



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Edukační role sestry pracující v primární péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V
OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Monika Marková

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, PhD.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Edukační role sestry pracující v primární péči 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 dále 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 na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2024

.....

Bc. Monika Marková

Poděkování

Poděkování bych chtěla věnovat paní děkance Mgr. Ivaně Chloubové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její zájem, spolupráci a cenné rady během celého mého výzkumného procesu.

Chtěla bych také poděkovat všem informantům, bez kterých by tato práce vůbec nebyla uskutečněna.

Edukační role sestry pracující v primární péči

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá edukační rolí sestry pracující v primární péči. Edukace je výchova a vzdělávání jedince, jejíž cílem je změna jeho chování, postojů, jednání a názorů. Primární péče je komplexní a koordinovaná péče. Je souborem činností, které jsou zaměřeny převážně na prevenci, podporu zdraví, ale i na léčbu, ošetření a vyšetření. Na sestru v primární péči jsou kladeny vysoké nároky v oblasti správného a plynulého chodu ordinace, administrativy nebo provádění výkonů.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry pracující v primární péči edukují a motivují své pacienty ke změně životního stylu. Druhým cílem bylo zjistit v jakých oblastech nejčastěji sestra edukaci provádí. Praktická část je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor je tvořen dvanácti sestrami, které pracují v ordinacích praktických lékařů pro dospělé. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Sestrám bylo položeno 33 otázek, které byly zaměřeny na edukaci pacienta. Na základě rozhovorů a sesbíraných dat byly výsledky zpracovány otevřeným kódováním do šesti kategorií.

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že se sestry pracující v primární péči nedrží žádného edukačního procesu ani nemají stanovený žádný edukační plán, spíše čerpají ze svých zkušeností. Bylo také zjištěno, že sestry nemají na pacienta dostatek času ani řádné edukační prostředí, ve kterém by mohly edukaci provádět. Dle výsledků bylo zjištěno, že sestry nejčastěji edukují pacienty o problematice diabetu mellitu, hypertenze, obezity, preventivního očkování nebo zvýšeného cholesterolu. Aktuálním problémem, k měsíci březnu 2024, kdy byl prováděn sběr dat, byla edukační činnost sester zaměřena na problematiku černého kašle.

Na základě zjištěných výsledků je vytvořen podklad semináře pro sestry pracující v ordinacích praktických lékařů. Seminář je zaměřen na provádění efektivní edukace pacientů sestrou pracující v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

Klíčová slova

Edukace; primární péče; sestra; prevence; edukační proces; životní styl

The educational role of the nurse working in primary care

Abstract

The thesis focuses on the educational role of the nurse working in primary care. Education is the upbringing and training of an individual, the aim of which is to change their behaviour, attitudes, actions and beliefs. Primary care is comprehensive and coordinated care. It is a set of activities that focus mainly on prevention, health promotion, but also on treatment, therapy and examination. High demands are placed on the primary care nurse in terms of the proper and smooth running of the practice, administration or performance of procedures.

The first aim of this thesis was to find out how nurses working in primary care educate and motivate their patients to make lifestyle changes. The second aim was to find out in which areas the nurse most frequently educates. The practical part of the thesis is developed through qualitative research. The research population consists of twelve nurses working in practices of adult general practitioners. The data was collected using a semi-structured interview. The nurses were asked 33 questions that focused on patient education. Based on the interviews and the data collected, the results were open coded into six categories.

From the results of the research, it was found that nurses working in primary care do not follow any educational process or have any educational plan, rather they draw from their own experience. It was also found that the nurses do not have enough time for the patient nor a proper educational environment in which to conduct education. According to the results, it was found that nurses most frequently educate patients on issues such as diabetes mellitus, hypertension, obesity, preventive vaccinations, or elevated levels of cholesterol. The current issue, as of the month of March 2024, when the data collection was conducted, was the educational activities of nurses focused on the issue of whooping cough.

Based on the findings, a material for a seminar for nurses working in practices of general practitioners was developed. The seminar focuses on the implementation of effective patient education by a nurse working in an adult general practitioner's office.

Key words

Education; primary care; nurse; prevention; educational process; healthy lifestyle

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Pedagogika jako věda o edukaci	10
1.1.1 Předmět, struktura a obsahová náplň pedagogiky	10
1.1.2 Pedagogická praxe	11
1.1.3 Didaktika v ošetrovatelství a didaktické zásady edukace	11
1.2 Edukace a její základní pojmy	13
1.2.1 Fáze edukačního procesu	15
1.2.2 Edukační cíle a metody	16
1.3 Edukace ve zdravotnictví	17
1.3.1 Edukační činnost sestry pracující v ordinaci praktického lékaře	18
1.3.2 Edukace specifických skupin	19
1.3.3 Edukace pacienta s chronickým onemocněním v ambulantní péči	21
1.3.4 Edukace pacienta s akutním onemocněním v ambulantní péči	22
1.3.5 Edukace o předoperační a pooperační péči sestrou v ordinaci praktického lékaře	23
1.4 Primární péče	24
1.4.1 Úloha a kompetence sestry v primární péči	26
1.4.2 Agentury domácí péče	28
1.4.3 Sebepéče, prevence a podpora zdraví	29
1.4.4 Životní styl	32
2 Cíl práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika	36
3.1 Popis metodiky a techniky sběru dat	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4 Výsledky výzkumu	37

4.1	Identifikační údaje sester	37
4.2	Kategorizace výsledků	38
5	Diskuze.....	53
6	Závěr	60
7	Seznam použitých zdrojů	61
8	Seznam použitých zkratk	67
9	Seznam příloh	68

Úvod

Diplomové práce je zaměřena na edukaci sestrou v primární péči v ordinacích praktického lékaře. Edukační role sestry je velice důležitá a v primární péči o to více. Pacient se v ordinaci praktického lékaře poprvé setkává se zdravotním systémem a přichází do kontaktu s lékařem, který zajišťuje jak zdravotní, tak i sociální péči. Edukace je proces, který ovlivňuje chování a jednání jedince, kdy cílem je změna v oblasti jeho chování, jednání, ale i postojů a návyků. Edukace je předmětem moderní pedagogiky, kterou lze dnes nazývat edukační vědou, která se zabývá edukačními procesy probíhajícími v různém edukačním prostředí. Dochází tak k výchově a vzdělávání jedince.

Toto téma je velice aktuální, z důvodu, že pro zkvalitnění životního stylu a prevenci onemocnění, je edukace nejen sestrou, ale i lékařem zásadní. Díky provádění efektivní edukace, může dojít u pacientů k prevenci nebo zlepšení jejich celkového zdravotního stavu. V rámci primární péče dochází i ke krokům k udržení kompenzovaného stavu pacienta, pooperační rekonvalescenci nebo zahájení a doporučení specializované zdravotní péče. Primární péče je souborem činností související s podporou zdraví, léčením, vyšetřováním, ošetrovatelství, prevencí a rehabilitací. Tyto činnosti, by měli být poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a tím i respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.

V dnešní době se naše společnost setkává s různými civilizačními chorobami, jako je například vysoký krevní tlak, diabetes mellitus nebo zvýšená hladina cholesterolu. Pomocí pravidelné edukace může sestra přispět ke zlepšení celkového stavu populace. Edukace je prováděna u všech věkových kategorií od dětí, kdy při edukaci figurují i jejich rodiče, přes dospívající, dospělé, až po seniory. Pro provedení efektivní edukace je potřeba zajistit několik důležitých aspektů, které na edukační proces mají vliv. Je nutné zajistit správné prostředí, denní dobu, správné metody a edukační materiál.

Sestra se pomocí edukace snaží pacienta motivovat k udržování zdravého životního stylu. Aby sestra mohla správně vykonávat svou roli, musí dodržovat tři základní přístupy, které se týkají toho, že by sestra měla být emocionálně neutrální, všestranná a měla by být orientovaná na druhé lidi, jejich potřeby, respektovat jejich individualitu a specifika. V moderní primární péči je kladen velký důraz na její kompetence. Na sestru v primární péči jsou kladeny vysoké nároky, které se týkají plynulého chodu

ordinace, administrativy, odborných úkonů nebo také organizace péče jako takové. Role sestry, je stále ve vývoji a při provádění edukační činnosti je důležité, aby se celoživotně vzdělávala.

1 Současný stav

1.1 *Pedagogika jako věda o edukaci*

Pedagogika je považována jako jedna ze společenských disciplín, která zkoumá důležité skutečnosti záměrného ovlivňování vývoje člověka a jeho osobnosti. Můžeme sem zařadit například výchovu, vzdělávání, obsah učiva, výuku, učení nebo také školské systémy. Je vědou, která má všechny znaky moderní vědy. Mezi znaky moderní vědy patří předmět zkoumání, což v případě pedagogiky je výchova, vzdělání a vzdělávání člověka. Dále je to teoretický systém, soustava metod empirické i teoretické povahy a širokou institucionální základnu od pedagogických kateder až po vysokoškolské instituce. Vyznačuje se také tím, že aplikuje své poznání do praxe a tím řeší a ovlivňuje výchovné jevy a procesy v podmínkách společenské a pedagogické reality (Šafránková, 2019). Hlavními úkoly pedagogiky je předávat dalším pokolením společensko-kulturní dědictví, pomáhat vytvořit vztah k sobě samému i k okolnímu světu a připravovat mladistvé na jejich společenský život (Krátká, 2016). V současné době se pedagogika vymezuje jako věda o edukační realitě, kdy jejím předmětem jsou tedy všechny typy edukace, edukačních procesů, prostředků a subjektů. Díky této souvislosti se můžeme setkat s novým pojmem moderní pedagogika, který znamená komplexnější přístup k vzdělávání a výchově nejen ve vzdělávacích institucích (Šulistová, Trešlová, 2012). Moderní pedagogika neboli edukační věda se tedy zabývá edukačními procesy, které probíhají v různých edukačních prostředích, které se vzájemně liší typem zúčastněných subjektů, obsahem, formou a intenzitou edukačních procesů (Průcha, 2017).

1.1.1 *Předmět, struktura a obsahová náplň pedagogiky*

Předmětem pedagogiky, jak již bylo zmíněno výše, je edukační realita a její konstrukty a procesy. Průcha (2017, s.33) ve své publikaci uvádí, že „*pedagogika se zabývá vším tím, co vytváří a determinuje nějaké edukační prostředí, procesy, jež se v těchto prostředích realizují, výsledky a efekty těchto procesů.*“

Strukturou pedagogiky je teorie a výzkum, kdy by tyto dvě složky měly být navzájem propojeny. Teoretická složka představuje systém poznatků, které popisují a vysvětlují procesy a jevy edukační reality. Složka výzkumná poskytuje zdůvodnění a data pro popis a jejich vysvětlení (Průcha, 2017).

Obsahovou náplní pedagogiky, jakožto edukační vědy, je soubor disciplín, které jsou někdy považované za samostatné vědy. Obsahová náplň pedagogiky je tvořena několika disciplínami od obecné pedagogiky, přes její dějiny, filozofii, teorii a sociologii výchovy až po pedagogickou diagnostiku, speciální pedagogiku nebo pedagogickou psychologii a spoustu dalších (Průcha, 2017).

1.1.2 Pedagogická praxe

Než si objasníme pojem edukace nebo také edukační realita, je nutné si nejprve objasnit pojem pedagogická praxe a její vztah k pedagogické vědě. V tradičním pojetí je nutné, aby pedagogika byla spjata s pedagogickou praxí, kterou má za úkol rozvíjet, inovovat a zlepšovat. Tento pojem má opravňovat existenci pedagogiky jako takové, protože taková pedagogika, která by nepřispívala ke zlepšení praxe by byla považována za nelegitimní. Předpokládá se, že pedagogická praxe je to, co a jak učitelé dělají při výkonu své profese, a to co stojí v protikladu k teorii. Několik publikací se zabývá tématem pedagogické praxe, kde se tento pojem uplatňuje, jako pracovní činnosti učitelů, jak vyučovacích, tak administrativních a představují to co si musejí studenti pedagogických oborů osvojovat. Mezi formy pedagogické praxe patří např. náslechy, didaktická praktika nebo samostatná výuka, která je vedena studenty pod dohledem zkušeného učitele (Průcha, 2017).

1.1.3 Didaktika v ošetrovatelství a didaktické zásady edukace

Didaktika je teorií správného vyučování a je jednou z nejvíce propracovaných disciplín pedagogiky (Kuberová, 2010). Pokud chceme, aby edukace proběhla úspěšně, správně a co nejefektivněji, měla by být realizována podle didaktických zásad (Podlahová et al., 2012). Didaktické zásady pozitivně ovlivňují kvalitu výuky a v edukačním procesu by měly být ve vzájemné shodě, tzn. že by některá ze zásad neměla být preferována nebo dokonce úplně vyčleněna. Didaktickými zásadami by se měl řídit jak edukátor, tak i edukant. První takovou zásadou je zásada názornosti, která je nejstarší didaktickou zásadou a je základem úspěšného vyučování (Juřeníková, 2010). Zásada spojení teorie s praxí je nejvíce uplatňována při edukaci zdravotnických pracovníků nebo studentů, kdy sestra z praxe je edukátorem a všechny své znalosti, dovednosti, vědomosti, zkušenosti a postoje uplatňuje při výuce, kdy vše demonstruje na příkladech, jak je možné využít teoretické poznatky v praxi. Nejvíce aktuální zásadou v ošetrovatelství je zásada vědeckosti, kdy obsah vzdělávání musí být v souladu se současnými objevy

pedagogiky, vědy, techniky, ale především z oboru ošetrovatelství. Pro získání nejčinnějších důkazů se využívá ošetrovatelství založené na důkazech známé také jako Evidence Based Nursing (Krátká, 2016). Tuto zásadu je v praxi velmi náročné dodržovat, proto se po edukátorech vyžaduje soustavné celoživotní vzdělávání. Další z didaktických zásad je zásada přiměřenosti, kde musíme dbát na to, aby obsah, rozsah, metody a formy edukace byly v souladu s mentálními dovednostmi, vědomostmi, schopnostmi a zdravotním stavem edukanta. Proto je v edukaci vhodné postupovat od blízkého ke vzdálenému či od jednoduššího ke složitějšímu (Juřeníková, 2010). Při dodržování zásady aktuálnosti by edukátor měl u edukanta zjistit aktuální úroveň jeho edukačních potřeb, např. zjistit co potřebuje znovu procvičit, čemu nerozumí nebo jaký je jeho momentální stav a s ním související jeho potřeba. Zásada zpětné vazby by měla být dodržována v průběhu celého edukačního procesu, kdy edukátor od edukanta získává zpětnou vazbu kladením otázek, diskuzí či pozorováním. Měla by být dodržena i zásada jednotnosti, kdy nesmí dojít k rozdílným informacím od různých edukátorů (Krátká, 2016). Mezi didaktické zásady dále patří zásada uvědomělosti a aktivity, která představuje požadavek, aby subjekt učení cítil z vlastní potřeby nutnost aktivně se zapojit do edukačního procesu. Aby tato zásada byla dodržena snažíme se využít vnější i vnitřní motivace edukanta a dát mu možnost být při edukaci co nejvíce aktivní, aby učivo pochopil a následně jej mohl uplatnit v běžném životě. Náplní edukace by mělo vždy být dodržování zásad individuálního přístupu, kdy přihlížíme k individuálním zvláštnostem jednotlivce. Při realizaci edukace a jejího plánování se u edukanta posuzuje a respektuje jeho zdravotní, psychický stav, individuální potřeby, osobní zkušenosti, osobnost, kulturní odlišnosti a zvláštnosti sociálního prostředí (Juřeníková, 2010). Při zásadě soustavnosti by mělo být učivo uspořádáno do logických celků a rozděleno na část hlavní a vedlejší. Edukant by měl být schopen navázat na své předchozí znalosti a dovednosti, které si prohlubuje a zároveň by měl znát obsah a cíl učiva. Cílem zásady trvalosti je dosáhnout toho, aby subjekt edukace byl schopný udržet veškeré získané znalosti a dovednosti v paměti a byl by schopen si je v případě potřeby zpětně vybavit a použít je. Poslední zásadou je zásada kulturního kontextu, kdy edukátor musí respektovat edukantovi kulturní zvláštnosti. V dnešní době je tato zásada více než aktuální a je třeba jí dodržovat ve vztahu i k pacientům jiné národnosti a brát ohled na zvláštnosti při poskytování ošetrovatelské péče (Krátká, 2016).

1.2 Edukace a její základní pojmy

Edukace z latinského slova *educio* nebo *educare*, je do českého jazyka překládáno jako vychovávat či vést vpřed. Jde tedy o výchovu a vzdělávání jedince, kdy se tyto dva pojmy navzájem prolínají a nelze je od sebe rozdělit (Juřeníková, 2010). Dle Juřeníkové (2010) lze pojem edukace definovat jako soustavný proces ovlivňující jednání a chování jedince, kdy jejím cílem je navodit změny v jedincově postojích, vědomostech, dovednostech a návycích. Při poskytování profesionální zdravotní péče jde o tzv. zdravotní výchovu, kdy edukaci provádí sestra jejím osobním jednáním nebo pomocí pomůcek, jako jsou např. brožury, obrázky či jiné tiskoviny. Edukace může být prováděna jak u pacientů, tak i u jejich rodinných příslušníků, ale i u veřejnosti (Vondráček et al., 2011). Je to záměrný, cílevědomý plánovaný proces (Závodná, 2005). Edukace je také celoživotní rozvíjení osobnosti, na kterou působí formální instituce, neformální prostředí a profesionálové. Je jedním z nejdůležitějších a nejnáročnějších úkolů ošetrovatelství (Danková, Zamboriová, 2024).

Edukant je obecně kterýkoliv subjekt učení bez ohledu na jeho věk. Může to být tedy kdokoliv, např. student vysoké školy, dítě poučované rodičem, pacient instruovaný lékařem či účastník profesního školení (Průcha, 2017). Ve zdravotnickém prostředí je nejčastějším subjektem edukace nemocný, ale i zdravý pacient/ klient. Může to být ale i zdravotník, který si prohlubuje své vědomosti a dovednosti v rámci celoživotního vzdělávání. Každý subjekt učení je individuální osobnost, která je charakterizována svými fyzickými, kognitivními a afektivními vlastnostmi. Ovlivňuje jej i jeho víra, sociální prostředí, socio-kulturní podmínky nebo jeho etnická příslušnost (Juřeníková, 2010).

Edukátor nebo také kterýkoliv aktér vyučování či jiné intencionální edukační aktivity, neoznačuje nejen učitele, ale také instruktory, lektory, vychovatele, poradenské pracovníky či školitele, kteří nějakým způsobem poučují, vyučují nebo instruují jiné lidské subjekty (Průcha, 2017).

Edukační procesy jsou takové činnosti lidí, při nichž dochází k učení nějakého subjektu, kterému je vlivem působení jiného subjektu přímo nebo zprostředkovaně předáván určitý druh informací. Základními determinanty procesu edukace jsou edukanti a jejich charakteristika, edukátor, edukační prostředí a edukační konstrukty (Průcha, 2017). K této činnosti dochází buď záměrně tzv. intencionálně nebo nezáměrně, incidentálně

(Juřeníková, 2010). Probíhají s ohledem na didaktické a pedagogické zásady (Krátká, 2016).

Edukační realita je každá skutečnost, která se objektivně vyskytuje v lidské společnosti, ve které probíhají nebo jsou vyvíjeny edukační procesy neboli fungují zde nějaké edukační konstrukty (Průcha, 2017).

Edukační konstrukty jsou všechny modely, teorie, plány, prognózy, zákony, předpisy a jiné teoretické výtvořky, které ovlivňují nebo určují edukační procesy reálnými (Průcha, 2017). Edukační konstrukty ovlivňují kvalitu edukačního procesu (Juřeníková, 2010).

Edukační prostředí je místo, kde probíhá edukace. Jeho charakter ovlivňují ergonomické podmínky, např. světlo, zvuk, barva, prostor, ale i samotná atmosféra edukace nebo sociální klima (Juřeníková, 2010). Je poměrně novým pojmem v pedagogické teorii. Rozumí se mu, jako okolí či souhrn vnějších podmínek, ať už sociálních, ekonomických či demografických. Má komplexní povahu, neboť jej vytváří různorodé složky. Kterýkoliv edukační proces můžeme tedy charakterizovat podle toho, jakými parametry se vyznačuje edukační prostředí, ve kterém se daný edukační proces realizuje. Existují různé typy edukačního prostředí, které se od sebe liší formami, obsahem a intenzitou edukačních procesů (Průcha, 2017).

Edukační standard je závazná norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace, kdy v praxi se nejčastěji používají standardy pro klienta s konkrétně charakterizovaným onemocněním (Juřeníková, 2010).

