



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Zdravotní gramotnost u pacientů s onemocněním
diabetes mellitus 2. typu**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Markéta Vlčková

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Zdravotní gramotnost u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím nadále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

(Vlčková)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní Mgr. Radce Šulistové, Ph.D., za podporu, trpělivost a cenné rady při zpracovávání výzkumné práce. Současně děkuji panu profesoru Kvapilovi a edukačním sestřám, kteří se mnou ochotně spolupracovali při výzkumném šetření.

Zdravotní gramotnost u pacientů s onemocněním diabetes mellitus

2. typu

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Dále popsat kompetence sestry v oblasti zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu a zmapovat výskyt podiatrických ambulancí v ČR. V teoretické části jsme se zabývali zdravotní gramotností v ošetrovatelství, kde jsme probírali, co znamená zdravotní gramotnost a proč je důležité ji zdokonalovat. Zmínili jsme se o edukaci a roli sestry v ošetrovatelství a jak tato role souvisí se zdravotní gramotností. Poté jsme se zaměřili na onemocnění diabetes mellitus 2. typu, jeho charakteristiku, prevenci, vývoj onemocnění, léčbu a nejčastější komplikace, které toto onemocnění provázejí. S tímto onemocněním úzce souvisí životní styl, proto v posledním úseku teoretické části jsou zmíněny pravidla zdravého životního stylu.

Výzkumná část byla rozdělena do schématu výzkumného šetření, které mělo tři fáze. První fázi tvořily rozhovory s všeobecnými sestrami pracujícími v ambulanci praktického lékaře. Druhá fáze se uskutečnila pomocí dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor probíhal se sestrami pracujícími na interních lůžkových odděleních a také se sestrami pracujícími ve specializovaných diabetologických ambulancích. Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Třetí fáze byla vytvořena dvěma rozhovory a zúčastněným pozorováním. Výzkumné šetření probíhalo s profesorem Kvapilem a dvěma edukačními sestrami, které se aktivně zabývají edukací pacientů s onemocněním diabetes mellitus a jsou proškoleny firmou Lilly. Z výzkumného šetření vyplynulo, že zvyšování zdravotní gramotnosti závisí z největšího podílu na samotném pacientovi, na jeho zájmu, spolupráci a přístupu ke změně svého životního stylu. Nejvíce aktivními sestrami ve zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů byly sestry pracující ve specializovaných diabetologických ambulancích, které se snaží úroveň zdravotní gramotnosti zvyšovat především prostřednictvím edukačních sezení s pacienty. Z cíle týkajícího se zmapování výskytu podiatrických ambulancí v ČR bylo zjištěno, že se podiatrické ambulance vyskytují v každém kraji v ČR.

Je velmi důležité zvyšovat zdravotní gramotnost pacientů s tímto onemocněním a tím upevňovat jejich zdraví a snižovat riziko komplikací s ním spojených. Výsledky výzkumného šetření poskytují informace ohledně zvyšování zdravotní gramotnosti v souvislosti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu.

Klíčová slova

Diabetes mellitus 2. typu, zdravotní gramotnost, role sestry, zdravý životní styl, edukace, komunikace, prevence

Health literacy of patients with diabetes mellitus type 2

Abstract

The aim of this diploma thesis was to assess a level of health literacy of patients with diabetes mellitus type 2, describe the nurse's competences in the field of patients' level of health literacy and map the occurrence of podiatric outpatient clinics in Czech Republic.

In theoretical part, we were discussing the health literacy in nursing, what the health literacy means and why it is important to improve it. We mentioned the education and the role of nurse in nursing and how this role is related to health literacy. Then we focused on diabetes mellitus type 2, its characteristics, prevention, development of disease, treatment and the most common complications related to this disease. The lifestyle is closely related to this disease, therefore the rules of a healthy lifestyle are mentioned in the last section of theoretical part.

Research part was divided into three areas. The first areas consisted of interviews with general nurses working in general practitioner's outpatient clinics. The second area consisted of two research groups. One group consisted of nurses working in inpatient wards and nurses working in specialized diabetological outpatient clinics. Second group consisted of patients with diabetes mellitus type 2. Third area was created with two interviews and participant observation. The research was conducted in cooperation Professor Kvapil and two nurse educators who are actively engaged in education of patients with diabetes mellitus and they are trained by Lilly Company.

The research showed that increasing of health literacy depends by the greatest part on patient him-/herself, his/her interest, cooperation and attitude to change of his/her lifestyle. The most active nurses in the field of increasing health literacy were nurses working in specialized diabetological outpatient clinics, who are trying to increase the health literacy particularly by educational sessions with patients.

Mapping the presence of podiatric outpatient clinics showed that these clinics are available in each region of Czech Republic.

It is very important to improve the health literacy of patients with this disease thereby strengthening their health and reducing the risk of complications associated with this disease. The results of the research provide information about increasing the health literacy in relation to diabetes mellitus type 2.

Keywords

Diabetes mellitus type 2, health literacy, role of the nurse, healthy lifestyle, education, communication, prevention

Obsah

1	Současný stav	13
1.1	Zdravotní gramotnost v ošetřovatelství.....	13
1.2	Edukace v ošetřovatelství v souvislosti se zdravotní gramotností.....	18
1.3	Role sestry edukátorky v souvislosti se zdravotní gramotností	19
1.4	Charakteristika onemocnění diabetes mellitus 2. typu.....	22
1.4.1	Prevence onemocnění diabetes mellitus 2. typu	23
1.4.2	Vývoj onemocnění diabetes mellitus	26
1.4.3	Léčba onemocnění diabetes mellitus 2. typu	27
1.4.4	Nejčastější komplikace onemocnění diabetes mellitus 2. typu.....	31
1.5	Zdravý životní styl ve spojitosti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu.....	35
2	Cíle práce a výzkumné otázky	38
2.1	Cíle práce	38
2.2	Výzkumné otázky:	38
3	Metodika.....	39
4	Metodika I. fáze - Pilotní studie	42
4.1	Metodika pilotní studie	42
4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	44
4.3	Výsledky výzkumu.....	46
4.3.1	Kategorizace zpracovaných výsledků.....	46
4.3.2	Kategorie „Důležitost zdravotní gramotnosti z pohledu sester“	46
4.3.3	Kategorie „Spolupráce klientů ve zvyšování své zdravotní gramotnosti“	47
4.3.4	Kategorie „Role sestry ve zdravotní gramotnosti“	49
4.3.5	Kategorie „Zásady zdravého životního stylu“	51
5	Metodika II. fáze – pilotní studie	52
5.1	Metodika pilotní studie	52
5.2	Charakteristika výzkumných souborů.....	53
5.3	Výsledky výzkumu.....	56
5.3.1	Kategorizace zpracovaných výsledků prvního výzkumného souboru.....	56
5.3.2	Kategorie „Zdravotní gramotnost“	56
5.3.3	Kategorie „Role sestry edukátorky“	61
5.3.4	Kategorie „Bariéry v edukačním procesu“	64
5.3.5	Kategorie „Edukační realita“	66

5.4	Kategorizace zpracovaných výsledků 2. výzkumného souboru	69
5.4.1	Kategorie „Zdravotní gramotnost“	70
5.4.2	Kategorie „Zájem pacientů“	71
5.4.3	Kategorie „Režimová opatření u DM2“	72
5.4.4	Kategorie „Vyhledávání informací o diabetes mellitus“	73
6	Metodika III. fáze – Příklad dobré praxe.....	75
6.1	Metodika Příkladu dobré praxe	75
6.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	76
6.2.1	Pohled lékaře.....	78
6.2.2	Využití edukačních konstruktů v rámci vzdělávání pacientů s DM2	81
6.2.3	Využití edukačních konstruktů v praxi při vzdělávání pacientů.....	83
6.2.4	Shrnutí výsledků Příkladu dobré praxe.....	85
7	Diskuze	89
8	Závěr.....	100
9	Použitá literatura.....	104
10	Seznam příloh	112
11	Seznam použitých zkratk	125

Úvod

Téma diplomové práce jsem vybírala podle aktuálnosti tématu. Podle mého názoru je zdravotní gramotnost spolu s onemocněním diabetes mellitus 2. typu velice aktuální a zajímavé téma, kterým je nutné se v této době zabývat, a to z důvodu velkého výskytu a stálého přibývání onemocnění diabetes mellitus a s ním spojených komplikací. Ke zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů je nejdůležitější řádná edukace, a to v primární, sekundární i terciární prevenci. Tato edukace by měla probíhat jak v ordinacích praktických lékařů a specializovaných diabetologických ambulancích, tak i na lůžkových odděleních, kde se s tímto onemocněním můžeme setkávat. A proto jsem do diplomové práce zařadila i roli sestry.

Na prvních stranách je charakterizována zdravotní gramotnost v ošetrovatelství, která dále pokračuje edukací, jenž by měla přispívat ke zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. Dále je v práci popsána role sestry společně s komunikací, která probíhá mezi sestrou a pacientem, bez nichž by nebyla možná edukace ani snaha o zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. Práce pokračuje charakteristikou onemocnění diabetes mellitus 2. typu, jeho prevencí, vývojem, léčbou a také jeho nejčastějšími komplikacemi. S prevencí i vznikem onemocnění diabetes mellitus 2. typu úzce souvisí životní styl, proto je v práci obsažena i kapitola, která se týká právě zdravého životního stylu, kde se věnujeme fyzické aktivitě, výživě, minimalizaci stresu, dostatku spánku apod.

Výzkumná část práce se zabývá úrovní zdravotní gramotnosti u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu a také kompetencemi sester v oblasti zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Tato část bude rozdělena do schématu výzkumného šetření, které bude mít tři fáze. První fázi budou tvořit rozhovory se sestrami pracujícími v ambulanci praktického lékaře, druhá fáze pak pomocí dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor bude probíhat se sestrami pracujícími na interních lůžkových odděleních a také se sestrami pracujícími ve specializovaných diabetologických ambulancích. Druhý výzkumný soubor bude tvořen pacienty s onemocněním diabetes mellitus 2. typu, třetí fáze pak dvěma rozhovory a zúčastněným pozorováním. Rozhovor bude veden s profesorem Kvapilem a s edukační sestrou, která se aktivně zabývá edukací pacientů s onemocněním diabetes mellitus a je proškolená firmou Lilly. Pozorování

proběhne s edukační sestrou, která je také proškolená stejnou firmou a která se také aktivně zabývá edukací pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Cíle diplomové práce jsou zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Dále popsat kompetence sestry v oblasti zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu a zmapovat výskyt podiatrických ambulancí v ČR.

1 Současný stav

1.1 Zdravotní gramotnost v ošetrovatelství

Pro vhled do problematiky v souvislosti s tématem diplomové práce se zastavíme u pojmu zdravotní gramotnost. Gramotnost obecně se vyvíjí společně s kulturou a společností a často je spojována se školou. V moderní době se však gramotnost již nechápe jenom jako umění číst, psát a počítat, ale zejména umět těchto dovedností využívat takovým způsobem, aby umožnil zařazení člověka do společnosti (Rabušicová, 2002).

V diplomové práci se zabýváme zdravotní gramotností proto, že je velmi důležitým faktorem v podpoře zdraví každého jedince, tudíž je velice důležité ji stále zdokonalovat a věnovat jí pozornost, která jí v této době není dostatečně věnována. V koncepci ošetrovatelství (2004) se uvádí, že ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Je to vlastně souhrn odborných činností, které jsou zaměřené nejen na prevenci, ale i udržení, podporu a navrácení zdraví. Podílí se na prevenci, diagnostice, terapii a také rehabilitaci. Ošetrovatelská péče je poskytována sestrami, které jsou v úzkém kontaktu s pacienty, čímž mají skvělou možnost tyto pacienty motivovat a vést k péči o své zdraví právě zvýšením úrovně jejich zdravotní gramotnosti, která úzce souvisí s ošetrovatelstvím. Sestra směřuje pacienty k sebepéči, edukuje je i jejich blízké v poskytování neodborné ošetrovatelské péče. Zdravotní gramotnost pomáhá ošetrovatelství rozvíjet prevenci, a to primární, sekundární a i terciární. Napomáhá k udržení a podpoře zdraví a velkou částí i k navrácení zdraví. Pokud by měli dostatečnou funkční zdravotní gramotnost nejen odborní pracovníci, ale i celá populace, a byli by schopni ji využít ve svém životě v péči o sebe samotné a jejich blízké, pak by se zkvalitnila ošetrovatelská péče, zlepšily by se výsledky a prognózy velkého množství onemocnění, čímž by se zajisté snížily i náklady na následnou péči. V ošetrovatelském procesu je důležité využívat edukaci prostřednictvím sester a tím zvyšovat zdravotní gramotnost, která může pacientům umožnit a také usnadnit účinné zlepšování jejich zdraví, jeho postupné navrácení a zabránění vzniku komplikací. Zvyšování zdravotní gramotnosti by bylo vhodné zařadit i do komunitního ošetrovatelství, které se zaměřuje právě na ochranu zdraví,

prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Dle Holčíka (2010) je zdravotní gramotnost jedna ze součástí základní výbavy pro dobrý zdravotní stav. Její znalost pomáhá nejen užitečně nalézat i využívat informace a tím posílit své vlastní zdraví, ale také přispívá ke zvýšení celkové úrovně zdravotního stavu populace a rozvoji osobnosti člověka samotného. V průběhu času se pojem *zdravotní gramotnost* vyvíjí. Nejprve se jednalo zejména o zařazení a doplnění školních osnov. Později se farmaceutické firmy v souvislosti s porozuměním pacientů pomocí příbalových letáků snažily zvyšovat zdravotní gramotnost pacientů (Holčík, 2015).

Al Sayah (2014) uvádí, že zdravotní gramotnost je velice důležitá především u pacientů s chronickým onemocněním. Avšak používání lékařské terminologie porozumění pacienta ovlivňuje negativně. Pacienti by měli být o svém zdravotním stavu informováni srozumitelně a sestry by v tomto měly hrát klíčovou roli.

Zdravotní gramotnost můžeme charakterizovat mnoha definicemi, jako uvádí například Nutbeam (2009) „*Zdravotní gramotnost je schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací*“ Ze všech definic vyplývá, že zdravotní gramotnost není jenom přenos informací, ale i jejich pochopení, umění získat a číst zdravotní informace a využívat je ke zlepšení svého zdravotního stavu. Zdravotní gramotnost je součástí stavu zdravé společnosti. Je určena výškou střední délky života a stárnutí populace, rychle se rozvíjejícím zdravotnickým systémem, vzrůstajícím podílem soukromého úseku ve službách a ve výrobě souvisejících se zdravím, dále také se zdravím a zdravotní péčí, právem občanů na zdraví a je také důležitým životním cílem (Holčík, 2010).

Vývoj zdravotní péče klade stále větší důraz na to, aby byl pacient aktivním účastníkem, který se podílí v péči o své zdraví a ne jenom pasivní příjemce (Nielsen-Bohlman, Panzer, Kindig 2004). Zdravotní systém tedy předpokládá, že se bude postupně přenášet zodpovědnost za rozhodování o zdravotním stavu na pacienta samotného, a to převážně v oblasti prevence, proto musí být pacient znalý v této oblasti. Pacient musí být také dostatečně motivován a mít dostatek základních a pravdivých informací, znalostí a dovedností (Janovská, 2017).

Hlavním smyslem zdravotní gramotnosti je všeobecná dostupnost spolehlivých informací týkajících se zdraví i jejich chápání, zhodnocení a využití. Součástí zdravotní gramotnosti je schopnost lidí vážit si zdraví, postarat se o sebe a v případě potřeby i o druhé (Šteflová, 2017). Nedostatečná úroveň zdravotní gramotnost v ČR postihuje více jak polovinu populace, tím se zhoršuje zdraví lidí, snižuje se kvalita života a samozřejmě se i zvyšují náklady na zdravotní péči. Zvyšování zdravotní gramotnosti lze rozdělit do dvou oblastí. První oblast se soustředí na populaci ČR tedy pacienty. Jde o jejich znalosti, schopnosti získat informace a pochopit je, umět je využít a zhodnotit. Je důležité, aby jedinci měli větší vliv na svůj zdravotní stav. Druhá oblast se zaměřuje na společnost, která by měla motivovat jedince k jejich roli o své zdraví, měla by jim tuto roli také usnadňovat a činit jim informace dostatečně srozumitelné, aby se v nich snadno orientovali (Holčík, 2017).

Máme několik typů zdravotní gramotnosti. Patří sem funkční zdravotní gramotnost, která je zaměřená na výsledek obvyklé zdravotní výchovy. Spočívá v poskytování informací o možných zdravotních rizicích, a jak si počínat ve zdravotnickém systému. Dalším typem je interaktivní zdravotní gramotnost, která do velké míry zahrnuje nové zaměření zdravotní výchovy v posledních 20 letech. Zde je cílem rozvíjet dovednosti lidí jednat samostatně a posílit jejich motivaci a odpovědnost. Posledním typem je kritická nebo také tvůrčí zdravotní gramotnost rozvíjející u jedinců schopnosti zaměřené na jejich individuální chování, sociálně a politicky orientované činnosti, které mají za smysl podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Zdravotní gramotnost v užším pojetí klade důraz na zdravotnické informace, pochopení příbalových letáků, schopnost se osobně podílet na léčbě, pečovat o nemocné rodinné příslušníky a využívat základních informací o zdravém životním stylu. Do širšího pojetí zdravotní gramotnosti patří dosažitelnost informací souvisejících se zdravím. Dále posílení schopnosti lidí orientovat se v životních situacích a způsobilosti v rozhodování vedoucí k ochraně a posílení zdraví (Holčík, 2010).

Zdravotní gramotnost by měla být součástí výchovy již v dětském věku, aby si dítě osvojilo získané vědomosti, dovednosti a návyky a tím zvýšilo péči o své zdraví. Zvýšení zdravotní gramotnosti hraje pozitivní roli i z ekonomického hlediska. Nízká zdravotní gramotnost úzce souvisí s rostoucím počtem hospitalizací, prodlouženou dobou hospitalizace a rekonvalescence a počtem návštěv pohotovostních

služeb. Vede tedy ke zvýšenému zdravotnímu riziku a k následným ekonomickým ztrátám při řešení vzniklých zdravotních potíží zdravotnickými službami (Dingová, Jakubcová, 2011).

V této době Pracovní skupina pro rozvoj zdravotní gramotnosti vytvořila tzv. Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti, ve kterém navrhla několik rozvojových projektů. První projekt je strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti. Tato strategie by měla ujasnit a zkonkretizovat úkoly v rozvoji zdravotní gramotnosti, organizovat práci, realizovat opatření a hodnotit dosahované výsledky. Druhým projektem jsou informace, kde jde o informační a komunikační podporu při zvyšování zdravotní gramotnosti, kde se skupina pracovníků soustředila na tři základní oblasti e-health, informační portál zdravotní gramotnosti a přínos knihoven. Třetím projektem je Oblast výchovy a vzdělávání, která je jednou z nejdůležitějších oblastí a také příležitostí k mezinárodní spolupráci. V souvislosti s tímto projektem byl také připraven motivační program „Zvýšení sdílené odpovědnosti za zdraví ve vztahu k rizikovým faktorům životního stylu.“ Čtvrtý projekt se nazývá Výzkum a hodnocení, kde byl proveden monitoring zdravotní gramotnosti v populaci České republiky, tedy výzkum zaměřený na úroveň zdravotní gramotnosti v ČR v porovnání s jinými zeměmi v Evropě. Výsledky tohoto výzkumu poukázaly na to, že je v ČR zdravotní gramotnost na velmi nízké úrovni. Dalším projektem bylo Zvýšení relevace a správnosti zdravotních informací v médiích a medializaci Zdraví 2020, kde je cílem zlepšení zdravotní gramotnosti českých novinářů, aby došlo k co největšímu omezení šíření nevěrohodných, nepravdivých, neověřených a někdy dokonce i nebezpečných informací o zdraví a zdravotnictví a tím také podpořit zdravotní gramotnost občanů. Dále pak projekt Přehled dobré praxe v rámci Národní sítě Zdravých měst ČR, do kterého patří spolupráce s širokou veřejností (Holčík, 2015).

Zdravotní gramotnost v souvislosti s médii není moc pozitivní, právě díky skutečnosti, že se do médií dostávají neověřené informace. Jen někteří novináři se snaží lpět na správnosti zdravotnických údajů, chybí jim však vzdělání a motivace k poskytování pravdivých informací. Média sleduje většina populace v ČR a její vliv na zdravotní gramotnost je velice významný, proto by informace objevující se v médiích měli být kvalitní a validní (Šimůnková, 2017).

Kučera (2017) se ve svém článku zmiňuje o několika testech, kterými lze zjišťovat úroveň zdravotní gramotnosti. Do těchto testů patří REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine). REALM je spolehlivý screeningový test, který je určený pro dospělou populaci (Dumenci, 2013). Dalším je TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults), je to test zjišťující schopnost jednotlivce číst a porozumět zdravotním informacím. Oba tyto testy zkoumají funkční zdravotní gramotnost (Chan, 2014). Ještě existují testy HALS (Health Activity Literacy Scale) (Nutbeam, 2009) a NAAL (National Assessment of Adult Literacy) (Kutner, 2006).

V publikaci WHO (2013) byl zveřejněn také model zdravotní gramotnosti. V této práci můžeme model nalézt v českém jazyce (Příloha 1) a v originální verzi v anglickém jazyce (Příloha 2).

Do projektů zaměřených na zdravotní gramotnost patří i Projekt Zdravých měst, Školy podporující zdraví a mnoho dalších projektů, které pochází od Světové zdravotnické organizace (WHO). Cílem projektů je propojit téma a hodnotu zdraví do běžného sociálního prostředí. Například Projekt Školy podporující zdraví je zaměřen na děti školního věku a mládež. Projekt se setkal s vysokým zájmem škol (Šteflová, Švec, 2017).

Onemocnění moderní doby, do kterých patří i onemocnění diabetes mellitus 2. typu (dále již jen DM2) v současnosti často souvisí s nedostatečnou zdravotní gramotností. Hlavní problematikou je nezdravý životní styl. Pacientům je důležité vysvětlit konzumaci vhodné stravy, nutnost dostatečného pohybu, potřebu snižování škodlivých stresových vlivů a dalších prevencí proti vzniku onemocnění či jejich zhoršení. Sestra by měla pacientovi pomoci převzít určitou zodpovědnost a kontrolu nad svým zdravotním stavem souvisejícím s ustavičným zvyšováním kvality zdravotní gramotnosti vhodnou edukací (Eun-Hyun, 2016). Nedostatečná zdravotní gramotnost populace směřuje k celkovému zhoršování zdravotního stavu a zvyšování nákladů na následnou zdravotní péči (Zarcadoolas et al., 2006).

Ze shrnutí předešlých informací je zřejmé, že v rozvoji zdravotní gramotnosti hraje důležitou roli sestra. Samozřejmě je důležité, aby sestra pacientovi poskytla potřebné informace, ale také ho naučila, jak s nimi pracovat, umět je zařadit k péči o svůj zdravotní stav a motivovat ho k samostatnému aktivnímu vyhledávání informací. Každá

sestra má být schopná pacienta vhodně edukovat a tím podporovat jeho zdravotní gramotnost a jeho zdravotní stav.

1.2 Edukace v ošetrovatelství v souvislosti se zdravotní gramotností

V ošetrovatelské péči se každý den sestry setkávají s edukací, i když si to často ani neuvědomují. Do tohoto děje se řadí každá odpověď či rada pacientovi, proto by sestra měla být schopná správné edukace. Edukace ve zdravotnictví je velmi důležitá také v primární, sekundární i terciární prevenci. Primární prevence se snaží udržet zdraví a předcházet onemocněním, proto se zaměřuje na zdravou populaci. V případě, že pacient již onemocněl, se jedná o sekundární prevenci. V této situaci jde o edukaci, kde je snaha předat vědomosti a dovednosti, které kladně ovlivní průběh nemoci a zabrání přechodu onemocnění do chronického stadia. Pokud má pacient již nezvratné a trvalé změny na svém zdravotním stavu, pak jde o terciární prevenci, ve které je snaha o zlepšení kvality života a zabránění výskytu dalších komplikací (Čeledová, Čevela, 2010).

Edukaci lze dělit na základní, reedukační a komplexní. V základní edukaci jsou předávány informace, vědomosti a dovednosti jedinci, který je motivován ke změně svých určitých postojů. Do této edukace řadíme nově diagnostikované nemocné s určitými onemocněními. K reedukaci patří znovunavázání na předchozí vědomosti, kde se dále doplňují a prohlubují vědomosti a dovednosti. Do komplexní edukace patří etapové podávání informací, získání vědomostí, rozvíjení dovedností a správných postojů v udržování a zlepšování zdraví. Správná edukace se zaměřuje na doplnění znalostí, aktivizaci pacienta k učení a ke změně postojů a návyků (Líšková, 2013).

Edukace pacienta je jedna z nejdůležitějších složek léčby onemocnění DM2. Cílem edukace je vhodná úprava chování pacienta pro lepší úspěšnost léčby. Základním předpokladem pro dobrou edukaci je motivace nemocného. Pro kvalitní edukaci je vhodné se řídit předem připraveným plánem. Edukace probíhá trvale spolu s pravidelnými zpětnými vazbami, které nám zajistí kontrolu, zda je edukace účinná a zároveň ukáže pacientův vědomostní pokrok. Tak jako každá péče o pacienta by měla být individuální, tak i edukace musí být individuálně přizpůsobená schopnostem daného

jedince. Je důležité vést edukaci srozumitelně v rámci dovedností, znalostí a možností pacienta (Kvapil, 2001).

Kuberová (2010) ve své knize uvádí, že Edukace v ošetrovatelství předpokládá kvalifikovanou pomoc pacientům, kteří jsou ohroženi nemocí, stresovými situacemi a jinými problémy, proto je třeba, aby se připravovala a organizovala z didaktického hlediska, podle didaktických podmínek a zásad. Podle Kuberové (2010) právě tímto způsobem můžeme dosáhnout holistického přístupu a také zvýšení edukační a evaluační úrovně, což ovlivní znalosti pacienta a jeho snahu o uzdravení a vyšší kvalitu života. Edukaci jako způsob, kterým lze pomoci pečovat o své zdraví a zlepšit tím celkový zdravotní stav populace, chápe i Johnson (2015). V souvislosti s nízkou zdravotní gramotností je pro pacienty často nesnadné dodržovat jakákoliv režimová a preventivní opatření. Je tedy důležité objevit jedince s nízkou zdravotní gramotností a následně mu upravit edukaci dle jeho možností (Chan, 2014).

1.3 Role sestry edukátorky v souvislosti se zdravotní gramotností

Komunikace mezi sestrou a pacientem je velice důležitá, proto jsme se rozhodli v této práci věnovat se roli sestry právě v komunikaci, která má pozitivní rozvoj i na zdravotní gramotnost pacientů. Role sester ve zvyšování gramotnosti u pacientů je naprosto zásadní, proto je nutné, aby i sestry byly na tuto budoucí roli dostatečně připravovány a zvládaly řešit potíže spojené s nízkou zdravotní gramotností (Torres, Nichols, 2014). Zdravotní gramotnost je důležité začlenit do vzdělávacích osnov sester, kde by se sestry začaly zdokonalovat v péči o pacienty, kteří nemají dostatečnou zdravotní gramotnost (McCleary-Jones, 2016). Na mezery související se vzděláním sester ohledně zdravotní gramotnosti upozorňuje i Zanchetta et al. (2013), jejichž studie poukazuje na nedostatečné teoretické vědomosti sester pro vedení zdravotní edukace. Jak uvádí ve svém článku autoři Kaas a kol. (2016), k dosažení potřebného výsledku nestačí pouze teoretické znalosti sestry, ale i schopnosti, dovednosti, empatie, naslouchání, ochota věnovat čas nemocnému a také určitá aktivita sestry sebevzdělávat se.

Při edukaci v ošetrovatelství vznikají vztahy založené na vzájemné interakci subjektu a objektu edukace. Subjektem této edukace je například sestra či lékař a objektem

je pacient i celá populace (Kuberová, 2010). Každý zdravotnický pracovník by měl být schopen navázat komunikaci, podpořit ji a udržovat. Postoj sestry je různý podle toho, mezi kým probíhá komunikace. Zda-li probíhá mezi sestrami, mezi sestrou a lékařem nebo sestrou a pacientem. Všeobecná sestra vystupuje v roli sestry pečovatelky, obhájkyňe nemocného, koordinátorky, asistentky, výzkumnice a také edukátorky nemocného a jeho rodiny (Plevová, 2011).

Ve vedení komunikace je důležité umět pracovat s vnějšími i vnitřními vlivy, které působí na probíhající komunikaci. Vnější vlivy se týkají prostředí, ve kterém komunikace probíhá. Sestra před započnutím komunikace připraví prostředí a snaží se omezit rušivé vlivy, které se zde mohou vyskytovat. Například zavře okno či dveře, zajistí soukromí, navodí příjemnou atmosféru atd. Do vnějších vlivů patří také individualita pacienta, kterou sestra musí respektovat. K vnitřním vlivům patří to, jaký je pacientův tělesný a duševní vývin. Z pozice sestry jde zejména o zvládnutí vlastních nežádoucích projevů v komunikaci. Ta by měla umět své osobní či pracovní potíže oddělovat a nezařazovat je do komunikace ani do péče o pacienta (Závodná, 2005).

Velmi důležité je zvolení vhodných prostředků, metod a forem učení, které přímo ovlivňují kvalitu průběhu edukace a také i konečného výsledku (Kuberová, 2010). Kvalitní ošetrovatelskou péčí není možné provádět bez správné komunikace. Právě profesionální komunikace má velký přínos pro pacienta v úspěšné realizaci určeného ošetrovatelského procesu. Má kladný vliv i na jeho psychickou stránku např. snižování strachu z ošetrovatelského zásahu. Sestra při jakékoliv komunikaci s pacientem musí aktivně naslouchat se zájmem a porozuměním, vědět, kdy je vhodné mlčet, respektovat ho, projevovat empatii, podporovat a aktivizovat pacienta. Úroveň vědomostí ohledně zdraví nezávisí jenom na schopnostech pacienta, ale také na dovednostech zdravotních pracovníků, předávat tyto informace jasnou a pochopitelnou formou pro pacienta (Holčík 2010, Šedová a kol. 2013). Velmi důležitá je kontrola účelné komunikace k rozvoji jeho vědomostí, a to zpětnou vazbou. Právě zpětná vazba ukazuje, zda komunikace mezi sestrou a pacientem byla jenom výměna informací nebo i jejich převzetí. Pokud sestra nevyužívá zpětné vazby, často dochází k jednostrannému procesu, který pro klienta nebývá příliš přínosný. Pokud sestra správně využívá komunikace, často se jí podaří získat důvěru i spolupráci

pacienta, která je v komunikaci a edukaci velice důležitá. Způsoby komunikace, které sestra v ošetrovatelské péči využívá, můžeme rozdělit do tří typů, a to sociální, strukturovanou a léčebnou komunikaci. Sociální komunikace je neplánovaná, probíhá spontánně při běžných střetnutích obou stran a nemá určený žádný obsah rozhovoru. Strukturovaná komunikace již má stanovený určitý obsah a cíl komunikace. Do této komunikace můžeme zařadit například poučení před vyšetřením či o dietním režimu. Do léčebné komunikace řadíme podporování soběstačnosti nemocného, jeho psychickou i fyzickou aktivitu, či minimalizaci záporných pocitů před operací či v souvislosti s hospitalizací. Všechny tyto způsoby komunikace sestra využívá při každodenních setkání s pacientem (Závodná, 2005).

Z didaktického stanoviska můžeme edukační proces v ošetrovatelství rozdělit do pěti fází, které logicky probíhají ve vzájemné návaznosti jako záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný proces. První fáze je posuzování, do kterého patří sběr, třídění a analyzování získaných údajů o daném jedinci. Další fází je diagnostika, kdy sestra vymezuje problémy a potřeby pacienta spolu s jejich příčinami a ovlivňujícími faktory. Ve třetí fázi přistupujeme k plánování, jehož hlavním záměrem je vytvoření určitého edukačního plánu, kde je potřeba stanovit i cíle ke zlepšení či udržení zdraví jedince. Do této fáze patří i výběr strategií a edukačních metod, které vyhovují pacientovi. V předposlední realizační fázi sestra aplikuje svůj připravený edukační plán. Pokud je tato fáze úspěšná, může pacientovi pomoci ve zlepšení kvality jeho života, zvýšení soběstačnosti a také mu pomůže rozšířit vědomosti o různých preventivních i léčebných zásadách. Pátou a poslední fází je vyhodnocení, jejichž součástí je i zpětná vazba poskytnutá pacientovi. Tato zpětná vazba by měla být pozitivní, aby pacienta spíše motivovala k dalšímu učení, kdežto negativní zpětná vazba by mohla pacienta odradit (Kuberová, 2010).

