového počtu, přičemž nejzávažnější zhoubný nádor u mužů byl zhoubný nádor průdušnice, průdušky a plic. U žen byl



nejčastější zhoubný novotvar prsu, časté jsou i karcinomy plicí, bronchu či průdušnice. U obou pohlaví jsou pak velice četné nádory tlustého střeva. Počet zemřelých na zhoubné novotvary v roce 2012 tvořil celých 25,3 % z celkového počtu úmrtí.

Na třetím místě na žebříčku úmrtnosti v roce 2012 byly u mužů příčiny vnější, kam řadíme autonehody, sebevraždy či utonutí, a u žen onemocnění dýchací soustavy. (13)

### 1.2.1. Prevence

Pro uchování zdraví je nezbytná prevence. Má velice úzkou souvislost s podporou zdraví jedinců a celé společnosti. Prevence je činnost, při které dochází k upevnění zdraví či zabránění nemocí. Lze také říci, že jde o aktivní prodloužení délky života. Preventivní opatření lze provádět buďto pouze u jednotlivce, skupiny nebo u celé společnosti. (4)

Prevenci dělíme na prevenci obecnou (nespecifickou), v jejímž rámci se zaměřujeme na podporu zdravého životního stylu a prostředí, a prevenci specifickou (profylaktickou), která usiluje o zabránění vzniku určité choroby, případně následků choroby. Typickým příkladem specifické prevence je očkování. (4)

Sestry se aktivně zapojují do prevence na všech úrovních, to znamená, že se zabývají prevencí primární, sekundární a terciální. (1)

Prevenci rozdělujeme na tři základní druhy. Prevence primární dbá na upevňování a ochranu našeho zdraví. V rámci primární prevence předcházíme nemocem, snažíme se zabránit samotnému vzniku onemocnění nebo jej alespoň co nejvíce oddálit. (1) Primární prevenci ovlivňuje nejvíce sám jedinec, záleží na jeho životním stylu a jeho chování k sobě samému. (18)

Druhým typem prevence je prevence sekundární. „Její cílem je zvládnout vývoj chorobného procesu, zabránit tvorbě komplikací, trvalých následků, invalidity anebo přechodu do chronického stádia onemocnění“. (4, s. 51)

Terciální prevence je poslední druh prevence. Jde o určitý druh rehabilitace, v rámci které se snažíme navrátit klienty do obvyklého, plnohodnotného života. (4)

### 1.3. Edukace v ošetrovatelství

Kapitola Edukace v ošetrovatelství vysvětluje důležitost edukace jako takové. Zaměřuje se na druhy edukace a zásady, které by edukace měla obsahovat. Dále je v kapitole objasněna role sestry v edukaci a edukační proces v ošetrovatelství jako takový.

Do ošetrovatelské praxe neodmyslitelně patří edukace klientů, pacientů, laiků. (19) Edukace je bezesporu jedna z nejdůležitějších ošetrovatelských činností a neměla by být podceňována a v žádném případě zapomínána. (20) Provádí ji ošetrovatelský personál nezávisle na léčbě a setkáváme se s ní v každodenním provozu. Každý zdravotnický pracovník má své pravomoci ohledně edukace, kterých by se měl držet. Každý okruh zdravotnických pracovníků by měl mít rovněž vypracovaný svůj standard, který v praxi využívá. (21)

Edukaci můžeme poskytovat jednotlivcům, ale i skupinám, či rodinám. Edukaci můžeme rozdělit na komplexní, základní či reedukaci. (19) Základní edukace je zaměřena na primární osvojení si vědomostí a dovedností. Klient v tomto případě ještě nebyl o své nemoci nebo o dané oblasti informován. Nejčastěji to bývá v případě nemoci, která se nově projevila. Komplexní edukace se realizuje v kurzech pro klienty, kteří již prošli základní edukací. Jedná se o onemocnění, která jsou celoživotní, a může se jednat o taková onemocnění, při kterých je nutné změnit stravovací návyky, ale také například o nemoci pohybového ústrojí. (22) „Reedukace je edukace pokračující, rozvíjející a napravující.“ (19, str.35) V tomto druhu edukace navazujeme na předchozí znalosti klienta s cílem prohloubení znalostí a dovedností. (23)

Edukace v ošetrovatelství by se měla držet několika zásad. Měla by být zaměřena na jednotlivce, a tudíž by se měla do popředí dostat individualita klienta. (19) Edukace by měla vycházet z potřeb klienta. (24) Edukant, neboli klient musí sestře důvěřovat, měl by si se sestrou stanovit mantinely, které by nebrzdily edukační proces. Sestra musí umět s klientem komunikovat a komunikaci perfektně ovládat. (19) Můžeme tak předejít různým nedorozuměním a klient se bude cítit bezpečněji, protože je informovaný a může se kdykoli zeptat na různé otázky či nesrovnalosti. (20) Sestra také

musí umět posoudit, zda klient všechny informace pochopil a musí si to umět ověřit. Edukátor neboli sestra či lékař, by se nad klienta neměli povyšovat. (19) Edukace klienta by měla zahrnovat i edukaci rodiny klienta a rozšířit jejich vědomosti s danou problematikou. (20)

Edukace v ošetrovatelství má za úkol zvýšit vědomosti klientů nemocných, ale i zdravých. (19) Informace podává klientovi sestra či lékař a edukují o možnostech správné životosprávy na podporu a udržení zdraví a snaží se uskutečňovat změny v oblasti postojů, vědomostí a zručnosti. (20) Cílem je zlepšení kvality léčby a zlepšení spolupráce s lékařem. (19) Dále se snaží udržet či navrátit zdraví klienta a zkvalitnit život s nevléčitelným onemocněním. (24)

### **1.3.1. Edukační role sestry**

Dle vyhlášky 55/2011 všeobecná sestra vykonává činnosti podle §3 odst. 1, přitom může mimo jiné edukovat klienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály. (25)

Sestra jako edukátorka by měla umět motivovat klienta, aby byl schopen se postarat o své zdraví a dokázal si ho chránit, měla by být schopna naučit ho zodpovědnosti za své zdraví. Sestra by měla mít roli edukátorky velice dobře osvojenou a mít dostatečné a dokonalé znalosti v oblasti edukace, kterou se zabývá. Edukace by měla být součástí všech vzdělávacích programů. Každá sestra musí být dostatečně připravena přijmout roli pedagoga v oboru podpory a ochrany zdraví. Jedná se o jednu z velice důležitých rolí sestry. (20)

„Edukační role sestry je základní odpovědností (kompetencí) všech registrovaných sester v péči o zdravé i nemocné klienty“ (20, s. 21) Sestra edukátorka má více rolí. Jednak je to role poradkyně, která řeší s klientem konkrétní onemocnění, spolupracuje s ošetrovatelským týmem a individuálně s klientem jedná. Může také spolupracovat s rodinou klienta, kterou informuje a radí jí v bio-psycho-sociální oblasti. Další rolí je sestra konzultantka, která funguje jako odborný poradce. Poslední role sestry

edukátorky je sestra jako pedagog. V této roli sestavuje individuální plán pro klienta, realizuje edukaci a to edukaci základní, komplexní ale také reedukační, dle potřeb klienta. (20)

Role edukátorky však nespočívá jen v poskytování informací. Sestra by měla klienta především aktivně začlenit do učení. Sestra musí posoudit edukační potřeby klienta, naplánovat edukaci a následně ji zrealizovat. Musí vybrat vhodné techniky učení a vhodné edukační materiály. (20)

### **1.3.2. Edukační proces v ošetrovatelství**

„Edukační proces je systematický, postupný, plánovaný postup činností sestávající z dvou hlavních, na sobě nezávislých operací – výuky a učení. Tento proces vytváří souvislý koloběh, který rovněž zahrnuje dva nezávislé hráče – učitele a žáka. Společně představují výuka a učení aktivity, jejichž výsledek vede ke vzájemně požadovaným změnám chování. Tyto změny napomáhají k vývoji u žáka, a zároveň u učitele. Proto by měl edukační proces vždy být aktivním a sdíleným přístupem k výuce a učení.“ (26, s. 11)

Edukační proces má několik fází. V první fázi zjišťujeme, koho budeme edukovat a z jakého důvodu a rovněž potřeby edukanta. (24) Je důležité v této fázi zjistit klientovu motivaci a skutečnosti, které nám usnadní a zkomplikují edukaci. Tyto poznatky nám pomohou určit cíle edukace. Druhá fáze, která se nazývá projektování, nám pomůže naplánovat postup, kterého se při edukaci budeme držet. Určíme si čas edukace, cíle, kterých chceme dosáhnout, výsledná kritéria. V této fázi si vybíráme i didaktické metody a konstrukty. Třetí, realizační fáze je fáze, ve které dochází k edukaci jako takové. Využíváme didaktické metody pro upevnění znalostí, dovedností a postojů. Při realizaci můžeme sledovat a hodnotit edukanta, zda učení zvládá a problematiku chápe. Můžeme řešit vzniklé problémy či překážky. Edukanta motivujeme a posilujeme jeho vůli, jak při úspěchu, tak neúspěchu. V závěrečné hodnotící fázi hodnotí edukační proces sestra, ale i klient. Edukační proces je třeba

zaznamenávat do dokumentace, kam zapisujeme všechny informace zjištěné při procesu. (24)

Pokud edukace není úspěšná a musí dojít k reedukaci, je potřebné zjistit příčiny, kvůli kterým se nám nedaří edukovat klienta a dosáhnout našich stanovených cílů. (20) Sestra edukátorka by za splnění úkolu neměla považovat probrání veškerého obsahu, který si stanovila, ale to, zda edukant problematice porozuměl a jestli tedy došlo ke změně. Vzdělání klientů by mělo být zaměřené na uchování zdraví, které by mělo být náplní každodenního života. Edukace má být zaměřena na nezávislost klientů a zvládnutí sebezpečí. (24)

Edukační proces se v ošetrovatelství liší podle onemocnění klienta. Edukace může být úvodní, kdy edukujeme klienta např. o předoperační přípravě. Dále může být edukace prohlubující a kontinuální. (20)

Edukační proces se mnohdy srovnává s ošetrovatelským procesem, mohou mít stejné fáze, ovšem cíle jsou velice rozdílné. Největší rozdíly najdeme v plánování a realizaci. Ošetrovatelský proces je založený na tělesných a psychosociálních potřebách, kdežto edukační proces vychází z učení, připravenosti k učivu a stylu učení. Ošetrovatelský proces je ukončen při uspokojení tělesných a psychosociálních potřeb, avšak edukační proces má za cíl změnit vědomosti, zručnost a postoje klienta. (20)

#### **1.4. Zdravotně výchovná činnost**

Třetí kapitola s názvem zdravotně výchovná činnost poukazuje na důležitost a úzkou souvislost zdravotně výchovné činnosti s primární péčí, při které je cílem pozitivní motivace klientů v péči o jejich zdraví. Jsou zmíněny její hlavní úkoly a vysvětlena zdravotně výchovná činnost v různých fázích dospělosti. Součástí kapitoly jsou rovněž informace o modelu podpory zdraví dle N.J. Pender či strategii Zdraví 2020.