Edukaci můžeme rozdělit na edukaci základní, komplexní a reedukaci. Základní edukace je taková edukace, kdy jsou subjektu předávány nové dovednosti a vědomosti. Pacient/klient je motivován ke změně svého hodnotového žebříčku i jeho postojů k nemoci. Reedukace nebo také edukace pokračující, rozvíjející či nápravná, je taková edukace, při které je možné navázat na předchozí dovednosti, vědomosti a postoje edukanta a více je prohlubovat. Komplexní edukací rozumíme tak, že jedinci jsou etapově předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje, které vedou k udržení nebo zlepšení jeho zdraví. Tento typ edukace se nejčastěji provádí v rámci kurzů, např. kurzy pro pacienty s onemocněním diabetes mellitus (Juřeníková, 2010).

1.2.1 Fáze edukačního procesu

Edukace by měla být součástí každého zdravotnického zařízení a péčí o pacienty, proto je nutné, aby byla s nimi v souladu, tzn. že se musí přizpůsobit systému a metodám péče ve zdravotnickém zařízení. Zpravidla se dělí na pět fází – fáze počáteční pedagogické diagnostiky, fáze projektování, fáze realizace, fáze upevnění a prohlubování učiva a poslední je fáze zpětné vazby (Juřeníková, 2010).

Ve fázi počáteční pedagogické diagnostiky se edukátor snaží odhalit úroveň dovedností, vědomostí, návyků a postojů edukovaného. V této fázi edukátor zjišťuje edukační potřeby edukanta, nejčastěji pomocí rozhovoru nebo pozorování a díky nim poté stanovuje budoucí edukační cíle (Juřeníková, 2010). V této fázi bereme ohled také na věk, pohlaví, vzdělání, úroveň soběstačnosti a sebepéče, mentální stav, kulturní zvláštnosti, náboženství, zdravotní problémy, specifické potřeby nebo na socio-ekonomickou situaci v rodině (Krátká, 2016)

Fáze projektování má v sobě proces plánování a přípravy edukace. Na základě anamnestických údajů získaných od pacienta/klienta se rozhoduje jakým směrem se bude edukace ubírat. Důležité pro úspěch této fáze je důkladný sběr informací o edukantovi, kdy se edukátor zaměří zejména na dovednosti, znalosti a postoje pacienta/klienta v dané problematice. V této fázi je nutné klást několik otázek, díky kterým je tato fáze efektivní. Kladou se otázky proč, koho, co, jak, kdo a kdy, kde a za jakých podmínek a s jakým výsledkem (Juřeníková, 2010). Stanovují se priority edukace, cíle v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické, které by měli reálné. Následně se volí forma, metoda, prostředí, obsah, pomůcky a časový rámec (Šulistová, Trešlová, 2012). Formulují se zde edukační diagnózy, jako je nedostatek zručnosti, vědomostí, nedostatek motivace. Lze stanovit i diagnózu pro zlepšení zdraví, tzv, wellness diagnózu zvanou Ochota doplnit deficit vědomostí (Magerčíaková, 2007).

Fáze realizace má v sobě ukryto několik kroků. Prvním krokem je motivace edukanta, ať už vnitřní nebo vnější. Navazuje na ní expozice, kdy jsou edukantům zprostředkované nové poznatky, ale ne pouze předáváním informací ze strany edukátora, ale i aktivním podílením se edukovaného jedince. Dalším krokem je fixace, kdy je nutné, aby získané dovednosti a vědomosti byli procvičovány a dostatečně opakovány v návaznosti na vědomosti a dovednosti předchozí. Průběžná diagnostika je dalším krokem, kdy je snaha prověřit a testovat, zda edukant dané učivo pochopil a má

stále zájem o problematiku. Posledním krokem je aplikace, kde je vyvinuta snaha, aby edukant dokázal získané dovednosti a vědomosti použít (Juřeníková, 2010).

Čtvrtá fáze je fáze upevnění a prohlubování učiva, kdy jedním z nezbytných kroků je uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Je tedy nutné, aby se učivo systematicky opakovalo a procvičovalo tak, aby docházelo k jeho upevnění a zafixování. Při edukaci ve zdravotnickém zařízení je bohužel tato fáze dost často opomíjena (Juřeníková, 2010). Vyučovací strategie jsou proto naplánované a probíhají tak, aby bylo dosaženo žádoucího účinku s přihlédnutím na individuální zvláštnosti klienta, a především i s přihlédnutím na jeho věk (Krátká, 2016).

V poslední fázi neboli fázi zpětné vazby je snaha zhodnotit nejen výsledky edukanta, ale také výsledky edukátora (Juřeníková, 2010). Dochází zde k zjištění, zda bylo dosaženo stanovených cílů, zda si edukant osvojil požadované vědomosti a dovednosti a dochází také ke zhodnocení cílů efektivnosti edukačního plánu (Krátká, 2016).

1.2.2 Edukační cíle a metody

Každý edukátor, který provádí edukaci by měl jednoznačně vědět, jaké změny v dovednostech, vědomostech, hodnotové orientaci a postojích chce u svého klienta vytvořit a dosáhnout jich. K tomu slouží správně formulované cíle, které pomáhají edukátorovi edukaci lépe naplánovat. Tyto cíle jsou očekávaným výsledkem, kterého chceme u člověka dosáhnout. Je to pozitivní změna v dovednostech, vědomostech, postojích, hodnotové orientaci nebo návycích v kvantitativní i kvalitativní rovině. Cíle se dají rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobý cíl je například cíl jednotlivých edukačních setkání. Naopak cíl dlouhodobý je cíl celé edukace každého klienta. Dále můžeme edukační cíle rozdělit na nižší a vyšší. Správně stanovený cíl by měl splňovat několik podmínek – přiměřenost, jednoznačnost, kontrolovatelnost, konzistentnost a komplexnost. Cíl by měl odpovídat schopnostem pacienta a měl by být pro něj splnitelný. Měl by být interpretován pouze jedním způsobem a to tím, který je možné kdykoliv zkontrolovat dostupnými prostředky. Aby cíl byl vnitřně konzistentní je nutné, aby cíle jednotlivých edukačních setkání byli v souladu s hlavním edukačním cílem a nebyl mezi nimi rozpor. Cíl by také měl působit komplexně na celou stránku osobnosti pacienta, tzn. na stránku kognitivní, afektivní i psychomotorickou. Pro správnou formulaci používáme to, co má edukant umět ve spojení s aktivními slovesy. Je nutné, aby byl cíl formulovaný konkrétně, přesně, jednoznačně, jasně a aby

byl možný zkontrolovat. Nejdůležitější je vždy formulovat cíl ze strany edukanta, ne edukátora (Juřeníková, 2010). Než bude edukátor stanovovat edukační cíl, je nutné, aby si uvědomil, čeho má být v edukaci dosaženo. Teprve poté se může smysluplně rozhodnout o obsahu a metodických postupech. Průběžná kontrola srovnávání stanovených cílů v průběhu edukace je předpokladem pro její efektivní řízení. Stanovené cíle a práce s nimi může významně ovlivňovat činnost edukantů (Dušová et al., 2019).

Edukační metoda je promyšlená a cílevědomé působení edukátora na edukanta, kterého aktivizuje v jeho učení tak, aby byly naplněny cíle učení co nejefektivněji. Aby byla edukační metoda vhodně zvolená, je nutné přihlídnout k edukantově dosavadním dovednostem, vědomostem a zkušenostem. Je nutné rovněž přihlídnout i k předem stanoveným cílům, obsahu a formě edukace. Aby byl výběr edukační metody efektivní a vhodný, měl by se respektovat aktuální zdravotní a psychický stav edukanta a prostředí ve kterém bude edukace probíhat. Zvolená metoda by měla být přirozená, zajímavá pro edukátora i edukanta a především použitelná v praxi. Těmito metodami by se měli předávat plnohodnotné dovednosti a vědomosti. Edukační metody rozdělujeme na teoretické, teoreticko-praktické a praktické. Mezi teoretické metody řadíme klasickou přednášku, přednášku s diskuzí, seminář a cvičení. Teoreticko-praktické jsou metody diskuzní, programová výuka, problémové metody, diagnostické a klasifikační metody či metody projektové. Do praktických edukačních metod lze zařadit instruktáž, coaching, asistování, rotaci práce, stáž, exkurze nebo tzv. létající tým (Juřeníková, 2010).

1.3 Edukace ve zdravotnictví

Úkolem moderního ošetrovatelství je pomáhat jedinci, rodině a skupinám dosáhnout duševního, tělesného a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich prostředím. Mezi další úkoly moderního ošetrovatelství je vytvářet z člověka aktivního účastníka v oblasti sebepéče, podporovat jedince v soběstačnosti v péči o sebe sama a provádět preventivní opatření v rámci různých onemocnění. Všechny tyto úkoly jsou naplňovány i edukační rolí sestry na různých pracovištích, ať už v ambulantní, ústavní, stacionární nebo komunitní péči (Krátká, 2016). Díky edukaci pacienta je také možné identifikovat jeho potřeby a zlepšit jeho klinické výsledky. Edukace se neomezuje pouze na poskytování informací a poradenství, ale je důležité, aby se rozvíjelo dále a mělo za následek také

významnou změnu v chování pacienta (Almutary, Almashi, 2024). Komunikace je nedílnou součástí edukační činnosti a má obrovský vliv na její efektivitu. Pokud se chce sestra podílet na edukaci, musí mít nejen dobré komunikační znalosti, ale především dovednosti (Juřeníková, 2010). U jedinců, u kterých došlo v průběhu ontogenetického vývoje k odchylkám při vývoji jejich funkcí, ať už motorických nebo sensorických, vyžadují zpravidla zvýšenou podporu svého okolí. Podporu vyžadují nejen ze stran svého prostředí, ale i ze stran sociální sféry, ve kterých se jedinec pohybuje. Při učení a výuce se uplatňují edukační procesy, které jedince vedou k upevnění v životních a vzdělávacích činnostech, ve společenském životě nebo v podpůrných aktivitách, které jsou spojené s posílením jeho osobnosti tak, aby sám byl co nejvíce samostatný (Beneš, 2019). To má za cíl i edukace u seniorů, kdy je hlavním cílem zachovat v co největší míře jeho soběstačnost, nezávislost a kvalitu života, kdy sestra nejvíce edukaci využívá při nácviku již zmíněné soběstačnosti či při používání například kompenzačních pomůcek (Krátká, 2016).

1.3.1 Edukační činnost sestry pracující v ordinaci praktického lékaře

Edukační činnost sestry je realizována v ordinacích praktických lékařů pro dospělé i pro děti a dorost, tedy ve všeobecné ambulantní péči či ve specializovaných ambulancích, jako jsou například ordinace stomatologické nebo gynekologické. V ordinacích praktických lékařů pro dospělé je základní oblastí edukace podpora a upevňování zdraví, prevence onemocnění, výchova ve zdraví, péče o nemocné s akutními nebo chronickými onemocněními, ale i o nemocné se specifickými potřebami, jako jsou pacienti handicapovaní, nemohoucí či umírající. Od sestry se očekává, že bude motivovat a usměrňovat jedince k zodpovědnému chování o své zdraví. Dále se od ní očekává, že bude pacientům poskytovat srozumitelné informace o pozitivních i negativních dopadech určitého chování na jeho zdraví. Nejčastějšími edukačními metodami, které sestra v ordinacích praktických lékařů používá je metoda mluveného slova, například rozhovor, dále metoda slova tištěného, jako jsou různé brožury či nástěnka v čekárně a poslední metodou je demonstrace neboli předvádění činnosti. Sesterské aktivity v rámci edukační činnosti se zaměřují především na prevenci, jak primární, tak sekundární a terciární. V oblasti primární prevence sem lze zařadit preventivní prohlídky, očkování nebo výchovu ke zdraví (Krátká, 2016). Mezi témata primární edukace může také konkrétně patřit například pestrá strava, fyziologická tělesná hmotnost, dostatek tekutin, dostatečné množství ovoce a zeleniny

nebo také snížení potřeby cukru a omezení příjmu kuchyňské soli (Vrublová, 2021). Sekundární prevence zpřesňuje informace o onemocnění, aby mohlo dojít k vyléčení, proto se práce sestry zaměřuje na zjištění, zda může pacient dodržovat například dietu nebo má vytvořený dostatečný prostor pro rehabilitaci (Krátká, 2016). Nejčastějšími tématy sekundární edukace jsou selfmonitoring krevního tlaku, selfmonitoring glykémie, aplikace inzulínu nebo také péče o stomii či aplikace antikoagulancií (Vrublová, 2021). V případě terciární prevence je edukace zaměřena na stabilizaci nemoci, aby nedocházelo k opakovaným atakám či dalším komplikacím (Krátká, 2016). Nesmí se opomenout, že empatie a efektivní komunikace je neoddělitelnou součástí edukace nejen v primární péči (Pražský, 2013).

1.3.2 Edukace specifických skupin

Při edukaci dítěte je nutné dbát a akceptovat jeho vývojové zvláštnosti (Krátká, 2016). Je potřeba znát i okolnosti, které komunikaci s dětským pacientem modifikují, případně podporují či omezují. Řečové predispozice a věk dítěte jsou determinanty, které určují charakter komunikace ve vztahu sestry s dítětem (Plevová, Slowik, 2010). Edukace by měla být perfektně promyšlená a dobře zorganizovaná, aby byla vhodně začleněna do režimu dne dítěte. Je nutné, aby děti při edukaci zažily úspěch, který je motivuje k opakování aktivity. Při edukaci dětí, lze využít i herních aktivit nebo lze využít k demonstrační pomůcky jako jsou v tomto případě panenky, medvídci nebo hry výchovně zaměřené jako je například pexeso (Krátká, 2016). Aby dítě se sestrou spolupracovalo, je nutné, aby znala zásady efektivní komunikace. Komunikace s dítětem je bezprostředně podmíněna jeho zdravotním stavem, typem a charakterem onemocnění, intenzitou klinických příznaků, ale také psychickým stavem dítěte (Plevová, Slowik, 2010). Dětem se doporučuje nelhat, ale přiměřeným způsobem jim zákrok vysvětlit (Venglářová, Mahrová 2006). Sestra edukátorka úzce spolupracuje s rodiči dítěte (Krátká, 2016). Komunikace s rodiči i dítětem vyžaduje trpělivost, upřímnost, důslednost, lidskost a schopnost naslouchat. Je zde nutné i profesionální vystupování sestry (Plevová, Slowik, 2010).

Senioři jsou velice heterogenní skupinou lidí různého společenského postavení, věku, vzdělání, s různou úrovní psychických, fyzických a sociálních změn, podle kterých je nutné, aby k nim edukátor přistupoval. Vnitřní a vnější motivace má při edukaci seniorů velký význam. Důležité je si seniora získat, pokud se tak stane, je velká naděje

na úspěšnou edukaci. Pokud je na seniora vyvíjen nevhodný tlak ztrácí tak chuť a motivaci k učení se něčeho nového (Krátká, 2016). Všeobecná sestra by měla umět pomoci seniorovi porozumět tomu, co se kolem něj, a hlavně s ním děje. Velice důležité je pomoci seniorům s aktivním přístupem k životu i nemoci. Měla by umět jej povzbudit, poradit jim a účinně je motivovat. Je důležité zachovat k seniorovi důstojnost, dbát na oslovení a vykání (Venglářová, Mahrová 2006).

Edukace pacientů zdravotně postižených a jejich blízkých je nástrojem k zajištění jejich lepší účasti na celém procesu poskytování zdravotní péče. K úspěšné edukaci zdravotně postižených pacientů, je důležité zohlednit faktory, které ji mohou ovlivnit. Tyto faktory musíme zohlednit ve fázi projektování a respektovat je při realizaci samotné. Mezi tyto faktory patří fyziologicko-biologické faktory, jako je věk, pohlaví, poruchy smyslového vnímání, úroveň soběstačnosti a zdravotní stav pacienta. Dále faktory psychicko-duchovní, kam lze zařadit psychický stav, osobnostní vlastnosti, motivaci, postoje, dovednosti, schopnosti, návyky, styl učení, víru nebo zkušenosti pacienta. Sociálně-kulturní faktory, jako zaměstnání, vzdělání, rodinné vztahy, ekonomická situace či kulturní a etická příslušnost pacienta, může ovlivnit celý edukační proces. Posledními faktory, které mohou edukaci ovlivnit jsou faktory prostředí, kam lze zařadit edukační prostředí samotné a jeho vybavení. Hlavním úkolem sestry v edukačním procesu je podporovat a učit zdravotně postižené. Učí je, jak znalosti získat a uchovat je co nejdéle. Sestra edukující zdravotně postižené pacienty musí také disponovat poznatky z teorie a praxe z oboru speciální pedagogiky a spolupracovat s jinými specialisty. Při edukaci zdravotně postižených je důležitý individuální plán (Danková, Zamboriová, 2024). Komunikace se zrakově postiženým pacientem je poměrně složitá záležitost. Úspěch v komunikaci s pacienty s poruchou zraku se odvíjí od facilitátorů a bariér, které se vyskytují v jeho prostředí. Využívá se dosavadních pacientových zkušeností, schopností a talentu. Při zahajování komunikace se zrakově postiženým, je dobré na něj zprvu promluvit, představit se, dotknout se a snažit se navázat rozhovor. Edukace zrakově postižených se odvíjí od typu zrakového postižení, respektive charakteru ztráty funkčního vidění (Beneš, 2019). Při edukaci sluchově postižených je důležité dodržovat základní edukační strategie. Mezi tyto strategie patří, aby měl edukant přiměřené s dostatečné světlo v místnosti, stěny místnosti by měli být holé a jednobarevné, nedoporučuje se skupinová edukace, při které mluví více lidí najednou. Také není vhodné měnit témata a používat vsuvky do mluveného projevu. Pokud pacient sestře

nerozuměl, doporučuje se větu neopakovat ve stejném znění, ale vyjádřit myšlenku jiným způsobem. Edukace sluchově postižených má i své specifické zásady, jako je optimální prostředí, speciální pomůcky a metody. Při edukaci lze také využít zajímavé netradiční metody, jako jsou například projektové nebo problémové vyučování. Důležitá je při edukaci sluchově postižených trpělivost, větší časová dotace a empatický přístup. Do edukačního procesu je také nezbytné zapojit příbuzné či podpůrné osoby s cílem zvýšit samostatnost pacienta i jeho blízkých při zvládnání jeho onemocnění (Danková, Zamboriová, 2024). Edukaci mentálně postižených mají na starosti převážně sociálněpedagogická centra, která poskytují ambulantní a poradenskou činnost pro postižené. Práce s mentálně postiženými pacienty se liší především využíváním speciálněpedagogických prostředků, jako jsou různé kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky. Přístup k mentálně postiženým je individuální (Valenta et al., 2018).

1.3.3 Edukace pacienta s chronickým onemocněním v ambulantní péči

Chronická onemocnění a jejich problematika je poměrně rozsáhlou a neustále podněcující oblastí ke zkoumání. Incidence chronických onemocnění se neustále zvyšuje. Nemoc nebo také onemocnění je mnohovýznamovým těžko definovatelným termínem. U chronicky nemocných pacientů je problematickou oblastí motivace a spolupráce pacienta v dlouhodobém dodržování léčebného režimu. Tito pacienti mají nižší spolupráci v dodržování léčebných opatření než pacienti s akutním onemocněním (Gurková, 2017).

Edukační proces u diabetika posiluje jeho dovednosti, znalosti a schopnosti, které jsou nutné pro samostatnou péči o onemocněním diabetes mellitus nejčastěji 2.typu. Kompenzace diabetu z velké části záleží na pacientovi samotném, proto je edukace nezbytnou součástí jeho celkové léčby. Je tedy nutné, aby znal základní podstatu onemocnění, možná rizika vzniku komplikací, a hlavně musí vědět, že nejdůležitějším klíčem k léčbě je dodržování režimových opatření. Hlavním edukačním cílem je zlepšení zdravotního stavu pacienta a kompenzace diabetu mellitu. Od prvního setkání je zapotřebí pacienta motivovat, aktivizovat a dbát na vytvoření dobrého vztahu mezi edukátorem a edukantem. Samotná edukace diabetiků je nejčastěji prováděna formou diskuze se sdělováním vlastních zkušeností. Lze využít i praktické ukázky, edukační materiály nebo názorné pomůcky (Kachlík, 2021).

Hypertenze nebo také vysoký krevní tlak patří mezi nejčastější a nejnebezpečnější rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Ze strany zdravotníků je edukace a motivace pacienta při léčbě hypertenze zásadní. Je důležité, aby vztah mezi edukantem a edukátorem byl v této oblasti založený na spolupráci a důvěře. Největší potenciál v léčbě hypertenze má opakovaná edukace a trpělivost v neustálém opakování, proč je celoživotní léčba nutně důležitá, jaké má výhody a že benefit z léčby je mnohonásobně větší než její nežádoucí účinky (Ludka, 2017).

