



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Povědomí o rizicích vzniku hypertenze u lidí zvolených  
věkových skupin**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Veronika Trojanová

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Povědomí o rizicích vzniku hypertenze u lidí zvolených věkových skupin*“ jsem vypracoval/a 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/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2017

.....  
Bc. Veronika Trojanová

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla velice poděkovat vedoucí mé diplomové práce PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za její cenné rady, podněty, připomínky během zpracování mé diplomové práce, za vstřícný přístup a za její trpělivost. Dále děkuji všem, kteří byli ochotní spolupracovat a poskytli mi tak důležité informace pro vznik této práce. V neposlední řadě veliké poděkování patří především mé rodině a hlavně mému manželovi za neuvěřitelnou trpělivost, podporu a pomoc, když se jejich dcera, sestra, manželka a maminka snažila ve volných chvílích vytvořit tuto diplomovou práci.

# **Povědomí o rizicích vzniku hypertenze u lidí zvolených věkových skupin**

## **Abstrakt**

Arteriální hypertenze je civilizační onemocnění, které patří mezi nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému a zároveň je nejčastější příčinou mortality a morbidit v České republice. Často probíhá asymptomaticky, proto je důležitá komunikace s širokou veřejností o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku, díky kterým je možné do velké míry ovlivnit výskyt a průběh vysokého krevního tlaku. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje charakteristiku krevního tlaku a onemocnění hypertenze, popisuje rizikové faktory, vyšetřovací metody, léčbu a komplikace vysokého krevního tlaku. Dále je zaměřena na roli sestry v prevenci hypertenze, edukaci pacienta s hypertenzí a věkové skupiny a výskyt hypertenze. Byly použity odborné české i zahraniční bibliografické zdroje z oboru ošetrovatelství, medicíny, psychologie a sociologie. Na základě získaných informací byly zvoleny tři cíle. První cíl si kladl za úkol zjistit, zda jsou lidé v určitých věkových skupinách informováni o tom, které rizikové faktory ovlivňují vznik hypertenze. Druhý cíl měl za úkol zjistit, zda jsou lidé v určitých věkových skupinách edukováni o prevenci hypertenze. A poslední cíl měl zjistit, zda dospělí lidé v určitých věkových skupinách dodržují preventivní opatření. V návaznosti na tyto cíle bylo stanoveno pět výzkumných otázek. Informace vztahující se k dané problematice byly získány formou kvalitativního výzkumného šetření. Jako technika sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo 12 všeobecných sester, 16 osob bez hypertenze a 16 pacientů trpících hypertenzí. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na nahrávací zařízení. Pokud s nahráváním nesouhlasili, byly rozhovory zaznamenávány do záznamových archů. Rozhovory byly prováděny do saturace odpovědí. Nahrané rozhovory a sepsané údaje v záznamových archích byly následně přepsány. Získaná data byla kódována a byly k nim vytvořeny kategorie a podkategorie, které byly pro lepší přehlednost zpracovány ve schématech pomocí aplikace SmartArt. Vzniklá schémata byla následně popsána.

Bylo zjištěno, že polovina osob bez hypertenze ve všech věkových skupinách byla obvykle informována o rizikových faktorech hypertenze od všeobecné sestry a lékaře. Druhá polovina respondentů nebyla nikdy informována o rizikových faktorech

hypertenze. Pacienti trpící hypertenzí nejčastěji uváděli, že byli informováni svým ošetřujícím lékařem. Z rozhovorů s dotazovanými všeobecnými sestrami ale vyplynulo, že většina sester informuje všechny lidi o rizikových faktorech hypertenze. Podle nich starší lidé potřebují více informací, které je nutné opakovat, protože hůře chápou. Dále jsme zjistili, že většina všeobecných sester zapojených do našeho výzkumu edukují dospělé lidi o prevenci hypertenze. Z výpovědí většiny osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí ve všech věkových skupinách bylo ale zjištěno, že nebyli nikdy informováni o prevenci hypertenze. Podle čtyř všeobecných sester pacienti dodržují preventivní opatření. Ostatní sestry uvedly, že občas, jak kdo, anebo že nedodržují preventivní opatření. Předpokládáme, že když dotazovaní dospělí lidé, kteří byli rozděleni do zvolených věkových skupin, nemají žádné informace o prevenci hypertenze, tak nemohou dodržovat žádná preventivní opatření.

Výstupem diplomové práce je edukační brožura, která může umožnit pacientům trpícím hypertenzí a osobám bez hypertenze se orientovat v problematice této nemoci. Tuto brožuru mohou sestry využít k edukaci lidí o rizikových faktorech hypertenze, se kterými se setkávají během vykonávání svého povolání. Dále by tato diplomová práce mohly být použita jako studijní materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

### **Klíčová slova**

Hypertenze; léčba; rizikové faktory; životní styl; prevence; edukace; ošetrovatelská péče

# **Awareness and Risk Factors of Hypertension in Selected Age Groups**

## **Abstract**

Arterial hypertension is a lifestyle disease that is one of the most common cardiovascular diseases. It is also the most frequent cause of mortality and morbidity in the Czech Republic. Hypertension is often asymptomatic, so that is why it is crucial to communicate the risk factors of high blood pressure to the general public. These factors can largely influence the incidence of high blood pressure and the process of this disease. The diploma thesis is divided into a theoretical and an empirical part. The theoretical part defines blood pressure and hypertension and describes the risk factors, examination methods, treatment and complications of high blood pressure. Next, it also focuses on the role of nurses in preventing hypertension, education of patients with hypertension and incidence of hypertension among various age groups. Both Czech and foreign scholarly sources from the field of nursing, medicine, psychology and sociology were used. Three objectives were chosen based on the obtained information. The first objective was to determine whether people in specific age groups are aware of risk factors affecting hypertension. The second objective was to identify whether people in specific age groups are educated on hypertension prevention. The last objective attempted to find out whether adults in specific age groups follow preventive measures. Five research questions were identified following these objectives. The information relating to this issue was obtained through a qualitative research survey. A semi-structured interview was chosen as a data collection method. The research group consisted of 12 general nurses, 16 people without hypertension and 16 patients with hypertension. With the consent of the respondents, the interviews were recorded on recording equipment. If the respondents did not agree with recording, the interviews were noted in record sheets. The interviews were carried out until the responses were saturated. The recorded conversations and the data in the record sheets were subsequently transcribed. The obtained data were coded and divided into categories and subcategories. For the purpose of clarity, these categories were processed into schemas using SmartArt. The final schemas were then described.

The results showed that half of the people without hypertension in all age groups were usually informed about the risk factors of hypertension by their general nurse

and doctor. The second half of the respondents were never informed about the risk factors of hypertension. Hypertensive patients most often reported that they were informed about the risk factors by their doctor. However, interviews with the general nurses showed that most nurses inform all people about the risk factors of hypertension. According to the nurses, older people need more information that needs to be repeated because they are worse at understanding. The interviews also showed that most nurses participating in the research educate adults about hypertension prevention. However, most of the people not suffering from hypertension as well as hypertensive patients in all age groups indicated that they have never been informed about the prevention of hypertension. Four general nurses stated that patients follow preventive measures. Other nurses said that it depends on the person – some people follow these measures or follow them sometimes and some do not follow them at all. I assume that since the interviewed adults, who have been divided into selected age groups, do not have any information about the prevention of hypertension, they cannot follow any preventive measures.

The output of the diploma thesis is an educational brochure that can help patients not suffering from hypertension as well as hypertensive patients to understand the aspects of this disease. This brochure can be used by nurses to educate people about the risk factors of hypertension. In addition, this diploma thesis could be used as a study material for students of the Faculty of Health and Social Sciences at the University of South Bohemia.

**Key words**

Hypertension; treatment; risk factors; lifestyle; prevention; education; nursing care

# Obsah

Úvod .....	10
1 Současný stav .....	11
1.1 Krevní tlak .....	11
1.2 Hypertenze a její klasifikace .....	12
1.2.1 Hypertenzní krize .....	13
1.2.2 Rizikové faktory .....	14
1.2.3 Vyšetřovací metody .....	17
1.2.4 Měření krevního tlaku .....	22
1.2.5 Léčba .....	25
1.2.6 Komplikace hypertenze .....	28
1.3 Role sestry v prevenci hypertenze .....	29
1.4 Edukace pacienta s hypertenzí .....	32
1.5 Věkové skupiny a výskyt hypertenze .....	36
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	39
2.1 Cíle práce .....	39
2.2 Výzkumné otázky .....	39
2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli a výzkumných otázkách .....	39
3 Metodika práce .....	41
3.1 Metodika práce – technika sběru dat .....	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	41
4 Výsledky .....	42
4.1 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let .....	46
4.2 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let .....	51
4.3 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let .....	56
4.4 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let .....	61
4.5 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let .....	66
4.6 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let .....	71
4.7 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 65 a více let .....	76
4.8 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let .....	81
4.9 Kategorizace všeobecných sester .....	86
5 Diskuze .....	96



6 Závěr.....	106
7 Seznam literatury.....	108
8 Seznam příloh.....	116
9 Seznam použitých zkratek	

*„Denně děláme jednu ze dvou věcí: Bud' upevňujeme své zdraví, nebo podporujeme nemoc.“*

*Adelle Davisová*

## **Úvod**

Arteriální hypertenze je civilizační onemocnění, které patří mezi nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému a zároveň je nejčastější příčinou mortality a morbidit v České republice. Toto onemocnění celosvětově postihuje 10 - 20 % dospělé populace. Její zákeřnost náleží hlavně v latenci, protože je odhalena většinou náhodně, nejčastěji při preventivních prohlídkách. Hypertenze je ze zdravotního hlediska velice závažným onemocněním, poněvadž několikanásobně zvyšuje riziko vzniku dalšího onemocnění jako například poškození ledvin, oční sítnice či má za následek zvýšený počet cévních mozkových příhod. Z pohledu pacienta často probíhá asymptomaticky, proto je důležitá komunikace s širokou veřejností o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku. Důležitou roli v terapii a prevenci arteriální hypertenze hraje všeobecná sestra, mezi jejíž klíčové kompetence patří i edukační činnost. Sestra by měla umět pacienta s hypertenzí navést na správnou cestu a poradit mu především v oblasti preventivního opatření vzniku onemocnění, kterým je v případě hypertenze hlavně zdravý životní styl. Lidé si musí uvědomit, že výskyt a průběh onemocnění mohou do velké míry ovlivnit i sami.

Důvodem, proč jsem si zvolila toto téma diplomové práce, je má snaha upozornit na to, jak je důležité, aby dospělí lidé v určitých věkových skupinách měli dostatek informací o rizikových faktorech a prevenci hypertenze. Z osobních zkušeností z interního oddělení považuji informovanost lidí o rizikových faktorech za důležitou. Ráda bych se zabývala tím, jaké informace lidé různých věkových skupin mají o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku. Také bych chtěla zjistit, jestli jsou dospělí lidé v určitých věkových skupinách edukováni o prevenci hypertenze a jestli dodržují doporučená preventivní opatření. Dostatečně informovaný dospělý člověk o rizikových faktorech a prevenci hypertenze má, dle mého názoru, větší strach z této nemoci než dospělý člověk, který žádné informace neobdržel. Vycházím i z vlastní zkušenosti, neboť vím, že kdykoli jsem měla nějaký zdravotní problém, který bylo nutno řešit, vždy mi velmi pomohl lidský přístup zdravotníků a dostatek informací o daném zdravotním problému.

## **1 Současný stav**

Hypertenze představuje zdravotní problém, který je dán jejím častým výskytem a závažností možných následků. Toto onemocnění celosvětově postihuje 10 - 20 % dospělé populace (Karnetová, 2010). Mezi rizikové faktory vysokého krevního tlaku patří i ateroskleróza, která je často příčinou cévní mozkové příhody vzniklé náhle a může vést i k selhání srdce a ledvin. Řadí se mezi kardiovaskulární onemocnění, která se významně účastní na celkové úmrtnosti populace. Zákeřnost hypertenze záleží zejména v její latenci, kdy je odhalena většinou náhodně, nejčastěji při preventivní prohlídce (Karnetová, 2010). Počet osob trpících některou z civilizačních chorob se každým rokem zvyšuje. Předpokládá se, že celosvětový počet lidí žijících s vysokým krevním tlakem do roku 2025 bude kolem 1,56 miliard (MacGill, 2016). Z tohoto důvodu společnost potřebuje přepracovaný plán výchovy ke zdraví, který maximálně podpoří zdravotní uvědomění obyvatelstva, protože lidé často neznají rizikové faktory vysokého krevního tlaku. Hypertenze často probíhá z pohledu pacienta asymptomaticky, a proto je důležité více mluvit s širokou veřejností o rizicích vysokého krevního tlaku. Každá všeobecná sestra by se měla více podílet na edukaci populace. Je nutné klást důraz hlavně na oblast preventivních opatření, kterými je v případě hypertenze hlavně zdravý životní styl. Lidé si musí uvědomit, že výskyt a průběh onemocnění mohou do velké míry ovlivňovat sami (Karnetová, 2010).

### **1.1 Krevní tlak**

Rokyta et al. (2015) uvádí, že TK je hydrostatický tlak krve, který působí na stěnu cévy v průběhu srdeční akce. V krevním řečišti je jako tlak krve měřena síla, kterou tlačí objem krve kolmo na stěnu cévy. Podle Pascalova zákona se tlak v tekutině rozšiřuje do všech směrů (Rokyta et al., 2015).

Krevní tlak je především ovlivněn činností srdce, periferním odporem a množstvím krve v cévách. V průběhu srdečního cyklu tlak krve stoupá a klesá. Nejvyšší tlak je v systole, při níž dochází k vypuzení krve ze srdce při stažení komor. Tento tlak se označuje jako systolický tlak. Nejnižší tlak se nazývá diastolický tlak. Je to hodnota krevního tlaku naměřená při ochabnutí srdce v době jeho plnění (Vytejková, Sedlářová et al., 2013). Dobiáš (2013) uvádí, že rozdíl mezi systolickým a diastolickým krevním tlakem je označován jako tlaková amplituda, někdy také jako pulzní tlak.

## 1.2 Hypertenze a její klasifikace

Podle kritérií Světové zdravotnické organizace označujeme za arteriální hypertenzi opakované zvýšení systolického TK  $\geq 140$  mm Hg nebo  $\geq 90$  mm Hg diastolického TK, prokazované ve dvou ze tří měření pořádaných minimálně při dvou návštěvách lékaře (Sovová, 2008a, 18 s.).