Povinnosti sester ohledně zdravotně výchovné činnosti upravuje vyhláška č. 55 z roku 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,

podle které se ošetrovatelskou péčí rozumí mimo jiné „soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin.“ (25, par. 2, odst. A)

Cílem zdravotně výchovné činnosti je pozitivní ovlivňování chování obyvatel, udržení a osvojení si správných návyků a zdravého způsobu života. Klienti by si tímto způsobem měli uvědomit odpovědnost za své zdraví. Nejdůležitější je tedy zvýšit zdravotní uvědomění klientů a rozšířit jejich znalosti. (27) „Všichni zdravotníci musí vést obyvatelstvo ke zdraví, jelikož je to jejich profesionální povinnost.“ (27, str. 312)

Dalším úkolem zdravotní výchovy je zprostředkovat a podat informace klientům jako jednotlivcům, či skupinám nebo rodinným příslušníkům. Informace sestra či zdravotnický pracovník podává dle rozsahu svých kompetencí. Sestra musí dávat pozor na to, aby výklad byl srozumitelný a klienti informace správně a dostatečně pochopili. Sestra by rovněž měla informace podávat tak, aby sama dokázala zhodnotit výsledky.(28)

Zdravotní výchova může také šířit informace prostřednictvím vzdělávacích programů a kampaní v oblasti podpory zdraví a prevence. Na závěr je pak možné hodnotit výsledky uskutečněné akce. Jedním z dalších úkolů zdravotně výchovné činnosti je vzdělávání ošetrovatelského a zdravotnického personálu. (Věstník)

Zdravotně výchovná činnost se liší v každém věku. Věkové skupiny se nedělí pouze na děti, dorost a dospělé. Také v jednotlivých fázích dospělosti má klient různé problémy a starosti, které musí ošetřující pracovník diagnostikovat a ohodnotit.

V rané dospělosti klienti řeší finanční zajištění, vytváření vlastní osobnosti a celkovou změnu životního stylu. Kvůli těmto probíhajícím změnám mohou pociťovat stres a sestra by jim měla poradit, jak vzniklý stres zvládnout.

Ve fázi střední dospělosti se klienti zabývají možným zhoršujícím se zdravotním stavem. Smiřují se s možnými změnami ohledně zdravotního stavu a přehodnocují osobní cíle. Klienti se v tomto období loučí s dětmi, které se staví na vlastní nohy. Může ale přijít i starost o rodiče, kteří již nejsou schopni se o sebe postarat sami. To pro ně může znamenat nárůst finanční odpovědnosti kvůli hledání správné a vhodné péče pro

rodiče. „Objevuje se potřeba využít volný čas, rozšířit vnější zájmy a přesměřovat životní cíle. Může být nutné přizpůsobit se ztrátám v případě smrti rodičů.“ (29, s.159).

Pro klienty může být těžké plánovat odchod do důchodu. Hledají nové zájmy pro využití volného času. Zdravotnický pracovník by měl klientovi i rodině poradit a hledat spolu s nimi vhodné a možné alternativy pro využití volného času.

V pozdní dospělosti se klienti sžívají s odchodem do penze. Hlavním problémem, který v pozdní dospělosti přichází, jsou různé zdravotní problémy. Může se jednat o úbytek energie, ale také o různá chronická onemocnění, se kterými se klient musí vyrovnat. Zdravotnický pracovník by měl klienta informovat o nutnosti podpory zdraví a o nutnosti přizpůsobení se fyziologickým změnám. Pro pozdní dospělost je nutná aktivita. Měli bychom tedy klienty informovat o možnostech zapojení se do komunitních aktivit a o výběru aktivit, vhodných z hlediska jejich zdravotního stavu. (29)

#### **1.4.1. Model podpory zdraví dle N. J. Pender**

Model podpory zdraví dle N. J. Pender se celosvětově využívá k výzkumům, výuce i v praxi. (nolapender.weebly.com) Jeho cílem instruovat sestru, jak dopomoci klientovi ke změně jeho chování a dosažení zdravého životního stylu. Pro spolupráci s klientem předpokládá znalost jeho osobnostních faktorů, jako jsou bio-psycho-sociální faktory, ale také jeho obecných charakteristik, jako jsou věk, rasa, etnikum a struktura osobnosti.

Model je založen na několika předpokladech. Prvním z nich je, že lidé usilují o vytvoření takových životních podmínek, ve kterých jsou schopni vytvářet svůj jedinečný lidský zdravotní potenciál. Dále se předpokládá, že jedinci jsou schopni sebeuvědomění, které zahrnuje hodnocení vlastních kompetencí. Další hypotézou je, že lidé se snaží dosáhnout přijatelné rovnováhy mezi změnou a stabilitou. Rovněž se snaží aktivně regulovat své vlastní chování. Jedním z dalších předpokladů je, že jedinec jako bio-psycho-sociální celek a prostředí, ve kterém žije, na sebe navzájem působí a postupem času se vzájemně ovlivňují. Předpokládá se rovněž, že zdravotníci, kteří

jsou součástí mezilidského prostředí, ovlivňují jednotlivce v průběhu jejich života. Posledním předpokladem je, že pro změnu chování je klíčová z vlastní vůle iniciovaná rekonfigurace interaktivních vzorů vtahujících se k osobnosti a prostředí. (30)

Model N. J. Pender je dále založen na teoretických tezích, které poskytují modelu základ pro výzkum podpory zdravotního chování. Teoretické teze pracují s okolnostmi, které ovlivňují, ať už pozitivně či negativně chování klienta v oblasti jeho vlastního zdraví a pravděpodobnost, zda bude ochoten se zapojit do chování, které zdraví více propaguje. Faktory, které chování klienta v tomto směru ovlivňují, jsou jeho předchozí chování i vlastnosti. Dále to jsou to překážky, které klient vnímá, a na druhou stranu jím vnímané kompetence a vlastní efektivnost. Klient se do zdravotního chování spíše zapojí, pokud může očekávat osobní přínosy. Dalšími pozitivně působícími vlivy jsou vzorové chování např. v rodině či mezi vrstevníky, pozitivní emoce nebo vlivy s tímto chováním spojené a situační vlivy vnějšího prostředí. Všechny tyto vlivy ale mohou působit i negativně, stejně jako skutečnost, že klient musí řešit jiné protichůdné požadavky či je zaneprázdněn jinými aktivitami. V průběhu času se také mohou všechny tyto vlivy měnit a upravovat. Vztahy mezi jednotlivými faktory ovlivňujícími zdravotní chování jsou rovněž znázorněny v diagramu v příloze č. 1. (30)

#### **1.4.2. Zdraví 2020**

Zdraví 2020 neboli Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je strategie Ministerstva zdravotnictví ČR vytvořená v letech 2012 – 2013, která by měla být realizována v období let 2014 – 2020. Vychází z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020 a navazuje na předchozí vládní program Zdraví 21, který se rovněž věnoval zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. „Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.“ (31, s. 5) Strategie cílí jednak na instituce veřejné správy, jednak na jednotlivce, komunity a soukromý i neziskový sektor a další



např. vzdělávací instituce. Hlavním cílem je podílet se na řešení aktuálních zdravotních problémů, které jsou spojeny se sociálními, demografickými, ekonomickými změnami. Hlavními prostředky má být prevence nemocí a podpora zdraví.

Strategie má 4 prioritní oblasti. První oblast se zaměřuje na investice do zdraví, prevenci nemocí a větší zapojení občanů do péče o jejich zdraví. Druhá oblast se zabývá řešením problémů infekčních a neinfekčních nemocí a sledováním zdravotního stavu populace. Třetím cílem strategie je posilování zdravotnických systémů a veřejného zdravotnictví, zajištění dostupnosti zdravotních služeb a krizové připravenosti. Čtvrtá prioritní oblast má za úkol vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj sociálních skupin a zajistit jim příznivé prostředí s ohledem na jejich zdraví.

## **1.5. Ošetřovatelství v primární péči**

Poslední kapitola Ošetřovatelství v primární péči se věnuje práci sestry v ordinaci praktického lékaře, nutnosti dostatečného vzdělání a dokonalé komunikace. Dále se pak zaměřuje na úlohu sestry v prevenci nejčastějších onemocnění.

Primární péče představuje prvotní a nejdůležitější úroveň zdravotnického procesu, a to i v oblasti zdravotně výchovné činnosti a edukace. V tomto procesu se sestra stane učitelkou, manažerkou a poradkyní v oblasti podpory zdraví klienta. Aby sestra mohla všechny tyto role převzít, musí s klientem navázat vztah, který je založen na vzájemné důvěře. (30)

Primární péči dělíme na gynekologickou, stomatologickou a obvodní. Obvodní péči dále dělíme na dětskou a dorostovou a dospělou. V primární péči se zaměřujeme na ochranu a uchování zdraví obyvatelstva. (32) Cílem primární péče je léčba, diagnostika, ale především prevence a výchova klientů. (1) „Nezastupitelné místo v prevenci má edukace a zdravotní výchova se zaměřením na primární prevenci.“ (33, str. 110)

Práce sestry v ordinaci praktického lékaře je velice pestrá. „Role, náplň práce a kompetence všeobecné sestry závisí ve velké míře na organizaci a dělbě práce

v jednotlivých praxích.“ (34) Sestra se nestará pouze o posilování zdraví či o změnu životosprávy, ale je důležité, aby sestra měla dostatečné teoretické znalosti v oblasti odběru biologického materiálu, aplikace injekcí, měření krevního tlaku a dalšího poučování klienta. Sestra by neměla mít problém zvládnout někdy velice obtížnou situaci v čekárně a zajistit plynulý provoz ordinace. (35)

„Sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy; vede zdravotnickou dokumentaci; poskytuje pacientovi informace v souladu se svou způsobilostí, případně mu tlumočí pokyny lékaře; podílí se na přípravě standardů praxe; zajišťuje ochranné pomůcky, dostatečné zásoby, jejich desinfekci, případně sterilizaci.“ (36)

Všeobecná sestra může vykonávat činnosti bez odborného dohledu v souladu s diagnózou klienta, která je lékařem stanovena, a základní a specializovanou péči poskytuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. (37)

Úkolem sester v primární péči je poskytovat informace o zdravém způsobu života, povzbuzovat klienty k upevňování jejich zdraví a vzdělávat je o správné výživě v rámci jejich onemocnění. (32)

V primární zdravotní péči je velice důležitý vzhled sestry. Pro klienty je důležité, jak sestra vypadá, zda je upravená. Na klienty nemusí působit dobře výrazné a extravagantní nalíčení či neupravenost a zanedbávání zevnějšku. To, jak sestra vypadá a jak se o sebe stará, napovídá, jaká je. Úprava je tedy velice důležitá pro vytvoření prvního dojmu. Nejpodstatnější je však pro klienta komunikace. Je velice důležité, aby sestra perfektně ovládala zásady komunikace a uměla ke klientům přistupovat holisticky. Měla by také kromě komunikace verbální dbát na neverbální komunikaci. V komunikaci mezi sestrou a klientem je jednou z nejvýznamnějších věcí naslouchání. Pro klienta je velice důležité, zda mu sestra naslouchá a zda reaguje na jeho dotazy a problémy. Správná sestra by měla poznat aktuální rozpoložení klienta. Neměl by pro ni být problém ho rozeznat z klientova přístupu a neverbálních projevů.

