



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Edukace sestrou v primární péči pacientů trpícími
chronickým onemocněním**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Viktorie Jungová

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Lískovcová Ph.D., MBA

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s *názvem Edukace sestrou v primární péči pacientů trpícími chronickým onemocněním* 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 bakalářské 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2022

.....

Viktorie Jungová

Poděkování

Nejdříve bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Iloně Lískovcové, Ph.D., MBA za odborné vedení bakalářské práce, za užitečné a cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této práce. Mé poděkování také patří všem probandkám, které poskytly potřebné informace pro zpracování mé práce. Na závěr bych také chtěla poděkovat celé mé rodině, která mi byla velkou oporou po celou dobu studia.

Edukace sestrou v primární péči pacientů trpícími chronickým onemocněním

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje edukaci sestrou v primární péči pacientů trpícími chronickým onemocněním, a to konkrétně diabetem mellitem, hypertenzí a obezitou u dětských pacientů. Práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a empirické. Teoretická část se nejprve soustředí na edukaci jako takovou, základní pojmy, proces edukace, projektování a přípravu na edukaci, realizaci a hodnocení. Dále se věnuje primární péči, jejím cílům a rozsahu, a nakonec edukaci u diabetu mellitu, hypertenzi a obezitě u dětských pacientů.

Empirická část byla realizována formou kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů se sestrami z ordinací praktického lékaře pro dospělé a z ordinací praktického lékaře pro děti a dorost. Cílem bylo zjistit, jakým způsobem sestry v primární péči skutečně edukují pacienty s vybraným chronickým onemocněním. Rozhovory byly zrealizovány dle předem připravených otázek, kterých se sestry zúčastnily. Výzkumný soubor byl tvořen pěti sestrami z ordinace praktického lékaře pro dospělé a pěti sestrami z ordinace praktického lékaře pro děti a dorost. Výsledky výzkumného šetření byly kategorizovány do sedmi kategorií.

Výsledek výzkumného šetření poukazuje na to, že edukace je nejčastěji prováděna ve formě krátkého rozhovoru, doporučení a následném vydání informačních letáků. Zda jsou tyto letáky účinné a pacienti si je opravdu vezmou domů a prostudují je, na to už se sestry nemohou spolehnout.

Výsledky práce mohou sloužit jako pomůcka pro orientaci v edukaci pacientů s chronickými onemocněními. Mohou být přínosem pro sestry v primární péči a také mohou sloužit jako informační materiál pro veřejnost.

Klíčová slova:

Edukace; sestra; primární péče; diabetes mellitus; hypertenze; obezita u dětí

Education by a nurse in the primary care of patients suffering from chronic diseases

Abstract

This bachelor thesis deals with nurse education in the primary care of patients suffering from chronic diseases, specifically diabetes mellitus, hypertension and obesity in paediatric patients. The thesis consists of two parts, a theoretical and an empirical. The theoretical part first focuses on education, basic concepts, the process of education, design and preparation for education, implementation and evaluation. It also deals with primary care, its goals and scope, and finally education for diabetes mellitus, hypertension and obesity in paediatric patients.

The empirical part has been carried out in the form of qualitative research through interviews with nurses from GPs for adults and GPs for children and adolescents. The aim was to find out how nurses in primary care actually educate patients with selected chronic diseases. The interviews have been conducted according to pre-prepared questions in which the nurses participated. The research group consisted of five nurses from a general practitioner's office for adults and five nurses from a general practitioner for children and adolescents. The results of the research survey have been categorized into seven categories.

The result of the research survey points out that education is most often carried out in the form of a short interview, recommendations and subsequent publication of information leaflets. The nurses cannot rely on whether these leaflets are effective and patients really take them home and study them.

The results of the thesis can serve as an aid for orientation in the education of patients with chronic diseases. They can be beneficial to nurses in primary care and can also serve as information material for the public.

Key words

Education; nurse; primary care; diabetes mellitus; hypertension; childhood obesity

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Edukace.....	9
1.1.1 Základní pojmy.....	9
1.1.2 Proces edukace.....	10
1.1.3 Projektování edukace.....	11
1.1.4 Příprava zdravotníka na edukaci.....	13
1.1.5 Realizace edukace.....	14
1.1.6 Hodnocení edukace.....	16
1.1.7 Edukace specifické skupiny.....	16
1.2 Ošetrovatelská péče.....	17
1.2.1 Definice primární péče.....	18
1.2.2 Cíle a rozsah primární péče.....	18
1.2.3 Primární péče pro dospělé i děti a dorost.....	20
1.3 Edukace pacientů s určitými onemocněními.....	20
1.3.1 Hypertenze.....	21
1.3.1.1 Edukace pacienta v oblasti selfmonitoringu.....	21
1.3.1.2 Edukace pacienta o technice měření krevního tlaku.....	21
1.3.1.3 Dietní léčba.....	22
1.3.2 Diabetes mellitus.....	23
1.3.2.1 Edukace v oblasti selfmonitoringu.....	23
1.3.2.2 Edukace pacienta o technice odběru glykémie a aplikaci inzulínu.....	24
1.3.2.3 Edukace pacienta o prevenci, detekci a léčbě akutních komplikací.....	27
1.3.2.4 Nutriční doporučení.....	29
1.3.3 Obezita u dětí.....	30
1.3.3.1 Prevence.....	31

1.3.3.2	Edukace dítěte a rodičů o komplikacích	31
1.3.3.3	Úloha sestry v primární péči	31
1.3.3.4	Edukace rodičů.....	32
2	Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1	Cíl práce	33
2.2	Výzkumné otázky.....	33
3	Operacionalizace pojmů	34
4	Metodika.....	35
4.1	Metoda sběru dat.....	35
4.2	Výzkumný soubor	35
5	Výsledky výzkumu.....	36
5.1	Základní identifikační údaje výzkumného souboru	36
5.2	Kategorizace výsledků	36
6	Diskuse	47
7	Závěr	54
8	Seznam použité literatury	56
9	Seznam příloh	61
10	Seznam zkratk.....	65

Úvod

Tato bakalářská práce se věnuje problematice edukace sestrou v primární péči pacientů trpícími chronickým onemocněním. Edukace jako taková je základní a důležitou částí každého ošetrovatelského procesu, ale jde bohužel také o část, která je, z mého pohledu, zanedbanější, než by měla být. Může to být například z důvodu nedostatku času v ordinacích praktických lékařů. Z tohoto důvodu dochází k tomu, že pacienti mají nedostatek vědomostí a informací, které jsou nezbytné pro jejich orientaci v léčebném procesu. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby sestry věděly, jak správně a účinně pacienty edukovat. A v neposlední řadě si musí každá sestra být jistá tím, že předané informace každý pacient chápe.

Počet pacientů s chronickým onemocněním se postupem času výrazně zvyšuje a je proto velmi důležité, aby každý jediný pacient měl dostatek informací, jak s touto chorobou fungovat a zachovat si v rámci možností životní standard.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry v primární péči skutečně edukují pacienty s vybraným chronickým onemocněním, a to konkrétně s diabetem mellitem, hypertenzí a obezitou u dětských pacientů.

Toto téma bylo vybráno z toho důvodu, že jsem se sama setkala s nedostatkem informací od praktického lékaře a bylo na mně si vše zjistit sama. Proto mě toto téma velice zajímá včetně výsledků výzkumu, ke kterým dojdu po vypracování empirické části této bakalářské práce.

1 Současný stav

1.1 Edukace

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare* nebo *educare*. Toto slovo má význam vést vpřed, vychovávat. Lze odborně definovat jako: „*Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (Juřeníková, 2010, s. 9) Obnáší to výchovu a vzdělávání jedince. Oba tyto pojmy se navzájem doplňují a nelze provádět edukaci při rozdělení těchto dvou důležitých jednotek. Edukovat lze člověka v jakémkoliv věku, v mnoha oblastech s různými cíli.

1.1.1 Základní pojmy

Edukační proces je činnost, při které dochází ke zmíněnému učení, vzdělávání člověka. Toto vzdělávání probíhá buďto záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentně). Edukační proces probíhá od prenatálního života až do smrti. Do tohoto procesu vstupují čtyři následující determinanty (Průcha, 2012):

Edukant je ten, kdo se něčemu učí. Je to ta osoba, jež přijímá nové informace a která se vzdělává. Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastěji subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný klient. Edukantem může být i zdravotník, který prohlubuje své vzdělání, vědomosti a dovednosti. Každý edukant má své konkrétní fyzické, afektivní a kognitivní vlastnosti. Charakteristiku edukanta ovlivňuje i etnická příslušnost, víra, sociální prostředí a jiné charakteristické vlastnosti každého jedince.

Edukátor je ten, kdo někoho edukuje. Je to ten jedinec, který vzdělává edukanta, a učí ho k lepšímu. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti atd.

Edukační prostředí je místo, kde konkrétní edukace probíhá. Příkladem takového edukačního prostředí může být například diabetologická ambulance. Jde o místo, kde jsou všechny potřebné pomůcky k dispozici a ve kterém probíhá celý edukační proces.

Edukace ve zdravotnictví je jednou z nepostradatelných aktivit, jež přispívá k předcházení onemocnění nebo vzniku komplikací. Je to způsob, jak zkvalitnit život jedince. Hraje velkou roli jak v prevenci primární, tak sekundární a terciární (Juřeníková, 2010).

V primární prevenci je edukace zaměřena na jedince, kteří jsou zdraví. Jde o edukaci o prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, jež vedou k udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života. Do sekundární prevence zahrnujeme edukaci již nemocných jedinců, u kterých se snažíme ovlivnit jejich vědomosti, dovednosti a postoje tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Edukace v terciální prevenci je zaměřena na jedince, kteří již mají trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu. Tato edukace se zaměřuje především na zlepšení kvality života a zamezení možným komplikacím.

1.1.2 Proces edukace

Zdravotnická zařízení se zabývají péčí o zdraví klientů, prevencí, diagnostikou a léčbou onemocnění. „*Smyslem edukačního procesu je systematické vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností, k vytvoření nových hodnotových, postojových a volních struktur osobnosti, které vedou k vyvolání a k postupnému upevnění požadované změny chování. Účinná a správně provedená edukační činnost sestry nemůže spočívat pouze v předání určitého penza informací. Sestra se musí soustředit především na to, aby společně s pacientem připravila edukační program, který pacientovi usnadní uskutečňovat změny chování.*“ (Svěráková, 2012 s. 24)

Edukace se z pravidla dělí na pět základních fází:

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky:

V této fázi se snaží sestra zjistit, jaké má pacient vědomosti, dovednosti, návyky a postoje. Snažíme se zde zjistit edukační potřeby. Tato fáze probíhá stylem pozorování či pomocí rozhovoru. Jde o významnou fázi pro stanovení budoucích cílů edukace.

2. Fáze projektování:

V této fázi se edukátor snaží naplánovat cíle, zvolit vhodnou metodu edukace, obsah edukace, pomůcky, časový rámeček apod. Zkrátka celou edukaci pilně naplánovat tak, aby byly všechny důležité aspekty jasně a srozumitelně naplánované.

3. Fáze realizace:

V této fázi jde o samotnou realizaci edukaci, která je díky předchozím fázím důkladně naplánovaná a dobře projektována. V této fázi je důležitá motivace edukanta,

na kterou také navazuje expozice předávaných poznatků. Je důležité dbát na fixaci všech vědomostí a dovedností a také na to, aby byly procvičovány a opakovány. Průběžně se edukátor snaží diagnostikovat pochopení daného učiva a zájem edukanta. Je důležité, aby edukace probíhala tak, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti aplikovat v běžném životě.

4. Fáze upevňování a prohlubování učiva:

Tato fáze je v celém procesu velice důležitá. Je to nezbytný krok pro uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Proto je nutné, aby edukátor s edukantem opakovali a procvičovali všechny důležité informace tak, aby došlo k fixaci do dlouhodobé paměti. Je velice důležité tuto fázi neopomíjet.

5. Fáze zpětné vazby:

Hodnocení výsledků nám dává zpětnou vazbu nejen o tom, jaké výsledky má edukant, ale také jaké má edukátor a jak efektivní byl edukační proces a zda bylo dosaženo edukačních cílů. Zpětná vazba slouží také ke zdokonalování při provádění edukace, jež je pro edukátora velice důležitá (Juřeníková, 2010).

1.1.3 Projektování edukace

Projektování edukačního plánu je velice důležitým krokem, který zahrnuje podrobné plánování a přípravy edukátora. „*Pečlivá příprava edukačního procesu je velmi důležitá. Jednak usnadní práci sestry, jednak také motivuje pacienta. Jestliže je projekt pečlivě připraven a pacient vidí, že mu ošetřující personál věnuje pozornost, přistupuje k edukaci také odpovědněji.*“ (Svěráková, 2012, s. 33)

Díky amnestickým údajům o klientovi se rozhodneme, jakým směrem se bude edukace ubírat. Důležitý je důkladný sběr informací o klientovi, kdy se zaměřujeme zejména na znalosti, postoje a dovednosti klienta v dané problematice. Při projektování edukace si klademe sedm základních otázek, které je nutno zodpovědět.

1. Proč?

Při této otázce se zamýšlíme nad potřebami, jež edukant při edukaci má, k jaké změně a v jaké oblasti by mělo dojít tak, aby to pozitivně ovlivnilo jeho zdraví. Při této otázce si vymezujeme přesné cíle edukace.

Přesné stanovení edukačních cílů pomáhá edukátorovi edukaci dobře naplánovat. Každý edukátor musí jasně vědět, jakou změnu ve vědomostech, dovednostech, postojích, návycích chce u klienta vytvořit. Cíle můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé jsou etapové, např. cíle jednotlivé edukační lekce, naproti tomu dlouhodobé jsou cíle celkové edukace klienta. Každý cíl musí splňovat podmínku přiměřenosti, tj. musí odpovídat schopnostem klienta. Pokud je cíl příliš náročný a není v silách klienta tento cíl splnit, vede to k demotivaci učení. Pro správnou formulaci cílů využívá edukátor aktivní slovesa, která musí vyjadřovat činnost, jež je možné pozorovat a kontrolovat. Je důležité nepoužívat slovesa typu „uvědomit si“ nebo „vědět“, naopak slovesa typu „popsat, sestavit, aplikovat“ apod (Maňák a Švec, 2003; Juřeníková 2010).

2. Koho?

V tomto kroku projektování zvažujeme, koho do edukačního procesu zahrneme. Je důležité si všimnout charakteristiky edukanta vzhledem k jeho pohlaví, věku, zdravotnímu a psychickému stavu, motivaci, postojům, kognitivním schopnostem, vzdělávání, zvykům a jiným důležitým faktorům.

Edukace může probíhat v různých formách. Ve zdravotnictví se nejčastěji volí individuální forma výuky, jež probíhá ve formě edukátor – klient. Tato edukace nejčastěji probíhá v ordinaci praktického lékaře nebo v ambulanci. Dále máme skupinovou formu edukace, která umožňuje provádět edukaci pro více účastníků. Skupinu řídí edukátor a vytvoří ji dle určitých kritérií jako je věk, chronické onemocnění a pohlaví klientů.

3. Co?

U této otázky zvažujeme, co bude obsahem edukace. Zde si rozhodneme, zda půjde o základní nebo reedukační formu edukace. Základní neboli komplexní edukace je edukace, která bývá zpravidla prováděna ve skupinové formě. Naproti tomu reedukace je fáze, jež nastává po delší době. Je to druh edukace spočívající v opakování informací, které by pacient měl znát.

4. Jak?

Je důležité zvolit vhodné metody a formy edukace, které jsou pro daného klienta vyhovující a budou odpovídat edukačním potřebám. Edukační metody volí edukátor

cílevědomě a promyšleně. Nejčastější edukační metody ve zdravotnictví zahrnují vysvětlování, instruktáž, rozhovor, konzultaci.

5. Kdo a kdy?

U této otázky je důležité zvážit, jaký člen multidisciplinárního zdravotnického týmu poskytne, vzhledem ke své profesi a obsahu edukace, ve správný čas kvalitní edukaci.

6. Kde a za jakých podmínek?

V této etapě je nutné zvážit, v jakém prostředí by celá edukace měla probíhat, ať už v odborné ambulanci či na jiném vhodném místě. Další otázkou je, zda využijeme při edukaci podpůrné materiály a z jakých prostředků bude edukace financována.

Učební pomůcky a didaktická technika pomáhají zvýšit efektivitu edukačního procesu. Obsah edukace je díky těmto pomůckám názorně představen a podporuje následné splnění edukačních cílů. Pro lepší orientaci v různých učebních pomůckách je můžeme rozdělit na textově učební pomůcky (učebnice, letáky, brožury atd.), vizuálně učební pomůcky (fotografie, zdravotnický materiál, obrazy), auditivní učební pomůcky (hudební a zvukové záznamy), a audiovizuální (pořady, výuková videa). Dále můžeme mnoho pomůcek najít na internetu nebo v různých mobilních aplikacích, jež nám pomáhají s edukací klientů. Je důležité tyto pomůcky přizpůsobit každému klientovi zvlášť, dát si pozor na věk klienta a jeho pochopení pro různé pomůcky.