Hypertenzi lze rozdělovat několika způsoby. Evropská společnost pro hypertenzi a Evropská kardiologická společnost v roce 2003 klasifikovaly hypertenzi podle výše TK. Toto rozdělení je znázorněno v tabulce 1 (Rosolová, 2010).

Tabulka 1 - Klasifikace hypertenze dle výše tlaku krve

Kategorie	systolický tlak mm Hg	diastolický tlak mm Hg
optimální	< 120	< 80
normální	120 - 129	80 - 84
vysoký normální	130 - 139	85 - 89
hypertenze 1. stupně (mírná)	140 - 159	90 - 99
hypertenze 2. stupně (středně závažná)	160 - 179	100 - 109
hypertenze 3. stupně (závažná)	$\geq 180$	$\geq 110$
izolovaná systolická hypertenze	$\geq 140$	< 90

Zdroj: Rosolová, H., 2010.

Dále se hypertenze rozděluje podle etiologie na primární a sekundární hypertenzi. Primární hypertenze se také někdy nazývá jako esenciální hypertenze. Objevuje se asi u 90 % hypertoniků. Příčina není známá. Na její vznik mají velký vliv genetické faktory, způsob života nemocného, stres a nadměrný příjem soli (Vokurka, 2012). Sekundární hypertenze postihuje asi 5 – 10 % hypertoniků. Příčina této nemoci je známá. Vzniká na podkladě jiného onemocnění, jako je například onemocnění ledvin, stenóza renální tepny se zvýšenou produkcí hormonu reninu, zvýšená produkce katecholaminů z důvodu nádoru dřeně nadledvin, nadprodukcí hormonu aldosteronu z kůry nadledvin a při dalších vzácnějších stavech (Sovová, 2014).

Lukáš, Žák et al. (2014) uvádí, že se hypertenze také rozděluje podle závažnosti orgánových komplikací do následujících čtyř stádií. Do prvního stádia patří hypertenze, která nijak nepoškozuje tělesné orgány. Ve druhém stádiu jsou již patrné orgánové

změny. Mezi tyto změny patří například hypertrofie levé komory, kalcifikace aorty a jiných tepen, změny v ledvinných glomerulech, které vedou k mikroalbuminurii nebo proteinurii. Je však zachována funkce ledvin. Třetí stádium se projevuje změnou funkce orgánu s jejím následným selháním. Patří sem například levostranné srdeční selhání, ischemická choroba srdeční a cévní mozková příhoda. Čtvrté stádium zahrnuje maligní hypertenzi. Je to rychlé a výrazné zvýšení krevního tlaku, které je charakteristické akutním selháním orgánů s fibrinoidní nekrózou arteriol (Lukáš, Žák et al., 2014).

### *1.2.1 Hypertenzní krize*

Marek et al. (2010) popisuje hypertenzní krizi jako akutní, život ohrožující stav, který se projevuje náhlým zvýšením TK. Je definována jako hladina systolického tlaku vyšší než 180 mm Hg nebo hladina diastolického tlaku vyšší než 120 mm Hg. Hypertenzní krize se rozděluje na emergentní situaci a urgentní situaci (Salkic et al., 2015). Emergentní situaci popisuje Hopsins (2015) jako stav zahrnující spektrum klinických projevů, kdy nekontrolovaně se zvyšující TK vede k akutnímu poškození cílových orgánů nebo poškození funkce cílových orgánů. Neurologické poškození zahrnuje hypertenzní encefalopatii, hypertenzi u subarachnoidálního krvácení a cévní mozkové příhody. Kardiovaskulární poškození může zahrnovat ischemii myokardu srdce, akutní dysfunkce levé komory srdeční, akutní plicní edém a aortální disekci (Marek et al., 2010). Dále sem patří hypertenzní krize u feochromocytomu, zvýšení TK po požití drog, perioperační hypertenze a preeklampie nebo eklampsie. Vždy je nutné pacienta hospitalizovat na JIP nebo koronární jednotce, kde se monitorují životní funkce. Léčba spočívá v okamžitém snížení TK parenterálními antihypertenzivy během několika minut až hodin (Marek et al., 2010). Urgentní situace je stav, kdy má nemocný jen vysoký krevní tlak bez poškození cílových orgánů. Patří sem akcelerovaná nebo maligní hypertenze, postoperační hypertenze a hypertenze u chronického selhání srdce (Marek et al., 2010). Dá se léčit na běžných odděleních nebo i ambulantně, ale pacient musí docházet na pravidelné klinické kontroly. Léčba spočívá ve snížení TK perorálními antihypertenzivy. Pokud je léčba perorálními antihypertenzivy neúčinná, podávají se antihypertenziva parenterálně podobně jako u emergentní krize (Marek et al., 2010).

### 1.2.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory hypertenze se rozdělují do dvou skupin. První skupina zahrnuje primární faktory, které jsou neovlivnitelné. Je charakterizovaná dědičnými predispozicemi, etnickým původem, věkem a pohlavím (Veselý a Václavík, 2016). Cassata a Sinha (2015) uvádí, že se zvyšujícím věkem se zvyšuje i riziko výskytu vysokého krevního tlaku. Hypertenzi trpí více muži starší 45 let. U žen se pravděpodobnost vzniku hypertenze zvyšuje po dosažení 65 let. I etnický původ ovlivňuje vznik této nemoci. Bylo zjištěno, že u afroameričanů je riziko vzniku vyšší než u bělochů. Jak již bylo řečeno, i dědičnost se podílí na vzniku hypertenze. Pokud někdo v rodině trpěl hypertenzí, je pravděpodobný výskyt této nemoci i u jeho potomků (Cassata a Sinha, 2015). Do druhé skupiny patří exogenní faktory, které jsou nedědičné a ovlivnitelné. Tyto faktory jsou faktory našeho životního stylu, proto by lidé měli vědět, že se dají ovlivnit a tím zabránit vzniku hypertenze. Do ovlivnitelných faktorů řadíme faktory úzce související s nevyhovující stravou, například obezita a vysoká spotřeba kuchyňské soli. Dále sem řadíme nedostatečnou fyzickou aktivitu, psychosociální stres, spotřebu alkoholu a kouření (Veselý a Václavík, 2016).

Veselý a Václavík (2016) o obezitě mluví jako o hlavním rizikovém faktoru vysokého krevního tlaku. O patogenetickém vztahu mezi obezitou a vznikem vysokého TK vypovídá fakt, že 15 - 35 % lidí s obezitou má i hypertenzi. U neobézních lidí se vysoký krevní tlak objevuje asi v 8 – 10 %. Hypertenze častěji provází vzestup hmotnosti s věkem než obezitu trvající od mládí (Veselý a Václavík, 2016). World health organization (2013) uvádí, že konzumace trans mastných kyselin přímo přispívá ke vzniku srdečních onemocnění, ke kterým patří i hypertenze. Zvýšený příjem těchto mastných kyselin zvyšuje hladinu LDL cholesterolu, kterému se někdy říká špatný cholesterol, a snižuje hladinu HDL cholesterolu nazývaného také jako dobrý cholesterol. Vyšší příjem nasycených a trans mastných kyselin je spojován se zvýšeným rizikem vzniku hypertenze. Malé změny ve stravování člověka mohou vést k významným změnám hladiny cholesterolu a tím i snížení rizika vzniku hypertenze a srdečních chorob, které mohou vést až ke smrti (World health organization, 2013). Obezita doprovází i jiné metabolické poruchy, které jsou rizikovými faktory kardiovaskulárních nemocí, tím se ale v této práci nebudeme zabývat (Veselý a Václavík, 2016).

Je důležité si uvědomit, že vysoká spotřeba kuchyňské soli také zvyšuje TK. Je druhým nejvýznamnějším etiologickým faktorem hypertenze. V populacích, které konzumují mimořádně vysoké dávky soli, dosahuje prevalence hypertenze až 40 %. Prevalence hypertenze se zvyšuje s věkem (Veselý a Václavík, 2016). World health organization (2013) také poukazuje na existující příčinnou souvislost mezi vysokou spotřebou soli a vzniku vysokého krevního tlaku. Je to způsobené sníženou schopností ledvin vylučovat sůl, která má následně dopad na samotné cévy ovlivňující krevní tlak. Snížení příjmu soli na méně než 5g za den na osobu zmenšuje dlouhodobé riziko vzniku hypertenze (World health organization, 2013). Ito et al. (2016) uvádí, že podle evropského výzkumu bylo zjištěno, že při užívání antihypertenziv je také nutné kontrolovat příjem soli u pacientů s hypertenzí. Výzkum byl proveden tak, že bylo přijato 1496 účastníků, kteří byli rozdělení do dvou skupin podle užívání antihypertenziv. Byla jim podávána 24 hodin sůl. Nakonec zjistili, že 24 hodinové podávání soli pozitivně korelovalo se systolickým tlakem u skupiny užívající antihypertenziva i u skupiny neužívající antihypertenziva. Podle zjištěných výsledků je důležité snížit příjem soli u pacientů s hypertenzí na farmakoterapii, stejně jako v obecné populaci (Ito et al., 2016).

Nedostatek tělesné aktivity je považován jako závažný rizikový faktor pro vznik vysokého krevního tlaku (World health organization, 2013). Zvýšená fyzická aktivita snižuje riziko vzniku vysokého TK i za přítomnosti obezity a nadměrného užívání soli. Je nutné myslet na to, že aktivita snižuje krevní tlak, i když se váha nesnižuje. Lidé se sedavým způsobem života by měli do svého života zapojit více cvičení, protože snížená aktivita zvyšuje TK (Veselý a Václavík, 2016).

Je nutné si uvědomit, že hypertenzi ovlivňuje i stres. Podle Veselého a Václavíka (2016) rozvinutá stresová reakce zahrnuje tři základní stereotypy. První je poplachová aktivace sympatiku včetně dřeně nadledvin s vyplavováním hormonů katecholaminů a s následným rozvinutím řetězce hemokardiorespiračních, metabolických a behaviorálních odpovědí. Dále navazující rozsáhlá aktivace neuroendokrinního systému, hlavně osy hypotalamus-adenohypofýza-kůry nadledvin, která vede k déletrvajícím změnám, ale je pomalejší. Posledním stereotypem stresové reakce je mobilizace imunitního systému. Stresová reakce se nedá vůlí ovládat, je určena

k rychlému zvládnutí stresové situace. Jejím rozhodujícím přirozeným usměrněním je fyzická aktivita (Veselý a Václavík, 2016).

Konzumace alkoholu je přímo spojena s vysokým krevním tlakem. Pokud se spotřeba alkoholu zvyšuje, tak se zvyšuje i krevní tlak (World health organization, 2013). Osoby, které konzumují více než 60 – 80 g alkoholu denně, mají vyšší riziko vzniku hypertenze. U 60 – 80 % chronických alkoholiků je diagnostikován vysoký TK (Veselý a Václavík, 2016). Bylo prokázáno, že významné snížení konzumace alkoholu snižuje i krevní tlak a to pomocí vztahu mezi dávkou a odpovědí organismu jedince. To znamená, že čím více je snižena spotřeba alkoholu, tím větší je snížení vysokého krevního tlaku. Snížení spotřeby alkoholu je životně důležité pro prevenci a léčbu vysokého krevního tlaku (World health organization, 2013).

Kouření nebo žvýkání tabáku dočasně zvyšuje TK. Toto zvýšení odezní obvykle po 30 minutách. Mnoho kuřáků má nižší krevní tlak než nekuřáci. Tato skutečnost je často spojována s nižší průměrnou tělesnou hmotností kuřáků ve srovnání s nekuřáky (World health organization, 2013). Nicméně chemické látky obsažené v tabáku poškozují stěny tepen, které se následně zužují a dochází ke zvýšení krevního tlaku (Cassata a Sinha, 2015). Spotřeba tabáku je často doprovázená i s konzumací alkoholu. Díky tomu se člověk vystavuje více rizikovým faktorům pro vznik hypertenze (World health organization, 2013).

Tým kanadských lékařů z torontské St. Michael's Hospital vedený Davidem Jenkinsem a Johnem Sievenpiperem prokázal, že zvýšený příjem fruktózy může podporovat rozvoj hypertenze. Lidé v západní civilizaci fruktózu konzumují ve velkém množství, hlavně v kukuřičném sirupu, kterým si přislazují potraviny a nápoje. Takto používaná fruktóza se významně účastní na příjmu takzvaných prázdných kalorií. Kromě zvýšeného přísunu energie je konzumace fruktózy spojována i s dalšími zdravotními riziky. Některé studie prokázaly, že se podílí na nárůstu četnosti hypertenze v populacích konzumujících typickou západní dietu. Tým prověřoval, zda je hypertenze vyvolána specifickými účinky fruktózy, nebo zda jde o prostý efekt nadměrného přísunu energie s potravou. Průměrný Američan konzumuje denně asi 50 gramů fruktózy. Dobrovolníci zahrnutí do studie konzumovali denně zhruba 80 gramů fruktózy po dobu čtyř týdnů. Nedošlo u nich ke zvýšení krevního tlaku. Naopak jejich diastolický krevní tlak dokonce významně poklesl. To naznačuje, že samotná fruktóza nevyvolává



specificky hypertenzi, ale podílí se na jejím vzniku tím, že přispívá k nadměrnému příjmu energie (Lékařské listy, 2012).

### 1.2.3 *Vyšetřovací metody*

Vysoký TK je často nazýván jako „tichá nemoc“, protože pacient obvykle neví, že ji má. Může totiž probíhat bez příznaků. Nicméně je důležité si uvědomit, že vysoký krevní tlak poškozuje životně důležité orgány nemocného a může mu způsobit řadu nepříjemných problémů. Proto je důležitá včasná diagnostika této zákeřné nemoci (Klodos, 2015).

Česká společnost pro hypertenzi vydala na začátku roku 2008 svá nejnovější doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze. Navázala tím na doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi (Česká společnost pro hypertenzi, 2012).

Při diagnostice hypertenze se zaměřujeme na stanovení závažnosti choroby, zjištění nemoci, která ovlivňuje její prognózu a vyloučení sekundárních forem hypertenze. Vyšetření je nutné před zahájením antihypertenzní terapie (Karnetová, 2010). Mezi základní vyšetření pro stanovení diagnózy hypertenze patří anamnéza, fyzikální vyšetření, měření krevního tlaku, laboratorní vyšetření, vyšetření srdce a vyšetření očního pozadí (Sovová et al., 2008b).