Sestra musí mít dokonalé znalosti, dovednosti a dobře osvojené techniky, kterými bude upevňovat a zlepšovat zdraví klienta. Je důležité přistupovat ke každému klientovi jako k jednotlivci a individualitě, tedy vysvětlovat a učit každého klienta podle jeho

aktuálních potřeb a dovedností. Důležité je rovněž dodržovat soukromí klienta a nastolit vzájemnou důvěru. Sestra by měla klientovi věřit a podporovat ho. Klient by sám měl vnímat, že se sestra o něj zajímá, může to poznat jen úsměvem či dotykem. Tím spíše se bude klient komunikace aktivně účastnit. Důležitý je milý a přívětivý tón a oslovení klienta. (31)

Mezi nejvýznamnější vlastnosti sestry patří empatie, tedy chápání problémů klienta a vcítění se do nich. Sestra s dostatkem empatie by měla u klienta poznat jeho emocionální rozpoložení, které klient přímo nevyjadřuje, ale které dokáže sestra poznat z jeho chování. Pro klienta je důležité, aby zjistil a pochopil, že sestra se o něj zajímá, aby mu pomohla. Potom se klient dokáže dostatečně otevřít. (31)

V primární péči by sestra měla mít přehled v oblasti multikultury, musí chápat odlišné hodnoty jiných kultur, především těch zdravotních. Velice podstatné je posilování vztahů mezi sestrou a klienty s odlišnou kulturou. Musí se navzájem chápat, akceptovat a spolupracovat a být ochotni ke vzájemné výměně názorů a hledání dalších řešení. (31)

### **1.5.1. Úloha sestry v prevenci nejčastějších onemocnění**

Jedněmi z nejčastějších onemocnění prvotně zjištěných v ordinaci praktického lékaře jsou onemocnění srdce a cév, kolorektální karcinom a diabetes mellitus. Zdravotní pracovníci hrají v těchto případech velice významnou roli z hlediska prevence. „Prevence je nejúčinnějším a nejlevnějším opatřením proti onkologickým chorobám.“ (14, s. 31) Důležitou roli zde hraje sestra, která by měla být schopna rozpoznat prvotní příznaky onemocnění z verbalizace klienta. „Úkol edukovat pacienta je tedy nejen na lékařích, ale především na sestřích. Dostatečná informovanost je však pouze prvním krokem, ten druhý je na samotném pacientovi“ (9, s. 502)

Sestra může preventivní opatření a další informace přizpůsobit podle osobnosti klienta. Protože klienta zná, ví, jaké výukové formy jsou pro něj vhodné. (14) Pro

některé klienty jsou vhodnější letáky či brožury, pro jiné jsou tyto formy nevhodné. Lépe pochopí problematiku od sestry, která jim vše osobně vysvětlí. (34)

Mezi informacemi, které sestra klientovi poskytuje, by nemělo chybět podrobné vysvětlení, co vlastně jeho onemocnění způsobilo, znamená a je. Je důležité, aby sestra poučila klienta o nutnosti změny životního stylu a současně s ním rozebrala, jaké chyby se vyskytují v životním stylu současném. Například u kardiovaskulárního onemocnění je nezbytné klienta informovat o dietních zvyklostech a o tom, jaké změny musí v jeho dietním režimu nastat. Mezi další významná opatření patří zvýšení pohybové aktivity, které musí být trvalé.

Stejně jako u kardiovaskulárního onemocnění je dietní opatření součástí prevence kolorektálního karcinomu. K dalším preventivním činnostem u těchto onemocnění patří vyšetření konečníku a stolice na okultní krvácení, u kterých je nutné klientovi vysvětlit postup vyšetření. V případě dobré počáteční prevence je kolorektální karcinom lépe zvládnutelný a léčitelný. (14)

V případě diabetu mellitu je obzvláště důležité se zaměřit na klienty, kteří jsou rizikovější z důvodu genetické dispozice. (38) Klienti musí být dostatečně informováni o škodlivých faktorech, které zvyšují pravděpodobnost onemocnění. V rámci primární prevence se opět jedná o změnu dietního režimu, dostatečnou pohybovou aktivitu, zákaz kouření, zákaz alkoholu a udržení optimální tělesné váhy. (39)

### **1.5.2. Využití ošetrovatelské taxonomie ve zdravotně výchovné činnosti sestry**

Ošetrovatelské diagnózy jsou bezesporu základem a každodenní náplní práce sestry. Sestra by ošetrovatelský proces měla provádět profesionálně, ať už pracuje kdekoli. „Ošetrovatelská diagnóza, jako součást ošetrovatelského procesu, je ústředním bodem profesionální ošetrovatelské praxe, a tudíž také edukace v ošetrovatelství.“ (40, str. 95) Edukační programy v ošetrovatelství učí, jak provádět komplexní hodnocení zdraví.

Sestry jsou zodpovědné za podporu zdraví klientů. Diagnóza pro podporu zdraví je „klinickým posouzením motivace a touhy osoby, rodiny, skupiny nebo komunity zvýšit svůj well-being (pocit pohody, blaha) a aktualizovat potenciál lidského zdraví ve snaze zlepšit specifické zdravotní chování.“ (40, s. 101)

Diagnózy na podporu zdraví však můžeme stanovit kdykoli, při jakémkoli zdravotním stavu klienta či skupiny. Sestra vybírající si ošetrovatelské diagnózy by měla dbát na přesnost s ohledem na stanovení správné diagnózy. Sestry by měly stejně jako všechno ostatní ošetrovatelské diagnózy zaznamenávat a dokumentovat. Důležité je stanovení priorit, ty jsou určovány podle potřeb klientů. Sestra shromažďuje informace, plánuje výsledky a následně si plánuje intervence dle potřeb klienta pro dosažení vytyčených cílů.

Ošetrovatelské diagnózy zabývající se podporou zdraví se řadí do první domény nesoucí název Podpora zdraví. Do této domény patří desítky ošetrovatelských diagnóz soustřeďujících se na tuto problematiku. Patří sem diagnóza číslo 00078 Neefektivní management vlastního zdraví, dále diagnóza číslo 00099 Neefektivní udržování zdraví. Další příklad může být diagnóza číslo 00043 Neefektivní ochrana. (40)

## **2. CÍLE PRÁCE**

### **2.1. Cíle práce**

*Cíl 1:* Zjistit, zda všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů využívají zdravotně výchovné kompetence.

*Cíl 2:* Zjistit, jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence.

*Cíl 3:* Zjistit nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktických lékařů.

### **2.2. Výzkumné otázky**

*Výzkumná otázka 1:* Využívají všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů zdravotně výchovné kompetence?

*Výzkumná otázka 2:* Jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence?

*Výzkumná otázka 3:* Jaké jsou nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktických lékařů?

### **3. METODIKA**

#### **3.1. Použitá metodika**

Pro zpracování výzkumné části v bakalářské práci byla zvolena kvalitativní forma. Tento výzkum byl prováděn formou polostandardizovaných individuálních rozhovorů u sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Jihočeském kraji. Sestry byly seznámeny s využitím rozhovoru a ujistěny anonymitě při následném zpracování výsledků. Rozhovory byly zpracovávány v měsíci březnu v roce 2014. Rozhovor (Příloha č. 2) je sestaven z předem připravených otevřených otázek, na které sestry odpovídaly. Rozhovor byl zaměřen na téma zdravotně výchovná činnost a nejčastější cílovou skupinu edukovaných klientů.

Rozhovor obsahoval 7 otázek a byl prováděn v ordinacích praktických lékařů. Trval přibližně 20 minut. Každý rozhovor byl zaznamenán do záznamového archu se souhlasem dotazované sestry.

#### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v ordinacích praktických lékařů v Jihočeském kraji (Strakonice, Trhové Sviny, Tábor, Radomyšl). Výzkumný soubor tvořilo 8 sester, které byly seznámeny s tématem a cíli práce. Výzkumná část bakalářské práce byla zpracovávána v březnu 2014. Rozhovor byl zpracováván v ordinacích praktických lékařů. Informace byly sepsány do záznamového archu po souhlasu sestry.

První respondent, sestra, 55 let, z Trhových Svinů pracuje v ordinaci praktického lékaře 20 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu zakončenou maturitní zkouškou a dříve pracovala na Interním oddělení. Po mateřské dovolené nastoupila k praktickému lékaři. Rozhovor probíhal na pracovišti v Trhových Svinech a probíhal v přátelském duchu, trval zhruba 20 minut. Sestra 1 reagovala na otázky pohotově. U některých otázek přemýšlela, ale následně jsme se dostaly k odpovědi. Sestra 1 byla přátelská a otevřená.

Sestra 2 je respondent z ordinace praktického lékaře pro dospělé v Táboře. Sestře je 56 let a vystudovala střední zdravotnickou školu v Táboře, zakončenou maturitní zkouškou. Nyní pracuje u praktického lékaře 21 let. Dříve pracovala jako geriatrická sestra, na chirurgickém oddělení a také jezdila se Zdravotnickou záchrannou službou. Rozhovor trval necelých 30 minut a probíhal na pracovišti sestry.

Třetí respondent je sestra pracující u praktického lékaře pro dospělé v Písku a je jí 40 let. Sestra pracuje u lékaře již 10 let a dříve pracovala 6 let na interním oddělení. Sestra 3 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích zakončenou maturitní zkouškou. Rozhovor byl uskutečněn v ordinaci, kde sestra pracuje, a doba trvání byla okolo 20 minut.

Respondent 4, sestra pracující 17 let u praktického lékaře v Radomyšli, vystudovala v Písku na Střední zdravotnické škole. Sestře 4 je 63 let a v letošním roce odchází do důchodu. Dříve pracovala na interním oddělení v Nemocnici Strakonice. Rozhovor probíhal na pracovišti sestry v Radomyšli a trval okolo 30 minut.

Sestra 5, pracující v ordinaci praktického lékaře v Trhových Svinech, pracuje v ordinaci 25 let. Dříve zde pracovala jako ošetřovatelka a asistentka, poté vystudovala dálkově střední zdravotnickou školu, a nyní zde 10 let pracuje jako sestra. Rozhovor probíhal v ordinaci, kde sestra pracuje, a trval okolo 15 minut.

Další rozhovor v oblasti zdravotně výchovné činnosti probíhal s registrovanou sestrou ze strakonického obvodu. Sestře 6 je 53 let a u praktického lékaře pracuje 6 let. Dříve pracovala v charitním zařízení a na chirurgickém oddělení v Českém Krumlově. Rozhovor probíhal v ordinaci praktického lékaře a trval téměř 45 minut.

Následující rozhovor byl vytvořen se sestrou, 49 let, pracující u obvodního lékaře pro dospělé ve Strakonících. Sestra 7 pracuje u praktického lékaře 25 let a dříve pracovala jako zástup u obvodních lékařů, kteří potřebovali sestru, jelikož byla jejich sestra v pracovní neschopnosti a podobně. Rozhovor probíhal v místě, kde byla sestra zaměstnána, a probíhal přibližně 35 minut.

Sestra 8 pracuje u praktického lékaře v Radomyšli, kde zastupuje sestru, která zde pracuje nyní a zastupuje i další sestry ve zdravotní neschopnosti a podobně. Sestře 8 je 30 let a vystudovala Střední zdravotnickou školu v Písku zakončenou maturitní



zkouškou. Sestra takto pracuje 3 roky a dříve pracovala na Chirurgickém oddělení v Nemocnici Strakonice a v Domově pro seniory. Rozhovor probíhal v ordinaci lékaře a trval zhruba 25 minut.