1.3.4 Edukace pacienta s akutním onemocněním v ambulantní péči

Záněty horních cest dýchacích jsou nejčastějším onemocněním nejen v dětském věku. Dětský průběh onemocnění se oproti dospělým pacientům liší svým průběhem a frekvencí výskytu. Přiměřená a vhodná edukace, a především spolupráce rodičů dětí s lékařem a sestrou se významně podílí na příznivém průběhu onemocnění. Snahou lékařů je pomoci pacientovi zmírnit obtíže, eliminovat případné vyvolávající příčiny, vést správně léčbu a podílet se na edukaci, díky které je možné dojít k snížení počtu recidiv respiračních infekcí (Chmelařová, 2016). Většina těchto akutních respiračních infekcí je virového původu, která vyžadují podpurnou léčbu a léčbu příznaků. Bakteriálních infekcí oproti těm virovým není tolik a řeší se předepsáním antibiotické léčby. V České republice jsou většina tato onemocnění sezónního charakteru, a to nejčastěji od podzimu do jara. Tyto epidemie vyvolávají viry chřipky typu A a B. Proti chřipce se lze preventivně očkovat. Vakcína je ve většině případů účinná jeden rok, z důvodu schopnosti mutace virů. Vakcinace je doporučována převážně jedincům z rizikových skupin, jako například seniorům nebo onkologickým pacientům. V těchto obdobích se doporučuje užívání vitamínů C a D, antioxidantů, zinku nebo jódu. Hlavními zásadami prevence a chřipkové hygieny je nechodit na místa s velkým počtem lidí, mýt si opakovaně a pravidelně ruce, zvýšit příjem vitamínů, léčit příznaky, při kašli a kýchání si zakrývat nos i ústa, při kontaktu s větším počtem lidí nosit roušku, a hlavně je důležité onemocnění nepřecházet. V případě bakteriální infekce je nutné pravidelné užívání antibiotických léků (Dindoš, 2013).

Infekce močových cest jsou po respiračních onemocněních hned druhým nejčastějším infekčním onemocněním, které se v populaci vyskytují a se kterými pacienti přicházejí nejen do ordinací praktických lékařů, ale často přímo vyhledávají specialisty z urologického oboru v ambulantních i nemocničních zařízeních (Kohoutová, 2014).

Léčba močových infekcí musí být dostatečně účinná z pohledu citlivosti patogenu ke zvolené léčivé látce a zároveň musí být bezpečná z pohledu možného rozvoje sekundární bakteriální rezistence (Rutar, 2019). V oblasti edukace sestry v těchto případech edukují pacienty o důležitosti osobní hygieny v oblasti intimních partií a kladou důraz na pitný režim 2 až 3 litry tekutin denně (Kohoutová, 2014). Nejen akutní, ale i recidivující močové infekce patří k časně diagnostice v ordinaci praktických lékařů. U mužů se nejčastěji jedná o cystoprostatitidu a u žen o cystitidu nebo v obou případech, jak u mužů, tak u žen může vzniknout pyelonefritida. Léčbě recidivujících infekcí by mělo předcházet důkladné vyšetření pacientů, kde nejvíce zásadní je vyšetření moče na kultivaci a citlivost. Léčba infekce samotné není náročná, úspěch spočívá v režimových opatření, antimikrobiálními léky, a hlavně ve spolupráci pacienta po stránce jeho zvyklostí, kam lze zařadit příjem tekutin nebo nošení vhodného spodního prádla (Ryšánková, 2019).

1.3.5 Edukace o předoperační a pooperační péči sestrou v ordinaci praktického lékaře

Každému operačnímu výkonu, který probíhá v celkové anestezii předchází interní a anesteziologické vyšetření, díky kterému lékař zhodnotí, zda pacientův stav dovoluje danou operaci mohl podstoupit. Interní předoperační vyšetření může provést všeobecný praktický lékař nebo internista. V rámci předoperačního vyšetření lékař s pacientem projde jeho aktuální zdravotní stav, zeptá se na anamnézu, provede fyzikální vyšetření, EKG a odešle pacienta na laboratorní vyšetření krve, moči, krevní srážlivosti a dalších potřebných parametrů, které jsou uvedeny ve zprávě dle požadavků operátora. Následně praktický lékař pacientovi vystaví zprávu o interním předoperačním vyšetření, kde jsou zaznamenány i veškeré výsledky provedených vyšetření (VZP, 2023). Edukace pacientů je jedním z důležitých prvků poskytování nejlepší péče ve všech odvětvích zdravotnictví. V předoperační péči je jedním ze základních ošetřovatelských úkolů, již zmíněná edukace. Je jednou ze základních oblastí péče o pacienta, který podstupuje operační výkon. Díky edukaci lze poskytnout pacientovi přístup k informacím ohledně jeho zdraví, psychosociální podporu a šanci naučit jej určité dovednosti, již v předoperačním období. Předoperační edukace se týká různých druhů informací, včetně podrobností o postupu, předoperační přípravě, prostředí, pooperačních komplikací, podrobností o anestezii a možných výsledcích. Včasné zrušení operaci může být spojeno s účinností předoperační edukace. Díky efektivní edukaci je možné

pacientům zajistit přijatelnou předoperační přípravu, porozumět svému zdravotnímu stavu, snižovat úroveň strachu a úzkosti, účinně kontrolovat bolest, dosahovat optimálních výsledků a podílet se na sebeřízení (Almutary, Almashi, 2024). Poradenství a předoperační edukace jsou spojeny se sníženou mírou pooperačních komplikací. Díky trendu zkracování hospitalizace a využívání ambulantní chirurgie je možné se přispět k lepší předoperační edukaci, připravenosti pacientů, a i k dobré koordinaci mezi zdravotnickým systémem a pacientem (Koivisto et al., 2019). Znalost specifického přístupu, způsobu předání a množství edukačních intervencí je nedílnou součástí pro vývoj a implementaci účinné pooperační edukace. Pro správné poskytování edukačních intervencí je důležité pochopit vztahy mezi potřebami pacienta a jeho výsledky (Fredericks et al., 2010).

1.4 Primární péče

V primární péči dochází k prvnímu kontaktu občana se zdravotním systémem. V České republice je vymezen segment v rámci primární péče poskytující péči všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost. Prolínají se zde služby zdravotní a sociální. Je to komplexní koordinovaná zdravotně-sociální péče, která je poskytována zejména zdravotníky, jak na základě prvního kontaktu, tak i na základě kontinuálního dlouhodobého přístupu k jednotlivci (Seifert et al., 2023). Všeobecné praktické lékařství je základním oborem primární péče, který zajišťuje preventivní a léčebnou péči o svěřenou populaci. Zabývá se všemi kategoriemi problémů souvisejících se zdravím, bere zřetel na prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje a na socio-ekonomické faktory. Je pacientům dostupný ve smyslu místní, časové, kulturní i ekonomické (Košta, 2013). Dle zákona číslo 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se v paragrafu 7, je v odstavci jedna uvedeno, že ambulantní péče je zdravotní péčí, při které se nevyžaduje hospitalizace ani přijetí pacienta do lůžkové části zdravotnického zařízení. V odstavci dvě je uvedeno, že ambulantní péče je poskytována jako péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, léčebné, diagnostické a posudkové péče. Dále mohou být poskytovány konzultace, zajišťuje koordinaci a návaznost poskytovaných zdravotnických služeb poskytovateli jinými. Ve třetím odstavci tohoto zákona je uvedeno, že součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, a i v oboru všeobecné praktické lékařství je vždy návštěvní služba (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011). Primární péče je soubor činností, které souvisejí

s prevencí, podporou zdraví, léčením vyšetřováním, ošetřováním i rehabilitací. Všechny tyto prováděné činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí klienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (Seifert et al., 2023). Dochází také ke spolupráci s ostatními obory. Úkolem všeobecného praktického lékařství je soustavné shromažďování zdravotnických informací a koordinace specializovaných služeb u jednotlivých klientů. Hlavním cílem tohoto oboru je zprostředkovat občanům zdravotní a lékařskou péči, která v praxi odpovídá současně dosažitelným poznatkům vědy a poskytovat ji způsobem, který odpovídá kulturní společenské vyspělosti, a to buď za pomoci vlastních sil na úrovni primární péče, nebo prostřednictvím efektivního využívání specializovaných služeb (Košta, 2013). Termín primární péče je podmnožinou péče komunitní, která zajišťuje komplexní služby na úrovni komunity. Znamená to tedy, že komunitní péče poskytuje intervence a podporu na správné úrovni a ve správné podobě klientům tak, aby dosáhli co největší úrovně nezávislosti a kontroly nad svým vlastním životem. Primární zdravotní péče souvisí s péčí o zdraví a je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro primární péči je charakteristická její přímá dostupnost a otevřenost, bez ekonomických geografických nebo kulturních bariér a schopnost porozumět potřebám občanů a reagovat na ně. Pro systém zdravotní péče a společnost představuje místo pro uspokojování základních zdravotních potřeb populace a je i zároveň místem pro rozhodování o racionálním využívání služeb nákladnějších a specializovaných. Rovněž přispívá k udržitelnosti rozvoje péče o zdraví. Pokud dojde například při pandemických situacích k větší spotřebě zdravotní péče, je třídícím místem a primárním nárazníkem zdravotního systému. Primární péče a její význam ve zdravotnických systémech narůstá a koresponduje tak s obecnými trendy v péči o zdraví, které souvisejí především s přibýváním osob s chronickým onemocněním a se stárnutím lidské populace. Mezi obecné trendy v primární péči lze zařadit přesun zdravotnických služeb z nemocni do ambulancí, posun od kurativních výkonů k prevenci, zvyšování významu péče chronické vedle akutní, paliativní péče vedle vítězné, potřeba integrované zdravotní a sociální péče vedle péče socializované nebo je kladen důraz na sebedpěči a odpovědnost občanů za své zdraví. Poskytovateli primární zdravotní péče v České republice jsou všeobecní praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, ambulantní gynekologové, stomatologové, agentury domácí péče, lékárny či lékařské služby první pomoci (Seifert et al., 2023). Všeobecný praktický lékař poskytuje soustavnou zdravotní péči nejen všem registrovaným klientům, ale i neodkladnou péči všem občanům,

bez ohledu na jejich trvalé bydliště, rasu, pohlaví, vyznání či věk. V potřebném rozsahu provádí základní ošetření a vyšetření, diagnostiku, diferenciální diagnostiku, prevenci, léčbu a posudkovou činnost u všech onemocnění. Určuje, zda onemocnění zvládne léčit sám, zda je potřeba dalších konziliárních vyšetření, případné předání klienta k dispenzarizaci specialistovi nebo zda je nutná hospitalizace, kdy následně zabezpečuje péči o pacienta po propuštění z nemocničního zařízení. Společně ve spolupráci s hygienickými stanicemi a jejich pracovníky se podílí na tvorbě a realizaci hygienických a protiepidemických opatření (Košta, 2013). Praktičtí lékaři také spolupracují s agenturami domácí péče a sami často poskytují návštěvní službu svým pacientům (Šuplerová, Machová, 2013).

1.4.1 Úloha a kompetence sestry v primární péči

Sestra byla tradičně považována za člena ošetrovatelského týmu, který poskytuje pacientům základní péči. V sesterské profesi vnikly a stále se rozšiřují nově odpovědnosti, které vycházejí z orientace profesní činnosti sestry na celek lidského zdraví. Figurují zde činnosti, které se vztahují k mentální hygieně, kdy sestra poskytuje pomoc při zdolávání či vyrovnání se s nemocí. Další její funkcí je funkce vychovatele. Na I. evropské konferenci o ošetrovatelství, která se konala ve Vídni v roce 1988, byla zdůrazněna role sestry v podmínkách realizace strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Uvádí se zde, že sestra má působit jako partnerka při rozhodování a plánování služeb, měla by být podporovatelkou jednotlivce, rodiny i komunity, aby se více zaměřovali na péči o své zdraví a měli správné informace o příznivých i nepříznivých důsledcích různých typů chování. Dále také, aby měli přehled o výhodách a nákladech při volbě určité péče. Touto konferencí se zdůraznila úloha ošetrovatelské péče v primární péči a že inovované ošetrovatelské služby se mají rozvíjet a více se zaměřovat na zdraví než na nemoc. Mezi hlavní zásady sester pracujících v primárním zdravotnické péči patří upevňování a ochrana zdraví, prevence, zahraňovat jednotlivce, rodiny, ale i veřejnost do péče a umožnit jim vzít na sebe větší zodpovědnost ohledně jejich zdraví, uspokojování potřeb celé populace, především u těch, kteří mají nedostatečnou péči, zajišťování kvality péče, využívání technologií a víceoborová spolupráce (Bártlová, 2005). V moderní primární péči se klade důraz a vyžaduje se vysoká úroveň kompetencí všeobecných sester, spolupráce a sdílení péče všech jejich poskytovatelů. Na všeobecnou sestru pracující v ordinaci praktického lékaře, jsou kladeny vysoké nároky, jako je například plynulý a bezchybný chod praxe, podmínky

pro vytváření kvalitní péče a další organizační, administrativní a odborné úkoly. Sestry, které pracují ať už v ambulantním provozu nebo u praktických lékařů, patří do vyhraněné profesní skupiny s velmi specifickou filozofií práce, kterou vykonávají. Musí často potlačovat své postoje a nálady, reakce na provokace, adrenalin z vyhocených situací, pocity přízně i nechuti a díky tomu tak prokazovat svou profesionalitu. Sestra je v ideálním případě vysoce vzdělanou profesionálkou, která spolehlivě a s přehledem zvládá každodenní problémy v praxi. Je loajální ke svému lékaři, nemá konflikty a komunikační problémy se svými pacienty a sama usiluje o co nejvyšší kvalitu praxe. Zkušená sestra působí v několika rolích současně, které musí plynule zvládat. Co se týče jejích kompetencí, ty ve většině případů a do značné míry závisí na dohodě s lékařem, které se odvíjejí od kvalifikace a praxe sestry. Zásadní jsou také její volní vlastnosti, jako je loajalita, spolehlivost, flexibilita, které lékař zná a pracuje s nimi. Konkrétní kompetence sester pracujících v ordinacích praktických lékařů nejsou pevně dány a vznikají postupně během let jejich spolupráce (Vojtíšková, 2006). Dobře spolupracující, motivovaná a vzdělaná všeobecná sestra je neocenitelným partnerem lékaře ve zdravotní výchově pacientů. Dle požadavků lékaře může edukovat pacienta o vhodném stravování a dodržování dietních opatření, o způsobu užívání léků, například o zavádění čípků či o inhalační léčbě (Seifert et al., 2023). Kompetentní registrované sestry v primární péči, které poskytují péči ve spolupráci s dalšími klinickými lékaři, s lékaři rodinnými a všeobecnými sestrami, pomáhají řešit naléhavé problémy s nimiž se pacient potýká v systému zdravotní péče, včetně rostoucích nákladů na péči, stárnutí populace, zvyšování prevalence chronických onemocnění a nárůst pacientů s komplexními potřebami zdravotní péče (Lukewich et al., 2020). Dle vyhlášky číslo 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se v paragrafu 4, v prvním odstavci uvádí, že všeobecná sestra v rozsahu své odborné způsobilosti, bez indikace lékaře a jeho odborného dohledu poskytuje zdravotní péči v souladu s předepsanými standardy a předpisy, vede zdravotnickou dokumentaci, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, poskytuje pacientovi informace v souladu se svými kompetencemi a způsobilostí, případně tlumočí pokyny lékaře. Dále také zajišťuje ochranné pomůcky, potřebný zdravotnický materiál na běžné ošetření v ordinaci, sleduje chod přístrojů a zařízení nutných pro provoz ordinace a v případě potřeby zajišťuje opravy. Edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a může pro ně připravovat informační materiály. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta a identifikuje potřebnost

spolupráce se sociálním či zdravotně-sociálním pracovníkem (Vyhláška č.55/2011 Sb., 2011). Rovněž také vytváří pozitivně a esteticky působící prostředí v čekárně, ale i samotné ordinaci (Vojtíšková, 2006). Dále dle vyhlášky číslo 55/2011 Sb. v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může sestra samostatně bez odborného dohledu a indikace lékaře provádět sběr anamnestických dat a údajů, sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce, přípravu pacientů k léčebným a diagnostickým procedurám, orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, spolupracovat se sociálními pracovníky, poskytovat psychickou podporu, manipulovat a ukládat léčivé přípravky, edukovat nebo vyšetřovat biologický materiál získaný neinvazivní cestou, jako je moč, stolice nebo odběr kapilární krve. Dle indikace lékaře a odborného dohledu při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a dispenzární péče sestra zajišťuje ošetrovatelskou péči a podílí se na léčbě pacienta. Podává léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, provádí návštěvní služby u pacientů, odebírá biologický materiál či provádí ošetření akutních a pooperačních ran. Všeobecná sestra může odstraňovat stehy u primárně hojících se ran. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může rovněž dle odstavce 6 vyhlášky číslo 55/2011 Sb. v rozsahu své odborné způsobilosti provádět poradenství a výchovu v oblasti podpory zdraví a zdravého způsobu života, včetně prevence vzniku a šíření onemocnění (Vyhláška č.55/2011 Sb., 2011). K profesionalitě nejen sestry pracující v primární péči patří hlavně empatie, pochopení, lidskost a laskavost. Aktivně komunikuje, podporuje a dodává odvalu se svěřit lékaři se všemi obtížemi co pacienta trápí a o kterých se stydí mluvit. Edukuje a instruuje pacienty před diagnostickými vyšetřeními a díky tomu jim dodává pocit sebejistoty. Má však i roli administrativní, kdy přebírá, kompletuje, připravuje a archivuje zdravotnickou dokumentaci, registruje nové pacienty, zakládá zprávy a výsledky, vypisuje žádanky, inkasuje platby v hotovosti za výkony vyžádané samotným pacientem, vystavuje faktury za vyšetření provedená lékařem včetně faktur na žádost organizací, jako například Policie České republiky (Vojtíšková, 2006).

1.4.2 Agentury domácí péče

V rámci domácí péče edukační proces probíhá přímo u pacienta v pro něj přirozeném domácím prostředí, které je mu příjemné. Ve většině případů dochází k navázání vztahu důvěry mezi sestrou a pacientem z důvodu opakovaných a pravidelných návštěv, což vede k předpokladu aktivní účasti a spolupráce v procesu sebepéče. V tento moment má sestra ideální podmínky k využití svých edukačních schopností (Šulistová, Trešlová,

2012). V zákoně číslo 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v paragrafu 10 zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí je uvedeno, že péči, která je poskytována v pacientovi vlastním sociálním prostředí může poskytovat domácí péče či návštěvní služba, kdy v rámci poskytování zdravotní péče lze v domácím prostředí vykonávat pouze takové výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno věcným a technickým vybavením nutným k jejich provedení v nemocničním zařízení. Domácí péče je stále vyvíjející se oblastí zdravotní péče, kdy výkon sestry a ostatních členů týmu, jejich pomoc a podpora musí být vždy zaměřena ve prospěch pacienta. Jedná se o vysoce kvalifikovanou odbornou formu zdravotní péče, která je zaměřena především na prevenci, podporu, udržení a navrácení zdraví nejen jedince, ale i rodin a osob mající společné sociální prostředí. Tato péče je poskytována multidisciplinárním týmem (Strnadová et al., 2020). Zdravotní péče prováděna u pacientů v domácím prostředí je poskytnuta pacientům na základě doporučení praktického lékaře či ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Domácí péče je zaměřena především na podporu a udržení zdraví, rozvoj soběstačnosti nebo také zmírňovat utrpení pacientů s nevyléčitelným onemocněním a zajištěním klidného umírání a smrti (Šuplerová, Machová, 2013). Péče poskytována v domácím prostředí je indikována pacientům, u kterých je nutné zajistit následnou dlouhodobou nebo paliativní péči. Je poskytována jedincům různého věku, včetně dětí, s různými diagnózami a obsah je vymezen dle jejich individuálních potřeb. V plném rozsahu respektuje celistvost pacienta a jeho individuálním vnímáním kvality života a s jeho vlastním sociálním prostředím. Cílem domácí péče je zajistit maximální dostupnost, kvalitu, rozsah a efektivitu péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Všeobecná sestra pracující v agentuře domácí péče má zcela samostatnou roli při poskytování vlastní ošetrovatelské péče v domácím prostředí pacienta. To znamená, že všeobecná sestra k péči o potřeby pacienta nepotřebuje indikaci lékaře a ani nevykonává činnosti pod jeho odborným dohledem (Strnadová et al., 2020).