Slovo anamnéza pochází z řečtiny a znamená rozpomínání, protože lékař od pacienta zjišťuje jeho skutečnosti z minulosti, které by mohly souviset se současným onemocněním, a nemocný si na ně vzpomíná. Anamnézu lze chápat jako soubor všech údajů o zdravotním stavu pacienta od jeho narození po současnost (Nejedlá, 2015b). Může být doplněna i v průběhu léčby, protože si nemocný nebo jeho příbuzný vzpomene například na nějakou dědičnou nemoc vyskytující se v jeho rodině, a tím urychlí diagnostiku nemoci. Má svá ustálená pravidla a pořadí jednotlivých údajů, které lékař zjišťuje. Při jejím zjišťování je obvyklé začínat osobními údaji pacienta a nynějším onemocněním. Dále lékař zjišťuje rodinnou, osobní, farmakologickou, alergologickou, gynekologickou, pracovní a sociální anamnézu (Nejedlá, 2015b). U pacienta s hypertenzí nás nejvíce zajímá rodinná, osobní a farmakologická anamnéza. Rodinná anamnéza je zaměřená na zjištění výskytu hypertenze a závažných nemocí u rodičů a nejbližších přímých příbuzných pacienta. V osobní anamnéze je důležité zjistit příznaky postižení srdečně-cévního systému, jako jsou dušnost, bolest na hrudi,

otoky, klaudikace. Dále zjišťujeme příznaky postižení centrálního nervového systému v podobě bolestí hlavy, závratí, motorického deficitu, poruch zraku, popřípadě parestézií končetin (Juříková a Novotná, 2013). Také se pátrá po možném postižení ledvin, opakovaných zánětech močových cest nebo ledvin, renálních kolikách nebo vrozeném postižení ledvin. Jako poslední je důležité zjistit endokrinní postižení, kdy nás nejvíce zajímá diabetes mellitus, hyperfunkce štítné žlázy, která se projevuje bušením srdce, hubnutím a třesem horních končetin, a nadprodukce kortizolu, kdy se může objevit zvýšení tělesné hmotnosti a svalová slabost (Juříková a Novotná, 2013). Při odběru anamnézy se pacienta ptáme na stravovací návyky, kdy je nutné zjistit konzumaci kávy a černého čaje, požívání alkoholu, kouření, užívání omamných látek a jiné závislosti. Vhodný je dotaz i na příjem soli (Nejedlá, 2015a). Ve farmakologické anamnéze zjišťujeme, které léky pacient užívá, kolik a jak často. Je také nutné, aby nám pacient řekl, jaká antihypertenziva užívá (Nejedlá, 2015a). Je důležité pátrat po lécích, které mohou ovlivňovat účinnost antihypertenziv. Mezi tyto léky patří například nesteroidní antiflogistika, sympatomimetika, steroidy, antidepresiva a u žen perorální antikoncepce a substituční estrogenová léčba. Při odebrání pracovní anamnézy se zaměřujeme na pracovní podmínky. Pro správnou diagnostiku hypertenze je důležité se pacienta zeptat na to, jestli je vystavený zvýšenému hluku a zvýšeným teplotám, protože to může výrazně ovlivnit hodnoty jeho TK (Tkáčová a Repková, 2011).

Mezi základní metody fyzikálního vyšetření patří pohled (inspekce), poslech (auskultace), pohmat (palpace) a poklep (perkuse). Při diagnostice pacienta s hypertenzí nejvíce využíváme pohled a poslech. Pohledem pacienta vyšetřujeme již při vstupu do ordinace, eventuálně při pobytu v čekárně, a pokračuje tak po celou dobu odebrání anamnézy a fyzikálního vyšetření (Hloch, 2014). Pohledem sledujeme poměr hmotnosti a výšky. Pro výpočet optimální váhy se v současnosti využívá index tělesné hmotnosti, kterému se někdy říká BMI – body mass index. BMI se vypočítá jako váha v kg/výška v m<sup>2</sup>. Norma je 18,5 – 25. Pro posouzení zdravotních rizik z obezity je důležité posoudit i rozložení tuku. Podle rozložení tuku rozpoznáváme dva typy obezity (Juříková a Novotná, 2013). Prvním typem je gynoidní typ. Pacient má postavu tvaru hrušky. Tuk má uložen hlavně v oblasti hýždí a stehen. Druhý typ obezity je androidní typ, kdy má pacient postavu ve tvaru jablka. Tuk je uložen převážně v oblasti břicha. U tohoto typu obezity se pátrá po dalších známkách Cushingova syndromu. Mezi tyto známky patří

fialové strie v oblasti podbřišku nebo na stehnech, nahromadění tuku v zátylku a měsícovitý obličej (Juříková a Novotná, 2013). Dále se pátrá po zvětšených koncových částí těla a vnitřních orgánech u akromegalie, přítomnosti otoků na víčkách a dolních končetinách. Také se zjišťují známky alkoholismu, jako jsou malnutrice, červenofialové zbarvení tváří a hepatomegalie. Pohledem se zaměřujeme na poruchy hybnosti, jako jsou vertigo a dysartrie, které mohou signalizovat prodělané cévní mozkové příhody (Juříková a Novotná, 2013). Podhorec (2012) uvádí, že může hypertenze probíhat bezpříznakově, ale může se projevovat i nespecifickými a specifickými příznaky. Nespecifické příznaky se mohou objevovat i u řady jiných onemocnění, nejsou typické pouze pro hypertenzi. Řadíme sem bolest hlavy, charakteristickou ráno, hučení v uších, točení hlavy, bolest na hrudi, častější krvácení z nosu. Specifické příznaky jsou typické pro hypertenzi. Jsou charakterizované dušností, arytmiemi, krvácením do mozku, uzávěrem mozkové cévy, bolestí na hrudi při námaze, nebo v pokročilých případech i v klidu, zástavou srdce, zhoršením zraku a v nejpokročilejších případech až slepotou (Podhorec, 2012). Kölbl et al. (2011) uvádí, že lékař může pohledem při vzniku orgánových změn hypertenze zjistit zvedavý úder srdečního hrotu jako výraz hypertrofie levé komory srdce. Poslech je vyšetřovací metoda, kterou pomocí zvukových vjemů vyšetřujeme činnost jednotlivých orgánů. Nejčastěji vyšetřujeme respirační, kardiovaskulární a gastrointestinální systém. Podle techniky rozlišujeme přímý a nepřímý poslech (Hloch, 2014). U pacientů se srdečním onemocněním je důležité pečlivě a dobře promyslet fyzikální vyšetření. Zahrnuje základní vyšetření pacienta, nepřímé měření krevního tlaku na obou pažích a na jedné nebo obou dolních končetinách, vyšetření centrálního nebo periferního arteriálního tepu, vyšetření jugulárního žilního tlaku a pulzací, palpaci prekordia a poslech srdce. Definitivní diagnózu můžeme stanovit podle těchto snadno dostupných vyšetření. Někdy není třeba dalších invazivních či neinvazivních vyšetření (O'Rourke et al., 2010). Kölbl et al. (2011) tvrdí, že fyzikální vyšetření nemocného může upozornit na nemoci, které vedou k sekundární hypertenzi. Pokud má pacient vysoké hodnoty TK na horních končetinách a nízké na dolních končetinách je pravděpodobné, že má koarktaci aorty (Kölbl et al., 2011).

Do vyšetření pacienta s vysokým TK patří i laboratorní vyšetření. Vzhledem k tomu, že se hypertenze vyskytuje ve značné části populace, musí se laboratorní

vyšetření pečlivě zvažovat na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření (Juříková a Novotná, 2013). Toto vyšetření slouží zejména k odhalení přítomnosti a rozsahu orgánových komplikací, stanovení celkového rizikového profilu jedince a k základnímu skríninku možné sekundární příčiny vysokého TK (Kociánová et al., 2012). Mělo by se postupovat od jednodušších ke složitějším (Fagard et al., 2013). Juříková a Novotná (2013) uvádí, že se některá vyšetření provádí u všech nemocných s hypertenzí a jiná jen cíleně u některých komplikujících a přidružených onemocnění, eventuálně při podezření na sekundární formy hypertenze. Nezbytná vyšetření mají za cíl zjistit výši hypertenze, její stádium, přítomnost jiných rizikových faktorů aterosklerózy a zhodnotit možnost eventuální sekundární hypertenze. Mezi nutná vyšetření, která se provádí u každého pacienta, patří biochemické vyšetření krve (Juříková a Novotná, 2013). Pro zhodnocení renálních funkcí se vyšetřuje kreatinin a výpočet glomerulární filtrace. Toto vyšetření zjišťuje potenciální renoparenchymatózní příčinu hypertenze a subklinické nebo manifestní poškození funkce ledvin. Na renovaskulární příčinu může upozornit zhoršení renálních funkcí po zahájení léčby ACE inhibitory (Kociánová et al., 2012). Dále se odebírá mineralogram, kdy pátráme po hypokalémii, která upozorňuje na hyperaldosteronismus, renovaskulární hypertenzi nebo Cushingův syndrom. Vyšetření hladiny kalcia a fosforu může odhalit hyperparatyreózu. U všech pacientů se dále vyšetřuje glykémie a spidogram (Kociánová et al., 2012). U nemocných s anamnézou, fyzikálním nálezem či základním laboratorním vyšetřením vzbuzujícím podezření na sekundární příčinu hypertenze se provádí rozšířené laboratorní vyšetření. Toto vyšetření zahrnuje odběr plazmatického aldosteronu, plazmatické reninové aktivity, stanovení poměru aldosteronu a plazmatické reninové aktivity, vyšetření plazmatického metanefrinu a normetanefrinu, vyšetření hormonů štítné žlázy a ranní kortizolémii (Kociánová et al., 2012). Zvýšená hladina aldosteronu zároveň s patologicky zvýšeným poměrem aldosteronu a plazmatické reninové aktivity vypovídá o primárním hyperaldosteronismu. Na specializovaných pracovištích lze určit plazmatickou hladinu základních antihypertenziv v krvi. Tato metoda je indikovaná obzvláště v diferenciální diagnóze příčiny rezistentní hypertenze (Kociánová et al., 2012). Dále je povinné u každého hypertonika vyšetření moče a močového sedimentu. Přínosem tohoto vyšetření je vyloučení probíhajícího ledvinného onemocnění a zhodnocení mikroalbuminurie, popřípadě proteinurie. Mikroalbuminurie je ukazatel

generalizované endotelové dysfunkce. Doporučuje se odběr moče z prvního ranního vzorku. U rezistentní hypertenze se provádí 24 hodinový sběr moči ke stanovení volného močového kortizolu pro diagnostiku Cushingova syndromu (Kociánová et al., 2012).

Zobrazovací vyšetřovací metody informují lékaře o závažnosti orgánových změn hypertenze, o přítomnosti již proběhlých komplikací a mohou upozorňovat na možnost sekundární hypertenze (Kociánová et al., 2012). Podle platných doporučených postupů se sonografické zobrazovací metody do rutinního vyšetření hypertenika nezařazují. Jsou vyhrazeny pro selektované skupiny. Jejich neprovedení u pacientů s vysokým normálním TK může však významně podhodnotit kardiovaskulární riziko (Kociánová et al., 2012). Podle doporučení České společnosti pro hypertenzi se u pacientů se závažnější hypertenzí, s hypertenzí rezistentní na léčbu, při kombinaci s ischemickou chorobou srdeční a při nejistých známkách hypertrofie myokardu na EKG indikuje echokardiografie. Při tomto vyšetření se zobrazí i aortální oblouk sloužící k vyloučení dříve nediodagnostikované kaortace aorty (Kociánová et al., 2012). Dále se u pacientů s hypertenzí může provést průkaz ztlustění arteriální stěny při ultrazvuku karotid, poměr kotníkového tlaku a rychlost pulzové vlny. Tato vyšetření jsou však málo indikovaná a jsou stále podceňována (Kociánová et al., 2012). Při podezření na renovaskulární příčinu u pacientů s rezistentní nebo těžkou hypertenzí, s hypertenzí vzniklou v mladém věku, s progresivní poruchou renálních funkcí, recidivujícími flush edémy v anamnéze, generalizovanou aterosklerózou nebo šelestem v abdominální a tříselné oblasti se pacientům indikuje dopplerovské vyšetření renálních tepen. Vyšetření je časově a technicky náročné pro vyšetřujícího. U obézních pacientů toto vyšetření selhává, proto se raději odesílají přímo k referenční CT angiografii (Kociánová et al., 2012). U pacientů s jinak nevysvětlitelnou těžkou a rezistentní hypertenzí a u pacientů s patologickými laboratorními hodnotami se indikuje CT vyšetření, které dokáže diagnostikovat nádor nadledvin (Kociánová et al., 2012). Nedílnou součástí vyšetření rezistentní hypertenze je vyšetření ve spánkové laboratoři, kde se dá odhalit syndrom spánkové apnoe a jeho korekce CPAP (Continuous positive airway pressure) ventilátorem. Toto odhalení může dramaticky snížit spotřebu antihypertenziv, zlepšit spánek a život vyšetřovaného pacienta (Kociánová et al., 2012). Rentgenové vyšetření

srdce a plic je jen doplňkovou vyšetřovací metodou. Provádí se nejčastěji, když chce lékař zjistit plicní cirkulaci (Němcová, 2006).

Dále se může u hypertoniků vyšetřit srdce za pomoci 12 svodového EKG vyšetření. Toto vyšetření slouží lékaři k nalezení orgánových změn ve smyslu hypertrofie levé komory. Také je EKG nezastupitelné při detekci koronární ischémie a dokumentuje poruchy systolické a diastolické funkce levé srdeční komory, které jsou u nemocných s hypertenzí velice časté (Kölbel et al., 2011).

Vyšetření očního pozadí se provádí pouze u hypertoniků s velmi těžkou hypertenzí a při podezření na maligní hypertenzi s otokem papily a krvácením do sítnice oka (Němcová, 2006).

#### *1.2.4 Měření krevního tlaku*

Němcová (2007) označuje krevní tlak za důležitou hodnotu odrážející stav homeostázy organismu, a proto je důležitou součástí vyšetření pacienta všeobecnou sestrou. Je ovlivňován zevním i vnitřním prostředím. Během dne výrazně kolísá a je závislý na stavu bdělosti i fyzické nebo psychické zátěži pacienta (Němcová, 2007).

Měření krevního tlaku poskytuje informace o odporu periferních cév, o účinnosti výdeje srdce a o objemu krve. Při měření se zaznamenávají dvě hodnoty, systolický a diastolický tlak. Systolický tlak je tlak v artériích při smršťování levé komory a vypuzení krve do aorty. Diastolický tlak je tlak v artériích, když je srdce v diastole, relaxační fázi mezi kontrakcemi (Workman a Bennett, 2006).

Podle Kölbela et al. (2011) je pro stanovení diagnózy důležité správně změřit krevní tlak. Je také důležité myslet na to, že na základě jednoho měření se nedá stanovit diagnóza, protože může být TK zvýšen vlivem stresu při návštěvě v ordinaci. Je proto nutné, aby hodnoty TK byly opakovaně vyšší, a to přinejmenším dvakrát ze tří měření při dvou návštěvách lékaře (Kölbel et al., 2011).