Praktický lékař a sestra mají největší možnost působit na zdravotní gramotnost svých pacientů prostřednictvím preventivním prohlídek, při kterých se setkávají s pacienty se zdravotními potížemi, ale i s pacienty bez jakýchkoliv zdravotních potíží. Se zdravotní gramotností souvisí i informovanost o rizicích onemocnění, která jsou významným tématem, a to zejména u onemocnění jako je DM2 (Pfeiferová, Seifert, 2017).

Velkou výhodou profese sestry je to, že tráví s pacienty mnohem více času než ostatní pracovníci ve zdravotnictví a tím se zvyšuje možnost poskytovat pacientům zdravotnické vědomosti a informace o jejich zdravotním stavu (Beauchamp, Sparkes, 2014). Sestry také mohou představovat prostředníka mezi lékařem a pacientem, což jim opět umožňuje poskytovat vědomosti a zvyšovat zdravotní gramotnost (Betz et al, 2008).

Kuberová (2010) také uvádí, že Edukační proces v ošetrovatelství vede lidi nejen k pochopení zdraví a nemoci, ale učí je rovněž zdravému chování, hygienickým návykům, správnému stravování, vyhýbání se rizikům a poznání svého zdravotního stavu i případných odchylek v něm. Komunikace úzce souvisí se zdravotní gramotností. Každým rozhovorem s pacientem může sestra zvyšovat pacientovu zdravotní gramotnost, ať už se jedná o vysvětlování výkonu, názornou ukázkou např. aplikace inzulínu inzulínovým perem nebo pouze o zodpovězení jakékoliv otázky od pacienta. Proto je důležité se komunikaci s pacientem nevyhýbat, ale naopak ji vyhledávat.

Ze studie Macabasco-O'Connell et al. (2011) vychází, že v oblasti zdravotní gramotnosti mají sestry omezené znalosti. Ač je zdravotní gramotnost pomocí edukace ovlivňována zejména sestrami, v současné době ji sestry nevěnují dostatečné množství pozornosti a neuvědomují si, jakou měrou zdravotní gramotnost ovlivňuje zdraví celé populace DeCaro et al. (2015).

1.4 Charakteristika onemocnění diabetes mellitus 2. typu

Jednou z hlavních kapitol teoretické části je onemocnění diabetes mellitus. Při tomto onemocnění dochází k metabolické poruše, a to hlavně cukrů, ale i tuků a bílkovin, která je zapříčiněna poškozením tvorby inzulínu. Inzulin je hormon pankreatu (slinivky břišní), který se tvoří v β -buňkách Langerhansových ostrůvků. Funkce inzulínu spočívá ve snižování hladiny glukózy v krvi a umožnění jejího vstupu do buněk. Onemocnění diabetes mellitus je v současné době velmi rozšířeným problémem vyspělých civilizací. Toto onemocnění je chronické formy a svými projevy a komplikacemi se prolíná do všech oborů medicíny. Na rozdíl od onemocnění diabetes mellitus 1. typu, který se objevuje nejčastěji v mladším věku a je charakterizován absolutním nedostatkem inzulínu, je DM2 vyznačován kombinací poruchy sekrece

inzulinu a tkáňové inzulinové rezistence, tedy relativním nedostatkem inzulinu, kdy inzulin není schopen zpracovávat glukózu (Rybka, 2007). Vznik tohoto typu onemocnění se objevuje ve většině případů v dospělosti kolem 40 roku života. Průběh bývá pozvolný a začátek onemocnění je často bez obvyklých příznaků diabetu. Zachycení onemocnění často bývá náhodné. Pokud však je onemocnění doprovázené příznaky, může se objevit polyurie, polydipsie a únava. Někdy se vyskytne i nechutenství a hmotnostní úbytek. Pacient může být i asymptomatický nebo je diabetes objeven v souvislosti se symptomy jiného onemocnění např. poruchy zraku, kožní projevy, ischemická choroba dolních končetin apod. (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016).

Právě vznik tohoto typu diabetu je udáván genetickými, ale i exogenními faktory. Zdravotní gramotnost je tedy nejlepší a nejúčinnější prevencí před DM2. Je důležité věnovat dostatečnou pozornost faktorům vyvolávajícím onemocnění diabetes mellitus, aby se jejich omezením předcházelo vzniku onemocnění (Müllerová, 2003; Machová, Kubátová, 2015). Mezi nejčastější negativní vlivy patří nadměrný příjem kalorií, nedostatečná fyzická aktivita, nevhodné složení stravy, narůstající výskyt obezity, kouření a jiné škodlivé návyky. Inzulinová rezistence u 2. typu tohoto onemocnění je hlavní příčinou poškození účinku inzulinu v cílových tkáních, kterou narůstají nároky na sekreci inzulinu. Je to stav, kdy tkáň a orgány nemohou přiměřeně reagovat na inzulin (Rybka, 2007). Pokud jde o diagnostiku onemocnění diabetes mellitus, využívá se samozřejmě anamnéza, dále fyzikální a laboratorní vyšetření. Při laboratorním vyšetření v krvi zjišťujeme glykemii, lipidy, minerály (Na, K, Ca, Cl, fosfáty), jaterní testy, TSH a moč chemicky + sediment a tak dále (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016).

1.4.1 Prevence onemocnění diabetes mellitus 2. typu

Jednou z nejdůležitějších částí kompenzace onemocnění DM2 je prevence. Cílem prevence je posilovat zdraví, napomáhat k příznivému rozvoji a zlepšení duševních a fyzických schopností jedince. Prevence by měla být komplexní, včasná, systematická, plánovaná a účelná (Líšková, 2013). Prevence obecně vede k ochraně zdraví a předcházení vzniku onemocnění či komplikací a následků již vzniklého

onemocnění. V případě prevence civilizačních onemocnění se často uplatňuje prevence primární a sekundární. Primární prevence má za úkol posilovat zdraví a zabránit vzniku onemocnění. U těchto onemocnění se primární prevence odráží právě v eliminaci rizikových faktorů, které tyto nemoci vyvolávají. Právě z tohoto důvodu je nejdůležitější prevencí zlepšení životního stylu. Do sekundární prevence řadíme včasné vyhledávání rizikových jedinců či již vzniklých onemocnění, aby se co nejvíce snížilo riziko vzniku komplikací (Čeledová, Čevela 2010).

DM2 patří mezi civilizační onemocnění, proto i jeho prevence je podobná jako u většiny ostatních civilizačních chorob. Autorka článku s názvem Civilizační onemocnění a jejich prevence Jiřina Lehocká (2008) uvádí program New start, týkající se primární prevence, od odborníků z univerzity Loma Linda v USA, kteří uvádějí osm bodů prevence dle osmi písmen, kterými slova začínají. **N**utrition – výživa, **E**xercise – pohyb, cvičení, **W**ater – voda, **S**unshine – sluneční svit, **T**emperance – střídmost a vyváženost, **A**ir – čerstvý vzduch a správné dýchání, **R**est – odpočinek, spánek, **T**rust – důvěra, pozitivní životní orientace.

Diabetes je často součástí obezity, kterou trpí velká část populace. V knize Poruchy metabolismu a výživy Svačina (2010) uvádí, že obezitou v této době trpí 50-70% populace. Příčinou obezity jsou z určité části genetické faktory, hlavním problémem je však špatný životní styl. Mezi faktory vzniku obezity patří rodinný výskyt obezity, výskyt onemocnění DM2, hypertenze a jiných složek metabolického syndromu v rodině, přejídání, zvýšení příjmu energie a snížení výdeje, tedy snížená pohybová aktivita. Jistý faktor pro vznik obezity má také nízká porodní hmotnost, kdy se zvyšuje riziko i vzniku diabetu 2. typu. K režimovým opatřením v souvislosti s obezitou a následným vznikem diabetu patří zařazení pohybu, a naopak omezení nezdravých návyků jako je například příjem tuků a cukrů (Svačina, 2010).

Složení potravy je důležitým faktorem v léčbě i prevenci onemocnění diabetes mellitus. Zařazení zvýšeného příjmu rozpustné vlákniny tzv. Psyllia do stravy ukazuje zlepšení několika parametrů souvisejících s onemocněním diabetes mellitus. Do těchto parametrů patří snížení glykemie, HbA1c, inzulínu, C-peptidu a dokonce i snížení váhy a obvodu pasu. Zařazení vlákniny do stravy dokonce snižuje riziko

vzniku diabetu. Proto je vhodné do jídelníčku diabetika i zdravého jedince zařadit dostatek vlákniny (Abutair, Naser, Hamed, 2016).

Vznik onemocnění DM2 je možné předpovědět dle několika faktorů. Mezi tyto faktory patří rodinná anamnéza, zvyšující se hmotnost v dospělosti, zvyšující se glykemie, závažnost obezity a rozložení tuku, stoupání inzulinemie a snižování časné fáze sekrece inzulinu, dále také výskyt přidružených onemocnění jako je hypertenze a jiné složky metabolického syndromu, užívání psychofarmak, dietní chyby a samozřejmě omezení fyzické aktivity. A právě u jedinců s těmito faktory je prevence velmi důležitá v předcházení vzniku onemocnění, ale i v předcházení jeho progresu. Existuje také výpočet rizika vzniku onemocnění DM2, a to tzv. diabetes risk score (Příloha 3). Maximální dosažený počet bodů v tomto testu je 20 bodů a za rizikovou skupinu se považují již hodnoty přesahující 9 bodů. Dle tohoto testu lze předpokládat riziko vzniku onemocnění a spolu s tímto předpokladem zahájit vhodnou prevenci (Svačina, 2007).

Cílem preventivních opatření a léčby u onemocnění DM2 je trvalá snaha o snížení mikrovaskulárních a makrovaskulárních komplikací, a je zřejmé, že všechny snahy zahájit u pacienta prevencí a režimová opatření musí být ve spolupráci s pacientem, protože dodržování těchto opatření záleží z největší části na samotném pacientovi. Prevenci vzniku onemocnění DM2 je třeba specifikovat i s ohledem na jiná vyskytující se onemocnění. K těmto abnormalitám patří dyslipidemie, arteriální hypertenze, centrální obezita, endoteliální dysfunkce a vyšší dispozice k tvorbě trombů, které nadále zvyšují kardiovaskulární riziko (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016).

Právě v souvislosti s arteriální hypertenzí se můžeme v knize od Svačiny (2007) dočíst o zvýšeném riziku vzniku onemocnění DM2 při hypertenzi a o tom, že v prevenci diabetu hrají i svou roli podávaná antihypertenziva, která toto riziko vzniku snižují. Z toho vyplývá, že i podáváním určitých léků z jiných lékových skupin můžeme dosáhnout snížení výskytu diabetu.

U pacientů, kteří mají již vzniklý diabetes, je důležité dodržovat i sekundární prevenci, aby nedocházelo k progresu a komplikacím nemoci. U tohoto onemocnění je mnoho možných komplikací, na které si pacienti musejí dávat pozor. Patří do nich např. hypoglykemické kóma, hyperglykemické kóma, retinopatie, neuropatie,

diabetická noha apod. (viz Komplikace DM2). Jedním ze způsobů sekundární prevence a i předpokladem terapie a diagnostiky diabetu je fungující ambulantní síť praktických lékařů, kteří by měli úzce spolupracovat s diabetologickými ambulancemi a dalšími specialisty. Základem pro kvalitní péči o diabetiky je totiž týmová spolupráce. Dále by měli pacienti s diabetem dodržovat ordinace lékaře, zdravý životní styl, dostatečný pohyb, každodenní kontrola nohou a také selfmonitoring glukometrem. Selfmonitoring je určován zejména při nesouladu hladin glykemie nalačno s hodnotami glykovaného hemoglobinu. Častost měření glykemie je vymezena individuálně v souvislosti s nastavenou léčbou a se stavem diabetu. Podmínkou k tomu, aby byl selfmonitoring účinný je důležité využití edukace o úpravách léčebného režimu a jeho pravidelnost podle doporučení ošetřujícího lékaře (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016).

1.4.2 Vývoj onemocnění diabetes mellitus

Onemocnění diabetes mellitus je přiřazováno k civilizačním chorobám i přes skutečnost, že patří k jednomu z nejstarších onemocnění. První zmínka o něm se vyskytuje v Ebersově papyru, který pochází z období 1550 let př. n. l. V tomto spisu je diabetes popisován jako nemoc, u které se maso a kosti ztrácejí do moči. Indický vědec Susruta diabetes již rozlišuje na dva typy. Jeden typ spojený s hubnutím a druhý naopak s tloušťkou. Arabský vědec Avicenna zmínil i popis diabetické gangrény (Rybka, 2006). Rybka ve své knize také zmínil zajímavý popis tohoto onemocnění, který uvedl Aretaneus z Kappadokie před více jak 1800 lety. Tento popis zní „*Diabetes mellitus je pozoruhodná porucha, u člověka nepříliš častá. Nemoc je svou povahou chronická. Rodí se pomalu, i když pacient dlouho nepřežije, jakmile je zakořeněna, neboť vyvolaný marasmus je rychlý, smrt náhlá. I život je odporný a bolestivý, žízeň je nezvládnutelná a hojné pití je vyvažováno značným vylučováním moči; neboť odtéká více moči a zamezit pacientovu pití a močení je nemožné. Jelikož kdyby jen na chvíli přestal a pití zanechal, ústa mu vyprahnou, tělo vyschne; střeva jsou jako v ohni, je mu bídně a mizerně, brzy umírá sužován palčivou žízni.*“ Teprve v 19. Století Claude Bernard dokázal, že je tělo schopné produkovat

glukózu a že glukóza vzniká v játrech z látky, kterou pojmenoval glykogen. To, že diabetes vzniká v souvislosti s poškozením endokrinní části pankreatu, objevil Edward Sharpey-Schafer, když objevil látku inzulín. V roce 1921 Frederick Banting a Charles Bestov dokázali připravit inzulín, který nejprve zkoušeli aplikovat psům a později i člověku (Rybka, 2006).

V knize Diabetologie 2015 (2015) je zajímavá kapitola, kde se autor Petr zmiňuje také o epigenetice, kterou popisuje na „Hladové zimě“ v roce 1944-1945, kdy byl v západním Nizozemí hladomor. Následky tohoto hladomoru u dětí „Hladové zimy“ přetrvaly po dvě až tři generace v podobě zvýšené náchylnosti k obezitě a vzniku onemocnění diabetes mellitus.

Nyní se výskyt onemocnění diabetes mellitus stále zvyšuje. V první polovině 20. století nemělo onemocnění diabetes mellitus zvlášť častý výskyt, avšak později došlo ke změnám ve způsobu života a tím spojeným nárůstem tohoto onemocnění, kdy se již počátkem 21. století začíná mluvit o epidemii. Nárůst ve výskytu je zaznamenán u onemocnění diabetes mellitus 1. i 2. typu, avšak výskyt 2. typu převyšuje. Výzkumy prováděné na výskyt onemocnění diabetes mellitus dosvědčují, že diabetes mellitus se stává stále se zvyšujícím celospolečenským problémem, který značně působí na morbiditu a mortalitu postižené populace (Škrha, 2014).

Jak uvádí Holčík v knize Civilizace a nemoci (2009), rozvoj civilizace lidem umožňuje mimořádné možnosti, ale zároveň klade na populaci vyšší odpovědnost za zdraví jedince i celé společnosti, a proto je potřebná dostatečná kultivovanost a vzdělanost celé populace. Právě do této vzdělanosti patří dostatečná zdravotní gramotnost, která lidem umožní vhodnou prevenci před vznikem životním stylem ovlivnitelných onemocnění.

1.4.3 Léčba onemocnění diabetes mellitus 2. typu

V diplomové práci je neustále zmíněn zdravý životní styl, ke kterému patří i stravování. Právě stravování a určitá omezení vněm jsou zařazena mezi základní opatření v léčbě cukrovky. Na stravě, jejím druhu a frekvenci je závislá hladina glykemie v krvi. I opatření ohledně stravování u diabetika by měla být přisuzována individuálně. Záleží na stáří pacienta, typu diabetu, pohlaví, hmotnosti a fyzickém výdeji pacienta. Cílem

léčby zaměřené na dietní opatření je zlepšení kompenzace onemocnění, udržení přiměřené tělesné hmotnosti, udržení normotenze, prevence před výkyvy glykemie a tím i zabránění vzniku hypoglykemie, dosažení běžného složení krevních lipidů a také prevence pozdních komplikací onemocnění DM2. Je potřebné také podporovat duševní stránku pacienta a kvalitu jeho života, protože stres má negativní vlivy na průběh onemocnění a jeho kompenzaci. Pacienta se snažíme dostatečně motivovat, podporovat a dostatečně edukovat. Také je důležité u každého pacienta volit individuální přístup (Rybka, 2007).

U nově vzniklého onemocnění DM2 je základem nefarmakologická léčba. Její součástí je snaha o zařazení individuálních dietních opatření, které vedou k redukci váhy. Dále fyzická aktivita a také edukace jedince ohledně úprav jeho léčebného režimu. Samozřejmě záleží na dosavadním stavu pacienta, jeho hmotnosti a naučeným stereotypům. Pokud však je pacient obézní, je nutné do léčby zařadit změny životního stylu, a to zejména ohledně zvýšení tělesné aktivity a dietních opatření v souvislosti se sníženým příjmem. Redukce váhy pozitivně ovlivňuje diabetes, ale i hypertenzi a dyslipidémii. Lékař rozhoduje o dietě pacienta s ohledem na jeho věk, fyzickou aktivitu, tělesnou hmotnost apod. U obézního člověka, což zahrnuje většinu pacientů s tímto onemocněním, se však doporučuje spíše redukční dieta než dieta diabetická (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016). Pokud jde o fyzickou aktivitu, doporučuje se pacientům cvičit alespoň 30 minut denně, a to 5x týdně (Rybka, 2007). Perušičová (2013) uvádí, že bez důsledné, trvající a stále se opakující edukace nemocného, která se přizpůsobuje jeho novým a konkrétním situacím (zdravotním, osobním, pracovním apod.), nelze docílit trvalejší uspokojivé kompenzace diabetu, která je předpokladem oddálení všech komplikací, především cévních. V této knize také zmiňuje, že nezastupitelnou rolí v léčbě diabetu je pravidelná fyzická aktivita, která je přiměřená věku jedince. Prostřednictvím fyzické aktivity má pravidelný výdej energie pozitivní vliv na symptomy metabolického syndromu. Na tom, zda je aktivita dlouhotrvající a mírná nebo krátkodobá se střední či vysokou intenzitou, nezáleží. Jak ve své knize uvádí Kvapil (2012), bez dodržování aspoň zásadních režimových opatření v životosprávě je zdárná léčba DM2 v podstatě nemožná. Také je prokázáno, že kompenzace diabetu v prvních letech jeho vzniku určuje celkovou prognózu jedince. Proto je důležité nasazovat již na začátku onemocnění farmakologickou léčbu,

neboť bezpečná farmakoterapie je pro pacienta přijatelnější než rizika dlouhodobého působení hyperglykemie.

Cíl farmakologické i nefarmakologické léčby spočívá v dosažení uspokojivých hodnot glykemie, tak aby nevznikala hypoglykemie a zamezilo se hmotnostnímu přírůstku. Farmakologická léčba diabetu se postupně rozšiřuje v souvislosti se vznikem nových lékových skupin a inzulínů. S rozvojem léčiv se samozřejmě zvyšují i nároky na účinnost léčby a výsledné hodnoty glykemie. S rozvojem se tedy snižuje riziko následných komplikací diabetu. Při léčbě onemocnění DM2 je důležitá komplexní léčba, do které patří udržení vhodné tělesné hmotnosti, přiměřená denní dávka inzulínu, fyziologické hodnoty krevních tuků a krevního tlaku a negativní bílkovina v moči, která ukazuje na poškození ledvin (Rybka, 2007).

Mezi perorální léčbu můžeme zařadit i stravu jedince, protože i strava je přijímána ústy, avšak pokud jde o farmakologickou léčbu tedy medikamentózní, zahajuje se u pacientů s DM2 až při nedostatečnosti nefarmakologických postupů ke kompenzaci onemocnění. V současné době je dostupná obsáhlá řada antidiabetik, která účinně snižují hladiny glykemie, ale liší se svou bezpečností, proto se lékaři přiklánějí k bezpečným lékům, které mají nízké riziko hypoglykemie (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016). Pokud je vhodné nasadit perorální antidiabetika (dále jen PAD), pak se nejčastěji nasazuje jako lék první volby metformin, který je jedním z bezpečných léků. Podáváním tohoto léku nevzniká hypoglykemie ani hmotnostní přírůstek. Naopak metformin spíše pomáhá ke snížení tělesné hmotnosti. Je kontraindikován, pokud je přítomna těžká renální insuficience. Rizikem při užívání metforminu je vznik laktátové acidózy, která však nevzniká při správném užívání a dodržování kontraindikací. Další řadou léčiv jsou glitazony, které jsou povětšinou užívány v kombinační léčbě společně s metforminem. Rizikem u tohoto léčiva je srdeční selhání, proto je důležité při jeho užívání sledovat klinický stav pacienta v souvislosti se srdečním selháváním. U tohoto léku je také běžný váhový přírůstek. Glitazony se mohou užívat také jako léky první volby, pokud je kontraindikován metformin (Kvapil, 2012). Léky s inkretinovým působením se nejčastěji podávají při kombinační léčbě, ale je možné je využít i v monoterapii či trojkombinační léčbě. Je vhodné je užívat v počátečním stádiu diabetu, jelikož je při jejich užívání podmínkou zachovalá sekrece inzulínu. U těchto samostatných léků nehrozí riziko hypoglykemie, ale k jejich

nežádoucím účinkům patří gastrointestinální potíže. Další řadou jsou glifloziny, které jsou užívány zejména v kombinované terapii u pacientů, jejichž kompenzace nebyla uspokojivá při jiné léčbě. Léky nezvyšují riziko hypoglykemie. Vedou však k mírnému snížení krevního tlaku a také k mírnému snížení hmotnosti. K nežádoucím účinkům patří riziko infekce močových cest, genitálu a riziko dehydratace. Další jsou deriváty sulfonylurey jejichž užívání, je doprovázeno rizikem hypoglykemie a hmotnostního přírůstku. Dále meglitinidy je možné využít místo derivátu sulfonylurey, a to povětšinou v kombinaci např. s metforminem. Inhibitor alfa-glukosidáz se většinou užívá v kombinaci s dalším antidiabetikem. Další farmakologickou léčbou je inzulin, který je indikován, pokud terapie pomocí PAD či kombinací nemá uspokojivé výsledky. Jestliže jsou u pacienta časté hyperglykemie i při užívání PAD, je potřebné začít zvažovat možnost nasazení inzulinoterapie. Na počátku se léčba často kombinuje s antidiabetiky, přičemž se začíná od nejnižších dávek. Pokud se po nasazení inzulinoterapie podaří hladiny glykemie znormalizovat či přiblížit k cílovým hodnotám, je možné inzulin kombinovat s PAD, či inzulin zcela vysadit. U PAD je potřeba myslet na propojení DM2 s obezitou a nezapomínat na vlivy jednotlivých PAD ovlivňující hladiny glykemie a hmotnost nemocných (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016).

Perušičová (2013) uvádí, že jsou také léčiva, která se u nás zatím neužívají, ale byl u nich prokázán antidiabetický účinek. Patří k nim sekvestranty žlučových kyselin, které byly vyvinuty ke snížení hladin LDL cholesterolu. Poté však bylo zjištěno, že mají schopnost snižovat i glykemii. Je to například colesevelam hydrochlorid, který byl na základě těchto účinků v některých zemích schválen jako přídatné antidiabetikum k nefarmakologické léčbě. Vývoj zdravotnictví je obecně rychlý, a tak vznikly samozřejmě i nové léky k léčbě diabetu. Mezi tyto léky patří imeglimin, což je lék ze skupiny gliminů, který působí na játra i B-buňky Langerhansonových ostrůvků. Dále pak glukokinázový aktivátor, tento lék zatím není zcela prozkoumaný, avšak při společném užití s metforminem dále redukuje HbA. Vliv na snížení HbA však klesá s dobou podávání. Dalšími léčivy jsou probiotika, do kterých patří např. *Lactobacillus reuteri*. Probiotika oddalují rozvoj DM2. Dále pak resveratrol, který má příznivé účinky na zdravotní stav. Zlepšuje kompenzaci diabetu a snižuje glykemii, HbA, krevní tlak a hladinu celkového cholesterolu.

Používán je také jako pomocné antiobezitikum. Při pohledu do budoucnosti se výzkum zaměřuje ve velké míře na tkáňové kmenové buňky, ze kterých by bylo možné vytvářet funkční β -Buňky (Perušičová, 2013).

Existuje také chirurgická léčba tzv. bariatrická (metabolická) chirurgie, což je chirurgická léčba obezity, která je účinnou metodou ke zlepšení kompenzace u obézních diabetiků. Vliv tohoto zákroku na snížení glykemie je viditelný již po několika dnech po operaci. Avšak jedinci, kteří podstoupili bariatrickou léčbu jsou již celoživotně sledováni (Doležalová, Fried, Herlesov, 2013).

1.4.4 Nejčastější komplikace onemocnění diabetes mellitus 2. typu

Samozřejmě jako většina onemocnění, tak i onemocnění DM2 může mít komplikace, a to zejména pokud není dodržovaná určitá sekundární prevence, která zabraňuje progresi onemocnění. Tyto komplikace rozlišujeme na akutní a chronické. Akutní komplikace onemocnění DM2 souvisejí s hypoglykemií nebo naopak hyperglykemií. Na rozdíl od chronických komplikací je u akutních komplikací rychlý rozvoj potíží, který je spojen i s možností úmrtí (Mukšnáblova, 2014).

Akutní komplikace diabetu můžeme rozdělit na dvě základní komplikace, a to hypoglykemií a hyperglykemií. Hypoglykemie je patologický stav, kdy hladina glykemie klesne pod dolní hranici, která se v různých literaturách uvádí odlišně, avšak fyziologická hladina glykemie se pohybuje od 3,6 -5,9 mmol/l , samozřejmě tato hodnota je pouze orientační a každý jedinec reaguje na tuto hladinu jinak (Mukšnáblova, 2014). Dle Bartoše (2003) záleží také na rychlosti vzniku hypoglykemie a na délce jejího trvání. Tento stav je častější u nespolupracujících pacientů a u nemocných, kteří jsou léčeni inzulinou, hlavně inzulinou s protražovaným účinkem. Také hrozí pacientům při zvýšené fyzické zátěži, která vede k vyšší spotřebě glukózy. Hypoglykemie se projevuje snížením neuropsychické výkonosti, nevolností, bolestí hlavy, poruchou jemné motoriky, slabostí, zamlženým viděním a křečemi, dále také pocením, třesem, hladem, nervozitou a tachykardií. Tyto projevy mohou vést až k bezvědomí. Pokud pacient trpí syndromem porušeného vnímání hypoglykemie, pak hypoglykemie nastupuje bez varovných příznaků a nemocný snadno upadá do těžkého hypoglykemického bezvědomí. Komplikace hypoglykemie vychází

z možnosti úrazů po pádu či aspiraci v bezvědomí. Léčba tohoto stavu spočívá ve zvýšení glykemie, což pacient může zvládnout i sám bez lékařské pomoci tím, že sní 10-20g sacharidů nebo si aplikují 1mg glukagonu, který by měl mít každý diabetik, který trpí častým výskytem hypoglykemií, u sebe. Pokud je u pacienta již lékař podá mu 40% glukóza. K celkové léčbě hypoglykemie patří její pravidelná kontrola glukometrem a základem její prevence je edukace pacienta a pravidelné měření glykemie (Bartoš, 2003).

Mezi komplikace diabetu může patřit i kognitivní deficit. K tomuto deficitu dochází především až v pozdějším věku. Často se spojuje s obvyklým úbytkem kognitivních funkcí. Nejčastěji je u DM2 postižena paměť a schopnost učení. Tento deficit u diabetiků také častěji progreduje do demence vaskulární, Alzheimerovy demence nebo do demence smíšené etiologie (Kvapil, 2016).

Bartoš (2003) také uvádí další akutní komplikace, které jsou však opakem hypoglykemie. Touto komplikací je hyperglykemie, tedy vysoká hladina cukrů v krvi. Mezi hyperglykemické komplikace patří diabetická ketoacidóza, která se vyskytuje převážně u onemocnění diabetes mellitus 1. typu. Naopak u DM2 se vyskytuje hyperglykemické kóma, které patří také do hyperglykemických komplikací. Tato komplikace je charakteristická extrémní hyperglykemií spojenou s vážnou dehydratací, poruchami vědomí a často i renální nedostatečností. Nejčastějšími příčinami tohoto stavu bývají situace znemožňující jedinci dostatečnou hydrataci při zvýšeném močení spojeným se zvyšováním hyperglykemie, či jako důsledek nevhodné farmakologické léčby. Hyperglykemické kóma doprovází příznaky jako dlouhodobá polyurie a žízeň s narůstající dehydratací společně s poruchami vědomí. Mohou se vyskytovat křeče a hypotenze. V laboratorním nálezu můžeme vidět hodnoty akutního selhání ledvin a je přítomen i určitý stupeň metabolické acidózy. I při vhodné léčbě bývá úmrtnost u této komplikace vysoká. Léčba spočívá v doplnění tekutin, deficitu draslíku a snižování hyperglykemie. Posledním typem komplikací je laktátová acidóza, která se objevuje především v souvislosti s léčbou biguanidovými preparáty, kdy nejsou dodrženy kontraindikace (Bartoš, 2003).

DM2 se značně podílí i na problémech spojených s komplikacemi provázejícími onemocnění. S narůstajícím počtem diabetiků narůstá i výskyt cévních komplikací, které zahrnují mikroangiopatii i makroangiopatii (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016).

Onemocnění DM2 je chronické onemocnění, které po celou dobu trvání ovlivňuje a postihuje i organismus a tím vznikají chronické komplikace diabetu. Velmi často se vyskytují cévní komplikace, a to např. ztlušťování cév nebo diabetické makroangiopatie, při kterých vznikají aterosklerotické projevy na velkých tepnách. Tyto komplikace jsou nejčastější příčinou úmrtí diabetiků. Makroangiopatie se může vystupňovat až do různých typů ischemické choroby srdeční, ischemické choroby dolních končetin a ischemické choroby centrálního nervového systému. Významnou roli u cévních komplikací hraje také dyslipoproteinémie, která je také častou komplikací u diabetiků a je důsledkem inzulinové rezistence, která se účastní na vzniku DM2. Komplikací je také hypertenze, která se často diagnostikuje ještě před vznikem onemocnění DM2, avšak může se diagnostikovat i po jeho objevení či současně s diabetem. U DM2 představuje závažný samostatný rizikový faktor pro rozvoj aterosklerózy. Výskyt hypertenze společně s diabetem zvyšuje až čtyřnásobně mortalitu diabetiků (Rybka, 2007). Mezi další komplikace patří diabetická nefropatie, což je progredující onemocnění ledvin, při kterém se objevuje proteinurie, hypertenze a pokles renálních funkcí. U starších jedinců je úzká souvislost s rizikem kardiovaskulárních chorob (Kvapil, 2012). Chronické komplikace se mohou objevit i na očích, a to v podobě diabetické retinopatie. Tato komplikace patří mezi jednu z nejzávažnějších, kdy dochází k poškození sítnice a následně až ztrátě zraku (Rybka, 2007).