1.4.3 Seběpěče, prevence a podpora zdraví

Pojem seběpěče je možné chápat jako péči, kterou provádí lidé sami na sobě bez přímé intervence zdravotníka ve zdraví i v nemoci. Do seběpěče ve zdraví lze zahrnout prevenci nemocí a úrazů a ochranu a podporu svého stávajícího zdraví. Patří sem zdravý životní styl, pravidelné fyzická aktivita, správná strava, zdravý sexuální život, prevence infekčních onemocnění a s tím spojené podstoupení preventivního očkování, účast

na preventivních prohlídkách u praktického lékaře, nekouření a prevence úrazů. V sebekpěči v nemoci jde především o samoléčbu akutních nezávažných běžných onemocnění, jako je nachlazení, kašel, rýma či ošetření drobných poranění. Do sebekpěče lze zařadit self-monitoring nebo také samosledování u chronicky nemocných pacientů. Patří sem například pravidelné měření krevního tlaku u hypertoniků nebo měření glykemie u pacientů s onemocněním diabetes mellitus. Sebekpěče v nemoci může zahrnovat i poskytnutí laické první pomoci nebo instruovanou kpěči rodiny o dlouhodobě nemocného. Profesionální edukace o sebekpěči vychází z nejnovějších vědeckých poznatků a je významnou součástí celkové zdravotní kpěče v celé populaci. Je podmínkou dobře ekonomicky fungujícího zdravotnického systému, a především předpokladem dobrého zdravotního stavu populace (Seifert et al., 2023).

Využití preventivních služeb je spojeno se snížením úmrtnosti a nemocnosti, zejména v oblasti chronických onemocněních, infekčních onemocněních, rakoviny, zneužívání návykových látek a duševního zdraví (Fowler et al., 2020) Prevence je základním kamenem v kpěči o všechny klienty a pacienty. Při dodržování a důsledných provádění preventivních opatření dochází ke snižování rizikových faktorů a tím pádem i ke snižování výskytu osob s určitým onemocněním. Pokud v populaci dojde k ovlivnění preventabilních faktorů, může to znamenat velké snížení rizika a následně i mortality v celé populaci (Sovová et al., 2023). Prevence je integrální součástí poskytování lékařské kpěče. V primární kpěči prevence zahrnuje výchovu k podpoře zdraví, očkování proti přenosným chorobám, dispenzarizaci pacientů s vybranými onemocněními, systematickou preventivní činnost, realizovanou preventivními prohlídkami, včetně screeningových programů a příležitostní intervence na podporu zdraví a proti zjištěným rizikovým faktorům (Seifert et al., 2023). Přejchod od léčby onemocnění k prevenci může dojít ke snížení výskytu chronických onemocnění a tím snížit náklady na zdravotní kpěči (Fowler et al., 2020). Jedním z hlavních cílů vlády České republiky je organizace poskytování prevence. Proto dne 18.listopadu 2019 byl vládou České republiky schválen Strategický rámec Zdraví 2030, kde se Ministerstvo zdravotnictví rozhodlo vzhledem k epidemiologické situaci spojené s výskytem onemocnění covid-19, Strategický rámec Zdraví 2030 aktualizovat tak, aby byla kladen větší důraz na oblast podpory a ochrany veřejného zdraví. Zdraví 2030 plynule navazuje na Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí včetně příslušných akčních plánů a jejich implementace – Zdraví 2020. Základním zastřešujícím cílem

pro oblast zdravotnictví je zlepšující se zdraví všech skupin obyvatel. Zdraví 2030 tento cíl rozpracovává do tří strategických cílů – ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace, podpora vědy a výzkumu a optimalizace zdravotnického systému (Sovová et al., 2023). Primární prevence je zaměřená na podporu zdraví a předcházení nemocí, kdy doporučení vycházejí ze znalosti rizikových faktorů nejčastějších chorob a efektivity intervencí, které je mohou ovlivnit. Je zaměřena především proti civilizačním chorobám s největším podílem na mortalitě a morbiditě, kardiovaskulárním chorobám, diabetu mellitu, chronickým onemocněním ledvin a nádorovým onemocněním. Praktický lékař se ve své praxi soustředí zejména na zlepšení životního stylu, ale také na protiúrazovou prevenci, poradenství k oddalování degenerativních změn pohybového aparátu nebo se může zaměřit na prevenci poruch duševního zdraví či na prevenci infekčních onemocnění, proti kterým lze preventivně očkovat. Všeobecný praktický lékař provádí preventivní prohlídky při převzetí pacienta do péče a pak v pravidelných intervalech po dvou letech. Při preventivní prohlídce lékař zjišťuje anamnézu nebo jí aktualizuje, provádí fyzikální vyšetření včetně vyšetření smyslových a v daných intervalech základní laboratorní a přístrojové vyšetření. Cílem preventivních prohlídek je rozpoznání a ovlivnění rizikových faktorů, časná diagnostika závažných onemocnění a stanovená dalších potřebných opatření, jako je například další kontrola. Možnosti preventivních prohlídek hrazených z veřejného zdravotního pojištění, využívá v současné době zhruba třetina celé populace. Očkování je jedním z nákladově nejefektivnějších a nejúčinnějších preventivních opatření. V ordinacích praktických lékařů se zajišťuje zejména pravidelné očkování proti tetanu hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, nejčastěji v intervalu deseti až patnácti let. U občanů starších 65 let a občanů z rizikových skupin, hradí pojišťovny každoročně očkování proti chřipce. Dále praktický lékař nejčastěji očkuje proti žloutenkám typu A a B a klíšťové encefalitidě. Může také podávat vakcíny cestovatelům v rámci profylaxe. Prevence sekundární zahrnuje ovlivňování již vzniklého onemocnění a včasný záchyt onemocnění nového. Například pacienti s již diagnostikovaným aterosklerotickým nebo metabolickým onemocněním patří mezi prioritní skupiny pro sekundární preventivní intervence. V tomto případě jde převážně o režimová opatření v nejširším slova smyslu od zanechání kouření, dodržování zásad zdravé výživy, mít přiměřenou pohybovou aktivitu, kontrolovat tělesnou váhu až po dodržování medikamentózní léčby. Sekundární prevence vyžaduje velice dobrou spolupráci pacienta s jeho lékařem. V případě nádorových onemocnění je klíčovou úlohou praktického lékaře přispívat

k jejich časnému odhalení. Lékař edukuje pacienty především v tom, aby věnovali pozornost varovným známkám, jako je například krev ve stolici či moči, hmatná rezistence neznámého původu, nevysvětlitelný úbytek hmotnosti nebo trvalá bolest. Praktický lékař má rovněž zásadní roli ve screeningových protinádorových programech. Do screeningu kolorektálního karcinomu, lékař zařazuje pacienty od padesáti let, kdy se jim v ročních a následně dvouletých intervalech vydává test na okultní krvácení. Pacienti s pozitivním testem jsou následně odesíláni na kolonoskopii. Při screeningovém vyšetření rakoviny prsu odesílají gynekologové a praktičtí lékaři pacientky straší 45 let ve dvouletém intervalu na mamografické vyšetření. Terciární prevence se v podstatě kryje se zásadami uvedenými u sekundární prevence, ale především zahrnuje opatření, po již proběhlé atace onemocnění. Kvartérní prevence definovaná Světovou organizací praktických lékařů World Organization of National Colleges and Academies (WONCA) je soubor opatření k identifikaci a ochraně pacientů ohrožených nadměrným léčením a vyšetřováním a doporučení jim jen takových intervencí, které jsou přijatelné eticky (Seifert et al., 2023).

1.4.4 Životní styl

K nejdůležitějším hodnotám života každého člověka patří zdraví. Není samo o sobě cílem života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného života, protože jsme-li zdraví, můžeme pracovat a realizovat své životní plány a přání (Machová, Kubátová, 2016). O zdraví můžeme říci, že je stavem úplné fyzické, sociální a duševní pohody, a ne pouze nepřítomnost vady nebo nemoci. Fyzické zdraví, je bráno jako nepřítomnost nemoci nebo vady. Sociální zdraví umožňuje jedincům zvládat jejich sociální role a navazovat kontakty. Duševní zdraví je zásadním kritériem kvality života, kdy umožňuje jedinci vnímat smysluplnost života. Zdraví představuje subjektivní vnímání, které nemusí být v souladu s objektivním zjišťováním stavu jedince. V Ústavě České republiky je zdraví stanoveno jako jedno ze základních lidských práv (Hamplová, 2020). Zdraví však není významnou hodnotou individuální, ale má i hodnotu společenskou, neboť je zdrojem pro sociální a hospodářský rozvoj společnosti. Základní podmínkou zdraví je vyvážená a optimální funkce organismu v oblasti biologické, psychické a sociální. Umožňuje vyrovnat se s nároky vnějšího i vnitřního prostředí bez narušení základních životních funkcí. Porucha zdraví, nebo také nemoc, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho schopnosti a možnosti vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky zevního i vnitřního životního prostředí bez porušení životních

funkcí. Je to tedy porucha adaptace člověka, která je způsobena selháním nebo nedostatečností adaptivních mechanismů na podněty prostředí. Zdraví každého člověka je determinováno kladným i záporným působením nejrůznějších faktorů (Machová, Kubátová, 2016). Determinanty zdraví jsou podmínky a jevy, které výrazně ovlivňují zdraví (Hamplová, 2020). Tyto determinanty lze rozdělit na vnitřní – genetická výbava a vnější – životní styl, kvalita pracovního a životního prostředí a zdravotnické služby (Machová, Kubátová, 2016). Mezi základní determinanty zdraví tedy patří v 50 % životní styl, v cca 15-20 % faktory životního prostředí, cca 10-15 % genetické faktory a v cca 10-15 % zdravotnické služby, jejich kvalita, efektivita a dostupnost. Jde o širokou škálu faktorů, ať už sociálních, osobnostních či ekonomických. Zdravotní stav každého člověka je závislý na jeho znalostech, vědomostech, dovednostech a na aktivní péči o vlastní zdraví. Úlohou všech zdravotníků je poskytování kvalitních informací, jak o své zdraví nejlépe pečovat. Zdraví jednotlivce, příslušníků určité komunity a všech příslušníků vybrané populační skupiny tvoří základní úroveň kvality veřejného zdraví (Hamplová, 2020). V konečném výsledku může být působení všech faktorů pozitivní, zdraví posilující a chránící, nebo naopak negativní, zdraví oslabující nebo nemoc vyvolávající (Machová, Kubátová, 2016).

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Zahrnuje formy dobrovolného chování v určitých životních situacích, které jsou založena na individuálním výběru z různých možností, kdy je možné se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se jedinci nabízejí a může odmítnout ty, které zdraví poškozují. Jedná se tedy o souhrn dobrovolného chování a životní situace. Rozhodování jedince o jeho chování není zcela svobodné, protože je většinou v souladu s tradicemi společnosti, rodinnými zvyklostmi, je limitováno ekonomickou situací vlastní, ale i státní a v neposlední řadě souvisí s jeho sociální pozicí. Záleží také na věku, vzdělání, temperamentu, zaměstnání, pohlaví nebo na hodnotové orientaci a postojích člověka. Jedinec by měl mít dostatečné znalosti o tom co jeho zdraví podporuje a upevňuje nebo mu škodí. Některé formy chování jsou škodlivé a vedou k poruchám zdraví. Z rozboru příčin nemocnosti a úmrtnosti vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují kouření, užívání drog, nesprávná výživa, nadměrná konzumace alkoholu, nízká pohybová aktivita, rizikové sexuální chování a nadměrná psychická zátěž. Většina těchto negativních faktorů, ale nepůsobí samostatně, ale ve vazbě na jiné faktory životního stylu (Machová, Kubátová, 2016). Faktory životního stylu lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory životního stavu se

řadí psychologické faktory, zdravotní stav a zdravotní gramotnost. K vnějším faktorům, které ovlivňují životní styl se řadí faktory ekonomické, sociální, geografické, etnická příslušnost, rodinné vlivy, pracovní podmínky a úroveň vědeckého, zejména medicínského poznání. Zdravý životní styl a způsob života zahrnuje především pravidelný denní režim s dodržováním zásad zdravé životosprávy, kam lze zařadit dostatek spánku a odpočinku, pravidelné a zdravé stravování, dostatek pohybové aktivity, dodržování osobní hygieny, ale i psychickou pohodu zejména v mezilidských vztazích (Hamplová, 2020). V současné době, za pomoci ohromného technického pokroku se zásadně změnil životní styl obyvatel vyspělých zemích a mnoho lidí začalo vést převážně sedavý způsob života. Životní styl mnoha lidí se soustřeďuje převážně na neustálou honbu za novými věcmi, úspěchem, penězi a mocí. Zhoršily se rovněž mezilidské vztahy. Lidé žijí v neustálém spěchu, nemají dostatek času sami na sebe, na rodinu, děti a často vytvářejí stresové situace, které bývají nejčastější příčinou rozpadu celé rodiny (Machová, Kubátová, 2016).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit, jakým způsobem sestry pracující v primární péči edukují a motivují své klienty, ke změně životního stylu.

Zjistit, v jakých oblastech nejčastěji sestra provádí edukaci klientů v rámci primární péče.

2.2 Výzkumné otázky

Jakým způsobem provádějí edukaci sestry pracující v primární péči?

V jakých oblastech nejčastěji sestra pracující v primární péči edukaci provádí?

3 Metodika

3.1 Popis metodiky a techniky sběru dat

Diplomová práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, kdy data byla sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl zaměřen na všeobecné sestry pracující v primární péči (Příloha 1). Před zahájením výzkumného šetření byly sestry dotazované, zda se výzkumného šetření budou mít zájem zúčastnit a následně s nimi byla sjednaná osobní schůzka. Všichni informanti byli s výzkumným šetřením seznámeni a ujištěni, že při zpracování dat bude zachována jejich anonymita. Rovněž informanti souhlasili s tímto rozhovorem i s následujícím zpracováním dat pro diplomovou práci. Rozhovor byl veden se sestrami pracujícími v ordinacích praktických lékařů.

Sběr dat probíhal na přelomu měsíců února, března 2024 a rozhovory trvaly přibližně 15 až 20 minut. Rozhovory byly se souhlasem informantů nahrávány na diktafon a následně byly přepsány do písemné elektronické podoby. Výsledky výzkumného šetření byly vyhodnoceny otevřeným kódováním metodou „tužka a papír“. Z kódů bylo následně vytvořeno sedm kategorií, které byly doplněny o přímé citace informantů, které jsou pro lepší přehlednost v textu vyznačené kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v ordinacích praktických lékařů. Teoretické saturace bylo dosaženo při počtu dvanácti sester. Ty jsou v diplomové práci označeny písmeny S a čísla 1 až 12 (S1 až S12), dle pořadí provedení výzkumu.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka č. 1 – identifikační údaje

Sestra	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe u praktického lékaře	Jiná pracovní zkušenost (kde, jak dlouho)
S1	66 let	SZŠ	30 let	RHB (rok), plicní (rok), evidence pacientů (15 let)
S2	30 let	VŠ – Bc.	3 roky	GASTRO (rok), odběrová laboratoř (2 roky)
S3	23 let	VŠ – Bc.	2 roky	Žádná
S4	53 let	SZŠ	25 let	INT (3 roky), ADP (3 roky)
S5	71 let	SZŠ + 2 akreditace	6 let	INT JIP (2 roky), ARO (10 let), nukleární medicína (16 let)
S6	24 let	VŠ – Bc.	4 roky	Žádná
S7	54 let	SZŠ	24 let	Odborné ambulance (20 let)
S8	43 let	VOŠZ – DiS.	5 let	CHIR (15 let)
S9	35 let	VŠ – Bc.	1 rok	ARO (8 let)
S10	60 let	SZŠ	14 let	ORL (3 roky), neonatologie (10 let)
S11	24 let	SZŠ s maturitou	2 roky	ONP (2 roky)
S12	26 let	SZŠ s maturitou	6 let	ONP (rok)

(Zdroj: vlastní)

Zkratky v této tabulce viz. seznam zkratk.

4.2 Kategorizace výsledků

Tabulka č. 2 – seznam kategorií

Kategorizace výsledků	
Kategorie 1	Oblasti edukace
Kategorie 2	Realizace edukace
Kategorie 3	Motivace a význam edukace
Kategorie 4	Zpětná vazba a reedukace
Kategorie 5	Znalosti sestry v oblasti edukace
Kategorie 6	Spolupráce s lékařem

(Zdroj: vlastní)

Na základě odpovědí informantek a pomocí otevřeného kódování metodou „tužka a papír“ jsem vytvořila šest kategorií. Do první kategorie jsem zahrнула odpovědi, které se týkají oblastí edukační činnosti sester pracujících v primární péči. Druhá kategorie je zaměřena na realizaci edukace samotné. Ve třetí kategorii se zajímám, jak sestry motivují své pacienty ke spolupráci při edukaci, ale i k motivaci spojenou s udržováním jejich zdraví. Do třetí kategorie jsem společně s motivací zahrнула i význam edukace. Čtvrtá kategorie je zaměřena na zpětnou vazbu od pacientů po absolvování edukace a na jejich případnou reedukaci. V páté kategorii jsem zjišťovala obecné znalosti sester v oblasti edukace. Poslední, šestá kategorie je zaměřena na spolupráci sestry s lékařem při provádění edukační činnosti.

1. Kategorie – Oblasti edukace

V první kategorii se zaměřuji, v jakých oblastech nejčastěji sestry v ordinacích praktických lékařů edukují své pacienty. Sester jsem se zeptala, v jaké oblasti nejčastěji své pacienty edukují. Informantky S1, S2, S4, S5, S6 uvedly, že nejčastěji edukují v oblasti diabetu mellitu, hypertenze a zvýšeného cholesterolu. S3 uvedla, že její edukace nejčastěji probíhá v oblasti užívání léků a předoperačních vyšetření. Informantky S4 a S5 uvedly, že edukují ještě ohledně dny a obezity. Informantky S5, S6, S7 a S9 se zaměřují také na pravidelné očkování, ať už se jedná o covid-19, klíšťovu encefalitidu, chřipku nebo přeočkování na tetanus. *„Obezita, diabetes, cholesterol, očkování, ale u toho očkování je edukace prostě jasnou součástí, vždy když aplikuji to sérum, tak mu musím podat patřičný vysvětlení, jaký může mít následky, příznaky jak*

místní, tak celkově, za jak dlouho se mohou objevit, kdy skončí a tak, to je prostě samozřejmost.“ (S5) S10 uvádí problematiku respiračních onemocnění. *„U nás hodně frčí respirační onemocnění, to je taky největší důvod návštěv a telefonátů.“* (S10) Informantky S6 a S11 uvádějí i edukaci v prevenci a celkově ke zlepšení životního stylu jejich pacientů. *„Edukujeme v oblastech pro zkvalitnění životního stylu, jako je stravování a u seniorů převážně o stavu hydratace.“* (S6) Informantky S6, S7 a S8 také zmiňují edukaci v oblasti péče o rány. Informantky S6 a S12 uvádějí i screeningové vyšetření a záchyt onkologických onemocnění, nejčastěji v oblasti preventivních testů na okultní krvácení ze stolice. *„Snažíme se podpořit screening různých záchytů vážnějších onemocnění, třeba u nádorů, máme tady v ordinaci přístroj na rozeznání okultního krvácení, tak to je fajn, většinou je poučím, jak mají provést odběr vzorku a my to tu pak strčíme do stroje a máme výsledek.“* (S6)

Sester jsem se dále zeptala na otázku, jak by konkrétně edukovali pacienta v oblasti hypertenze. Všechny informantky odpověděly téměř stejně. Informantky S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9 a S10 odpověděly, že by pacient měl dodržovat pravidelnou medikaci, mít dostatek pohybu, omezit kávu, omezit solení a tučná jídla, dodržovat dietu, aby se snažil vyhýbat se stresu a kouření a aby měl dostatek spánku. *„Cukrovka a vysoký tlak nebolí, ale následky jsou velký, třeba poškození srdíčka, cévy se zanesou, ale jak říkám, každý je strůjcem svého zdraví.“* (S5) S10 ještě dodala, že poučuje o pravidelném měření krevního tlaku a jeho zápisu. *„Ať si pravidelně měření tlak, zeptám se ho jestli má doma tonometr, pokud ne doporučím jeho pořizování, dále aby se tedy pravidelně měřil, máme tu na to i takové letáčky, kde jsou napsané časy ráno, dopoledne, večer, kdy se má měřit, je tam kolonka, takže si tam ten naměřený tlak může zapsat a při kontrole nám to donést a ještě ho poučuju, že pokud se tlak nějak rapidně zvýší, tak ať volá.“* (S10) Informantky S7, S8, S11 a S12 odpověděly, že edukaci v oblasti hypertenze provádí lékař.

Dále jsem se sester zeptala, jaký je nynější největší problém kvůli, kterému edukaci provádějí. Informantky S1, S2 a S5 odpověděly, že je to stále dokola ohledně již zmíněného diabetu, hypertenze, obezity a zvýšeného cholesterolu. S1 dodává, že nyní je veliký trend edukace v oblasti pohybového aparátu a spánku. Informantky S3, S4, S6, S8, S10, S11 a S12 sdělily, že nejaktuálnější problém kvůli, kterému edukují je černý kašel. *„Ted' je to hodně edukace ohledně černého kašle, co se týče třeba izolace od rodiny, lidi se bojí, hodně se tohle ptají, taky v souvislosti s tím se ptají i na*

očkování.“ (S3) „Černý kašel, ten je teď top, ale musím říct, že jsem ráda, že máme všechny výsledky negativní, ale je to hrozný psycho, před dvěma lety všichni volali, že mají příznaky covidu a letos, že mají všechny příznaky černého kašle.“ (S4) „U nás je momentálně poptávka po očkování na černý kašel, ale na to samozřejmě nejsou vakcíny, takže bohužel.“ (S10) S7 a S9 se shodly, že z důvodu letní sezóny, momentálně nejvíce edukují ohledně klíšťové encefalitidy.