Krevní tlak se nejčastěji kontroluje ve zdravotnickém zařízení nebo v ordinaci lékaře. Kontrola tlaku u lékaře přináší pouze průřezovou hodnotu tlaku v určitou denní dobu a je nejméně přesná. Nepřináší totiž údaje o cirkadiánním průběhu hodnot krevního tlaku (Homolka et al., 2010). Podle Němcové (2007) je pro mnoho jedinců zdravotnické prostředí stresující, a proto je důležité na tyto skutečnosti myslet, protože naměřené hodnoty mohou být vyšší, než hodnoty TK naměřené mimo zdravotnické

zařízení. Tuto nepřesnost můžeme odstranit měřením krevního tlaku v domácím prostředí (Němcová, 2007). S jejím názorem souhlasí i Paluch a Heřmánková (2011), kteří si myslí, že domácí měření krevního tlaku má nenahraditelný význam v diagnostice a při kontrole léčbě nemocných s arteriální hypertenzí. Hodnoty tlaku naměřené doma lépe odráží závažnost hypertenze i efektivnost léčby. V současné době je domácí měření stále populárnější jak u lékařů, tak u pacientů. Rozšíření této metody měření krevního tlaku může výrazně napomoci ke vzájemné spolupráci pacienta a zdravotníka a tím přispět výraznou měrou k prevenci závažných komplikací hypertenze a předejít nežádoucím účinkům antihypertenzní léčby (Paluch a Heřmánková, 2011). Špinar et al. (2007) ve své publikaci uvádějí, že nejpřesnější informace o hodnotách krevního tlaku umožňuje ambulantní monitorování tlaku krve, kdy je tlak měřen v předem stanovených intervalech, během 24 hodin. O použití 24 hodinového měření rozhoduje ošetřující lékař (Špinar et al., 2007). Ambulantní měření je velmi přesné, dobře reprodukovatelné a nebývá zatěžováno subjektivní chybou vyšetřujícího. Domácí a ambulantní měření mohou pomoci odhalit hypertenzi bílého pláště, kdy má nemocný doma krevní tlak nižší než v ordinaci lékaře, a maskovanou hypertenzi, kdy má nemocný u lékaře krevní tlak v normě a v domácím prostředí vyšší. Tyto dvě formy hypertenze byly dlouho považovány za nezávažné. V současnosti se na ně nahlíží jako na zvýšené riziko, které je nutné kontrolovat a případně i léčit (Špinar et al., 2007).

Krevní tlak můžeme měřit dvěma metodami, nepřímou a přímou metodou. Nepřímá metoda je jednoduchá, praktická a dostatečně přesná, musí být však prováděna správně. Tato metoda měření je snadno opakovatelná za všech okolností a hodnoty tlaku naměřené různými vyšetřujícími jsou kdykoli srovnatelné (Němcová, 2007). Je založená na nutnosti komprese brachiální tepny tak, aby byl omezen krevní průtok natolik, že se nepřenáší žádné tepenné pulzace. Používá se konvenční rtuťový tonometr s přiměřeně širokou a dlouhou manžetou. Při měření můžeme slyšet zvuky, které se nazývají Korotkovy fenomény. Tyto fenomény se zaznamenávají. Korotkov vymezil pět fází, kdy při proudění krve v tepně vznikají tóny nestejně kvalitní a hlasité. Systolický tlak se odečítá v první fázi a diastolický v páté Korotkovově fázi (Němcová, 2007). Do nepřímého měření patří i oscilometrická metoda, při které se používají digitální tonometry. Při této metodě je sonda umístěná v manžetě a vyhodnocuje změny

elektrického pole způsobené pohybem komprimované stěny, když je komprese vyšší než diastolický a nižší než systolický tlak. Tato metoda se nepoužívá u osob trpících trvalým svalovým třesem a u neklidných dětí (Navrátil et al., 2008) Je důležité zmínit, že se krevní tlak měří i přímým měřením. Přímé měření krevního tlaku se provádí za pomoci plastového nebo teflonového katétru s hrotem opatřeným snímačem tlaku, který se zavádí do tepny. Pro toto měření je nutná hospitalizace pacienta, proto se tím v diplomové práci nebudeme více zabývat (Němcová, 2007).

Krevní tlak se měří vsedě po 5 – 10 minutovém zklidnění pacienta, v klidné místnosti s optimální teplotou. Vyšetřovaná osoba nesmí při měření mluvit. Manžeta se přiloží na volnou paži tak, aby její dolní okraj byl 1 – 2 cm nad loketní jamkou. Vyšetřovaný nesmí mít paži zaškrcenou těsným oděvem. Paže by měla být na úrovni srdce, proto je vhodné pacienta usadit ke stolu a horní končetinu mu volně položit na stůl (Němcová, 2007). Při prvním měření je vhodné změřit krevní tlak na obou horních končetinách a při dalších měřeních už jen na paži, kde byl prvně naměřen vyšší tlak. Při výběru končetiny u měření TK musíme zohlednit, jestli je pacient dialyzovaný, pak se TK měří vždy na opačné horní končetině. Tlak měříme s přesností na 2 mm Hg. Ve stoje se tlak měří při zjišťování reakce krevního tlaku na změnu polohy nemocného. Měří se za 1 – 2 minuty po postavení (Němcová, 2007). Štejfá et al. (2007) uvádí, že u hypertoniků je vhodné měřit TK při každé návštěvě lékaře třikrát. První měření bývá obvykle nejvyšší, naproti tomu rozdíl mezi druhým a třetím měřením bývá jen minimální. Řídíme se průměrem z druhého a třetího měření (Štejfá et al., 2007).

Při měření TK může docházet k chybám z různých příčin. Příčiny mohou být na straně pacienta, všeobecné sestry nebo pomůcek. Je nutné si uvědomit, že se může pacientův krevní tlak měnit při bolesti, úzkosti a zimě (Workman a Bennett, 2006). Také je důležité dbát na to, aby nemocný neměl plný močový měchýř a aby nejedl ani nekouřil těsně před kontrolou tlaku krve. Každá všeobecná sestra, která měří tlak, by měla dávat pozor, aby pacientova paže ležela v horizontální poloze, byla podložená a aby paži netísnilo těsné oblečení (Workman a Bennett, 2006). Dále by tlak neměla měřit přibližně a nepřesně a nesmí hodnoty odhadovat. Měla by dbát na to, aby manžeta i tonometr byly správně umístěny. Nesmí se vzduch z manžety odpouštět příliš rychle (Workman a Bennett, 2006). Mezi další chyby patří, když všeobecná sestra špatně slyší nebo neví, jak má hodnotit Korotkovy fenomény. Rovněž by měla zkontrolovat všechny



pomůcky, které bude k měření potřebovat. Může se totiž stát, že rtuť v tonometru nebude nastavena na bodu 0, bude špinavé sklo, špatně čitelná čísla na manometru, vychýlené přístroje, nesprávně nastavené nebo umístěné přístroje. Také může být poškozená kontrolní chlopeň nebo může unikat vzduch prasklými nebo jinak poškozenými gumovými hadicemi (Workman a Bennett, 2006).

### 1.2.5 Léčba

Beckerman (2015) ve své publikaci uvádí, že vysoký krevní tlak je velice nebezpečný, protože může vést k cévní mozkové příhodě, k srdečnímu infarktu, k srdečnímu selhání nebo k onemocnění ledvin. Cílem léčby hypertenze je snížit vysoký krevní tlak a chránit důležité orgány jako je mozek, srdce a ledviny před poškozením. Podle výzkumu léčba hypertenze snižuje cévní mozkové příhody v průměru o 35% až 40%, infarkt myokardu o 20% - 25% a srdeční selhání více než o 50% (Beckerman, 2015).

Léčba vysokého krevního tlaku je v současnosti komplexní, individuální a měla by směřovat i k současnému ovlivnění všech dalších rizikových faktorů a doprovázejících patologických stavů (Marek et al., 2010). Je důležité do léčby zahrnout dietní opatření, režimová opatření a farmakoterapii, proto je důležité pacientovi vše vysvětlit, zajistit edukační materiály a motivovat ho ke změně životního stylu a k léčbě. Komplexní léčba by měla být trvalá (Málek, 2009). Indikace k zahájení terapie vychází nejen z výše tlaku krve, ale i z celkového kardiovaskulárního rizika (Marek et al., 2010). Nová doporučení vymezují cílové hodnoty krevního tlaku pro terapii. Cílovým krevním tlakem pro léčbu u běžné populace bez dalších přidružených onemocnění je pod 140/90 mm Hg. U pacientů trpících diabetem mellitem a u pacientů s chronickým onemocněním ledvin je cílem dosáhnout krevního tlaku pod 130/80 mm Hg. Bylo však zjištěno, že cílových hodnot dosáhne pouze malá část populace hypertoniků (Málek, 2009).

Základem terapie hypertenze je nefarmakologická léčba, na kterou u naprosté většiny případů navazuje farmakologická léčba. Nefarmakologická léčba má za cíl nejen snížení krevního tlaku, ale i ovlivnění dalších rizikových faktorů aterosklerotického procesu (Málek, 2009). Životní styl by měli změnit všichni nemocní s hypertenzí bez ohledu na stupeň hypertenze, přítomnost přidružených nemocí nebo stupeň poškození cílových orgánů. Změny životního stylu obsahují snížení tělesné hmotnosti

u nemocných s nadváhou a obezitou, pravidelnou tělesnou aktivitu u lidí se sedavým způsobem života a povolání, dietní opatření s vyšším příjmem zeleniny a ovoce, omezení živočišných tuků a příjmu cholesterolu, snížení příjmu soli a omezení alkoholu (Málek, 2009). Denní příjem soli by měl být méně než 3,8 g, to je příjem sodíku méně než 1,5 g. Doporučené omezení alkoholu znamená denní dávku alkoholu 10 – 30 g u mužů, například 1 – 3 skleničky vína, a 10 – 20 g u žen, to je 1 – 2 skleničky nápoje. Důležité je také zanechání kouření, při kterém nemocnému pomůžou nikotinové náhražky nebo léčba bupropionem. Nefarmakologická léčba obsahuje také omezení léků způsobujících retenci soli a vody. Do této skupiny léků patří nesteroidní antiflogistika, sympatomimetika, kortikoidy, u citlivých žen steroidní antikoncepce a některé drogy (Málek, 2009).

Proto je důležité před zahájením farmakoterapie pacienta motivovat k tomu, aby snížil svou tělesnou váhu a konzumaci alkoholu, aby přestal kouřit a omezil denní příjem kuchyňské soli (Lüllmann et al., 2012). Farmakologická léčba se zahajuje okamžitě u všech pacientů se systolickým tlakem nad 180 mm Hg nebo diastolickým tlakem nad 110 mm Hg bez ohledu na jejich celkové kardiovaskulární riziko nebo přítomnost poškození cílových orgánů. U nemocných se systolickým tlakem v rozmezí 160 - 179 mm Hg nebo diastolickým tlakem v rozmezí 100 - 109 mm Hg je farmakoterapie indikována tehdy, když zvýšené hodnoty TK přetrvávají i přes dodržování doporučených režimových opatření po dobu čtyř týdnů nebo při výskytu poškození cílových orgánů (Karen a Filipovský, 2014). Zahajuje se také u všech nemocných s rizikem fatálních kardiovaskulárních příhod v následujících 10 letech. Dále je vhodná u pacientů s TK 130 – 139/85 – 89 mm Hg, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu nebo koronární příhodu, s manifestní ischemickou chorobou srdeční, s chronickým onemocněním ledvin, s diabetem mellitem nebo u nemocných s kumulací rizikových faktorů (Teplan et al., 2006). Léčba se zahajuje monoterapií, většinou v nízké dávce, nebo kombinací dvou léků v nízké dávce. Monoterapie bývá příznivá u 30 – 40 % léčených. Pokud není monoterapie účinná, měl by se změnit používaný lék, nebo zkombinovat dva různé léky v nízkých dávkách či více antihypertenziv (Karen a Filipovský, 2014). Kombinační léčba je mnohem účinnější než monoterapie. Často se využívá fixní kombinace dvou léků v jediné tabletě, protože menší počet tablet a jednoduché léčebné schéma pomáhá k lepší spolupráci pacienta. Výhodné jsou

kombinace dvou látek v odlišných dávkách, které umožňují zvýšení nebo snížení jedné nebo obou substancí. Další změny v terapii hypertenze se provádějí nejdříve s odstupem 4 – 6 týdnů s výjimkou urgentních situací (Karen a Filipovský, 2014). Pro monoterapii i kombinační léčbu se užívají přípravky ze skupin, pro které jsou k dispozici data ze studií vyhodnocujících nemocnost i úmrtnost na kardiovaskulární příhody (Karen a Filipovský, 2014). Při výběru antihypertenziva je nezbytně nutné brát v úvahu jejich vliv na metabolické a hemodynamické parametry nebo renální funkce. Z tohoto důvodu se používají hlavně dlouhodobě působící léky, které jsou podávány jednou denně a mají dostatečný účinek po celých 24 hodin (Lüllmann et al., 2012). Pro léčbu hypertenze se doporučuje pět základních tříd antihypertenziv. Mezi tyto léky řadíme  $AT_1$  – blokátory, inhibitory ACE, antagonisty kalcia, diuretika a beta – blokátory. Všechny tyto skupiny léků mají své přednosti i kontraindikace (Karen a Filipovský, 2014). ACE inhibitory jsou univerzální antihypertenziva. Kromě antihypertenzního účinku mají i kardioprotektivní, vazoprotektivní a renoprotektivní efekt a příznivé účinky na metabolismus cukrů. Také snižují riziko nově vzniklého diabetu 2. typu. Nejdůležitější kontraindikací je užívání v těhotenství, protože zpomalují vývoj plodu. Tyto léky mohou vyvolat neproduktivní, suchý dráždivý kašel, zhoršení funkce ledvin a hyperkalémii. Pokud pacient ACE inhibitory nesnese, mohou se použít inhibitory  $AT_1$  – receptorů (Karen a Filipovský, 2014).  $AT_1$  – receptory neboli sartany jsou také univerzální antihypertenziva a využívají se ve stejných indikacích jako ACE inhibitory. I kontraindikace je stejná. Tato skupina léků nevyvolává kašel. Při jejich užívání je důležité monitorovat hladinu draslíku, urey a kreatininu (Karen a Filipovský, 2014). Blokátory kalciových kanálů snižují krevní tlak navozením systémové vazodilatace. Příznivě ovlivňují průtok krve ledvinou a periferním řečištěm. Mezi nežádoucí účinky patří periferní otoky a návaly krve v obličeji (Karen a Filipovský, 2014). Mezi základní antihypertenziva skupiny diuretik patří zejména sulfonamidová diuretika dělí se na thiazidová a nethiazidová, která působí v distálním tubulu ledvin. Využívají se hlavně při léčbě hypertenze ve stáří. Mezi nežádoucí účinky patří hypokalemie, hyperurikémie a hyponatremie (Karen a Filipovský, 2014). Mezi další skupinu diuretik patří kličková diuretika používající se pouze při významně snížené glomerulární filtraci, kdy jsou sulfonamidová diuretika neúčinná (Karen a Filipovský, 2014). Další skupinou jsou antagonisté mineralokortikoidních receptorů, které nepatří mezi základní