#### 4. VÝSLEDKY

Všichni respondenti se shodli v tom, že zdravotně výchovnou činnost v ordinacích provádějí. Padly rozdílné názory ohledně pojmu zdravotně výchovná činnost jako takovém. Většinou šlo jen o záměnu slov, tedy edukace, vysvětlování, řešení, poradenská činnost. Jeden odlišný názor byl takový, že sestra 1 uvedla, že pod tímto pojmem si představuje preventivní prohlídky, očkování, což k primární prevenci ale neodmyslitelně patří. Většinou se všechny sestry shodly na způsobu edukace jako takovém. Všechny uvedly, že způsob edukace je rozhovor s klientem nebo vysvětlení dané problematiky klientovi. Všechny, kromě sestry 7, se shodly, že dávají klientům informační letáky, některé více, některé méně, spíš minimálně, ale při rozhovoru se o tom zmínily. Sestra 1 a sestra 2 udávají jako další způsob edukace vysílání naučných televizních programů v čekárně. U otázky, která je zaměřena na zpětnou vazbu, jakým způsobem ji sestry ověřují, bylo řečeno následující: většina respondentů uvedla, že toto ověřují slovně, dotazem. Sestra 2 se po edukaci zeptá, zda informace chápou a zda potřebují něco povysvětlit. Sestra 3 se dotazuje klientů následně po edukaci samotné, žádá o zopakování. Sestry 1, 5, 6, 7, 8 se dotazují klientů při další návštěvě na nejasnosti. Sestra 4 považuje za zpětnou vazbu odebrání krve klientům, případně při přiznání klientů o nedodržování opatření je znovu informuje. Při otázce v oblasti reedukace bylo zjištěno, že sestry 1, 3, 5, 7, 8 nejčastěji reedukují seniory, většinou jde o seniory trpící dle sestry 3 diabetem, kteří nedodržují dietní opatření. Dle sester 7, 8 jde o seniory trpící diabetem a hypertenzí. Sestra 2 reedukuje seniory, ale i střední věkovou kategorii a to od 45 let a více. Sestra 4 reedukuje seniory ale také mladší populaci a to nejčastěji v oblasti zvýšené hladiny cholesterolu. Sestra 6 reedukuje všechny. U otázky týkající se druhu edukovaných klientů se sestry v názorech rozcházely. Sestry 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, nejčastěji edukují klienty s diabetem a hypertenzí a edukují je převážně s ohledem na výživu či pohybový režim. Sestra 1 uvedla, že nejčastěji edukuje klienty celkově s chronickým onemocněním, přičemž udala jako příklad diabetes a hypertenzi. Sestra 2 se se sestrou 1 ztotožňuje, až na případ, kdy jako další příklad uvádí astma bronchiale. Sestra 4 navíc udává klienty se zvýšenou hladinou cholesterolu. Sestra 6

navíc řekla, že často edukuje i klienty s onemocněním močových cest a ohledně Hemocultu. Sestra 7 edukuje navíc klienty s koagulační medikací, onemocněním štítné žlázy, močových cest a ohledně Hemocultu. Sestra 8 mimo diabetes a hypertenzi uvádí vysokou hladinu cholesterolu a obézní klienty. Sestra 5 uvedla jako nejčastější druh edukovaných klientů chronicky nemocné, tělesně postižené a inkontinentní seniory.

Při poslední otázce, u které bylo cílem zjistit nejčastěji edukovanou věkovou skupinu, se sestry více méně nelišily. Sestra 6 uvedla klienty 50 let a více, následně sestra 7 odpověděla 55 let a více. Sestry 1,2,4,5 se shodly na seniorech od 60 let a výše, sestra 8 uvedla taktéž seniory nad 60 let, ale řekla, že občas edukuje i mladší lidi. Sestra 3 se odlišuje, ta uvedla, že edukuje jakoukoli věkovou skupinu.

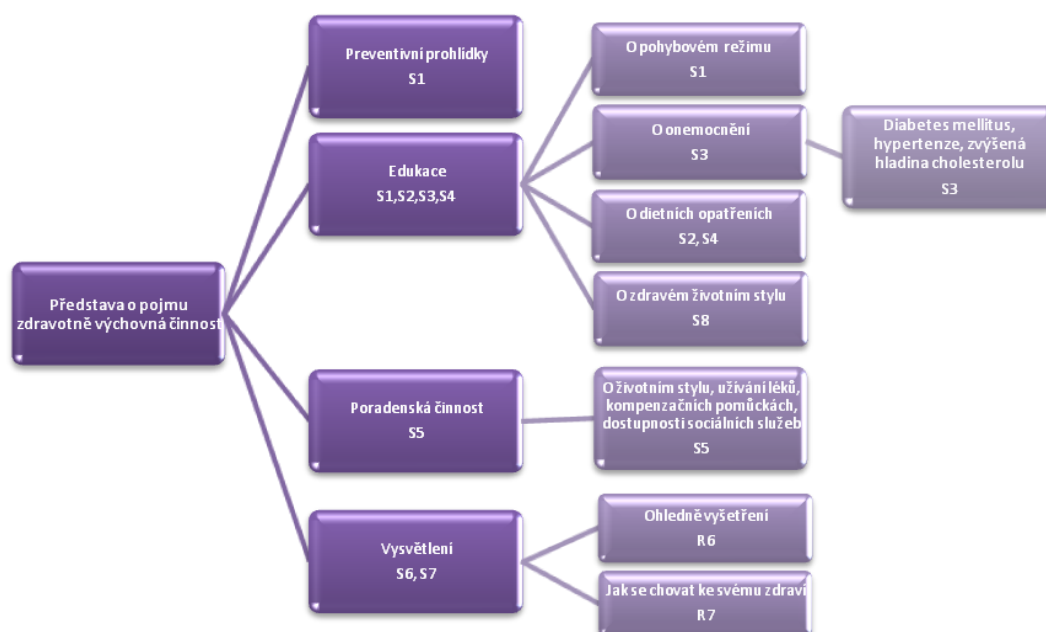
#### **4.1. Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami**

##### **4.1.1. Kategorie 1: Pojem/představa o zdravotně výchovné činnosti**

U pojmu zdravotně výchovné činnosti je patrné, že se sestry shodují a nemýlí. „Pod tímto pojmem vidím preventivní prohlídky nebo očkování. Dále si představuji edukaci o pohybovém režimu a dietách“ (S1). S5 odpověděla: „Představuji si poradenskou činnost ohledně zdravého životního stylu, užívání léků, kompenzačních pomůcek a dostupnosti sociálních služeb.“ Sestra 6 uvedla, že si pod zdravotně výchovnou činností představuje následující: „Mít více času na vysvětlování pacientům co a jak před vyšetřením. Vysvětlit jim pořádně, jak vyšetření bude probíhat a podobně.“ Toto jsou od sebe nejvíce odlišné odpovědi sester. Ostatní sestry (S2, S3, S4, S7,S8) se shodují, že pod pojmem zdravotně výchovná činnost si představují edukaci klientů. Sestra 1 na otázku odpověděla: „Pod tímto pojmem vidím preventivní prohlídky nebo očkování. Dále si představuji edukaci o pohybovém režimu a dietách.“ Šest z osmi sester se shoduje, že zdravotně výchovnou činnost provádějí zejména z hlediska dietních opatření. Šlo o sestry 1, 2, 4, 5, 7, 8. Pouze sestry 3 a 6 nezmínily potřebu edukace

v oblasti dietních opatření. Sestry 4 a 5 navíc uvedly, že provádějí zdravotně výchovnou činnost v oblasti užívání medikace. Při seznámení sestry 2 s tématem rozhovoru trochu znejistila a padla otázka: „Co to je?“. Postupem času jsme se po vysvětlení dopracovaly k pojmu zdravotně výchovné činnosti jako takové. Sestru jsem seznámila s tím, o co se jedná, ale netrvalo dlouho a pochopila, že jde o to, co provádí každý den. Odpovídala vstřícně a přátelsky. Při seznámení sestry 4 s tématem rozhovoru se sestra zatvářila rozpolceně a zdálo se, že neví, co pojem znamená. Při informování o tom, jak rozhovor bude probíhat a jaké druhy otázek se budou objevovat, jsem sestře naznačila, co pojem zdravotně výchovná činnost a edukace znamená. Poté sestra působila jistěji. Z rozhovoru jsem usoudila, že sestra 4 zdravotně výchovnou činnost provádí a prováděla, ale nemyslím si, že věděla, že se činnost takto nazývá.

**Diagram 1**



#### **4.1.2. Kategorizace 2: Způsob edukace klientů**

Všechny sestry provádějí edukaci u svých klientů způsobem rozhovoru, navíc poskytují klientům informační letáky k samostudiu. Sestra 1 řekla: „Používáme reklamní letáky, televizní vysílání v čekárně a rozhovor s klientem.“ Sestry 4 a 6 poskytují klientům informační letáky pouze minimálně a sestra 6 navíc dodala: „Letáky používám minimálně, spíše si je mohou vzít v čekárně, ale vždy jim vše vysvětlím slovně.“ Oproti tomu sestra 5 odpovídá následovně: „Pohovořím si s klientem v ordinaci či poskytnu leták k dané problematice.“ Výjimkou je sestra 7, která toto

v rozhovoru neuvedla, avšak dodala, že provádí podrobné povysvětlení, které navazuje na informace podané lékařkou. Řekla: „Klienty edukujeme rozhovorem, paní doktorka něco vysvětlí a já následně dovysvětlím, snažím se jim to vysvětlit více pochopitelně pro laiky.“ Sestra 1 a 2 dodaly, že klientům v čekárně pouštějí edukační televizní programy.

**Diagram 2**



#### 4.1.3. Kategorie 3: Ověření zpětné vazby

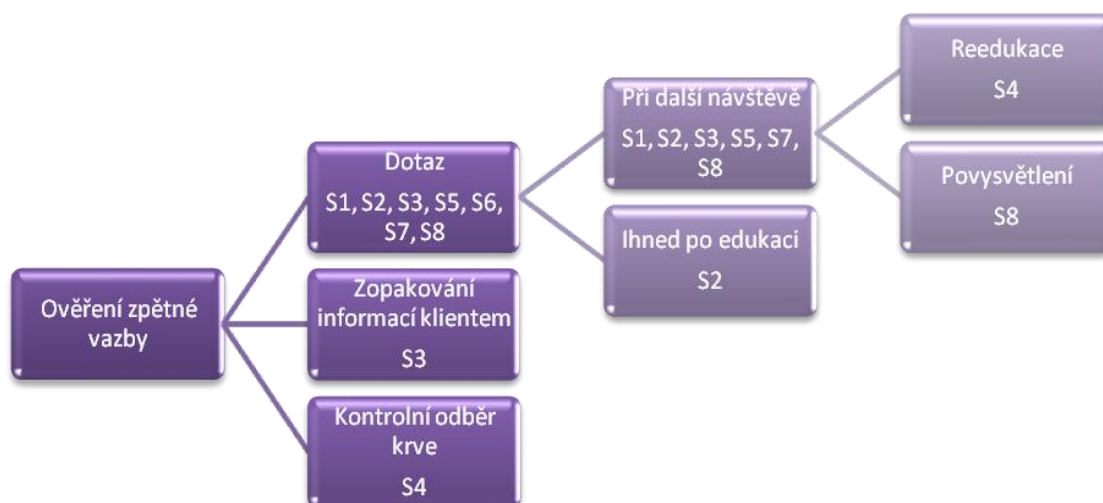
Všechny sestry si ověřují zpětnou vazbu. Většinou k ní dochází cílenou otázkou při další návštěvě klienta v ordinaci. Sestra 1 uvádí: „Zpětnou vazbu ověřuji dotazem při další návštěvě klienta“. Sestry se většinou ptají, zda klient vše pochopil a jestli dodržuje daná opatření. Sestry 4 a 7 vyzorovaly, že klienti tato opatření nedodržují. Sestra 4 udává, že klienti se sami přiznají k nedodržování opatření a říká: „Klienti se někdy sami přiznají k nedodržování opatření, proto je poté znovu informuji o nutnosti dodržování diety, pohybové aktivity a podobně.“ Oproti tomu sestra 7 uvedla, že klienti většinou řeknou, že daná opatření dodržují, ale není tomu tak, „Zpětnou vazbu ověřuji dotazem při další návštěvě, většinou ale říkají, že dietu dodržují, i když vím, že to tak není“. Sestra 2 pokládá klientům kontrolní otázku, zda vše pochopili již při první edukaci.

Říká: „Zpětnou vazbu ověřuji ústně, zeptám, zda to pochopili. Při další návštěvě se zeptám na nejasné informace, případně poznám a vidím nejistotu ve výrazu klienta.“ Stejně tak jako sestra 6 se dotazuje na zpětnou vazbu následně po edukaci. Jen sestra 4 provádí odběr krve, pro kontrolu dodržování daných opatření a znovu se zeptá na nejasnosti. Sestra 3 chce po klientech zopakovat, co jim řekla, následně při další návštěvě se ptá na nesrovnalosti a zda opatření dodržují. Sestry 5 a 8 se klientů při dalším setkání zeptají na již probrané informace.