Další chronickou komplikací je diabetická neuropatie, která se projevuje poškozením nervových vláken. Člověk má tři základní typy nervů, a to nervy senzitivní, které slouží k vnímání citlivosti, motorické, zajišťující pohyb, a nervy, které působí na vnitřní orgány. Onemocnění diabetes mellitus postupně postihuje všechny tyto typy nervů (Stránská, 2011). Mohou tedy vznikat gastroenterologické poruchy jako je nauzea a zvracení spojené s žaludečními potížemi, dále průjem při poškození tenkého střeva, naopak při postižení tlustého střeva se snižuje motilita střev, čímž vzniká zácpa, také častější výskyt žlučových kamenů apod. (Bartoš, 2003). Diabetes však nejprve postihuje dlouhé nervy, které jsou v dolních končetinách. Nejčastěji se zpočátku

tato komplikace projevuje nepříjemnými pocity brnění a pálení, kdy nemocnému vadí i příkrývka. Následuje porucha vnímání teploty, dotyku, tlaku a bolesti (Stránská, 2011). Měla by být věnována větší pozornost i péče o kůži, kvůli postupnému ztlušťování kůže a snadnější zranitelnosti kůže. Právě diabetická neuropatie společně s ischemickou chorobou dolních končetin a někdy i infekcí jsou častou příčinou vzniku diabetické nohy, což je další komplikace diabetu, která může skončit i amputací (Bartoš, 2003). Na tuto komplikaci se zaměřují podiatrické ambulance, které se zabývají právě hojením těchto ran. Podiatrie je věda, která se zaměřuje na studium nohy, její anatomii, fyziologii, patofyziologii, dále také na správnou léčbu nemocných nohou a preventivní ošetření nemocných nohou. Nejčastěji se podiatrie soustředí na oblast spojenou se syndromem diabetické nohy. Podiatrické ambulance pro diabetiky se specializují na péči o pacienty, kteří již trpí syndromem diabetické nohy nebo mají zvýšené riziko tohoto syndromu. Tak jako v mnoha oblastech zdravotnictví, i v této oblasti je důležitá týmová práce. V tomto týmu spolupracují podiatrické sestry, diabetolog, chirurgové všeobecní a cévní, dále intervenční radiologové, protetici a rehabilitační pracovníci (Jirkovská, 2011). Na webových stránkách České diabetologické společnosti je možné najít přehled podiatrických ambulancí v ČR, jejich působišť a kontakty na ně. Tyto podiatrické ambulance jsou rozmístěny ve všech krajích České republiky. Snažili jsme se zmapovat podiatrické ambulance v krajských městech. V hlavním městě Praze pracuje šest podiatrických ambulancí. V Karlovarském kraji jsme našli podiatrickou ambulanci pouze v krajském městě. V Plzeňském kraji jsou dvě podiatrické ambulance, v krajském městě Plzni a ve městě Sušici. Dále pak v Ústeckém kraji pouze v Ústí nad Labem. V Libereckém a Jihočeském kraji ordinují po dvou podiatrických ambulancích. Ve Středočeském kraji sídlí dokonce tři tyto ambulance. Na Vysočině jsme objevili podiatrickou ambulanci v Třebíči, Jihlavě a Havlíčkově Brodě. Dále byla jedna podiatrická ambulance v Pardubickém kraji. V Králové-Hradeckém kraji ji můžeme nalézt v Trutnově a v Hradci Králové. Jihomoravský kraj poskytuje podiatrické služby na dvou místech v krajském městě Brně, dále pak ve Znojmě a Břeclavi. Olomoucký kraj má podiatrii pouze v Olomouci. Moravskoslezský kraj má ambulance čtyři, poslední Zlínský kraj dvě (Česká diabetologická společnost, 2017).

Do dalších speciálních komplikací patří infekce. Pacient s diabetem je více náchylný k různým infekcím, jako jsou infekce močových cest, mykotická onemocnění, periodontální infekce apod. Všem těmto rizikům by se měl pacient individuálně a samostatně věnovat a předcházet tak výše zmíněným komplikacím, v čemž by pacientovi mohla velmi pomoci kvalitní a cílená edukace od odborníků (Bartoš, 2003).

Důsledkem chronických komplikací u onemocnění DM2 mohou být závažné stavy, jako je selhání ledvin, ztráta zraku a i amputace dolních končetin. Hyperglykemie působí na celý organismus a komplikace jsou na sebe vázány. Pokud u pacienta vznikla komplikace mikrocirkulace v rámci retinopatie, můžeme očekávat i poškození mikrocirkulace v jiných orgánech např. neuropatii (Pátková, Kvapil, 2013).

DM2 není sám o sobě omezujícím faktorem pro pracovní způsobilost. Výběr pracovního zařazení však může být ovlivněna existencí komplikací (např. postižení zraku) nebo přidružených chorob, které je pak nutné hodnotit individuálně (Škrha, Pelikánová, Kvapil, 2016).

1.5 Zdravý životní styl ve spojitosti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu

Zdraví je jedna z nejdůležitějších hodnot v životě každého člověka. Bez zdraví člověk nemůže vykonávat pracovní činnosti, či realizovat vlastní plány a tím klesá kvalita jeho života. Don Nutbeam (1998) zdraví definuje jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Na zdraví člověka působí mnoho vnějších i vnitřních faktorů, které mohou mít působení pozitivní, ale také negativní. Těmto faktorům říkáme determinanty zdraví. Vnitřní determinanty zdraví jsou na genetickém podkladě, tedy dědičné. K vnějším vlivům řadíme životní styl, kvalitu životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby, kde hodnotíme kvalitu služeb a péče. Vnější i vnitřní faktory se vzájemně ovlivňují, ale správné ovlivnění vnějších faktorů má velmi pozitivní účinek na podporu našeho zdraví (Machová, Kubátová, 2015). V souvislosti s negativním působením vnějších faktorů vznikají civilizační onemocnění, do kterých patří i DM2.

Životní styl v naší době je kritický. Velká část populace trpí nadváhou, což je způsobeno především nedostatkem fyzické aktivity, kterou nyní nahrazuje moderní technologie, a zvýšeným příjmem stravy, která je v této době lehce přístupná. Často můžeme pozorovat velmi mladou populaci, která dává přednost pasivnímu sezení u počítačů před procházkami či hrami venku. V důsledku toho se problémy s obezitou týkají i velmi mladé populace. Základní podporou našeho zdraví by tedy měla být pravidelná fyzická aktivita. Pohyb napomáhá udržovat nejen tělesný vzhled, ale také rozvíjí funkce organismu, zlepšuje náladu a duševní výkon. Je doporučeno zařazovat takovou pohybovou aktivitu, která jedince baví a je schopen ji provozovat alespoň 2x – 3x týdně. Do těchto aktivit můžeme zařadit chůzi, běh, cyklistiku, Nordic Walking, plavání apod. (Kukačka, 2009).

Dalším faktorem předcházejícím vzniku onemocnění DM2 je výživa. Důležitý je režim přijímání potravy, který by měl být pravidelný a v menších dávkách. Obecně se doporučuje jíst 5x i 6x denně. Stolování by mělo probíhat v klidu, pomalým tempem a nepřejídat se. Strava, kterou jedinec přijímá, by měla být vyvážená na složky výživy. V knize Zdravý životní styl (Kukačka 2009) jsou uvedeny zásady zdravé plnohodnotné stravy, do kterých patří snížení tuků a tučných výrobků, přijímání mnohostranné stravy, a přijímání vyváženého množství jídla. Dále je jídlo možné okořenit, ale nepřesolovat, snížit příjem sladkostí, zařadit do jídelníčku více celozrnných výrobků, konzumovat zeleninu a ovoce. Zařadit vyšší příjem rostlinných bílkovin oproti živočišným, jíst méně, ale v častějších intervalech a vše připravovat chutně a esteticky. Energetický příjem výživy by měl být v rovnováze s energetickým výdejem jedince. Rybka (2007) radí pacientům, jak vytvořit zdravou racionální dietu. Součástí těchto doporučení je plánovat si jídlo na celý den, jíst pravidelně, pomalu, jídla nevynechávat. Doporučuje také potraviny s vysokým obsahem vlákniny a polysacharidů. Obecně potraviny se značením DIA nejsou doporučeny. Obsahují velké množství tuků, jsou energeticky náročné a zbytečně drahé.

Se zdravou výživou úzce souvisí dodržování pitného režimu, jehož příjem by měl být 1,5l až 2l za den. Množství tekutin, které je potřeba přijímat je závislé na faktorech jako je věk, hmotnost, zdravotní stav, vlhkost a teplota vzduchu apod. (Shinya, 2009). Nejvhodnější tekutinou je pitná voda, ale vhodné jsou i minerální

vody nebo čaje. Naopak slazené vody často obsahují vysoké množství cukrů, a proto je dobré se jim vyhnout.

Další z vnějších faktorů ovlivňující zdravý životní styl je spánek, který je základní fyziologickou potřebou. Významný je hlavně pro regeneraci centrálního nervového systému. Při nedostatku spánku dochází ke zhoršení pozornosti a myšlení, které doprovází pocit únavy (Kukačka, 2009). Potřebná doba spánku je u každého jedince individuální a mění se v určitých obdobích života. Obecně se však pohybuje okolo 8 hodin denně. Při dlouhodobém nedostatku spánku se může objevit i deprese (Praško, 2009).

Posledním z faktorů, které jsou uvedeny v této práci ovlivňujících zdravý životní styl, je stres. Stres vyvolávají určité faktory, které nazýváme stresory. Stresory lze rozdělit například dle Kraska Lüdecké (2007) na psychické, sociální a fyzické. Působící stres má různou intenzitu. Při nižším působení stres dokonce umožňuje mozku pracovat rychleji a přesněji, s čímž se často setkáváme při různých zkouškách, přijímacích řízeních apod. Takové krátkodobé působení stresu je tedy prospěšné. Pokud se jedná o dlouhodobý stres ve vyšší intenzitě, organismus přestává tyto dávky zvládat a může dojít až k fatálním následkům (Servan-Schreiber, 2005).

V předešlé stati byly představeny odborné zdroje týkající se zdravého životního stylu v souvislosti s diabetem. Z informací vyplývá, že v prevenci stresu je dobré se naučit zvládat nadměrný stres, snažit se ho eliminovat a umět se také odreagovat, pochválit se i ocenit. Všechny tyto škodlivé faktory je možné dobře ovlivňovat, pokud má sám pacient zájem, snahu, ochotu a trpělivost svůj dosavadní život změnit a tím prospět svému zdraví, předejít vzniku onemocnění a někdy dokonce i po vypuknutí nemoci může správným životním stylem dosáhnout navrácení zdraví.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu.

2. Popsat kompetence sestry v oblasti zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu.

3. Zmapovat výskyt podiatrických ambulancí v ČR

2.2 Výzkumné otázky:

VO1. Jak sestry hodnotí úroveň zdravotní gramotnosti pacientů v souvislosti s onemocněním DM 2. typu?

VO2. Jaké jsou bariéry v předávání informací mezi pacientem a sestrou?

VO3. Jaká specifika sestry zaznamenaly v edukaci u pacientů se zaměřením na DM 2. typu?

VO4. Jakou vědomostní úroveň mají sestry v souvislosti s onemocněním DM 2. typu a jeho preventivních opatření?

VO5. Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů se zvýšeným rizikem onemocnění DM 2. typu?

VO6. Jaké edukační prostředky sestry využívají při edukaci pacienta?

VO7. Jaké mají sestry vědomosti o výskytu podiatrických ambulancí v blízkosti jejich pracoviště?

3 Metodika

Metodika výzkumné práce byla založena na kvalitativním výzkumném šetření. Kvalitativní výzkum mnoho autorů definuje odlišně. Tyto definice vznikají ve spojení s použitými metodami sběru dat, dle způsobu analýzy dat apod. Pojem kvalitativní výzkum je tedy zavádějící, protože ho může každý chápat poněkud jiným způsobem. Avšak v knize *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách (2014)* můžeme nalézt definici, která zohledňuje všechny významné rysy „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Výzkum probíhal pomocí schématu výzkumného šetření, které bylo rozděleno do třech fází. První fáze byla vypracovaná v rámci předvýzkumu, kdy byl výzkum zaměřen na civilizační onemocnění. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat role sestry v oblasti edukace ke zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti v primární péči civilizačních onemocnění. Z tohoto cíle bylo stanoveno pět výzkumných otázek. První výzkumná otázka se zaměřovala na to, jaká je role sestry v oblasti edukace ke zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti. Druhá výzkumná otázka se snažila najít odpověď na to, jakým způsobem sestry využívají možnosti edukace pacientů v rámci své pracovní náplně. Třetí výzkumná otázka se zaměřovala na bariéry v předávání informací mezi pacientem a sestrou. Čtvrtá na to, jakou vědomostní úroveň mají sestry v souvislosti s civilizačními onemocněními a jejich preventivními opatřeními. Pátá na to, jakým způsobem sestry edukují a jaké využívají komunikační prostředky. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci srpnu se sestrami pracujícími v ambulancích praktických lékařů, a to zejména v kraji Vysočina. Využito bylo strategie polostrukturovaných rozhovorů, které v případě nutnosti byly doplněny doplňujícími otázkami. V tomto výzkumném šetření mimo další poznatky vyplynulo, že nejčastěji zmiňované civilizační onemocnění, na které se sestry odkazují, je onemocnění diabetes mellitus 2. typu. Na základně tohoto zjištění byly další výzkumy zaměřeny již pouze na toto onemocnění.

V druhé fázi výzkumného šetření bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, a to technikou sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů s doplňujícími otázkami. Výzkum byl prováděn ve třech nemocnicích, ve dvou nemocnicích v kraji Vysočina a v jedné nemocnici v Praze. Prvotně byly pro získání souhlasů k rozhovorům a spolupráci na diplomové práci osloveny hlavní sestry nemocnic telefonickou formou nebo zasláním e-mailu. Poté již domluva probíhala zejména telefonicky, jak s hlavními sestrami, tak i s vrchními a staničními sestrami. V získávání souhlasů ke spolupráci na výzkumné práci jsem se povětšinou setkala s pozitivními odpověďmi. Rozhovory z nemocnice v Praze a jedné nemocnice z kraje Vysočina byly získány v prvním týdnu měsíce ledna. Výzkum v druhé nemocnici z kraje Vysočina proběhl v měsíci březnu. První výzkumný soubor tvořily sestry (S1-S8) pracující na lůžkových interních odděleních a sestry pracující ve specializovaných diabetologických ambulancích. Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti (P1-P6) s onemocněním DM2. Všechny získané rozhovory byly později přepsány v programu Microsoft Office Word 2010 do písemné podoby s využitím audio nahrávek odpovědí respondentů. Zaznamenány byly přímým přepisem se snahou o zachování maximální autenticity všech odpovědí respondentů (příloha 9). Odpovědi byly očištěny od zbytečných slovních vsuvek. Zpracovávání odpovědí dotazovaných respondentů probíhalo metodou barvení textu s následným rozdělením do kategorií a subkategorií. Metoda byla velmi přehledná. Oslovené sestry byly předem seznámeny s tématem této výzkumné práce před začátkem rozhovoru. Kvalitativní výzkumná metoda napomohla k získání detailních a komplexních informací o zkoumané oblasti. Také zde byly uvedeny názory a pocity respondentů na zdravotní gramotnost a snahu o sekundární preventivní opatření v rámci předcházení komplikací onemocnění DM2.

Třetí fáze výzkumného šetření probíhala za účelem zjištění příkladu dobré praxe. Bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Výzkum probíhal za použití třech různých technik sběru dat. Technika sběru dat u odborníka v oboru diabetologie, jímž byl Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA, který souhlasil s uvedením jeho jména ve výzkumné práci, probíhala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V případě nutnosti byly položeny doplňující otázky, či naopak při již dřívějším zodpovězení otázky byla tato otázka záměrně vynechána. Rozhovor probíhal v měsíci březnu. Další technikou sběru dat byl nestrukturovaný rozhovor se sestrou (ES), která

se aktivně zabývá edukací pacientů s onemocněním DM2 a v tomto směru se i aktivně účastní vzdělávacích kurzů od firmy Lilly. Při této schůzce sestra ukázala a popsala edukační materiály, které využívá. S touto sestrou nebyly připraveny otázky, pouze bylo stanovené téma probíhajícího rozhovoru. Ve druhé fázi schématu byla objevena sestra (S4), která byla stejně jako ES proškolená firmou Lilly, proto se tato sestra posunula také do třetí fáze schématu. Bylo využito metody pozorování jednoho skupinového edukačního sezení s pacienty s diabetem, které tato sestra pořádá. Pozorování bylo zúčastněné, přímé, otevřené a nestrukturované. Edukační sezení probíhalo v měsíci dubnu. Všechny tyto výzkumy byly samostatně popsány a zhodnoceny a následně byl ze všech těchto výzkumů sestaven příklad dobré praxe. Všechny tyto části byly rozděleny do čtyř kategorií, které byly pojmenovány jako Pohled lékaře, Edukace v teorii a Edukace v praxi, z nichž poté byla sestavena čtvrtá kategorie Příklad dobré praxe.

4 Metodika I. fáze - Pilotní studie

4.1 Metodika pilotní studie

Pro získání potřebných informací bylo ve výzkumné práci použito kvalitativní výzkumné šetření. Technika sběru dat byla prováděna formou polostrukturovaných rozhovorů s doplňujícími otázkami. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v ambulancích praktických lékařů. Tyto oslovené sestry pocházely především z kraje Vysočina. Podklad pro rozhovory tvořilo 18 předem připravených otázek (Příloha 4), v případě potřeby byly v průběhu rozhovorů kladeny doplňující otázky. Výběh pro místo vedení rozhovoru byl ponechán na respondentech. Všechny oslovené sestry chtěly vést rozhovor v místě jejich pracoviště, tedy v ambulanci, a to po skončení nebo v rámci jejich pracovní doby. Místa byla vhodná pro vedení rozhovoru bez rušivých vnějších vlivů. Při jednom sezení se k rozhovoru s oslovenou ambulantní sestrou přidala i lékařka, která v některých otázkách uvedla svůj názor. Atmosféra byla ve většině případů uvolněná a příjemná. Některé sestry byly nervózní z rozhovoru společně s používáním diktafonu, proto bylo pro snížení jejich nervozity nutné rozhovor psát ručně na papír. Na kladené otázky oslovené sestry odpovídaly klidně a nenuceně. Obsáhlost odpovědí udávala vhodnost otázky, rozpoložení sestry a také její charakter, zda byla spíše introvertní typ a odpovědi si promýšlela, či odpovídala spontánně bez rozmýšlení. Kladené otázky byly vybírány v souvislosti se zdravotní gramotností pacientů, jejich zájmu o nové informace, spoluprací se sestrou i lékařem, a také na zájmu sestry spojeném se zvyšováním celkové zdravotní gramotnosti. Všechny sestry byly prvotně osloveny telefonicky pro získání souhlasu s provedením rozhovoru a spoluprací na výzkumné práci. V získávání souhlasů ke spolupráci na výzkumné práci jsme se setkali i s větším množstvím negativních odpovědí, kdy sestry spolupráci ihned odmítly, či nejdříve přijaly a později schůzky rušily. Všechny rozhovory byly získány v období měsíce srpna. Získané rozhovory byly později přepsány v programu Microsoft Office Word 2010 do písemné podoby s využitím zapsaných odpovědí respondentů, zaznamenány byly přímým přepisem se snahou o zachování maximální autenticity všech odpovědí respondentů. Zpracovávání odpovědí dotazovaných respondentů bylo prováděno pomocí metody barvení textu s následným rozdělením do kategorií a subkategorií. Sestry byly předem seznámeny s tématem této výzkumné práce

telefonicky a následně i před začátkem rozhovoru. Rozhovory trvaly individuálně, dle délky odpovědí sester od 15 do 30 minut. Ve výzkumném šetření byly sestry označeny písmenem SA a číslem, dle pořadí rozhovorů od SA1 až SA5. Tímto označením je na sestry odkazováno v textu.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

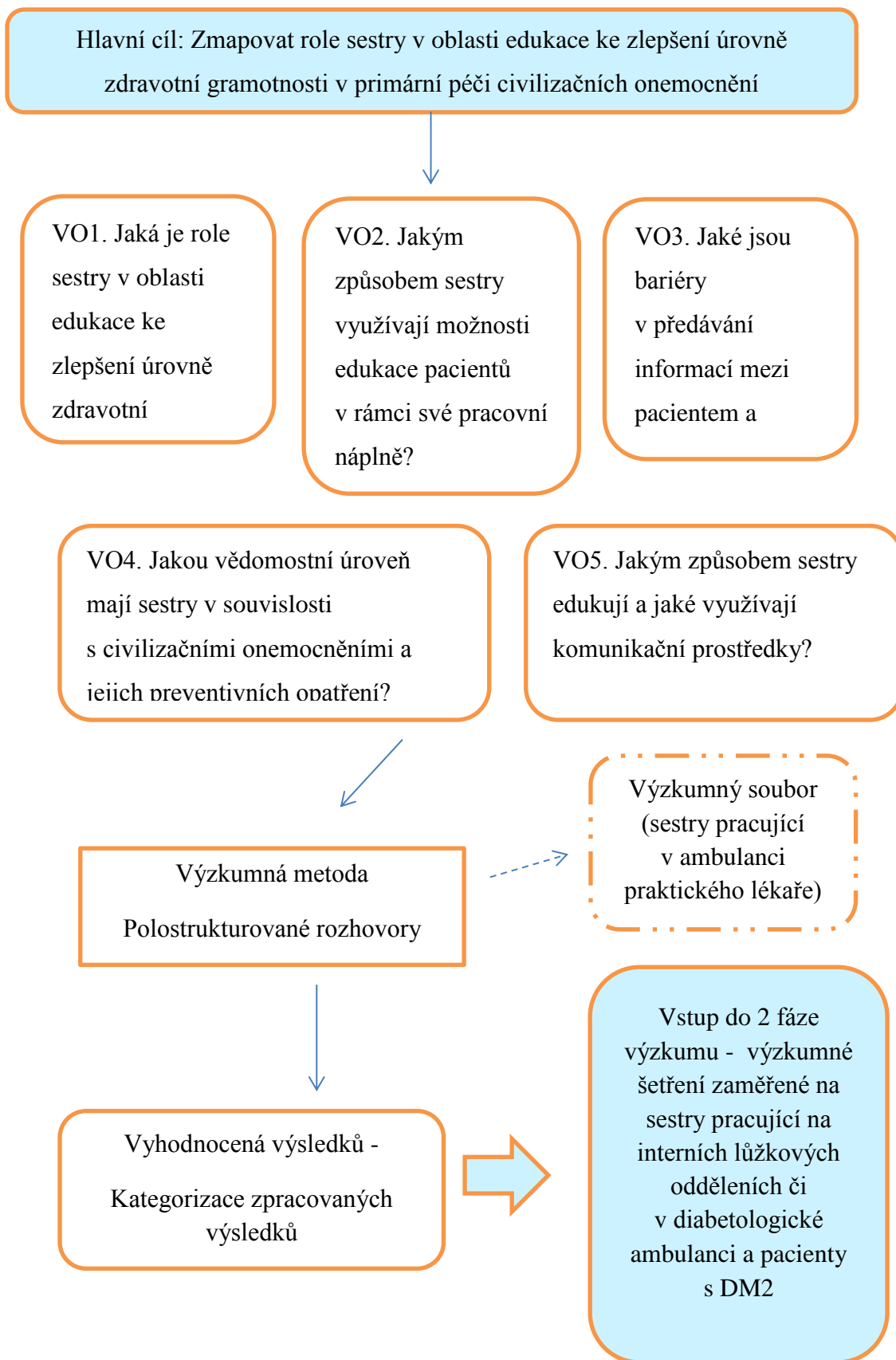
Sestry byly vybírány pomocí metody záměrného výběru. V potaz bylo bráno jejich vzdělání, které udávalo hranici střední školy s maturitou oboru všeobecná sestra. V úvahu nebyla brána jejich praxe, avšak v rámci rozlišení sester bylo dotazováno na délku jejich praxe a pracovního zařazení. Výzkumného souboru se zúčastnily čtyři z devíti oslovených sester. Získané identifikační údaje sester jsou pro lepší přehlednost zpracovány do tabulky (Tabulka1).

Tabulka 1

Respondent	Věk	Délka praxe v ambulanci	vzdělání
SA1	56 let	20 let	SŠ - obor VS
SA2	45 let	7 let	SŠ - obor VS
SA3 + Lékařka	50 let	11 let	SŠ - obor VS
SA4	49 let	17 let	SŠ - obor VS

Zdroj: Vlastní

Schéma 1: Grafické znázornění pilotní studie (1. výzkumná fáze)



4.3 Výsledky výzkumu

4.3.1 Kategorizace zpracovaných výsledků

Z kvalitativního výzkumného šetření, které bylo stavěno na základě polostrukturovaných rozhovorů, jsme pomocí analýzy odpovědí metodou barvení textu, vytvořily 4 kategorie, ze kterých následně vyplynulo 9 subkategorií. Kategorie i subkategorie byly pro lepší přehlednost zpracovány to tabulky (Tabulka 2)

Tabulka 2

Název kategorie	Název subkategorie			
Důležitost zdravotní gramotnosti	Důležitost zdravotní gramotnosti z pohledu sester			
Spolupráce pacientů	Spolupráce pacientů	Zájem o zvyšování jejich zdravotní gramotnosti	Přístup pacientů ke změně jejich dosavadního životního stylu	
Role sestry při zvyšování gramotnosti pacientů	Role sestry	Prostředky a specifika k edukaci	Bariéry v komunikaci	Náročnost edukace pro sestry
Zásady zdravého životního stylu	Nejdůležitější zásady zdravého životního stylu z pohledu sester			

Zdroj: vlastní

4.3.2 Kategorie „Důležitost zdravotní gramotnosti z pohledu sester“

Tato kategorie vychází z první otázky v rozhovoru, která zněla: „*Jak důležitá je dle Vás zdravotní gramotnost u pacientů při zaměření na civilizační onemocnění?*“

Při této otázce se všechny oslovené sestry shodly na tom, že zdravotní gramotnost důležitá samozřejmě je. Velice se mi líbila odpověď SA3 na tuto otázku, jež byla: „*Je to velice důležité, protože samozřejmě pokud ten člověk má nějaké povědomí, tak vlastně z 50% tomu svému léčení a uzdravení pomůže.*“ Odpověď SA3 se velmi shodovala s odpovědí SA2, která řekla: „*Každý člověk by měl vědět nebo mít alespoň*

nějakou představu o tom, jak předcházet civilizačním chorobám, protože se špatně předchází nemocem, když nevíte nebo nerozumíte tomu jak. Takže ano, domnívám se, že zdravotní gramotnost je důležitá.“ Dvě ze sester se také shodly na tom, že ve zdravotní gramotnosti hraje velkou roli i internet. Zajímavé bylo, že SA1 na získávání informací z internetových zdrojů pohlížela pozitivně a SA3 negativně. Dle SA1 je internet výhodou, jelikož dřívější předávání informací záviselo převážně na lékaři, kdežto v dnešní době je možnost si velké množství informací nalézt právě na internetových stránkách. SA2 naopak poukázala na výskyt chybných informací a na silné reakce pacientů ne na odbornou část webových stránek, ale na komentáře neznalých lidí.

4.3.3 Kategorie „Spolupráce klientů ve zvyšování své zdravotní gramotnosti“

Do této kategorie byly zařazeny otázky, které se týkaly zájmu pacientů o nové informace, jejich spolupráce s lékařem a sestrou v průběhu jejich léčby, či udržování zdraví a také otázky týkající se přístupu pacientů ke změnám v jejich životním stylu. SA1 poukázala na to, že pacienti se ve velkém množství neúčastní ani preventivních prohlídek, což potvrdila i SA3, která se také zmínila, že někteří pacienti se preventivních prohlídek neúčastní, dokonce pokud doberou předepsanou medikaci, tak si často nepřichází vyzvednout nové recepty. Všechny sestry zmínily, že u mladých a zdravých pacientů se setkávají spíše s nezájmem o zvyšování zdravotní gramotnosti a někdy i s nezájmem spolupracovat na podpoře jejich zdraví. Podle nich zájem a spolupráce pacientů roste s věkem a s přibývajícími zdravotními problémy. SA4 také dodala, že spolupráce celkově „pokulhává“, protože mladí, zdraví pacienti zájem o udržování zdraví nejeví a pacienti staršího věku často mají názor takový, že pro ně změny životního stylu „nemají cenu“. Dále všechny sestry zmínily, že ve většině případů záleží na člověku, zda chce či nechce spolupracovat. Velmi mě zaujala odpověď SA3, která poukázala na skutečnost, že ženy jsou lepšími pacientkami, protože lépe spolupracují a projevují větší zájem, k této odpovědi se vyjádřila i lékařka ordinace, jejichž odpověď zněla SA3: „*Já bych řekla, že v této ordinaci máme opravdu převahu těch pacientů, kteří se opravdu snaží*

a takových těch pacientů, kteří jsou „zabednění“, kteří si stojí za svým, že nebudou brát léky a nebudou nic dělat, těch je tu opravdu málo.“ Já: „A je rozdíl pokud už klienti mají nějaké onemocnění nebo nějaké zvýšené riziko onemocnění? Můžete rozlišit mladší a starší generaci?“ SA3: „Spíš záleží na osobnosti, ale možná mají lepší vztah ke zdraví ti starší lidé.“ Lékařka: „Hlavně kolem 50-60 let jsou takoví, že nechtějí nic brát. S těma je špatná domluva.“ SA3: „A ještě ženský jsou lepší. Dá se jim spousta věcí vysvětlit líp než chlapům. Chlapi z takové té své ješitnosti si pořád myslí, že jsou „jurové“ a nechtějí pochopit, že už to třeba není pravda.“ Dále se SA1, SA2 a SA4 shodly v názoru, že pacienti informace ohledně zdravotního stavu a potřebných změn v životním stylu lépe přijímají od lékaře.

Při otázce, jak by sestry zvyšovaly zájem pacientů, který by byl zaměřený na jejich zdravotní gramotnost, se všechny sestry shodovaly, že pokud pacient nechce a nemá zájem zvyšovat svou zdravotní gramotnost a tím zlepšovat své zdraví, tak se s nimi nedá pracovat. Proto je velmi důležité, aby pacient měl snahu a chtěl spolupracovat na zlepšování svého zdravotního stavu. SA1 a SA3 zmínily, že často nepomáhají ani výhrůžky, naopak SA2 na otázku, jak by zvyšovala zájem pacientů o zdravotní gramotnost, odpověděla, že by mohlo pomoci jim pohrozit a také spolupracovat s rodinou, která by je mohla podpořit v přístupu ke svému zdraví. Velice hezká odpověď byla od SA4, která uvedla: *„Zájem zvedne vždy nemoc jejich nebo někoho blízkého. Lidé se musejí o své zdraví starat sami, když mají nějaký zdravotní problém, musejí přijít k lékaři a sdělit mu svoje potíže, a ne si myslet, že to přejde samo. Každý si musí uvědomit, že zdraví je to nejcennější co má.“*

Dle této sestry je důležité pacienta především zaujmout, a také vlastní přístup pacienta, zda má snahu zlepšovat své zdraví. Dále velice zajímavý nápad měla SA3, podle níž by zájem mohla zvednout účast pojišťoven. SA3: *„Já si myslím, že tady by dost pomohlo, ne tlak, ale oni dost začali slyšet na to, když jim něco nabízí zdravotní pojišťovna. Protože lidé jakoby mají pocit, že ten doktor jim něco a nebo ono nechce udělat, a když jim tady doktorka řekne o testu na stolici, tak se jim nechce a je to podle nich zbytečné. Ale mám zkušenost, že nyní pojišťovna Ministerstva vnitra nebo i pojišťovna 205, posílají domů padesátníkům dopis, že mají u svého lékaře nárok na vyšetření krvácení do stolice, takže oni vezmou ten dopis a s tím dopisem sem běží, protože oni na to mají nárok. Ale když jim člověk vysvětluje, že se toto dělá automaticky,*

že se to dělá běžně, tak to moc neberou. Spousta je jich ještě proti tomu. Ale když to dostanou od pojišťovny, že mají k tomu lékaři jít, že na to mají nárok tak to přijdou.“
Já: *„Takže, když se jim řekne, že něco mají navíc a že se jim to hradí, tak na to slyší?“*
Lékařka: *„Ano, to samé s klíčovkou. On je na ni příspěvek, že mimo 500 Kč za očkování, je čistě ještě příspěvek 650kč na klíčovku. Zatím, co za minulý rok to bylo tak, že se zhruba vyčerpal limit, nebo možná ani ne limit do toho konce listopadu, tak letos je do července vyčerpaný, vlastně za půl roku. Prostě, když slyší „peníze dostaneme“, tak se jdou naočkovat.“*
Sestra: *„Takže opravdu na větu „na to máte nárok“ na to hodně slyší. Kolikrát jim i říkáme, no ale vždyť tohle Vám tu děláme každé dva roky při preventivce a pacienti se ptají, jestli je to ono. Mají prostě pocit, že kdyby to nevyužili, tak o něco přijdou.“*

Při zaměření na celkový přístup ke změně životního stylu měly sestry stejný názor o charakteru a snaze pacienta. SA1 uvedla, že nejde ovlivnit, zda si pacient z její edukace odnese nějaké informace, pokud sám nechce. SA4 se zmínila o pacientech, kteří si nepřipouštějí chyby, a proto nemají ani snahu zlepšovat svůj životní styl. Pokud již potíže začínají, hodně pacientů začne mít pozitivní přístup, ale najdou se i výjimky, které ani potíže snižující kvalitu života nedonutí udělat nějaké změny. Velice hezky shrnula chování pacientů SA3, která uvedla velice pozitivní přístup ke změně u asi poloviny pacientů při zjištění jejich onemocnění. Těmto pacientům se mnohdy podaří svůj zdravotní stav zlepšit natolik, že nepotřebují ani žádné léky. Druhá polovina ke změně přistupuje negativně, velice se brání nasazení medikace a často si nechtějí přiznat ani vznik svého onemocnění. Polovina těchto negativních pacientů časem začne změny zahrnovat do svého života, ale se zbylými se prý velice těžko pracuje a změny odmítají až do těžkých stádií onemocnění, kdy již mají velké potíže se svým zdravotním stavem.