antihypertenziva. Používají se jen ve speciálních situacích jako je hypertenze rezistentní na léčbu, kdy při podávání 3 preparátů nevede k úspěšné kontrole krevního tlaku, a při konzervativní léčbě primárního hyperaldosteronizmu (Karen a Filipovský, 2014). Další diuretikum je kalium šetřící, které také nepatří mezi základní antihypertenziva a využívají se v kombinační léčbě (Karen a Filipovský, 2014). Beta – blokátory nejméně snižují centrální, tedy aortální, krevní tlak. Snižují výskyt cévních mozkových příhod a kardiovaskulárních příhod. Mezi nežádoucí účinky patří různé poruchy rytmu a bronchospasmy. Dále navozují periferní vazokonstrikci, proto je kontraindikací periferní ateroskleróza. Využívají se v kombinační léčbě (Karen a Filipovský, 2014). Mezi další účinná antihypertenziva patří centrálně působící látky a alfa – blokátory, které se ordinují v případě neúspěchu léčby základními antihypertenzivy, a to i při jejich kombinaci. Využívají se hlavně pro kombinační léčby (Lüllmann et al., 2012). Centrálně působící látky jsou vhodné jako součást kombinace antihypertenziv k léčbě hypertenze spojené s psychickou tenzí, pro léčbu renální hypertenze a hypertenze s metabolickými odchylkami. V těhotenství se používá lék Metyldopa, který se používá jak v monoterapii i kombinaci. Způsobují méně nežádoucích účinků a při náhlém vysazení nenavozují rebound fenomén (obnovení určité aktivity) (Karen a Filipovský, 2014). Alfa – blokátory jsou ordinovány v kombinaci s ostatními antihypertenzivy v léčbě těžké nebo rezistentní hypertenze. Neměly být podávány nemocným s manifestním nebo latentním srdečním selháním. Mezi hlavní nežádoucí účinky patří ortostatická hypotenze a retence tekutin (Karen a Filipovský, 2014).

Protože je ateroskleróza rizikovým faktorem Vysokého TK, je podle doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu hypertenze z roku 2007 důležité u pacientů s hypertenzí začít i s hypolipidemickou léčbou. Do hypolipidemické léčby řadíme statiny. Statiny by měli být léčeni všichni nemocní až do věku minimálně 80 let s aktivní ischemickou chorobou srdce, ischemickou chorobou tepen dolních končetin, s cévní mozkovou příhodou a celkovým cholesterolem vyšším než 3,5 mmol/l (Widimský, 2010).

#### *1.2.6 Komplikace hypertenze*

Arteriální hypertenze je nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním. U pacientů trpících hypertenzí dochází k postupnému rozvoji orgánových komplikací a následně

se může projevovat ve formě manifestního kardiovaskulárního onemocnění jako je například cévní mozková příhoda nebo ischemická choroba srdeční (Václavík, 2013). Nejčastěji jsou postiženy cévy, srdce, mozek a ledviny. Organové komplikace způsobují, že hypertenici přežívají průměrně o pět let méně než pacienti s normálním krevním tlakem. Proto je důležité organové postižení včas diagnostikovat a vhodným způsobem léčit, protože tím může být oddálen vznik kardiovaskulárních příhod (Václavík, 2013).

Neléčená nebo špatně léčená hypertenze může vážným způsobem poškodit ledviny a srdce a způsobit tak selhání těchto životně důležitých orgánů (Vaněk, 2010). Loyková (2008) rozděluje komplikace vysokého krevního tlaku na hypertenzní a aterosklerotické důsledky. Mezi hypertenzní důsledky řadí zbytnění levé komory srdeční, srdeční selhání, krvácení v centrálním nervovém systému, selhání ledvin, postižení oční sítnice, maligní hypertenzi, hypertenzní krizi, encefalopatii a disekující aneurysma aorty (Loyková, 2008). Hypertenze také urychluje proces aterosklerózy, a proto pojmenovala další skupinu jako aterosklerotické důsledky. Do této skupiny zařazuje ischemickou chorobu srdeční, jako například anginu pectoris, infarkt myokardu a náhlou smrt, dále cévní mozkové příhody, aneurysma aorty, nemoci periferních tepen na dolních končetinách a postižení tepny ledvin (Loyková, 2008).

Je důležité pacientovi vysvětlit, aby si měřil TK doma. Domácí měření krevního tlaku určí lépe riziko organových komplikací než tlak měřený v ordinaci (Sovová, 2009).

### ***1.3 Role sestry v prevenci hypertenze***

*Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života (Čeledová a Čevela, 2010, 35 s.).* Provádí se u jedince nebo na úrovni celé společnosti. Prevence může být obecná a profylaktická. Obecná preventivní péče je zaměřená na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého životního prostředí, které se dá chápat jako součást podpory zdraví. Profylaktická preventivní péče je cíleně zaměřená na prevenci vzniku určité nemoci, popřípadě jejich následků, které se považují za činnost čistě preventivní (Čeledová a Čevela, 2010). Machová et al. (2015) ve své publikaci rozdělují preventivní péči podle časového hlediska na prevenci primární, sekundární a terciární. Primární

prevence se týká období, kdy nemoc ještě nevznikla. Jejím cílem je zabránění vzniku onemocnění. Má ochránit a posílit zdraví, ale též zabránit vzniku nemoci (Machová et al., 2015). Hlavním cílem sekundární prevence je předejití nepříznivým následkům z již vzniklé nemoci, jejím komplikacím, nezvratným změnám a invaliditě. Jejím základem je včasná a správná diagnostika nemoci a včasná a účinná preventivně zaměřená léčba (Machová et al., 2015). Terciární prevence je zaměřená na prevenci následků nemocí, vad, dysfunkcí a handicapů vedoucích k invaliditě a imobilitě pacienta (Machová et al., 2015).

Vrablík (2008) uvádí, že cílem prevence hypertenze je snížení incidence prvních nebo recidivujících klinických příhod. Pozornost by měla být soustředěna hlavně na prevenci invalidity a předčasného úmrtí. Proto je prevence zaměřena především na změnu v životosprávě, na ovlivňování hlavních rizikových faktorů a na preventivní podávání některých léků (Vrablík, 2008).

Primární prevence má za cíl předejít vzniku hypertenze. Je důležité ovlivnit ovlivnitelné rizikové faktory hypertenze. Uplatňuje se hlavně dosažení ideální tělesné hmotnosti, omezení přívodu kalorií, tuků, sodíku a alkoholu. Také je důležité zvýšení fyzické aktivity a omezení kouření (Fang et al., 2015). Nesprávná výživa je nejčastějším rizikem vzniku hypertenze. Proto je důležité, aby pacient o této skutečnosti věděl a změnil své stravovací návyky a jídelníček, protože díky tomu se dá dosáhnout výrazného snížení výskytu vysokého krevního tlaku. Někdy stačí i malá změna životního stylu, hlavně stravovacích návyků, jako je přidání více zeleniny, stopových a minerálních prvků do stravy. Všeobecná sestra by každému pacientovi měla doporučit pestrou stravu s dostatkem ovoce, zeleniny a vlákniny (Dujka, 2012). Gulášová et al. (2014) uvádí, že je důležité pacienta edukovat o preferování lehkých pokrmů, jako je například italská kuchyně. Je důležité myslet na to, že se nemocný nesmí vyhýbat masu a jíst vždy při pocitu hladu (Gulášová et al., 2014). Dujka (2012) ještě doplňuje, že je podstatné pacienta edukovat o důležitosti pravidelného příjmu potravy přijímaném v častějších a menších dávkách. Stravu je vhodné jíst nejméně 2 hodiny před ulehnutím do postele. Pohyb patří do nejdůležitějších prvků prevence vzniku vysokého krevního tlaku. Vzhledem k tomu, že se hypertenze často vyskytuje u obézních lidí, je proto pohyb hlavním prostředkem ke snížení tělesné hmotnosti. Doporučuje se především aerobní typ aktivity, jakým je například běh, plavání, cyklistika či aerobik. Někdy stačí

i pravidelná chůze (Dujka, 2012). Pacient by měl vědět, že fyzická aktivita může být prováděna intenzivně, ale i méně intenzivně. Také může být rekreační, která probíhá ve volném čase, nebo pracovní, která je prováděná při výkonu určitého povolání (Holaj, 2014). Analýza mnoha vědeckých studií, publikovaná na konci roku 2013 v prestižním zahraničním časopise o hypertenzi (název neuveden), zjistila, že lidé intenzivně se věnující fyzické aktivitě ve volném čase, mají mnohem nižší riziko vzniku hypertenze ve srovnání s lidmi, kteří se takové aktivitě nevěnují intenzivně. Riziko bylo nižší i u jedinců, kteří se hýbali ve volném čase ne zrovna intenzivně, ale zase ne příliš málo. Také se zjistilo, že pracovní fyzická aktivita nemá na hypertenzi tak blahodárné účinky jako pohyb vykonávaný ve volném čase. Nadměrné fyzické úsilí při práci je spojeno s horším zdravotním stavem, nespokojeností v životě, únavou a vznikem hypertenze (Holaj, 2014). Gulášová et al., (2014) uvádí, že by pacient měl vědět, že strava v kombinaci s pohybem přispívá ke zdravému životnímu stylu. U nemocného, stejně jako u zdravého jedince platí, že pohybová aktivita by neměla být realizována bez adekvátní nutriční podpory. Cvičící jedinec by měl přijímat zdravou racionální stravu s dostatkem cukrů. Dále by pacient měl vědět, že před cvičením by měl přijímat více tekutin a při známkách snížené hydratace by pohybová aktivita neměla být zahájena vůbec. Pravidelně cvičící organismus by měl mít také dostatečný příjem proteinů (Gulášová et al., 2014). V cigaretách jsou některé látky podporující v lidském těle tvorbu volných radikálů, které působí na tukové částice v krvi a určitým způsobem je mění. Takto změněné tuky se snáze ukládají v cévách a způsobují vznik aterosklerózy. Alkohol také působí na cévní stěnu. Ve vysokých dávkách způsobuje vazokonstrikci cévy, která vede ke zvýšení krevního tlaku (Dujka, 2012). Sůl na sebe váže vodu a tím ji udržuje v lidském organismu. Pokud jedinec solí hodně, zvyšuje i množství zadržené vody. Jelikož velké množství sodíku, který je obsažen v soli, se nachází v krvi, je ovlivněno i množství objemu krve. Větší objem krve způsobuje vyšší krevní tlak v cévách (Dujka, 2012). Janda et al. (2007) ve svém článku uvádějí, že několik studií zkoumajících vztah příjmu soli a krevního tlaku v populacích průmyslově vyspělých zemí došli k závěru, že existuje významný vztah mezi denní konzumací soli a hodnotou systolického, respektive diastolického tlaku krve. Snížení příjmu soli nicméně vede jen k malému snížení krevního tlaku, a i když trvá omezený příjem soli, tlak krve se často vrací k původním hodnotám před restrikcí soli ve stravě (Janda et al., 2007). Autoři této

studie se shodli na tom, že intenzivní intervence ve smyslu snížení příjmu soli není vhodná pro prevenci hypertenze v rámci primární péče. Avšak doporučují další sledování příjmu soli především u jedinců s prokázaným vysokým krevním tlakem. V závěru se ale nezmiňují o důležitém faktu, že snížení přívodu soli mělo příznivý vliv na omezení farmakoterapie u hypertoniků (Janda et al., 2007). Dalším faktorem, ovlivňujícím hypertenzi, je stres. Do určité míry je normální reakcí organismu na zátěž. Pokud je však dlouhodobý a častý, aktivuje se určitá část nervového systému, která mimo jiné působí i na cévy v našem těle a způsobuje jejich zúžení. Všeobecná sestra by měla tento stav pacientovi vysvětlit a měla by s ním najít nějakou správnou cestu, jak zvládnout stres (Dujka, 2012).

Sekundární prevence má včasné odhalit nemocné s existující hypertenzí, protože asi 1/3 nemocných o své nemoci neví. Je proto důležité při každé návštěvě v ordinaci kteréhokoliv lékaře měřit pacientovi krevní tlak. Krevní tlak by měl být měřen častěji u rizikových skupin jako jsou například potomci z hypertenzních rodin, diabetici atd., bez ohledu na věk pacienta (Widimský et al., 2008). Prevence vzniku a vývoje orgánových změn a cévních komplikací, stejně jako jejich úspěšné zvládnutí, je závislé jak na ošetrovatelské péči, tak i na aktivní ochotě pacienta ke spolupráci (Tkáčová a Repková, 2011).

Cílem terciární prevence je obnovení zdraví a zabezpečení optimálního fungování organismu v rámci možností konkrétního onemocnění a zabránění vzniku komplikací. Je zaměřená na léčebnou rehabilitaci s cílem zajistit optimální tělesný, psychický a sociální stav nemocného (Tkáčová a Repková, 2011).

#### ***1.4 Edukace pacienta s hypertenzí***

*Edukaci můžeme označit jako učební proces, při kterém chceme dosáhnout změny kvality života u vzdělaného jedince. Chceme ho prostě naučit, jak se má vyrovnat s nově vzniklou situací, která právě nastala (Podstatová et al., 2007, 50 s.). Edukace je výchova a vzdělávání jedince. Výchova má vždy jasně vymezený cíl a učivo, optimální metody a jejich alternativy pro specifické případy klientů a systém kontroly. Vzdělávání je učební jednotka, ve které probíhá činnost směřující k cíli, tedy ke kvalitě, kterou cíl představuje. Cíl by měl být formulován srozumitelně, jasně a jednoznačně.*



Cílem v praxi je umožnit pacientovi s chronickým onemocněním zvládnout svůj zdravotní stav (Podstatová et al., 2007).