7. S jakým výsledkem?

Je velice důležité si ujasnit způsob hodnocení změn a toho, jaké nástroje pro hodnocení zvolíme (Juřeníková, 2010). Sestavení edukačního plánu by mělo být písemné na základě všech edukačních potřeb edukanta. Vše by mělo správně být založeno v dokumentaci klienta. Můžeme se setkat s edukačními plány, které jsou sestaveny obecně pro určitá onemocnění. Edukátor se tímto plánem může řídit, ale je důležité nezapomenout na individualitu každého edukanta (Maňák a Švec, 2003; Juřeníková, 2010).

1.1.4 Příprava zdravotníka na edukaci

Příprava zdravotníka na edukaci spočívá především v dlouhodobé přípravě. Každý edukátor se musí podrobně seznámit s hlavními cíli a plánem edukace u každého konkrétního edukanta. Po dlouhodobé přípravě navazuje příprava

bezprostřední, v níž si každý edukátor připravuje na konkrétní lekci. Způsob přípravy závisí na charakteru edukační lekce, ať už je motivační, opakovací, upevňovací dovednostní nebo jiná, a také na formě edukace, zda edukátor bude edukovat pouze jednoho nebo více edukantů. Dále si musí edukátor připravit všechny materiální a organizační podmínky zařízení, ve kterém celková edukace bude probíhat. Příprava na edukační lekci je nejvhodnější v písemné podobě, měla by obsahovat všechny základní informace o každé lekci. Tyto informace zahrnují v první řadě téma edukace, cíle, metody, formy, obsah edukce, dále pomůcky a způsob hodnocení (Juřeníková, 2010).

1.1.5 Realizace edukace

Po zjištění edukačních potřeb, které jsme stanovili díky pečlivému sběru dat o klientovi a sestavení edukačního plánu je na čase realizovat edukaci, jež vychází z plánu edukace. Vše by v tuhle chvíli mělo směřovat k naplnění cíle edukace. Na efektivní realizaci celé edukace by se měl podílet celý multidisciplinární tým, jenž edukaci provádí na základě svých kompetencí, specializace a stanoveného plánu.

Úspěch samostatné realizace edukace závisí na respektování základních charakteristických faktorů o klientovi. Těmito faktory myslíme například pohlaví, věk, zdravotní stav, psychický stav, motivace, postoje, schopnosti a dovednosti, návyky, zkušenosti, vzdělání, ekonomická situace apod. Dále je důležité nezapomenout na tři základní a důležité fáze, čímž jsou příprava zdravotníka, příprava edukanta a příprava prostředí a materiálního zabezpečení. (Juřeníková, 2010)

Příprava zdravotníka na edukaci spočívá v dlouhodobé přípravě. Základem je se podrobně seznámit s hlavními cíli a kompletním plánem edukace u konkrétního klienta či klientů. Po dlouhodobé přípravě nastává příprava bezprostřední. V této přípravě se připravují konkrétní edukační lekce. Způsob, jakým se připravíme na edukaci závisí na charakteru edukační lekce. Záleží, zda je edukace motivační nebo je o osvojování nových vědomostí, opakování, vytváření a upevňování dovedností aj. Dále je příprava odlišná při edukaci individuální, skupinové nebo hromadné. Kompletní příprava je nejvhodnější v písemné podobě a měla by obsahovat téma, cíl metodu, formu a obsah edukace, pomůcky, které budou použity a způsob hodnocení edukační lekce. Nejčastěji zvolená edukační lekce bývá smíšená, její struktura většinou probíhá v následujících šesti krocích:

1. Seznámení s cílem edukace a motivace k edukaci;
2. Opakování dříve probraného tématu;
3. Seznámení s novým učivem;
4. Opakování a procvičování nového učiva;
5. Shrnutí podstatných bodů edukace a případně zadání samostatné práce;
6. Seznámení se s tématem příští edukace (Juřeniková, 2010; Svěráková, 2012).

Příprava edukanta na edukaci je stejně důležitá jako příprava zdravotníka. Každý edukant by měl znát důvody, proč u něho budeme edukaci provádět, a s jakým cílem. Samozřejmě je ale na jeho rozhodnutí, zda se bude do edukace zapojovat. Existují různé faktory, které mají vliv na připravenost a realizaci edukace. Hlavním faktorem je aktuální zdravotní stav edukanta. V období plného zdraví má jedinec dostatek energie a síly, aby se mohl v plném rozsahu zúčastnit edukačního procesu. Pokud je pacient v akutním stádiu onemocnění s bouřlivým průběhem, může být edukace komplikována. Zaměřujeme se tedy pouze na podání informací týkajících se momentální situace a na ty, které mu slouží k „přežití“. Po odeznění té nejhorší fáze onemocnění je klient k edukaci přístupnější a otevřenější. Je ale důležité si uvědomit, že si pacient prošel akutní fází onemocnění a je vyčerpaný a unavený. Proto je podstatné dávkovat edukaci po částech a dát edukantovi možnost dostatečného odpočinku. Pokud si pacient prochází chronickou fází onemocnění, jsou příznaky charakteristické vleklými příznaky, kdy se střídají fáze vzplanutí a remise onemocnění. Pokud se pacient vyskytuje v raných fázích adaptace na nemoc, není zpravidla ochoten a schopen se plně do edukace zapojit. *„Ochota spolupráce a touha po získání větších vědomostí a dovedností stoupá v období přijetí a smíření.“* (Juřeniková, 2010, s. 56) V tuto chvíli jsou klienti otevření edukaci a učení se o svém onemocnění. U chronických pacientů je ale typické, že se u nich v průběhu života střídá fáze, kdy dodržují doporučení a kdy naopak daná doporučení porušují.

Příprava prostředí a materiálního zabezpečení je nezbytnou součástí edukace. Je vhodné vybrat prostředí, kde bude dostatek klidu a nic nebude edukaci rušit. Je důležité, aby se v prostředí cítil dobře jak edukátor, tak i edukant. Mělo by být vhodně upraveno podle potřeb, podle zvolených metod a forem výuky tak, aby spolu mohli

všichni účastníci komunikovat a spolupracovat bez jakýchkoliv překážek. Je důležité připravit všechny učební pomůcky předem, a před zahájením vyzkoušet jejich funkčnost. Je důležité předpovídat, že může být edukace zrušena z důvodu různých nepředvídatelných okolností, jako je například zhoršení zdravotního stavu edukanta. Jinou okolností můžeme také být edukační bariéra. Mezi edukační bariéry řadíme překážky nebo komplikace, jež nám zabrání nebo znesnadní dosažení edukačního cíle. Edukační bariéry mohou být jak ze strany edukanta, tak i ze strany edukátora.

1.1.6 Hodnocení edukace

Hodnocení neboli evaluace edukace je poslední fází celého edukačního procesu. Hodnotit můžeme různé oblasti edukačního procesu, nejčastěji hodnotí edukátor edukanta, jakých výsledků a efektů edukace bylo u edukanta dosaženo. Hodnocení může probíhat jak v průběhu edukace, tak na jejím konci. Máme dva druhy hodnocení:

Formativní hodnocení

Tento druh hodnocení je zaměřen na odhalování chyb a nedostatků, které se naskytou v průběhu edukace. Každý edukant je hodnocen individuálně bez porovnávání s dalšími edukanty. Cílem tohoto hodnocení je zmapovat momentální stav edukantových dovedností, vědomostí a návyků. Toto dává edukantovi zpětnou vazbu o jeho pokrocích, které jsou důležité pro další chuť učit se. Tento způsob hodnocení je ve zdravotnictví často používán a motivuje edukanta k další práci.

Sumativní hodnocení

Tento druh hodnocení se využívá na konci určitého období. Takové období můžeme chápat jako propuštění z nemocnice nebo při konci absolvování kurzu. Cílem je zrekapitulovat pokroky edukanta. Toto hodnocení může probíhat jak verbálně (ústní nebo písemné hodnocení), tak nonverbálně (gesty, mimikou) (Juřeníková, 2010).

1.1.7 Edukace specifické skupiny

Edukace dětí

Při komunikaci s dítětem a následné edukaci je velice důležitým faktorem věk dítěte. Tento faktor nám určuje, koho budeme edukovat, zda je to rodič nebo samotné dítě, jež už je ve věku, kdy je schopné pochopit naše pokyny. Pokud edukujeme dítě, je velice

důležité, aby vše, co říkáme, bylo podáno v jednoduchosti, stručnosti, zřetelnosti a aby vše bylo vhodně načasované. Je důležité vše popisovat tak, aby tomu dítě porozumělo. Komunikace s dětským klientem je vždy velice specifická. Aby dítě spolupracovalo, je nutná efektivní komunikace ze strany zdravotnických profesionálů. Je vhodné využít různé pomůcky (např. barevné obrázky), které celou edukaci zjednoduší a dítě vše lépe pochopí. Zpětná vazba dítěte je důležitá pro ujištění se, že pacient pochopil vše správně. Je důležité zahrnout do celého edukačního procesu také rodiče, kteří musí mít stejné informace jako dítě, aby věděli, jaké pokyny dítě dostalo a následně dohlíželi na jejich dodržování (Venglářová a Mahrová, 2006; Plevová a Slowik, 2010; Zacharová, 2016).

Edukace seniorů

Komunikace se „zdravými“ seniory nevyžaduje žádnou specifickou modifikaci založenou na změnách kognitivních funkcí. Je pouze potřeba, aby zdravotnický tým poskytl určitý čas pro umožnění úspěšné efektivní komunikace. Edukace tudíž nevykazuje žádnou velkou změnu oproti edukaci dospělého zdravého jedince. Komunikace se seniorem, jenž trpí demencí či jinou závažnou diagnózou už může být složitější. Je důležité přistupovat k pacientovi s trpělivostí, být pozorný a empatický. Z tohoto důvodu bude edukační proces mnohem složitější než kdy jindy. Je důležité vybrat vhodné pomůcky, které edukační proces ulehčí jak pro edukátora, tak i pro edukanta. Je také nezbytné přizpůsobit edukaci a komunikaci každému jedinci zvlášť (Jiráek et al., 2009; Pokorná, 2010; Špatenková a Smékalová, 2015).

1.2 Ošetřovatelská péče

Zdravotnické instituce dělíme z hlediska jejich začlenění do primární, sekundární a terciární péče. Tyto tři druhy péče by měly vytvářet pyramidu služeb z hlediska specializace, z toho plynoucí dostupnost a potřeby. Primární péče je první místo kontaktu se zdravotnickými pracovníky. Základním principem primární péče je poskytování základní zdravotní péče, která zahrnuje všeobecnou lékařskou péči. Příkladem instituce primární péče je praktický lékař pro dospělé, pro děti a dorost, zubní péče, péče o matku a dítě, gynekologická péče a péče domácí. Sekundární péče obsahuje již specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční péči. Tuto specializovanou péči navštěvují pacienti na doporučení lékařů z primární péče. Do této péče spadají všechny specializované ambulance, např. ortopedie, kardiologie, interní, chirurgické atd. Třetí

a také poslední složkou, tzv. terciární péče, zahrnuje již vysoce specializované, komplexní a mimořádně nákladné služby. Zde jsou pacienti doporučováni ze sekundární péče pro složitou diagnostiku a léčbu. Mezi takové pracoviště řadíme například fakultní a krajské nemocnice, ale také výzkumné ústavy např. IKEM. Všechny tři složky zdravotnického systému by měly být provázané a plynule na sebe navazovat (Gladkij, 2003).

1.2.1 Definice primární péče

Primární péče je zdravotně sociální péčí, jež je poskytována v první řadě zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak i na základě dlouhodobého přístupu k jednotlivci. Je často označována jako linie prvního kontaktu. Primární péče je nepřetržitě dostupnou péčí, která navazuje na ostatní složky zdravotnického systému a další potřebné služby mimo zdravotní systém. Velkou roli hraje včasné stanovení diagnózy a léčebného postupu. Zde se klade velký důraz na zdravotní sestru, která by měla být způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Měla by být maximálně spolehlivá, sama by měla usilovat o kvalitu poskytované péče. Zdravotní sestra se v ordinaci věnuje různým činnostem – administrativní, ošetřovatelské, zajištění hygienicko-epidemiologického režimu a návštěvám klientů v jejich sociálním prostředí. Spolu s lékařem se podílí na prevenci, diagnostice, vyšetření a edukaci (Gladkij, 2003; Košta, 2013).

1.2.2 Cíle a rozsah primární péče

Hlavní cíl primární péče definuje Košta ve své knize „Management úspěšné ordinace praktického lékaře“ jako snahu: „Zabezpečit první kontakt zdravotnického systému s obyvatelstvem a odpovědně a citlivě rozhodnout o potřebě další péče, a to v případech akutních i chronických stavů. Soustavným úkolem je shromažďování zdravotnických informací a koordinace specializovaných služeb u jednotlivých pacientů.“ (Košta, 2013, s. 15) Při správné implementaci je primární péče velmi prospěšná pro zdraví pacientů a také snižuje finanční zátěž systému veřejného zdraví. Je to částečně způsobeno menším počtem hospitalizací a menší potřebou služeb sekundární a terciární zdravotní péče.

Hlavním cílem primární péče je zlepšit zdravotní stav občanů poskytnutím snadného přístupu k lékařské péči. Zaměřuje se také spíše na celého jedince než na konkrétní orgán, systém nebo nemoc. Jeho cílem je zlepšit jejich celkové zdraví a pohodu prevencí

nebo řešením jakýchkoli zdravotních problémů, které mohou být přítomné nebo potencionálně přítomné.

Podle WHO existuje několik klíčových rolí, které praktičtí lékaři primární péče při plnění tohoto cíle plní. Tyto klíčové role zahrnují:

- Poskytování širšího pokrytí zdravotní péče;
- Předcházení sociálním rozdílům ve zdravotnictví;
- Organizování zdravotních služeb tak, aby vyhovovaly zdravotním potřebám;
- Pomáhá učinit zdraví a zdravotní péči součástí veřejné politiky v každé oblasti;
- Pomáhá školit vedoucí v efektivní zdravotní péči.

Praktičtí lékaři jsou zodpovědní za trvalé zdraví svých pacientů tím, že zahrnují do své péče prevenci, včasnou diagnostiku a zvládají péči o běžné zdravotní stavy. Důležitým aspektem jejich práce je doporučení odborníkům podle potřeby (Smith, 2019).

Kvalitní systém zdravotní péče je typický díky následujícím osmi bodům:

- **Prevence** – kdy lékař a sestra dbají na dostatečné předcházení výskytu onemocnění.
- **Dostupnost** – v případě nemoci či jiného problému, který je potřeba řešit v primární péči jsou schopni poskytnout péči snadno a rychle.
- **Účelnost** – kdy lékař a sestra poskytují péči, jež je v daný moment pro klienta nejvhodnější.
- **Kvalita** – poskytování odborné péče, která je na dobré úrovni jak z technického, tak finančního pohledu.
- **Přehlednost** – umožnit pacientům přehlednost poskytované péče i celého léčebného procesu.
- **Citlivost** – umožnit pacientovi být co nejdéle v domácím prostředí bez ohrožení jeho zdravotního stavu.
- **Humánnost** – zachování lidské důstojnosti.

- **Ekonomičnost** – všechny náklady udržovat v přijatelných mezích a dané prostředky využívat účelně (Jurásková, 2014).

Celkový rozsah primární péče je ovlivněn poskytovateli a naopak. Prolíná se s cíli primární péče. Součástí celého systému primární péče je zajištění poskytované zdravotní péče i po skončení ordinálních hodin zdravotnických zařízení, a to prostřednictvím LSPP a lékárenské pohotovosti (Košta, 2013).

1.2.3 Primární péče pro dospělé i děti a dorost

Základním poskytovatelem v primární péči pro dospělé i děti a dorost je praktický lékař. Vzhledem ke svému postavení ve zdravotnické soustavě ovlivňuje a naplňuje základní cíle primární péče, které jsou zmíněné výše. „*Je významným článkem v integraci komunitních zdravotnických služeb, zejména činnosti služeb domácí péče. Účastní se na zdravotní výchově obyvatelstva a spolupracuje s orgány místní správy a službami sociální péče. Ve spolupráci s pracovníky hygienických stanic se podílí na realizaci protiepidemických a hygienických opatření.*“ (Košta, 2013, s. 16)

Praktičtí lékaři poskytují pacientům soustavnou zdravotní péči a naléhavou péči všem skupinám obyvatelstva bez ohledu na místo trvalého bydliště, věk, rasu, vzdělávání a vyznání. Tuto péči poskytují ve své ordinaci nebo v místě bydliště pacientů. Vykonávají základní vyšetření a ošetření pacientů. Provádí diferenciální diagnostiku, léčbu a posudkovou činnost. Důležitým faktorem je účast na prevenci, diagnostice, kurativě, rehabilitaci a posuzování všech chorob ať už akutních či chronických. Dále praktický lékař určuje závažnost onemocnění a posuzuje, zda vyžadují konziliární vyšetření specialistou nebo hospitalizaci v nemocničním zařízení. Realizuje protiepidemická a hygienická opatření a také se podílí na zdravotní výchově obyvatelstva ve formě edukace a spolupracuje s orgány místní správy a službami sociální péče (Věstník MZ ČR 7/2015).