4.3.4 Kategorie „Role sestry ve zdravotní gramotnosti“

Již při základní otázce, zda je role sestry při zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů důležitá, se sestry v názorech rozcházely. SA1 a SA3 přikládaly velkou důležitost roli sestry. SA1 poukazovala na velké přetížení lékařů převážně dokumentací, kvůli čemuž se pacienti často dotazují sester na informace a dle SA3 je na jejich otázky dostatečný prostor právě, když přijdou do ambulance a čekají, než je přijme lékař. SA1 a SA3

se také zmínily o častém příchodu starších pacientů do ambulance, a to ne kvůli zdravotním potížím, jako spíše kvůli potřebě popovídat si o osobním životě, což je podle těchto sester jedna z důležitých rolí sestry, kterou se získává důvěra mezi pacientem a sestrou. Dle SA2 a SA4 je role sester ve zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů malá, jelikož předávat informace by měl převážně lékař.

Další důležitou subkategorií byly bariéry, se kterými se sestry mohou setkávat v průběhu komunikace s pacientem. SA2 přiznala velkou bariéru, kterou je nedostatek času na řádnou edukaci pacientů, což dále zmínila i SA4. Dále sestry jako bariéry uváděly charakter pacienta a jeho nezáměr. SA1 s SA3 udávaly podobnou bariéru, kterou lze nazvat jako prvotní strach pacienta při návštěvě lékaře. Obě sestry se shodly, že s touto situací se snaží vypořádat odlehčením atmosféry jednoduchými konverzacemi. V odpovědi SA2 se nacházelo i rozdělení bariér dle věku pacienta. Názor této sestry zněl takto: „*Většinou se jedná o starší pacienty, kteří hůře slyší, špatně chápou souvislosti apod. U těch mladších bych řekla, že nejčastější bariérou je neochota poslouchat edukaci.*“ SA3 uvádí, že prevence negativního přístupu pacienta je převážně v přístupu sestry a lékaře.

Jedna z otázek v rozhovoru se týkala prostředků, které sestry využívají pro zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů. Všechny sestry do těchto prostředků zařadily letáčky, které mají k dispozici v čekárnách. SA3 poukázala na skutečnost o letáčcích v čekárnách, které si pacienti jen zřídka odnášejí domů, a proto se snaží jim je předávat do ruky osobně. SA2 dodala, že pokud si je odnesou, tak ani v tomto případě nemůže zaručit jejich přečtení pacientem. Všechny sestry se také shodovaly na vhodnosti předávat informace převážně rozhovorem s pacientem, přičemž některé sestry popsaly, co je důležité při takových rozhovorech dodržovat. Například příjemnou atmosféru, vhodně motivovat, informace nevnucovat a také si získat důvěru pacienta. Dle SA4 je pro předávání informací velmi důležité, aby se pacienti účastnili pravidelných preventivních prohlídek. Překvapující byla odpověď SA1, v jejichž ambulanci pacientům pouští naučné pořady, které jsou směřovány na různá témata.

Protože edukace pacientů není nic jednoduchého, dotazovali jsme se respondentek, zda pociťují v edukaci pacientů v některých směrech náročnost, a zda by i samy uvítaly nějakým způsobem rozvoj jejich vědomostí v souvislosti s civilizačními chorobami.

Otázku náročnosti edukace sestry vyhodnocovaly tak, že náročná je. Postupem času si na ni zvykly a stala se běžnou součástí jejich práce. SA2 a SA4 zmínily o některých případech, kdy edukace pacientů je náročná převážně z nedostatku časového prostoru.

Ohledně dalšího vzdělávání by SA1, SA2 i SA4 informační přednášky ohledně tohoto tématu uvítaly. Dle SA4 jsou právě civilizační onemocnění velmi zajímavé a aktuální téma a, proto by jí přednášky na toto téma přišly prospěšné: Také SA3 na tuto otázku odpověděla hezkou a krátkou odpovědí: „*Tak určitě, každá zkušenost je dobrá zkušenost.*“ SA1 dokonce uvedla, že se pravidelně účastní vzdělávacích sezení, která se konají v jejich městské knihovně. Dle SA2 by měl mít obsáhlé vědomosti v tomto směru převážně lékař. Vzdělávací přednášku by uvítala v případě práce ve specializované ambulanci.

4.3.5 Kategorie „Zásady zdravého životního stylu“

V této kategorii jsme se zaměřili zvláště na zásady prevence civilizačních onemocnění, které je podle sester nejdůležitější dodržovat. Všechny sestry se zmínily o dodržování určitého stravování, dle jejich názoru je právě tato oblast často pacienty porušovaná. Také zmiňovaly dostatek pohybu, odpočinku, minimalizace stresového napětí a pravidelné kontroly u lékaře. SA1 a SA3 silně apelovaly zejména na pravidelné užívání předepsané medikace, jelikož podle nich je toto nejlépe ovlivnitelná změna prospívající jejich zdravotnímu stavu. Dle SA4 je ve směru snižování stresového napětí a dostatku odpočinku důležitý pozitivní přístup k životu. SA3 také uvedla, že kdyby se na tyto věci přicházelo včas, ubylo by mnoho drahé léčby, čímž by se výrazně ušetřilo i po ekonomické stránce. SA1 také zmínila velmi těžkou dobu, ve které se špatně dodržují pravidla zdravého životního stylu, jelikož tempo této doby je uspěchané a rostou i pracovní a životní nároky na populaci. Velmi pěknou větou odpověděla SA4: „*Lidé se musejí o své zdraví starat sami, když mají zdravotní problém, musejí přijít k lékaři a sdělit mu svůj problém a ne si myslet, že to přejde samo. Každý si musí uvědomit, že zdraví je to nejcennější co má.*“ Dále byla velice hezky řečena věta SA2: „*Každý člověk by měl vědět nebo mít alespoň představu o tom, jak předcházet civilizačním chorobám, protože se špatně předchází nemocem, když nevíte nebo nerozumíte tomu jak.*“

5 Metodika II. fáze – pilotní studie

5.1 Metodika pilotní studie

V druhé fázi schématu výzkumného šetření bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, a to technikou sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů s doplňujícími otázkami. Osloveny byly sestry pracující v diabetologických ambulancích a také sestry pracující na lůžkových interních odděleních. Podklad pro rozhovory se sestrami tvořilo 18 předem připravených otázek (Příloha 5). Dále byly rozhovory provedeny s pacienty s onemocněním DM2. Rozhovory pro pacienty tvořilo 7 předem připravených otázek (Příloha 6). V případě potřeby byly v průběhu rozhovorů kladeny doplňující otázky. Výběr místa vedení rozhovoru byl ponechán na oslovených sestrách. Všechny sestry chtěly vést rozhovor v místě jejich pracoviště, čímž byly ambulance či lůžková oddělení. Rozhovory probíhaly v rámci jejich pracovní doby. Rozhovory s pacienty byly sbírány v rámci jejich hospitalizace. Navození vhodné atmosféry bez rušivých vlivů nebylo vždy možné. U některých rozhovorů byly v některých chvílích přítomni i jiní zdravotničtí pracovníci, čímž byla atmosféra narušena. V přítomnosti rozhovorů se objevovaly i rušivé vlivy v souvislosti s vyskytujícími se jinými osobami v místnosti či ohledně probíhajících prací v okolí. Někteří pacienti i sestry byli nervózní z rozhovoru společně s používáním diktafonu, proto s nimi bylo dohodnuto, že diktafon bude sloužit pouze k nahrávání rozhovoru pro účel přepsání, ale nahrávky nikde nebudou zveřejněny. Na kladené otázky poté odpovídali většinou klidně a nenuceně. Obsáhlost odpovědí udávala vhodnost otázek, rozpoložení osloveného a také jeho charakter, zda byl spíše introvertní typ a odpovědi si promýšlel, či odpovídal spontánně bez rozmýšlení. Kladené otázky byly vybírány v souvislosti se zdravotní gramotností pacientů, jejich zájmem o nové informace, spolupráci se sestrou i lékařem a také na zájmu sestry spojeného se zvyšováním celkové zdravotní gramotnosti. Sestry, které byly k rozhovoru vybrány staniční sestrou, byly s tématem výzkumné práce seznámeny před začátkem rozhovoru. Ty probíhaly individuálně, dle délky odpovědí respondentů od 10 do 45 minut. Ve výzkumném šetření byly sestry označeny písmenem S a číslem, dle pořadí rozhovorů od S1 až S8. Pacienti byly ve výzkumném šetření označovány písmenem P. Dle pořadí rozhovorů je na pacienty v textu odkazováno P1 až P6.

5.2 Charakteristika výzkumných souborů

Probandi byli vybíráni pomocí metody záměrného výběru. V prvním výzkumném souboru týkajícího se sester bylo v potaz bráno jejich vzdělání, které udávalo hranici střední školy s maturitou oboru všeobecná sestra. V úvahu nebyla brána jejich praxe, avšak v rámci rozlišení sester bylo dotazováno na jejich délku praxe. Tohoto výzkumného souboru se zúčastnilo 8 sester. V druhém výzkumném souboru týkajícího se pacientů mezi podmínky zařazení do výzkumu patřil výskyt onemocnění DM2 a zachovalé kognitivní funkce pacienta. V tomto výzkumu bylo 6 zúčastněných pacientů. Získané identifikační údaje respondentů jsou pro lepší přehlednost zpracovány do tabulek. Identifikační údaje sester (Tabulka 3) a identifikační údaje pacientů (Tabulka 4).

Tabulka 3

Sestra	Věk	Délka praxe	Délka praxe na ambulanci	Vzdělání
S1	53	32	16	SŠ - VS
S2	51	30		SŠ - VS
S3	31	10		VŠ - Bc. - VS
S4	38	14	5	SŠ - VS + kurz Lilly
S5	30	5		VŠ - Bc. - VS
S6	53	30	10	SŠ - VS
S7	23	1		VŠ - Bc. - VS
S8	40	20		VŠ - Bc. - VS

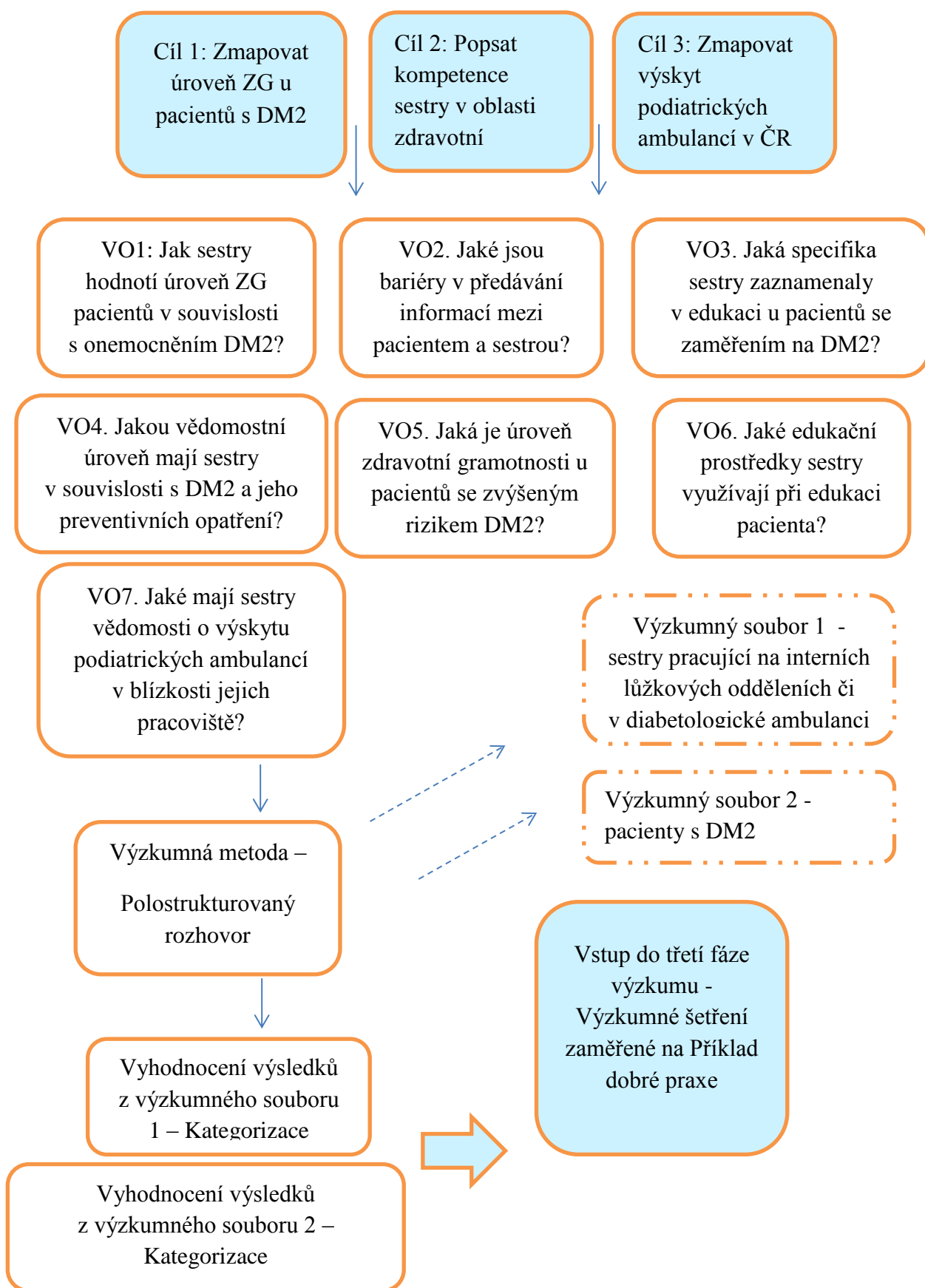
Zdroj: Vlastní

Tabulka 4

Pacient	Věk	Pohlaví	Doba onemocnění	Typ onemocnění	Léčba
P1	62 let	Muž	cca 21 let	2. typ	Inzulín
P2	90 let	Žena	cca 35 let	2. typ	Léky
P3	85 let	Žena	cca 30 let	2. typ	Inzulín
P4	59 let	Muž	cca 10 let	2. typ	Inzulín
P5	61 let	Žena	cca 5 let	2. typ	Doposud léky - nově inzulín
P6	66 let	Žena	cca 10 let	2. typ	Inzulín

Zdroj: Vlastní

Schéma 2: Grafické znázornění pilotní studie (2. výzkumná fáze)



5.3 Výsledky výzkumu

5.3.1 Kategorizace zpracovaných výsledků prvního výzkumného souboru

Kvalitativní výzkumné šetření týkající se sester bylo prováděno na základě polostrukturovaných rozhovorů. Stejně jako u prvního výzkumného šetření byly pomocí metody barvení textu vytvořeny 4 kategorie, ze kterých následně vzniklo 13 subkategorií. Aby byly kategorie i subkategorie přehlednější, byly zpracovány do tabulky (Tabulka 5)

Tabulka 5

Kategorie	Subkategorie			
Zdravotní gramotnost	Sester	P/K - jeho aktivita, zájem a spolupráce		Důležitost ZG
Role sestry edukátorky	Důležitost role sestry	Aktivita/ zájem a vzdělání sestry		Snaha o zvýšení ZG
Bariéry v edukačním procesu	Ze strany sestry	Ze strany pacienta		Ze strany okolí
Edukační realita	Edukační strategie	Náročnost edukace pro sestru	Využívání edukace vedené sestrou	Důležitost obsahu edukace ohledně režimových opatření

Zdroj: Vlastní

5.3.2 Kategorie „Zdravotní gramotnost“

Tuto kategorii jsme rozdělili na tři subkategorie. První subkategorií byla zdravotní gramotnost sester, dále zdravotní gramotnost pacientů, a také důležitost zdravotní gramotnosti. Samozřejmě bylo zjišťováno, zda sestry vůbec vědí, co to je zdravotní gramotnost, přičemž úroveň zdravotní gramotnosti sester bylo nutné posoudit z celého rozhovoru. Zaměřovali jsme se zejména na jejich vědomosti ohledně onemocnění diabetes mellitus, zda sestry zmiňují možné komplikace, a také zásady, které je důležité dodržovat. Neméně důležité bylo zjistit, jestli mají sestry představu o tom, jak je potřebná zdravotní gramotnost a s tím spojená edukace, a zda-li

tuto edukaci umí nějakým způsobem využít. V rozhovorech si můžeme všimnout velkého rozdílu úrovně zdravotní gramotnosti u sester ambulantních a sester lůžkových, kdy ambulantní sestry měly značně větší přehled a více informací. S1, pracující v diabetologické ambulanci, na otázku, co si představuje pod pojmem zdravotní gramotnost, odpověděla: *„Pod tímto pojmem si představuji, že by měl pacient určité zvládnout léčbu diabetu, mít všeobecné znalosti o tom, co to vlastně diabetes je, jak se léčí, jaká je podstata diabetu a umět zvládnout i vlastní technickou stránku týkající se třeba aplikace inzulínu, domácího selfmonitoringu, orientování se v pohybovém režimu, vědět, co jsou pozdní komplikace a proč se diabetes vlastně léčí.“* Další respondentkou pracující v diabetické ambulanci byla S4, která na stejnou otázku odpověděla poněkud stručněji, ale též výstižně: *„Já si představuji to, nakolik jsou pacienti edukováni a kolik toho vědí o svojí chorobě a o tom, jak by se měli stravovat, jak by měli provádět selfmonitoring, jak by měli aplikovat inzulín a vůbec ten selfmanagement související s diabetem. A ne jen teoreticky, ale zvládat to i prakticky.“* Poslední respondentkou pracující v ambulanci byla S6, jejichž odpověď zněla: *„Měli by vědět, co to je diabetes, co je jeho nezbytnou součástí, jako třeba dieta, co to je glykemie nebo glykovaný hemoglobin, což je průměr glykemie asi tak za poslední dva měsíce. Měl by mít povědomí o všech stránkách nemoci, jaké jsou komplikace diabetu, jako je neuropatie apod., ale s tím vším my je tady seznamujeme.“* Všechny tři sestry na tuto otázku odpovídaly sebejistě a bylo znát, že opravdu vědí a mají přehled o tom, co to je zdravotní gramotnost, co by měli pacienti znát, a také to, že mají schopnost informace pacientům předávat. Naopak většina sester pracujících na lůžkových odděleních si již nebyla natolik jista odpovědí. Téměř u každé sestry pracující na lůžkovém oddělení její odpověď týkající se zdravotní gramotnosti končila slovem a tak, nebo a podobně. Odpovědi byly povětšinou stručné a nejisté. Avšak i sestry z lůžkových oddělení mají dostatek vědomostí ohledně onemocnění DM2. V souvislosti s edukací již tyto znalosti natolik uspokojivé nejsou. S2 na otázku, co si představujete pod pojmem zdravotní gramotnost, odpověděla: *„Určité věci, aby pacienti věděli o svých nemocech, o účincích léků, třeba o dodržování diety, zdravotního stylu u určitých onemocnění a tak.“* S3 na stejnou otázku řekla: *„Tak asi jak moc jsou schopni vědět něco o své nemoci, jak jsou schopni se naučit s tím žít, a tak. Jestli znají dietu, jestli umí aplikaci inzulínu apod.“* Odpovědi sester byly často podobné. Sestry uváděly vědomosti o nemoci, komplikacích, životním stylu

a často zmiňovaly aplikaci inzulínu, avšak ani jedna z nich neodpověděla přesně na položenou otázku. To bylo možné přisuzovat ne moc vhodným podmínkám rozhovoru, který byl časově omezen, a proto se sestry nad otázkou příliš nezamýšlely. Při pokračování rozhovoru měly již sestry dostatečné vědomosti jak o onemocnění, jeho zásadách a komplikacích, tak i uspokojivě odpovídaly v souvislosti s edukací. S8, která pracuje na lůžkovém oddělení jako staniční sestra, zmínila, že interní oddělení je zaměřené na více oborů a ne jen diabetologii, proto ani sestry na těchto odděleních nejsou „vychovávané“ tak, aby byly jako diabetické sestry, proto spolupracují s diabetickou ambulancí.

V otázce důležitosti zdravotní gramotnosti se všechny oslovené sestry shodovaly, že zdravotní gramotnost je opravdu důležitá. Často sestry poukazovaly na velkou roli zdravotní gramotnosti v předcházení komplikací, dodržování diety, ale i celkové prevenci. S1, S2, S3, S5, S7 i S8 se shodovaly na tom, že nejdůležitější je předcházet komplikacím diabetu. Odpověď S3 zněla: *„Tak aby poznali rizika hypoglykemie a hyperglykemie, aby včas rozeznali příznaky a předešli tím dalším komplikacím.“*

S8 na otázku týkající se důležitosti zdravotní gramotnosti odpověděla: *„Důležité je, aby o té nemoci něco znali a věděli, jak mají o sebe pečovat, protože je u nich důležitá hlavně prevence, aby si oddálili následky nebo zabránili komplikacím s tím spojeným. Sekundární prevence - to je podle mě nejdůležitější.“* Nejobsáhleji odpověděla S4, která uvedla: *„Je to v těch vědomostech, co jíst, jak jíst, ve výběru potravin. Aby měli představu, v čem jsou sacharidy, a v čem sacharidy nejsou. Mnozí z nich ani neví, že by neměli jíst výrobky pro diabetiky, které jsou prodávány v „diakoutcích“. Řada neví, jaké by měli mít hodnoty na lačno, po jídle, kolik by měl být glykovaný hemoglobin. Aby si také nachystali nějaké měření glykemie před kontrolou, a potom věděli, k čemu to je, a aby to dokázali i vyhodnotit. Aby to pro ně nebyla jenom čísla, ale aby věděli, co z toho zjistí, a dokázali na to i zareagovat.“* Naopak S6 odpověděla jenom, že zdravotní gramotnost je důležitá a více tuto odpověď nerozvíjela.

Navzdory důležitosti zdravotní gramotnosti sestry tvrdí, že se často setkávají s pacienty, kteří se o informace moc nezajímají a nebo je nedodržují. Některé sestry uváděly, že je to individuální dle pacienta, nebo že polovina populace ty vědomosti má a snaží se je získávat a dodržovat, a polovina zájem nemá. S1 na otázku, jak hodnotí zdravotní

gramotnost svých pacientů, řekla: „Většina těch pacientů si třeba myslí, že nemáme pravdu, že se jich to netýká. Mají diabetes, ale teď měří vzorné glykemie, a tak si mohou v podstatě dovolit jakékoliv jídlo, myslí si, že to jídlo nemá vliv na glykemii, a že na ni nemá vliv ani pohyb. Říkáme jim, aby chodili na procházky apod. Jsou i vzorní pacienti, kteří se opravdu starají o tu cukrovku velice pozorně, snaží se dodržovat jídelníček, měřit glykemie, zajímají se o nové informace, léky atd. Je to individuální.“ S4 tvrdí, že někdy má pocit, že mají sestry větší zájem o to, aby pacienti měli informace, než pacienti sami, avšak také podotkla, že mají pacienti hodně možností se ve zdravotní gramotnosti zdokonalovat, jelikož je jim nabízena individuální i skupinová edukace a i reedukace. Některé sestry úroveň zdravotní gramotnosti pacientů hodnotily ve spojitosti s věkem. S2, S3, S4 a S5 například uvádí, že mladší generace zdravotní gramotnost zvládají lépe než starší. Kdy S5 také zmínila, že mladí lidé si často vyhledávají informace i na internetu, což ne vždy může mít pozitivní efekt. S4 vyšší zájem přisuzuje také pracovnímu zařazení, protože pacienti, kteří chodí do práce, špatně hledají čas na edukační sezení, kdežto jedinci v důchodu ten čas již najdou lépe. S2 také tvrdí, že větší zájem a snahu mají ženy než muži. Většina mužů prý dietu neřeší. S6 jako jediná si myslí, že pacienti mají u nich velice dobrou zdravotní gramotnost. „Určitě mají. Nehledě na to, že někde něco slyší a okamžitě k nám telefonují, což třeba nevíme ani my. Nedávno třeba slyšeli v rádiu, že je nějaký lék, který se musí brát 3x denně, ale okamžitě už k nám volali lidi, jestli je možný ten lék užívat, a to ani naši lékaři nevěděli nic konkrétního, jen že je to nějaká trojkombinace, ale lidi na to už reagovali. A taky náš pán prof. Kvapil je docela známý, a jak se někde o něčem zmíní, tak nám taky okamžitě volají. Jsou velice aktivní ve zdravotní gramotnosti.“ Naopak S7 uvádí, že by pacienti ve zdravotní gramotnosti určitě měli co zdokonalovat, protože mají na oddělení velké množství pozdních komplikací, které vznikají právě následkem nedodržování zásad spojených s diabetem. Velice obsáhle odpověděla S8. „Je to strašně individuální, každý pacient k tomu přistupuje jinak, někteří jsou velice striktní. Dodržují diety, opravdu jsou na sebe velice důslední, a někteří zase naopak. Je jim to jedno. Ten diabetes vlastně nebolí, takže mají pocit, že se nic neděje. Klidně si dají koláč a připíchnou si víc inzulinu. Nebo když mají pumpu, tak si myslí, že je jedno co si dají. Někdy je to hodně i o vzdělání těch lidí. Je to tak půl na půl. Starší to většinou nedodržují. To zase ti mladí, ještě když to jsou sportovci nebo je to ze začátku, zásady dodržují, ale starší pacienti

ne. Ty můžete edukovat pořád dokola a nikam to nevede. Někdy mi přijde, že je to marný boj. Oni si potom řeknou, že dostanou tabletku navíc a bude to lepší. Něco jim říkáte a oni si akorát myslí, ať si něco povídáme, pak odejdou a nic z toho není. Asi je to trošku něco jiného v ambulantní sféře, ale na lůžkové oddělení se dostávají většinou pořád ty stejné případy, které se o sebe nestarají.“ Tato sestra také sdělila své zkušenosti s pacienty, kteří chodí ambulantně na kontroly s permanentně vysokými glykemiemi. Tvrdí, že když jim tyto pacienty poté hospitalizují na lůžkovém oddělení, tak se často zjistí, že hyperglykemie je opravdu způsobená nedodržením diety, protože za hospitalizace se jim glykemie znormalizuje. Někteří pacienti se prý znovu nechají edukovat a možná se i někdy začínají snažit, avšak jsou i tací, kteří edukaci odmítnou. Většina respondentek se nevyjádřila přímo k úrovni zdravotní gramotnosti pacientů, ale spíše odpověď směřovaly k tomu, zda vůbec mají pacienti zájem o informace a snahu získat dovednosti, které by mohli využívat.

Co se týče spolupráce pacientů. Často sestry tvrdily, že ženy spolupracují lépe a jeví i větší zájem. Například S1 na otázku ohledně spolupráce pacientů odpověděla: *„Já mám zkušenost, že nejlépe spolupracujícími pacienty jsou ženy kolem 55-60 let. Mladí mají jiné aktivity, školní aktivity nebo pracují. Jsou takoví dost zaneprázdnění a není s nimi zrovna dobrá spolupráce. Se staršími je to lepší, jsou takoví pečlivější.“* Podobný názor měla i S6. *„V podstatě se lépe spolupracuje s mladými diabetiky, ale zase čím starší, tím větší mají zájem, také mají více času se o sebe starat a chodit do poradny apod. Prostě ti, co už nejsou v pracovním procesu, jsou lepší.“* Já *„A pozorujete nějaký rozdíl mezi mužskou a ženskou populací? S6 „Určitě ty ženy to spíš pochopí. A když přijde nějaký starší muž, tak mu říkáme, aby si vzal příště manželku, abychom i jí řekli, jak má upravit životosprávu.“* Naopak S2, S3, S5 a S7 se spíše přiklánějí k lepší spolupráci u mladších pacientů. Například S2 uvedla: *„Je to téměř stejný, ti starší však občas zájem nemají. Mladší nebo nově zjištění se více snaží. Leží u nás třeba týden, naučí se aplikovat inzulín, potom chodí na kontroly apod. Pokud to nezvládají, tak se snažíme edukovat i rodinné příslušníky.“* S7 tvrdí, že mladší pacienti jsou více „zapálení“, lépe spolupracují a často se i ptají na informace. S5 poukázala i na jiné faktory, které ovlivňují přístup pacienta, podle ní k těmto faktorům patří i národnost, věk a vzdělání. S8 si všimla, že lépe spolupracují sportovci, protože o sebe mají strach, chtějí zůstat v práci a nechat si své zájmy. Avšak také

dodává, že každý někdy poruší zásady, ale pokud je nedodrží či porušují pravidelně, jsou u nich právě hospitalizováni pro dekompenzaci diabetu.