#### **4.1.4. Kategorie 4: Nejčastěji reedukovaná cílová skupina**

Sestry provádějí reedukaci zejména u klientů seniorského věku, avšak sestra 6 uvedla, že reedukaci provádí u všech věkových skupin, přičemž nebyla příliš konkrétní. Řekla: „Reedukuji všechny, žádné konkrétní skupiny.“. Sestra 2 reedukuje většinou seniory, ale i střední věkovou kategorii od 45 let a výše, „Nejčastěji reedukovanou skupinou jsou senioři a střední věková kategorie, tak od těch 45 let a více. Seniorům občas musím vysvětlit a informovat je vícekrát.“ U sestry 3 se reedukace soustřeďuje zejména na klienty s diabetem mellitem, a to obzvláště v seniorském věku. A konstatuje, že tito klienti málokdy dodržují dietní opatření. Oproti tomu sestra 4 reedukuje spíše klienty se zvýšenou hladinou cholesterolu, také seniorského věku, ale i mladší populaci. Uvádí: „Nejčastěji reedukuji klienty se zvýšenou hladinou cholesterolu a jde o seniory, ale také o mladší populaci.“ Sestry 1 a 5 na otázku v ohledu nejčastější reedukační skupiny odpověděly nejednoznačně a řekly: „Nejčastěji reedukuji seniory.“ Odpovědi sester 7 a 8 se shodovaly. Tyto sestry reedukují klienty zejména v oblasti diabetu a hypertenze. Odpověď sestry 7 je následující: „Nejčastěji reedukuji seniory okolo 60 let a více a to nejvíce diabetiky a hypertoniky.“

**Diagram 3**



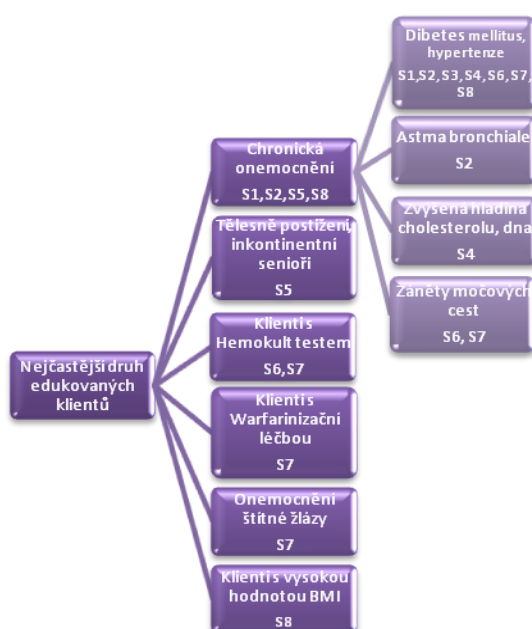
#### **4.1.5. Kategorie 5: Nejčastější skupina edukovaných klientů**

Vybrané sestry v ordinacích praktických lékařů se při otázce ohledně nejčastějšího druhu edukovaných klientů více méně shodly. Sestry 1, 2, 5 a 8 uvedly, že nejčastěji edukují klienty s chronickým onemocněním. Sestry se shodují a uvádějí klienty s diabetem mellitem a klienty s kardiovaskulárním onemocněním, a to nejčastěji s hypertenzí. Jediná sestra 5 neuvádí konkrétní chronická onemocnění, ale doplňuje, že velice často edukuje zejména tělesně postižené klienty a inkontinentní seniory. Sestra 2 navíc k diabetu a hypertenzi uvádí, že často edukuje klienty s astma bronchiale; říká: „Edukuji klienty s chronickým onemocněním, většinou jde o hypertoniky, diabetiky či klienty s astma bronchiale.“ Oproti tomu sestra 4 uvedla, že dále edukuje klienty se zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi, a klienty s dnou. Uvádí: „Nejčastěji edukuji klienty se zvýšenou hladinou cholesterolu, hypertoniky, diabetiky, klienty s dnou.“ Sestry 6 a 7 se shodly i na dalším druhu klientů, a to klienty s onemocněním močových cest, nejčastěji se záněty a dále s klienty, kteří dostanou k preventivní prohlídce



Hemocult test. Sestra 7 navíc uvedla, že také velmi často edukuje klienty s nastavenou Warfarinizační léčbou a klienty s onemocněním štítné žlázy; říká: „Edukuji klienty s Warfarine, diabetiky, hypertoniky, klienty s onemocněním štítné žlázy a klienty s onemocněním močových cest, jsou nyní velice časté a s častou recidivou.“ Jediná sestra 8 konstatuje, že vedle klientů s diabetem mellitem a hypertenzí, často edukuje klienty s vysokou hodnotou BMI. Uvedla: „Edukuji chronicky nemocné klienty, tedy klienty s diabetem, hypertenzí či se zvýšenou hladinou cholesterolu. Většinou i obézní klienty s vysokou hodnotou BMI.“

**Diagram 4**



#### 4.1.5.1. Podkategorie k 5: Nejčastější edukační oblast

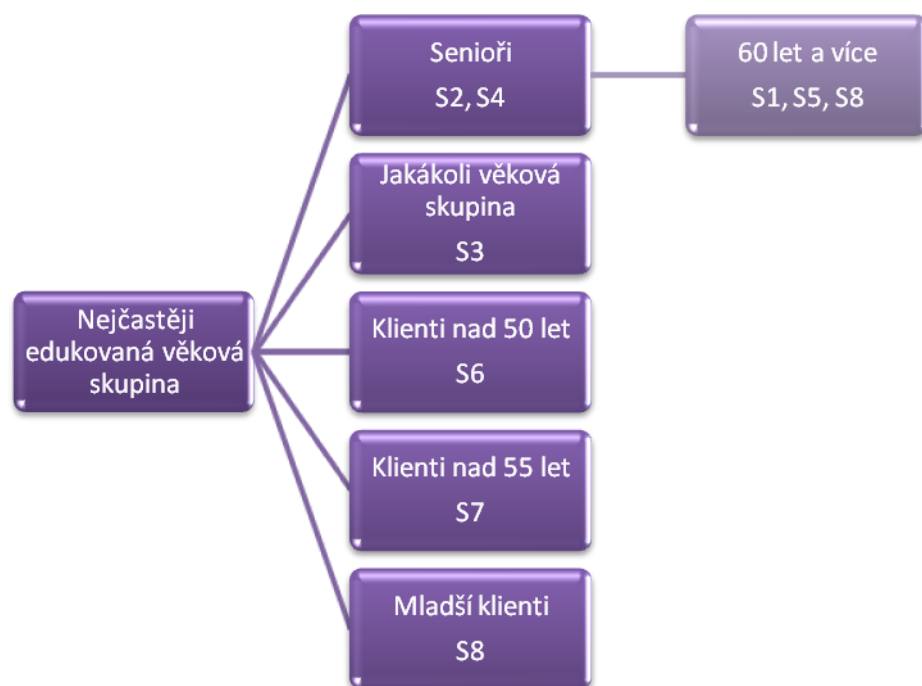
U otázky týkající se nejčastějšího druhu edukovaných klientů bylo zjištěno, o jaké nejčastější edukační oblasti sestry klienty informují. Všechny sestry se shodly na oblasti dietní. Všechny edukují v oblasti dietních opatření a oblasti výživy. Sestry 3, 7 a 8 klienty navíc edukují o dietních chybách. Sestra 8 dodala, že edukuje v oblasti redukce

váhy. Naproti tomu od sestry 2 jsme se dozvěděly, že edukuje klienty v oblasti užívání léků; řekla: „Edukuji nejčastěji o dodržování dietních opatřeních, dodržování a užívání léků a o nutnosti pohybu.“ Sestra 3 a 4 se shodly na oblasti selfmonitoringu a sestra 4 řekla: „Klienti provádějí i selfmonitoring. Píší si hodnoty s naměřenou glykemií či krevním tlakem a následně konzultují s lékařkou.“ Sestra 6 vedle dietních opatření a pohybové aktivity klienty edukuje o nutnosti dalších vyšetření v souvislosti s diabetem mellitem a dále klienty edukuje, jak si v domácím prostředí správně odebrat vzorek moče. Odpověděla: „Nejčastěji edukuji diabetiky ohledně dietního opatření a o nutnosti dalších vyšetření, jako je neurologické či oční vyšetření. Hypertoniky edukuji také o dietním opatření a o nutnosti pohybové aktivity. Také edukuji ohledně okultního krvácení, jak užít Hemocult, nebo u klientů se záněty močových cest, jak si mají doma správně odebrat moč na kultivaci a na sediment.“ Ohledně okultního krvácení a Hemocult testu edukuje i sestra 7 a ta uvádí: „Edukuji nejčastěji o dietním opatření, upozorňuji na dietní chyby, dále pak o pohybové aktivitě. Dále lidem nad 50 let dáváme Hemocult a preventivně edukuji o dietním opatření, dále pak o možnosti od VZP o preventivní koloskopii.“

#### **4.1.6. Kategorie 6: Nejčastěji edukovaná věková skupina**

Nejčastěji edukovanou věkovou skupinu dle sester 1, 2, 4, 5, 8 tvoří senioři a to ve věku od 60 let a více. Oproti tomu sestra 6 udala věkovou hranici až o 10 let níže. Uvedla totiž, že nejčastěji edukovaná skupina je od 50 let a více. Řekla: „Edukuji nejčastěji klienty od 50 let a více.“ Sestra 7 udává hranici 55 let a více. Sestra 3 uvedla: „Edukuji jakoukoli věkovou skupinu, když mají nějaké onemocnění.“ Sestra 8 sice uvedla, že nejčastější skupina jsou senioři, ale dodává, že edukuje i mladší klienty, řekla „Nejčastěji edukuji seniory 60 let a více, ale občas i mladší lidi.“ Sestra 4 řekla: „Nejčastěji edukuji seniory. Mladí lidé nemají čas kvůli zaměstnání, nechodí na prohlídky moc často, i když by měli.“ Sestra 2 uvedla: „Nejčastěji edukuji seniory. Mladí lidé nemají moc zájem o většinu informací, spíše vše zjišťují na internetu.“

**Diagram 5**



## 5. DISKUZE

Považuji zdravotně výchovné kompetence a celkově zdravotně výchovnou činnost za jednu z nejdůležitějších sesterských činností. V literatuře se setkáme s mnoha kapitolami o edukaci v ošetrovatelství, primární prevenci či o ochraně zdraví. Nemyslím si, že se příliš publikací zabývá ošetrovatelstvím v primární péči či zdravotně výchovnou činností jako takovou. Některé sestry v průběhu rozhovorů nebyly zcela schopny odpovědět, co přesně zdravotně výchovná činnost je. Odpovídaly sice správně, ale ne zcela přesně a jasně.

Výzkumná část se zabývala pojmem zdravotně výchovné činnosti. Bylo zkoumáno, zda sestry u praktických lékařů pro dospělé využívají zdravotně výchovné kompetence, jaké způsoby edukace používají a jaké oblasti zdravotně výchovného působení jsou nejčastější. Tyto otázky se zároveň staly cíli této bakalářské práce. První cíl byl stanoven následovně: zjistit, zda všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů využívají zdravotně výchovné kompetence. Dalším cíl bylo prozkoumat, jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence. Poslední cíl je následující: zjistit nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktického lékaře. K těmto cílům byli položeny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Využívají všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů zdravotně výchovné kompetence? Druhá výzkumná otázka: Jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence? A třetí výzkumná otázka: Jaké jsou nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktických lékařů?

Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry využívají zdravotně výchovné kompetence. Pro tento cíl byla stanovena výzkumná otázka: Využívají všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů zdravotně výchovné kompetence?