1.3 Edukace pacientů s určitými onemocněními

Každé onemocnění má svůj vlastní edukační plán, stejně tak jako každý plán musí být přizpůsobený každému pacientovi individuálně. V této práci se budeme specializovat na tři konkrétní onemocnění, čímž je diabetes mellitus, hypertenze a obezita u dětí. Tato onemocnění zahrnují spoustu oblastí, o kterých by pacienti měli být edukováni, od cíle léčby, přes komplikace, selfmonitoring až po druh a způsob léčby. (Gurková 2017)

1.3.1 Hypertenze

Hypertenze je jedním z onemocnění, které pacienta v každodenním životě moc neovlivňuje. V edukačním procesu je prioritou pacienta přesvědčit o tom, aby se léčil, i když nemá žádné potíže. Často se stává, že pacient vysadí léčbu sám, proto je velice důležité důkladně pacienta edukovat a zdůrazňovat, že normální tlak neznamená vyléčení, ale dobře nastavenou léčbu hypertenze. Edukace v rámci hypertenze by měla obsahovat cíle léčby, správně měření krevního tlaku a komplikace, které mohou nastat. (Sovová et al., 2014).

1.3.1.1 Edukace pacienta v oblasti selfmonitoringu

Hodnoty TK naměřené pacientem doma byly lékaři obecně přijímány se značnou rezervou, a to z důvodu nejisté přesnosti a jelikož jsou bez kontroly kalibrace tonometru. Díky novým automatickým tonometrům, jež zaznamenávají hodnoty a čas do paměti, představuje domácí selfmonitoring ulehčení, a to jak pro pacienty, tak i pro zdravotnický personál. Je důležité pacienta edukovat o správném používání tonometru. V první řadě by měl hypertonik používat validovaný, pravidelně kalibrovaný tonometr s manžetou na paži, který je vybavený programovacím zařízením a pamětí. Dále je důležité, aby pacient dodržoval pravidla techniky měření TK a také měřil na paži, na které má TK vyšší. Pokud je pacient dostatečně edukován a ví, proč je to důležité, je vyšší pravděpodobnost, že bude také tak konat. Dalším pravidlem pro domácí měření TK je, aby pacient měřil svůj tlak v klidném prostředí a před vlastním měření zůstal v klidu sedět alespoň 5 minut (pokud není lékařem určeno jinak). Je zapotřebí, aby pacient věděl, kolikrát denně a v jakou denní dobu je nejvhodnější provádět měření a všechny hodnoty pravidelně zapisovat. Posledním důležitým pravidlem je, aby byl pacient informován o skutečnosti, že doma naměřené hodnoty TK jsou obvykle nižší než hodnoty naměřené v ordinaci (Homolka et al., 2010; Mikušová, 2011).

1.3.1.2 Edukace pacienta o technice měření krevního tlaku v domácím prostředí

Pro správně změřený krevní tlak v domácím prostředí je důležité dodržovat základní pravidla, aby hodnoty byly co nejpřesnější. Pár pravidel se bude opakovat z předešlé podkapitoly, ale je velice důležité, aby pacienti tyto zásady dodržovali.

- Měření provádět v klidné místnosti s optimální teplotou.

- Při měření nemluvit – při hovoru se TK zvyšuje.
- Před měřením se posadit – používat židli s opěradlem, o kterou se opřeme, obě nohy mít nepřekřížené pevně na zemi, zůstat v klidu 5-10 minut.
- Nekouřit, necvičit, nepít kávu a alkohol minimálně 30 minut před měřením, pokud je skutečnost jiná, poznačit si skutečnost do tabulky.
- Manžetu nasadit hadičkou směrem dolů cca 2 cm nad loketní jamkou na odhalenou paži.
- Paže nesmí být zaškrcená, těsný oděv je nutné sundat.
- Velikost manžety zvolit dle velikosti obvodu paže.
- Obvod paže do 33 cm – manžeta šíře 12 cm.
- Obvod paže 33-42 cm – manžeta šíře 15 cm.
- Obvod paže nad 42-50 cm – manžeta šíře 20 cm.
- Paži musí mít volně opřenou o podložku v úrovni srdce, dlaní nahoru (IKEM, Krevní tlak – správný postup při měření).

1.3.1.3 Dietní léčba

K léčbě hypertenze patří také dietní opatření, která by pacient měl dodržovat. Proto je důležité každému pacientovi říct, jakým potravinám by se měl vyhnout a jaké by naopak měl do svého jídelníčku zařadit. Strava musí být pestrá, energetický příjem je nezbytné upravit tak, aby osoby s nadváhou snížili svou tělesnou hmotnost. Naopak u osob s normální hmotností, aby nedocházelo k jejímu vzestupu. Je důležité dostatečně přijímat ovoce, zeleninu a celozrnné potraviny. Masa jíst libová a preferovat spíše drůbež před červeným masem, konzumovat více ryb jako je pstruh, makrela či tuňák, které jsou bohaté na nenasycené tuky, a proto chrání před kardiologickým onemocněním. Také by se měla omezit spotřeba vajec a mléčných výrobků, mezi které patří tučné sýry, smetany, plnotučné mléko a máslo. Místo nich můžeme zařadit do jídelníčku nízkotučné produkty. Konzumace sladkého, jako je čokoláda, sušenky a moučníky, se též moc nedoporučuje. Uzeniny jíst jen ojedinele a v malém

množství. Mezi zdravější způsoby přípravy jídla zahrnujeme vaření ve vodě, na páře nebo pečení (Kasper, 2015).

1.3.2 Diabetes mellitus

Edukaci diabetika definuje Jirkovská a Kvapil v časopise DMEV jako: „*Proces posilující znalosti, dovednosti a schopnosti pacienta nezbytné pro samostatnou péči o diabetika pro aktivní spolupráci se zdravotníky.*“ (Jirkovská, Kvapil, 2012) Edukace diabetika je nezbytnou a nenahraditelnou součástí léčby nemocného, a to z důvodu, že vlastní kompenzace diabetu spočívá z velké části na pacientovi samotném. Vzhledem k závislosti glykemií na denním režimu musí mít každý pacient možnost si sám kontrolovat a léčbu i režim upravovat. Pacient musí vědět, proč má dělat to, co mu doporučujeme. Hlavním cílem celé edukace diabetika je zlepšení zdravotního stavu pacienta, jeho kompenzace diabetu a kvality života.

Každý diabetik by měl být edukován při samostatné kontrole při zjištění diabetu a kdykoli je potřeba i poté, jedná se o celoživotní edukaci. Počáteční edukace, jež by měla obsahovat informace zaměřené na nejdůležitější znalosti a dovednosti (cíle léčby, samostatná kontrola, způsob léčby apod.), by měla probíhat individuálně, naproti tomu další edukace by měla obsahovat zkušenosti jiných diabetiků, vést k jeho aktivaci a ke zlepšení psychického stavu pacienta, proto se doporučuje skupinová forma. Třetí fáze edukace neboli reedukace může probíhat jak individuálně, tak i skupinově. Tato fáze má být zaměřena na specifické problémy pacienta, ale současně plní úlohu jeho opakované motivace. Nezbytnými požadavky jsou praktické ukázky, praktický nácvik samotným pacientem, opakování a dostatek edukačních materiálů a názorných praktických pomůcek (Jirkovská, Kvapil, 2012).

1.3.2.1 Edukace v oblasti selfmonitoringu

Selfmonitoring definuje Kudlová ve své knize jako: „*Samostatné měření vybraných parametrů vázících se ke kompenzaci diabetu samotným pacientem. Je nedílnou součástí selfmanagementu diabetu – moderní přístup v komplexní léčbě diabetu, kde osoba s DM hraje významnou aktivní roli nejen ve sledování parametrů kompenzace, ale také aktivně reaguje na naměřené hodnoty úpravou léčby.*“ (Kudlová, 2015, s. 97)

Selfmonitoring moči

U pacientů, kteří jsou na „dietě“ nebo na PAD je vhodné měřit glykosurii 1krát týdně nalačno a 2 hodiny po jídle. Oproti tomu u pacientů na inzulinu je vhodné testovat glykosurii ve dnech, kdy si pacient neměří glykémie. Ketonurie se testuje u pacientů s hyperglykemií, kteří mají příznaky ketoacidózy. Tento monitoring se dělá pomocí testovacích proužků, který stanoví glykosurii a ketolátky v moči.

Selfmonitoring kapilární krve

Při selfmonitoring kapilární krve je měřena hodnota glykémie v krvi. Lze také měřit ketonemii a nověji lze pomocí glukometru a speciálních proužků z kapilární krve měřit i celkový cholesterol, triacylglyceroly a stanovit hladinu laktátu.

Vlastní monitorování glykémie by mělo být prováděno třikrát nebo vícekrát denně u pacientů, kteří mají léčbu inzulinem nebo inzulinovou pumpou. Hlavní klinické studie pacientů léčených inzulinem, které prokázaly přínos intenzivní kontroly glykémie na komplikace diabetu, zahrnovaly vlastní monitorování glykémie jako součást multifaktoriálních intervencí, což naznačuje že časté měření glykémie je součástí účinné terapie. Umožňuje to pacientům vyhodnotit jejich individuální reakci na terapii a posoudit, zda je glykemického cíle dosahováno. Výsledky měření mohou být užitečné při prevenci hypoglykémie a úpravě množství podání inzulinu.

Glykemický profil ukazuje vývoj glykémie v průběhu 24 hodin v souvislosti s příjmem potravy, s dávkováním inzulinu anebo v souvislosti s fyzickou zátěží, s možným vlivem dalších medikamentů a jiných zevních faktorů. U zdravého člověka se hodnota glykémie nalačno pohybuje mezi 3,3 mmol/l až 5,6 mmol/l (Kudlová, 2015; American Diabetes Association, 2012).

1.3.2.2 Edukace pacienta o technice odběru glykémie a aplikaci inzulinu

Edukace pacienta o správném provedení odběru kapilární krve:

- Umýt si ruce teplou vodou, mýdlem a následně důkladně osušit.
- Odběrové místo předem nedezinfikovat, pouze opláchnout vodou a umýt mýdlem, dezinfekční prostředek může ovlivnit výsledek měření (pokud je místo

i přesto dezinfikováno, např. v nemocničním prostředí je důležité první kapku vždy setřít.)

- Zapnout glukometr a nasadit testovací proužek.
- Odebereme krev pomocí jehly, lancety nebo odběrového pera z laterálních stran prstu (zejména 3.-5. prstu).
- Přiložit prst k proužku, aby se kapka krve sama do proužku nasála.
- K měření použít dostatečné množství krve.
- Počkat na výsledek (může trvat několik sekund).

Dále je důležité pacienta edukovat o tom, že nesmí auto lancetu sdílet s jinými osobami, musí pravidelně lancety měnit ke snížení bolestivosti vpichu, nepoužívat testovací proužky s prošlou expirační dobou, uchovávat proužky v originálním balení na suchém místě a pravidelně kontrolovat stav baterie glukometru (Kudlová, 2015).

Edukace pacienta o inzulínoterapie:

Většina pacientů má z inzulínoterapie strach. Ten strach může být z důvodu aplikace jehlou, bolesti z vpichů. Je potřeba, abychom pacientovi vše důkladně vysvětlili, aby zvládnul svůj strach překonat. Každá sestra by měla znát, dodržovat a edukovat doporučení pro aplikaci méně bolestivých injekcí.

Je důležité vybrat vhodné místo aplikace subkutánní injekce, a hlavně tato místa střídát. Inzulín by neměl být aplikován do svalu. Rychle působící HM inzulíny se aplikuje přednostně do břicha, odkud se nejrychleji vstřebávají. NPH se aplikují přednostně do stehna a hýždě z důvodu nejpomalejší absorpce. Je důležité pacienta poučit o tom, že neotevřený inzulín je nutné skladovat v lednici, ale otevřený inzulín je nutné udržovat v pokojové teplotě. Pokud pacient dezinfikuje místo vpichu alkoholovým dezinfekčním prostředkem, je důležité nechat jej důkladně zaschnout. Dále je nezbytné pro každý vpich použít novou jehlu. Jehlu se pod kůži zasouvá rychlým klouzavým pohybem, inzulín aplikovat pomalu tak, aby píst nebo tlačítko pera bylo plně zmáčknuto (Rybka et al., 2006; Kudlová, 2015).

Postup pro aplikaci subkutánní injekce pomocí inzulínové stříkačky nebo inzulínového pera:

- Umýt si ruce teplou vodou, mýdlem a následně osušit.
- Zkontrolovat správný počet jednotek, které chceme podat.
- Dezinfikujeme místo vpichu a necháme důkladně zaschnout.
- Vytvoříme kožní řasu.
- Injekční jehlu či inzulínové pero vpíchneme do podkoží.
- Zmáčkne píst nebo tlačítko pera tak, aby jednotky na ukazateli ubývaly.
- Počkáme 5-10 sekund z důvodu, aby inzulín rankou z podkoží nevytekl.
- Vytáhneme jehlu z podkoží (Kudlová, 2015).

System pro kontinuální monitorování glykémie:

System pro kontinuální monitorování glykémie umožňuje měřit koncentraci glukózy v intersticiální tekutině v běžném denním režimu. Senzor může být zaveden v podkoží, pokud funguje a neobjeví se při pravidelných kontrolách známky zánětu a lokální iritace, zpravidla 7 dní. Zde je též potřeba kvalitní edukace pacienta. Jde o přístroj, který nám umožňuje ukázat graf s informací, jak se nám glykémie pohybuje po celý den, včetně pár dní zpět. Je to pro pacienty lepší z důvodu, že se nemusí vícekrát denně píchat do prstu, ale pouze jednou za týden (pokud vše probíhá bez komplikací) aplikují senzor, který je napojený na přijímač a který zaznamenává všechna tato data (Kudlová, 2015; Medtronic Diabetes ©).

Edukace pacienta s inzulínovou pumpou:

Inzulínová pumpa slouží k substituci bazální a prandiální sekrece inzulínu u osob s diabetem mellitem 1. typu. Hlavní indikací pro inzulínovou pumpu je labilní diabetes, zejména noční hypoglykémie. V poslední době se ale také používá ke komplementaci prandiálních bolusů a ke zvládnutí fenoménu svítání i u osob s DM2. Pumpy, které jsou registrovány v ČR jsou vybaveny přijímačem pro bezdrátový přenos glykemií ze senzoru, který kontinuálně monitoruje glykémii.

Každý pacient musí být v používání pumpy kompletně zaškolen a důsledně edukován. Pumpa dává inzulín prostřednictvím infuzního setu, který je zaveden do podkoží do oblasti břicha, hýždí, stehů nebo horních částí rukou. Do zásobníku inzulínových pump se používají ultrakrátce působící inzulínová analoga. Je důležité při zavedení pracovat za sterilních podmínek. U pacientů s inzulínovou pumpou je často výsledkem lepší glykemická kontrola, menší riziko hypoglykémie, zlepšení flexibility životního stylu a kvality života (Rybka et al., 2006; Rybka, 2007; Kudlová, 2015).

1.3.2.3 Edukace pacienta o prevenci, detekci a léčbě akutních komplikací

Hypoglykémie je patologický stav snížené koncentrace glukózy, který je provázený klinickými, humorálními a dalšími biochemickými projevy, jež vedou k závažným poruchám mozku, který je na přívodu cukru krve závislý. Hypoglykémie se objeví vždy, když vznikne nerovnováha mezi nadbytkem inzulínu a nedostatkem glukózy. Z biochemického hlediska můžeme tento stav definovat jako koncentraci glukózy v krvi nižší, než je dolní hranice normálního rozpětí tj. 3,6 mmol/l. Následky hypoglykémie mohou být přímé nebo zprostředkované. (Rybka et al., 2006)

Mezi příčiny hypoglykémie řadíme nadměrnou dávku inzulínu a preparátu PAD, nedostatečný příjem glukózy při stravovacích chybách. Jedná se zejména o nevhodné složení stravy, nízký příjem, vynechání stravy nebo dlouhé časové pauzy mezi jednotlivými jídly. Dále může být důvodem porucha absorpce v trávicí trubici a nízký příjem glukózy, který vzniká v důsledku akutních nebo chronických gastrointestinálních obtíží. Nepřiměřená fyzická aktivita je také rizikovým faktorem pro vznik hypoglykémie a v neposlední řadě také alkohol, jenž zabraňuje doplňování glukózy do krve ze zásob glykogenu v játrech. (Kudlová 2015)

Z klinického hlediska můžeme klinický obraz u hypoglykémie rozdělit do tří skupin:

- Mírná hypoglykémie, která je charakterizována biochemickým nálezem, chybějícími nebo jen minimálními klinickými příznaky.
- Středně těžká hypoglykémie s klinickými příznaky, kdy je pacient schopen sám hypoglykémii zvládnout.
- Těžká hypoglykémie, kdy pacient sám situaci nezvládne, je potřeba pomoc jiné osoby a při nedostatečné pomoci může přecházet stav v kóma.