5.3.3 Kategorie „Role sestry edukátorky“

V této kategorii vznikly také tři subkategorie a to Důležitost role sestry, Aktivita/zájem a vzdělávání sestry a Snaha o zvyšování zdravotní gramotnosti. Všechny sestry si myslí, že role sestry v edukaci a tím zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů je důležitá. S1, S3, S4, S6 a S7 tvrdí, že role sestry v edukaci je i důležitější než role lékaře, a to zejména kvůli skutečnosti, že sestra tráví s pacientem více času než lékař, a proto má více možností vést pacienta k edukaci. S1 dodala, že záleží zejména na spolupráci pacienta. Velmi hezky odpověděla S4. *„Role sestry je nezastupitelná, protože ta sestra má asi více času než lékař. Lékař má na ně 15-30 minut v ordinaci, a toho času na něj prostě tolik nemá a zátěž té edukace leží hlavně na sestře. Lékař později jen doladí podrobnosti a individuální cíle.“* Velmi podobným způsobem odpověděla S6. *„Řekla bych, že role sestry je zásadní, protože sestra edukuje všechny pacienty a má na ně více času než lékař.“* Na otázku, zda si tedy myslí, že je role sestry důležitější než role lékaře, odpověděla tato sestra jedním slovem: *„Určitě“*. Naopak S2 a S5 si myslí, že větší roli ve zvyšování zdravotní gramotnosti má lékař, a to zejména kvůli jeho přirozené autoritě. S5 tvrdí, že ji často pacienti neberou vážně a neposlouchají ji, kdežto když jim podobné informace řekne lékař, mají větší zájem i snahu. S2 prý tuto situaci řeší tak, že pacienty edukuje, ale po edukaci jim sdělí, aby se doptali ještě lékaře. S8 jako jediná si myslí, že v tomto směru má lékař i sestra roli stejnou, a že oba v tomto procesu mají svůj podíl. Její odpověď byla: *„Určitě důležitou, protože to je pořád dokola edukace a edukace, a i když vás to už někdy nebaví, tak pořád musíte edukovat. Je to prostě o té edukaci a myslím, že role lékaře a sestry je v tomto směru stejná. Ono na pacienty se musí ze všech stran. Je pravda, že autorita lékaře je tam jinak nastavená, ale zase sestry s pacienty tráví více času, takže i více sledují, jak je na tom pacient s jeho dietním režimem apod. Oba v tom mají svůj podíl.“*

Ohledně vzdělávání a zájmu sester žádná nezareagovala zcela negativně, avšak dle odpovědí je na sestrách vidět, které se opravdu pravidelně vzdělávají a mají i zájem

doplňovat své vědomosti, a které zájem nemají, či se těchto sezení účastní jen pasivně. Zajímavým zjištěním je, že velice aktivně ke vzdělávání přistupují sestry pracující na ambulanci. Velice aktivní účastnicí byla S1, která na otázku, zda se vzdělává i nyní, odpověděla: *„Určitě, na pravidelných různých seminářích zaměřených na diabetes. V rámci nemocnice máme tzv. konzultantky v diabetologii, takže se vzdělávají sestřičky „jakoby“ za každé oddělení, a potom to oddělení mají „jakoby“ na starost.“* Později v průběhu rozhovoru sestra zmínila, že ona je tou, která zařídila tzv. sestry konzultantky a každý měsíc s nimi pořádá sezení. Druhou velmi aktivní respondentkou byla S4. *„Dělala jsem edukační kurz v IKEMu přímo specializovaný na diabetiky, potom jsem dělala podiatrický kurz, protože zde máme i podiatrickou ambulanci. A také minimálně každý druhý měsíc jezdím na nějaký odborný seminář ohledně edukací.“* Velice aktivní byla i S6, která se pravidelně účastní přednášek, které nejsou vždy zaměřené jen na diabetes. Tato sestra uvedla, že se dříve museli účastnit spousty školení, avšak nyní u nich probíhá spousta změn, a proto na školení není čas. Jako aktivní sestra mi přišla S7, která se chystá nastoupit na magisterské studium. Další sestrou, která pravidelně navštěvuje vzdělávací přednášky, byla S3, která se účastní spíše pasivně soukromých interních sezení s edukační sestrou. Stejně tak S2, která k tomu dodala, že jim tato sezení v rámci jejich oddělení stačí. S8 se žádného dalšího vzdělávání neúčastní. Při otázce, zda třeba nějaké přednášky pořádá jejich nemocnice, odpověděla, že asi ano, ale že se tyto informace k nim na oddělení nedostanou, takže by si sestry musely samy zjišťovat, zda-li se nějaké přednášky pořádají. A na otázku, zda by byla ochotná se účastnit nějakých přednášek odpověděla, že by záleželo, v jakém rozsahu by byly, aby to pro ni bylo smysluplné. Zajímavá odpověď byla poskytnuta S5, která v celém rozhovoru několikrát zmínila, že se již považuje za vyhořelou sestru a v otázce dalšího vzdělávání zaznělo její jasné „ne“, a to z důvodu, že jí v tomto směru chybí ocenění druhé strany. Celá odpověď zněla: *„Ne. Nemocnice, mám pocit, toto ani neposkytuje, a kdyby to poskytovala, tak bych šla pouze, pokud by tu bylo lepší vedení, které by to ocenilo. Nejde mi o finanční ocenění, ale spíše o to, aby si staniční nebo vrchní sestra všimla, že má na oddělení nějakou aktivní sestru a přidala ji třeba nějaké kompetence nebo něco podobného. A to nedělají, takže jsem v tomhle už vyhořelá.“*

Při otázce zaměřené na nejbližší vyskytující se podiatrickou ambulanci všechny sestry věděly, kde se tato ambulance nachází. Například S4 odpověděla: *„Nejbližší podiatrie? Tak ta je tady hned ve vedlejších dveřích.“*

Pokud jde o snahu sester zvyšovat zdravotní gramotnost, tak i v tomto směru byly aktivní zejména sestry pracující v ambulantní sféře. S1 se jako jediná snaží zvyšovat zdravotní gramotnost nejen u pacientů, ale i u sester, kdy pořádá setkání pro sestry ohledně diabetu, aby zvýšila jejich gramotnost. Tím se dle jejich slov stávají její „prodlouženou rukou“, čímž „obsáhne“ celou nemocnici, neboť nemůže být všude přítomna. Tato sestra také chodí na lůžková oddělení edukovat pacienty dle jejich potřeb. Pořádá dokonce skupinová sezení, kde jednak edukuje sama, a jednak nechává pacienty navzájem si sdělovat své vlastní zkušenosti. S2 se snaží zdravotní gramotnost zvyšovat edukací, stejně jako S3 a S7. S4 pro pacienty pořádá skupinová edukační sezení, avšak dodává, že je potřeba, aby i vedení myslelo na nutnost edukovat pacienty a dalo na to personálu dostatek prostoru. Také si všimla, že hodně pacientů se snaží zodpovědnost za své zdraví přenášet na lékaře, proto je podle ní důležité pacientům ukázat, že zodpovědnost za své zdraví nesou z největší části právě sami pacienti. Dodala, že pacienty nelze nutit, neboť zájem o zdraví musí být zejména na jejich straně. Také S6 se snaží zdravotní gramotnost pacientů zvýšit edukací. Zmínila, že pacientům doporučuje tzv. edukační pobyty, které si však finančně hradí samotný pacient. S8 se snaží pacientům nabízet reedukaci. Tvrdí, že se pacientů ptá, zda vše pochopili. Prvotní edukaci u nich prý provádí edukační sestra, takže tou se příliš sama nezabývá. Sestra si také myslí, že záleží nejvíce na pacientovi. U otázky zaměřené na motivaci pacientů ke zvyšování své zdravotní gramotnosti odpověděla: *„Já myslím, že když někdo chce, tak si informace získá. Záleží na člověku. Ale možná to dát do reklam, to by jim možná utkvělo. Když někdo nechodí na prevenci apod., tak ho člověk nedonutí. Kdo chce o sebe pečovat, o sebe pečuje. Musí člověk chtít sám. Ale určitě je to i o tom všude o tom psát a tak. Dneska všichni čtou Blesk, tak bych to dala do něho.“* S5 zase měla nápad, že by pacienti možná mohli reagovat na nějaké sankce, které by byly pacientům udělovány za porušování či nedodržování léčebného režimu.

5.3.4 Kategorie „Bariéry v edukačním procesu“

V kategorii bariéry jsme se zaměřili na bariéry ze strany pacienta, bariéry ze strany sestry a bariéry ze strany prostředí. Z bariér vyskytující se u pacientů oslovené sestry nejčastěji uváděly poruchy sluchu a zraku, často také zmiňovaly i mentální postižení a úbytek kognitivních funkcí. Například S4 na otázku týkající se bariér ze strany pacientů odpověděla: *„Pacient může být hluchý, slepý nebo prostě někdy nemá mentálně na to, aby to všechno zvládl. To potom řešíme tak, že zveme i nějakého rodinného příslušníka, který mu s tím pomůže. Pacient to v těchto případech dostává i písemně, aby si to potom mohl v klidu přečíst a kdykoliv se k tomu vrátit. Jako bariéru vnímám i nezájem ze strany pacientů. Ale jinak se s ničím nesetkávám.“* S1 jako jediná zmínila také bariéry týkající se odlišností různých národností a jazykových bariér. Do bariér ze strany pacienta zařadila i komplikace jeho onemocnění, do kterých patří poruchy motoriky, sluchu a zraku. Jako další možnou bariérou je prý nezájem pacienta, který uváděla i S2 a S4. Odpověď S2 zněla: *„Když pacient nemá zájem, omezení kognitivních funkcí, někdy se i setkáváme s demenčními pacienty. To řešíme tím, že jdou od nás na léčebnu nebo se o ně stará někdo doma. Když někdo neslyší, ale vidí, tak si to okouká, a zase naopak, když nevidí, ale slyší, tak si to odcvaká. Myslím, že i tihle to po zaučení zvládají.“* S8 tvrdí, že pacienti bývají často i negativní, ať již ze strany jejich zájmu, či ze strany jejich jednání. S6 také podotkla, že pacienti někdy začínají být nervózní v čekárně, když čekají příliš dlouho, což vede k tomu, že přicházejí k lékaři již „naštvaní“. Tato sestra také zmínila, že pacientům nabízejí edukační pobyty. Tyto edukační pobyty si však pacienti hradí sami. Nedostatek financí může být také bariérou ve zvyšování zdravotní gramotnosti. S1, S2, S3, S4 a S5 se často setkávají s poruchou sluchu, která byla nejčastěji uváděnou bariérou. Druhou nejčastěji zmiňovanou bariérou byla porucha zraku, kterou uvedly S1, S2, S4 a S7. Ve stejném množství se vyskytly i mentální poruchy uváděné S2, S3, S4 a S8. Třikrát byl zmíněn úbytek kognitivních funkcí, a to S2, S5 a S7. S5 se prý často setkává s nedůvěrou pacientů, kteří se odvolávají na její nízký věk. S jejich jednáním prý souvisí i její vyhořelý přístup k edukaci pacientů. Na otázku, s jakými bariérami se sestra setkává, odpověděla: *„Já se setkávám s věkovou bariérou, protože mě pacient považuje za patnáctiletou holku a nevěří mi. Takže určitě věková bariéra. A pokud mám říct, ze strany mladého či starého pacienta, tak například u starého, že neslyší, což je tady na interně častější. A také úbytek kognitivních funkcí.“* Avšak u otázky zaměřené

na to, jak se snaží zvyšovat zdravotní gramotnost pacientů, tato sestra popsala případ právě v souvislosti s věkovou bariérou. Na otázku odpověděla: „*Tak řekla bych edukací. I když teď se mi nedávno stalo, že tady byl pacient a sám si odpojoval močový katetr. Byl tady samozřejmě s močovou infekcí. Když jsem mu řekla, že toto nemá a nesmí dělat, odpověděl mi, že takový mladý cucák ho nemá co poučovat a říkat mu, co má dělat, a že on to takto dělá plno let. To je už potom člověk trochu vyhořelý k tomu, aby někomu radil a pomáhal, když potom dostane takovou odpověď.*“ S7 také upozorňovala na strach pacienta například u aplikace inzulínu, kdy se prý často setkává s tím, že se pacienti bojí se „píchnout“.

Většina respondentek tvrdí, že z jejich strany žádnou bariéru neshledávají. Pouze S2 se přiznala, že nemá příliš dobré vyjadřování, proto dává přednost praktickým ukázkám. Její odpověď zněla: „*Pro mě je lepší to prakticky ukazovat a u toho říkat a vysvětlovat, než jen nějakou teorii, protože já mám to vyjadřování horší.*“ S3 si myslí, že na její straně problém není, avšak také dává přednost praktické formě. S6 má prý jediný problém, a to pacienta vše naučit v jeden den, protože informací, které by jim chtěla poskytnout, je velké množství. Proto dává přednost tomu, když je pacient hospitalizovaný u nich na lůžkovém oddělení a ona za ním může docházet a rozložit edukaci do více dnů. S1, S4, S5, S7 a S8 tvrdí, že na jejich straně bariéru nepozorují. S5 pouze připustila, že má velký problém s věkovou bariérou, kdy v ní pacienti ztrácejí důvěru právě kvůli jejímu vzhledově nízkému věku.

Nejčastější bariérou související s okolními vlivy byl nedostatek časového prostoru k edukaci. Pouze S1 a S6 tvrdí, že na edukaci mají dostatek časového prostoru. „*Musíme si ten čas najít, když potřebujeme, aby to pacient uměl, takže ano, máme.*“ S2, S3 a S8 prý nemají dostatek času na edukaci pacientů, ale zmínily, že mají k dispozici edukační sestru, která dochází k pacientům a ony již poté edukují jenom v aplikaci inzulínu, či pokud se jich pacient na něco ptá. Například S3 odpověděla: „*Máme na to vyhrazenou edukační sestru, takže my jenom minimálně, a to, aby zvládli aplikaci inzulínu.*“ S8 také upozornila na to, že nedostatek času pro edukaci je také proto, že na oddělení není stálý personál, a proto nikdo nemůže očekávat od nově příchozích sester, které se zaučují, že budou zvládat edukovat pacienty a chodit oddělení. S7 také poukázala na bariéry vyskytující se v edukační místnosti, jako jsou zapnutá televize či ostatní pacienti. „*Zapnutá televize na pokoji, ostatní pacienti - to všechno*

ruší. Když máte záchyt diabetu a vedle něho leží diabetik dlouhodobý, tak Vám do edukace pořád skáče apod. Občas se objeví úbytek kognitivních funkcí.“

5.3.5 Kategorie „Edukační realita“

Z kategorie edukace vznikly 4 subkategorie, které se nazývají Edukační strategie, Náročnost edukace pro sestru, Využívání edukace vedené sestrou a Důležitost obsahu edukace ohledně režimových opatření. Nejčastěji zmiňovaným edukačním prostředkem byly letáčky, které zmínilo sedm z osmi sester. Dále S1 a S4 uváděly konverzační mapy. S1 v odpovědi na to, jaké edukační prostředky využívá, řekla: *„Využívám individuální edukace, a to přímo u pacienta, nebo skupinovou edukaci. Tu individuální používám hlavně u nově vzniklých diabetiků, nebo pokud je tam nějaký problém. Například, když lékař zjistí, že se pacient neorientuje v selfmonitoringu. Používám konverzační mapy, videa, tištěné materiály, letáčky. K letáčkům - čím víc jim toho dáváte, tím míň to čtou, takže jim dávat spíše takové to hlavní.“* S1 zmínila používání různých videí k edukaci a stejně jako S6 využívá i různé tištěné materiály. S4 při edukačních sezeních používá i konverzačního průvodce. Dle jejího názoru je potřebné při edukaci malovat tabulky nebo grafy, a také zapojit co nejvíce smyslů pacienta. *„Člověk nesmí jenom povídat, musí při tom malovat a ukazovat všechno, o čem mluví, tak nějak graficky ztvárnit. Když pacient zapojí víc smyslů, tak si to i líp zapamatuje. Nebo se jich ptám na různé věci, něco nastíním a potom chci, aby logicky dospěli k dalším věcem, čímž je nutím přemýšlet. Víc zapamatují, když si na to přijdou sami.“* Právě S4 a také S1, které pracují v ambulantní sféře, pořádají pro pacienty individuální a skupinová edukační setkání. Oproti tomu S2, S3, S5 a S8 tvrdí, že pokud je potřeba na oddělení u nějakého pacienta edukace, pozvou si právě edukační sestru pracující v jejich nemocnici. Tato edukační sestra je povětšinou sestrou v diabetologické ambulanci. S4 se snaží pacienty motivovat k zájmu o svou nemoc a k tomu, aby samostatně dospěli k řešení otázek s nemocí spojených. S2, S3 a S5 tvrdí, že nejčastěji využívají praktických ukázek, a to v souvislosti s aplikací inzulínu. Zbytek teoretických znalostí nechávají na edukační sestře. S5 jako jediná využívá i odkazů na internetu, kdy mladým pacientům doporučuje různé stránky, kde mohou informace sehnat. S1, S2, S4, S5, S6 a S8 se do edukace snaží zapojovat i rodinné příslušníky, především v situacích, kdy pacient není schopen sám o sebe pečovat. Těmto pacientům

S4 poskytuje i edukaci v písemné formě v podobě různých edukačních materiálů. Materiály v písemné formě poskytuje proto, aby si je pacient mohl později i sám v klidu pročíst a také proto, aby se k nim mohl kdykoliv vrátit. Dále sestry zmiňovaly, že je důležité soukromí, zpětná vazba, dostatek časového prostoru, a to nejlépe i více dnů. Je důležité informace opakovat, hovořit s pacienty pomalu, zajistit na edukaci klid a edukovat spíše kratší dobu. S5 tvrdí, že je podstatné zařídit při edukaci dostatek soukromí, aby pacient nebyl ničím rozptylován. Tato sestra odpověděla: *„Je důležité, aby na pokoji byli sami, což tady na oddělení zařídit nejde. Když pacientům něco říkám, a jsou tam i jiní lidé, nevnímají mě tolik. Pokud bych si s nimi sedla sama jako teď s Vámi, vnímali by mě mnohem víc. Soukromí je hodně důležité.“* S8 také podotkla, že je nutné, aby edukace byla pro pacienta všude přístupná. *„Na pacienty musí s edukací všichni a ze všech stran.“*

Co se týče náročnosti edukace pro sestry, oslovené sestry nejčastěji uváděly náročnost v rámci času. To, že je edukace především časově náročná uvedla S2, S3, S4, S5 a S8. S3 řekla: *„Edukace je náročná na čas. Jsme tu dvě, a když máme plné oddělení, tak se staráme o 30 lidí. Musíme zajistit chod oddělení a do toho mít čas na edukace, to nejde. Proto máme edukační sestru. Ta u nich bývá někdy i půl hodiny.“* Dále sestry uváděly, že je náročné zaujmout pacientovu pozornost. Někdy je pacient bez zájmu, či dokonce slova sestry ignoruje. Sestry tvrdí, že podobné edukace potom bývají po psychické stránce náročné. Pro příklad je zde uvedena odpověď S1: *„Náročná je hlavně tím, když vím, že to pacientům vykládám, snažím se jim ukázat pomůcky, vysvětlit jim to, a oni za 14 dní řeknou, že o tom nikdy neslyšeli. Někdy si prostě připadám, jak kdybych mluvila do zdi. Kvůli nespolupráci pacienta je to psychicky náročné.“* S5 a S7 si myslí, že může být edukace náročná pro ty sestry, které nemají dostatek teoretických znalostí. S7 řekla: *„Mít nedostatek teoretických znalostí může být náročné nejen v edukaci pacienta, ale i v udržení jeho pozornosti.“* Při otázce, jak často sestry využívají edukaci, jsem se často setkala s odpovědí, že ji sestry využívají dle potřeby pacientů. Tuto odpověď mi poskytla S1, S7 a S8. S1 popsala, co pro ni znamená „dle potřeby pacienta“, takto: *„Pokud lékař zjistí, že je potřeba pacienta co nejdříve edukovat, jdu za ním ihned, a pokud to chvíli počká, pacienta si objednáám do ambulance. Takto provádím i reedukace.“* S8 a S7 odpověď „dle potřeby“ směřovaly spíše na počet pacientů s onemocněním diabetes mellitus

na oddělení. S2 tvrdí, že se pacientům v edukaci věnuje spíše, když se sami zeptají nebo při zaučování v aplikaci inzulínu. Stejně tak i S3 využívá edukaci nejčastěji v souvislosti s aplikací inzulínu, jinak prý edukaci často nevyužívá a zavolá edukační sestru. S4 řekla, že potřeba edukací se objevuje ve vlnách. Někdy za jeden týden je potřeba edukovat větší množství pacientů a jiné týdny nemají edukaci ani jednu.

Oslovené sestry také zdůraznily pro ně důležité zásady, které by měli pacienti plnit. Často zmiňováno bylo dodržování diety, kterou uvedly S1, S5, S6 a S8. S2 spolu s S3 a S5 klade velký důraz na celkově zdravý životní styl pacientů. S2, S3, S7 a S8 poukazovaly na možnost vzniku komplikací, a proto je pro ně důležité dodržování domácího selfmonitoringu, do kterého patří sledování dolních končetin nebo také kontrola hladiny glykemie. S2 jako jediná uvedla, že klade velký důraz na pravidelné návštěvy lékaře. S1 a S3 vyžadují od pacientů dodržování nějaké fyzické aktivity. S5, S7 a S8 tvrdí, že je velmi důležité pravidelné užívání předepsané medikace lékařem a jediná S4 uvedla, že pro ni hraje největší roli to, aby pacienti s onemocněním DM2 především zredukovali svou tělesnou váhu. S7 u této otázky odpověděla: *„Důležité je dodržování pravidelného režimu, péče o nohy, nestříhat si samy nehty apod. Prostě předcházet komplikacím. Dále brát léky ve správných intervalech a dávkování.“* Při otázce, jak pacienti dodržují tyto zásady z jejich pohledu, sestry často uváděly, že toto není možné posoudit a to především proto, že pacienti se v nemocničním prostředí chovají odlišně v porovnání s prostředím domácím. S1 a S6 trvá na tom, že přístup ke změnám je u každého pacienta individuální. S5 a S7 si myslí, že větší množství pacientů ani nespolupracuje. S4 naopak uvádí, že podle jejího odhadu spolupracují 2/3 pacientů. Na otázku, zda pacienti dodržují zásady spojené s diabetem S2 odpověděla: *„To tady člověk asi neposoudí. Doporučujeme jim něco, ale oni to doma třeba nedodržují, a tady v nemocnici to dodržovat musí. Takže, když sem přijde pacient s dekompenzovaným diabetem, v nemocnici se to srovná a on jde zase domů. A potom už to vidí spíše diabetolog.“*

5.4 Kategorizace zpracovaných výsledků 2. výzkumného souboru

Kvalitativní výzkumné šetření týkající se pacientů bylo prováděno na základě polostrukturovaných rozhovorů. Pomocí metody barvení textu, jsme vytvořili 5 kategorií, ze kterých následně vznikly 4 subkategorie. Aby byly kategorie i subkategorie přehlednější, byly zpracovány do tabulky (Tabulka 6).

Tabulka 6

Název kategorie	Název subkategorie	
Zdravotní gramotnost	Vědomosti o zdravotní gramotnosti a jejím obsahu	Zvyšování zdravotní gramotnosti v souvislosti s onemocněním
Zájem pacientů		
Režimová opatření u DM 2	Vědomosti o režimových opatřeních	Kvalita života v souvislosti s DM2
Vyhledávání informací o DM2		
Styly učení		

Zdroj: vlastní

5.4.1 Kategorie „Zdravotní gramotnost“

Tato kategorie vychází z první otázky v rozhovoru, která zjišťuje, zda pacienti vůbec vědí, co je to pojem zdravotní gramotnost. Z šesti pacientů, čtyři (P2, P3, P4, P5) odpověděli větou typu „to nevím“ nebo „tomu nerozumím“. P2 však po odpovědi „to nevím“, přidala větu: „*Asi aby znal člověk ty léky a tak, ale jinak nevím*“. Z toho bychom mohli usuzovat, že má nějaké povědomí o zdravotní gramotnosti týkající se onemocnění DM2. P5 ještě vyjmenovala několik podstatných skutečností, které by měl každý diabetik dodržovat, jako je dieta, denní režim, pravidelné kontroly u lékaře, kontroly dolních končetin apod. Zajímavá byla odpověď P4, který se choval po celý rozhovor jako velký šprýmař. U otázky zaměřené na pojem zdravotní gramotnost reagoval: „*Co to má být? To nevím.*“ Já „*Víte třeba o nějakých dietních omezeních?*“ P4 „*Hladem já jsem pořád.*“ Já „*A říkali Vám třeba o tom, že byste si měl kontrolovat nohy, a proč?*“ P4 „*To víte, že to říkali.*“ Z tohoto rozhovoru bylo usouzeno, že zdravotnický personál má snahu tohoto pacienta edukovat, avšak pacient nemá dostatečný zájem o zvýšení své zdravotní gramotnosti a dodržování zásad spojených s DM2. P1 odpověď vyjádřil obecně a krátce: „*Znám nemoci, znám příčiny, znám prostě to, jak jim předcházet.*“

Do této kategorie byla přiřazena i subkategorie související s tím, zda mají pacienti pocit, že se jejich zdravotní gramotnost spojená s DM2 v průběhu jejich onemocnění zvyšuje nebo zůstává na stejné úrovni. P4 a P5 tvrdí, že jejich zdravotní gramotnost setrvává stále na stejné úrovni. Další čtyři pacienti si myslí, že se jejich zdravotní gramotnost v průběhu onemocnění zvyšuje. Jak uvádí P2: „*Já si myslím, že jo, protože něco vám řekne doktor, na něco se zeptáte sám a tak.*“

5.4.2 Kategorie „Zájem pacientů“

V kategorii týkající se zájmu pacientů o informace a zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti většina pacientů uvádí, že zájem o nové informace má. Jeden z pacientů (P4) však odpověděl negativně. „*Něco mi chodí domů. Nějaký leták od firmy, od které mám glukometr. Toho už bych měl plnou knihovnu, ale já to nečtu.*“ Na rozhraní byla P2, která sice uvedla kladnou odpověď, ale s připomínkou. „*A to víte, že mám, ale už je mi 90, takže to víte, to už je věk.*“ Toto tvrzení možná mělo znamenat, že by o informace zájem měla, ale s jejím věkem už získávání nových informací nemá smysl. Na skutečnost, že pacienti ve vyšším věku již nemají velký zájem dostatečně pečovat o své zdraví, poukázvalo i několik sester, se kterými byl proveden výzkum. Ne všichni pacienti, kteří uvedli, že mají zájem o zvyšování zdravotní gramotnosti, se do tohoto procesu aktivně zapojují a spolupracují. P2 se jeví spíše jako pasivní příjemce informací. Ty přijímá pouze tehdy, pokud narazí na téma ohledně onemocnění diabetes mellitus např. v televizi. Na informace se nevyptává ani lékaře. Na otázku, jaký měla P2 přístup ke změně životního stylu při zjištění onemocnění, odpověděla, že to vše začínalo postupně a časem začala zařazovat určitá omezení spojená s diabetem. P4, P5 a P6 jsou v získávání informací již aktivnější. Tvrdí, že informace často získávají i od lékaře při pravidelných kontrolách. Pouze P4 zmínil, že informace získává i od sester. P3, P5 a P6 jmenovali jako zdroj informací i časopisy, kde se objevuje DM2, a také pořady objevující se v televizi, kde se lze s tímto tématem také setkat. P1 uvedl v souvislosti s touto otázkou hezkou odpověď: „*To víte, člověk když začne kýchat, tak začne i zjišťovat.*“ U všech pacientů lze říct, že se snaží dodržovat alespoň některé ze zásad ohledně zdravého životního stylu a pravidelných kontrol. Často byla poskytnuta i pasivní odpověď, a to při otázce, zda si pacienti kontrolují dolní končetiny. Dle nich jim nohy kontroluje lékař.

5.4.3 Kategorie „Režimová opatření u DM2“

U této kategorie jsme se zaměřili na subkategorii Vědomosti o režimových opatření, které by pacienti s diabetem měli dodržovat, a také na kvalitu života v souvislosti s tímto onemocněním. Nejobsáhlejší odpověď ohledně zásad u DM2 byla poskytnuta od P6. *„Pravidelnost, nepřejídat se, omezit sladké, zajistit pitný režim. Pohyblivá já moc nejsem, daleko nedojdu. Na kontroly chodím podle toho, jak mě paní doktorka objedná, ale chodím pravidelně. Glukometr mám doma, ale každý den si neměřím. Já si občas změřím, a když je to dobrý, tak si změřím třeba zase až za tři dny, a když špatný, tak si pravidelně měřím několik dnů po sobě.“* Tato pacientka na mě při rozhovoru dělala dojem, že má o onemocnění DM2 vcelku dostatek informací, ale nelze s jistotou říct, že tyto znalosti využívá k udržování svého zdraví, či že dodržuje režimová opatření. Mezi nejčastěji zmiňovaná opatření patřil pohyb a dieta, která se v odpovědích pacientů objevovala shodným množstvím. Pacienti často zmiňovali i pravidelný režim, užívání ordinovaných léčiv, dále objednané návštěvy u lékaře a také kontroly glykemie glukometrem. P4, který po celý rozhovor vtipkoval, se k dodržování zásad stavěl spíše negativně. *„Píchám si inzulín. Co bych měl ještě dodržovat? Dietu? No jistě, žravou.“* Avšak na tomto pacientu bylo po celou dobu rozhovoru viditelné, že je to šprýmař a k celému rozhovoru přistupuje s humorem. Při pokračování a rozvíjení této otázky vyplynulo, že některé z důležitých zásad dodržuje i P4. Postupně se P4 pochlubil, že je myslivec, tudíž velmi často chodí na dlouhé procházky, pravidelně navštěvuje lékaře v rámci kontrol na diabetologii a dokonce provádí kontroly glukometrem, a to 3x týdně, pokud ovšem nejede na cesty, kdy si glukometr nechává doma. Velice hezkou odpověď poskytl P1: *„Člověk by měl pravidelně jíst, brát lékařem doporučené léky, kontrolovat hladinu cukru a mít určitou střídmost. I když nemohu říct, že já jsem 100%. To opravdu nejsem.“*

V rámci otázky zaměřené na kvalitu života v souvislosti s DM2 pacienti někdy zmiňovali, že je omezují onemocnění, která s diabetem nesouvisí. Jako nečastější omezení v souvislosti s DM2 pacienti uváděli dietu, kterou musejí držet. P3 trápí i pozdní komplikace onemocnění DM2, stejně jako P6. P3 nejvíce trápí bolesti nohou, které jsou způsobené diabetickou neuropatií a P6 má problémy se zrakem. P1 na otázku týkající se omezení odpověděl: *„Ty nemoci, které mám, mě v podstatě netrápí, akorát*

to přináší určitá omezení. Třeba ta cukrovka na té škále dejme tomu 8. Těžko říct. Člověk musí být opatrný. Když udělá jednu chybu, ještě se nic neděje, ale nesmí ty chyby dělat pořád.“ P5 tvrdí, že ji diabetes nějakým způsobem neomezuje, avšak podotkla, že její stav je úměrný jejímu věku (61). „Úměrně svému věku bych na stupnici řekla číslo 6. Já se cítím dobře, třeba nejíst sladké mně nevadí.“

5.4.4 Kategorie „Vyhledávání informací o diabetes mellitus“

V této kategorii jsme zjišťovali, kde nejčastěji pacienti získávají informace a jaké styly učení jim nejvíce vyhovují. Pacienti zmiňovali, že informace nejčastěji shánějí u lékaře, v televizních pořadech, časopisech a novinách, na internetu, pomocí sestry, přátel a také rodiny. Televizní pořady byly zmíněny celkem 3x, a to u P1, P2 a P5, stejně jako noviny nebo časopisy, jež uvedli také tři pacienti (P1,P3, P4). Následovalo zjišťování informací od lékaře, které bylo zmíněno třemi pacienty, a to P4,P5,P6. Pouze jedinkrát byla zmíněna sestra jako zdroj informací, stejně tak i rodina, kamarádi a internet. P1 poukázal na to, že ačkoliv hledá informace na internetu, tak těmito informacím nelze zcela důvěřovat. Jeho odpověď na otázku, zda má zájem o informace a kde tyto informace získává, zněla: *„Tak z kanálu v televizi, ale těžko se vyznat, co je marketing a co je pravda. No, nevím. Myslím, že je dostatečný to, co je okolo všude, v časopisech, v novinách, v televizi. To víte, když člověk začne kýchat, tak začne i zjišťovat. Jenže ty informace! To je zase kolikrát jedna paní povídala.“* P6 tvrdí, že má v rodině čtyři zdravotní sestry, které se snaží ji často informovat a kontrolovat, takže do procesu je zapojena celá její rodina. P2 poukázala na to, že zájem by možná měla, ale v 90 letech už to není tak důležité.