2. Kategorie – Realizace edukace

V druhé kategorii jsem se zaměřila na samotnou realizaci edukace. Zjišťovala jsem například v jakém prostředí sestry u praktických lékařů edukaci provádějí, kolik mají času na jednoho pacienta nebo zda pacientům stanovují edukační cíle a pomáhají jim tak k jejich splnění. Sestrám jsem položila otázku, jak často edukaci provádí a moje doplňující otázka zněla kolikrát denně například. Všechny informantky odpověděly, že edukaci provádějí každý den a na doplňující otázku mi nebyly schopny odpovědět. „Tohle je široký pojem, jak často, každý den no, furt, máme hodně pacientů, hodně taky záleží kolik pacientů nám zrovna ten den přijde, takže se nezlobte, ale nemohu vám udat přesné číslo.“ (S7)

Zjišťovala jsem také za pomoci, jakých metod sestry svoje pacienty nejčastěji edukují. Všechny informantky se opět shodly na odpovědi. Nejčastěji edukují za pomoci slovní metody, pomocí rozhovoru. S2, S8, S10, S11 a S12 udávají ještě metodu demonstrační, kdy pacientům například ukazují správnou aplikaci inzulínu, ať už inzulínovým perem nebo inzulínkou nebo také aplikaci antikoagulancií. „Hodně lidí k nám chodí třeba z nemocnice, že jim pořádně neukázali, jak si mají aplikovat Clexane, tak to jim ukazujeme, většinou první dávku jim tu dáme my, ukážeme jim to, poučíme, hlavně ohledně dezinfekce, čistoty okolo místa vpichu, že je důležitý si před aplikací umýt ruce a tak, no a pak si to už doma píchají sami.“ (S10) S3, S4 a S7 při edukaci používají rovněž metodu demonstrační, ale zaměřují se spíše na ukázkou různých obrázků, diet, které jim slovně popisují nebo doporučují odkazy na ověřené internetové zdroje.

V návaznosti na předchozí otázku jsem se sester zeptala, jaké edukační materiály nejčastěji při edukaci používají. Všechny informantky se opět shodly, že jako edukační materiál nejčastěji používají informační letáky a brožury od různých firem. „Máme tu různé brožury, od Hartmanna tady máme hodně edukačních materiálů, někdy sama něco vytisknu a donesu.“ (S3)

Dále jsem se sester zeptala, zda edukují své pacienty jednorázově nebo ve více sezeních. Informantky S1, S2, S3, S7, S8, S9, S11 a S12 odpověděly, že edukují jednorázově, většinou z důvodu nedostatku času na pacienty. S4, S5 a S10 naopak opověděly, že edukují pacienty opakovaně, při každé návštěvě jejich ordinace. S4 dodala, že jednorázově většinou edukuje pacienty po telefonu, když potřebují poradit například při bolestech v krku či při zvracení. *„Když se nad tím zamyslím, tak je vlastně edukuju pokaždé co přijdou, takže jakoby ve více sezeních. Jednorázově většinou po telefonu, když volají, že je třeba bolí v krku, tak jaký cucání si na to mají koupit nebo když je bolí břicho a zvrací, tak jim doporučím třeba Coca-colu po lžičkách, když mají průjem tak jim řeknu, ať si zkusí uvařit rýži, a tak no.“* (S4) Informantka S6 uvádí, že edukuje jak jednorázově, tak ve více sezeních. Záleží dle druhu onemocnění či problematice kvůli které edukaci provádí.

Jaké věkové kategorie pacientů nejčastěji sestry edukují, byla moje z dalších otázek, které jsem sestrám pokládala. Všechny informantky se shodly, že jsou to lidé ve středním věku, nejčastěji od čtyřiceti let. S2, S3, S8 a S9 uvádějí také seniorskou věkovou kategorii, převážně kvůli zapomínání informací, které jim byli již dříve poskytnuty. Informantky S3, S5 a S7 uvedly také jako nejvíce edukovanou skupinu mladistvé, nejčastěji ve věku 19 až 25 let. S6 zdůraznila, že by se měli edukovat všichni pacienti a nikdo by neměl být opomíjený.

Sester jsem se zeptala kolik času mají na edukaci jednoho pacienta. Opět se všechny informantky shodly na tom, že moc času na pacienta nemají. Téměř většina odpovědí se pohybovala v rozmezí od pěti do deseti minut. Informantky edukaci provádějí v rychlosti a podávají jen ty nejnnutnější informace. S3, S9, a S12 uvádějí dokonce časové rozmezí pouhých tří minut. Informantky S6, S8 a S10 sdělily, že je to velice individuální, záleží na možnostech, věku, a především rozumových schopnostech pacienta. Přímou tak nelze určit čas, který pacientovi věnují. *„To je různý, obecně je na ně málo času, někdy mám 5 minut, někdy půl hodiny, záleží taky jaké informace pacient má od lékaře a jak je myšlenkově schopný a pokud není myšlenkově schopný musí přijít na řadu rodina a edukujeme je.“* (S8) *„Kolik si ho udělám, tolik ho mám, většinou moc ne, ale přímo časově omezená nejsem, s někým mluvím déle, s někým míň, taky podle věku a jak jsou chápavý.“* (S10) S5 dodala, že pacienty edukuje i během provádění rutinních výkonů, jako je měření krevního tlaku či odběru glykemie. *„Abych nahnala čas, tak třeba edukuju než jim změřím tlak, glykemii, glykovaný hemoglobin, tak to*

celou dobu probíráme, když vidím, že ta glykemie je vyšší, hned začnu připomínat to co by měli a neměli.“ (S5)

Dále jsem se sester ptala, jaké edukační cíle svým pacientům nejčastěji stanovují. Informantky S1, S2, S4, S9 a S10 odpověděly, že nejčastěji svým pacientům stanovují cíle ke zlepšení průběhu jejich onemocnění, zkvalitnění života, zlepšení životního stylu a celkově ke zlepšení jejich zdravotního stavu. *„Nejvíce asi aby díky té mojí edukaci došlo ke zlepšení jeho zdravotního stavu, celkově životního stylu nebo aby alespoň měli snahu o zlepšení a hlavně trpělivost, ne každému to jde hned.“ (S2)* S3 a S5 se zaměřují na váhu pacienta a stanovují, že při příští návštěvě bude mít pacient nejlépe o dva kilogramy méně. S6 podporuje pacienty k tomu, aby si svůj cíl stanovili sami a věnovali se mu. Pouze mu jej pomáhá správně zformulovat. S7 uvedla příklad, že v péči o ránu prvně stanovuje jednoduché cíle, jako je například správná bandáž končetiny, kterou pacienta naučí, on si dále bandáž provádí sám a pokud je ujistěna, že pacient bandáž provádí správně, stanovuje cíle obtížnější, jako je například převaz rány jako takový. S8 stanovuje cíle spíše jednodušší a konkrétnější, jako je například správné měření hladiny glykemie v domácím prostředí. Informantky S11 a S12 svým pacientům žádné edukační cíle nestanovují.

Sester jsem se také zeptala, kde, v jakém prostředí nejčastěji edukaci provádí. S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10 odpověděly, že edukaci provádějí ve své části ordinace. Ordinace praktického lékaře je většinou rozdělena na dvě místnosti – sesterskou a lékařskou část. *„Edukaci provádím v druhé části pracovny, my máme totiž jednu obří otevřenou místnost, jedna půlka je lékaře a druhá je moje.“ (S8)* Informantka S6 mi sdělila, že edukaci provádí v takzvané třetí místnosti, kde je přímo vytvořený edukační prostor se všemi potřebnými materiály. S11 a S12 edukaci provádí na sesterně či v odběrové místnosti, kde mají klid a pacienti mají i prostor pro dotazy.

Poslední otázka, kterou jsem zahrnula do této kategorie, je zaměřena kdy nejčastěji sestry v ordinacích praktických lékařů edukaci provádění. Informantky S2, S4, S5, S6, S7, S9 a S10 odpověděly, že edukaci provádějí během celého dne v rámci ordinačních hodin. S1 a S3 edukaci provádějí potom co pacient odejde od lékaře. *„Nejčastěji, když odchází od doktorky, vyslechnou si to z jedné strany a já mu to zopakuju, většinou ale vylezou a sami se začnou doptávat jestli třeba nevím co by bylo lepší nebo jestli třeba nemám zkušenost s něčím jiným, třeba s něčím přírodním nebo alternativním,*

s těmito dotazy chodí docela často a hlavně takový ty mladší.“ (S1) S8 uvedla, že edukaci provádí u objednaných pacientů v odpoledních hodinách, kdy na ně má vyhrazený čas. Informantky S11 a S12 edukaci provádí v momentě, kdy jim to určí lékař.

3. Kategorie – Motivace a význam edukace

Třetí kategorie je zaměřena na motivaci a význam edukace. Sestrám jsem pokládala otázky, díky kterým jsem se dozvěděla, jak motivují své pacienty a tím podporují význam edukace jako takové. Zprvu jsem začala otázkou, jaké změny sestry u svých pacientů po edukaci pozorují. Informantky S1, S3, S6 a S10 opověděly, že rády vidí vděčnost a snahu pacientů. S3 dodala, že pacienti nejsou tak zmatení a mají alespoň základní přehled o svých onemocnění. S6 zmiňuje také, že pozoruje kladné změny a reakce pacientů, kteří jim pravidelně dávají zpětnou vazbu. Informantky S2 a S7 udávají, že pokud si pacienti vezmou edukaci k srdci, jsou změny viditelné a pozitivní. S2 dodala, že je na pacientech hned vidět, že si z edukace něco vzali, vypadají lépe i se lépe cítí. Informantky S4, S9, S11 a S12 vidí výsledky převážně na laboratorních výsledcích a změně váhy. *„Změna na váze je většinou viditelná, laboratorní výsledky taky, když se polepšili, tak je chválím, pak když mi třeba sami poví, že omezili cukr nebo když měřím lidem v ordinaci cukr a vidím už dlouhodobě stabilní výsledky, tak to mě taky moc těší.“ (S4) S11 a S12 uvádějí, že pacienti v rámci provádění testu na okultní krvácení ze stolice testy provádějí mnohem lépe, než pacienti needukováni. Informantka S8 nevidí výsledky hned, převážně také kvůli tomu, že je na pacienty kladeno mnoho informací a déle jim trvá, než se s nimi sžijí, proto se snaží informace třídit a podávat je ve správných dávkách. Naopak S5 odpověděla, že výsledky většinou nepozoruje žádné. *„Já nevidím skoro žádné změny, málo kdo si to vezme k srdci, hlavně v oblasti stravování a obezity, přes to prostě vlak nejede, pak vidíte jak přímo od vás jdou naproti do uzenin a koupí si buček k večeři.“ (S5)**

Sester jsem se zeptala v čem vnímají pacienti edukaci, jako přínosnou a pokud jí vůbec jako přínosnou vnímají. Informantky S3, S4, S6, S7, S8, S10, S11 a S12 odpověděly, že si myslí, že pacienti edukaci jako přínosnou vnímají. Většina pacientů o svých zdravotních problémech tolik neví a správná a kvalitní edukace jim to může přiblížit a poskytnout jim základní informace, které by o svém onemocnění měli vědět a zároveň jim poskytnou i různá doporučení, díky kterým může docházet ke kompenzaci a udržení

jejich zdraví. S3 dodala, že se pacientů i zpětně ptá, zda jim edukce něco přinesla. „*Ano, myslím si že to vnímají jako přínos, vezměte si, že by vám lékař předepsal nějaký lék a nikdo by vám neřekl proč ho máte brát, kdy a jak.*“ (S7) S7 ještě dodala, že se jim to i potvrzuje tím, že sami pacienti za nimi chodí a aktivně se doptávají a zajímají se. Stejně tak dodala i S12. Informantky S1 a S2 řekly, že je to velice individuální, někteří edukaci jako přínosnou vnímají, někteří ne. „*Jak kdo, jak kdy, někdo si z toho něco vezme, někdo si to vyslechne, ale vidíte na něm, že ho to nezajímá a jakmile se zavřou dveře ordinace tak jako by tam nebyl, no a pak jsou tu tací, kteří vám rovnou řeknou, ať si to strčíte někam, že je to nezajímá, že je to jeho život a takhle mu to vyhovuje a nic měnit prostě nebude.*“ (S2) S5 si všímá, že edukaci jako přínosnou vnímají převážně senioři, kteří jsou z té generace, která byla zvyklá poslouchat a těžce pracovat, proto i více chodí, nepřejídat se a mají úplně jiný styl než dnešní generace. S9 si myslí, že pacienti edukaci jako přínosnou nevnímají. „*Já bych řekla, že ne, nepříjde mi, že jí berou jako přínosnou, všichni mají svoji hlavu a internet.*“ (S9)

Dále jsem se sester zeptala, jak motivují pacienty, aby s nimi při edukaci spolupracovali. Informantky S4 a S8 odpověděly, že mu kladou různé otázky a zapojují ho do edukace, kladou si otázky navzájem a tím podporují zvědavost a motivují pacienta k edukaci. S3 a S9 své pacienty nijak zvlášť nemotivují, jsou názoru že je to na každém pacientovi, zda chtějí edukaci podstoupit nebo ne. „*Asi nijak zvlášť, pacienti si uvědomují, že je to pro jejich dobro a jejich zdraví, takže pokud nechtějí spolupracovat, já je nutit nemůžu, je to jejich věc.*“ (S3) S9 dodala, že na motivaci ani není čas. Informantky S11 a S12 upozorňují, že se jedná o preventivní edukaci a díky tomu o ní mají i pacienti větší zájem. „*Při zmnice, že se jedná o prevenci, kterou lze předejít nějaké nemoci, se naši pacienti zajímají a snaží se s námi spolupracovat.*“ (S12) S1 motivaci provádí v momentě, kdy se ujistí, zda má pacient o edukaci opravdu zájem. V tom případě je otevřena mu, jakkoliv poradit. Dokonce pacienty, kteří mají zájem, ale není čas s nimi edukaci provádět kvalitně, odkazuje na internetové ověřené zdroje a při další návštěvě jej spolu rozebírají. Informantka S2 odpověděla, že nejčastěji motivuje pacienty vlastními zkušenosti ze svého okolí. Například uvedla, že dává za příklad své rodinné příslušníky, kteří díky edukaci začali k onemocnění přistupovat jinak a tím si ulevili od příznaků nebo sami pozorují zlepšení jejich zdravotního, ale i životního stylu. S5 své pacienty nemotivuje, ale říká jim fakta. „*To není asi přímo motivace, co jim říkám, ale spíš fakta, co je čeká, když nebudou poslouchat a tak.*“

*Ucpaný cévy, diabetici přijdou o nohy, protože se jim taky ucpou cévy, další třeba mozkový mrtvice, srdíčko nemocný, tlaky vysoký, to je všechno k tomu, je to jedna dlouhá řada faktů, které se týkají všech onemocnění, diabetu, hypertenze, cholesterolu, je to jedno s druhým.“ (S5) Informantky S6 a S7 se své pacienty snaží slovně podpořit, osvětlit jim varianty, které jsou příznivé, ale i nepříznivé a nabídnou jim psychickou podporu. S10 k motivaci nijak zvlášť nepodporuje, tvrdí, že mají skvěle vychované pacienty a k edukaci je ani nutit nemusí. „*Já si s pacienty vždycky sednu, prostě mu to řeknu, že teď vám to vysvětlím, popovídáme si o tom a myslím si, že ty lidi mě prostě vnímají, ještě se mi nikdy nestalo, že by mě lidi nechtěli poslouchat, jak říkám máme skvěle vychovaný pacienty prostě.“ (S10)**

Sester jsem se také zeptala, jaký podle nich má edukace význam pro pacienta. Všechny informantky se shodly, že edukace má pro pacienty význam určitě má. „*Obrovský, proto to dělám, já tomu strašně věřím, považuju to za velký význam.“ (S4)* S2 dodala, že přínos je také určitě v tom, že se jedná o rady a doporučení odborně vzdělaného personálu. S6 a S8 se rovněž shodly, že díky edukaci se dá předejít mnoha komplikacím. S3 sdělila, že si jsou pacienti schopni, díky provedené edukaci, udělat celkový přehled o jejich zdravotním stavu, nejsou zmatení a jsou více v klidu. Rovněž S12 odpověděla, že pacienti pocítují větší klid, například v oblasti odběru vzorku na okultní krvácení ze stolice. Informantky S7 a S11 odpověděly, že edukace má význam i co se týče informovanosti pacienta, vědí, co má dělat a čím si pomoci ke zlepšení jeho zdravotního stavu. S7 ještě dodala, že edukace může zvýšit motivaci pacienta a snížit jejich strach. Informantky S5 a S9 dodaly, že význam to určitě má, ale zároveň je to velmi těžké, někdo si z edukace něco odnese a rád si nechá poradit a někdo ne. „*Kdyby dodržovali, alespoň to co jim člověk řekne nebo alespoň půlku toho co tady slyší, ať jim to řeknu já nebo pan doktor, který jim říká patřičně to stejné. Jsou lidé, kteří si tady nechají napsat léky na hypertenzi, ale stejně je neberou, to samé na cholesterol.“ (S5)*

Další otázku, kterou jsem sestrám položila, byla zaměřena na motivaci a konkrétně, jak sestry motivují pacienta k dosažení jeho stanoveného edukačního cíle a tím i ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu. Informantky S1, S3, S5, S7, S10, S11 a S12 své pacienty motivují pomocí výčtu možných pozitiv, benefitů, ale i komplikací, které je mohou potkat v rámci jejich onemocnění. „*Říkám jim fakta, jak to s nimi bude,*

to si myslím, že je dobrá motivace.“ (S5) „My edukuje hlavně v oblasti té prevence, takže se zmiňujeme o dopadech nezlepšení životního stylu a podobně, na což obvykle pacienti dají.“ (S11) S2 a S4 konkrétně uvedly, že své pacienty motivují převážně ke zlepšení jejich celkového stavu, konkrétně ubrat na váze, držet dietu, pravidelně užívat předepsanou medikaci. S2 dodala, že se zaměřuje i na rizikové faktory, které mohou ovlivnit i vznik jiných, ať už akutních nebo chronických onemocnění. S4 sdělila, že působí i na citovou stránku svých pacientů, tím že je pochválí a povzbudí v péči o sebe. „Prostě jim říkám, že to chce zlepšit se celkově no, snížit váhu, hodně pohybu, dieta, diabetikům řeknu třeba, že nemoc slinivky je škaredá a že se to vrátí, na to slyší úplně nejvíc, že se o sebe bojí. Já hodně působím i na tu citovou stránku, takže je třeba i pochválím, a to je taky docela povzbudí v tom držet se té péče sám o sebe.“ (S4) S6 je motivuje tím, že si stanoví jasný cíl a plní si ho, společně vidíme výsledky, které pak spolu probírají a tím své pacienty motivuje a povzbuzuje k dalším pozitivním výsledkům. Informantka S8 odpověděla, že své pacienty motivuje pomocí jistoty a tím, že na to není sám. Jde na to správnou komunikací a názornými ukázkami, které v pacientovi pocity jistoty a bezpečí vyvolávají. Informantka S9 uvedla, že pacienty nemotivuje. V ordinaci převážně edukuje a motivuje lékař, nejčastěji o komplikacích a ona pouze poskytuje doplňující informace.