Nejčastější symptomy hypoglykémie dělíme na autonomní (pocení, palpitace, třes, hlad, bledost), neuroglykopenické (zmatenost, ospalost, špatná koncentrace, porucha zraku, porucha koordinace atd.) a nespecifické (slabost, nauzea, sucho v ústech, bolest hlavy). (Rybka, 2007)

Opakované hypoglykémie mohou pro diabetika představovat nebezpečí. Základem každé prevence je hlavně dokonalá edukace nejen samotného diabetika, ale také rodinných příslušníků, přátel, spolupracovníků a dalších známých. Jelikož každý diabetik je individuální, tak i jeho příznaky hypoglykémie se mohou lišit, proto je důležité, aby každý diabetik znal ty „své příznaky“. Každý diabetik by měl u sebe nosit pohotovostní zásobu ve formě několika kostek cukru, sladkých bonbonů nebo lahvičku neředěného sladkého sirupu pro první pomoc. (Kudlová 2015)

Pokud je pacient při vědomí, podáme 5-20 g sacharidů ve formě ovocných nápojů, neředěného sladkého sirupu apod. Pokud se hypoglykémie objevila před plánovaným jídlem, je doporučeno jídlo sníst o něco dříve. Pacient by měl přerušit fyzickou aktivitu, jestliže ji právě vykonával, aby snížil výdej energie. Při těžších příznacích, počínajících křečích a poruše vědomí je třeba zabránit poranění a zapadnutí jazyka. Je důležité nepodávat žádné tekutiny ústy pro nebezpečí aspirace. K rychlému obnovení normoglykémie aplikujeme 50ml 40 % glukózy i.v., kterou můžeme opakovat, a pak pokračujeme 10 % glukózy v infuzi, abychom udrželi glykémii vyšší než 5,6 mmol/l. (Rybka et al., 2006)

Edukace je zaměřena cíleně na příčiny hypoglykémie, projevy a správnou reakci. Nepostradatelný je selfmonitoring zejména při každé změně zdravotního stavu, po sportování nebo větší fyzické aktivitě. Nejdůležitější je však včasně detekovat pacienty s vysokým rizikem hypoglykémie a věnovat se u nich prevenci. Kvalitní edukace je zaměřena zejména na pochopení účinku inzulínu v čase, inzulínového režimu, vztahu účinku inzulínu, přijaté potravy a fyzické aktivity (Rybka et al., 2006; Rybka, 2007; Diabetes Association, 2012; Kudlová, 2015).

Hyperglykémie je pojem, který lze definovat jako vysoké hladiny cukru nebo glukózy v krvi. K tomuto stavu dochází, když tělo nevyrobí nebo nepoužívá dostatek inzulínu. Hyperglykémie je hlavním indikátorem diabetu. Častou příčinou hyperglykémie u lidí s diabetem je fenomén úsvitu, který nastává brzy ráno, dále může být důvodem zapomenutí inzulínu, malá dávka nebo stres. Hyperglykémie způsobuje příznaky,

kteře člověk buď zjistí během vlastního monitorování, nebo si jich všimne jinými způsoby. Mezi příznaky hyperglykémie patří například žízeň, polydipsie, polyurie, nykturie, tachykardie, suchá teplá kůže, výrazná dehydratace apod. Hyperglykemický šok se může podobat ketoacidóze, ale reálně může být ještě závažnější. Navzdory extrémně vysokým hladinám glukózy v krvi se nevyvíjí ketoacidóza, nebo jen velmi mírná. Hyperglykémie se snižuje pomocí přesných dávek inzulínu (ADA Hyperglycemia; Rybka et al., 2006; Felman, 2019).

Diabetickou ketoacidózu (DKA) definuje Kudlová ve své knize (2015) jako relativní nebo absolutní deficit inzulínu, čímž dochází k hyperglykémii. DKA je život ohrožující akutní komplikace diabetu, a pokud je spojena s poruchou vědomí, nazýváme jej hyperglykemické ketoacidotické kóma. Tento stav se častěji vyskytuje u DM 1. typu, ale nevylučuje se ani u 2. typu. Vyvolávací příčina DKA bývá nově zjištěný DM, chybná terapie, změny zdravotního stavu (infekce, cévní, srdeční příhody, úrazy apod.). Příznaky DKA jsou stejné jako při hyperglykémii, ale přidá se k nim také nauzea, zvracení, bolesti břicha, hyperventilace a zápach z úst po acetonu. Terapie DKA spočívá v úpravě cirkulujícího objemu, úpravě a kontrole glykémie, přiměřené léčbě změn elektrolytové rovnováhy a úpravě ketoacidózy (Rybka et al., 2006; Rybka, 2007; Kudlová 2015). Je velmi důležité, aby byl každý pacient pečlivě edukován o akutních komplikacích, každý pacient by měl správně vědět, co dělat a kdy je nutné zavolat záchrannou službu.

1.3.2.4 Nutriční doporučení

Dieta patří mezi základní léčebná opatření cukrovky. Nejde však o konkrétní dietu v pravém slova smyslu. Tomu odpovídají výživová doporučení přijatá ČDS, která se shodují s pravidly racionální výživy. Hodnota glykémie v krvi diabetika je závislá na jídle, druhu i frekvenci stravy. Cílem stravy u diabetiků je dosáhnout a udržet optimální kompenzaci diabetu při stravě sladěné s vlastní produkcí inzulínu, s farmakologickou léčbou a fyzickou aktivitou. Je důležité si zachovat optimální tělesnou hmotnost, BMI by mělo být v rozmezí 18,5-25 kg/m². Dále by strava měla přispět k prevenci a léčbě akutních komplikací jako například hypoglykémie a pozdních komplikací diabetu. Zlepšuje celkový zdravotní stav. Je velice důležité o dietě edukovat, zlepšit to diabetikovi kvalitu života a zmenšit riziko komplikací. (Kudlová 2015)

Základní výživová doporučení:

- Dodržovat zastoupení jednotlivých živin a jíst přiměřené množství potravin.
- Jíst pravidelně, rozložit příjem potravy do 4-6 porcí denně.
- Omezit množství tuku.
- Doporučuje se směs živočišných a rostlinných bílkovin.
- Zvýšit příjem ryb, luštěnin, výrobky z odtučněného mléka drůbež, omezit maso a masné výrobky.
- Omezit potraviny s vysokým obsahem energie (cukr, bílé pečivo, knedlíky, hranolky apod.)
- Preferovat celozrnné pečivo a celozrnné těstoviny.
- Zvýšit konzumaci potravin s obsahem vlákniny.
- Příjem tekutin cca 2,5 l denně.
- Dávat přednost neslazeným nebo light nápojům a jiným „dia“ potravinám určeným pro diabetiky.
- Konzumovat dostatek vitaminů a minerálů v přirozené formě.
- Pokrmy nejlépe připravovat vařením, dušením, pečením, grilováním (Rybka et al., 2006; Jirkovská et al., 2012; Jirkovská et al., 2015; Kudlová, 2015).

1.3.3 Obezita u dětí

Dětská obezita je jedním velkým celosvětovým problémem, který bývá zapříčiněn změnou stravovacích návyků a změnou složení stravy. Na vzniku obezity u dětí se podílí genový základ každého dítěte a životní styl, kdy děti nemají dostatek fyzické aktivity a svůj volný čas v dnešní době tráví spíše u televize, počítačů a telefonů. Je důležité si uvědomit, že obezita u dětí je velmi těžce léčitelnou diagnózou a obnáší také zdravotní komplikace, které s onemocněním souvisí, jako jsou onemocnění diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, srdeční potíže a onemocnění kloubů (Elrick, 2018; Hainerová a Zamrazilová, 2015).

1.3.3.1 Prevence

Na prevenci obezity u dětí by se mimo zdravotníků měla podílet také vláda, orgány místní správy, potravináři, školy, tělovýchovné jednoty, občanská sdružení a hlavně rodiče. Hlavním prostředkem v prevenci je propagace zdravého životního stylu včetně zajištění dostupnosti nízkoenergetických potravin a příležitostí ke zvýšení pohybové aktivity. Pokud je řeč o prevenci v rodině, je důležité, aby rodina dodržovala pravidla stolování, a to hlavně ta, že se jí zásadně u stolu při vypnuté televizi či počítači. Hlavním pravidlem je, že jen dobře poučení rodiče mohou správně nastavit rodinná výživová pravidla a být vzorem pro dítě samotné. Kromě výživového vzoru je rodina také i pohybovým vzorem, a to hlavně pro děti mladších věkových kategorií. V případě, že rodina o víkendech pravidelně sportuje, dítě dělá to samé. Prevence je velice důležitá a existují i různé programy, jež motivují jak rodiče, tak i děti ke zdravému životnímu stylu a nesou s sebou také různá doporučení, která mohou být rodině a zejména dětem nápomocná. (Postucha et al., 2011; Elrick, 2018).

1.3.3.2 Edukace dítěte a rodičů o komplikacích

Hlavní nebezpečí obezity spočívá v dalších onemocněních, která se s obezitou pojí a komplikují její průběh. Dítě s obezitou má zvýšené riziko obecných komplikací (nižší pohyblivost, menší fyzický výkon a snížená tělesná zdatnost, zhoršení obranyschopnosti, častější nemoci, zhoršení hojení ran), kardiovaskulárních onemocnění (ateroskleróza, hypertenze, hyperlipidémie), psychických komplikací (deprese, poruchy mezosobních vztahů, poruchy vnímání skutečného těla), dále se mohou vyskytnout problémy se spánkem a respirační obtíže, endokrinní a reprodukční komplikace, ortopedické a muskuloskeletární obtíže a jiné. Je důležité rodiče upozornit a edukovat o komplikacích, aby to nebrali na lehkou váhu a uvědomili si závažnost a důležitost toho vést dítě ke zdravému životnímu stylu (Hainerová a Zamrazilová, 2015).

1.3.3.3 Úloha sestry v primární péči

Úloha praktického lékaře a sestry v primární péči o obézní dítě je nejdůležitější. Při každé preventivní prohlídce i při běžném kontaktu s dítětem je monitorována hmotnost, index tělesné hmotnosti a obvod pasu dítěte. Na základě výsledků těchto měření by měl lékař informovat dítě a jeho rodiče o eventuální nadváze či obezitě a o možných komplikacích a rizicích, jež mohou nastat. Zdravotní sestra monitoruje

hlavní rizikové faktory – glykémii, krevní tlak a lipidy. Pokud lékař vyhodnotí nadváhu či obezitu, je důležité, aby sestra dítě i rodiče seznámila s vhodnou hmotnostní redukcí a s reálným cílem hmotnostní redukce. Sestra poskytne případné, a hlavně aktuální letáky, které informují o zdravém životním stylu a zásadách redukčního režimu – vhodné jsou tabulky energetických hodnot, jež dělí potraviny podle obsahu energie a tuku na vhodné a nevhodné. Je velmi důležité, aby zdravotníci projevíli citlivost, empatii a přesvědčení, že obezita je významným chronickým problémem, který je léčitelný. Otázky o energetickém příjmu a aktivitě by měly být formulovány nestranným a neobviňujícím způsobem. Je důležité neodsuzovat rodiče a nečinit na ně nátlak (Pařízková et al., 2007; Hainer et al., 2011).

1.3.3.4 Edukace rodičů

Není vždy jednoznačné, jaký budou mít rodiče vztah k informaci, že jejich dítě má nadváhu či je obézní. Je velice důležité vědět, jaký mají rodiče k obezitě postoj. Podcenění obezity může být dáno tím, že se smířili se svojí obezitou, kterou mohou například považovat za geneticky danou, protože se vyskytuje v jejich rodině u více generací a blízkých příbuzných. Je důležité, aby rodiče hovořili s dětmi o jejich problémech, analyzovali příčiny jejich nevhodného a nadměrného příjmu potravin. Měli by se snažit pochopit problémy a pocity svého dítěte, jež se musí omezovat v jídle, učit děti o složení potravy a probírat s nimi výživovou pyramidu. Dále by měli vychovávat dítě k samostatnosti a odpovědnosti v rozhodování o jídle, aby se naučilo správně určit kolik, kdy, jak a co jíst, jak jídlo zapojit do denního režimu. Rodiče si musí uvědomit, že mají být autoritou, jít příkladem a stát se modelem svému dítěti. Každá změna, jež nastane v jídelním chování a postojích k jídlu i způsobu života by měla být přijata jako životní styl celé rodiny (Pařízková et al., 2007).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem sestry v primární péči skutečně edukují pacienty s vybraným chronickým onemocněním (hypertenze, diabetes mellitus, obezita).

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak jsou pacienti edukováni o hypertenzi?

VO2: Jak jsou pacienti edukováni o diabetu mellitu?

VO3: Jak jsou pacienti edukováni o obezitě?

VO4: Jakým způsobem provádí sestra edukaci?

VO5: Jak vnímají pacienti edukaci?

3 Operacionalizace pojmů

Chronická onemocnění jsou onemocnění, která přetrvávají dlouhou dobu (déle než tři měsíce) a která jsou prakticky nevyléčitelná (nzip.cz).

Hypertenze je odborný název pro zvýšený krevní tlak nad 140/90 mm Hg, který je naměřený při dvou různých návštěvách. Měření je prováděno vždy 3krát a aktuální tlak je brán vždy z průměru z druhého a třetího měření (Homolka, et al., 2010).

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, kdy dochází k poruše látkové přeměny sacharidů, tuků a bílkovin.

Diabetes mellitus dělíme na 1. typu (DM1) a na 2. typu (DM2).

DM1 je způsoben absolutním nedostatkem inzulínu.

DM2 je způsoben komplexem různých příčin, a to například poruchou dynamiky ve střevě či zvýšeného zpětného vstřebávání glukózy v ledvinách (Kudlová, 2015).

Edukaci lze označit jako výchovu a vzdělávání jedince. Je to proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem změny v jedincově vědomostech, postojích a dovednostech (Juřeníková, 2010).

4 Metodika

4.1 Metoda sběru dat

Teoretická část byla zpracována pomocí analýzy odborné literatury, která byla vhodná k tématu práce. Empirická část byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Veškeré údaje byly získány formou hloubkového rozhovoru.

Výzkumné šetření probíhalo v březnu roku 2022. Bylo provedeno 10 rozhovorů, kdy 5 rozhovorů bylo provedeno se sestrami u praktického lékaře pro dospělé a 5 rozhovorů bylo provedeno u praktického lékaře pro děti a dorost. Rozhovor pro sestry u praktického lékaře pro dospělé obsahoval 11 otázek (příloha 1) a pro sestry u praktického lékaře pro děti a dorost obsahoval 9 otázek (příloha 2). V průběhu rozhovoru byly dle potřeby kladeny doplňující otázky. 6 sester souhlasilo se zaznamenáváním rozhovoru na diktafon, přičemž podepsaly informovaný souhlas o audiozáznamu a jeho zpracování. Celá nahrávka byla poté interpretována do textové podoby v Microsoft Word při doslovném přepisu a zároveň byla zachována anonymita každé sestry. Tento podepsaný informovaný souhlas lze doložit. Jednotlivé rozhovory se sestrami, které nesouhlasily s audiozáznamem, byly zapisovány do počítače. Písemné záznamy rozhovorů byly následně očíslovány od S1 do S10 (tzn. probandka 1-10), analyzovány pomocí kódování ve formě barevných oddělení důležitých informací, které jsou zmíněné v práci a výsledky byly následně rozděleny do kategorií a podkategorií. Tabulka s identifikačními údaji sester se nachází (viz v příloze č. 3).

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Rozhovor poskytlo 10 sester, a to z důvodu, že jsem dostávala v podstatě stejné odpovědi s podobnými výsledky. Rozhovory probíhaly v ordinaci praktického lékaře bez přítomnosti lékaře pro možné ovlivnění odpovědi sestry. Všechny sestry poskytly rozhovor zcela dobrovolně.