Co se týče vyhovujících stylů učení, všichni pacienti se shodují na tom, že jim více vyhovuje individuální sezení, kde jsou sami se sestrou, než sezení ve skupině. P1 skupinová sezení zcela zamítl, jelikož se takovýchto sezení účastnil již ve své práci. Přestože to bylo v rámci jiného tématu, skupinové sezení mu naprosto nevyhovovalo. P3 upozornila na to, že spoluúčastníci skupinového sezení mohou být rušivými vlivy. *„Raději samotná samozřejmě. Když je to ve skupině, ostatní často začnou skákat do řeči.“* Tři z pacientů tvrdí, že většinou jim stačí, když si s nimi sestra či lékař popovídá a téma jim slovně vysvětlí. P2 dodala, že je potřeba, aby sestra mluvila

dostatečně nahlas, protože špatně slyší. P1 slovní vysvětlení považuje za dostačující, ale ne při prvotních informacích. U těch by doporučoval například rozdání letáčků, kde si člověk zjistí základní informace a poté již slovní vedení edukace, dokud to pacient dle jeho slov nedostane za „nehty“. P6 uvedla, že je pro ni nejvhodnější letáček, a to z toho důvodu, že pokud něco zapomene, tak si to znovu doma přečte. Naopak P4 s podáváním informací prostřednictvím letáčků naprosto nesouhlasí, tyto letáčky mu prý chodí domů i poštou a vůbec je nečte. *„Letáčky, to nehoří ani v kotli, to je k ničemu.“* P5 jako jediná jako nevhodnější metodu zmínila praktickou ukázkou. *„Nejlepší je ta praktická ukáзка. Včera mi sestřička ukazovala, jak si píchnout inzulín. To se pamatuje dobře, když to člověk vidí.“*

6 Metodika III. fáze – Příklad dobré praxe

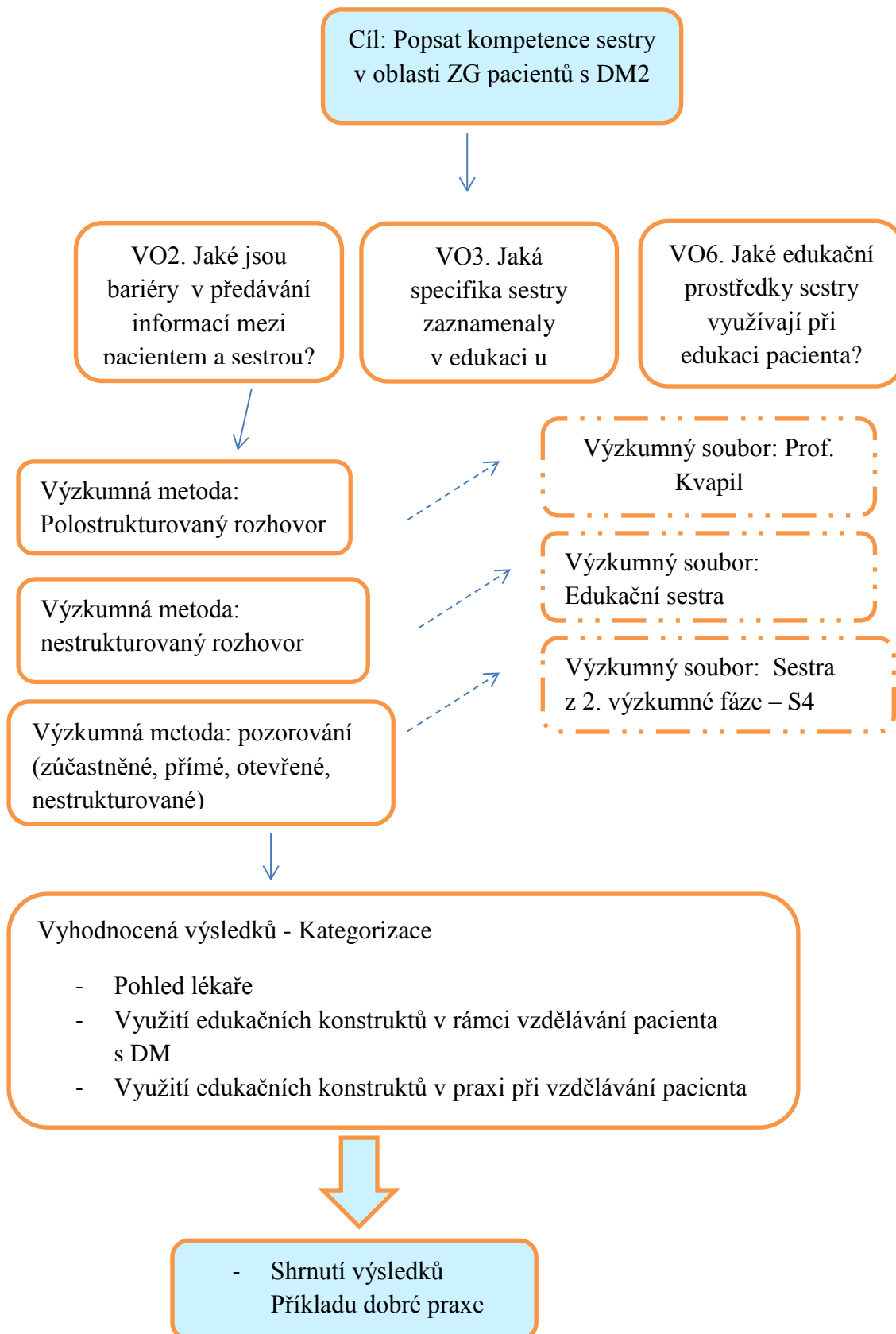
6.1 Metodika Příkladu dobré praxe

V poslední třetí fázi bylo využito kvalitativního výzkumného šetření u odborníka v oboru diabetologie, jímž byl Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA, který souhlasil s uvedením jeho jména ve výzkumné práci. Technika sběru dat probíhala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. V případě nutnosti byly kladeny doplňující otázky. Tento rozhovor obsahoval 7 předem připravených otázek (Příloha 7) a bylo možné ho provést pouze telefonicky, a to v měsíci březnu. Rozhovor trval přibližně 40 minut. Dále proběhl nestrukturovaný rozhovor se sestrou (dále jen ES), která se aktivně zabývá edukací pacientů s onemocněním DM2 a aktivně se účastní vzdělávacích kurzů od firmy Lilly. Při této schůzce ES ukázala a popsala edukační materiály, které využívá. ES neodpovídala na předem stanovené otázky, pouze bylo vymezené téma probíhajícího rozhovoru. Schůzka trvala přibližně 90 minut, probíhala mimo pracoviště ES (v soukromí) a v jejím volném čase. Ve druhé fázi výzkumného schématu byla objevena sestra (S4), která byla stejně jako ES proškolená firmou Lilly, proto se posunula také do třetí fáze schématu. Bylo využito metody pozorování jednoho skupinového edukačního sezení s pacienty s diabetem, které S4 pořádá. Pozorování bylo zúčastněné, přímé, otevřené a nestrukturované. Edukační sezení probíhalo v měsíci dubnu v odpoledních hodinách od 13:30 do 16:45 hodin v předem vybrané místnosti. K pozorování byl využit i pozorovací arch (Příloha 8). Tohoto edukačního sezení se zúčastnili dva pacienti. Všechny tyto výzkumy byly samostatně popsány a zhodnoceny a následně byl ze všech těchto výzkumů sestaven Příklad dobré praxe. Všechny tyto části byly rozděleny do čtyř kategorií, které byly pojmenovány Pohled lékaře, Využití edukačních konstruktů v rámci vzdělávání pacienta s DM a Využití edukačních konstruktů v praxi při vzdělávání pacienta, z nichž poté byla sestavena čtvrtá kategorie Shrnutí výsledků Příkladu dobré praxe.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořila edukační sestra, která se aktivně zabývá edukací pacientů s diabetem a je proškolená firmou Lilly. Rozhovor byl zaměřen na používaný edukační materiál a průběh edukace. V textu je na edukační sestru odkazováno písmeny ES. Dále Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA, který souhlasil s uvedením jeho jména v této práci. Profesor Kvapil v textu neměl žádné zvláštní označení. V druhé fázi výzkumného šetření bylo zjištěno, že jedna z oslovených ambulantních sester je také proškolená firmou Lilly a i ona pořádá edukační sezení pro pacienty s diabetem 1. i 2. typu. Z tohoto důvodu tato sestra postoupila i do třetí fáze výzkumného šetření. Touto sestrou byla S4 a takto je na ni odkazováno, i v textu. Všichni tito oslovení jedinci byli do výzkumu zařazeni pro nastínění „Příkladu dobré praxe“. Nicméně po dobu sběru dat nebylo možné se zúčastnit sezení s pacienty s DM2, proto sezení proběhlo u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu (dále jen DM1).

Schéma 3: Grafické znázornění pilotní studie (3. výzkumná fáze)



6.2.1 Pohled lékaře

V rozhovoru s profesorem Kvapilem bylo možné se dozvědět jeho názory na následující otázky. Jaký má názor na zdravotní gramotnost a jak jí hodnotí v této době (v souvislosti s DM2)? Kde a proč vznikla jeho myšlenka dostatečné edukace pacientů a s tím spojeného vzdělávání sester? Jsou do této edukace zapojeni i lékaři a jakým způsobem? Jak by posoudil úroveň ČR v porovnání s jinými státy v této oblasti? Zda si myslí, že pojišťovna dostatečně hradí edukaci pacientů? Dále, zda si myslí, že sestry jsou dostatečně připravované na zvládnutí edukačního procesu? Jaký má názor na aktuální dění v souvislosti se vzděláním sester? (Jsou sestry dostatečně vzdělané?) Co profesor vyžadujete od sester na svém oddělení? A zda má na ambulanci na svém oddělení sestry edukátorky.

Profesor Kvapil u první otázky zaměřené na zdravotní gramotnost v této době odpověděl, že výsledky výzkumu jsou velice příznivé, avšak samozřejmě by mohly být i lepší. Odhadem tvrdí, že asi polovina pacientů s diabetem opravdu má dostatek informací o svém onemocnění a s informacemi umí i pracovat v rámci znalostí a dovedností.

Při zjišťování, kde se vlastně vzala jeho myšlenka dobré zdravotní gramotnosti a s tím spojené kvalitní edukace a vzdělávání sester v tomto oboru, se profesor Kvapil vrátil o mnoho let zpátky, kdy on sám studoval diabetologii. Jeho odpověď byla velice zajímavá a hezky řečená, avšak velmi vyčerpávající, proto jsou zde uvedeny pouze ty nejdůležitější části odpovědi. *„Došel jsem k názoru, že je zapotřebí akcentovat vzdělávání pacientů. Třeba sestry. Aby vůbec rozuměla nemoci, poznala ji, jak se léčí, jak se rozpoznají příznaky, a jak se vše správně dělá. Než se trochu dostanete do hloubky, tak začnete přemýšlet nad tím, proč jsou výsledky takové jaké jsou, a u diabetologie velice záhy přijdete na to, že když máte účinné léky, dost záleží na tom, jak pacient pochopí zásady životosprávy, a nejen že pochopí, ale přijme je a začne se taky podle toho chovat.“* V této době oproti době minulé již prý lékař dbá na to, aby byl pacient motivovaný, vše se mu vysvětlilo, ukázalo a dokonce, aby si vše sám vyzkoušel a zjistil, zda to umí. Dle jeho názoru je edukace rozsáhlá problematika, která souvisí s psychologií, motivací člověka a i s rozvojem osobnosti. Pan profesor Kvapil tvrdí, že je velmi důležité, a že by to tak i mělo být, aby lékař znal principy edukace, nicméně by měl být i ten, který edukaci vede. K ruce by měl mít edukátora nebo sestru.

Podle jeho názoru by sestry v diabetologických ambulancích nebo sestry specialistky edukátorky měly být vzdělané v edukaci jako takové a pracovat pod vedením lékařů.

Na třetí otázku, jak se lékaři účastní edukace, odpověděl podobně: „*Lékař je ten, který stanovuje diagnózu, rozhoduje o cílech a navrhuje léčbu. A také je ten, který by měl mít jasnou představu, kde je slabina pacienta v realizaci některých opatření v životosprávě. Také by měl být ten, který rozhoduje o tom, nakolik se má pacient snažit být třeba dobře kompenzovaný, protože ty cíle na léčbu jsou individuální. A pokud to nedělá ve spolupráci s edukátorem, nemůže to prostě fungovat, a naopak, když edukátor bude edukovat pacienta bez spolupráce s lékařem, nemůže si dost dobře sám rozhodovat, jaké jsou cíle léčby.*“ Dle jeho názoru by edukace měla být v dobrém propojení mezi sestrou edukátorkou a lékařem, který tento proces vede.

Na čtvrtou otázku, kdy měl profesor Kvapil porovnat úroveň zdravotní gramotnosti a edukace v ČR a v jiných cizích zemích, byla odpověď znovu podobná jako u první otázky. Dle jeho názoru je však v ČR zdravotní gramotnost na velice dobré úrovni v porovnání s ostatními státy. Přesto tvrdí, že by se zdravotní gramotnost mohla stále zlepšovat a jedna z věcí, kterou prý nemají příliš dobře organizačně pokrytou, je právě oblast edukace. Jeho představa spočívá v tom, že by měl být na jednu až tři specializované diabetologické ambulance k dispozici jeden edukátor, což se jim zatím nedaří aplikovat do praxe.

U otázky číslo pět, zda je podle jeho názoru dostatečně hrazená edukace pojišťovny, odpověděl, že v zásadě je edukace pojišťovny hrazená dostatečně. Problém prý spočívá spíše v tzv. úhradové vyhlášce, která je vydaná Ministerstvem zdravotnictví. „*Nicméně celková suma proplacených peněz za rok je regulovaná tzv. úhradovou vyhláškou, tu vydává Ministerstvo zdravotnictví a teďka je to tak, že když vykážete třeba o 20% větší výkony v bodech, tak Vám proplatí třeba jenom 2% z nadvýkonu. Což je trošku svízel. Za normálních okolností, když pracujete sama, děláte stejně věci, které udělat musíte a výkony vykážete, stejně vám to neproplatí, přestože to udělat musíte. Ale když si najmete edukátora, aby vám půlku pracovní doby edukoval pacienty, vykážete edukační kódy na něj, ty jsou na víc k tomu, co jste dřív vykazovala, tak ty vám už taky neproplatí. A tam už to jedno není, protože vy musíte zaplatit mzdu edukátorovi. A to je jedna z cest, která si myslím, že je k řešení ve vztahu k diskuzi mezi zdravotními*

pojišťovny a Ministerstvem zdravotnictví. V zásadě by se dalo udělat to, že některé ty platby navíc budou zohledněny, a ambulance, která si pořídí edukátora bude mít třeba větší volnost ve vykázání k proplacení většího množství těch kódů.“ Profesor Kvapil se o úhradové vyhlášce zmiňuje i ve své knize (2016). Podle něho je jeden z hlavních úkolů současné diabetologie zlepšit dostupnost edukátorů a edukačních pracovníků.

Na otázku, zda si myslí, že jsou sestry dostatečně připravované na zvládnutí edukačního procesu, odpověděl, že neví jak jsou připravované v kvantitativní formě, tedy, že neví, jestli je jich dostatek, avšak ví, že existují velice dobře proškolení a kvalitní edukátoři v rámci diabetologie.

Když jsme se pana profesora zeptali na to, co vyžaduje od sester na jeho oddělení, tak nám bylo ihned sděleno, že nejdůležitější pro něho je, aby byly slušnými lidmi, a aby je práce bavila. *„Tak za prvé, aby to byly slušní lidé, to je úplně kriticky nejdůležitější. Za druhé, aby je práce bavila, všechno ostatní zvládneme, nic jiného. Když jste vždycky slušná, a když vás práce baví, tak prostě budete mít vždycky kladný vztah k lidem. To je tam všechno obsaženo. Vždycky uděláte něco navíc, vždycky se budete na pacienty usmívat, vždycky budete bojovat za správné věci, mít dobrý přístup k práci a ke všemu. Všechno ostatní je technika. Naučíte je, vše jim ukážete, ale musí je to bavit. Když je to baví, tak není problém.“* Dle jeho názoru je důležité, aby sestra i lékař byli zkušení v interpersonální komunikaci a interpersonálních dovednostech, což prý patří k jejich řemeslu. V souvislosti s tímto názorem také uvedl, že je škoda, že se na tyto dovednosti příliš nehledí, protože to prý není dobře měřitelné. Pro příklad uvedl, že když je lékař rychlý a vše dobře léčí, tak se to dá i dobře změřit a je to oceněné. Avšak to, že je lékař slušný a příjemný na pacienty, kteří k němu kvůli tomu chodí rádi, to už tak snadno měřitelné není a tím pádem se na to nehledí. Také podotkl, že sestra edukátorka je však něco jiného. Takováto sestra by měla být vysokoškolsky vzdělaná v oboru ošetrovatelství a pedagogiky. A to prý z toho důvodu, že kvalitně podávaná edukace je postavená na zdravotnických a medicínských znalostech a zahrnuje i klasické pedagogické dovednosti, což je taky velice důležité a složité. Dále prý edukace zahrnuje i základy psychologie, sociologie a tisíce dalších věcí. *„Dobrý edukátor, to není jen tak někdo.“* U poslední otázky, zda má takto

proškolené edukátory na svém oddělení či ve své ambulanci, odpověděl, že přesně takto kvalitní edukátory shání, protože je nemá.

6.2.2 Využití edukačních konstruktů v rámci vzdělávání pacientů s DM2

S ES, která byla zaškolená firmou Lilly, se uskutečnila schůzka v měsíci březnu. Tato ES obvykle neprovádí skupinová setkání, ale na pacienta se zaměřuje individuálně. Někdy pro vyšší efekt přizve například rodinného příslušníka, aby také věděl o režimových opatřeních. Edukační proces začíná nejdříve stanovením individuálních cílů, které jsou uzpůsobené samotnému jedinci. Dle stanoveného cíle se poté naplánuje průběh edukace a její zaměření. Například pokud pacient potřebuje zhubnout, ale má poškozené klouby v kolenou, pak se sportovní aktivity vymýšlí takové, které šetří kolena. Dle stanoveného cíle edukace si sestra předem připraví, o čem bude pacienta edukovat, a k tomuto tématu také vybere vhodný edukační kalendář. ES tvrdí, že za jedno sezení si pacienti nezapamatují to, o čem jsou edukováni, a proto edukaci člení do více sezení. Stejně tak zpětnou vazbu od pacienta nevyžaduje na konci sezení, ale na začátku toho dalšího. Při zjišťování zpětné vazby s pacienty probírá i to, co nepochopili nebo s čím měli největší potíže. ES také podotkla, že je důležité nezapomenout chválit při splnění nebo přiblížení se k cíli. Po pacientech vyžaduje napsat jejich běžný jídelníček, a to z toho důvodu, že nemůže jídelníček stanovovat někdo cizí, ale pacient sám sobě, aby jedl to, co mu chutná. Tím, že přinesou ukázat jejich jídelníček, ES následně je schopná zjistit, co by mohlo zapříčiňovat hyperglykémii. ES tvrdí, že často je tímto zdrojem některé jídlo, které pacient konzumuje.

V rámci sezení se s pacienty zaměřuje na užívání léků, aby věděli, jaký mají typ léků, jak je mají užívat, a také aby znali jejich vedlejší účinky a nenechali se jimi odradit. Například u léku první volby, jímž je metformin, na začátku léčby pacienti často trpí průjmami, nicméně později se tento stav upraví a vše se znormalizuje. Dále s pacienty prochází typy inzulínových per, zvládání rizikových faktorů, kouření, informace ohledně inzulínů, výměnných jednotek, glykovaného hemoglobinu, selfmonitoringu, do kterého patří kontrola a péče o dolní končetiny, dále probírají komplikace diabetu, fyzickou aktivitu, aplikaci inzulínu a další. Dle sestry je důležité také nezapomínat

na možné sexuální poruchy, protože pacienti se sami k těmto potížím nepřiznají, protože se stydí. Pro zachování kvality jejich života je potřebné na to navázat a vysvětlit jim, že je to běžné, že na to existují léčiva, která by jim měla pomoci. Pacienti prý ani nechtějí vědět, jak onemocnění diabetes mellitus funguje, proto je vhodné jim říct jenom základy a zaměřit se spíše na témata, která využívají v běžném životě. ES nezapomíná ani na cestování a sport ve spojitosti s diabetem a také na edukaci ohledně řízení auta spojeného s rizikem hypoglykemie.

ES měla velice zajímavé nápady ohledně pacientů závislých na inzulínu. Velice si stěžovala na to, že inzulínová pera mají malý a tenký kryt, což je nepraktické pro mladé natož pro seniory. Tyto malé krytky jsou velkým zdravotním rizikem pro zdravotní sestry, kdy je velká možnost píchnutí. Nehledě na to, že pacienti tyto krytky často vyhadzují nebo ztrácejí, a tak je pak jehla na jejich peru špinavá. Sestra by proto uvítala nějakou technologickou změnu, která by tyto krytky vyráběla praktičtější. Také by každému pacientu poskytla boxy na již použité jehly, aby tyto jehly pacienti nevyhadzovali do běžného komunálního odpadu.

Ohledně letáčků a pomocných edukačních obrázků sestra tvrdí, že dříve pacientům malovaly, nicméně zejména starší jedinci mají rádi, když jsou materiály přehledné a hezky barevné, takže jí velice vyhovují dobře připravené pomocné materiály. Sestra doporučuje pacientům dávat materiály či letáčky, které zaujmou, jsou barevné, přehledné a především neobsahují přílišné množství textu. Pokud se pacientům poskytne letáčků mnoho a s přílišným množstvím textu, většinou si prý takový materiál ani nepřečtou. Stejně tak pokud je materiál psán moc odborně. Nemá ráda konverzační mapy ráda. Nejvíce upřednostňuje edukační kalendáře, které jsou z jedné strany uzpůsobeny edukantovi a druhá strana slouží pro sestru jako pomůcka při edukaci. K edukaci doporučuje i videa. Podle ní si pacienti snadněji zapamatují příběh, který vidí, než ten, který čtou. Negativně se staví k používání konverzačních map, a to zejména kvůli jejich velikosti, a také proto, že jsou podle ní nepřehledné a špatně se s nimi manipuluje. Napadlo jí tyto mapy přizpůsobit či napodobit nějaké hře, kdy by se k další části tématu spolu s pacientem posouvali pomocí figurek. Nej kvalitnější a nejpropracovanější materiály, s kterými se jí i nejlépe pracuje, má podle ní firma Lilly. Také podotkla, že u starších jedinců již zaučování není jednoduché, prý je dobré těmto pacientům ukazovat pozitiva a negativa v jejich onemocnění

a režimových opatření. Také si myslí, že by pacienti měli vědět a i vidět, co by se jim mohlo stát, kdyby nedodržovali režimová opatření a léčbu. Zjišťování informací na internetu vidí jako problém, protože se na těchto stránkách velmi často vyskytují nepravdivé a neověřené informace. V rámci své edukační činnosti si také všimla, že pacienti jsou velmi rádi obdarovávaní dárky. Dle jejich slov „*Dobře edukovaný pacient je základ dobré léčby.*“

6.2.3 Využití edukačních konstruktů v praxi při vzdělávání pacientů

Pozorování edukačního sezení proběhlo 6. dubna 2017. S4, která vedla toto sezení, byla proškolená firmou Lilly a také proškolená kurzem poskytovaným od nemocnice IKEM v Praze. S4 tvrdí, že nejraději používá konverzační mapy, které jsou upravené na každé z potřebných témat, kterými se chce po dobu sezení zabývat. Toto sezení probíhalo v přednáškové místnosti, jejíž výbava zahrnovala i prostorný stůl, na němž se velké konverzační mapy snadno mohly rozložit, avšak v určitých úhlech se konverzační mapa leskla, tudíž místy nebylo vidět, co je na ní napsáno, či namalováno. V rámci obsahu S4 probrala vhodnou stravu při DM1, charakter onemocnění, komplikace onemocnění, sport v souvislosti s DM1, alkohol v souvislosti s DM1, cestování při onemocnění DM1, aplikace inzulínu, měření glykemie glukometrem a domácí selfmonitoring. Sestra používala gestikulaci i mimiku, často udržovala oční kontakt, čímž nutila pacienty k pozornosti. Její vystupování bylo sebejisté, na odborné úrovni. V rámci sezení se objevovaly bariéry zejména ze stran pacientů. Kdy pacient uhýbal od tématu, byl příliš sebelítostný a někdy také nechtěl porozumět. Sestra také zmínila, že pacienti se nechtějí sezení účastnit častěji, ale spíše upřednostňují jedno dlouhé sezení.

Sestra v rámci edukace pokládala pacientům i otázky, čímž je vhodně aktivizovala. Jelikož jeden z pacientů byl aktivnější než druhý, S4 později začala otázky pokládat zaměřeně na určitého pacienta. Díky zapojování do edukace pomocí otázek, pacienti neztráceli pozornost. Celá edukace se odvíjela od potřeb pacientů a i témata byla připravená a naplánovaná v souvislosti s jejich zájmy a problémy.

S4 se opakovaně dotazovala pacientů, zda téma chápou a rozumí tomu, co říká. Pro zjištění, zda pacienti opravdu rozumí, následně téma aplikovala tak, aby ne ona pacientům, ale pacienti jí řekli, jak by co vykonávali. Tím S4 získává

zpětnou vazbu. Na dotazy S4 odpovídala ihned. Také se snažila o to, aby pacienti na odpovědi přicházeli sami a tím zapojovali své myšlenky a snadněji vše pochopili. Pro zapojení více smyslů a lepší orientaci v problému využívala tabuli přítomnou v místnosti, na kterou kreslila příklady a obrázky a poukazovala jimi na možné situace. S4 je sama aktivní ve smyslu tvoření edukačních pomůcek. Sama si vytvořila grafy spojené s působením glukózy v organismu u různých druhů jídel. Na stůl zvlášť položila grafy a zvlášť obrázky potravin a po pacientech chtěla, aby ji přiřazovali obrázky jídel ke grafům podle toho, jak rychle nastupuje a klesá glykemie po konzumaci určitého jídla. Překvapením bylo, že pacienti v převážné většině případů opravdu věděli, jak graf správně přiřadit k obrázku. Což by mohlo nasvědčovat tomu, že zdravotní gramotnost pacientů je na dobré úrovni. V rámci edukace se také snažila pacientům ukázat, jak u nich osobně funguje inzulín a glykemie pomocí určitých vzorců. S4 také zmínila, že věci, které doporučuje svým pacientům si i v rámci možností sama zkouší, aby měla určitou představu a mohla se do situace pacientů vcítit a dobře jim poradit.

V rámci sezení se také ukázalo, že pacienti s chronickým onemocněním nepotřebují jenom velké množství vědomostí a informací, ale také psychickou podporu, a to zejména pokud je jejich onemocnění spojeno s různými komplikacemi. Právě nedostatek této psychické podpory byl viditelný na jednom z účastníků sezení, jelikož byl tento pacient velice sebelítostný až úzkostný, což lze přisuzovat i osobnostnímu charakteru tohoto jedince. Tímto jednáním však byla na určitou chvíli narušena příjemná atmosféra. Nicméně sestra se snaží při těchto sezeních co možná nejvíce pacientům naslouchat a poskytovat rady, které by jim mohly situaci usnadnit. Pro zajištění nejvyšší možné kvality života byla zmíněna i zkušenost založená na metodě pokus x omyl. Pacient si tímto zkoušením sám zjistí, co mu prospívá, a naopak čeho by se měl vyvarovat. K tomuto zkoušení však pacient musí vědět a znát, co by měl udělat při zhoršení jeho stavu a jak předcházet komplikacím.

Co se týče měření glykemie glukometrem S4 tvrdí, že pokud pacient opravdu svědomitě kontroluje své hodnoty, tak má někdy nedostatek proužků, proto se snaží těmto pacientům proužky poskytovat pomocí sponzorských darů. Jedna pacientka při tomto sezení podotkla, že se stává, že díky nedostatečné zdravotní gramotnosti, která se může objevovat i u zdravotnického personálu, mohou pacienti dostat nepravdivé informace. Proto je důležité si informace ověřovat od více zdrojů.

S4 pacientům poskytla různé edukační materiály. Při bližším nahlédnutí do těchto materiálů bylo evidentní, že nemohou pacienta nějak zvláště zaujmout. Byly černobíle tisknuté a s velkým množstvím textu. Letáčky pacientům rozdala vždy po skončení určitého tématu, nicméně žádný z nich nebyl vyroben tak, aby již od prvního pohledu zaujmul. Na konci sestra ještě upozornila a varovala před marketingovými tahy, které se často objevují a nevhodnosti DIA výrobků. Na konci tohoto sezení znovu nechala prostor pro dotazy a samozřejmě pacienty pobídla k tomu, aby se na ní v případě potřeby obrátili i v jiných dnech. Tomuto sezení bych vytkla především to, že bylo velice dlouhé, a to 3,5 hodiny bez možnosti přestávky. Při takto dlouhém sezení je pro jedince velký problém udržet pozornost po celou dobu. Avšak S4 si tuto skutečnost obhájila tím, že ona by byla také raději, kdyby byly sezení častější a kratší, ale pacienti prý nejsou ochotní chodit víckrát, protože prý mají problém s uvolněním v práci. Negativní na tomto sezení bylo také to, že sestra na můj vkus někdy až příliš mluvila odborným jazykem, ve kterém se pacienti mohli ztrácet či jej plně nepochopit.

6.2.4 Shrnutí výsledků Příkladu dobré praxe

Odpověď na otázku, proč je vlastně důležitá dostatečná zdravotní gramotnost pacientů s diabetem, dobře vystihl profesor Kvapil, který uvádí, že je potřebné akceptovat vzdělávání pacientů, protože stejně tak, jak si musí vzděláváním projít sestra, aby porozuměla nemoci, jejím příznakům, léčbě apod., tak i pacient se potřebuje vzdělávat. *„Když začnete přemýšlet nad tím, proč jsou výsledky takové, jaké jsou, tak u diabetologie velice záhy přijdete na to, že když máte účinné léky, dost záleží na tom, jak pacient pochopí zásady životosprávy, a také nejen že pochopí, ale přijme je a začne se také podle toho chovat.“* Jak konstatoval profesor Kvapil, výsledky ohledně zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním diabetes mellitus jsou v této době velice příznivé, ale mohly by být i lepší, kdyby se zvýšila dostupnost edukace, protože právě oblast edukace je podle něho právě jednou z věcí, která není organizačně příliš dobře pokrytá. Edukace pacienta prý úzce souvisí s psychologií, ale i motivací a rozvojem osobnosti člověka.

Podle jeho názoru by měla být edukace vedena lékařem, protože právě ten stanovuje diagnózu, rozhoduje o cílech a stanovuje léčbu. Sestra by měla být tím, kdo pracuje

pod vedením lékaře. Myslí si, že edukace by měla být v dobrém propojení mezi sestrou edukátorkou a lékařem, a bez tohoto propojení nemůže edukace kvalitně fungovat. Profesor Kvapil má takovou představu, že by měl být na jednu až tři specializované diabetologické ambulance k dispozici jeden edukátor. Potíže s financováním edukace vidí v úhradové vyhlášce, kterou vydává Ministerstvo zdravotnictví. Podle jeho názoru je právě tento problém vhodný k řešení mezi zdravotními pojišťovny a ministerstvem zdravotnictví. Profesor se k situaci vyjádřil takto: *V zásadě by se dalo udělat to, že některé ty platby navíc budou zohledněny, a ambulance, která si pořídí edukátora bude mít třeba větší volnost ve vykázání k proplacení většího množství těch kódů.* Myslí si, že jeden z hlavních úkolů současné diabetologie je zlepšení dostupnosti edukátorů a edukačních pracovníků. Edukátor by podle něho měl být vysokoškolsky vzdělaný v oboru ošetřovatelství a pedagogiky, protože kvalitně podávaná edukace je postavená na zdravotnických a medicínských znalostech a zahrnuje i klasické pedagogické dovednosti, což je taky velice důležité a složité.

U obou edukačních sester (ES a S4), které se zúčastnily výzkumného šetření, bylo v průběhu zjištěno, že jsou obě proškolené od firmy Lilly, což poukazuje na to, že je firma Lilly v edukační oblasti rozšířená. Obě edukační sestry také doporučily i školení probíhající v nemocnici IKEM, kterým dokonce S4 i prošla. Ač jedna z těchto sester využívala spíše skupinových sezení, obě se shodují na to, že pokud je to možné, jsou nejvhodnější individuální setkání. ES také dodala zajímavý postup, kdy si přizve k těmto sezením i rodinné příslušníky, čímž zajistí povědomí o režimovém opatření i u rodiny a je větší možnost přizpůsobení domácnosti. Edukační setkání je podle jejich názoru důležité realizovat ve vhodném prostředí pro sestru i pacienty, ale i přizpůsobené různým edukačním pomůckám, např. používání velkých edukačních map vyžaduje velký stůl. Toto prostředí by mělo být bez okolních rušivých vlivů. Zajistíme také příjemnou atmosféru. ES poukázala na to, že je nejprve důležité stanovení individuálního cíle. Poté nastává plánování edukace ve spojitosti s cílem. Také uváděla, že pacient je aktivním účastníkem plánu, proto je potřeba, aby byl edukační plán postavený společně s pacientem. Toto tvrzení ES uvedla v souvislosti s jídelníčkem, kde říká, že nemůže nikdo sestavovat pacientovi jídelníček, ale musí si ho pacient stanovit sám, aby dále jedl to, co mu chutná. Sestra potom již jenom upravuje to, co do jídelníčku diabetika opravdu nepatří a snaží se to společně

s pacientem nahradit jiným jídlem. Na edukační setkání si potom ES dle stanoveného cíle a plánování připraví, jak bude probíhat edukace, jaké edukační prostředky bude využívat a s jakým zaměřením. Jak podotkl profesor Kvapil, celá edukace by měla probíhat v úzké spolupráci s diabetologickým lékařem. Obě edukační sestry upřednostňují provádět sezení kratší a opakované, avšak S4 zmínila, že v praxi to není někdy možné. Většina jejich pacientů upřednostňuje sezení dlouhé, ale jenom jednou, a to z pracovních důvodů. Obě edukační sestry využívají zpětné vazby. ES, která využívá především individuálních edukcí, zpětnou vazbu zařazuje vždy až na začátek dalšího sezení, kdy si s pacientem zároveň i probere, co nepochopil, či co mu dělalo problém. S4 si od pacientů zpětnou vazbu bere vždy v průběhu sezení při ukončení daného tématu. Obě edukační sestry se po celou dobu edukace opakovaně ptají, zda pacienti chápou, rozumí, či zda nemají nějaké otázky k probíranému tématu. Pozornost pacienta je možné zajistit i jeho stálým zapojováním do edukace. S4 tuto možnost využívala velice často právě tím, že se vyptávala pacientů na jejich řešení, či jak k těmto věcem přistupují v domácím prostředí. Tím zajistila, že oba pacienti se snažili udržovat pozornost po celou dobu sezení. Jejich aktivizaci zajišťovala také úkoly, které si sama připravila a kterými také mohla zjistit, na kolik rozumí danému tématu. Jedním z úkolů bylo přiřadit grafy, představující působení glykemie na organismus, její nástup a ústup v časovém rozmezí, k obrázkům určitých jídel. Mezi tato jídla patřil banán, rohlík, běžný chleba, pomeranč, pomerančový džus, bílé pečivo s máslem, salámem a sýrem apod. Tento úkol byl odreagováním se od pasivního sezení, pacienty donutil přemýšlet a znovu je nabudil k pozornosti. ES také doporučuje příliš se nezabývat tématy o fungování diabetu či inzulinu. Tato témata prý pacienty obvykle nezajímají, proto je vhodné témata stručně představit a přejít k tomu, co je pro pacienta praktické. Myslí si, že je vhodné informovat se o novinkách souvisejících s diabetem a následně je předávat pacientům. Co se týče edukačních materiálů a pomůcek, edukační sestra tvrdí, že tyto materiály by měly být zejména takové, aby oslovily na první pohled. Měly by být tedy barevné, přehledné, s malým množstvím textu, který by neměl být příliš odborný. Pokud pacient vidí, že má tento materiál přílišné množství textu, nemá pak zájem si ho pročíst. Stejně tak, když dostane velké množství materiálů naráz.