Dále jsem se sester zeptala, jaký má podle nich samotných edukace přínos pro celkové zdraví populace. Všechny informantky odpověděly, že edukace má velký přínos na celkové zdraví populace, hlavně co se týče předcházení různým onemocněním a celkově tak snižování morbidit a mortality celé populace. „Veliký, teď jsem někde četla, že přibývá hrozně moc obézních dětí, což je děsivý, edukovat je třeba a je třeba jim pomáhat, nejen v té obezitě, ale celkově. Hlavně být pozitivní, mít vůli, dobře spát, nejlépe se vyhýbat stresu, to mi přijde jako přínos pro celou populaci, určitě by nebylo tolik nemocí, takže za mě ta edukace je fakt důležitá, nejsou to jenom slova, ale záleží také na tom jak je to podáno, méně odborných názvů a více citu.“ (S4) S2 dodala, že přínos to má velký, jen na to v ordinacích praktických lékařů, bohužel není dost času. „Informovaní lidé, jsou zdraví lidé. Přínos to má, ale hodně záleží na konkrétních jednotlivcích.“ (S3)

4. Kategorie – Zpětná vazba a reedukace

Ve čtvrté kategorii jsme se zaměřila na otázky ohledně zpětné vazby a potřebné reedukace. Sester jsem se zeptala, jak často reedukují své pacienty. Všechny informantky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12) odpověděly, že své pacienty reedukují poměrně často. Nejvíce redukovánými pacienty jsou podle nich senioři a diabetici. „*Docela často, třeba u seniorů nebo u diabetiků, já se do toho tak položím, hlavně ohledně diety a pohybu.*“ (S4) „*Hodně, hlavně diabetici a pacienti, kteří jsou strašního věku, je potřeba je redukovat, aby si více ukotvili informace, které jsou pro ně nezbytně důležité.*“ (S6) S3, S11 a S12 uvedly, že pokud se nejedená například o již zmíněné diabetiky, ostatní pacienty reedukují 1x až 2x do týdne. S7 dodala, že často reedukuje i pacienty co přichází z nemocničního prostředí po operačním výkonu a pomocí reedukace jim uceluje informace. Informantka S8 se zmínila i o reedukaci v rámci přestupu pacienta od jiného praktického lékaře. „*Docela často, hodně se nám tu teď stává, že pacienti přijdou od jiného lékaře a nic nevědí nebo mají špatné informace.*“ (S8) S10 dodala, že reedukuje pacienty také po aplikaci očkovací látky. „*Hodně často, diabetici, senioři, taky hlavně po injekcích, po aplikacích, to opakují několikrát, že nenuťný klidový režim, že lze pociťovat bolest ruky, prostě to co je čeká, na co by se měli připravit, že se může stát.*“ (S10)

Dále jsem sestřám položila otázku, jakou zpětnou vazbu na edukaci jim pacienti dávají. Informantky S6, S7, S8 a S11 sdělily, že se setkávají s pozitivní a kladnou zpětnou vazbou. „*Myslím si, že máme celkem dobrou a pozitivní a i v hodnocení na stránkách se vyjadřují hezky. Snažíme se jim pomoci a tady díky tomu vidíme, že to nese plody.*“ (S8) S1 a S10 odpověděly, že dostávají zpětnou vazbu tím, že pacient sám přijde a sdělí jim, že se jim dařilo. „*Dávají nám zpětnou vazbu, já je mám moc ráda, když mě třeba poslechnou a pak přijdou a řeknou, že se jim dařilo, tak je pochválím. Hodně jim i doporučuju bylinky a nějakou alternativní medicínu, nejen léky, tak vždycky jsem pak zvědavá, jak to na ně zapůsobilo.*“ (S1) Informantkám S3 a S9 pacienti v rámci zpětné vazby děkují za jejich rady a pomoc. Pokud si informantky S2 a S3 nejsou jisté, zda jim pacienti rozuměli, v rámci zpětné vazby se ho doptávají, zda jim bylo vše jasné. S9 dodala, že se ale také setkává s pacienty, kteří jsou spíše nepříjemní a zpětnou vazbu vůbec neposkytují. „*Je to různé, někdo mi poděkuje, ale někdo je nepříjemný, že jsem ho tady držela, ale většinou jsou to pacienti, kteří nemají rádi změny.*“ (S9)

Informantka S4 sdělila, že zpětnou vazbu dostává radostí, se kterou se pacienti vrací do ordinace, hlavně co se laboratorních hodnot týče. Informantky S5 a S12 odpověděly, že žádnou zpětnou vazbu od pacientů nedostávají.

Sester jsem se také zeptala, jak se ujišťují, že jim pacient během edukace rozuměl. Všechny informantky na tuto otázku, odpověděly stejně. Pacientům pokládají otázky, díky kterým se ujišťují, že jim pacient správně rozuměl. *„Ujišťuju si tím, že se pacienta zeptám, jestli všemu rozuměl, je mu všechno jasné, jestli ví, jak si třeba ten Clexane má aplikovat, jak se má chovat třeba diabetik, že po očkování nemá chodit hrát tenis a tak.“* (S10) *„Pokládám jim zpětné otázky na problematiku, kterou jsme probírali a řeknu jim, ať mi to laicky vysvětlí, jak to pochopili a já z toho poznám, že to pochopili nebo ne.“* (S7)

Dále jsem se sester zeptala, zda se jim někdy stalo, že pacient již přišel edukovaný, například z nemocničního prostředí. Všechny informantky sdělily, že ano. Zeptala jsem se jich tedy na doplňující otázku, kde jsem zjišťovala, zda si v tomto případě ověřují pacientovi znalosti a dovednosti, případně jak navazují další edukaci či dochází k reedukaci. Informantky S1, S2, S3, S4, S6, S7, S10, S11 a S12 odpověděly, že si informace ověřují pomocí otázek k dané problematice. V případě zájmu pacienta samotného nebo při zjištění, že jejich znalosti nejsou dostačující, edukaci doplní o znalosti své. Většinou reedukaci jako takovou neprovádějí, pouze zopakují základní informace, které by pacient měl znát. *„Pokud jsou to pacienti, kteří jsou propuštěni z nemocnice a k nám jdou pouze na kontrolu, tak většinou už nějaké informace mají. Pak se jich teda ptám, aby mi to zopakovali, co se tam dozvěděli a buď to ještě nějak doplním nebo to jen zopakuju pro ucelení informací.“* (S2) S8 odpověděla na mou doplňující otázku, že provádí spíše reedukaci, z důvodu informačních nuancí, z důvodu toho, že každý edukátor edukuje jinak. *„Ano, stalo a většinou dochází k jazykovým nuancím, protože každý edukuje jiným stylem, proto si myslím, že je fajn to vždycky sjednotit na naše podmínky.“* (S8) Informantka S5 odpověděla, že spádová nemocnice, kterou mají nejbližší k jejich obvodu na edukaci moc nedbá, hlavně co se týká pooperačních stavů, proto je edukace ve většině případů celá na nich. S9 na doplňující otázku odpověděla, že si pacientovi znalosti z předešlé edukace neověřuje a ani je nedoplňuje.

Poslední otázku, kterou jsem sestřám z této kategorie položila, byla zaměřena na překážky, které si myslí, že brání k dosažení efektivní edukace. Informantky S2, S3, S6, S7 a S8 odpověděly, že největší překážkou je málo času na celou edukaci pacienta a mnoho informací, které si pacient musí zapamatovat. S6 zmiňuje ještě mentální rozpoložení a ochotu pacienta. Informantky S1, S2, S3, S4, S5, S10 a S11 sdělily, že podle nich je největší překážkou nezájem pacienta a neochota pacienta změnit svůj životní styl. *„Nezájem a neochota změnit ten svůj životní styl a nějaký svoje celkový nastavení a přístup, prostě se jim nechce podstoupit to jejich nepohodlí.“* (S4) S11 a S12 zmiňují také problematiku jazykové bariéry, hlavně v období po propuknutí ruské agrese vůči Ukrajině. Informantka S9 zmiňuje, jako největší překážku informace z neověřených internetových zdrojů. *„Největší překážkou je prostě ten internet, lidi si tam najdou kde co a myslí si, že jsou bůhví jak chytrý, ale Facebook vzdělanou sestru nenahradí.“* (S9)

5. Kategorie – Znalosti sestry v oblasti edukace

Pátá kategorie je zaměřena na znalosti sester v oblasti edukace. Sester jsem se zeptala, zda mají stanovený edukační plán a jak vypadá jeho struktura. Všechny informantky odpověděly, že žádný edukační plán stanovený nemají. Čerpají ze svých zkušeností, vědomostí a dovedností. Svým pacientům sdělují informace, které je k problematice napadnou a přijdou jim v tu chvíli pro pacienta nejzásadnější. *„Nic napsáno nemám, spíš čerpám z toho co mě momentálně napadne, hodně taky čerpám ze zkušeností, co vím, že pacienti chtějí slyšet a taky podle momentální situace. Když mám třeba něco načteno nebo jsem něco slyšela, z ověřených zdrojů samozřejmě, tak to taky zkusím třeba doporučit.“* (S4) Informantky S6, S11 a S12 dodaly, že sice nemají stanovený žádný edukační plán, ale mají přesně stanovené informace, které pacientovi mají předat. S11 a S12 zmínily ještě předání informační brožury. *„Přesný edukační plán nemáme, máme pouze dané informace, které pacientům říkáme a předáváme informační brožuru.“* (S11) Na doplňující otázku, jak vypadá struktura edukačního plánu mi žádná z informantek neodpověděla.

Dále jsem se sester zeptala, jak by podle nich měla probíhat správná edukace. Informantky S6, S7, S8 a S10 se shodly, že by edukace měla probíhat na klidném, tichém místě někde v soukromí se srozumitelnými a jasnými informacemi. *„Měla by probíhat samozřejmě v klidu a soustředit se na toho pacienta, aby mi nekoukal z okna,*

ale koukal na mě, poslouchal mě a v případě nesrovnalostí by se zeptal nebo by se doptal na podrobnější informace.“ (S10) S8 ještě dodala, že by měla být místnost vybavena spoustou pomůcek, které by v edukaci sestřám pomohly. Informantky S1, S4, S9, S11 a S12 se shodly a odpověděly, že by na edukaci měl být dostatek času, měla by být pacientovi srozumitelná a bez odborných názvů. S4 dodala, že je důležité také klást důraz na empatii během celé edukace. „Vždycky by sestra měla pocítit, že jí pacient rozuměl, to pak nemusí mít ani žádný plán. Taky záleží, s kým se bavíte, zaměřit se spíše na citovou stránku než na tu odbornou, ale fakt na ty pocity, být empatický, nepoužívat odborné názvy a tak.“ (S4) S3 dodala, že je nutné sledovat projevy pacienta a adekvátně na ně reagovat. S2 odpověděla, že správná edukace by měla být vedena podle nějakého plánu, měl by být stanovený cíl, kterého by se nejen sestra, ale i pacient měl držet, měla by se v průběhu edukace ujišťovat, zda jí pacient rozuměl, mít na pacienta dostatek času a správné místo. Informantka S5 na tuto otázku odpověděla konkrétním příkladem pacienta trpícím diabetem mellitem. „Třeba u diabetiků, oni přijdou, já jim udělám glykemii z prstu, glykovaný cukr za tři až čtyři týdny, vidím ty hodnoty, tak jim řeknu, že se pohoršili, že udělali nějakou chybu, oni mi třeba odpoví ano měl jsem sladké ovoce teď hodně, tak s ním začnu na úkor toho provádět tu edukaci, že by měl zbrzdit, že ovoce ano, ale s mírou, znovu zabrousím do komplikací, jak by měl jíst a jedu, většinou opravdu podle svých zkušeností.“ (S5)

Sester jsem se také zeptala, jestli se drží edukačního procesu a jak takový edukační proces vypadá. Informantky S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11 a S12 odpověděly, že se edukačního procesu nedrží a vycházejí spíše ze svých zkušeností a pocitů. „Nedržím se edukačního procesu, spíše mám vypsané takové body, kterých se držím a jedu podle nich, protože v našich možnostech není možné klasický edukační proces pokrýt, co do obsahu, sezení a správnosti.“ (S7) Většina sester na doplňující otázku ohledně struktury edukačního procesu neodpověděla. „Omlouvám se, ale nevím už, jak edukační proces vypadá.“ (S8) S9 dokonce sdělila, že se edukačního procesu nedrží a ani neví, jak vypadá. S2 na doplňující otázku odpověděla, že si jej moc nepamatuje, ale ví, že se tam jedná o stanovení cíle, jeho naplánování, realizace a zhodnocení. Informantka S4 odpověděla, že se edukačního procesu svým způsobem drží, a i jej správně popsala. „Tak svým způsobem ano, dřív jsme chodili na školení o ono to v tý hlavě zůstane. No a skládá se z diagnostiky, posouzení, plánování, realizace a hodnocení.“ (S4)

Do této kategorie jsem zahrнула otázku, zda se mají sestry možnost dále vzdělávat a rozvíjet v oblasti edukace. Jako doplňující otázku jsem položila, zda sestry sami aktivně vzdělávání vyhledávají a chtějí se dále rozvíjet v této oblasti. Informantky S1, S2, S4, S5, S6, S7, S10, S11 a S12 odpověděly, že možnost vzdělávat se mají. S4 a S6 aktivně vyhledávají semináře a kurzy, které by je v edukaci posunuly dále. *„Máme, když je nějaký seminář, tak se ráda zúčastním, máme nabídky od různých firem na různé kurzy a já to mám ráda, ráda se vzdělávám, takže když můžu tak se ráda zúčastním, nejen jako seminářů o edukaci, kterých teď už moc není, ale celkově.“* (S4) Informantky S5 a S10 na doplňující otázku odpověděly, že semináře nevyhledávají ani se jich nezúčastňují. Informantky S1, S2, S3 a S7 taktéž odpověděly, že se vzdělávacích seminářů již moc nezúčastňují, spíše dávají přednost samostudiu a vyhledávání si nových informací v různých člancích a brožurách. S3 dodala, že aktivní účast na seminářích by jí moc nebavila. S11 a S12 odpověděly, že ve vzdělávání je podporuje lékař i jejich zaměstnavatel, který je na semináře posílá. *„Ano, lékaři i zaměstnavatel nás podporují ve vzdělávání, hlavně právně v oblasti edukace pacientů. Myslím si, že vzdělávání právě v téhle oblasti má smysl a sama se mu aktivně věnuji, protože edukace pacientů může pomoci třeba k předcházení vzniku různých nemocí nebo komplikací.“* (S11) Informantky S8 a S9 odpověděly, že o žádném vzdělávání v oblasti edukace nevědí. S9 dodala, že možnosti nemá a ani se nechce ničeho ve svém volném čase zúčastňovat.

6. Kategorie – Spolupráce s lékařem

V poslední šesté kategorii, jsem se sester zeptala, zda edukaci provádějí ve spolupráci s lékařem a zda je jim lékař edukační činnost umožňuje a jak je v ní podporuje.

Na první otázku, zda sestry provádějí edukaci ve spolupráci s lékařem informantky S1, S2, S4, S5, S6, S8, S9 a S10 odpověděly, že edukaci ve spolupráci s lékařem provádějí a navzájem se doplňují. *„Ano, ve většině případů doktor něco předepíše, například nějaké léky a řekne, že je zvýšený cholesterol, letem světem něco málo k tomu a pak je pošle ke mně, kde já edukaci dokončím, doporučím dodržování diety, pravidelné užívání léků, dám jim třeba nějaké materiály k dostudování, naplánujeme další návštěvu a je to.“* (S2) Informantky S3 a S7 odpověděly, že edukaci provádějí spíše odděleně. S11 a S12 edukaci ve spolupráci s lékařem neprovádějí. *„Neprovádíme, lékař nám jenom řekne o čem pacienta máme edukovat, ale společně to neděláme.“* (S11)

Sester jsem se zeptala, zda jim lékař sám edukaci umožňuje a pomocí doplňující otázky jsem se doptala, jakým způsobem je v provádění edukační činnosti podporuje. Informantky S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 odpověděly, že lékař jim edukační činnost umožňuje a maximálně je podporuje. Všechny tyto informantky sdělily, že s lékaři mají dobrý vztah a doplňují se navzájem. „*Ano, umožňuje. Paní doktorka je skvělá, vždy nás podporuje a ona sama nás vlastně všechno učila a dodnes nám shání aktuální doporučení a různé materiály.*“ (S7) S11 a S12 sdělily, že edukaci většinou provádí lékař a ony edukují jen v momentě, kdy je lékař k tomu sám vyzve nebo mají předem jasně rozdělené oblasti v které mohou pacienty edukovat.

5 Diskuze

Diplomová práce Edukační role sestry pracující v primární péči měla za cíl zjistit, jakým způsobem sestry pracující v primární péči edukují a motivují své klienty ke změně životního stylu a zjistit v jakých oblastech nejčastěji edukaci sestra v rámci primární péče provádí. Tohoto stanoveného cíle jsem dosáhla pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které pracují v ordinacích praktických lékařů pro dospělé. Ke stanovení cíle byly využity dvě výzkumné otázky.

V první výzkumné otázce: „*Jakým způsobem provádějí edukaci sestry pracující v primární péči?*“ jsem zjišťovala jak sestry edukují a motivují své pacienty v ordinacích praktických lékařů. Dle Dušové (2019) edukace zvyšuje spokojenost pacientů, zajišťuje kontinuitu péče a působí preventivně na výskyt komplikací spojených s různými onemocněními. Pro efektivní edukaci je nutné dodržovat její základní strukturu, která je daná edukačním procesem, který má 5 fází. Dle Juřenikové (2010) by edukace měla být součástí péče o pacienta, proto se musí přizpůsobit metodám a systému zdravotnického zařízení. Informantky S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10 a S11 se dle svých odpovědí shodly, že edukační proces ve své praxi nevyužívají a některé dokonce sdělily, že ani nevědí, jak vypadá jeho struktura. Informantka S4 se pokusila na mou otázku odpovědět a takřka správně vyjmenovala fáze edukačního procesu. Dle mého názoru, by sestry, které provádějí edukaci každý den, jak dle výzkumného šetření vzešlo z odpovědí všech informantek, měly znát základní strukturu edukačního procesu. K účinnému poskytování prevence, podpory zdraví a edukace, je dle Fowler et al. (2020) zapotřebí disponovat odbornými znalostmi. Dle Krátké (2016) by edukační proces neměla sestra podceňovat a měla by se něj alespoň v bodech připravit.

Ve třetí fázi edukačního procesu, fázi plánování, si sestra stanovuje společně s pacientem edukační plán. Dle Krátké (2015) se edukační plán zpracovává dle zvyklostí a požadavků pracoviště, ale je vždy nutností naplánovat délku a obsah celé edukace a je zpracováván dle jednotlivých fází edukačního procesu. Všechny informantky se shodují, že žádný edukační plán svým pacientům nevytvářejí a celé edukační sezení vedou podle svých zkušeností, znalostí a dovedností z praxe.

Aby byla edukace co nejefektivnější je dle Koivista et al. (2019) důležité mít k pacientům dobrý přístup, mít dobře zorganizovaný celý proces, brát v úvahu

individuální charakteristiky pacienta, jako je například věk, pohlaví, vzdělání, míra zdravotní gramotnosti, osobnost pacienta a jeho psychický stav. Na tom se shoduje i odpověď informantky S6, která na otázku, jaké překážky brání k dosažení efektivní edukace uvedly, že nejčastěji se jedná o mentální zralost, psychické rozpoložení pacienta a jeho ochota. Dle Dušové (2019) je celý edukační proces ovlivněn také osobností edukátora a jejich vzájemnou interakcí. Hawkins et al. (2023) ve svém článku uvádí, že všeobecné sestry pracující v primární péči, přispívají k lepším výsledkům svých pacientů.

Celoživotní vzdělávání je dle Barbosy et al. (2020) založeno na učení se a možnosti transformace profesních postupů a postojů. Z toho dle mého názoru jasně vyplývá, že rozvíjení se nejen v oblasti edukace, ale celkově ohledně primární péče je důležité a jeho vyhledávání taktéž. Bohužel tomu tak podle informantek není. Dle informantek možnosti zúčastnit se vzdělávacích seminářů je, ale většina z nich se již nezúčastňuje ani je nevyhledávají. Informantky S11 a S12 mají naopak vzdělávání v rámci své ordinace určené zaměstnavatelem, který je na semináře posílá a plně je v dalším vzdělávání podporuje. Ze všech těchto odpovědí mě nejvíce zaujala odpověď informantky S4, která má možnost se vzdělávacích seminářů zúčastňovat a sama se do nich aktivně zapojuje. *„Máme, když je nějaký seminář, tak se ráda zúčastním, máme nabídky od různých firem na různé kurzy a já to mám ráda, ráda se vzdělávám, takže když můžu tak se ráda zúčastním, nejen jako seminářů o edukaci, kterých teď už moc není, ale celkově.“* (S4)

Pro různé úrovně edukace se dle Khoo (2008) používají různé vyučovací metody, které jsou vybírány podle potřeb a stanovených cílů. Dle všech informantek je nejpoužívanější metoda slovní, nejčastěji formou rozhovoru. Dále se také informantky S2, S3, S4, S7, S8, S10, S11 a S12 shodly na metodě názorně-demonstrační, kterou nejvíce uplatňují při edukaci pacienta s diabetem, kdy je mu názorně ukázána práce např. s inzulínovou stříkačkou či inzulínovým perem. Dle Juřeníkové (2010) rozhovor v edukaci slouží nejčastěji ke sběru informací, ke sdělení nových poznatků a k upevnování a opakování nově získaných znalostí. Dále také Juřeníková (2010) ve své publikaci uvádí, že nejčastějším příkladem názorně-demonstrační metody je již zmíněná aplikace inzulínu inzulínovým perem, kdy před samotným nácvikem, by měl mít pacient základní vědomosti o příčinách, důsledcích a způsobu léčby svého onemocnění, místech vpichu a zásadách dezinfekce a asepse. Kuberová (2010) ve své

publikaci uvádí, že člověk v procesu učení si nejvíce pamatuje 10 % z toho co četl, 20 % z toho co slyšel, 30 % z toho co viděl, 40 % z toho co viděl a slyšel a nejvíce 90 % z toho co si sám dělal a dělá.