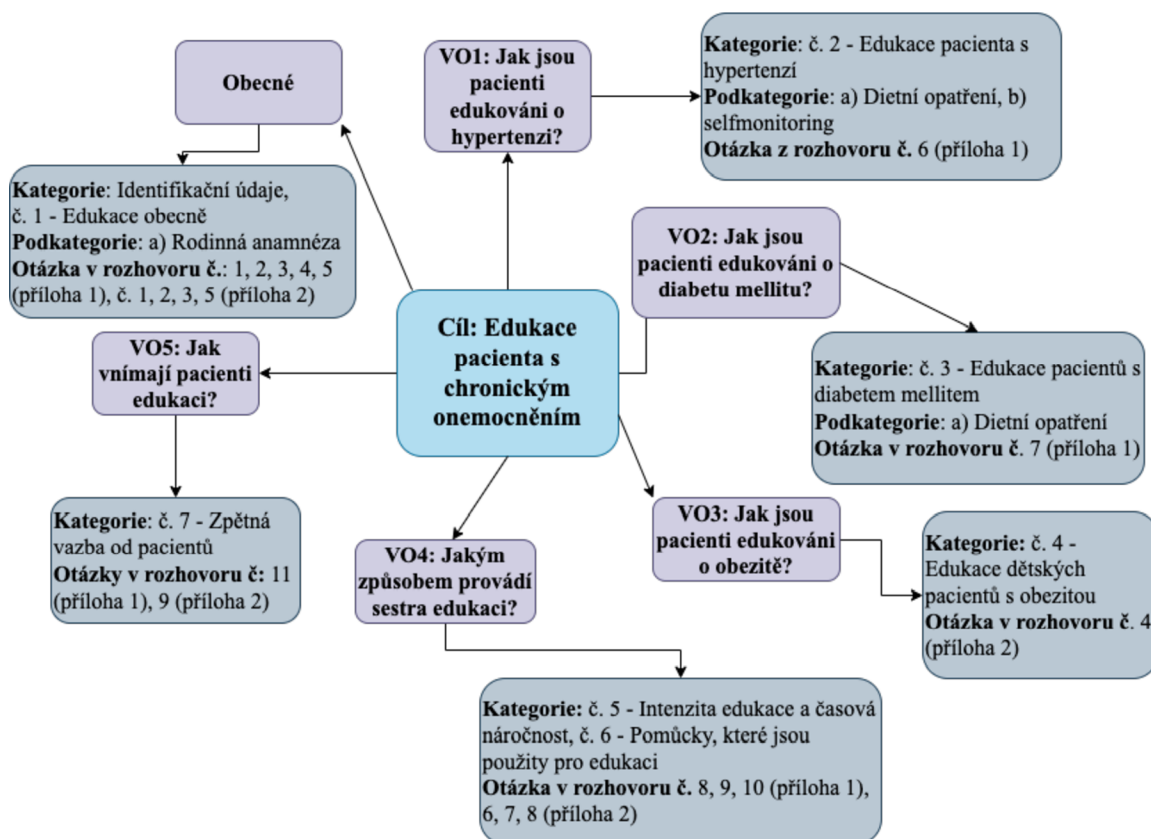
5 Výsledky výzkumu

5.1 Základní identifikační údaje výzkumného souboru

Při výzkumném šetření byly zjištěny doplňující informace, které byly zpracovány do přehledné tabulky (příloha 3). Do základních identifikačních údajů byl zahrnut věk, dosažené vzdělání a délku praxe u PL. Všechny probandky byly ženy. Střední zdravotnická škola byla označena SZŠ, vyšší odborná škola VOŠ, vysoká škola VŠ. Výzkumný soubor byl tvořen 10 ženami ve věku od 34 do 66 let věku. Jedna sestra měla vysokoškolské vzdělání, dvě sestry dosáhly vyššího odborného vzdělání a zbylých 7 sester má středoškolské vzdělání. Délka praxe sester se pohybovala v rozmezí od 2 do 28 let.

5.2 Kategorizace výsledků

Výsledky všech rozhovorů byly rozděleny do 7 kategorií a 4 podkategorií. Tyto kategorie byly pro lepší přehlednost umístěny do myšlenkové mapy spolu s otázkami z rozhovorů, které náleží na danou výzkumnou otázku. Pod myšlenkovou mapou byly shrnuty pouze kategorie a podkategorie. Kategorie byly označeny číslicí a podkategorie písmenem.



Zdroj: Vlastní zdroj, 2022

- 1) Edukace obecně
 - a) Rodinná anamnéza
- 2) Edukace pacientů s hypertenzí
 - a) Dietní opatření
 - b) Selfmonitoring
- 3) Edukace pacientů s diabetem mellitem
 - a) Dietní opatření
- 4) Edukace dětských pacientů s obezitou
- 5) Intenzita edukace a časová náročnost
- 6) Pomůcky, které jsou použity pro edukaci
- 7) Zpětná vazba od pacientů

Kategorie 1 – Edukace obecně

V této kategorii proběhl výzkum, o čem obecně sestry u praktických lékařů pro dospělé pacienty edukují. Všechny sestry u praktických lékařů pro dospělé se shodly na základních chronických onemocněních, o kterých edukují. S1 odpověděla následovně: *„Toto je velice individuální, záleží, s čím pacient přijde, ale tak většinou různé diety, zvýšený cholesterol, kyselina močová, jaterní dieta, diabetes. Tak nějak všeobecně záleží, s čím pacient přijde a jaké onemocnění má.“* S2, S3 a S4 odpověděly, že nejvíce probíhá edukace v oblasti hypertenze a diabetes mellitus. S5 odpověděla: *„Není žádné konkrétní onemocnění, které by nějak zvláště vyčnívalo, nejčastěji ale v naší ordinaci edukuje paní doktorka, a jelikož sedíme každá zvlášť, nejsem si úplně jistá, o čem konkrétně edukuje. Já osobně pacienty edukuji o selfmonitoringu krevního tlaku, v dnešní době také o covidu, očkování a podobně.“*

Podkategorie 1.1 – Rodinná anamnéza

Tato podkategorie prezentuje, zda sestry edukují také pacienty, kteří žádné chronické onemocnění nemají, ale jejich rodinná anamnéza poukazuje na vysokou pravděpodobnost přítomnosti v rizikové skupině a reálnou možnost onemocnět touto chronickou chorobou na základě genetických predispozic. Sestry u praktického lékaře pro dospělé, tj. S1, S2 a S5 se shodly na tom, že je rodinná anamnéza klíčová pro zjištění chronických onemocnění a berou ji v potaz. Probandka S3 odpověděla: *„Ano, edukujeme také pacienty, kteří žádným chronickým onemocněním netrpí a to hlavně, pokud se něco zjistí z prevence v krvi nebo k nám chodí celé rodiny, takže se snažíme hlídat takzvané choroby, které se takzvaně geneticky přenáší.“* Probandka S4 dodala: *„Edukujeme všechny pacienty nad 50 let, potom když mají v rodině karcinom tlustého střeva, prostatu a po dvou letech PSA, vždy stručně upozorníme, že by měli mít preventivní odběry.“*

Sestry u praktického lékaře pro děti a dorost

Sestry u praktického lékaře pro děti a dorost, konkrétně S6, S7, S8 a S10 se shodly na tom, že edukují také děti, u kterých je zřejmá silná dispozice k obezitě. Probandka S7 odpověděla: *„Jsou děti, co jsou hubený, ale za dva roky přijdou a vidíte, že nabraly, nejsou vyloženě obézní, ale je vidět, že určitá nadváha tam je a také je edukuji o tom, čemu se vyvarovat, aby neuzobávaly mezi těmi hlavními jídly.“* Probandka S8 odpověděla stručně slovy: *„Snažíme se, akorát většinou když nehnete s rodiči, tak nehnete ani s dětma.“* S10 řekla: *„Určitě. Vždy s paní doktorkou toto zjišťujeme, když ty děti zvážíme a také koukáme do rodinné anamnézy, vždy je nějakým způsobem poučíme, co by měly dělat a co dodržovat.“*

Kategorie 2 – Edukace pacientů s hypertenzí

V této kategorii jsme zkoumali, jak a o čem konkrétně edukují sestry u praktického lékaře pro dospělé pacienty s hypertenzí. S1, S4 a S5 odpověděly, že si edukační část bere na starost paní doktorka. Probandka S5 také dodala: *„Jelikož každý sedíme v jiné místnosti, moc nevím, o čem konkrétně paní doktorka edukuje. Já pacientům pouze měřím tlak a vysvětluji jim, jak si ho správně měřit.“* S3 vypověděla: *„Jsou důležité časté kontroly, a to aspoň 4krát do roka. Jelikož je lékařka také internistka, hodně si děláme samy, já jako sestra určitě doporučuji nemít stres, docházet na pravidelné kontroly, dodržovat pravidelnou medikaci.“*

Podkategorie 2.1 – Dietní opatření

Sestry S1, S3 a S5 odpověděly, že i tuto část má na starosti lékařka. Mají ale informační letáčky, kde je znázorněno, jaké potraviny jsou vhodné a jaké naopak nevhodné. Probandka S2 dodala: „*Je důležité, aby pacienti nesolili a dodržovali dietu, protože když jsou obézní tak to souvisí se vším.*“ Naproti tomu probandka S4 odpověděla: „*Hlavně edukuji o tom, aby pacienti zhubli, pokud jsou obézní, redukce hmotnosti je velice důležitá, také dieta, která spočívá v tom, aby pacienti méně solili, vyhýbali se tučným uzeninám, a naopak jedli nízkotučné produkty, nepili alkohol a nekouřili.*“

Podkategorie 2.2 – Selfmonitoring

S1 odpověděla, že je velice důležité edukovat pacienty hlavně o tom, aby si tlak měřili po pár minutovém zklidnění, a ne po fyzické námaze. „*U selfmonitoringu hlavně edukuji o tom, jak si správně krevní tlak měřit, často pacientům zmiňuji, že je důležité, aby si tlak měřili poté, co na deset minut sednou, aby nebyli zadýcháni. Dále jim říkám, že je důležité, aby zjistili, na které ruce mají tlak vyšší a na té ruce vždy měřili.*“ (S1) S3, S4 a S5 zmínily, že hodně edukují pacienty, u kterých je hypertenze nově zjištěná a dostanou TK holter. „*Dáváme také pacientům TK holter, pokud jsou to pacienti, u kterých je to nově zjištěné. U toho pacienty edukuji o tom, jak to bude probíhat, jak často jim holter krevní tlak bude měřit a jak se k tomu mají chovat.*“ (S5) Všechny probandky se shodly na tom, že edukace pacientů o selfmonitoringu je důležitá, protože často pacienti neví, jak správně si krevní tlak měřit a často si ho měří hned po fyzické námaze, kdy je normální, že je tlak vyšší.

Kategorie 3 – Edukace pacientů s diabetem mellitem

V této kategorii bylo zjišťováno, jak a o čem konkrétně sestry u praktických lékařů pro dospělé edukují pacienty s diabetem mellitem. S2, S4 odpověděly, že jsou pacienti spíše v péči diabetologa, takže obecná edukace trochu opadá. „*Taková ta odborná edukace probíhá nejčastěji na diabetologii...*“ (S2). S4 vyjádřila podobný názor: „*O diabetu také spíše edukuje paní doktorka, já provádím pouze odběry a edukuji o základech diabetické diety... Takový pacienti, co mají už inzulín, jsou většinou v péči diabetologa.*“ S3 jako jediná zmínila také komplikace, které mohou nastat při nedodržování léčebného režimu: „*Upozorňujeme pacienty na možné komplikace a následně řešíme, jak jim zabránit, předcházet. Také edukuji pacienty o nežádoucích potížích při nesprávné léčbě či nespolupráci.*“

Podkategorie 3.1 – Dietní opatření

Zde jsme zjišťovali, o čem edukují sestry pacienty v rámci dietního opatření. S1 nám odpověděla „*U diabetu edukuji samozřejmě o dietě, podle toho, jestli má pacient léky, nebo jestli je to jenom o dietě. Základní věci, které zmiňuji u každého pacienta jsou, aby omezili množství tuku, jedli pravidelně, také jim dáváme letáček, kde jsou potraviny, které by měli a neměli pacienti jíst. Také jim říkám, aby zvýšili příjem tekutin a podobně.*“ S2 odpověděla „*Edukujeme o tom základu jako je dieta, do čehož spadá samozřejmě to, aby ti pacienti omezili množství tuku, pravidelně pili, rozložení porcí po celý den a například preferovat celozrnné potraviny.*“ S3 zmínila, že je důležité stravu změnit a kontrolovat si jídelníček: „*Určitě změna stravy, kontrola jídelničku, jídlo vícekrát za den v menších porcích, nejíst sladké.*“ Stejně tak odpověděla také S4, jež ale dodala, že jsou tito pacienti v péči diabetologa a edukace se provádí právě tam: „*Edukuji o základech diabetické diety, kde nejčastěji zmiňuji to, aby pacienti nejedli moc sladké, dodržovali nějaký režim, aby jedli menší porce. Takoví pacienti, co mají už inzulín, jsou většinou v péči diabetologa a ta edukace už není prováděna u nás.*“

Kategorie 4 – Edukace dětských pacientů s obezitou

V této kategorii bylo zkoumáno, jak a o čem konkrétně edukují sestry u praktických lékařů pro děti a dorost děti či rodiče o obezitě u dětí. Všechny sestry se shodly na tom, jaké potraviny a pití by děti měly vynechat a že by měly dodržovat dostatečnou pohybovou aktivitu. S6 odpověděla: „*Edukujeme o tom, aby nepily sladké nápoje, ale spíše vodu, aby zařadily více ovoce a zeleniny, aby omezily sladkosti, aby se více hýbaly. Dáváme také pacientům letáčky do Olivovy léčebny do Říčan, kam pár našich pacientů jezdí a chválí si to.*“ S7 zmínila také příklady toho, co by děti měly vynechat a co jíst, k tomu všemu také doporučuje, aby na to najela celá rodina: „*Jak se mají stravovat, co mají vynechat jako například sladké, aby přidaly na pohyb, aby nekupovaly brambůrky a tyhle potraviny, i jak to udělat s porcemi, aby ty sladkosti vyměnily za zeleninu, aby na to najela celá rodina, aby jim dělali svačiny, aby si ty děti nekupovaly sladkosti.*“ S8 také zmínila důležitost spánku, o kterém také děti i rodiče edukuje: „*Edukuji o stravovacích návycích a o tekutinách, hlavně o tom, aby ty děti hodně pily. Celkově se setkávám s tím, že ty děti toho vypijí málo za celý den. Také edukuji o dodržování režimu spánku, protože když ty děti nespí a do dvou do tří do rána koukají do mobilu, tak ta obezita také vzniká, protože nemají dostatek spánku. Jinak je to prostě*

nějaký režim, pravidelné jídlo, pití a pohyb.“ S8 ale také dodala, že vnímá jako velký problém to, že není dostatek dětských obezitologů, jež by se specializovali na poruchy jídel, a to z obecného hlediska poruch příjmu potravy. V našem rozhovoru o tom řekla následující: *„Jako velký problém taky vnímám to, že nemáme dostatek dětských obezitologů, kteří by se specializovali na poruchy jídel z obou stran, ať už ze strany obezity nebo anorexie. Co já vím, tak máme jednoho obezitologa, a to je v Českých Budějovicích, ale jelikož je jediný, tak je velice vytížen.“* (S8) Dále nám řekla, že jako nejhlavnější problém obecně vnímá to, že není moc kroužků, kam by obézní děti vzali. Řekla, že ty děti se chtějí hýbat, ale nemají kde, a to jen proto, že se ze zájmových kroužků stali soutěžní kroužky, kam nechtějí obézní děti: *„Hlavní problém je ten, že různé kroužky odmítají děti právě proto, že jsou tlustý. Často argumentují tím, že ty děti nejsou vhodné k závodění a že jsou neestetický. V dnešní době už to nejsou zájmové kroužky, ale soutěžní kroužky a děti se odmítají se slovy – stejně nebudou závodit, tak proč by sem chodily. U nás například vezmou každé dítě na mažoretky a na florbal, ale jinak je to tady opravdu nemožný. Je to smutný a mělo by se to určitě zohlednit, protože ty děti se chtějí hýbat, ale nemají kde.“* S9 a S10 odpověděly, že edukují o správné životosprávě a vydávají kontakt na obezitologa. S9 odpověděla: *„Tak hlavně edukujeme děti a rodiče o tom, aby dodržovali správnou životosprávu a měli dostatečnou pohybovou aktivitu.“* S10 odpověděla, že paní doktorka většinou posílá tyto pacienty na vyšetření k obezitologovi, ale také jim dávají informační letáčky, kde jsou informace o tom, jak by se pacienti měli stravovat: *„Tak většinou je paní doktorka posílá na vyšetření k obezitologovi. Dáváme jim ale také tabulky ohledně diet, jaké by měli dodržovat, aby snižovali váhu, mají sportovat. A jinak pak už to řeší obezitolog.“*

Kategorie 5 – Intenzita edukace a časová náročnost

Probandky dostaly otázku, jak často pacienty edukují a kolik času reálně mají na každého individuálního pacienta.