Při zaměření na edukační pomůcky sestry uváděly konverzační mapy, konverzační kalendáře či knihy, a i tady platí, že by měly být co nejpřehlednější a nejbarevnější. Mezi dobré edukační pomůcky řadí i videonahrávky. Podle názoru ES si pacienti příběh zapamatují více, když ho vidí, než když ho čtou nebo slyší. Nezapomněla také dodat, že je nutné pacienta motivovat a často chválit za splnění cílů, či jejich přiblížení se k nim.

7 Diskuze

Záměrem této diplomové práce bylo zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů s onemocněním DM2. Dále také popsat kompetence sestry v oblasti zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním DM2. Posledním cílem bylo v práci zmapovat výskyt podiatrických ambulancí v ČR. Diplomová práce je složena z teoretické části a výzkumné části. V teoretické části práce jsme se zabývali problematikou zdravotní gramotnosti v ošetrovatelství. Ač je i v česku zdravotní gramotnost rozšířené téma, bylo velice těžké tuto literaturu hledat v českém jazyce. Myslím, že právě zdravotní gramotnost je v této době velmi rozšířené téma a literatura zaměřená na zdravotnický personál i na pacienty by mohla pomoci kvalitě zdravotní gramotnosti zvýšit. Dále se teoretická část zabývala edukací v ošetrovatelství a rolí sestry edukátorky. V další část se zabývala charakteristikou onemocnění DM2, jeho prevencí, vývojem, léčbou a nejčastějšími komplikacemi. Jak uvádí Rybka (2007) onemocnění DM2 je v současné době natolik rozšířené, že se o něm začíná mluvit i jako o světové pandemii. V teoretické části bylo i krátce probráno téma ohledně zdravého životního stylu, protože právě toto onemocnění s ním úzce souvisí.

Výzkumné šetření probíhalo ve třech fázích. V první fázi byla realizována pilotní studie, které se zúčastnily čtyři sestry pracující v ambulancích praktických lékařů. Všechny tyto sestry pocházely z kraje Vysočina. Pilotní studie probíhala v průběhu měsíce května až září 2016. Podkladem pro rozhovory byly předem připravené otázky (Příloha 4), ke kterým byly v případě potřeby přidány doplňující otázky. Odpovědi byly přepisovány přímým přepisem a očištěny od některých zbytečných slovních parazitů. Snahou bylo zachovat co největší autenticitu odpovědí oslovených. V dalším postupu byla využita metoda barvení textu, na základě této metody vznikly kategorie a subkategorie, které byly následně zpracovávány. Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zmapovat role sestry v oblasti edukace ke zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti v primární péči civilizačních onemocnění. Z první kategorie výzkumného šetření vyplynulo, že zdravotní gramotnost je velice důležitá a bez ní je velmi těžké a někdy i zbytečné usilovat o udržení či navrácení zdraví pacienta. Právě o zlepšení zdravotní gramotnosti se zajímá Holčík (2010) ve své knize Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost nebo také Kvapil ve velkém množství svých článků a publikací. Sestry uváděly různé názory na spolupráci a zájem pacientů o zvyšování jejich zdravotní

gramotnost. Avšak analýza všech rozhovorů ukázala, že zájem o zdravotní gramotnost a přístup ke změně dosavadního životního stylu roste u pacientů spolu s nárůstem jejich zdravotních potíží a s přibývajícím věkem. Z ní také vyplývá, že lepší spolupráce je s pacientkami, které svůj životní styl jsou ochotné měnit častěji. Jedna ze sester (SA1) uvedla, že v dnešní době je těžké dodržovat některá pravidla zdravého životního stylu v souvislosti s rychlým životním tempem, vyššími pracovními nároky (např. směnování), zvyšováním stresu a zhoršováním kvality potravin. Právě tyto důvody přispívají ke vzniku civilizačních onemocnění, jak uvádí i Holčík (2010) ve své knize *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*.

Ve výzkumném šetření byly také otázky, které se zaměřovaly na samotnou roli sestry. Překvapivě si dvě ze sester (SA2 a SA4) myslí, že role sestry ve zvyšování zdravotní gramotnosti je malá, protože v tomto směru by se dle jejich názoru měl angažovat převážně lékař. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti s lékařem spolupracují lépe a častěji poslechnou jeho doporučení ke zlepšování životního stylu než při komunikaci se sestrou. U otázky, co pomáhá k tomu, aby pacienti reagovali pozitivně a spolupracovali, SA3 uvedla: „*Určitě je to ten přístup. Vždycky je to o tom přístupu sestry a lékaře.*“ Podobný názor můžeme nalézt také v knize *Diabetologie 2015* od profesora Kvapila (2015), kde profesor Pafko uvádí: „*Podle mého názoru, v medicíně je proto, aby byl člověk úspěšný, nejdůležitější empatie vůči okolí, tedy schopnost vcítit se do pocitů a potřeb druhých lidí. V první řadě mám na mysli empatii vůči pacientům, ale i vůči spolupracovníkům, protože moderní medicína je týmová záležitost. Uvědomte si, že nikdo dnes v medicíně neumí všechno - varujme se lidí, kteří říkají, že umějí - proto jsme chtě nechtě odkázaní na své kolegy. S nimi musíme komunikovat, sjednocovat je. A Pacient? Ten bude vždy nejvíce vnímat a hodnotit to, jak s ním zdravotníci jednali.*“ Zbylé sestry uvedly, že na edukaci pacientů mají čas a pacienti jim v tomto čase kladou různé otázky a pokud jim odpověď sestry nestačí, mohou si potvrdit názory sestry i od lékaře. Zajímavým zjištěním bylo, že starší pacienti navštěvují lékaře ne jen kvůli jejich zdravotním potížím, ale spíše kvůli potřebě navazovat sociální kontakty, tedy pro potřebu si s někým popovídat, což je dle mého názoru velmi přínosné pro získání důvěry mezi sestrou a pacientem. Názor, že je důvěra mezi sestrou a pacientem velice důležitá zastávají i autorky Kristková a Tomášková (2002) ve své knize *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Nejčastějšími prostředky

používanými k edukaci pacientů byla komunikace s pacientem a letáčky, které byly zmíněny všemi oslovenými sestrami. Nejčastější bariérou v edukaci byl pro sestry časový prostor, kterého většina respondentek uváděla nedostatek pro kvalitní edukaci. Jako poslední jsme zařadili kategorii „Zásady zdravého životního stylu.“ Z výzkumného šetření vyplynulo, že největší důraz sestry kladou na přesné užívání předepsané medikace a pravidelné návštěvy lékaře, jelikož tyto činnosti se dají nejnáze ovlivnit. Sestry samozřejmě zmiňovaly i zásady zdravého životního stylu jako je zdravá strava, dostatek pohybu a odpočinku, minimalizace stresu apod., které se uvádí například i v knize *Výchova ke zdraví od autorů Čeledová a Čevela (2010)*. K tomu dodávaly, že tyto zásady jsou často porušovány a těžko pacienty přijímány a zařazovány do jejich života. V knize *Motivační rozhovory v praxi (2014)* pan doktor Soukup uvádí: *„Mnoho tíživých zdravotních problémů současné populace jako závislosti, kardiovaskulární nemoci, obezita, rakovina apod. nespočívá v nedostatku léčiv nebo léčebných postupů, ale přímo se týkají nebo jsou odvozené od nezdravého životního stylu, patří k tzv. civilizačním chorobám. Zásadní role v prevenci, léčbě i udržení dosažených výsledků léčby spočívá ve změně a udržení nových, vhodnějších způsobů chování.“* A i podle názoru sester je velmi důležité, aby pacient sám aktivně měnil svůj životní styl z negativního na pozitivní. Velmi zajímavý byl názor SA3, která ještě před podáním první otázky konstatovala, že si myslí, že klesá spíše úroveň inteligence celkově, a to právě kvůli lenosti lidí přemýšlet, což jim umožňuje společnost například i nově nastaveným systémem ve školství. Jedna z jejich vět zněla: *„Dneska už po nich nikdo „nedupe“, proto si myslím, že dříve se z nich něco „vydolovalo“.* Rabušicová ve své knize *Gramotnost (2002)* uvádí: *„Často se zdůrazňuje, že gramotnost má ve všech svých úrovních pozitivní efekty, jak pro život jedince, tak pro společnost jako celek.“* Myslíme, že takto by to mělo fungovat i naopak, tedy aby společnost měla pozitivní efekty na rozvoj gramotnosti celkově.

V druhé fázi byla realizovaná pilotní studie se dvěma výzkumnými soubory. První výzkumný soubor tvořily sestry pracující na lůžkových interních odděleních a sestry pracující ve specializovaných diabetologických ambulancích. Výzkumné šetření probíhalo za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Otázky těchto rozhovorů se zaměřovaly dle výzkumných otázek na úroveň zdravotní gramotnosti pacientů s DM2, dále na bariéry v edukačním procesu, na specifika zaznamenaná sestrami

v rámci edukace pacientů s DM2. Další výzkumná otázka byla směřována na vědomostí úroveň sester v souvislosti s DM2, na edukační prostředky, využívané sestrami při edukaci. Sestry byly také dotazované na to, zda vědí, kde se nachází v souvislosti s jejich pracovištěm nejbližší podiatrická ambulance.

U otázek zaměřených na zdravotní gramotnost (VO1, VO5) vyplývá, že je zdravotní gramotnost velice důležitá jak pro sestry, tak i pro pacienty. Jak uvádí ve svém článku Goeman (2016), zdravotní gramotnost je nedílnou součástí péče u diabetiků. Je důležité, aby pacienti s diabetem měli dostatek vědomostí o svém onemocnění a uměli provádět domácí selfmonitoring a předcházet komplikacím diabetu. Stejně tak je důležité, aby měly dostatečnou zdravotní gramotnost i sestry, a to nejen v tématu diabetologie, ale také edukace, aby mohly právě tyto své znalosti efektivně předávat pacientům s diabetem.

U výzkumné otázky týkající se toho, jakou vědomostní úroveň sestry mají v souvislosti s DM2, byla v otázce obsažena i role sestry, zájem sester zvyšovat své vědomosti o onemocnění DM2, a jestli se prostřednictvím svých získaných vědomostí snaží zvyšovat i zdravotní gramotnost populace. U této otázky bylo zjištěno, že sestra hraje ve zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů nezastupitelnou roli, což uvádí ve svém článku i autoři Torres a Nichos (2014), a to zejména kvůli tomu, že s pacienty tráví více času v porovnání s lékařem, který v tomto tématu hraje také nezastupitelnou roli. Při zaměření na to, jak se snaží sestry zvyšovat gramotnost pacientů, byly nejaktivnější sestry, které pracují v ambulantní sféře. S1 se dokonce nesnaží zvyšovat zdravotní gramotnost pouze u pacientů, ale u sester pracujících ve stejné nemocnici, s čímž by možná mohl souhlasit Zanchetta (2013), který poukazuje na mezery sester v rámci zdravotní gramotnosti. Tato sestra z každého oddělení edukuje jednu sestru, která jak říká je její „prodlouženou rukou“. Pokud tedy na některé oddělení přijde pacient s diabetem, ambulantní sestra provede prvotní edukaci pacienta a edukovaná sestra pracující na tomto oddělení provádí reedukace a dohled nad pacientem, zda naučené dovednosti provádí správně. Sestry na lůžkových odděleních se shodovaly v tom, že se spíše snaží pacienta naučit aplikaci inzulínu, nebo pokud se jich pacient na něco ptá, snaží se mu určitou problematiku vysvětlit. S8 tvrdí, že to, zda se pacient bude zdokonalovat ve vědomostech o svém onemocnění, záleží především na pacientovi samém, avšak měla i nápad jak pacientům zvýšit jejich zájem. „*Já myslím, že když*

někdo chce, tak si informace získá. Záleží na člověku. Ale možná to dát do reklam, to by jim možná utkvělo. Když někdo nechodí na prevenci apod., tak ho člověk nedonutí. Kdo chce o sebe pečovat, o sebe pečuje. Musí člověk chtít sám. Ale určitě je to i o tom všude o tom psát a tak. Dneska všichni čtou Blesk, tak bych to dala do něho.“ S5 si zase myslí, že by pacienti mohli mít větší zájem o informace, které by jim pomohly zlepšit nebo udržet jejich zdraví, kdyby při porušování léčebného režimu byly udělovány sankce. Většina sester byla ochotná se v tématu diabetologie a edukace i nadále vzdělávat prostřednictvím seminářů a přednášek. Avšak aktivně vzdělávající se sestry byly opět z diabetologických ambulancí. S8 by další vzdělávání podstoupila pouze, pokud by to pro ni mělo nějaký smysl v praxi. Jediná S5 se k dalšímu vzdělávání staví negativně, a to z důvodu nedostatečné motivace. *„Ne. Nemocnice, mám pocit, toto ani neposkytuje, a kdyby to poskytovala, tak bych šla pouze, pokud by tu bylo lepší vedení, které by to ocenilo. Nejde mi o finanční ocenění, ale spíše o to, aby si staniční nebo vrchní sestra všimla, že má na oddělení nějakou aktivní sestru a přidala ji třeba nějaké kompetence nebo něco podobného. A to nedělají, takže jsem v tomhle už vyhořelá.“* Jak uvádí ve svém článku Kouřilová (2013), motivace sester má spojitost i s nedostatečným množstvím sester v praxi, podle jejího názoru pokud nebudou připraveny slušné pracovní podmínky nelékařům, bude velmi těžké přesvědčovat mladé lidi ke studiu nelékařských oborů a absolventy nebude na co nalákat do praxe.

U výzkumné otázky (VO2) zaměřené na bariéry v edukačním procesu sestry nejčastěji uváděly ze strany pacienta problémy související s poruchami sluchu, zraku, také bylo často zmíněno mentální postižení a úbytek kognitivních funkcí. S1 také doplnila bariéry, které souvisí s odlišností národností či ohledně jazykových bariér. Dle autorky Hornákové (2008) právě cizojazyčné dovednosti společně s neverbální komunikací a respektováním cizích kultur jsou pro ošetrovatelskou profesi velmi důležité, jelikož jsme v době, pro kterou je charakteristický prvek migrace. Dále byly uvedeny jako bariéry poruchy motoriky, sluchu, zraku, věk a s ním spojená nedůvěra pacientů, která jak již bylo zmíněno v první fázi, je podle autorek Kristkové a Tomáškové (2002) velice důležitá. Dále sestry zmiňovaly strach pacientů a také jednání, kdy pacienti k edukaci přistupují spíše negativně. Při otázce, zda sestry shledávají bariéru ze své strany, pouze jedna sestra uvedla, že raději edukaci provádí na

základě názorných ukázek, protože nemá dobré vyjadřování. Zbytek respondentek tvrdí, že žádnou bariéru nepocítují. Bariéry byly nalezeny i v souvislosti s okolními vlivy. Nejčastější z nich byl nedostatek časového prostoru. Tuto bariéru sestry řeší nejčastěji edukační sestrou, která pochází většinou z diabetické ambulance a dochází edukovat pacienty na lůžková oddělení. S nedostatkem času na edukaci souvisela i výměna personálu, kdy si jedna staniční sestra stěžovala, že jelikož nemá trvalý personál, tak je ráda, že sestry stíhají chod oddělení, natož pak edukaci. S7 také zmínila bariéry týkající se místa edukace. Často se prý setkává s bariérami jako je zapnutá televize nebo ostatní pacienti, kteří se jim pletou do edukace. To, že je důležité pro edukaci přizpůsobit i vnější podmínky prostředí, aby měly co nejméně rušivých vlivů pro pacienta, uvádí i Závodná (2005).

Ve výzkumných otázkách týkajících se edukační reality (VO3, VO6) jsme zjišťovali, jaké edukační prostředky sestry využívají. Nejčastějším využívaným edukačním prostředkem byly letáčky, které z osmi oslovených sester zmínilo sedm. Dále sestry využívaly konverzační mapy, edukační videa, tištěné materiály, konverzační průvodce a kreslení příkladů, grafů a obrázků na tabuli. S4 a S1 dokonce pořádají pro pacienty edukační sezení. Sestry z lůžkových oddělení často zmiňovaly, že na edukaci si přizvou edukační sestru z ambulance. Ty také tvrdily, že nejráději využívají praktických ukázek. Mezi edukační strategie, které sestry využívají, by bylo možné zařadit pozvání rodinných příslušníků k sezení, kdy jsou i oni edukováni ohledně diabetu. S4 pacientům se sníženými kognitivními funkcemi poskytuje edukaci i v písemné formě, aby si to mohli doma znovu pročíst. Důležitá je také zpětná vazba od pacienta a stálé opakování informací. Sestry se shodovaly, že nejnáročnější na edukaci je získat dostatek času. Dále také tvrdí, že je těžké pacienta zaujmout a udržet jeho pozornost. Byly tu i zmínky o náročnosti po psychické stránce, a to při situaci, kdy pacient nejeví zájem, či sestru dokonce ignoruje. S5 a S7 také tvrdí, že edukace může být náročná, pokud sestra nemá dostatek teoretických znalostí. V rámci zásad je pro sestry jednoznačně nejdůležitější dieta, celkové dodržování zdravé životosprávy, selfmonitoring a pravidelné kontroly u lékaře. Avšak při otázce, zda pacienti tyto zásady dodržují, velká část sester odpověděla, že hodně pacientů zásady nedodržuje, ale že to nemohou zcela objektivně posoudit, protože na lůžkových oddělení bývají především pacienti

s dekompenzovaným diabetem. Některé sestry také podotkly, že to je individuální a záleží zejména na pacientovi.

Sedmá výzkumná otázka zaměřující se na zmapování podiatrických ambulancí byla ve výzkumu využita pro zjištění, zda sestry mají přehled o tom, kde se vyskytuje podiatrická ambulance nejbližší jejich pracoviště. Všechny dotazované sestry ihned věděly, kam by pacienty mohly směřovat.

Druhý výzkumný soubor byl tvořen pacienty s onemocněním DM2. Výzkumné šetření probíhalo opět pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, jakou úroveň zdravotní gramotnosti pacienti vykazují, a jestli mají vůbec zájem o její zvýšení. Tuto výzkumnou otázku jsme si rozdělili do pěti kategorií. Z první kategorie zabývající se přímo zdravotní gramotností pacientů vyplývá, že většina pacientů tento pojem ani nezná. Pouze dva pacienti dokázali říct, co to vlastně zdravotní gramotnost je. Avšak někteří z pacientů, kteří tento pojem neznali, později dokázali vyjmenovat nejdůležitější zásady, které je potřeba u onemocnění DM2 dodržovat. Můžeme tedy konstatovat, že většina oslovených pacientů měla přehled o tomto onemocnění a jejich zdravotní gramotnost byla uspokojivá. Uspokojivé výsledky v léčbě diabetiků popisuje i Kvapil (2016), který také tvrdí, že u tohoto onemocnění není možná řádná léčba bez dostatečné zdravotní gramotnosti. Čtyři z šesti pacientů si myslí, že jejich zdravotní gramotnost v průběhu onemocnění roste. Tento výsledek je i pravděpodobný, protože pokud pacienti pravidelně navštěvují lékaře, vždy se mohou dozvědět a naučit něco nového.

U druhé kategorie týkající se zájmu pacientů jsme zjišťovali především to, zda pacienti mají aktivní zájem, či k získávání vědomostí přistupují pasivně. Pouze jeden z pacientů uvádí, že zájem o nové informace nemá. P2 naopak zájem prý má, ale při rozhovoru si protiřečila tvrzením, že vzhledem k jejímu věku už snaha o informace není důležitá. Odpověď na to, zda pacienti jsou pasivní či aktivní není zcela zodpovězena. Někteří z pacientů informace získávají na základě vlastní aktivity, kdy se vyptávají lékaře, či hledají v různých mediích. Tito pacienti nejčastěji uváděli jako zdroj informací časopisy a pořady, ve kterých se diabetes objevuje. Také jmenovali často i lékaře. U všech pacientů je možné konstatovat, že se snaží dodržovat alespoň některé zásady a režimová opatření spojené s diabetem. Z těchto skutečností vyplývá, že nejsou tito

pacienti zcela pasivními příjemci informací. Při zaměření na to, zda pacienti dodržují režimová opatření spojené s diabetem, která ve své knize uvádí například Bartoš (2003), vyplývá, že pacienti vědí, jaká opatření by měli dodržovat a některá i dodržují. Důležitost selfmanagementu a dodržování režimových opatření zmiňuje i Bohanny (2013). Několik pacientů se přiznalo, že někdy porušují dietu, a fyzickou aktivitu do denního režimu zařazují dle nálady. Avšak kontrola glykemie, pravidelné návštěvy u lékaře a pravidelné užívání léků bylo dodržováno všemi pacienty. Nejvíce tyto pacienty prý omezuje právě dieta, která by měla být dodržována. Některým pacientům již způsobují problémy rozvíjející se pozdní komplikace. Z rozhovorů pacientů vyplývá, že dostupnost informací o jejich onemocnění je dostatečná. Informace pacienti získávají nejčastěji prostřednictvím lékaře, dále pak pomocí televizních pořadů, časopisů, internetu, sester, přátel a rodiny. V rámci kategorie stylů učení všichni pacienti také tvrdí, že jim nejvíce vyhovuje, když se sestra při edukaci věnuje pouze jim. Upřednostňují tedy individuální sezení. Například P1 možnost skupinových sezení zcela odmítá, protože mu takové sezení nevyhovuje. V tom, jaká edukace pacientům vyhovuje, však každý pacient upřednostňuje jinou metodu. Některým pacientům postačí, když jim sestra o jejich onemocnění povídá. Jedna pacientka uvádí, že nejlepší pro ni je naopak praktická ukázka a jedna pacientka preferuje, když dostane letáček, neboť se k němu může kdykoliv vracet a číst si jej znovu. Naopak podle P4 jsou letáčky zcela bezúčelné.

V tomto výzkumném šetření bylo profesorem Kvapilem vysvětleno, proč by měl pacient mít dostatečnou zdravotní gramotnost v rámci tohoto onemocnění. Podle jeho názoru je potřebné akceptovat vzdělávání pacientů, protože stejně tak, jak si musí vzděláváním projít sestra, aby porozuměla nemoci, jejím příznakům, léčbě apod., tak se i pacient potřebuje vzdělávat. Souhlasíme s výrokem profesora Kvapila, který taktéž potvrzuje názor Guilberta (1977), který uvádí, že je důležité, aby ne pouze lékař, ale i zdravotnický personál byl schopen reagovat na individuální vzdělávací potřeby pacienta. Profesor Kvapil také tvrdí, že edukace by měla být pod vedením lékaře, protože právě lékař je osoba, která stanovuje diagnózu, rozhoduje o cílech a stanovuje léčbu. Podobné tvrzení uvádí i Powers (2014), který říká, že v současné době se i od lékařů očekává, že budou plnit roli nejen lékařů, ale také učitelů. Stejně tak podle Mareše (2002) má být lékař odborníkem v medicíně i pedagogice, při nichž předává

vědomosti pacientům, laické veřejnosti a někdy i například studentům. Sestra edukátorka by měla tedy pracovat pod jeho vedením. Základ edukace je dle něho tedy to, aby bylo dobré propojení mezi sestrou, která edukuje pacienty a lékařem. Také souhlasí s tím, že edukátor by měl být vysokoškolsky vzdělaný a proškolený v edukaci, protože kvalitně podávaná edukace je postavená na zdravotnických a medicínských znalostech a zahrnuje i klasické pedagogické dovednosti, což je dle jeho názoru velice důležité a také složité. Mareš (2002) tvrdí, že obory medicíny a pedagogiky se navzájem inspirují a doplňují. Pedagogické kompetence sestry popisuje i Závodná (2005). Podle ní by tyto kompetence měli zahrnovat smysluplnou strukturu, vědomosti a schopnosti používané ve specifických situacích, komplexní schopnost projektovat, realizovat a hodnotit a pedagogicky intencionálně adekvátně zasáhnout v situacích, kde je žádoucí změna postoje pacienta.

Tyto požadavky splňují obě dvě edukační sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření. Obě byly vysokoškolsky vzdělané a proškolené v rámci edukace a to dokonce stejnou firmou s názvem Lilly. S4 byla dokonce proškolená ještě nemocnicí IKEM, které doporučovala i ES. Podle těchto edukačních sester je pro pacienty nejvhodnější individuální edukační sezení, aby byl zajištěn individuální přístup k pacientovi. Naopak Jirkovská (2003) si myslí, že je vhodnější spíše skupinová edukace, a to z důvodu šetření času a také možnost interakce mezi pacienty. Individuální metoda je prý vhodná zejména při prvotním zajištění diabetu a reedukaci. K individuálnímu edukačnímu sezení si ES dokonce mnohdy přizve i rodinné příslušníky, aby také měli povědomí o režimových opatření pacienta, a tím pomohla k lepšímu přizpůsobení domácnosti. Upřednostňují sezení kratší a častější. Avšak S4 se v praxi takového sezení nedaří, jelikož pacienti nejsou ochotní chodit na sezení víckrát. Proto je nucena sezení dělat pouze jednou a dlouhé. Je samozřejmě důležité, aby edukace probíhala ve vhodném a přizpůsobeném prostředí, které by mělo být bez rušivých okolních vlivů. Edukace začíná stanovením individuálního cíle a to společně, poté nastává plánování edukace ve spojitosti se stanoveným cílem. Je potřeba myslet na to, že pacient je aktivním účastníkem edukace, proto bychom všechny tyto cíle a plány měli plánovat společně s pacientem a také společně s lékařem. ES si promyslí, jak bude tato edukace probíhat a připraví si edukační prostředky, kterých bude využívat. Což uvádí i Guilbert (1977), který píše, že je důležité, aby si edukant sám stanovil cíle a tím si zvýšil svou motivaci

a spolu s motivací i účinnost učení. Také uvádí, že je důležité mu později umožnit sebehodnocení. V průběhu edukace je nutné se pacienta opakovaně ptát, zda všemu porozuměl, či zda nemá nějaké otázky k probranému tématu. Jak uvádí Kuberová (2010), je nutností získávat od pacienta zpětnou vazbu. Zpětnou vazbu každá z edukačních sester získávala jinak. ES si zpětnou vazbu od pacientů získává na začátku každého dalšího sezení a při té příležitosti s pacientem znovu probere, co mu dělalo největší potíže. S4 zpětnou vazbu získávala během sezení většinou po ukončení daného tématu. Ralhan a Bhogal (2012) uvádí, že i ke zdokonalení vyučujícího je nejdůležitější zpětná vazba. Nejtěžší a také nejdůležitější je získání pozornosti pacienta a tu u něho udržet po celou dobu sezení. Pozornost sestry získávají pomocí zapojování pacienta do edukace ať už otázkami nebo zadanými úkoly. Také jim pomáhá udržet pozornost, pokud probírají téma pro pacienty zajímavé, proto ES doporučuje nezajímavá témata, jako jakým způsobem funguje diabetes či inzulín, co nejvíce zkrátit, ale i tato témata jsou podle ní důležitá zmínit a naučit pacienta alespoň základy z nich. Při zaměření na edukační materiály se ES shodovala s jednou informátorkou v prvním výzkumném šetření tedy s S1. Edukační materiály by podle nich měly být na první pohled zajímavé, přehledné, s malým množstvím textu a s velkým množstvím obrázků. Také by text neměl být příliš odborný a materiálů by nemělo být příliš mnoho. Pokud je materiál nudně vytvořený a je ho velké množství, často se stává, že si ho pacienti vůbec nepřečtou. Edukační pomůcky jako jsou konverzační mapy či konverzační kalendáře si musí každá edukační sestra vybrat sama podle toho, s kterým se jí nejlépe pracuje a ty přizpůsobit pacientovi tak, aby toho z materiálu co nejvíce pochopil. Výzkumem jsme také mohli zjistit, že je velice důležité, aby edukační sestra nebyla pouze edukátorkou, která předává informace a učí pacienta, ale také ho motivuje a poskytuje mu psychickou podporu. Samotná edukační sestra by měla být ve svém oboru vzdělaná a dobře proškolená v oboru edukace. Měla by mít profesionální přístup a poskytovat pacientům edukaci na odborné úrovni. Její vystupování by mělo být sebejisté. Musí umět volit slova, která jsou pro pacienta vhodná, ne příliš odborná, kterými by snižovala pochopení tématu pacientem. Samozřejmostí je získání důvěry pacienta. Myslíme si, že edukační sestry by měly být spoluúčastníky různých výzkumů. Usuzujeme tak z toho, kolik zajímavých nápadů měla ES, protože kdo jiný by měl vědět lépe, co je potřeba změnit či zlepšit, než ten, kdo s těmito věcmi pracuje každý den.

Pomocí schématu výzkumného šetření, který byl rozdělen na tři fáze, se podařilo zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním DM2, což bylo naším prvním cílem. Podařilo se také popsat kompetence sestry v oblasti zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním DM2, která byla vytyčena v druhém cíli. V třetím cíli týkajícího se zmapování podiatrických ambulancí bylo zjištěno, že podiatrické ambulance se vyskytují v každém kraji v ČR a oslovené sestry mají povědomí o tom, která z těchto podiatrických ambulancí je nejbližší jejich pracovišti.

8 Závěr

V současné době je zdravotní gramotnost velmi diskutovaným tématem proto, že s vývojem zdravotnictví se stále více počítá s aktivní účastí pacientů na jejich zdravotním stavu. Stejně tak často se objevuje téma týkající se onemocnění diabetu mellitus, z kterého jak uvádí Rybka (2007) se v posledních letech stává světová pandemie. Předmětem zkoumání této diplomové práce byla především zdravotní gramotnost spojená právě s tímto onemocněním.

Práce byla rozdělena na pilotní studii, která rozvíjí výzkumné šetření. Cílem práce bylo zejména zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů s onemocněním DM2, stejně tak bylo cílem i popsat kompetence sestry v oblasti zdravotní gramotnosti pacientů s onemocněním DM2 a zmapovat výskyt podiatrických ambulancí v ČR. Výzkumné otázky byly zaměřeny na úroveň zdravotní gramotnosti pacientů s DM2 a na to jak jejich zdravotní gramotnost hodnotí sestry, dále pak na bariéry vyskytující se v předávání informací mezi pacientem a sestrou, na specifika zaznamenané v edukaci, na vědomostní úroveň sester v souvislosti s tématem DM2, na používané edukační prostředky v edukačním procesu a na vědomosti sester o výskytu podiatrických ambulancí v blízkosti jejich pracoviště.

V první fázi pilotní studie, která byla prováděna se sestrami pracujícími v ambulancích praktických lékařů a zaměřena na civilizační onemocnění, bylo nutné zmapovat roli sestry v oblasti edukace ke zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti v primární péči civilizačních onemocnění. Důležitým zjištěním bylo, že role sestry ve zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti je potřebná nejen v souvislosti se zdravotní gramotností pacientů, ale i v souvislosti s důvěrou mezi sestrou a pacientem, která napomáhá k lepšímu průběhu edukace spojené se zvyšováním úrovně zdravotní gramotnosti. V průběhu výzkumného šetření vyplynulo, že zdravotní gramotnost pacientů je velice důležitá v předcházení vzniku civilizačních chorob, udržování vlastního zdraví i předcházení komplikací či trvalých následků onemocnění, tedy ve všech částech prevence primární, sekundární i terciární. V této fázi se sestry nejčastěji odkazovaly na onemocnění DM2, které je jedno z mnoha civilizačních onemocnění. Další fáze již tedy byly zaměřené pouze na DM2.