V ošetrovatelství je edukace záměrný, plánovaný a cílevědomý proces, který představuje určitou formu odevzdávání konkrétních informací uskutečňující se ve specificky upraveném prostředí v rámci vzájemné interakce pacienta a všeobecné sestry. Jedná se o výchovně vzdělávací proces, ve kterém se pacient učí (Šusterová, 2013). Všeobecná sestra má za cíl ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje pacienta s cílem navodit žádoucí změny v jeho chování a jednání, vedoucí k přijetí potřebných změn v životním stylu pro efektivní léčbu, proces uzdravení nebo stabilizaci zdravotního stavu. Edukace by měla být prováděna tehdy, když je nutné, aby pacient zvládl nějakou novou kompetenci (Špirudová, 2015).

Edukace ovlivňuje tři roviny učení. Kongitivní, emotivní a behaviorální rovinu. K tomu, aby byl člověk schopen změnit své jednání, musí dostat určité informace, musí změnit svůj postoj a pokud je motivován, tak nakonec změní i své chování. Změna chování podléhá také procesu změny, který má tři základní fáze. Fázi rozmrazení, fázi posunu a fázi zmrazení (Špirudová, 2015). Při posouzení edukačních potřeb nemocného, popřípadě jeho rodiny, se snažíme zjistit, co nemocný umí, zná, zvládá, co potřebuje objasnit, naučit, poradit, aby byl schopen o sebe pečovat, aby rozuměl tomu, co se s ním aktuálně děje a jakou zdravotníci očekávají od něho spolupráci. Výsledkem jsou identifikovaná konkrétní edukační témata s cílovými kompetencemi nemocného nebo jeho příbuzného, který o něj bude pečovat v domácím prostředí (Špirudová, 2015). Dále zpracuje edukační plán, který zahrnuje rozpracování identifikovaných edukačních témat a kompetencí pacienta do postupně navazujících edukačních kapitol s jejich časovou realizací, metodikou a způsobem evaluace výstupů (Špirudová, 2015). Po zpracování edukačního plánu se zorganizují edukační aktivity pro nemocného a jeho příbuzné. Je důležité, aby byl pacient s plánem edukace seznámen a aby s ním souhlasil. Po seznámení se musí naplánované edukační kapitoly organizačně zabezpečit, aby mohly být realizovány. To znamená určit kdo, kdy, kde a s čím bude realizovat edukaci (Špirudová, 2015). Následně se zrealizují edukační aktivity s pacientem a s jeho příbuzným. Edukaci by měly provádět speciálně vyškolené všeobecné sestry. Edukace klade vysoké nároky na aktuální znalosti sestry a na její dovednosti v oblasti zdravotnické, didaktické, psychologické a organizační (Špirudová,

2015). Je také důležité, aby sestra uměla vystupovat, jednat, komunikovat a improvizovat. Všeobecná sestra, která nemocného edukuje, musí mít motivaci, aby mohla být oporou, průvodcem, rádcem a učitelem pro pacienta. Očekává se od ní, že nemocného dovede k maximálně možné míře samostatnosti a nezávislosti (Špirudová, 2015). Po realizaci edukačních aktivit se shrnou a zrekapitulují absolvované edukační kapitoly, které se musí zaměřovat na osvojení si potřebných kompetencí nemocných nebo jeho příbuzných. Každá edukační kapitola musí končit rekapitulací toho, co si má nemocný z edukace odnést, například co má umět zopakovat, čemu má rozumět a umět vysvětlit, co má prakticky dělat a co si má připravit na další setkání se sestrou edukátorkou (Špirudová, 2015). Po čase je podstatné provést zhodnocení edukačního procesu, které je též zaměřené na výstupní kompetence nemocného a jeho příbuzného. To znamená, že všeobecná sestra zjišťuje, jak pacient nabyté znalosti a dovednosti umí reálně využívat ve svém každodenním životě s určitým časovým odstupem. Může se také zařazovat například jako úvod při dalším setkání s nemocným a podle úrovně zvládnutí se může aktuální náplň setkání upravit (Špirudová, 2015). Po realizaci celé edukace pacienta je důležité, aby sestra edukátorka absolvovala s nemocným komplexní, výstupné zhodnocení. Podle hodnotícího výsledku se buď připraví další edukační téma, reedukace nebo se edukační proces ukončí (Špirudová, 2015).

Všeobecné sestry poskytující vzdělávání, poradenství a učení dovedností pacientovi s hypertenzí. Edukace je nezbytná k tomu, aby pacient změnil svůj dosavadní životní styl. Změna životního stylu může příznivě ovlivnit hypertenzi (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Je důležité brát v úvahu, že vzdělávání pacienta s hypertenzí je prostředkem k dosažení vytyčeného cíle. To znamená, že znalosti jsou sice důležité, ale nestačí k dosažení požadovaného chování pacienta bez rozvoje dovedností a mnoha dalších ovlivňujících faktorů (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Cílem edukace hypertenika je, aby měl dostatek potřebných dovedností, a to včetně znalostí k dosažení optimálního krevního tlaku. Při edukaci pacienta s hypertenzí je důležité ho zapojit do léčebného režimu. Musí být vždy informován o krevním tlaku a souvisejících diagnostických výsledcích. Proto je nutné posoudit jeho dosavadní znalosti (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Pro úspěšné vzdělávání a poradenství na podporu dodržování

léčebného režimu a kontroly krevního tlaku je důležité, aby všeobecné sestry motivovaly pacienty ke změně životního stylu (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Do edukace hypertonika patří například snížení tělesné váhy, která může být neúspěšnější nefarmakologickou technikou pro snížení krevního tlaku, proto je důležité pacienta tak edukovat o dodržování diety a zvýšení fyzické aktivity. Aby mohl pacient dietu dodržovat, je nutné, aby měl dostatek vědomostí o dané dietě, která se týká edukační diagnózy „*Nedostatek vědomostí o dietě*“ (viz příloha 1) (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Sestry také edukují pacienta o odvykání kouření a snížení lipidů, pomoci kterých se dále sníží riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Úprava životního stylu chování pacienta s hypertenzí vyžaduje mnoho klinických zásahů jako je zhodnocení výchozího chování jednotlivce a vzdělávání o tom, jaké provést příslušné změny. Dále poradenství o změně jako je stanovení krátkodobého cíle a self-monitoring pomáhající k dosažení a udržení změn (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Kromě toho je důležité při práci s pacienty identifikovat a řešit překážky pro dodržování a kontrolu krevního tlaku a motivovat pacienta směrem k dosažení vytyčených cílů v oblasti změny jejich chování (Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb, 2016). Petrák (2013) uvádí, že do edukace pacienta s hypertenzí je důležité zahrnout i možnost domácího měření krevního tlaku. Je důležité pacientovi vysvětlit metodiku a frekvenci měření, možnosti domácích tlakoměrů a velikosti manžety. Přestože je domácí monitorování krevního tlaku prospěšné, nelze ho paušálně doporučit všem hypertonikům. Zejména u úzkostných a neurotických jedinců, kde domácí měření bývá příčinou častých a zbytečných návštěv pohotovosti s dobrou odpovědí krevního tlaku na podané anxiolytikum (Petrák, 2013).

Při edukaci dospělých je důležité, aby edukující jedinec chápal dospělého člověka celistvě a chápal ho jako individuální, biologickou a společensko-historickou osobu. Všeobecná sestra by měla dospělého člověka motivovat k edukaci (Průcha a Veteška, 2014). Vždy je důležité zohlednit jeho věk, pohlaví, úroveň dosaženého vzdělání, profesi, sociální status a rodinný stav (Průcha, 2014). Při edukaci je podstatné umožňovat a udržovat komunikaci za účelem předávání a ujasňování si osobnostních a společenských norem, hodnot, postojů a cílů (Průcha a Veteška, 2014).

Ve stáří je proces učení odlišný od učení v jiném věku. Nemá-li učivo logickou strukturu a praktický dopad, je učivo pro seniora obtížné. Při edukaci seniora je nutné se zaměřit na paměť, protože ve stáří přestává fungovat krátkodobá paměť (Juřeníková, 2010). Edukační rozhovor by měl být veden formou dialogu, abychom pacientovi nejen předali potřebné informace, ale také se ujistili, že všemu rozumí. Proto je velmi důležitá zpětná vazba. Při komunikaci se seniorem je důležité mluvit srozumitelně a přiměřeným tónem hlasu. Edukace by neměla trvat více než 15 minut, aby se pacient příliš neunavil (Juřeníková, 2010). Také je důležité při podávání informací seniorovi zajistit klidné a příjemné prostředí bez rušivých elementů. Všeobecná sestra by měla při komunikaci s pacientem udržovat stálý oční kontakt a vše pečlivě a srozumitelně vysvětlit, popřípadě i prakticky ukázat (Juřeníková, 2010).

### ***1.5 Věkové skupiny a výskyt hypertenze***

Práce se zabývá výskytem hypertenze v dospělosti a v období stáří. Proto zde nebudou zmíněny jiné věkové skupiny.

*Dospělost je považována za životní období, v němž je člověk na vrcholu svých tvůrčích sil. Je fyzicky i psychicky zdatný, citově vyrovnaný, dovede optimálně využívat své rozumové schopnosti. V této životní etapě zakládá vlastní domov a rodinu (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, 91 s.).* Přejít z dospívání do dospělosti probíhá průběžně a souvisí s pozicí jedince ve společnosti. Studenti většinou přejímají pozici dospělosti později než jedinci se základním vzděláním. Dosažení dospělosti je spojeno i s větší sebejistotou, sebedůvěrou, s vědomím vlastních sil a pravomocí, které jsou předpokladem soběstačnosti a které se projevují i větší individuální vyrovnaností (Kelnarová a Matějková, 2010). Důkazem dospělosti je schopnost přijmout zodpovědnost. Dospělost se rozděluje na časnou dospělost (zhruba od 20 do 25-30 let), střední dospělost (asi do 45 let) a pozdní dospělost, která je dobou do začátku stáří (asi do 60-65 let) (Kelnarová a Matějková, 2010). Časná dospělost začíná po dvacátém roce života. Jedním z kritérií dospělosti je dosažení osobní zralosti. Za zralého je člověk považován, když začne přejímat plnou osobní a občanskou odpovědnost a začne být ekonomicky nezávislý. Člověk si v tomto období osvojuje nové sociální role (Langmeier a Krejčířová, 2006). Střední dospělost začíná mezi 25. a 30. rokem (dnes někdy i později), když se člověk plně ujímá odpovědnosti

za řízení svého vlastního života, věnuje se budování zvolené profesní kariéry a často i péči o vlastní potomky. Toto období života bývá popisováno jako fáze upevnění, kdy jsou zvolené cíle vytrvale sledovány, vyžadují od člověka mnoho energie a sil, ale k větším změnám životní dráhy nebo přelomům po dlouhou dobu nedochází (Langmeier a Krejčířová, 2006). V tomto období má jedinec stále velmi dobré psychické výkony, jako je intelekt, paměť a schopnost koncentrace. Po 40. roce se objevuje manželská krize, která postihuje příliš uzavřená manželství. Lidé navazují mimomanželské vztahy. Mezi 35. a 40. rokem života se objevuje krize středních let, kdy člověk hodnotí a bilancuje se svým životem. Přemýšlí nad tím, čeho dosáhl a co se mu nepodařilo. Mezi 40. a 45. rokem vzniká strach ze smrti, který se vyskytuje více u mužů (Langmeier a Krejčířová, 2006). Pozdní dospělost začíná od 45. roku života a je asi do 60-65 let. Je to nejtěžší úsek života člověka, protože se objevuje krize v manželství a počínající zdravotní problémy. Zmenšuje se výška těla, snižuje se schopnost termoregulace, ubývá pigment, snižuje se zraková akomodace a sluchová ostrost, zhoršuje se percepce řeči, objevuje se nedoslýchavost. U žen vzniká období klimakteria. Také se zhoršuje proces učení. Mezi 50. – 60. rokem jedince začíná uvažovat nad odchodem do důchodu (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Výskyt arteriální hypertenze roste strmě s věkem. Touto nemocí trpí více ženy než muži. Do 44 let je hypertenze u žen méně častá (Dolejšová a Filipovský, 2007). V ČR se odhaduje výskyt hypertenze u dospělých jedinců mezi 25 – 64 let až na 35%. V naší zemi žije asi 2.5 milionů hypertoniků. Tyto údaje vycházejí ze screeningového vyšetření náhodně vybraného reprezentativního vzorku české populace. Tento výzkum byl hodnocen v pěti nezávislých průřezových šetřeních u 5716 mužů a 6010 žen v šesti okresech České republiky v rámci projektu MONICA v letech 1985 - 2001. Bylo zjištěno, že klesla prevalence hypertenze u obou pohlaví a zlepšila se léčba hypertenze (viz Příloha 2) (Homolka et al., 2010).

*Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti* (Langmeier a Krejčířová, 2006, 202 s.). Toto období může zabírat velké časové rozpětí, od 60. let do x let. Na počátku tohoto období života člověk odchází do důchodu a tato skutečnost mu může přinášet řadu problémů (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Jedinci si začínají uvědomovat

dezintegrační změny v tělesné i psychické oblasti, což má negativní vliv na jejich chování. Začínají být pesimističtí, uvědomují si krátkost svého života, jsou nervózní a izolují se od společnosti, což je spojené s vědomím o ochuzování vlastního života. Na konci stáří může být snížena kontrola korekce chování, v důsledku s níž oslabují etické zábrany a objevuje se neobvyklé období (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Podle Světové zdravotnické organizace se stáří dělí na rané stáří (60 - 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 a více let). Dlouhověkosti se dožívá jen nepatrný zlomek populace. Je často doprovázen krajním úpadkem osobnosti v somatickém i psychickém smyslu a jedinec bývá téměř výlučně odkázán na pomoc druhého člověka (Kelnarová a Matějková, 2010).