Sestry u praktického lékaře pro dospělé

Sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé se shodly na názoru, že je edukace důležitá hlavně v začátcích onemocnění, poté není edukace tak častá. S1 odpověděla: *„Pacienty edukujeme každé tři měsíce, kontrolujeme odběry krve, kotníkové tlaky, EKG a takové základní vyšetření, abychom měli pacienta pod kontrolou.“*

Takže základní edukace je vždy ze začátku, když už ty pacienty známe a víme, že jsou dobře kompenzovaný, pouze se zeptáme, zda vše dodržují tak, jak by měl. Když nastanou komplikace, vždy pacienta znovu edukuji, co by měl a neměl.“ S2 naopak odpověděla, že edukace je v této době složitější z důvodu toho, že se recepty píšou přes telefon: *„Většinou edukujeme pacienty vždy když přijdou do ordinace, ale v tuhle chvíli je to trochu složitější, jak se píšou recepty přes ten telefon, takže ta edukace trošku opadá. Tohle se ve finále týká veškerých onemocnění. Takže oni si zavolají, že potřebují tohle, tohle a tohle, ale ten doktor už ty lidi nevidí, takže nemáme kolikrát moc šanci ty lidi o něčem edukovat.“* S4 vypověděla: *„Edukujeme pacienty jednou za tři měsíce, v začátcích, když se objeví například zvýšená glykémie, poté tak jednou za dva roky, ale hlavně se na tu edukaci soustředíme v začátku onemocnění, když jsou pacienti kompenzovaní, a snáší léčbu dobře, tak ta edukace trochu opadá. Ale kdykoliv se objeví v naší ordinaci, tak se jen třeba zeptáme, zda dodržují dietu a celkově jak se cítí.“* S5 na otázku, jak často jsou pacienti edukováni, odpověděla, že záleží na tom, jak jsou pacienti kompenzovaní: *„Záleží, jak jsou kompenzovaní, pokud jsou dobrý, tak jednou za půl roku, jinak jednou za tři měsíce. Kdo je horší, tak každý měsíc klidně i.“* Probandka S3 odpověděla pouze stručně *„Pacienti jsou edukováni pokaždé, když jsou u nás v ordinaci.“*

Sestry u praktického lékaře pro děti a dorost

Sestry u praktických lékařů pro děti a dorost se shodly na tom, že jsou děti i rodiče edukováni pokaždé, když jsou v ordinaci, ať už z důvodu prevence či nemoci. S8 také dodala, že se vždy ptá, co a jak dodržují *„Kdykoliv jsou v ordinaci, tak je upozorním a zeptám se, zda dodržují to, o čem jsem je edukovala a celkově jestli dodržují nějaké stravovací návyky a pohyb.“* Probandka S10 odpověděla: *„Tak, my jich moc nemáme, máme menší obvod, takže těch pacientů tolik není, ale jinak je edukujeme vždy, když tu jsou na nějaké preventivní prohlídce, když jsou tady a zjistí se, že tam ta obezita je, což paní doktorka zjistí podle tabulek, tak se vždycky edukují.“* Probandky S6, S7, a S9 odpověděly stručně, že jsou pacienti edukováni opakovaně a pokaždé, když jsou v ordinaci.

Sestry u praktického lékaře pro dospělé

Na otázku, kolik mají sestry reálně času na edukaci každého individuálního pacienta odpověděly dvě sestry u praktického lékaře pro dospělé, že toho času moc není.

S1 odpověděla: „Moc toho času není, edukuji nějak v průběhu a většinou mám třeba nějakých 5 minut na každého pacienta.“ S2 vypověděla, že záleží, kolik pacientů čeká v čekárně a zda pacienti volají na telefon, nebo ne: „Podle toho, kolik je lidí v čekárně, a hlavně teď furt zvoní telefony v covidu, to je prostě pořád, ne jenom covidoví pacienti, ale také ostatní pacienti, co volají, abychom jim předepsali léky, takže podle toho, no.“ Zbylé tři sestry vypověděly, že času mají dostatek, když je potřeba, vždy si ho najdou. S3 zmínila to, že si čas nehlídá a je pro ni důležité, aby to pacient pochopil: „U každého pacienta je čas jiný, ale čas si vždy najdu. Edukuje jak lékařka, tak i já jako sestra, v tomto čas nehlídám, důležité je, aby to klient pochopil, někdy musím i říkat příklady lidí, aby smysl edukace pochopili.“ Probandka S4 řekla, že je to velice individuální: „Pacienty vždy objednáвам po půl hodině, takže záleží, jak dlouho nám každý pacient zabere. Toto je velice individuální, někdo je tu 10 minut a jindy je tu pacient klidně i tu půl hodiny.“ S5 zmínila stejnou skutečnost, a to tu, že si pacienty objednáვა po 30 minutách, ale je individuální, jak dlouho jsou v ordinaci: „Objednáваме na půl hodiny, jak se kdy povede, někdy je tu pacient 10 minut a někdy i déle.“

Sestry u praktického lékaře pro děti a dorost

Většina sester u praktických lékařů pro děti a dorost odpověděla konkrétním počtem minut. Stejně jako sestry praktických lékařů pro dospělé, i zde byly dvě probandky, které odpověděly, že toho času moc není. S6 odpověděla: „Toho času je málo, ale v rámci té preventivní prohlídky může to být třeba například nějakých deset minut.“ Probandka S7 také zmínila, že toho času je málo: „Toho času moc není, ale tak maximálně 10-15 minut na každého pacienta.“ S9 uvedla, že má na každého pacienta 15 minut ale že je to velice individuální: „Na každého pacienta mám 15 minut, ale je to velice individuální, někdo je v ordinaci déle a někdo odchází dříve.“ S8 spolu s paní doktorkou dělají konzultační hodiny pro děti i rodiče: „Máme na každého pacienta 20 minut s tím, že někdy se nám to protáhne na hodinu, i se třeba domluvíme s rodiči a dáme jim konzultační hodinu. Jako paní doktorka se snaží těm dětem hodně věnovat, protože jich je čím dál více. Teď po covidu extrémně...“ Naopak probandka S10 odpověděla, že neví přesný počet minut, ale toho času nemají málo: „Toho času máme dost, nedokážu říct konkrétně v počtu minut na každého pacienta, ale rozhodně toho času není málo, vždy se ten čas pro každého pacienta najde.“

Kategorie 6 – Pomůcky, které jsou použity pro edukaci

Sestry u praktického lékaře pro dospělé

Pomůcky, které jsou nejčastěji použity pro edukaci pacientů u praktických lékařů pro dospělé jsou velice jednoduché ve všech ordinacích. Všechny sestry zmínily pouze informační letáčky, které mají od různých dodavatelů. S1 uvedla jako pomůcky letáčky a jídelníčky, které pacientům dávají: *„Máme určitě jak letáčky, tak i jídelníčky od různých firem, takže některý firmy tam mají diety diabetické, kde je hezky popsáno, co ano a co ne, no a zbytek je tak nějak o tom, co člověk ví a říká každému pacientovi.“* Probandka S2 zmínila také informační letáčky, ale primárně edukují pouze ústně bez pomůcek: *„Většinou máme nějaké letáky, které pacientům dáváme, ale hlavní paní doktorka hodně zapracuje ústně. Kolikrát si lidi nevezmou k srdci to, co já jako sestra řeknu, ale to, co řekne paní doktorka je vždy svaté, a většinou tomu ti lidé věří více.“* Probandka S3 zmínila, že často používá své zkušenosti a také rozdává informační letáčky, jež ale často najde v odpadkovém koši: *„Edukuji pomocí zkušeností, každý klient vezme radu jinak, někdo to nechápe a pochopí to, až když je zle, mám v ordinaci hodně letáků, ale většinou je najdu v koši, ale jsou tací, kteří si je domu odnesou, samozřejmě jim radím v jídelníčku, spousta klientů je edukováno samo přes internet. Hodně lidí si najdou informace sami.“* S4 zmínila také letáčky a diety: *„Pomůcky, které jsou k edukaci využity jsou například informační letáčky, které pacientům pravidelně dáváme a také různé příklady diet, kde je seznam potravin, které se doporučují a které naopak ne.“* Poslední probandka S5 u praktického lékaře pro dospělé zmínila pouze informační letáčky: *„Pro edukaci používám primárně různé informační letáčky.“*

Sestry u praktického lékaře pro děti a dorost

Probandky u praktického lékaře pro děti a dorost se též shodly na pomůckách ve formě letáčků. Probandka S6 také zmínila, že u obéznějších pacientů také měří obvod pasu a boků. Svou výpověď shrnula slovy: *„Ukazujeme, jaké mají děti BMI, máme to v počítači, takže se vždy paní doktorce ukazuje graf podle toho, jakou váhu by měly mít, aby si to hlídaly. No a někdy i u těch více obézních měříme obvod pasu, boků. Dále dáváme letáčky do Olivovy léčebny do Říčan.“* S8 nám vypověděla, že mají přímo rozepsané letáčky s tím, co je vhodné, aby děti jedly a co naopak ne: *„Máme přímo rozepsané letáčky s tím, co je vhodné jíst a co ne. Je to rozložené ve formě pyramid, kde jsou hezky znázorněné vhodné potraviny. Paní doktorka jim také detailně popisuje*

správnou dietu a jak mají fungovat.“ S9 naopak žádné pomůcky nepoužívá a provádí edukaci pouze ve formě pohovoru a vydáním kontaktu na obezitologa: *„Edukace je prováděna pohovorem a vždy vydáváme kontakt na obezitologa, nemáme žádné pomůcky, které používáme.“* Probandka S10 předává pacientům různé brožurky a letáčky, které dostávají: *„No většinou ty tabulky ohledně diet, nebo co by děti měly jíst nebo neměly. Dostáváme různé brožurky a letáčky, které předáváme pacientům.“* Stejným způsobem odpověděla také poslední probandka S7, jež využívá pouze letáčky: *„Máme různé letáčky, které používáme a dáváme je rodičům.“*

Kategorie 7 – Zpětná vazba od pacientů

Sestry u praktického lékaře pro dospělé

Tato kategorie je o tom, jak pacienti edukaci vnímají a jaká bývá zpětná vazba od pacientů sestrám, které edukaci provádí. Odpovědi na tuto otázku byly vesměs vždy podobné. Každý je individuální a každý to vnímá jinak. S1 na tuto otázku odpověděla následovně: *„Je to hodně individuální, každý pacient k tomu přistupuje jinak ale vesměs jsou ti pacienti v pohodě, zajímá je to. Jakoby takhle, když je to nový pacient s diabetem, tak ho to určitě zajímá víc než pacienta, co to slyší opakovaně a má diabetes delší dobu.“* Probandka S2 se ale také setkala s pacienty, které to úplně tak nezajímá: *„Někteří lidi to mají na háku, ti mladší si často říkají, že se jim nic nemůže stát, že jsou ještě mladí, ale ti staří si to často naopak berou k srdci no.“* Stejnou zkušenost má sestra S3: *„Jak kdo, někdo se tomu směje a někdo se děsí, bohužel hypertenze a diabetes jsou nemoci, které se musí stále hlídat, jelikož se můžou rychle zhoupnout a někdy už není návratu třeba i zpět k normálnímu životu jako například mozková mrtvice a tak dále.“* Probandka S4 říká, že 80 % pacientů její edukaci vnímá dobře a hlavně zodpovědně, zbylých 20 % její doporučení nedodržuje: *„Tak řekla bych, že 80 % pacientů to vnímá dobře a zodpovědně, jiní si jedou dál po svém, co uznají za vhodné.“* Probandka S5 také odpověděla že je to velice individuální: *„Je to velice individuální, někdo si jede to svoje a někdo si to naopak vezme k srdci.“*

Sestry u praktického lékaře pro děti a dorost

Probandky u praktických lékařů pro děti a dorost se často setkávají jak s pozitivní, tak i negativní reakcí na skutečnost, že by děti měly svou váhu zredukovat. S7 řekla, že je to individuální, někteří rodiče mají zájem a někteří naopak hledají výmluvy

a argumenty, proč to tak není: „*Je to velice individuální. U některých je vidět ten zájem a kolikrát i přijdou se pochlubit, že zhubli tolik a tolik kilo, a někteří to stejně mají na háku, protože sami mají jakoby tu nadváhu nebo jsou obézní, tak jim jako vůbec nepřijde, že dělají něco špatně. Když už se k tomu někdo takhle staví tak často slyším argument typu „oni jsou po mně.“ Kolikrát rodiče nepřiznají, že dělají chybu, oni prostě nám kolikrát tvrdí, že pijí vodu a jí zeleninu, ale ty děti nejsou kulatý z vody a zeleniny, že jo. Veliký rozdíl v tom taky začal hrát Covid. Ty děti za tu dobu opravdu nabraly hodně.“* Probandka S8 se také setkala s rodiči, kteří si sami přišli pro radu, co s tím, ale také se setkala s rodiči, kteří hledají argumenty, proč to tak je a nehodlají s tím nic dělat: „*Jak kdo, někteří rodiče i sami přijdou s tím, že jim dítě nekorigovaně tloustne a chtějí poradit. No, a naopak jsou rodiče co přijdou a řeknou „však se podívejte na mě, já jsem taky taková“.* Někdy je to prostě na úrodnou půdu, je to o výchově, je to o rodičích, ale někdy je to průser, je to smutný, ale je to tak. 90 % rodičů se opravdu snaží těm dětem pomoc, ale 10 % na to vyloženě dlabe. Také ale když to člověk řeší s rodiči, tak kolikrát zjistíme, že mají dvě práce, aby to utáhli a ty děti jsou prostě samy doma a dělají si, co chtějí. Není to často o tom, že by to rodiče nechtěli, ale ty děti nechtějí, a hlavně ty rodiče to nezvládají mít pod kontrolou, protože jsou celý den v práci.“

Probandka S10 vypověděla: „*No tak někteří ti rodiče si myslí, že ty děti obézní nejsou, říkají, že jen dobře papají a chutná jim, takže to je jako všechno v pořádku, ale někteří se nad tím zamyslí a opravdu jakoby se začnou snažit a máme tu pár, který prostě pak tu váhu zredukoval.“* S9 odpověděla podobně jako ostatní probandky, že je to velice individuální, a to následovně: „*Jak kdo, někdo to ocení a někdo si to k srdci nevezme a nehodlá nic změnit.“* Naopak probandka R6 se nikdy nesečkala s reakcí, kdy by to rodiče nezajímalo: „*Někteří mají určitě zájem, i o tu Olivovu léčebnu, kam pár pacientů jezdí a chválí si to, někteří se snaží dodržovat ty diety a doporučení, které dostávají. Nesečkala jsem se vyloženě s rodiči, kteří by řekli, že to mají v genech a nijak zvlášť je to nezajímalo, většinou jsou si rodiče vědomi, že to dítě by mělo zhubnout.“*

6 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na edukaci sestrou v primární péči pacientů trpícími chronickým onemocněním. Chronické onemocnění bylo specifikováno na diabetes mellitus, hypertenzi a obezitu u dětských pacientů. Teoretická část této bakalářské práce byla zaměřena na edukaci, primární péči a na obsah toho, o čem by měli pacienti být edukováni s diabetem mellitem, hypertenzí a u obézních dětí.

Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry v primární péči skutečně edukují pacienty s vybraným chronickým onemocněním. Bylo položeno pět výzkumných otázek, které byly zodpovězeny všemi probandkami. Na základě zmapování této oblasti můžeme konstatovat, že byly zjištěny drobné nedostatky, které byly nalezeny v rámci edukace pacientů v ordinacích praktických lékařů. Ale lze říci, že cíl práce byl splněn.

Empirická část byla provedena metodou kvalitativního šetření. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami u praktických lékařů. Výzkumné šetření bylo provedeno s 10 sestrami, 5 z nich u praktického lékaře pro dospělé a zbylých 5 u praktického lékaře pro děti a dorost. Otázek pro sestry u praktického lékaře pro dospělé bylo 11 a sestry u praktického lékaře pro děti a dorost dostaly všechny 9 otázek mimo otázky, které byly položeny pro doplnění odpovědí. Šest rozhovorů bylo zaznamenáno pomocí diktafonu a následně byly přepsány do textové podoby v Microsoft Word. Odpovědi od probandek, které nesouhlasily s nahráváním na diktafon byly psány rovnou do textového dokumentu. Odpovědi probandek byly vyhodnoceny a následně uspořádány do 7 kategorií.

Konkrétně šlo o kategorie: Edukace obecně, Edukace pacientů s hypertenzí, Edukace pacientů s diabetem mellitem, Edukace dětských pacientů s obezitou, Intenzita edukace a časová náročnost, Pomůcky, které jsou použity pro edukaci a Zpětná vazba od pacientů. Kategorie Edukace obecně má jednu podkategorii s názvem Rodinná anamnéza. Kategorie Edukace pacientů s hypertenzí má dvě podkategorie: Dietní opatření a Selfmonitoring a kategorie Edukace pacientů s diabetem mellitem má též jednu podkategorii s názvem Dietní opatření. Zbylé kategorie nemají žádné podkategorie, ale jsou vždy rozděleny na odpovědi od sester od praktických lékařů pro dospělé a na odpovědi od sester od praktických lékařů pro děti a dorost.