Všechny sestry uvedly, že zdravotní výchovu neboli zdravotně výchovnou činnost v ordinacích provádějí. Dle mého názoru tomu tak však není. Sestry samozřejmě klienty edukují, ale je otázkou, zda opravdu ve všech případech, které mi v rozhovoru uvedly. Pokud používají zdravotně výchovnou činnost v každodenním provozu, neměly by nad odpovědí přemýšlet, jak se v nějakých případech stávalo. Dle Karafiátové (34) je

zdravotní výchova považována za neefektivnější preventivní metodu. (34). Podle mého názoru to je pravda. Pokud klientovi dostatečně vysvětlíme danou problematiku, budeme se informovat při další návštěvě, jak vše probíhá a zda je nutná reedukace. Je zde ovšem skupina klientů, u kterých je zdravotní výchova složitější. Dle Karafiátové (34) je důležité, aby se zdravotní výchova prováděla u co nejmladší populace, ale sama uznává, že jsou i skupiny populace, kde je zdravotně výchovná činnost složitější. Uvádí klienty s rizikovým chováním. (34)

Jedna z otázek, která byla kladena sestřím při výzkumném šetření byla, co si pod pojmem zdravotně výchovná činnost vlastně představují. Bylo vysloveno mnoho názorů, většinou šlo o představu, že jde o edukaci populace s určitým onemocněním, nejčastěji se jednalo o edukaci v rámci dietního opatření či pohybové aktivity (S1, S2, S3, S4, S8). Další z názorů byl, že jde o preventivní prohlídky, či očkování populace (S1). Jako další bylo uvedeno stanovisko, že zdravotně výchovná činnost je poradenská činnost ohledně zdravého životního stylu (S5). Podle dalších odpovědí je zdravotní výchova o vysvětlování, S6 říká, že jde o edukaci ohledně vyšetření, vysvětlit klientům, jak se na něj připravit, jak bude probíhat. S7 vysvětluje, jak se chovat k organismu. Tyto odpovědi nepovažuji za nesprávné, pouze za nepřesné. Dle Machové a Kubátové (3) by vědomosti získané ohledně zdravotní výchově měly vést k ochraně vlastního zdraví a odpovědnosti za něj. Motivace klienta je jistě velice důležitá, pokud však klient sám nemá snahu zlepšit přístup ke svému zdraví a pečovat o něj, je jakákoli edukace ze strany sestry bezvýznamná. Sestra by se alespoň měla snažit názor klienta změnit na pozitivní pohled. Dle Machové a Kubátové (3) má zdravotní výchova důležitý úkol a to změnit chování populace tak, aby si lidé uvědomili nutnost přechodu na zdravý životní styl ještě před onemocněním. Jednoduše řečeno, klienti by si měli uvědomit a sestry by je k tomu měly dovést, že jednodušší pro ně je, aby se chovali lépe ke svému zdraví, více ho podporovali a udržovali, než se léčili, tedy aby nebyla na prvním místě léčba a pak teprve podpora zdraví. Toto by mělo být náplní edukace. Povzbudit klienty k podpoře vlastního zdraví a k prevenci.

Dalším cílem výzkumné části bylo zjistit, jakým způsobem sestry realizují zdravotně výchovné kompetence. Výzkumná otázka zněla, jakým způsobem sestry

realizují zdravotně výchovné kompetence. U této otázky byly sestry v odpovědích jednotné. Všechny sestry klienty edukují rozhovorem. V některých odpovědích zmiňují i informační letáky (S1, S2, S3, S4,S5, S6, S8), některé ze sester je používají však jen minimálně (S4, S6). S1 a S2 uvedly i vysílání naučných televizních programů. Tyto způsoby edukace nepovažují za špatné. Domnívám se, že nejdůležitější a bezesporu nejlepší je rozhovor s klientem. Můžeme vždy odpovědět na nejasnosti a zároveň poznáme, pokud klient něco nechápe. Je zde menší pravděpodobnost nejasností. U informačních letáků může dojít k nepochopení obsahu, klient pochopí psané slovo jinak, než bylo primárně myšleno. Příklad televizních vysílání v čekárně je pro mě sporný. Podle sebe vím, že když mám v čekárně „dlouhou chvíli“ sleduji vysílání, někdy se dle mého názoru může stát, že klient slyší jen nějakou část vysílání, a dělá si své vlastní závěry. Je tedy třeba klást důraz na eventuální povysvětlení i tohoto případu. Dle Juřeníkové (23) jsou textové pomůcky jedny z nejčastěji používaných, ale také podotýká, že by neměly být používány samostatně, ale v kombinaci s pomůckami jinými (23). Jako velkou výhodou informačního letáku vidí Juřeníková (23) to, že si klient může psaný text lépe zapamatovat a kdykoli se k němu vrátit.

Každá edukace a výchova klienta by měla obsahovat následnou zpětnou vazbu. Dotazované sestry zpětnou vazbu provádějí, většinou dotazem při další návštěvě. Například S3 chce po klientech zopakovat podané informace. To je dle mého názoru správné - pokud nám klient informace znovu zopakuje, můžeme zjistit, zda nepochopil informace špatně a zda problematiku skutečně chápe. S4 uvedla, že zpětnou vazbu kontroluje kontrolním odběrem krve a klienta následně edukuje. Tento postup ověřování zpětné vazby mi přijde nesprávný. Odběr krve přece ordinuje lékař, sestra nemůže klientovi odebrat krev pouze pro potřebu kontroly dietního režimu. Sice poznáme, zda klient opatření dodržuje nebo ne, neměli bychom na to ale přijít tímto způsobem, ale spíše tím, že klienta vyslechneme a sami dle výpovědi zjistíme, zda opatření dodržel či ne. Juřeníková (23) uvádí, že zpětnou vazbou nekontrolujeme pouze klienta, ale hlavně sami sebe, zda jsme byli v edukaci úspěšní či nikoli.

Dále se výzkumná část zaměřila na reedukaci, a to na oblast, ve které jsou klienti nejčastěji reedukováni. Sestry se shodly na seniorech, pouze S6 tvrdí, že reedukuje

jakoukoli skupinu. Většinou se reedukace týkala již zmíněných seniorů a to s diabetem mellitem či hypertenzí. Dle Juřeníkové (23) jde při reedukaci o navázání na předchozí informace. Dle mého názoru by neměla být reedukace užívaná nejčastěji u seniorů, jak udávají sestry, ale u všech klientů s chronickým onemocněním, nebo u těch klientů, kteří již edukováni byli a znalost informací při zpětné vazbě neprokázali. Jedna věc je špatná edukace a následně nutná reedukace a druhá je špatná komunikace s klientem.

Posledním, třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktického lékaře. Výzkumná otázka k tomuto cíli je: Jaké jsou nejčastější oblasti zdravotně výchovného působení sester u praktických lékařů?

U otázky v jaké oblasti sestry nejčastěji provádějí zdravotně výchovnou činnost se odpovědi opakovaly. Většina sester uváděla chronicky nemocné klienty (S1, S2, S5, S8), nejčastěji šlo o hypertenzi či diabetes mellitus (S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8). Překvapilo mě, že pouze dvě sestry z osmi uvedly, že edukují ohledně Hemokult testu (S6,S7). Myslím si, že tato oblast by měla být jednou z nejdůležitějších edukačních oblastí. Pro klienty je to velice choulostivé téma a sestry by jim vše měly řádně vysvětlit, informace o použití na obalu přece nenahradí slovo a vysvětlení sestry, která s tím pracuje denně. S7 mi prozradila, že klienty nad 50 let v rámci preventivního vyšetření edukuje i o nevhodné stravě v prevenci kolorektálního karcinomu. Uvedla, že klientům doporučuje preventivní koloskopii hrazenou preventivně VZP. Myslím si, že takto by měla brát edukaci v této oblasti každá sestra. Pouhé poskytnutí testu a informování o tom, kdy vzorek mají klienti přinést mi nepřijde správné. Dalším zjištěním bylo, v jaké oblasti sestry nejčastěji edukují klienty. Velice častá odpověď byla, že klienty edukují o dietním opatření, pohybové aktivitě, dietních chybách a podobně. Neměly by ovšem sestry edukovat i o celkové podpoře zdraví, jak už bylo zmíněno?

Stejně tak jako bylo zjištěno, že sestry nečastěji edukují seniory, pouze S3 uvedla, že edukuje jakoukoli věkovou skupinu. S3 se nejvíce shoduje s mým názorem. Edukovat by měla sestra všechny klienty stejně, ať už v oblasti jejich onemocnění, nebo za úplného zdraví. Literatura říká, že zdravotní výchova je jednou z priorit základního

vzdělání, proto je také zakotvena ve schválených studijních programech všech vzdělávacích stupňů škol usiluje, aby si žáci utvářeli a rozvíjeli základní odpovědnost za své zdraví. Žáci by měli rozvíjet své dovednosti pro zdravý život a osvojit si zdravý životní styl. (3)

Když je tedy takto samozřejmé učit děti na základních školách, jak pečovat o sebe a o své zdraví, mělo by to být stejně samozřejmé i z hlediska edukace u praktického lékaře. Edukace přece není pouze o poučení, co klient smí a nesmí dělat, když je nemocný. Není o tom, co smí a nesmí jíst. I když i toto samozřejmě do edukace neodmyslitelně patří. V rozhovorech postrádám to, aby sestry edukovaly všechny klienty dle jejich individuality. Nezáleží na věku klientů, sestra by je měla edukovat dle jejich potřeb a onemocnění. Pokud je klient ale zdravý, bez žádných obtíží, měl by být edukován o tom, jak se ke svému zdraví chovat a udržet si jej.



## 6. ZÁVĚR

V závěru této práce bude shrnuta výzkumná část bakalářské práce. Ve zkoumání zdravotně výchovných činností u praktického lékaře byly stanoveny tři cíle a tři výzkumné otázky. Cíle práce byly naplněny a z analýzy dat jsou patrné zajímavé závěry. Z výsledků vyplývá, že všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé využívají zdravotně výchovné kompetence, vyžívají zdravotně výchovnou činnost a pod tímto pojmem si nejčastěji představují edukaci populace či klientů s různým onemocněním.

Další zjištěním je, že sestry ve své praxi realizují zdravotně výchovnou činnost nejčastěji tak, že klienty edukují. Jedná o edukaci pomocí rozhovoru či podání informačních letáků k samostudiu. V odpovědích se vyskytla i edukace pomocí výukových televizních programů (S1, S2). Sestry si následně ověří i zpětnou vazbu. Odpovědi byly různé, ale nejčastěji se objevovala odpověď taková, že sestry si ověří zpětnou vazbu při následující návštěvě klienta. Dále všechny sestry klienty reedukují a to většinou seniory.

Z oblastí zdravotně výchovného působení sester převládá edukace v péči o klienty s chronickým onemocněním a jde o onemocnění diabetes mellitus, hypertenze. Objevovaly se i odpovědi, že sestra edukuje klienty s dnou, astma bronchiale či inkontinentní seniory a podobně. Sestry nejčastěji uváděly, že klienty edukovaly v oblasti výživy, pohybového režimu, užívání léků či o dietních chybách.

Téma této bakalářské práce umožnilo uvědomit si fakt, že zdravotně výchovné činnosti jsou jedny z nejdůležitějších a možná nejvíce opomíjených. Všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů by měly zvýšit svoje vědomosti v tomto oboru. Bylo by vhodné a přínosné, aby se všeobecné sestry účastnily seminářů zaměřujících se na tuto tematiku a problematiku.