V druhé fázi byla realizovaná pilotní studie, které se zúčastnily dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořily sestry pracující na interních lůžkových odděleních a sestry pracující ve specializovaných diabetologických ambulancích. Toto výzkumné šetření bylo zaměřeno dle výzkumných otázek na úroveň zdravotní gramotnosti pacientů s DM2, dále na bariéry v edukačním procesu, na specifika zaznamenaná sestrami v rámci edukace pacientů s DM2. Další výzkumná otázka byla směřována na vědomostní úroveň sester v souvislosti s DM2, na edukační prostředky využívané sestrami při edukaci. Sestry byly dotazované na to, zda vědí, kde se nachází v souvislosti s jejich pracovištěm nejbližší podiatrická ambulance. Z první a páté výzkumné otázky vyplývá, že je zdravotní gramotnost velice důležitá, a to pro sestry i pacienty. Je nutností, aby pacienti měli dostatek informací, vědomostí a dovedností o svém onemocnění a mohli tak účinně upevňovat své zdraví a předcházet komplikacím. Stejně tak je důležitá dostatečná zdravotní gramotnost sester jak v oboru diabetologie, tak i v oboru pedagogiky, která souvisí s účinnou edukací. Tyto znalosti poté sestrám mohou pomoci efektivně předávat své znalosti a dovednosti pacientům. Při zaměření na vědomostní úroveň sester, která se týkala druhé výzkumné otázky a do které jsme zařadily i roli sestry a zájem sester zvyšovat zdravotní gramotnost populace bylo zjištěno, že role sestry je ve zvyšování zdravotní gramotnosti pacientů nezastupitelná, a to zejména kvůli tomu, že s pacienty tráví nejvíce času. U otázek souvisejících se zájmem zvyšovat zdravotní gramotnost pacientů byly jednoznačně nejméně aktivní sestry pracující v ambulantní sféře. Ohledně vlastního vzdělávání byla většina sester ochotná se v tématu diabetologie a edukace i nadále vzdělávat prostřednictvím seminářů a přednášek. Avšak aktivně vzdělávající se sestry byly opět pouze z diabetologických ambulancí. Ohledně bariér vyskytujících se v edukačním procesu bylo nutné tyto bariéry rozlišit na bariéry ze strany pacientů, ze strany sester a ze strany vnějšího okolí. Pouze jediná sestra uvedla, že má bariéru ve vyjadřování, proto dává přednost názorným ukázkám. Ostatní sestry ze své strany neshledávají žádnou bariéru. Ze stran pacientů již bylo nalezeno mnoho bariér, od snížení kognitivních funkcí, přes kulturní a jazykové bariéry až po nezájem pacienta. Bariéry v okolním prostředí zmínila pouze jedna sestra, která se prý často setkává s bariérami v souvislosti s ostatními pacienty na pokoji či puštěnou televizí. Dále jsme se zaměřovali na výzkumné otázky ohledně edukační reality. Jednoznačně nejčastěji využívaným edukačním prostředkem byly letáčky. Zajímavé bylo také

zjištění, že ambulantní sestry jsou ve zvyšování zdravotní gramotnosti velice aktivní, pořádají i individuální a skupinová edukační sezení, kdežto lůžkové sestry prý edukaci využívají zejména na téma aplikace inzulínu. Na jiná témata si prý nejčastěji zvou právě ambulantní sestru, která u nich funguje jako edukační sestra. V rámci náročnosti edukace sestry nejčastěji zmiňovaly, že nejnáročnější na edukaci je získání dostatečného časového prostoru. V rámci zásad je pro sestry jednoznačně nejdůležitější dieta, celkové dodržování zdravé životosprávy, selfmonitoring a pravidelné kontroly u lékaře. Avšak při otázce, zda pacienti tyto zásady dodržují, velká část sester odpověděla, že hodně pacientů zásady nedodržuje, ale že to nemohou zcela objektivně posoudit, protože na lůžkových odděleních bývají především pacienti s dekompenzovaným diabetem. Některé sestry také podotkly, že to je individuální a záleží zejména na pacientovi. Při otázce směřované na vědomosti sester ohledně výskytu podiatrických ambulancí v blízkosti jejich pracoviště, která souvisela s cílem zmapovat podiatrické ambulance v ČR, všechny oslovené sestry ihned věděly, kam by pacienta mohly směřovat.

Druhý výzkumný soubor byl tvořen pacienty s onemocněním DM2. Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, jakou úroveň zdravotní gramotnosti pacienti vykazují a zda mají vůbec zájem o její zvýšení. Z výzkumného šetření můžeme konstatovat, že většina oslovených pacientů měla přehled o tomto onemocnění a jejich zdravotní gramotnost byla uspokojivá. Z výzkumného šetření také vyplývá, že pacienti povětšinou mají zájem o nové informace. U všech pacientů je možné také konstatovat, že se snaží dodržovat alespoň některé zásady a režimová opatření spojené s diabetem. Z těchto skutečností plyne, že nejsou tito pacienti zcela pasivními příjemci informací. Z výsledků výzkumného šetření zabývajícího se dostupností informací vyplývá, že dostupnost informací spojených s diabetem je dostatečná.

V třetí fázi byla realizovaná pilotní studie, která měla shrnout to, jak by měl vypadat Příklad dobré praxe. Pro tuto fázi byl osloven odborník v oboru diabetologie, čímž byl Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA. Dále edukační sestra, která se aktivně zabývá edukačními sezeními s pacienty trpícími onemocněním DM2 a je v oboru edukace proškolená firmou Lilly. V druhé fázi byla objevena sestra, která se také zabývá edukací pacientů a je proškolená firmou Lilly i nemocnicí IKEM v dané problematice. Proto byla zařazena i do třetí fáze.

V této fázi bylo zjištěno, že je velice důležité, aby edukační sestra nebyla pouze edukátorkou, která předává informace a učí pacienta, ale také ho motivovala a poskytovala mu psychickou podporu. Samotná edukační sestra by měla být ve svém oboru vzdělaná a v edukaci dobře proškolená. Měla by mít profesionální přístup a poskytovat pacientům edukaci na odborné úrovni. Její vystupování by mělo být sebejisté. Musí umět volit slova, která jsou pro pacienta vhodná, a ne slova příliš odborná, kterými by snižovala pochopení tématu pacientem. Profesor Kvapil tvrdí, že edukace by měla být pod vedením lékaře, protože právě lékař je osoba, která stanovuje diagnózu, rozhoduje o cílech a stanovuje léčbu. Základ edukace je dle něho tedy to, aby bylo dobré propojení mezi sestrou, která edukuje pacienty, a lékařem. Také souhlasí s tím, že edukátor by měl být vysokoškolsky vzdělaný a proškolený v edukaci, protože kvalitně podávaná edukace je postavená na zdravotnických a medicínských znalostech a zahrnuje i klasické pedagogické dovednosti, což je dle jeho názoru velice důležité a také složité. Velmi hezkou odpověď na to proč by měl pacient mít dostatečnou zdravotní gramotnost, uvedl profesor Kvapil. Říká, že je potřebné akceptovat vzdělávání pacientů, protože stejně tak, jak si musí vzděláváním projít sestra, aby porozuměla nemoci, jejím příznakům, léčbě apod., tak se i pacient potřebuje vzdělávat, aby měl povědomí o svém onemocnění a předcházení jeho komplikacím. Pokud nebude pacient s onemocněním DM2 znát zásady léčby, dodržovat režimová opatření a umět předcházet možný komplikacím spojeným s onemocněním diabetes mellitus 2. typu, nelze předpokládat účinnou léčbu tohoto onemocnění. Proto je právě u těchto pacientů velmi důležitá zdravotní gramotnost.

9 Použitá literatura

1. ABEL, T., 2013. *Health Literacy. The Solid Facts*. [online]. WHO, [cit. 2017-5-10]. 6. s. Dostupné z: 1url.cz/EtTOg
2. ABUTAIR, A. S., et al., 2016. Soluble fibers from psyllium improve glycemic response and body weight among diabetes type 2 patients (randomized control trial). *Nutr J.* 15 (1): Dostupné z: DOI:10.1186/s12937-016-0207-4
3. AL SAYAH, F., et al. 2014. Health Literacy and Nurses' Communication With Type 2 Diabetes Patients in Primary Care Settings. *Nursing Research.* 63(6), 408-417. Dostupné z: DOI: 10.1097/NNR.0000000000000055
4. BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., 2003. *Praktická diabetologie*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. 479 s. ISBN 80-85912-69-4.
5. BEAUCHAMP, A., SPARKES, L., 2014. Health literacy and nursing. *ANMJ.* 21(9),49. ISSN 2202-7114.
6. BETZ, CL., et al., 2008. Health literacy: a paediatric nursing concern. *Pediatric Nursing.* 34(3), 231–239. Dostupné z: 1url.cz/ItTbJ
7. BOHANNY, W., et al. 2013. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners.* 25(9), 495–502 s., Dostupné z: DOI: 10.1111/1745-7599.1201
8. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-3213-8.
9. ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. 2017. [online]. *Seznam podiatrických ambulancí a kontakty*. [cit. 2017-5-10]. Dostupné z: 1url.cz/ItT56
10. DECARO, W., et al. 2015. The concept of health literacy and its importance for nursing. *Prof Inferm.* 68(3), 133–42 s., Dostupné z: DOI: 10.7429/pi.2015.683133
11. DINGOVÁ, M., JAKUBCOVÁ, T., 2011. *Zdravotná gramotnost' – nový pojem pre ošetrovateľskú praxi*. Ošetrovateľstvo – teória – výskum – vzdelávanie. 1(1), 34-41. s., ISSN 1338-6263.

12. DOLEŽALOVÁ, K., FRIED M., HERLESOVÁ, J., 2013. Bariatrická a metabolická chirurgie. *Postgraduální medicína*. 15(7). ISSN 1212-4184.
13. DOLINA, J., 2009. *Civilizace a nemoci*. Praha: Futura. ISBN 978-80-86844-53-4.
14. DUMENCI, L., et al., 2013. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Commun Methods Meas..* 7(2), 134-143 s., Dostupné z: DOI:10.1080/19312458.2013.789839
15. EUN-HYUN, L., et al. 2016. A Structural Equation Model Linking Health Literacy to Self-efficacy, Self-care Activities, and Health-related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Asian Nursing Research*, 10(16), 82 - 87, Dostupné z: DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2016.01.005>
16. GOEMAN, D., et al. 2016. Optimising Health Literacy and Access of Service Provision to Community Dwelling Older People with Diabetes Receiving Home Nursing Support. *Journal of Diabetes Research*. 16(16) Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2483263>
17. GUILBERT, J., 1977. *Educational Handbook for Health Personnel*. Geneva: World Health Organization. 335 s. ISBN 92-4-170035-7.
18. HOLČÍK, J., 2009. *Civilizace a nemoci*. In: DOLINA, J., Praha: Futura, ISBN 978-80-86844-53-4.
19. HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5239-0.
20. HOLČÍK, J., 2015. [online]. Potřeba zvýšení zdravotní gramotnosti. In: MZ ČR. *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020*. [cit. 2017 – 05 - 10]. Dostupné z: 1url.cz/3tT5P
21. HOLČÍK, J., 2015. [online]. *Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví*. Praha: Seminář. [cit. 2017-05-10] Dostupné z: 1url.cz/gtT5b

22. HOLČÍK, J., 2017. [online]. Úvod – potřeba zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10] Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
23. HORŇÁKOVÁ A., 2008. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra*. 18 (9), 23-24 s. ISSN 1210-0404
24. CHAN, A., 2014. [online]. Health literacy screening instruments in adults with cardiovascular disease and their importance to the nursing profession. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. [cit. 2017-04-20]. 32(2). 14–23 s. Dostupné z: 1url.cz/1tT5m
25. JANOVSÁ, K., 2017. [online]. Projekt Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle věkových kategorií. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10] Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
26. JIRKOVSKÁ, A., 2003, *Praktická diabetologie*. In: Bartoš. 3. vydání. s. 179. ISBN 80-85912-69-4.
27. JIRKOVSKÁ, A., a kol., c2011. *Praktická podiatrie: základy péče o pacienty se syndromem diabetické nohy*. Praha: Maxdorf. 139 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-245-2.
28. JOHNSON, A., 2015. [online]. Health literacy: how nurses can make a difference. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. 33(2), 20–27 s., [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: 1url.cz/TtTb1
29. KAAS, J., et al. 2016. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetřovatelství. *Kontakt*; 18(4): e219–e223 s., Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.001>
30. KOUŘILOVÁ, I., 2013, Motivace sester, *Sestra*. 23 (4), 16-17 s., ISSN 1210-0404
31. KRASKA LÜDECKE, K., 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1833-0.
32. KRISTOVÁ, J., TOMÁŠKOVÁ, Z., 2002. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, ISBN 80-8063-107-7.

33. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
34. KUČERA, Z., 2017. [online]. Role výzkumu – Zdravotní gramotnost obyvatel ČR. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10] Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
35. KUKAČKA, V., 2009. *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-105-5.
36. KUTNER, M., et. al. 2006. [online]. The Health Literacy of America's Adults- Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. *National Center for Education Statistic. Institute of Education Sciences*. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: 1url.cz/YtT5y
37. KVAPIL M., 2001. Diabetes mellitus: terapie od diety po inzulín. *Zdravotnické noviny*. 50(10), 17-20 s., ISSN 0044-1996.
38. KVAPIL, M., 2012. *Nová diabetologie*. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o., 180 s. ISBN 978-80-87135-34-1.
39. KVAPIL, M., 2015. *Diabetologie*, Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-887-0.
40. KVAPIL, M., 2016. *Diabetologie 2016*. Praha: Triton. 289 s. ISBN 978-80-7553-031-8.
41. LEHOCKÁ, J., 2008, Civilizační nemoci a jejich prevence. *Sestra*, 18 (10), str. 32. ISSN 1210-0404
42. LÍŠKOVÁ, M., 2013. *Výchova k zdraviu v kontexte ošetrovatelstva - retrospektiva a perspektiva*. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-558-0277-0.
43. MACABASCO-O'CONNELL, A., FRY-BOWERS, EK., 2011. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *J Health Commun*, 16(3), 295–307 s., Dostupné z: DOI: 10.1080/10810730.2011.604389
44. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s., Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.

45. MAREŠ, J., 2002. Medicína a pedagogika: Jejich vzájemné ovlivňování a vzájemný průnik. *Pedagogika*. 52 (2), 138-59. ISSN 2336-2189.
46. MCCLEARY – JONES, V., 2016 A systematic review of the literature on health literacy in nursing education. *Nurse Educ*, 41(2), 93–7.
Dostupné z: DOI: 10.1097/NNE.0000000000000204
47. MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. Akutní komplikace diabetu mellitu. *Sestra*, 24(1), 38-40 s., ISSN 1210-0404.
48. MÜLLEROVÁ, D., 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-421-7.
49. NIELSEN-BOHLMAN, L., et. al., 2004. Health literacy: a prescription to end confusion. Institute of Medicine. *Washington D.C.: The National Academies Press*, Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.17226/10883>
50. NUTBEAM, D., 1998. [online]. Health promotion glossary. *Health promotion international*. [cit. 2017-5-10]. 13(4), 349- 364. Dostupné z: 1url.cz/CtT58
51. NUTBEAM, D., 2009. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 54(5). 303–305. Dostupné z: DOI 10.1007/s00038-009-0050-x
52. PÁTKOVÁ, H., KVAPIL, M. 2013. Specifické komplikace diabetes mellitus 2. typu. *První linie*. 3 (1), s. 5-11. ISSN: 1804-9028.
53. PERUŠIČOVÁ, J., 2013. *Perorální léčba diabetu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-367-1.
54. PETR, J., 2015. *Obezita, diabetes a epigenetika*. In: KVAPIL, M., 2015. *Diabetologie 2015*. Praha: Triton, 292 s. ISBN 978-80-7387-887-0.
55. PFEIFEROVÁ, M., B. SEIFERT, 2017. [online]. Zdravotní gramotnost a primární péče. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10]. Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
56. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

57. POWERS, B. W, 2014. [online]. Medical education's authenticity problém. London: *BMJ Publishing Group Ltd.* 348 s., [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: 1url.cz/ptT5x
58. PRAŠKO, J., 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-656-4.
59. RABUŠICOVÁ, M., 2002. *Gramotnost: staré téma v novém pohledu.* Brno: Masarykova univerzita, Rubikon. ISBN 80-210-2858-0.
60. RALHAN, S., BHOGAL, P., et al., 2012. [online]. Effective teaching skills – how to become a better medical educator *London: BMJ Publishing Group Ltd.* [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: 1url.cz/9tT5A
61. RYBKA, J., 2006. *Diabetologie pro sestry.* Vyd. 1. Praha: Grada. 283 s. Sestra. ISSN: 12-10-0404.
62. RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1671-8.
63. SERVAN-SCHREIBER, D., 2005. *Uzdravení bez léků: cesta ze stresu, úzkosti a deprese.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-901-1.
64. SHINYA, Hiromi. C2009. *Enzymy - klíče ke zdraví.* Hodkovičky [Praha]: Pragma, 167 s. ISBN 978-80-7349-205-2.
65. SOUKUP, J., 2014. *Motivační rozhovory v praxi.* Praha: portál, ISBN 978-80-262-0607-1.
66. STRÁSNKÁ, D., 2011, *DM – diabetická neuropatie.* Sestra. 21(6), str. 61-62. ISSN 1210-0404.
67. SVAČINA, Š., 2007. *Hypertenze při obezitě a diabetu. 1. vyd.* Praha: Triton. 134 s. ISBN 978-80-7254-906-1.
68. SVAČINA, Š., c2010. *Poruchy metabolismu a výživy.* Praha: Galén. 505 s. ISBN 978-80-7262-676-2.

69. ŠEDO VÁ, L., et al., 2013. [online]. Podpora zdraví a udržení aktivního životního stylu v kontextu prevence civilizačních chorob. *Studia Kinanthropologica*. 14(3):225–229 s., [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: 1url.cz/MtTbu
70. ŠIMŮNKOVÁ, M., 2017. [online]. Zdravotní gramotnost a media. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10]. Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
71. Škrha, J., 2014. Epidemiologie diabetu. *Postgraduální medicína*. 16 (4), str. 354-359. ISSN 1212-4184.
72. ŠKRHA, J., T. PELIKÁNOVÁ a M. KVAPIL. 2016. [online]. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu. *DMEV (Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa)*. 19(2), 48-56 s., [cit. 2017-5-10]. Dostupné z: 1url.cz/UtT5n
73. ŠPAČEK M., 2004. [online]. Koncepce ošetrovatelství: věstník č. 9, MZČR. [cit. 2017-05 - 10]. Dostupné z: 1url.cz/lT59
74. ŠTEFLOVÁ, A., 2017. [online]. Předmluva. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10]. Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
75. ŠTEFLOVÁ, A., P. ŠVEC, 2017. [online]. Zdravá města a zdravotní gramotnost. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10]. Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
76. ŠTEFLOVÁ, A., ŠVEC, P., 2017. [online]. Komunitní programy. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti*. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2017-5-10] Dostupné z: 1url.cz/4tT5c
77. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. s. 377. ISBN 978-80-262-0644-6.
78. Torres R, Nichols J. 2014. Health literacy knowledge and experiences of associate degree nursing students: a pedagogical study. *Teaching and Learning in Nursing*. 9(2), 84–92. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2013.11.003>

79. ZANCHETTA, M., et. al. 2013. Undergraduate nursing students integrating health literacy in clinical settings. *Nurse Educ Today*. 33(9), 1026–33. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.008>
80. ZARCADOOLAS, C., et al., 2006. *Advancing health literacy: a framework for understanding and action*. New York, NY John Wiley & Sons; 396 s. ISBN: 978-0-7879-8433-5.
81. ZÁVODNÁ, V., 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vydání. Martin: Osveta. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

10 Seznam příloh

- Příloha 1 Model zdravotní gramotnosti ČJ (WHO, 2013, str. 6)
- Příloha 2 Model zdravotní gramotnosti AJ (WHO, 2013, str. 6)
- Příloha 3 Test RISK SCORE – (Svačina, 2007, str. 85)
- Příloha 4 Rozhovory 1. fáze schématu výzkumného šetření
- Příloha 5 Rozhovory 2. fáze schématu výzkumného šetření (1. výzkumný soubor – sestry)
- Příloha 6 Rozhovory 2. fáze schématu výzkumného šetření (2. výzkumný soubor – pacienti)
- Příloha 7 Rozhovor profesor Kvapil
- Příloha 8 Pozorovací arch
- Příloha 9 Přímé přepisy rozhovorů na přiloženém CD – R
- Příloha 10 Metoda barvení textu

Příloha 1

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantní informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1) Schopnost získat informace o medicínských tématech	2) Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3) Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4) Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemoci	5) Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6) Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7) Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8) Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9) Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10) Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11) Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12) Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

(WHO, 2013, str. 6)

Příloha 2

Health literacy	Access or obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Appraise, judge or evaluate information relevant to health	Apply or use information relevant to health
Health care	1) Ability to access information on medical or clinical issues	2) Ability to understand medical information and derive meaning	3) Ability to interpret and evaluate medical information	4) Ability to make informed decisions on medical issues
Disease prevention	5) Ability to access information on risk factors	6) Ability to understand information on risk factors and derive meaning	7) Ability to interpret and evaluate information on risk factors	8) Ability to judge the relevance of the information on risk factors
Health promotion	9) Ability to update oneself on health issues	10) Ability to understand health-related information and derive meaning	11) Ability to interpret and evaluate information on health-related issues	12) Ability to form a reflected opinion on health issues

(WHO, 2013, str. 6)

Příloha 3 – (Test RISK SCORE)

Charakteristika pacienta	Počet bodů
Věk 45-54 let	2
Věk 55-64 let	3
BMI 25-30 kg/m ²	1
BMI nad 30 kg/m ²	3
Obvod pasu muži 94-102 cm, ženy nad 88cm	3
Obvod pasu muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm	4
Farmakoterapie pro hypertenzi	2
Hyperglykemie v anamnéze	5
Fyzická aktivita méně než 4 hodiny týdně	2
Méně než každodenní příjem ovoce a zeleniny	1

Zdroj: Svačina, 2007, str. 85

Příloha 4 – (1. fáze)

Otázky k rozhovorům

1. Jak důležitá je dle Vás zdravotní gramotnost u pacientů při zaměření na civilizační onemocnění?
2. Jak hodnotíte zdravotní gramotnost u Vašich pacientů? Mají zájem o informace? (Nemocní/zdraví - srovnání)
3. Jaká je podle Vás role sestry v souvislosti se zdravotní gramotností?
4. Jak se snažíte zvyšovat zdravotní gramotnost Vašich pacientů? (letáčky)
5. Jaké používáte edukační prostředky? (Jakým způsobem/proces edukační)
6. Jaká je spolupráce pacientů při zvyšování jejich zdravotní gramotnosti? (porovnání staří/mladí, nemocní/zdraví)
7. Jaké mohou být dle Vašeho názoru komunikační bariéry mezi Vámi a pacientem?
 - a. (S jakými komunikačními bariérami se nejčastěji setkáváte ve Vaší ambulanci?)
8. Co si myslíte, že je důležité dodržovat u pacientů s civilizačními chorobami (rizikem) při jejich edukaci?
9. Máte nějaká specifika edukace u klientů s rizikem onemocnění některých z civilizačních chorob?
10. Co pomáhá k tomu, aby klienti reagovali pozitivně a spolupracovali?
11. Jaký přístup má většina Vašich klientů ke změně životního stylu?
12. Myslíte si, že byste vy sama uvítala další vzdělávání (školení, přednáška) na téma civilizační onemocnění? Pokud by byla možnost jít na nějakou přednášku, šla byste?
13. Máte dostatek časového prostoru na řádnou edukaci klientů?
14. Využíváte edukace klientů často?
15. Na co kladete největší důraz, aby klienti dodržovali, či se naučili dodržovat ohledně zdravého životního stylu v rámci civilizačních chorob např. při onemocnění obezita, DM 2. typu či při jeho vzniku rizika?
16. Co myslíte, že by mohlo zvednout zájem klientů o zvyšování své zdravotní gramotnosti?

17. Myslíte, že edukace klientů je náročná pro sestry a jak? (psychicky, časově, fyzicky, stres)

Příloha 5 – (2. fáze – 1. výzkumný soubor)

Otázky k rozhovoru

Dosažené vzdělání:

Délka praxe:

Krátký životopis:

Délka práce v ambulanci:

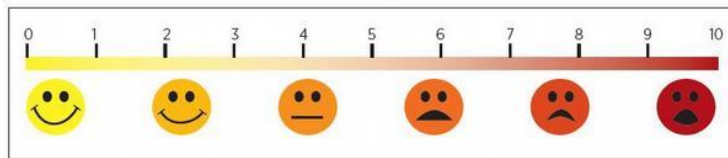
1. Jak důležitá je dle Vás zdravotní gramotnost u pacientů při zaměření na civilizační onemocnění?
2. Jak hodnotíte zdravotní gramotnost u Vašich pacientů? Mají zájem o informace?
3. Jaká je podle Vás role sestry v souvislosti se zdravotní gramotností?
4. Jak se snažíte zvyšovat zdravotní gramotnost Vašich pacientů?
5. Jaké používáte edukační prostředky?
6. Jaká je spolupráce pacientů při zvyšování jejich zdravotní gramotnosti?
7. Jaké mohou být dle Vašeho názoru komunikační bariéry mezi Vámi a pacientem?
 - a. (S jakými komunikačními bariérami se nejčastěji setkáváte ve Vaší ambulanci?)
8. Co si myslíte, že je důležité dodržovat u pacientů s civilizačními chorobami (rizikem) při jejich edukaci?
9. Máte nějaká specifika edukace u klientů s rizikem onemocnění některých z civilizačních chorob?
10. Co pomáhá k tomu, aby klienti reagovali pozitivně a spolupracovali?
11. Jaký přístup má většina Vašich klientů ke změně životního stylu?
12. Myslíte si, že byste vy sama uvítala další vzdělávání (školení, přednáška) na téma civilizační onemocnění? Pokud by byla možnost jít na nějakou přednášku, šla byste?
13. Máte dostatek časového prostoru na řádnou edukaci klientů?
14. Využíváte edukace klientů často?
15. Vyžadují klienti často vysvětlení, sbírání informací (edukace) k rozvoji vlastní zdravotní gramotnosti?

16. Na co kladete největší důraz, aby klienti dodržovali, či se naučili dodržovat ohledně zdravého životního stylu v rámci civilizačních chorob např. při onemocnění obezita, DM 2. typu či při jeho vzniku rizika?
17. Co myslíte, že by mohlo zvednout zájem klientů o zvyšování své zdravotní gramotnosti?
18. Myslíte, že edukace klientů je náročná pro sestry a jak?

Příloha 6 – (2. fáze - 2. výzkumný soubor)

Pro pacienty:

1. Co si představujete pod pojmem zdravotní gramotnost?
2. Jak moc jste spokojený se svým zdravím? Co Vás nejvíce omezuje/ trápí?



3. Máte zájem o nové informace ohledně udržování/zvyšování zdraví nebo informací o Vašem onemocnění?
 - a. Kde nejčastěji získáváte nové informace?
 - b. Snažíte se Vy sám získávat informace? Prostřednictvím koho/čeho?
4. Co je podle Vás nejdůležitější dodržovat u Vašeho onemocnění? (zásady)
5. Jaký jste měl/ byste měl přístup ke změně ve Vašem životním stylu?
6. Jak nejlépe si zapamatujete, co máte dělat v souvislosti s Vaším onemocněním, co Vám pomáhá si informace zapamatovat? (Brožura, názorná ukázka, ve skupině, individuálně)
7. Myslíte, že se změnila Vaše zdravotní gramotnost v průběhu Vašeho onemocnění?

Příloha 7 - (3. fáze - rozhovor profesor Kvapil)

Pro pana prof. Kvapila – zeptat se zda jeho mohu jmenovat v DP práci

1. Jaký máte názor na zdravotní gramotnost a jak jí hodnotíte v této době (v souvislosti s DM)?
2. Kde/proč vznikla Vaše myšlenka dostatečné edukace pacientu a s tím spojeného vzdělávání sester?
3. Jsou do této edukace zapojeni i lékaři a jakým způsobem?
4. Jak byste posoudil úroveň ČR a jiných států v této oblasti?
 - a. Setkáváte se s některými překážkami v rozvoji úrovně v ČR ve srovnání s ostatními státy?
5. Myslíte si, že pojišťovna dostatečně hradí edukaci pacientů?
 - a. Jak byste si představoval odstranění této bariéry?
6. Myslíte si, že sestry jsou dostatečně připravované na zvládnutí edukačního procesu?
 - a. Jaký máte názor na aktuální dění v souvislosti se vzděláním sester? Jsou sestry dostatečně vzdělané?
7. Co vyžadujete od sester na svém oddělení?

Příloha 8 – (3. fáze – pozorování)

Záznamový arch pro pozorování

Nemocnice	
Respondent/edukátor	
Edukant/i - počet	
Předmět setkání	
Komunikační prostředí	
Komunikační situace	
Cíl	
Téma	
Průběh hodiny	
Celkové hodnocení edukace	

Celkový neverbální dojem:

Neverbální projevy edukátor:

Neverbální projevy edukanta:

Vizuální dojem edukátor (S):

Gestika:

Mimika:

Vizika/ Oční kontakt: _____

Postoj a vystupování:

Vizuální dojem edukant (P)

Komunikační bariéry edukátor (S)

Komunikační bariéry edukant (P)

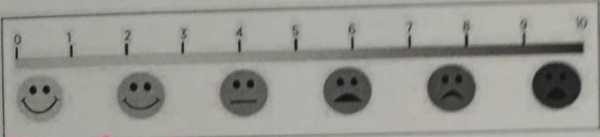
Využití možností a pomůcek pro usnadnění komunikace (edukační materiál, piktogramy)

Výsledek komunikace

Příloha 10 – Metoda barvení textu

1. Co si představujete pod pojmem zdravotní gramotnost?
Gramotnost zdravotní? No tak, tomu názvu nerozumím.

2. Jak moc jste spokojený se svým zdravím? Co Vás nejvíce omezuje/ trápí?
Přes den to jde, ale v noci to je horší to tak ta 9. Já: co vás nejvíce trápí? Ona/ Nohy, bolejí. A v souvislosti s cukrovkou? No, že jsme všechno nemohla jíst, diéta, no.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


3. Máte zájem o nové informace ohledně udržování/zvyšování zdraví nebo informací o Vašem onemocnění?
To víte, že když jsme něco našla v časopise, tak jsem si to hned přečetla. Kde nejčastěji hledáte? No pak jsem zjistila, že vychází časopis přímo pro cukráře. Na jméno si nevzpomenu. Nebo kdýž se sejdeme s kamarádkou tak si popovídáme. Lékaře se moc neptám. Já už přišla o sluch, mám sluchátko, oči mám operované.

a. Kde nejčastěji získáváte nové informace?
b. Snažíte se Vy sám získávat informace? Prostřednictvím koho/čeho?

4. Co je podle Vás nejdůležitější dodržovat u Vašeho onemocnění? (zásady)
To jídlo. No dřív jsem mlsala, tak to jsme musela dát stranou. Procházky, když to jde, chodím do lesíka u Bohnic, potom tam jsou lavičky, tak když nemůžu tak si tam sednu.

5. Jaký jste měl/ byste měl přístup ke změně ve Vašem životním stylu?
No to bylo postupně. No hodně zeleniny, ovoce, to je teď moje krédo.

6. Jak nejlépe si zapamatujete, co máte dělat v souvislosti s Vaším onemocněním, co Vám pomáhá si informace zapamatovat? (Brožura, názorná ukázka, ve skupině, individuálně)
No já si dost pamatuju jenom z povídání. A raději samotná samozřejmě. Když je to ve skupině, tak do toho začnou skákat...
Ostodaxi

7. Myslíte, že se změnila Vaše zdravotní gramotnost v průběhu Vašeho onemocnění?
No tak změnila se to mi dcera i říká. Mami ty si teď hrozně. Dávám si na to pozor no.

ZG — vědomosti o ZG a jejím obsahu
— zvyšování ZG v souvislosti s onem

Zájem PK

Režimová opatření u DMZ — vědomosti o režimových opatřeních
— kvalita života v souvislosti s DMZ

Vyhledávání informací o DMZ

Styly učení

11 Seznam použitých zkratek

ČR: Česká republika

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

HALS: Health Activity Literacy Scale

NAAL: National Assessment of Adult Literacy

WHO: World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

DM2: Diabetes mellitus 2. typu

DM1: Diabetes mellitus 1. typu

Na: sodík

K: draslík

Ca: vápník

Cl: chloridy

TSH: tyreotropní hormon

PAD: perorální antidiabetika

LDL cholesterol: low density lipoprotein (lipoprotein s nízkou hustotou)

HbA: hemoglobin dospělých (adult)

DIA výrobky: diabetické potraviny

IKEM: Institut Klinické a Experimentální Medicíny

Př. n. l.: Před naším letopočtem