Díky zpracovanému výzkumu bylo zjištěno, že ne vždy je edukátorem sestra v ordinaci praktického lékaře pro dospělé, ve třech z pěti ordinací si edukační část bere na starosti lékař. Zdravotní sestra má v kompetencích edukovat pacienty, ale důležité je, aby tyto sestry měly dostatek znalostí v problematice onemocnění a potřebné znalosti v okruhu edukace.

Dle Sovové et al. (2014) je v oblasti hypertenze nejdůležitější pacienty přesvědčit, aby se léčili, i když nemají žádné potíže. Toto také potvrdil doc. MUDr. Ondřej Ludka, Ph.D. ve svém článku o Motivaci pacienta k celoživotnímu užívání léků u arteriální hypertenze (2017). Ve svém závěru udává, že většina asymptomatických pacientů má nejhorší adherenci k farmakoterapii. Dále také ve svém článku píše, že pouze opakovaná motivace a edukace může zlepšit přístup pacientů k užívání léků. Toto je spíše v rukou lékařů, ale myslím si, že i sestry v ordinaci praktického lékaře mohou být nápomocné. O tomto se zmínila probandka S3, která uvedla, že pacienty edukuje o tom, aby dodržovali pravidelnou medikaci. Zbylé probandky toto bohužel nezmínily. Je důležité, aby pacienti věděli, jak si správně krevní tlak změřit, jakým přístrojem, v jakou denní dobu, za jakých okolností a podobně. O tomto edukují všechny probandky což je velice pozitivní. Správný postup při měření krevního tlaku v domácím prostředí najdeme například na stránkách IKEMu. O dietní léčbě edukují bohužel pouze dvě probandky z pěti. Zbylé tři probandky odpověděly, že toto mají na starost jejich lékařky, ale že i přesto dávají informační letáčky, na kterých jsou napsané potraviny, jež jsou a nejsou vhodné pro pacienty s hypertenzí. Všechny probandky nám řekly, o čem konkrétně edukují v oblasti diabetu mellitu, ale pouze u jedné z 5 bylo například řečeno, že edukuje pacienty o komplikacích diabetu mellitu. V teoretické části je jasně psáno, že je velice důležité, aby pacienti znali nejčastější akutní komplikace diabetu mellitu, z jakého důvodu nastávají a jak si s nimi poradit. Velice podrobná edukace probíhá pravděpodobně v odborných ambulancích. Můj názor je však takový, že by o tomto měli být pacienti také edukováni v ordinaci praktického lékaře. Česká diabetologická společnost na svých webových stránkách píše, že edukace diabetika je nezbytnou a nenahraditelnou součástí léčby nemocného. Z mého postřehu mi přijde, že každá sestra u praktického lékaře spoléhá na to, že pacienti jsou edukováni na diabetologii. Zda jsou ale edukováni dostatečně, to už nezjišťují. MUDr. Číhalíková a MUDr. Loyková velmi hezky, stručně a trefně ve článku pro medicínu pro praxi (2017) popsaly, jak by edukace diabetika měla probíhat a co by měla obsahovat.

Určitě si myslím, že by toto mohly také dodržovat sestry v ordinaci praktického lékaře. Všechny sestry se shodly na tom, že je důležité edukovat o dietním opatření u diabetických pacientů, kde odpovědi probandek souhlasily s doporučením České diabetické společnosti (Těšínský et al., 2020). Po mém osobním průzkumu tohoto tématu mě mrzí, že žádná ze sester nezmínila například stránku www.diabetica.cz. Na této stránce najdeme všechny možné jídelníčky a recepty jak na snídaně, svačiny, obědy, tak i večeře. Určitě je to dobrá inspirace pro každého diabetika, který se teprve seznamuje s dietními opatřeními, která je důležité dodržovat. Na této stránce je možné si vybrat typ diety, která je označena od A do D. Každá dieta má jiný počet KJ a sacharidů a každý recept obsahuje vypočtené nutriční hodnoty. Věřím, že by si na této stránce každý našel to své. Každá sestra dokáže vyjmenovat potraviny, které jsou a nejsou vhodné, ale také se najdou pacienti, kteří si i přesto nedokážou představit, jak se mají stravovat a tato stránka jim dle mého může být velice nápomocná.

Poměrně často jsem se za svou praxi setkala s diabetickými pacienty, kteří při odebrání anamnézy odpovídají na otázku, zda mají dietu odpovědí „ne“. Tato odpověď mě vždy velice překvapí, když mi zároveň udávají, že mají tento a tento inzulín. Naučili se tito pacienti s diabetem natolik žít, že nevnímají, že musí něco striktně dodržovat, nebo reálně neví, že by měli nějakou diabetickou dietu dodržovat? Tuto otázku si kladu pokaždé, když tato situace nastane. Kudlová ve své knize (2015, s. 97) udává následující: *„Selfmonitoring je definován jako samostatné měření vybraných parametrů vážících se ke kompenzaci diabetu samotným pacientem. Je nedílnou součástí selfmanagementu diabetu – moderní přístup v komplexní léčbě diabetu, kde osoba s DM hraje významnou aktivní roli nejen ve sledování parametrů kompenzace, ale také aktivně reaguje na naměřené hodnoty úpravou léčby.“* Ovšem když jsem své otázky na sestry doplnila otázkou, zda také edukují pacienty s diabetem o selfmonitoringu, nedostala jsem ani jednu kladnou odpověď. Vždy zaznělo pouze „ne“, místy doplněno slovy: *„Toto má na starost diabetologie.“* Otázkou však nadále zůstává, zda si tuto část opět bere na starost lékař anebo nejsou pacienti o tomto edukování vůbec a je opět spoléháno na odbornou ambulanci. Selfmonitoring je velmi obsáhlým tématem. Zařazujeme sem jak odběry glykémie, aplikace inzulínu, tak i například selfmonitoring moči. Bohužel ani jeden z těchto okruhů nebyl zmíněn. Brown et al. (2019) ve svém díle o intervencích pro prevenci obezity u dětí píšou, že intervence zahrnují dietu v kombinaci s intervencemi v oblasti fyzické aktivity. Tyto intervence mohou snížit riziko obezity

u malých dětí. Také uvádějí, že existují slabší důkazy ze studií, že dietní intervence mohou být prospěšné. Pokud jsou však intervence zaměřené pouze na fyzickou aktivitu, nezdají se být účinné. Dle výzkumného šetření jsou děti a rodiče často edukováni o obezitě, a to nejen z důvodu toho, že obezita u dětí narůstá, ale také z toho důvodu, že je to čím dál více potřeba. Všechny probandky se shodly na jedné základní věci, a to na té, že doporučují jak dětem, tak i rodičům, co by měly děti jíst, a co by naopak měly vynechat. Marinov Pastucha et al. (2012) ve své knize hezky popisují jídelníček školáka, kde mají obecná i konkrétní doporučení potravin, jídel a co čím nejlépe nahradit. Většinou se to shoduje s doporučeními od probandek u praktických lékařů pro děti a dorost. Ale nastává tu stejný problém jako u edukace pacientů s diabetem mellitem. U dvou sester z pěti je edukováno o základní dietě a o tom, že by děti měly dodržovat fyzickou aktivitu a poté je vydán kontakt na obezitologa, a tím to končí.

Z mé vlastní zkušenosti, kterou jsem získala ve škole v zahraničí (konkrétně v Norsku), jsme my děti měly zakázáno mít s sebou na svačinu různé čokolády a jiné nezdravé potraviny. Rodiče na to byli upozorňováni a byli žádáni, aby nám dětem žádné takové potraviny na svačinky nedávali. Osobně toto vnímám jako velmi pozitivní. Když v dnešní době vidím, kolik dětí svačí různé sušenky, čokolády a pijí sladké nápoje jako je Coca-Cola či různé energetické nápoje, jsem ráda, že toto pravidlo bylo na naší škole zavedeno. Určitě to mělo pozitivní vliv na stravování dětí a určité omezení nezdravého jídelníčku.

Všechny probandky také edukují o tom, aby děti zvýšily fyzickou aktivitu. Probandka S8 ale vnímá jako největší problém to, že děti se kolikrát hýbat chtějí, ale nemají tu možnost, protože je z důvodu obezity do žádných sportovních kroužků nevezmou. Tato skutečnost mě velice překvapila a je velmi smutné, že se opravdu toto děje. Dětský tělovýchovný lékař a obezitolog Dalibor Pastucha ve svém rozhovoru o dětské obezitě na portálu idnes.cz napsal: „*Vztah ke sportu vzniká v rodině a buduje se do pěti let dítěte. Buď rodina čas tráví aktivně, nebo doma koukají na televizi. Dítě pak umí dřív nastavit Netflix než jezdit na kole.*“ (Pastucha 2009) To vypovídá o tom, že jsou tu rodiče, kteří nastavují dětem nějaký režim. Pokud nejsou děti zvyklé na to trávit čas aktivně, nemůžeme očekávat, že to všechny děti budou dělat samy od sebe. Dle tabulky o nárůstu obezity u dětí vydané SPLDD, na portálu idnes.cz (příloha 4) je evidentní, že nárůst obezity u dětských pacientů je velký, a důvodem je hlavně onemocnění Covid-19, které způsobilo to, že děti měly nulovou fyzickou aktivitu a jejich den spočíval v sezení

u počítače při online výuce, kdy měly volný přístup k většímu množství jídla. Pandemie nám ukázala, že škola a její uzavření má spoustu psychosociálních následků nejen pro děti. Způsobila, že jsme všichni museli změnit svůj životní styl, a to kvůli nařízení zůstat doma a držet se v sociální izolaci.

Probandka S6 také zmínila Olivovu léčebnu, kterou pacientům a rodičům doporučují. Nikdy předtím jsem o Olivově léčebně neslyšela a po podrobném prozkoumání se mi tento koncept velice líbí. V díle Marinova, Pastuchy et al. (2012) je psáno, že lázeňská léčba je mnohdy prvním „startem“ léčby obézního dítěte. Problém ale nastává, když to děti vnímají jako trest. Pro dítě to má být naopak odměnou. Dle příběhů dětí, které najdeme na oficiálních webových stránkách Olivovy léčebny, je znát, že je spousta dětí, které toto jako odměnu vnímají a jsou rády, že dostaly možnost se lázeňského programu zúčastnit.

Dalším důležitým tématem, které bych v této diskusi chtěla vyzdvihnout, je čas, jenž je vyčleněn na edukaci jako takovou. Probandky S1, S2, S6, S7 odpověděly, že toho času moc není. V rozporu byla odpověď probandky S3, jež jasně odpověděla, že si ten čas vždy najde a je pro ni důležité, aby to pacient pochopil. Nehlídá, kolik času pacient v ordinaci stráví. S8 také dodala, že s paní doktorkou dělají konzultační hodiny pro děti a rodiče, kde mají větší prostor se jim věnovat. Myslím si, že je důležité, aby si každá sestra našla dostatečný čas na to, aby pacientům předala potřebné instrukce a informace bez ohledu na to, kolik lidí sedí v čekárně. Každý pacient je samozřejmě individuální a není jednoduché říct, jak dlouho by měla sestra edukovat, ale je důležité, aby byla každá sestra přesvědčená o tom, že každý pacient rozumí, co je mu říkáno a má všechny důležité informace, které se týkají onemocnění, diety, komplikací a léčebného režimu. V bakalářské práci od Buriánkové (2020) zazněla stejná myšlenka: „*Svoji roli vidí sestry především v edukaci pacientů a v osvětě v oblasti zdraví, která je základem preventivní péče. Bohužel je často tato osvěta z časových důvodů vedena v ordinacích praktických lékařů cestou edukačních letáků a televizních spotů v čekárně a ordinacích.*“ (Buriánková, 2020, s. 67). Předání informačních letáků je samozřejmě jednodušší a časově výhodnější, ale nikdy zde nemáme jistotu, že si pacient tento leták přečte nebo ho pochopí. Jsou to také zároveň jediné edukační pomůcky, jež jsou využity v rámci edukace v ordinacích u praktických lékařů. Probandka S3 sama vypověděla, že často tyto informační letáčky najde v odpadkovém koši, kdy je evidentní, že se najdou i tací pacienti, které to nezajímá a letáček si stejně nepřečtou. Proto si myslím,

že je důležité, aby na edukaci byl vyčleněný dostatečný čas, a to hlavně v začátcích onemocnění, kdy pacienti o určitém onemocnění moc neví a musí si zvykat na nový životní styl, diety a dodržovat pro ně neznámá opatření.

Probandky u praktických lékařů pro děti a dorost se shodly na jedné skutečnosti a to té, že když člověk nehne s rodiči, je těžké hnout s dětmi. Tento fakt mi také přijde velice smutný. Když rodiče svým postojem děti k obezitě „vedou“ a nechtějí s tím nic dělat. Z výzkumu Hany Zamrazilové a Petra Hlavatého z Endokrinologického ústavu v Praze plyne, že celá třetina rodičů nemá zájem s obézním dítětem cokoli dělat. A to bohužel ani tehdy, když samo dítě chce. Je nepříjemné pomyšlení nad tím, že sami rodiče nedělají nic proto, aby jejich vlastní děti byly zdravé. Otázkou však zůstává, zda by se toto nezměnilo, kdyby měli dostatečné informace od lékaře či sestry u praktického lékaře, informace o tom, co všechno může následně obezita způsobit a jak velkým a zásadním problémem to je. Nadváha a obezita u dětí narůstá, v článku pro ČT24 uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch následující: „Z této studie vyplývá, že více než pětina populace dětí ve věku 11 až 15 let má buď nadváhu, nebo je obézní. Bohužel pokud se díváme na meziroční srovnání, tak to ukazuje, že počet dětí s nadměrnou hmotností roste.“ (Vojtěch, 2019). Stejně výsledky však vidíme v tabulce (Příloha 4) zveřejněné Ministerstvem zdravotnictví ČR: *„Pandemie Covid-19 má zásadní dopad na zdravotnictví a životní styl. Děti, i když méně přímo, ale jsou virem zasaženy, platí vysokou cenu prostřednictvím nepřímými důsledky krize, včetně nevyrovnaného stravování, které vede ke zvýšenému riziku nadváhy, podváhy, sedavého způsobu života, dopadu na duševní zdraví a sociální izolace, závislost na obrazkách a nedostatek zdravého životního stylu,“* uvádí ve své práci Scapaticci et al. (2022). Covid-19, jak už výše dříve zmíněno, donutil každého z nás změnit svůj životní styl, a jeho následky nesou například děti tím, že nabraly na váze kvůli neustálému přístupu k jídlu a minimální fyzické aktivitě. Za mě je proto důležité, abychom s tím dokázali něco udělat a dostatečně motivovali jak rodiče, tak i děti k tomu, aby svou váhu zredukovaly.

V dnešní době máme také spousty kurzů a vzdělávacích možností, jež mohou sestry využít. Česká diabetologická společnost nabízí kurzy, díky kterým mohou všeobecné sestry získat způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. Tyto kurzy jsou uskutečňovány akreditovaným zařízením a jsou ukončeny

atestační zkouškou. Podobné kurzy nabízí například B-Braun pomocí Aesculab Akademie, která přispívá k prohlubování a předávání znalostí a zkušeností.

Myslím si, že by každá sestra v ordinaci u praktického lékaře měla znát základy edukace a opravdu tuto edukaci provádět. Je důležité, abychom si byli jisti, že pacienti ví, co mají dodržovat a jak reagovat na případné komplikace, které mohou kdykoliv nastat. I přesto, že ten časový limit je krátký, je důležité abychom pacientům předali ty nejdůležitější informace a vždy si na to našli dostatečně dlouhý čas. Je jednoduché předat informační letáčky a brožurky, ale nikdy si v tomto případě nemůžeme být jisti, že pacient tyto informace pochopí nebo alespoň přečte. Jak vypověděla sama probandka S3, často tyto letáky najde v odpadkovém koši v čekárně. Stejně tak se nemůžeme spoléhat na edukaci v odborných ambulancích. Je jasné, že edukace je tam mnohem bohatší, podrobnější a častější, ale určitě je lepší, aby to pacient slyšel z více stran než vůbec. Onemocnění Covid-19 vše zkomplikovalo, ztížilo a nastaly také situace, kdy se pacienti do ordinace praktického lékaře delší dobu nedostali. Edukovat po telefonu také není úplně ideální, ale myslím si, že i když si pacient pouze volá o recept, měla by zaznít otázka, zda je vše v pořádku a zda pacient dodržuje vše tak, jak má.

V oblasti tohoto tématu vyvstává plno otázek, na které si ani sama nedokážu odpovědět. Z mé vlastní zkušenosti, ale také i z výzkumného šetření edukace v ordinaci praktického lékaře místy pokulhává, ale já si stále stojím za názorem, že je velmi důležité pravidelnou, ale hlavně dostatečně obsáhlou edukaci provádět u každého pacienta, ať už je to pacient, jenž dochází na diabetologii či pacient, který není veden v žádné jiné ambulanci. Edukace je součástí práce každé sestry a je důležité ji také správně vykonávat. Letáčky mohou být v mnoha případech užitečné, ale nemohou být považovány za edukaci, je to pouze edukační pomůcka, jež nám k edukaci napomáhá, ale nesplňuje kompletní edukační proces.