## 7. SEZNAM LITERATURY

1. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
2. WHO ŠTEFLOVÁ, Andrea. *Projekty na podporu zdraví realizované WHO* [online]. 2011 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: <http://www.who.int/nationalpolicies/en/>
3. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
4. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
5. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
6. VOJTOVÁ, Jitka. *Faktory ovlivňující zdraví komunity* [online]. 2012 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/komunitni-a-domaci-osetrovatelstvi/30-faktroy-ovlivnujici-zdravi-komunity>
7. JANOVSÁ, Kateřina a Lumír KOMÁREK. *Podpora zdraví: Hlavní skupiny determinant zdraví* [online]. 2013 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: [http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola\\_12\\_hlavn\\_skupiny\\_determinant\\_zdrav.html](http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_12_hlavn_skupiny_determinant_zdrav.html)
8. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.

9. CENTRUM PREVENTIVNÍ MEDICÍNY PŘI ÚSTAVU PREVENTIVNÍHO LÉKAŘSTVÍ LF MU. *Na čem závisí, jak jsme zdraví* [online]. 2007 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/rizika-nemoci/4-na-cem-zavisi-jak-jsme-zdravi.html>
10. ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010, 130 s. ISBN 978-807-3874-131.
11. MAKAROVÁ, Anna. *Civilizační choroby* [online]. 2010 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://civilizacni-choroby.zdrave.cz/civilizacni-choroby/>
12. *Medicína pro praxi : časopis praktických lékařů*. 2010, roč. 7, č. 12, s. 501-503. ISSN: 1214-8687; 1803-5310. Lit.: 5
13. *Zemřelí 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, 161 s. ISBN 978-80-7472-043-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>
14. POKORNÁ, Andrea — HARTMANOVÁ, Kristina. Problematika kolorektálního karcinomu v primární péči. *Praktický lékař*, 2012, roč. 92, č. 1, s. 31-34. ISSN: 0032-6739
15. *Klub pro zdraví SPCCH* [online]. 2008 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.civilky.cz/o-nas/>
16. *Zemřelí 2000*. Praha: Vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2001, 114 s. ISBN 80-7280-051-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>
17. *Zemřelí 2006*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007, 104 s. ISBN 978-80-7280-703-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>

18. *Druhy a možnosti prevence* [online]. 2004 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=17>
19. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
20. NEMCOVÁ, Jana. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Editor Edita Hlinková. Martin: Osveta, c2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
21. Edukace je součástí zdravotní péče. *Florence* [online]. 2012, č. 9 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2012/9/edukace-je-soucast-zdravotni-pece/>
22. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
23. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
24. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012, 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
25. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. In: Sbírká zákonů České republiky [online]. 2011, částka 20 s. 482-544 [cit. 2013-12-16]. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlo](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlo)  
uvy

26. BASTABLE, Susan B. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning, 2008. ISBN 978-076-3746-438
27. KARAFIÁTOVÁ, Michaela. Kompetence sestry ve vztahu k primární prevenci. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. 1. vyd. Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. 2011, s. 308-317. ISBN: 978-80-87035-37-5.
28. Věstník Ministerstva Zdravotnictví České Republiky. In: 6. 2008. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3613\\_1774\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3613_1774_11.html)
29. STOLTE, Karen M. *Wellness nursing diagnosis for health promotion*. Philadelphia:Lippincott-Raven, c1996, xv, 320 p. ISBN 03-975-5082-0.
30. PENDER, Nola. *The Health Promotion Model* [online]. [cit. 2014-05-01]. Dostupné z:<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/?sequence=1>
31. *Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice, 2013, viii, 30 s.
32. V. SLEZSKÉ VĚDECKÉ KONFERENCE OŠETŘOVATELSTVÍ S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ, V.Opava 2010 a Alexandry Archalousové KOLEKTIV AUTORŮ POD VEDENÍM JANY HALUZÍKOVÉ. *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství v: sborník příspěvků*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010. ISBN 978-807-2486-076.
33. VOJTOVÁ, Jitka. *Ošetřovatelství v primární zdravotní péči* [online]. 2012 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/komunitni-a-domaci-osetrovatelstvi/22-osetrovatelstvi-v-primarni-zdravotni-peci>

34. MAGUROVÁ, Dagmar — SVATOVÁ, Magdaléna — MAGUR, Marcel. Rola sestry ako edukátorky pri podpore zdravia. In: *Cesta k profesionálnému ošetrovatelstvu ....* Opava : Slezská univerzita v Opavě, [2006]-. 2009, roč. 4, s. 110-117.
35. KARAFIÁTOVÁ, Michaela. Kompetence sestry ve vztahu k primární prevenci. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. 1. vyd. Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. 2011, s. 308-317. ISBN: 978-80-87035-37-5.
36. TURICHOVÁ, Magdaléna — KAFKOVÁ, Jitka. Studie „Sestra v ordinaci PL“. *Practicus*, 2007, roč. 6, č. 4, s. 152-153. ISSN: 1213-8711.
37. VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi*, 2006, Roč. 3, č. 2, s. 94-96. ISSN: 1214-8687.
38. BÁRTLOVÁ, Sylva — HAJDUCHOVÁ, Hana. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*, 2010, roč. 12, č. 1, s. 20-33. ISSN: 1212-4117. [Jihlavské zdravotnické dny 2011](#). 1. vyd.. Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. ISBN: 978-80-87035-37-5. 2011, s. 308-317. ISBN: 978-80-87035-37-5.
39. MENDLOVÁ, Pavla a Stanislava KOLOUŠKOVÁ. Současné trendy prevence a léčby diabetes mellitus 1. typu. *Pediatric pro praxi*. 2007, č. 8. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/04/07.pdf>
40. *Léčba cukrovky: Prevence* [online]. 2012 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.lecbacukrovky.cz/prevence>
41. *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Edukace v ošetrovatelství

Zdravotně výchovná činnost

Primární péče

Všeobecná sestra

## **9. PŘÍLOHY**

### 9.1. Seznam příloh

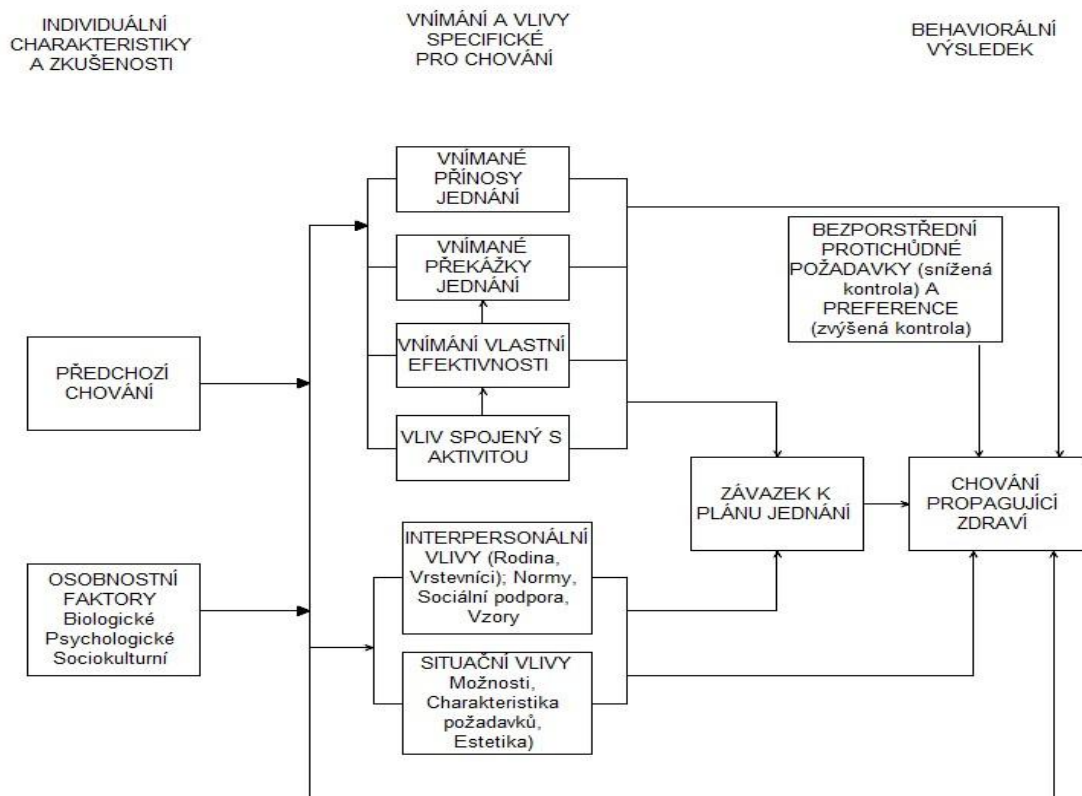
Příloha 1 Diagram podpory zdraví N. J. Pender

Příloha 2 Rozhovor

Příloha 3 Transkripce rozhovorů



Příloha 1 Model podpory zdraví N. J. Pender



## Příloha 2 Rozhovor

### **Rozhovor**

Provádíte zdravotně výchovnou činnost ve vaší ordinaci?

Co si představujete pod pojmem zdravotně výchovná činnost?

Jakým způsobem klienty edukujete?

Jakým způsobem ověřujete zpětnou vazbu?

Jakou cílovou skupinu nejčastěji reedukujete?

Jaký druh pacientů nejčastěji edukujete? (s jakým onemocněním, následně v jaké oblasti, či jakým směrem, zda selfmonitoring či dietní režim apod.)

Jakou věkovou skupinu nejčastěji edukujete?

### 3 Příloha Transkripce rozhovorů

#### **Sestra 1**

První respondent sestra z Trhových Svinů pracuje v ordinaci praktického lékaře 20 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu zakončenou maturitní zkouškou a dříve pracovala na Interním oddělení, po mateřské dovolené nastoupila k praktickému lékaři. Rozhovor probíhal na pracovišti v Trhových Svinech a probíhal zhruba 20 minut.

Sestra v ordinaci zdravotně výchovnou činnost **provádí** a pod tímto pojmem si **představuje preventivní prohlídky, očkování a edukaci o pohybovém režimu**. Jako jedna z mnoha odpověděla, že jde i o edukaci v oblasti dietní. Sestra při otázce, jakým způsobem klienty edukuje odpověděla, že dle základního onemocnění **dává klientům reklamní a informační letáky**, dále klientům **pouští televizní vysílání v čekárně**. Nejvíce respondentů odpovědělo, že klienty nejčastěji edukují **rozhovorem**. A jakým způsobem si sestra 1 ověřuje zpětnou vazbu? Dozvěděly jsme se, že nejčastěji se klientů **zeptá při další návštěvě** na minule vysvětlovanou věc a ověří si, zda klient doporučení dodržuje. Nejčastější cílová skupina pro reedukaci sestra 1 uvádí **seniory**. Na otázku, jaký druh klientů sestra 1 edukuje nejčastěji, jsme dostaly odpověď „Edukuji celkově **klienty s chronickým onemocněním**. Nejčastěji jde o klienty s **kardiovaskulárním onemocněním** a **diabetiky**. Nejčastěji je edukuji je **v oblasti výživy**.“ (sestra 1). A jakou věkovou skupinu nejčastěji edukuje? Uvádí **seniory** a to **od 60 let a více**, u respondentů tyto informace nejsou jednotné.

#### **Sestra 2**

Sestra 2 je respondent z ordinace praktického lékaře pro dospělé v Táboře. Sestra vystudovala střední zdravotnickou školu v Táboře, zakončenou maturitní zkouškou. Nyní pracuje u praktického lékaře 21 let. Dříve pracovala jako geriatrická sestra, chirurgickém oddělení a také jezdila se Zdravotnickou záchrannou službou.