Výskyt vysokého krevního tlaku stoupá s narůstajícím věkem. Hypertenze ve stáří má ve srovnání s mladšími jedinci určité odlišnosti. Za starší pacienty se považují pacienti ve věku nad 65 let. Prevalence této nemoci je ve věku nad 65 let obrovská. V rozvinutých zemích jde více než o polovinu osob (Řiháček et al., 2010). U osob starších osob 65 let je nejčastějším typem vysokého krevního tlaku izolovaná systolická hypertenze, kdy je systola 140 mmHg a více, a diastola pod 90 mmHg. Starší hypertonici mají často více přidružených rizikových faktorů a nemocí, jako je ischemická choroba srdeční, nemoci periferních tepen, obezita, diabetes mellitus a onemocnění ledvin. U všech těchto chorob současný výskyt arteriální hypertenze zhoršuje prognózu pacienta (Seidlerová a Filipovský, 2007). Léčbou hypertenze se snažíme dosáhnout cílové hodnoty krevního tlaku pod 140/90 mmHg, u diabetiků je cílová hodnota pod 130/80 mmHg a u pacientů s renální insuficiencí se řídíme celkovou proteinurií. Pokud je méně než 1 g za 24 hodin, je cílová hodnota krevního tlaku pod 130/80 mmHg, při proteinurii vyšší než 1 g za 24 hodin je to krevní tlak pod 125/75 mmHg (Seidlerová a Filipovský, 2007). Zajíc (2012) uvádí, že u pacientů starších 80 let je hypertenze přítomna u více než 70 % osob, u mužů v 69,1 % a u žen v 76,5 %. Podle jiných údajů je prevalence této nemoci ve věku 85 – 94 let u mužů 21 % a u žen 65 %. Podle údajů Organizace spojených národů bude populace ve věku 80 let a starší v roce 2025 celosvětově čítat přes 150 milionů a v roce 2050 již okolo 380 milionů. Proto se předpokládá, že v příštích desetiletích bude přibývat osob trpících hypertenzí (Zajíc, 2012).

## 2 Cíle práce a výzkumné otázky

### 2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda jsou dospělí lidé v určitých věkových skupinách informováni o tom, které rizikové faktory ovlivňují vznik hypertenze.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou dospělí v určitých věkových skupinách edukováni o prevenci hypertenze.

Cíl 3: Zjistit, zda dospělí lidé v určitých věkových skupinách dodržují preventivní opatření.

### 2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Do jaké míry jsou dospělí lidé různých věkových skupin informováni o rizikových faktorech ovlivňujících vznik hypertenze?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou rozdíly v informovanosti dospělého člověka v různých věkových skupinách o rizikových faktorech hypertenze?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem jsou dospělí lidé různých věkových skupin edukováni o prevenci hypertenze?

Výzkumná otázka 4: Jaký je životní styl dospělých lidí různých věkových skupin s ohledem na možný vznik hypertenze?

Výzkumná otázka 5: Jaký vliv má edukace v prevenci hypertenze na chování dospělého člověka?

### 2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli a výzkumných otázkách

**Edukace** je učební proces, kdy chceme dosáhnout změny kvality života u vzdělaného jedince. Je to výchova a vzdělávání jedince (Podstatová et al., 2007). V ošetrovatelství je edukace záměrný, plánovaný a cílevědomý proces, který představuje určitou formu odevzdávání konkrétních informací uskutečňující se ve specificky upraveném prostředí v rámci vzájemné interakce pacienta a všeobecné sestry. Jedná se o výchovně vzdělávací proces, ve kterém se pacient učí (Šusterová, 2013).

**Hypertenze** je podle kritérií Světové zdravotnické organizace opakované zvýšení systolického krevního tlaku  $\geq 140$  mm Hg nebo  $\geq 90$  mm Hg diastolického krevního

tlaku, prokazované ve dvou ze tří měření pořízených minimálně při dvou návštěvách lékaře (Sovová, 2008a.)

**Prevence** je činnost vedoucí k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života jedince (Čeledová a Čevela, 2010).

**Preventivní opatření** je činnost, která umožňuje zabránit případnému vzniku neshody (Pořízka, 2009).

**Rizikové faktory** jsou činitelé, které např. zvyšují po určité době expozice možnost vzniku určité závady, poruchy nebo onemocnění (Kohoutek, 2017).



## **3 Metodika práce**

### **3.1 Metodika práce – technika sběru dat**

Téma diplomové práce bylo zpracováno na základě odborné literatury. Empirická část práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami zaměřenými na rizikové faktory hypertenze, prevenci hypertenze a životní styl (viz Příloha 3, 4 a 5). Výzkum probíhal v klidném a soukromém prostředí v období únor až březen 2017 v Plzeňském a Jihočeském kraji. Rozhovor byl prováděn se sestrami u praktického lékaře, na kardiologickém a interním oddělení, s osobami bez hypertenze a pacienty trpícími hypertenzí rozdělenými podle zvolených věkových kategorií. Všichni respondenti byli předem seznámeni s tématem diplomové práce a s důvodem výzkumného šetření. Všichni dotazovaní lidé byli ochotni podstoupit rozhovor. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na nahrávací zařízení. Pokud s nahráváním nesouhlasili, byly rozhovory zaznamenávány do záznamových archů. Rozhovory byly prováděny do saturace odpovědí. Nahrané rozhovory a sepsané údaje v záznamových archích byly následně přepsány. Získaná data byla kódována a byly k nim vytvořeny kategorie a podkategorie, které byly pro lepší přehlednost zpracovány ve schématech pomocí aplikace SmartArt. Vzniklá schémata byla následně popsána.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující u praktického lékaře a na standardních lůžkových odděleních v nemocnicích, osoby bez hypertenze a pacienti trpící hypertenzí rozdělení podle zvolených věkových kategorií v Plzeňském a Jihočeském kraji. Zvolili jsme čtyři věkové skupiny: časná dospělost (20 – 28 let), střední dospělost (29 – 44 let), pozdní dospělost (45 – 64 let) a stáří (65 a více let). Nemocnice, kde šetření probíhalo, si přály zůstat v anonymitě, proto jejich názvy nebudeme v diplomové práci uvádět. Celkem se zúčastnilo 12 všeobecných sester, 16 osob bez hypertenze a 16 pacientů trpících hypertenzí.

Škála respondentů byla rozsáhlá. Bylo těžké získat pacienty trpící hypertenzí ve věku 20 - 28 let a osoby bez hypertenze ve věku 65 a více let. Všeobecné sestry nebylo těžké při rozhovoru získat.

## 4 Výsledky

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných sester

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Věk	32 let	53 let	36 let	38 let	54 let	25 let
Nejvyšší vzdělání	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou
Pracoviště	Praktický lékař	Praktický lékař	Praktický lékař	Praktický lékař	Interní oddělení	Interní oddělení
Pracovní zařazení	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra
Počet let praxe	13 let	34 let	18 let	20 let	35 let	4 roky
Na nynějším pracovišti	1 rok	13 let	5 let	10 let	12 let	1 rok

Sestra	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Věk	55 let	40 let	21 let	55 let	41 let	63 let
Nejvyšší vzdělání	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Vysokoškolské	Střední s maturitou	Střední s maturitou
Pracoviště	Interní oddělení	Interní oddělení	Kardio. oddělení	Kardio. oddělení	Kardio. oddělení	Kardio. oddělení
Pracovní zařazení	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra
Počet let praxe	30 let	20 let	1 rok	15 let	24 let	45 let
Na nynějším pracovišti	8 let	3 roky	1 rok	3 roky	10 let	17 let

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvořilo 15 všeobecných sester. Z důvodu odmítnutí 3 všeobecných sester uskutečnit rozhovor jsme v konečné fázi získali 12 všeobecných sester. S nahráváním souhlasily 3 všeobecné sestry. Věk respondentek se pohyboval od 21 do 63 let. Průměrný věk všeobecných sester byl 43 let. Jedna všeobecná sestra měla vysokoškolské vzdělání, ostatní měli středoškolské vzdělání s maturitou. Všechny sestry byly na svých pracovištích zařazeny jako všeobecná sestra. Délka praxe respondentek byla 1 rok až 45 let. Průměrná délka praxe respondentek činí 22 let.

V tabulce výše jsme je označili písmenem S a daným číslem podle uskutečnění rozhovoru.

**Tabulka 2 Identifikační údaje dotazovaných osob bez hypertenze**

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Pohlaví	žena	žena	žena	muž	muž	žena	muž	žena
Věk	24 let	24 let	27 let	27 let	30 let	38 let	38 let	42 let
Nejvyšší vzdělání	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední odborné	Střední odborné	Střední odborné	Střední s maturitou	Základní	Střední s maturitou
Výskyt hypertenze v rodině	NE	ANO otec	NE	ANO babičky	ANO babička	NE	NE	ANO otec

Respondent	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16
Pohlaví	žena	muž	žena	žena	muž	muž	žena	žena
Věk	46 let	49 let	49 let	51 let	65 let	68 let	81 let	92 let
Nejvyšší vzdělání	Střední odborné	Střední odborné	Střední odborné	Střední s maturitou	Střední odborné	Střední s maturitou	Základní	Střední s maturitou
Výskyt hypertenze v rodině	NE	ANO babička a dědeček	NE	ANO matka	ANO matka	NE	ANO otec	ANO otec

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvořilo 16 osob bez hypertenze. Nikdo neodmítl poskytnout rozhovor. S nahráváním souhlasilo 10 respondentů bez vysokého krevního tlaku. Věk respondentů se pohyboval od 24 do 92 let. Průměrný věk byl 47 let. 7 respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, 7 střední odborné vzdělání a 2 mají základní vzdělání. V tabulce jsme je označili písmenem R a daným číslem podle uskutečnění rozhovoru a jejich věkové skupiny. Věkové skupiny jsme rozdělili pro přehlednost barevným odlišením.

**Tabulka 3 Identifikační údaje dotazovaných pacientů trpících hypertenzí**

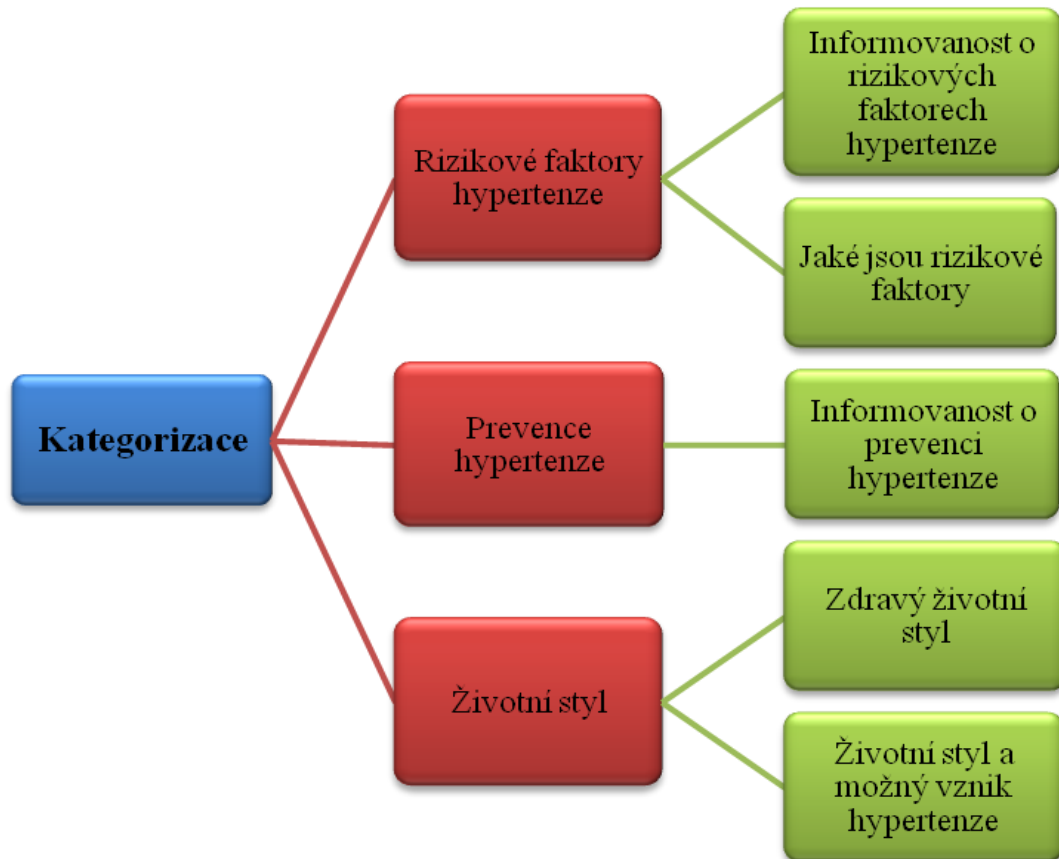
Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Pohlaví	muž	muž	žena	muž	muž	žena	žena	žena
Věk	20 let	24 let	26 let	27 let	32 let	37 let	42 let	44 let
Nejvyšší vzdělání	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Základní	Střední s maturitou	Střední odborné	Střední odborné
Výskyt hypertenze v rodině	ANO matka	NE	NE	ANO otec	ANO matka	ANO otec	ANO matka	ANO babička
Jak dlouho hypertenze a proč	4 roky nadváha	9 let neví	2 roky dědičnost	6 let obezita	3 roky stres	2 roky těhotenství	24 let neví	28 let obezita

Pacient	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
Pohlaví	žena	muž	muž	žena	žena	žena	žena	muž
Věk	50 let	50 let	56 let	57 let	73 let	75 let	79 let	85 let
Nejvyšší vzdělání	Střední odborné	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Střední odborné	Základní	Střední s maturitou	Střední odborné
Výskyt hypertenze v rodině	ANO matka	NE	NE	ANO rodiče	ANO matka	ANO manžel	ANO matka	NE
Jak dlouho hypertenze a proč	20 let neví	8 let živ. styl	6 let neví	10 let obezita	11 let stres	3 roky neví	41 let nemoc	10 let stáří

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvořilo 18 pacientů trpících hypertenzí. Z důvodu odmítnutí 2 respondentů poskytnout rozhovor jsme v konečné fázi získali 16 pacientů trpících hypertenzí. S nahráváním souhlasili všichni respondenti. Věk respondentů se pohyboval od 20 do 85 let. Průměrný věk byl 49 let. 9 respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, 5 střední odborné vzdělání a 2 mají základní vzdělání. Všichni respondenti mají lékařem diagnostikovaný vysoký krevní tlak. Délka výskytu hypertenze respondentů je 2 roky až 41 let. Průměrná délka výskytu hypertenze respondentů činí 12 let. V tabulce jsme je označili písmenem P a daným číslem podle uskutečnění rozhovoru a jejich věkové skupiny. Věkové skupiny jsme rozdělili pro přehlednost barevným odlišením.

## Schéma 1 Seznam kategorií a podkategorií



Po provedení rozhovorů se všemi 32 respondenty (osoby bez hypertenze a pacienti trpící hypertenzí) byla data kódována. Následně byly vytvořeny tři kategorie: rizikové faktory hypertenze; prevence hypertenze; životní styl. Podkategorie byly vytvořeny na základě reakcí respondentů na to, jak jsou informováni o rizikových faktorech a prevenci hypertenze a také na to, jaký vliv má životní styl na vznik hypertenze. V následujících schématech jsou popisovány jednotlivé kategorie a podkategorie ve vztahu k věkovým kategoriím a výskytu hypertenze.