Co se týče tištěných edukačních materiálů, tak ty jsou dle Grudniewiczze et al. (2015) běžně používanými, avšak bylo prokázáno, že nejsou účinné při zlepšování výsledků pacientů, jejich znalostí a chování. S tímto souhlasí i informantka S5, která uvedla že brožury svým pacientům sice poskytuje, ale přijde jí to zbytečné. *„Edukuju slovně, protože ukazovat letáky, to nemá žádný smysl, to jim dáte do ruky a jde to rovnou do sběru a tam to můžu hodit sama.“* (S5) Ostatní informantky (S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12) uvedly, že svým pacientům nejčastěji brožury poskytují.

Dle Krátké (2016) by měl být v každém edukačním procesu nejdříve stanoven cíl, který by měl být formulován ze strany edukanta a měl by být konkrétní, jasný, přesný, jednoznačný a s možností kontroly. K tomu, aby došlo k dosažení edukačních cílů je nutné, aby pacient pocítil podporu a pochopení ze strany sestry, byl motivován a chtěl by převzít potřebné informace a naučit se nové dovednosti, měl upravená svá mylná přesvědčení a byl schopen převzít zodpovědnost za svoje chování (Krátká, 2016). S tímto tvrzením se shoduje i odpověď informantek S7 a S8, které svým pacientům stanovují edukační cíle jednodušší a konkrétnější. Dle informantek jsou nejčastějšími stanovenými cíli zlepšení průběhu jejich onemocnění, změna váhy, stravy a celkové zlepšení jejich zdravotního stavu a životního stylu. Chao et al. (2023) ve svém výzkumu uvádí, že méně, než polovina pacientů uvádí, že jejich poskytovatelé zdravotních služeb jim radí, aby zhubli nebo snížili příjem tuků či kalorií. Informantka S6 pomocí stanoveného edukačního cíle motivuje své pacienty k tomu, aby jej plnili, aby při další návštěvě jej mohli společně rozebrat a zaměřit se na případnou problémovou oblast.

Motivace je dle Magerčiakové a Kobera (2023) intrapsychický proces, ve kterém dochází mezi subjektem a prostředím k vytváření napětí, soustředění a zaměření aktivity, která po rozhodovacím procesu vede k cíli a může se projevit jak negativním, tak pozitivním způsobem. Dle mého názoru je motivace klíčovou dovedností sestry k dosažení jakéhokoliv nejen edukačního cíle. Myslím si, že je důležitý i vlastní zájem sestry svého pacienta motivovat k dosažení dobrých výsledků. Pokud má sestra patrný zájem o nemocného a ochotu s ním být, má dle Venglářové a Mahrové (2006) komunikace, a tím pádem i motivace dobrý start. Informantka S8 potvrdila, že pomocí

správné komunikace a názorných ukázek, vyvolává v pacientovi pocit jistoty a tím ho i motivuje k dosažení stanoveného cíle. Informantka S4 v rámci motivace působí na citovou stránku pacienta. Lelorain et al. (2017) uvádí, že terapeutická edukace je velice účinná a má velký vliv na pacienty, avšak někdy motivace k provádění efektivní a správné edukace chybí nejen pacientům, ale i samotným zdravotnickým pracovníkům. Dle výsledků výzkumného šetření, si myslím, že sestry pracující v primární péči by se na motivaci svých pacientů měly více zaměřit, mít na ně více času, společně si stanovit jeden cíl, který by pacient dodržoval a ve kterém by jej sestra podporovala a byla pro něj oporou. Dle Tuka jr. a Tuka (2020) je změnit denní návyky pacienta většinou obtížné, proto jsou autoři názoru, že základem je vztah důvěry. Ve svém článku Tuka jr. a Tuka (2020) zmiňují, že ve vztazích důvěry mozek zpracovává informace tím, komu jedinec věří, jako by se jednalo o jemu informace vlastní, tudíž je jedinec ochoten se nad nimi více zamyslet. Dále v rámci motivace pacientů ke zlepšení životního stylu Tuka jr. a Tuka (2021) doporučují umět naslouchat, klást vhodné otázky a chválit, chválit, chválit.

Postupy zdravotní výchovy, které poskytují komplexní péči a mají transformační charakter slouží dle Barreta et al. (2019), jako ohnisko zpětné vazby celkové populace, díky čemuž jsou pacienti více aktivní v oblasti zdraví, což jim umožní přehodnotit realitu ve které žijí, umožňují jim také rozhodnout se pro zdravější alternativy životního stylu, a především jej povzbudit ke změnám v jeho rizikovém chování. Všechny informantky se shodují s tímto tvrzením a souhlasí, že edukace má obrovský přínos pro celkové zdraví populace, převážně v oblasti týkající se prevence a předcházení různých komplikací spojených s jejich onemocněními. Taktéž souhlasím s informantkami a myslím si, že díky pravidelné a efektivní edukaci, ať už v jakékoliv oblasti, můžou sestry přispět k celkovému zlepšení zdravotního stavu svých pacientů a tím pádem i k celkovému zdraví celé populace.

Dle Santose et al. (2023) bude v nadcházejícím desetiletí stárnutí populace jednou z hlavních společenských transformací s velmi významným dopadem, kdy tyto důsledky způsobí přetížení jak zdravotních, tak sociálních služeb, a proto bude nutné se na stárnutí populace připravit. Pro zvýšení kvality života je dle Santose et al. (2023) nezbytná podpora zdravého životního stylu a blahobytu lidí s přibývajícím věkem. Dle informantek jsou největší edukovanou skupinou právě lidé ve středním věku. Santos et al. (2023) ve svém článku také uvádí, že intervence, které jsou zaměřené

na podporu zdraví u dospělých ve středním věku, mohou výrazně zlepšit jejich životní styl a chránit je před negativními vlivy stárnutí.

Laurant et al. (2018) uvádí, že řada úkonů nutně nevyžaduje znalosti a dovednosti lékaře, a proto roste zájem o využití role sester, kdy náhrada lékařů sestrami je jednou ze strategií využívaných ke zlepšení přístupu, zkvalitnění a efektivity péče. Dle výsledků studie Laurant et al. (2018) bylo naznačeno, že péče poskytovaná sestrou ve srovnání s lékařem pravděpodobně vytváří podobné nebo dokonce lepší výsledky pro širokou škálu pacientů. Například výsledky krevního tlaku a spokojenost pacientů jsou podle Laurant et al. (2018) zlepšeny pod vedením sestry. Informantek jsem se ve svém výzkumném šetření zeptala, zda provádějí edukaci ve spolupráci s lékařem a zde je v této činnosti lékař podporuje. Informantky S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10 provádějí edukaci společně s lékařem se kterým se navzájem doplňují. Až na informantky S11 a S12, které edukují pouze na výzvu lékaře, všechny ostatní sestry lékař v jejich edukační činnosti maximálně podporuje a celý proces jim umožňuje pod jejich vlastním vedením.

Ve druhé výzkumné otázce: „*V jakých oblastech nejčastěji sestry pracující v primární péči edukaci provádějí?*“ jsem se zajímala, jaká problematika, kvůli které sestry edukaci provádějí je nyní nejvíce aktuální, ale zaměřila jsem se i na oblasti, které jsou pro sestry stále se opakující. Dle informantek nejvíce sestry edukují v oblasti chronických onemocnění, jako je diabetes mellitus nebo hypertenze. Dále zmínily oblast prevence, ale i oblast akutních onemocnění, jako je například zánět močových cest nebo různé akutní respirační potíže.

Diabetes mellitus je dle Kachlíka (2021) chronickým onemocněním, který pacientovi nezpůsobuje bolest. Tato věta, že diabetes nebolí, mě velice zaujala i v tvrzení informantky S5, která odpověděla na mou otázku následovně: „*Cukrovka a vysoký tlak nebolí, ale následky jsou velký, třeba poškození srdíčka, cévy se zanesou, ale jak říkám, každý je strůjcem svého zdraví.*“ Kachlík (2021) souhlasí s informantkou S5 a tvrdí, že nedodržováním režimových opatření dochází u pacientů k výskytu závažných pozdních komplikací. Proto také Kachlík (2021) uvádí, že edukace je nedílnou součástí léčby pacienta s diabetem, kdy prostřednictvím edukace sestra posiluje jeho znalosti, dovednosti, schopnosti, vede jej k samostatné péči a k aktivní spolupráci se zdravotníkem. Dle Galendi et al. (2022) je ústředním aspektem pro léčbu diabetu

a hypertenze podpora životního stylu a nutriční terapie, která může pacientům pomoci dosáhnout stabilních hodnot glykemie či hodnot krevního tlaku.

Dle Xia et al. (2022) je hypertenze naléhavým problémem veřejného zdraví a dle jejich studie je kombinace edukace, strategií a poradenství nejpřínosnější intervencí ke snížení hladiny krevního tlaku. Hypertenze je dle WHO (2023) celosvětově hlavní příčinou úmrtí a odhaduje se, že 1,28 miliardy dospělých na celém světě ve věku od 30 do 79 let trpí hypertenzí a skoro 46 % si neuvědomuje že tento stav mají. Pražský (2013) ve svém článku zmiňuje deset základních pravidel pro léčbu hypertenze, kam lze zařadit pravidelné měření krevního tlaku, dodržovat doporučení lékaře, omezit pití alkoholu, snížit hmotnost, zredukovat používání kuchyňské soli, používat rostlinné tuky a hodnotné oleje, vyhnout se kouření, více se hýbat a dodržovat přestávky na odpočinek a relaxaci. V rámci edukace pacienta s hypertenzí se informantky shodují s předešlými deseti pravidly, které při provádění edukační činnosti pacientovi předávají.

Dle Warra et al. (2020) uznávají praktiční lékaři a sestry brát obezitu jako zdravotní problém. Obezita byla dle Menezese et al. (2020) identifikována jako rizikový faktor kardiovaskulárních, ale i dalších chronických onemocnění. Menezese et al. (2020) uvádí, že k významnému úbytku hmotnosti může přispět dietní přístup s omezením kalorií, intervence dietologů a psychologů či motivační rozhovory. Dle informantek je obezita další problematikou, se kterou se den, co den při edukaci setkávají.

Nejaktuálnějším problémem, kvůli kterému sestry v době mého výzkumného šetření edukaci prováděly byl černý kašel. Informantky S3, S4, S6, S8, S10, S11 a S12 uvedly, že nyní hodně edukují o problematice černého kašle a v souvislosti s ním i ohledně preventivního očkování. Dle Taušové (2024) je černý kašel velmi nakažlivé bakteriální onemocnění, kdy nejrizikovější skupinou jsou novorozenci nebo neočkovaní či částečně očkovaní kojenci. Taušová (2024) uvádí, že účinnou prevencí je očkování od raného dětského věku, vyloučení nakaženého jedince z kolektivu a antibiotická profylaxe. Výskyt černého kašle v České republice byl dle Taušové k 1.únoru 2024 378 nahlášených případů. Dle informantky S10 je na očkování proti černému kašli u nich v ordinaci velká poptávka. „*U nás je momentálně poptávka po očkování na černý kašel, ale na to samozřejmě nejsou vakcíny, takže bohužel.*“ Remesh et al. (2024) ve své studii uvádí, že vakcína má nedostatečnou účinnost proti černému kašli způsobeném bakterií *Bordetella parapertussis* a vzhledem k rostoucímu výskytu případů černého

kašle a propuknutí nemoci, společně s nedostatkem zkřížené ochrany již existujícími vakcínami, vzniká naléhavá potřeba vyvinout vakcínu, která bude obsahovat specifické antigeny i proti zmíněné bakterii.

Byť se ve svém výzkumném šetření nezajímám o spolupráci sester s agenturami domácí péče či návštěvní službou, myslím si ale, že i toto je velkou součástí primární péče. Dle Šuplerové a Machové (2013) má ošetřování pacienta ve vlastním sociálním prostředí plno výhod, jako je například udržování rodiny pohromadě, zlepšení psychického stavu pacienta, lepší hojení ran či mu umožňuje trvalou podporu od svých blízkých. Strnadová et al. (2020) uvádí, že se kompetence sester v primární péči a sester agentur domácí péče liší. Dle predikce Strnadové et al. (2020) se postupné posilování role sestry a přenesení odpovědnosti v mnoha oblastech, jako je například prevence, indikace a preskripce zdravotnických prostředků a mnoho dalšího, které dříve předepisoval lékař, stává jednou z možností posílení a podpory kompetencí praktických lékařů, díky kterému by mohli zvládat léčit pacienty se závažnějšími onemocněními.

6 Závěr

Na základě dvou výzkumných otázek bylo prvním cílem této diplomové práce zjistit, jakým způsobem sestry pracující v primární péči edukují a motivují své klienty ke změně životního stylu a druhým cílem bylo zjistit v jakých oblastech nejčastěji sestra provádí edukaci klientů v rámci primární péče. Cíle byli na základě získaných výsledků splněny.

Z výsledků vyplynulo, že sestry pracující v ordinacích praktických lékařů nemají dostatek času a možností provádět efektivní edukaci. Největšími překážkami v této době je již zmíněný nedostatek prostoru pro řádnou edukaci pacienta. Dále je to nezáměr pacientů o změnu svého životního stylu, která by pomohla k jejich uzdravování.

Edukace je proces, který ovlivňuje chování a jednání jedince. Cílem edukace je změna v oblasti postojů, návyků, zvyků, chování a jednání jedince. Návštěva ordinace praktického lékaře je prvním střetem jedince se zdravotním systémem. Setkává se zde s odborníkem, který zajišťuje nejen zdravotní, ale i sociální péči. Role sestry v ordinaci praktického lékaře má veliký význam nejen na správný chod ordinace, ale sestra je také pravá ruka lékaře. Jsou na ni kladeny vysoké nároky, jako například administrativa, péče o pacienty, plynulý chod ordinace a dodržování lékařských ordinací. Na základě výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry pracující v ordinaci praktických lékařů se neřídí dle edukačního procesu ani nemají stanovený žádný edukační plán a edukaci provádějí na základě svých zkušeností a vědomostí. Na správnou a kvalitní edukační činnost nemají dostatek času ani vhodné podmínky, ve kterých by mohli svým pacientům informace předávat. I přes všechna úskalí se snaží edukaci dennodenně provádět. Většina sester provádí edukaci ve spolupráci s lékařem, který je v této činnosti podporuje. Edukace je poskytována každé věkové kategorii. Diabetes mellitus, hypertenze, obezita nebo zvýšený cholesterol, to jsou oblasti, ve kterých sestry edukaci provádějí nejvíce a nejčastěji, převážně u pacientů středního věku a u seniorské věkové kategorie. Dále sestry své pacienty edukují v oblasti prevence nebo při aplikaci očkovací vakcíny. Edukace sestrou je velice důležitou součástí primární péče. Díky ní je možné, aby celkové zdraví populace bylo na mnohem lepší úrovni, než je doposud.

Na základě získaných výsledků, je vytvořen podklad semináře pro sestry pracující v primární péči. Seminář je zaměřen na provádění efektivní edukace sestrou v ordinaci praktického lékaře pro dospělé.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ALMUTARY, H., ALMASHI, A., 2024. *Preoperative Patient Education: Perceptions and Actual Practice among Nurses Working in Surgical Units* [online]. Saudi Arabia: Medical Surgical Nursing Department, Faculty of Nursing [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10785712/>
2. BARBOSA, C.P., et al., 2021. *Continuing education in the child health handbook: an educational software for primary care* [online]. Brazil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9432280/>
3. BARRETO, A.C.O. et al., 2019. *Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education* [online]. Brazil: Univesidade Federal do Ceará, Fortaleza [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30942372/>
4. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
5. BENEŠ, P., 2019. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2110-6.
6. DANKOVÁ, S., ZAMBORIOVÁ, M., 2024. *Edukační a komunikační proces u pacientů s poruchami sluchu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5136-3.
7. DINDOŠ, J., 2013. *Současné doporučení v prevenci a léčbě běžných respiračních infekcí* [online]. Neratovice: Soukromá plicní ordinace [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2013/04/06.pdf>
8. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.
9. FOWLER, T. et al., 2020. *Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education* [online]. USA: Collage of Nursing, Medical University of South Carolian [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092466/>
10. FREDERICKS, S. et al., 2010. *Postoperative patient education* [online]. Canada: Daphne Cockwell School of Nursing, Ryerson University [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20435785/>
11. GALENDI, J.S.C. et al., 2022. *Effectiveness of Strategies for Nutritional Therapy for Patient with Type 2 Diabetes and/ or Hypertension in Primary Care* [online]. Germany: Institute of Health Economics and Clinical Epidemiology, Faculty of

- Medicine and University Hospital of Cologne [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35409925/>
12. GRUDNIEWICZ, A. et al., 2015. *What is the effectiveness of printed educational materials on primary care physician knowledge, behaviour and patient outcomes* [online]. Canada: Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-015-0347-5>
 13. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.
 14. HAMPLOVÁ, L., 2020. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5562-5.
 15. HAWKINS, J.E. et al., 2023. *Creating a Primary Care Track in Prelicensure Nursing Education* [online]. Virginia Beach: Old Dominion University, School of Nursing [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: https://journals.healio.com/doi/full/10.3928/01484834-20220912-14?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org
 16. *Hypertension*, 2023. [online]. WHO. [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
 17. CHAO, A.M. et al., 2023. *Nutrition Education in Primary Care Adult and Family Nurse Practitioner Programs* [online]. US: University of Pennsylvania School of Nursing, Department of Biobehavioral Health Sciences, Philadelphia [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8651831/>
 18. CHMELAŘOVÁ, D., 2016. *Záněty horních cest dýchacích – jak správně edukovat rodiče* [online]. Praha: ORL oddělení Thomayerovy nemocnice [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/08.pdf>
 19. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
 20. KACHLÍK, P., 2021. *Edukace pacientů s diabetem v ambulanci praktického lékaře* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://doi.mendelu.cz/pdfs/doi/9900/00/8100.pdf>
 21. KHOO, E., 2008. *Teaching methods used in primary care* [online]. Malaysia: Department of Primary Care Medicine, Faculty of Medicine, University of Malaya

- [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/26610133_TEACHING_METHODS_USED_IN_PRIMARY_CARE
22. KOHOUTOVÁ, J., 2014. *Uroinfekce spojené se zdravotní péčí – epidemiologie, prevence* [online]. Olomouc: Oddělení nemocniční hygieny FN Olomouc [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/01/07.pdf>
23. KOIVISTO, J.M. et al., 2019. *Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patient* [online]. Satakunta: Hospital District of Satakunta [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/intqhc/article/32/1/35/5477428?login=false>
24. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4422-3.
25. KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: UTB. ISBN 978-80-7454-635-8.
26. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
27. LAURANT, M. et al., 2018. *Nurses as substitutes for doctors in primary care* [online]. Netherlands: Radboud University Medical Center [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30011347/>
28. LELORAIN, S. et al., 2017. *French healthcare professionals' perceives barriers to and motivation for therapeutic patient education* [online]. France: University of Lille, Teaching hospital in Lille [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12350>
29. LUDKA, O., 2017. *Motivace pacienta k celoživotnímu užívání léků u arteriální hypertenze* [online]. Brno: Interní kardiologická klinika FN Brno [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/875fe5530742b4586ed93a50a37f66b2.pdf>
30. LUKEWICH, J. et al., 2020. *National Competencies for Registered Nurses in Primary Care* [online]. Canada: Faculty of Nursing, Memorial University [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594255/>
31. LUKEWICH, J. et al., 2022. *Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care* [online]. Canada: Faculty of Nursing Memorial University [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35659215/>

32. MAGERČIAKOVÁ, M., 2007. *Edukácia v ošetrovatel'stve*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku. ISBN 978-80-8084-221-5.
33. MAGERČIAKOVÁ, M., KOBER, L., 2023. *Motivace sester po pandemii covidu-19*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3730-5.
34. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
35. MENEZES, M.C. et al., 2020. *A systematic review of effects potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care* [online]. Brazil: National School of Public Health Sérgio Arouca [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900720300678?via%3Dihub>
36. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
37. PODLAHOVÁ, L., 2012. *Didaktika pro vysokoškolské učitele: [vybrané kapitoly]*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4217-5.
38. PRAŽSKÝ, B., 2013. *Edukace pacienta s hypertenzí* [online]. Praha [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/edukace-pacienta-s-hypertenzi/>
39. PRŮCHA, J., 2017. *Moderní pedagogika*. Šesté, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1228-7.
40. *Předoperační vyšetření*, 2023. [online]. WHO. [cit. 2024-04-26]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/predoperacni-vysetreni>
41. REMESH, A.T. et al., 2024. *Pertussis Vaccines Scarcely Provide Protection against Bordetella parapertussis infection in Children* [online]. India: Bacteriology Group, ICMR – National Institute of Virology [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38543887/>
42. RUTAR, P., 2019. *Léčba uroinfekcí v primární péči z pohledu bakteriální rezistence* [online]. Praha: Interní oddělení Nemocnice Na Homolce [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/04/08.pdf>
43. RYŠÁNKOVÁ, M., 2019. *Léčba a prevence recidivujících infekcí močových cest* [online]. Hradec Králové: Urologická klinika, LF UK a FN v Hradci Králové [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/05/04.pdf>
44. SANTOS, E. et al., 2023. *Efficacy of Health Promotion Interventions Aimed to Improve Health Gains in Middle-Aged Adults* [online]. Portugal: Institute for