Respondent zdravotně výchovnou činnost **provádí** a představuje si pod ní **edukaci pacienta** a to v **oblasti dodržování léčebných zásad, dietního opatření či dodržování medikace** dle ordinace lékaře. Klientům edukuje tím způsobem, že jim poskytne

informační leták nebo pouští různé naučné pořady v čekárně, nejčastěji však klienty edukuje rozhovorem s klientem. Na otázku jakým způsobem ověřuje zpětnou vazbu sestra 2 uvedla následující: „Ústně, zeptám se, zda to pochopili. Při další návštěvě se zeptám na nejasné informace, případně poznám a vidím nejistotu ve výrazu klienta.“. Nejčastěji respondent reedukuje seniory a pozdní dospělé, zhruba od 45 let a výše. „Seniorům občas musím vysvětlovat a informovat vícekrát.“ Jeden z nejčastějšího druhu edukujícího pacienta je klient s chronickým onemocněním, kde nejčastěji jde o hypertoniky, diabetiky či klienty s astma bronchiale. Sestra 2 klienta nejčastěji edukuje i dietních opatřeních, nutnosti pohybu či užívání léků. Největší věkovou skupinu z hlediska častosti edukace tvoří senioři. Podle sestry 2 mladí lidé nemají o informace zájem a raději si informace zjišťují na internetových stránkách.

### Sestra 3

Třetí respondent je sestra pracující u praktického lékaře pro dospělé v Písku. Sestra pracuje u lékaře již 10 let a dříve pracovala 6 let na interním oddělení. Sestra 3 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích zakončenou maturitní zkouškou. Rozhovor byl uskutečněn v ordinaci, kde sestra pracuje a doba trvání byla okolo 20 minut.

Sestra 3 provádí zdravotně výchovnou činnost a představuje si pod tímto pojmem edukaci pacientů s různým onemocněním, jako je cukrovka, vysoký tlak či vysoká hladina cholesterolu. Klienty sestra 3 nejčastěji edukuje pomocí rozhovoru s klientem, někdy klientům poskytne leták, dle druhu onemocnění či dietního opatření. Zpětnou vazbu respondent ověřuje tak, že po klientech chce zopakovat, co jim řekla, zda si to pamatují a chápou. Další jak zpětnou vazbu ověřuje je, že se zeptá, při další návštěvě klienta v zařízení. Sestra 3 nejčastěji reedukuje klienty s cukrovkou a nejčastěji seniorského věku. Udává, že tyto klienti málokdy dodržují dietní opatření. Nejvíce sestra 3 edukuje diabetiky a hypertoniky. Diabetiky o dietním opatření a dietních chybách, hypertoniky taktéž o dietním opatření, ale také o nutnosti pohybové aktivity a selfmonitoringu krevního tlaku v domácím prostředí. Sestra 3 neuváděla určitou věkovou

skupinu pro edukaci, říká, že **edukuje** „**Jakoukoli věkovou skupinu, když mají nějaké onemocnění**.“.

#### **Sestra 4**

Respondent 4 sestra pracující 17 let u praktického lékaře v Radomyšli vystudovala v Písku na Střední zdravotnické škole. Dříve pracovala na interním oddělení v Nemocnici Strakonice. Rozhovor probíhal na pracovišti sestry v Radomyšli a trval okolo 30 minut.

Sestra 4 odpověděla na první otázku týkající se provádění zdravotně výchovné činnosti v ordinaci **kladně**. Provádí jí a nejčastěji edukuje o dietách a podobně. Pod pojmem zdravotně výchovné činnosti si představuje **celkovou edukaci populace** „Jde o celkovou edukaci populace a to také děláme, **radíme lidem** co jíst a podobně. „. Klienty nejčastěji edukuje způsobem **rozhovoru**, spíše slovně, **informační letáky** dává **minimálně**, spíše si je mohou sami brát v čekárně, když mají zájem. Zpětnou vazbu sestra 4 ověřuje **kontrolním odběrem krve**. „Klienti se někdy sami přiznají o nedodržování opatření, proto je poté **znovu informuji** o nutnosti dodržování diety, pohybové aktivity a podobně.“. Nejčastější cílovou skupinu v rámci reedukace respondent uvádí klienty se **zvýšenou hladinou cholesterolu** a to nejčastěji **seniory**, ale **mladší populaci** také, ne tak často ale také se takový klient naskytne. A jaký druh klientů sestra 4 nejčastěji edukuje? Uvádá klienty se **zvýšenou hladinou cholesterolu**, **hypertoniky**, **diabetiky** a klienty se **dnou**. Nejvíce tento druh klientů edukuje v **oblasti výživy**, **životosprávy** a **selfmonitoringu**. „Klienti provádějí i **selfmonitoring**. Píší si hodnoty s naměřenou glykemií či krevním tlakem a následně konzultují s lékařkou, je však pravda, že diabetici spíše navštěvují diabetologii.“. Velice často sestra 4 edukuje **seniory**, ty také uvádí jako nejčastěji edukovanou věkovou skupinu. Mladí lidé podle ní na prohlídky nechodí často, i když by měli, protože se bojí kvůli svému zaměstnání.

#### **Sestra 5**

Sestra 5 pracující v ordinaci praktického lékaře v Trhových Svinech pracuje v ordinaci 25 let. Dříve zde pracovala jako ošetřovatelka a asistentka a poté si vystudovala dálkově

střední zdravotnickou školu a nyní tam 10 let pracuje jako sestra. Rozhovor probíhal v ordinaci, kde sestra pracuje a trval okolo 15 minut.

Sestra 5 **provádí** zdravotně výchovnou činnost a představuje si pod tímto pojmem „**Poradenskou činnost** ohledně zdravého **životního stylu**, **užívání léků**, **kompensačních pomůcek** a **dostupnosti sociálních služeb**.“. Sestra 5 si s klienty **pohovoří** v ordinaci a následně **poskytne leták** v dané problematice. Způsob ověřující zpětnou vazbu uvádí respondent, **dotaz při dalším setkání** s klientem. Nejvíce reedukovanou skupinu uvádí **seniory**. Druh nejčastěji edukovaných klientů sestra 5 uvádí klienty **s chronickým onemocněním**, **tělesně postižené** či **inkontinentní seniory**. A nejčastěji edukovaná věková skupina klientů? Sestra 5 uvádí klienty **60 a více let**.

### **Sestra 6**

Další rozhovor v oblasti zdravotně výchovné činnosti probíhal s registrovanou sestrou ze Strakonického obvodu. Sestra pracuje u praktického lékaře 6 let a dříve pracovala v charitním zařízení a na chirurgickém oddělení v Českém Krumlově. Rozhovor probíhal v ordinaci praktického lékaře a trval téměř 45 minut.

Při otázce zda sestra 6, provádí zdravotně výchovnou činnost sestra trochu znejistila, spíše nerozuměla termínu zdravotně výchovná činnost, ale následně jsme se dopracovaly k odpovědi i na druhou otázku.,

Sestra 6 tedy zdravotně výchovnou činnost **provádí** a představuje si pod jejím pojmem „**Mít více času na vysvětlení pacientům co a jak před vyšetřením**. Vysvětlit jim pořádně, jak vyšetření bude probíhat a podobně.“. Sestra 6 klienty edukuje **rozhovorem**. „**Letáky** používám **minimálně**, spíše si je mohou vzít v čekárně, ale vždy jim vše vysvětlím slovně.“. Zpětnou vazbu si ověřuje **dotazem** klientů. Při otázce jakou cílovou skupinu nejčastěji reedukuje sestra odpověděla následovně: „Reedukuji **všechny, žádné konkrétní skupiny**“, nejsem si proto zcela jista, zda dostatečně rozuměla otázce. Nejvíce sestra 6 edukuje **diabetiky**, **hypertoniky**. Diabetiky potom nejčastěji ohledně **dietního opatření** a o nutnosti **dalších vyšetření**, jako je neurologie či oční vyšetření. Hypertoniky edukuje nejčastěji v rámci **diety** a **pohybové aktivity**. Také sestra 6 často edukuje

ohledně **okultního krváčení**, jak užít **Hemokult**. Dále pak klienty se **záněty močových cest**, kdy je edukuje před vyšetřením, **jak v domácím prostředí odebrat moč** na kultivaci a citlivost či na močový sediment. Nejvíce častá věková skupina, kterou sestra 6 edukuje jsou klienti **nad 50 let**.

### **Sestra 7**

Další rozhovor byl vytvořen se sestrou, pracující u obvodního lékaře pro dospělé ve Strakonících. Sestra 7 pracuje u praktického lékaře 25 let a dříve pracovala jako zástup u obvodních lékařů, které potřebovali sestru, jelikož byla jejich sestra v pracovní neschopnosti a podobně. Rozhovor probíhal v místě, kde byla sestra zaměstnána a probíhal přibližně 35 minut.

Sestra 7 zdravotně výchovnou činnost **provádí** a představuje si pod tímto pojmem **vysvětlování klientům, jak se chovat ke svému organismu** zejména ohledně **kouření, diety** či s klienty řeší jejich **rodinné problémy**. Jakým způsobem sestra 7 klienty edukuje? „Klienty edukujeme **rozhovorem**, paní doktorka něco vysvětlí a já následně **dovysvětlím**, snažím se jim to vysvětlit více pochopitelně pro laiky.“ Sestra 7 kontroluje zpětnou vazbu **dotazem při další návštěvě** klienta v ordinaci. Většinou klienti uvádí že dietu a ostatní opatření dodržují, ale většinou na nich pozná, že tomu tak není. Nejčastější reedukovanou skupinu tvoří **senioři okolo 60 let a více** a velice často se jedná o **diabetiky** a **hypertoniky**. Sestra 7 udává, že nejvíce edukuje klienty s nastavenou **medikací Warfarinu** či jiných koagulačních medikací. Dále pak uvádí **hypertoniky, diabetiky**, klienty s **onemocněním štítné žlázy** a klienty s **onemocněním močových cest**. U klientů s onemocněním močových cest sestra udává, že je takových klientů čím dál více a je velice často s recidivou. Sestra 7 nejvíce edukuje o **dietním opatření**, upozorňuje na **dietní chyby** a připomíná důležitost **pohybové aktivity**. „Lidem nad 50 let dáváme **Hemokult** a preventivně **edukují o dietním opatření**, dále pak o možnosti od VZP o preventivní koloskopii.“. Nejčastěji edukovanou věkovou skupinu sestra 7 udává klienty **nad 55 let a více**.

### **Sestra 8**

Sestra 8 pracuje u praktického lékaře v Radomyšli, kde zastupuje sestru, která zde pracuje nyní a zastupuje i další sestry ve zdravotní neschopnosti a podobně. Sestra vystudovala Střední zdravotnickou školu v Písku zakončenou maturitní zkouškou. Sestra takto pracuje 3 roky a dříve pracovala na Chirurgickém oddělení v Nemocnici Strakonice a v Domově pro seniory. Rozhovor probíhal v ordinaci lékaře a trval zhruba 25 minut.

Sestra 8 **provádí** zdravotně výchovnou činnost a představuje si pod tímto pojmem **edukaci populace o zdravém životním stylu**. Klienty edukuje nejvíce **rozhovorem**, nebo dává **informační letáky** dle druhu dané problematiky. Zpětnou vazbu sestru 8 ověřuje **dotazem při další návštěvě** klienta, když klient něco dostatečně nechápe, tak **následně povysvětlí** nejasnosti. Obvykle sestru 8 reedukuje klienty s **diabetem** či **hypertenzí**, většinou jde o klienty **v seniorském věku**. Nejčastěji edukovanou skupinou klientů jsou klienti s **chronickým onemocněním**, tedy sestru 8 udává, že jde o klienty s **diabetem** a **hypertenzí**. Další často edukovaná skupina pro sestru 8 jsou klienti s **vysokou hodnotou BMI**. Edukuje převážně **o dietním opatření**, nutnosti **redukce váhy**, **pohybové aktivitě** nebo o **dietních chybách**. Největší edukovanou skupinu v ohledu na věk sestru 8 udává **seniory 60 let a více**, dále pak říká, že občas ale edukuje i **mladší klienty**.