7 Závěr

Tato bakalářská práce byla orientována na téma edukace sestrou v primární péči pacientů trpícími chronickým onemocněním. Cílem této práce bylo stanovit: Jakým způsobem sestry v primární péči skutečně edukují pacienty s vybraným chronickým onemocněním, a to konkrétně s diabetem mellitem, hypertenzí a obezitou u dětí. K dosažení tohoto cíle bylo položeno pět výzkumných otázek: 1. Jak jsou pacienti edukováni o hypertenzi? 2. Jak jsou pacienti edukováni o diabetu mellitu? 3. Jak jsou pacienti edukováni o obezitě? 4. Jakým způsobem provádí sestra edukaci? 5. Jak vnímají pacienti edukaci?

Pomocí hloubkových rozhovorů se sestrami u praktických lékařů se podařilo odpovědět na všechny výzkumné otázky. Bylo zjištěno, že ve třech z pěti ordinací praktického lékaře pro dospělé edukuje lékař, nikoliv sestra. U praktických lékařů pro děti a dorost bylo zjištěno, že edukuje spíše sestra než lékař.

U hypertenze se sestry shodly na tom, že edukují o dietě, ale ve dvou případech z pěti edukují sestry pacienty o tom, jak si správně měřit krevní tlak. Je důležité hlavně edukovat pacienty o tom, proč je důležité se léčit. Spousta hypertoniků odmítá léčbu, a to z důvodu, že se cítí dobře, tudíž nevidí důvod k léčbě. Ale bohužel už neví, jaké následky toto může mít.

Edukace v oblasti diabetu mellitu není vždy tak bohatá, hodně je edukováno o dietě, ale pouze v jednom případě z pěti jsou vysvětleny možné komplikace. Žádná sestra nezmínila edukaci o selfmonitoringu glykémie či moči nebo správné aplikaci inzulínu. V této oblasti je velmi spoléháno na odbornou a bohatou edukaci na diabetologii.

Obezita u dětí je dle probandek aktuálním tématem a dětí s tímto problémem je čím dál tím více. Ve dvou případech z pěti je vydán kontakt na obezitologa. Konkrétně dětských obezitologů je ale v Jihočeském kraji málo, a proto málo kdy stíhají takové množství dětí. Velkou roli zde ale také hrají rodiče, kteří ne vždy chtějí něco s tímto problémem dělat a často ignorují doporučení sester u praktických lékařů pro děti a dorost.

Obecně je edukace nejčastěji prováděna ve formě krátkého rozhovoru, doporučení a následnému vydání informačních letáků. Zda jsou tyto letáky účinné a pacienti si je opravdu vezmou domů a prostudují si je, na to už se sestry nemohou spolehnout. Cíl práce byl splněn. Tato oblast byla zmapována, ale i tak jsme narazili na drobné nedostatky, které se objevují v edukaci pacientů v ordinaci praktického lékaře.

Závěrem bych chtěla zmínit, že tato bakalářská práce by mohla být využita jako pomůcka pro orientaci v edukaci pacientů s chronickými onemocněními. Výsledky empirické části této bakalářské práce by mohly být přínosem pro sestry v primární péči a také jako informační materiál pro veřejnost ohledně edukace v oblasti chronických onemocnění. Je důležité, aby si každá sestra byla vědoma, že informace, které pacientům předává, jsou dostačující pro každého pacienta a je velmi důležité, aby si každá sestra byla vědoma, že tyto informace každý jedinec pochopil a je dostatečně motivován k tomu je dodržovat.

Na základě tohoto výzkumu by bylo vhodné, aby každá ordinace praktického lékaře měla jednotný seznam toho o čem by měli edukovat u konkrétních onemocnění a následně tento seznam dodržovat. Návrh na takový seznam byl vytvořen a vložen do přílohy – viz příloha 5. Z výzkumu vyplynulo, že všechny sestry se shodly na základních doporučeních. Ať už jde o dietní poradenství či správné měření krevního tlaku, ale hodně sester needukuje o komplikacích, které jsou také velmi důležitou součástí obsahu edukace.

8 Seznam použité literatury

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012. *Standards of Medical Care in Diabetes* [online]. [cit. 2021-9-22]. Dostupné z: https://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, *Hyperglycemia (High Blood Glucose)* [online]. [cit. 2021-9-23]. Dostupné z: <https://www.diabetes.org/healthy-living/medication-treatments/blood-glucose-testing-and-control/hyperglycemia>
3. BROWN, T. et al., 2019. *Interventions for preventing obesity in children* [online]. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art. No.: CD001871 [cit. 2022-03-30]. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub4. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6646867/pdf/CD001871.pdf>
4. BURIÁNKOVÁ, A., 2020. *Význam preventivní péče a role sestry v ambulanci praktického lékaře*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
5. Česká diabetická společnost, 2012. Doporučení k edukaci diabetika. *Standardy a doporučení* [online]. [cit. 2021-9-22]. Dostupné z: <https://www.diab.cz/standardy>
6. ČÍHALÍKOVÁ, D., LOYKOVÁ, K., 2017. Edukace diabetika [online]. *Medicina pro praxi*. (14)2 90-93 [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/09.pdf>
7. ELRICK, L., 2018. A Teacher's Guide to Childhood Obesity Prevention in the Classroom [online]. *Rasmussen university*. [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.rasmussen.edu/degrees/education/blog/obesity-prevention-in-the-classroom/>
8. FELMAN, A., 2019. *What to know about hyperglycemia* [online]. [cit. 2021-09-22]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323699>
9. GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Computer Press, a.s. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

10. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění. Edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1
11. HAINER, V. et al., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
12. HAINEROVÁ, I., ZAMRAZILOVÁ, H., 2015. Zdravotní a psychosociální komplikace obezity u dětí a dospívajících [online]. *Pediatric pro praxi* (16)3 150-153. [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/magno/ped/2015/mn3.php> ISSN 1213-0494
13. HOMOLKA, P. et al., 2010. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-2896-4.
14. IKEM. *Krevní tlak – správný postup měření* [online]. [cit. 2021-10-16]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/krevni-tlak-spravny-postup-pri-mereni/a-1993/>
15. JIRÁK, R. et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti, komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-90-247-2454-6.
16. JIRKOVSKÁ, A. et al., 2015. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes*. Mladá fronta. 400 s. ISBN 978-80-204-3246-9.
17. JIRKOVSKÁ, A., PELIKÁNOVÁ, T., ANDĚL, M., 2012. Doporučený postup dietní léčby pacientů s diabetem [online]. *Diabetes, endokrinologie, metabolismus, výživa*. 15(4), 234-242 [cit. 2021-9-23]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/diabetologie-metabolismus-endokrinologie-vyiva/item/794-dmev-4-2012>
18. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
19. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vydání. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
20. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4422-3.

21. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
22. LACIGOVÁ, S., ŠTEFÁNKOVÁ, J., 2017. *Motivace pacienta v diabetologické ambulanci*. Praha: Mladá fronta. 136 s. ISBN 978-80-204-4590-2.
23. LUDKA, O., 2017. Motivace pacienta k celoživotnímu užívání léků u arteriální hypertenze [online]. *Medicína pro praxi* (14)3 112-114. [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/875fe5530742b4586ed93a50a37f66b2.pdf>
24. MAŇÁK, J., ŠVEC, V., 2003. *Výukové metody*. Praha: Paido. 220 s. ISBN 80-7315-039-5.
25. MARINOV, Z. et al., 2012. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-247-7927-0.
26. MEDTRONIC DIABETES ©, *Technologie kontinuálního monitorování glukózy* [online]. [cit. 2021-9-22]. Dostupné z: <https://www.medtronic-diabetes.cz/zivot-s-diabetem/o-diabetu/technologie-kontinualniho-monitorovani-glukozy>
27. MIKUŠOVÁ, K., 2011. *Selfmonitoring tlaku krve při léčbě hypertenze*. *FarmiNews* [online]. (1) 14-15. [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/v13-casopis-farminews-2011-1> ISSN 1214-5017
28. NAVRÁTILOVÁ, M., 2021. Čtvrtina dětí má nadváhu, varuje studie. S obezitou se více potýkají chlapi. [online]. [cit.2022-04-08]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/nadvaha-obezita-deti-karantena-strava-pohyb.A211026_200534_domaci_wes
29. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Chronické onemocnění*. [online]. [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/160>
30. Olivovna dětská léčebna. 2022. *Příběhy dětí* [online]. [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: <https://www.olivovna.cz/pribehy-deti>

31. PAŘÍZKOVÁ, J. et al., 2007. *Obezita v dětství a dospíván*. Praha: Galén. 239 s. ISBN 978-80-726-2469-9.
32. PASTUCHA, D. et al., 2011. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-7258-5.
33. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
34. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
35. PRŮCHA, J., 2012. *Moderní pedagogika 5. vydání* Praha: Portál. 488 s. ISBN 978-80-262-0279-0.
36. RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-1671-8.
37. RYBKA, J., et al., 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
38. SCAPATICCI, S., et al., 2022. The impact of the COVID-19 pandemic on lifestyle behaviors in children and adolescents: an international overview. *Italian Journal of Pediatrics* (48)22 [online] [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8815717/pdf/13052_2022_Article_1211.pdf
39. SMITH, Y., 2019. *What is Primary Care* [online]. [cit. 2021-9-11]. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/What-is-Primary-Care.aspx>
40. SOVOVÁ, E. et al., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství 2. vydání*, Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
41. SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnosti sestry*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
42. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

43. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
44. TĚŠÍNSKÝ, P. et al., 2020. *Metodické doporučení pro zajištění stravy a nutriční péče* 1. [online]. MZČR. [cit. 2022-03-31]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Metodické-doporučení-pro-zajištění-stravy-a-nutriční-péče.pdf>
45. VENGLÁŘOVÁ, M., MÁHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
46. VĚSTNÍK MZ ČR 7/2015. [online]. [cit. 2021-10-17]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/10551/36124/Věstník%20MZ%20ČR%2011-2015.pdf>
47. VĚSTNÍK MZ ČR 9/2020. [online]. [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/09/Věstník-MZ-10-20.pdf>
48. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

9 Seznam příloh

Příloha 1

Struktura rozhovoru se sestru v ordinaci praktického lékaře pro dospělé

1. Kolik Vám je let
2. Vaše nejvýše dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v ordinaci praktického lékaře?
4. Jaké pacienty nejčastěji edukujete a o čem
5. Edukujete také pacienty, kteří žádným chronickým onemocněním netrpí? Např. rizikové skupiny?
6. Jak a o čem konkrétně edukujete pacienty s hypertenzí?
7. Jak a o čem konkrétně edukujete pacienty s diabetem?
8. Jak často tyto pacienty edukujete?
9. Kolik máte času na každého individuálního pacienta?
10. Jakým způsobem edukaci provádíte? Používáte k tomu nějaké pomůcky?
11. Jak si myslíte že tito pacienti Vaši edukaci vnímají?

Příloha 2

Struktura rozhovoru se sestru v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

1. Kolik Vám je let?
2. Vaše nejvýše dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v ordinaci praktického lékaře?
4. Jak a o čem konkrétně edukujete pacienty (děti či rodiče) o obezitě u dětí?
5. Edukujete také pacienty, kteří nejsou vyloženě obézní, ale patří do rizikové skupiny?
6. Jak často tyto pacienty edukujete?
7. Kolik máte času na provedení edukace u každého pacienta?
8. Jakým způsobem edukaci provádíte? Jsou při tom použity nějaké pomůcky?
9. Jak si myslíte, že pacienti (ať už rodiče nebo dítě) vaši edukaci vnímají?

Příloha 3

Seznam probandek u praktických lékařů pro dospělé

Probandka	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe u PL
S1	34 let	SZŠ	2 roky
S2	66 let	SZŠ	2 roky
S3	47 let	SZŠ	7 let
S4	60 let	SZŠ	28 let
S5	48 let	SZŠ	8 let

Zdroj: Vlastní zdroj, 2022

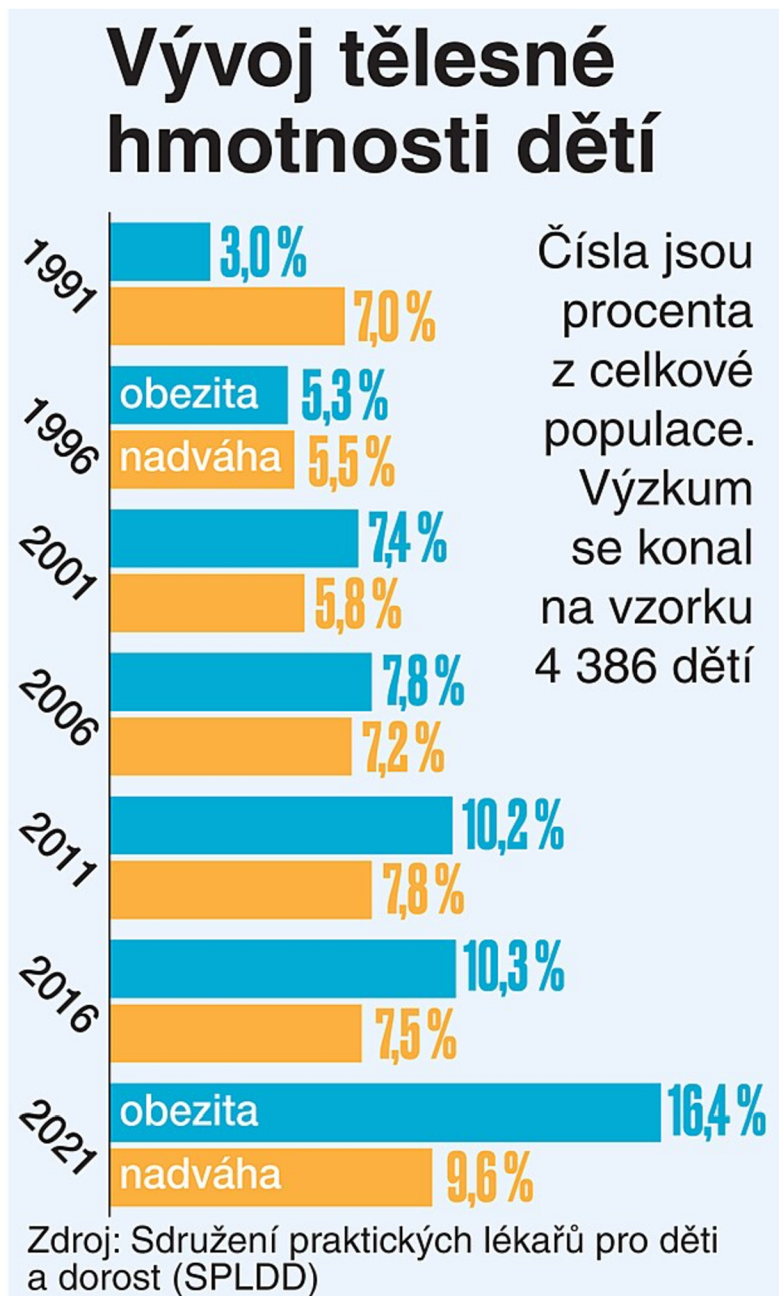
Seznam probandek u praktických lékařů pro děti a dorost

S6	44 let	VOŠ	14 let
S7	49 let	VŠ	7 let
S8	40 let	SZŠ	5 let
S9	39 let	VOŠ	16 let
S10	50 let	SZŠ	9 let

Zdroj: Vlastní zdroj, 2022

Příloha 4

Nárůst obezity a nadváhy u dětí.



Zdroj: idnes.cz, 2021

Příloha 5

Seznam, o čem edukovat pacienty s určitým chronickým onemocněním

Seznam o čem edukovat pacienta s hypertenzí

- Selfmonitoring - správná technika měření TK
- Dietní léčba
- Redukce hmotnosti
- Možné komplikace

Seznam o čem edukovat pacienta s diabetem mellitem

- Selfmonitoring - moč, glykémie
- Jak si správně aplikovat inzulín
- Dietní opatření
- Komplikace - akutní a chronické

Seznam o čem edukovat dětského pacienta s obezitou

- Motivace rodičů
- Dietní léčba
- Komplikace
- Následky
- Prevence

Zdroj: Vlastní zdroj, 2022

10 Seznam zkratek

ADA – American Diabetes Association (Americká diabetická asociace)

BMI – Body Mass Index

CNS – Centrální nervový systém

ČDS – Česká diabetická společnost

DKA – Diabetická ketoacidózy

DM – Diabetes mellitus

DM2 – Diabetes mellitus 2. typu

HM inzulíny – Humánní inzulín

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

Kj – Kilojouly

LSPP – Lékařská služba první pomoci

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NPH inzulíny – Humánní inzulíny s prodlouženou dobou účinku (depotní inzulíny)

PAD – Perorální antidiabetika

PL – praktický lékař

PSA – prostatický specifický antigen

SPLDD – Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost

TK – Tlak krevní

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)