- Research and Advanced Training, University of Évora [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37218830/>
45. SEIFERT, B., BÝMA, S., SEIFERT, M., 2023. *Primární péče: všeobecné praktické lékařství: výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5478-2.
 46. SOVOVÁ, E., 2023. *Primární prevence v praxi – projekt 5S*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6262-2.
 47. STRNADOVÁ, A. et al., 2020. *Koncepce domácí péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
 48. ŠAFRÁNKOVÁ, D., 2019. *Pedagogika. 2.*, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5511-3.
 49. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
 50. ŠUPLEROVÁ, M., MACHOVÁ A., 2013. *Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře* [online]. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/10/11.pdf>
 51. TAUŠOVÁ, B., 2024. *Černý kašel – jaké jsou příznaky, léčba a prevence* [online]. Praha: Canadian Medical [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.canadian.cz/cs/clanky-a-novinky/cerny-kasel-jake-jsou-priznaky-lecba-a-prevence/>
 52. TUKA, V. jr., TUKA, V., 2019. *Jak motivovat pacienta ke změně životního stylu?* [online]. Praha: Centrum zátěžové kardiologie [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/01/11.pdf>
 53. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. et al., 2018. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
 54. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.
 55. VOJTÍŠKOVÁ, J., 2006. *Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře* [online]. Praha: Ústav všeobecného ošetrovatelství 1. LF UK [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>

56. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3697-6.
57. VRUBLOVÁ, Y., 2021. *Edukace ve zdravotnictví – Edukace v ošetrovatelství: Průvodní list studijního materiálu* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: https://is.slu.cz/publication/50921/6_pruvodni_list_Vrublova_Edukace_v_oseetrovate lstvi.pdf
58. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2024-04-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 2450-2451. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&What=Rok>
59. WARR, W. et al., 2020. *A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring GP's and nurses' perspectives on discussing weight with patients with overweight and obesity in primary care* [online]. UK: Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.13151>
60. XIA, T. et al., 2022. *Interventions in hypertension* [online]. Los Angeles: Department of Epidemiology, Fielding School of Public Health, UCLA [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35490246/>
61. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2024-04-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/getall.aspx>
62. ZÁVODNÁ, V., 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2., přepracované a doplněné. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

8 Seznam použitých zkratek

WONCA – World Organization of National Colleges and Academies

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

SZŠ – střední zdravotnická škola

RHB – rehabilitace

VŠ – vysoká škola

Bc. – vysokoškolský bakalářský titul

GASTRO – gastroenterologie

INT – interní oddělení

ADP – agentura domácí péče

JIP – jednotka intenzivní péče

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

VOŠZ – vyšší odborná škola zdravotnická

DiS. – diplomovaný specialista

CHIR – chirurgické oddělení

ORL – otorinolaryngologie

ONP – oddělení následné péče

WHO – World Health Organization

Sb. – sbírka

9 Seznam příloh

Příloha 1: otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2: prezentace ke vzdělávacímu semináři pro sestry pracující v ordinacích praktických lékařů na téma Efektivní edukace pacienta v primární péči vedená sestrou

Příloha 1 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v ordinaci praktického lékaře?
4. Máte i jinou pracovní zkušenost než v ordinaci u praktického lékaře? Případně kde a jak dlouho?
5. Jak často provádíte edukaci? Kolikrát denně například?
6. Jak často reedukujete pacienty?
7. V jaké oblasti nejčastěji edukujete?
8. Jaké změny pozorujete u pacientů po edukaci?
9. Máte stanovený edukační plán? Jak vypadá jeho struktura?
10. Za pomoci, jakých metod nejčastěji pacienty edukujete?
11. Jakou zpětnou vazbu Vám pacienti dávají?
12. Jak se ujistíte, že Vám pacienti rozumí?
13. Jak by měla podle Vás probíhat správná edukace?
14. Jaké edukační materiály používáte?
15. Jak konkrétně edukujete pacienta např. s hypertenzí?
16. Edukujete jednorázově nebo ve více sezeních?
17. Jaký je nynější největší problém, kvůli kterému provádíte edukaci?
18. Držíte se edukačního procesu? Jak takový edukační proces vypadá?
19. Jaké věkové kategorie pacientů nejčastěji edukujete?
20. Kolik času máte na edukaci jednoho pacienta?
21. V čem vnímají pacienti edukaci jako přínosnou? Vnímají jí vůbec jako přínosnou?
22. Jak motivujete pacienta, aby s Vámi při edukaci spolupracoval?
23. Jaké edukační cíle nejčastěji pacientům stanovujete?
24. Jaký má podle Vás edukace význam pro pacienta?
25. Kde nejčastěji provádíte edukaci? V jakém prostředí?
26. Kdy nejčastěji provádíte edukaci?
27. Stalo se Vám, že byl pacient edukován již před návštěvou vaší ordinace, například z nemocničního zařízení? Pokud ano, ověřujete si nějak jeho znalosti a dovednosti, případně jak navazujete další edukaci?
28. Provádíte edukaci ve spolupráci s lékařem?
29. Jaké jsou podle Vás nejčastější překážky k dosažení efektivní edukace pacienta?

30. Jak motivujete pacienta k dosažení edukačního cíle a tím i ke zlepšení jeho zdravotního stavu?
31. Jaký má podle Vás edukace přínos pro celkové zdraví populace?
32. Máte možnost se dále vzdělávat a rozvíjet se v této oblasti? Vyhledáváte a chcete se v této oblasti rozvíjet?
33. Umožňuje Vám lékař provádět edukační činnost? Pokud ano, jakým způsobem Vás lékař podporuje k výkonu této činnosti?

Příloha 2: prezentace ke vzdělávacímu semináři pro sestry pracující v ordinacích praktických lékařů na téma Efektivní edukace pacienta v primární péči vedená sestrou

Tato prezentace byla vytvořena, jako výstup na základě mého výzkumného šetření, které probíhalo u sester v ordinacích praktických lékařů. Tyto sestry budou po ukončení této práce pozvány na edukační seminář, který bude zaměřen na zefektivnění edukace prováděné sestrou v ordinacích praktických lékařů.



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

EFEKTIVNÍ EDUKACE PACIENTA V PRIMÁRNÍ PÉČI VEDENÁ SESTROU

Bc. Monika Marková

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
25.4.2024

1

OBSAH SEMINÁŘE

- Co je to edukace?
- Edukační proces
- Edukační činnost sestry v ordinaci praktického lékaře
- Výsledky výzkumného šetření
- Diskuze
- Zdroje



2

CO JE TO EDUKACE?

- Edukace = výchova a vzdělávání jedince
- Soustavný proces ovlivňující chování a jednání jedince
- Cíl – navodit změny v jednotlivých vědomostech, dovednostech, návycích a postojích pacienta
- Záměrný, cílevědomý a plánovaný proces
- Zdravotní výchova
- Nejdůležitější a nejnáročnější úkol ošetřovatelství
- Celoživotní rozvíjení osobnosti

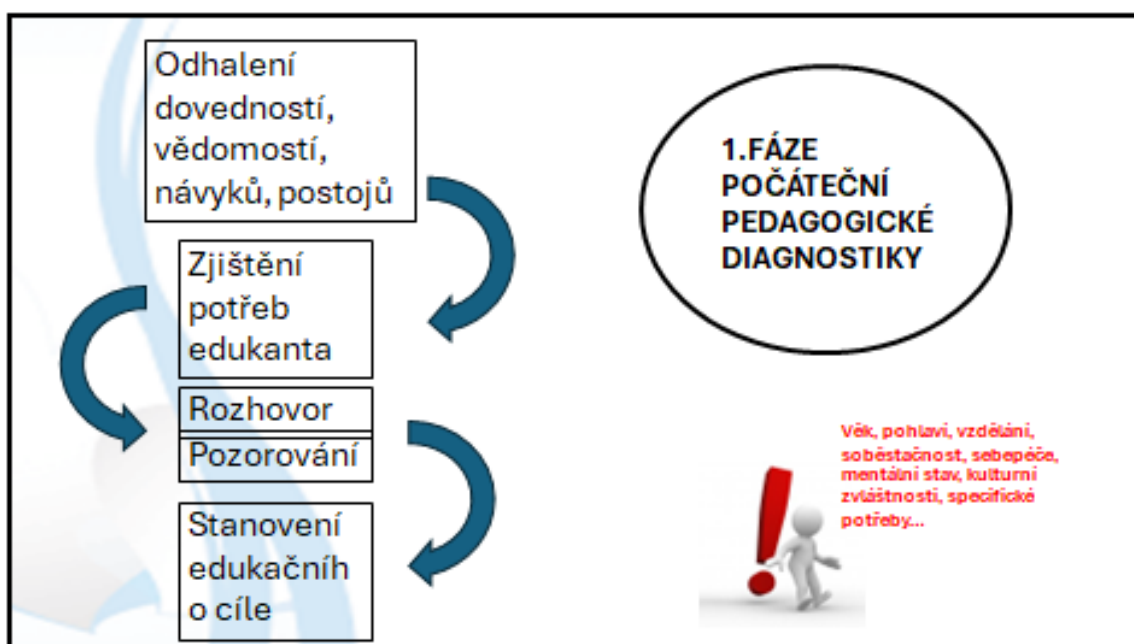
3

EDUKAČNÍ PROCES

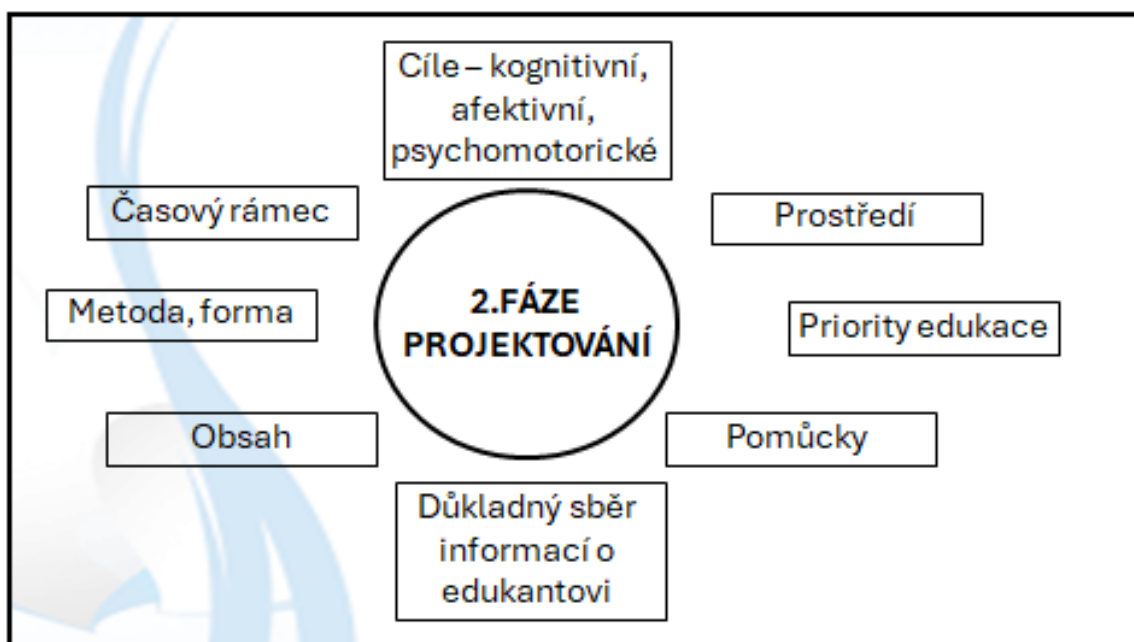
- 5 fází

1.fáze	Počáteční pedagogická diagnostika
2.fáze	Projektování
3.fáze	Realizace
4.fáze	Upevnění a prohlubování učiva
5.fáze	Zpětná vazba

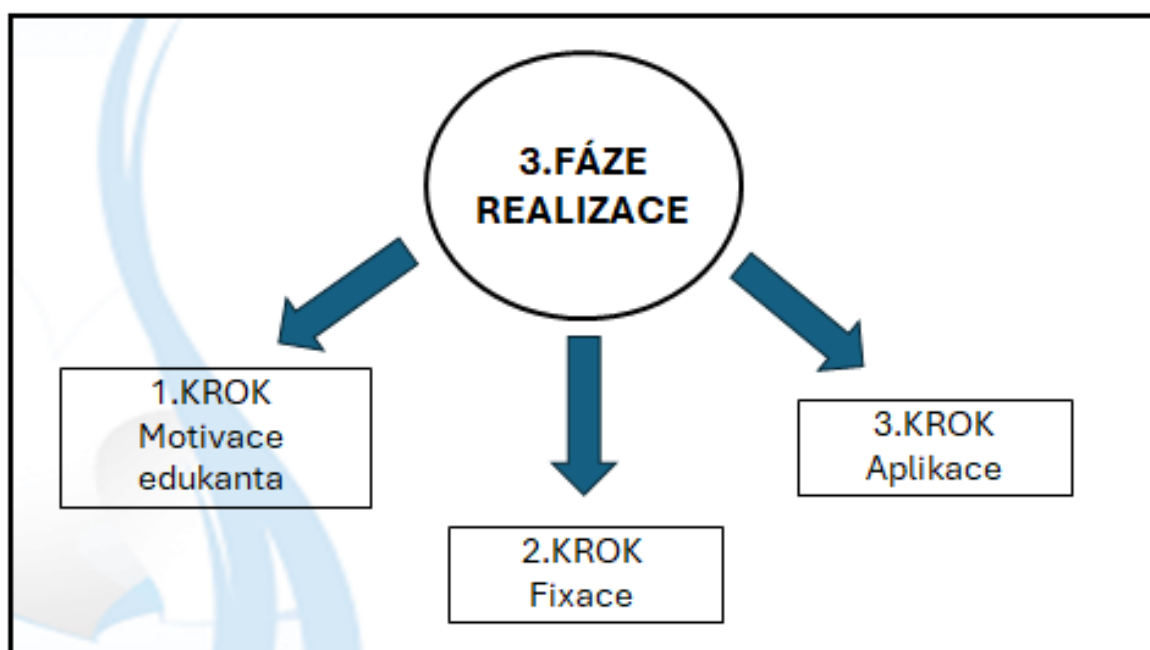
4



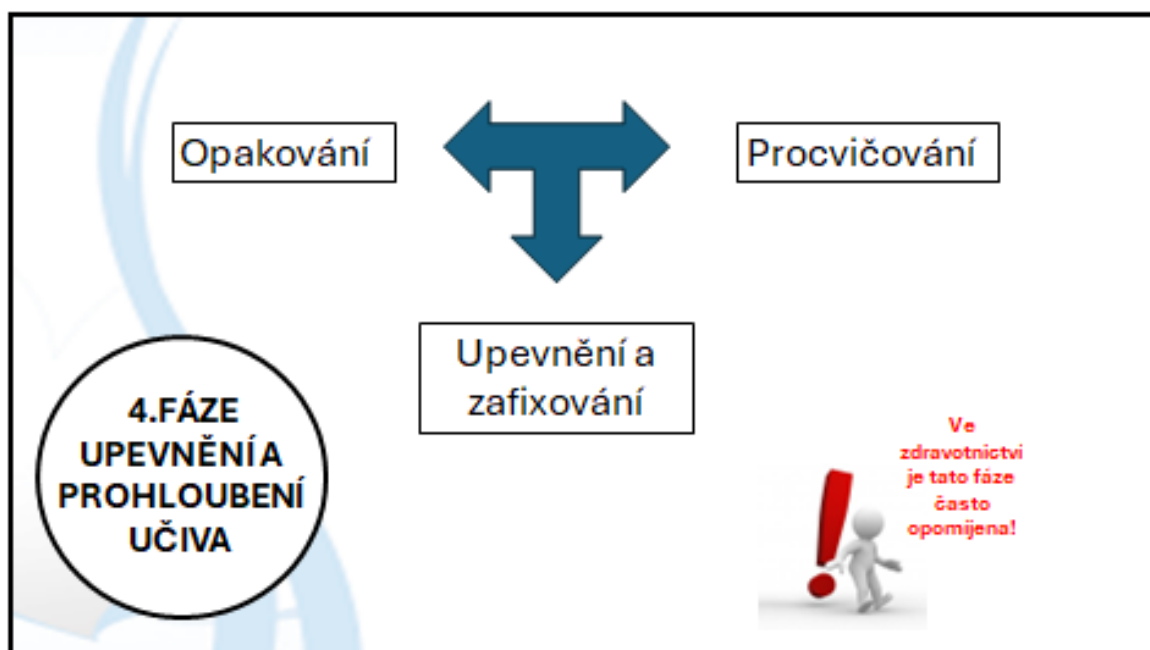
5



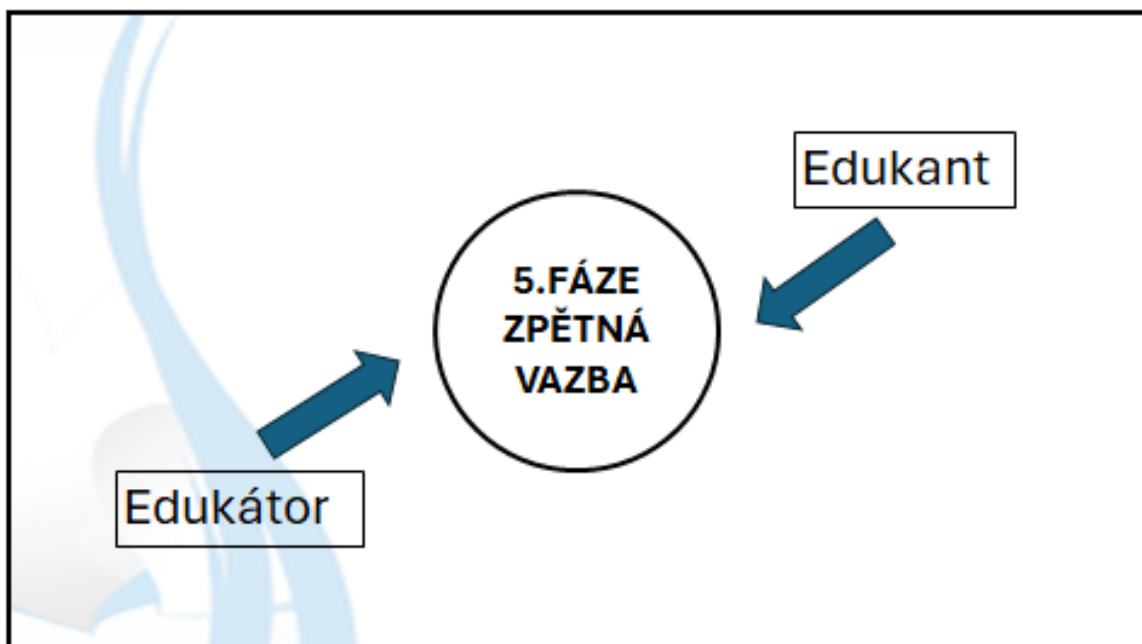
6



7



8



9

EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE I.

- Očekávání – motivace, usměrňování jedince k zodpovědnému chování o svém zdraví
- Metody – rozhovor, brožury, demonstrace
- Prevence – primární, sekundární, terciární
- Akutní a chronická onemocnění
- Mentální hygiena



10

EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE II.

- Seběpěče, podpora zdraví, životní styl
- Podpora jedince, rodiny, komunity
- Spolehlivost, flexibilita, loajalita, spolupráce, motivace, vzdělání
- Empatie a efektivní komunikace
- Celoživotní vzdělávání



11

VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

- Nedostatek času na edukaci pacienta
- Nedostatek prostoru pro řádnou edukaci
- Nezájem pacientů o změnu svého životního stylu

PROČ SE TAK NEDĚJE?

12

DISKUZE

- Prostor pro diskusi a otázky k problematice edukace v primární péči



13

ZDROJE

- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: UTB. ISBN 978-80-7454-635-8.
- PRAŽSKÝ, B., 2013. *Edukace pacienta s hypertenzí* [online]. Praha [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/edukace-pacienta-s-hypertenzi/>
- Vlastní výzkumné šetření 2024

14



DĚKUJI ZA POZORNOST!

V případě dotazů se neváhejte na mě obrátit.

markom25@zsf.jcu.cz