#### 4.1 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)

Schéma 2 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)

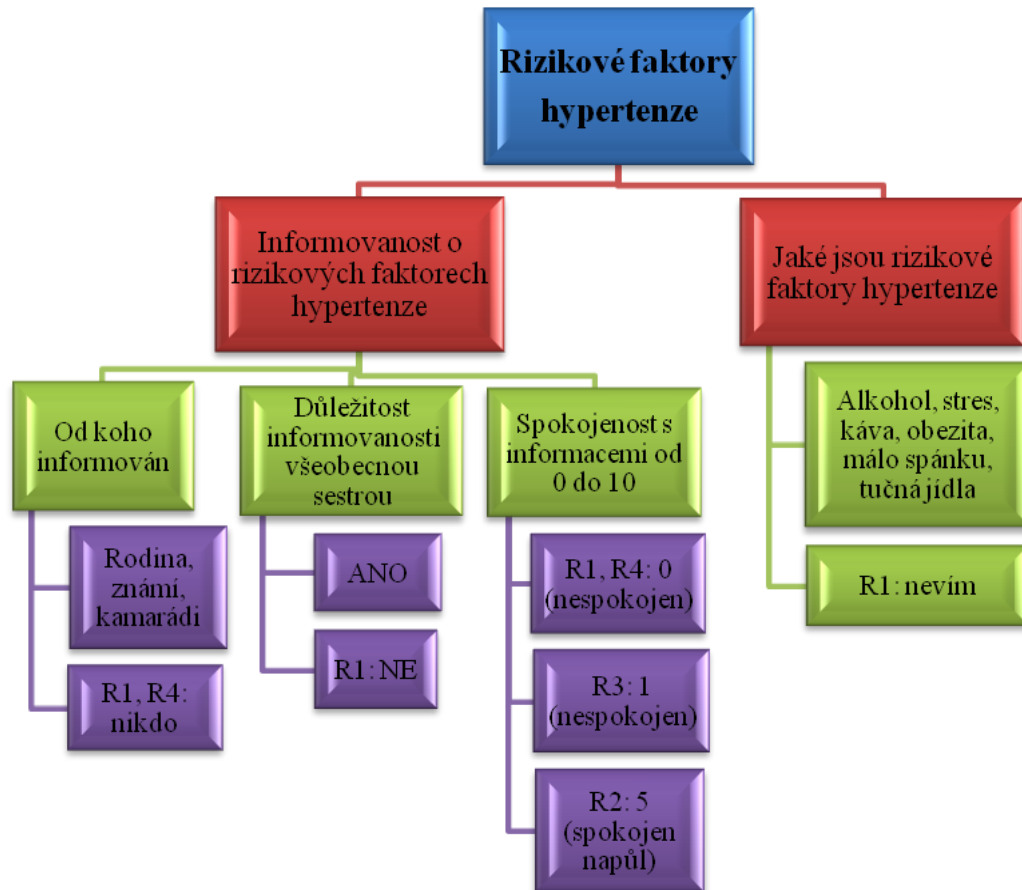


Schéma 2 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let. Informovanost respondentů byla nedostačující. R2 a R3 o rizikových faktorech hypertenze slyšeli od někoho z rodiny, známých nebo kamarádů. R3 uvedla, že o rizikových faktorech jí jednou „říkala kamarádka a někdo z rodiny“. Od lékaře ani všeobecné sestry nikdy nic neslyšela. Oproti tomu R1 a R4 nebyli nikdy informováni o rizikových faktorech hypertenze. Míra vědomostí respondentů o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku byla různorodá. Pro R2 a R3 jsou rizikové faktory hypertenze stres, alkohol, obezita a málo spánku. R4 uvedl, že „hypertenzi způsobuje pouze stres a nadměrné pití kávy“. Pouze R1 odpověděl, že neví, jaké jsou rizikové faktory hypertenze, protože ho doposud nikdo o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku neinformoval.

Důležitost informovanosti o rizikových faktorech hypertenze všeobecnou sestrou je pro většinu dotazovaných osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let důležitá. Od sestry jsou informace pro ně lepší, protože má na pacienty více času než lékař, kterého moc neposlouchají. Také si pacienti všechny důležité informace o hypertenzi sami nevyhledají. Pro R1 „*není důležité, aby ho všeobecná sestra informovala. Veškeré informace si vyhledá na internetu sám, když je bude chtít vědět*“. Spokojen s informacemi, které obdržel o rizikových faktorech hypertenze, nebyl ani jeden dotazovaný respondent. Na škále, na které vyznačovali spokojenost, R1, R3 a R4 uvedli číslo 0, protože je nikdo o rizikových faktorech hypertenze neinformoval. R2 byl s informacemi, které obdržel, spokojen napůl, protože si musel něco zjišťovat sám od matky. Na škále označil číslo 5.

**Rodina** – R2/9, R3/9

**Známí, kamarádi** - R3/9

**Nikdo** – R1/9, R4/9

**Stres** – R2/12, R4/11

**Alkohol** – R2/11, R3/13

**Obezita** – R2/15

**Káva** – R2/13, R3/14, R4/12

**Málo spánku** – R2/14, R3/12

**Tučná jídla** - R3/11

**Nevím** – R1/11

**Není důležitá informovanost sestrou** - R1/28

**Je důležitá informovanost sestrou** – R2/34, R3/33, R4/31

**0 – nespokojen** – R1/37, R4/40

**1 – nespokojen** - R3/41

**5 – spokojen napůl** – R2/43

**Schéma 3 Prevence hypertenze osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)**

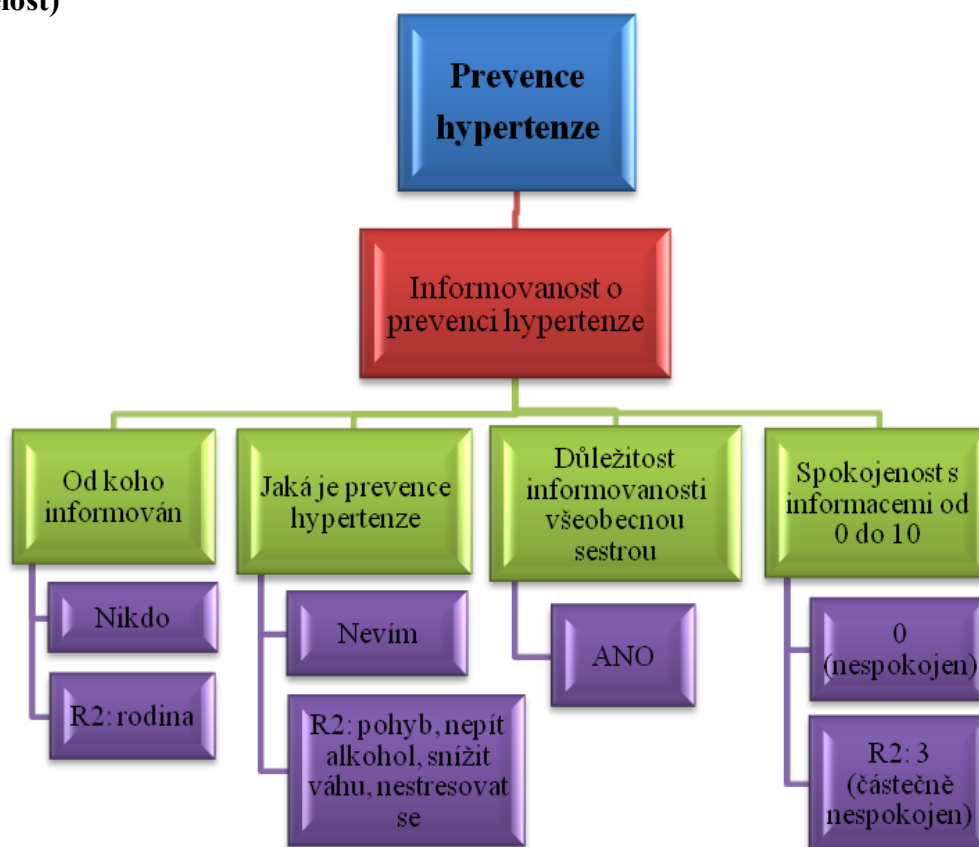


Schéma 3 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let. Informovanost o prevenci hypertenze byla nedostačující. Podle odpovědí respondentů nebyli nikdy informováni o prevenci hypertenze. Pouze R2 uvedl, že ho „informovala matka“. Míra vědomostí respondentů o prevenci nebyla rozsáhlá. Většina respondentů neví, jaká je prevence hypertenze, protože je nikdo nikdy o prevenci neinformoval. Pro R2 je prevencí hypertenze „pohyb, nepít alkohol, snížení váhy a nestresovat se“. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny osoby bez hypertenze ve věku 20 – 28 let důležitá. Všeobecnou sestru lidé více poslouchají a berou si její rady více k srdci. Informace jsou pro ně důležité proto, aby byli zdraví a své zdraví si co nejdéle udrželi. S informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze, nebyli respondenti spokojeni. Na škále, na které vyznačovali spokojenosti, R1, R3 a R4 uvedli číslo 0. R2 byl s informacemi, které obdržel o prevenci hypertenze, také nespokojen. Udal na škále číslo 3, protože nějaké informace získal od matky.



**Rodina** – R2/37

**Nikdo** – R1/30, R3/35, R4/34

**Pohyb, nepít alkohol, snížit váhu, nestresovat se** - R2/38

**Nevím** – R1/32, R3/37, R4/36

**Je důležitá informovanost sestrou o prevenci** – R1/34, R2/41, R3/39, R4/38

**0 – nespokojen** – R1/39, R3/44, R4/43

**3 – nespokojen** – R2/45

**Schéma 4 Životní styl osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)**

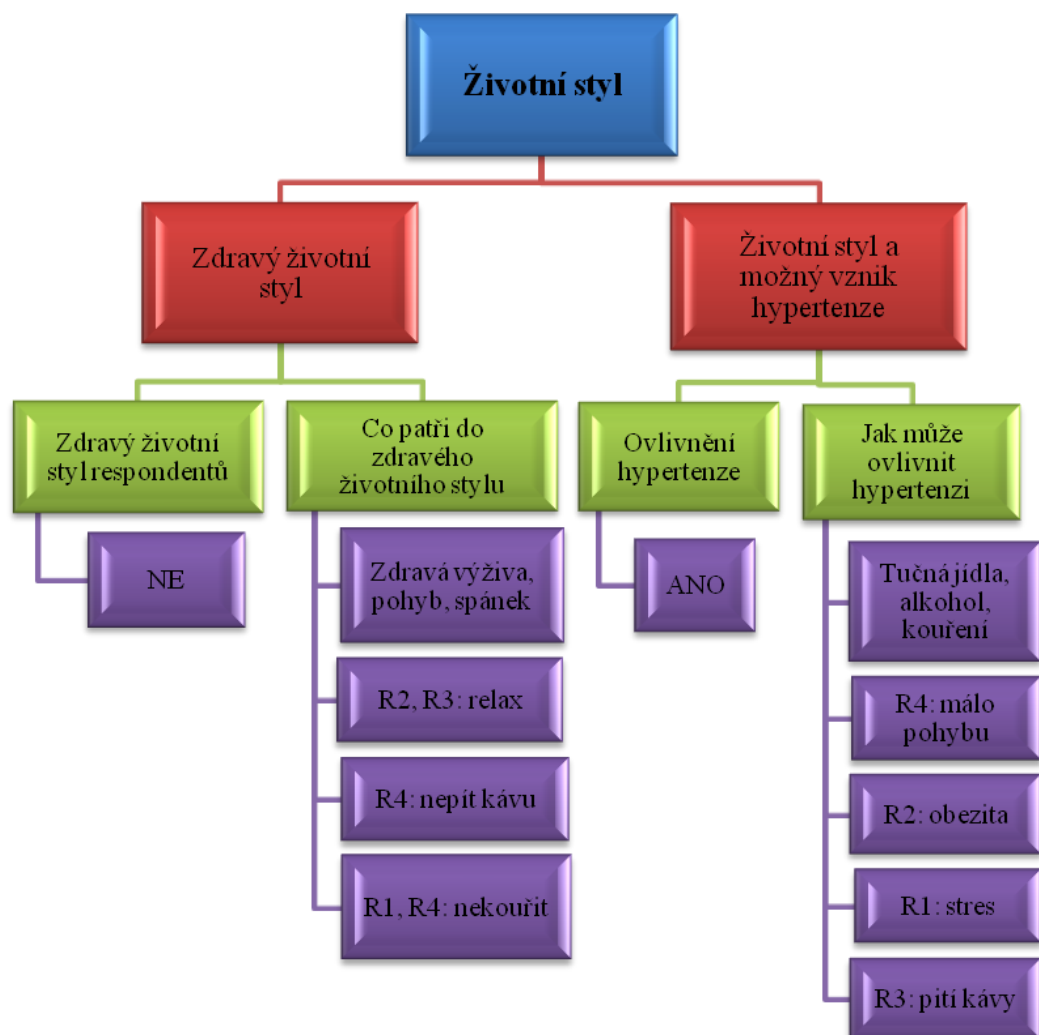


Schéma 4 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl osob bez hypertenze ve věku 20 – 28 let. Podle odpovědí je životní styl respondentů nezdravý. Míra vědomostí respondentů o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji

do zdravého životního stylu řadí zdravou výživu, dostatek spánku a pohyb. Pro R2 a R3 do zdravého životního stylu patří nestresovat se. R1 a R4 si myslí, že „*je důležité nekouřit*“. R4 také uvedl „*nepít kávu*“. Všechny dotazované osoby bez hypertenze ve věku 20 – 28 let uvedly, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Vysoký krevní tlak podle nich může ovlivnit obezita, tučná jídla, málo pohybu a kouření. R2 a R3 uvedli ještě „*pití alkoholu*“ a R3 i nadměrné pití kávy. R1 si myslí, že „*hypertenzi může ovlivnit i nadměrný stres*“.

**Nezdravý životní styl** – R1/16, R2/20, R3/19, R4/17

**Pohyb** - R2/24, R3/23, R4/19

**Zdravá výživa** - R1/18, R2/22, R3/24, R4/20

**Spánek** - R1/20, R2/23, R3/22

**Relax** - R2/25, R3/21

**Nepít kávu** - R4/21

**Nekouřit** - R1/19, R4/22

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze** – R1/22, R2/27, R3/26, R4/24

**Tučná jídla** - R3/28, R4/27

**Obezita** - R2/31

**Málo pohybu** - R4/28

**Kouření** – R1/24, R2/29, R4/26

**Alkohol** - R2/30, R3/29,

**Stres** – R1/25

**Pití kávy** - R3/30

## 4.2 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)

Schéma 5 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)

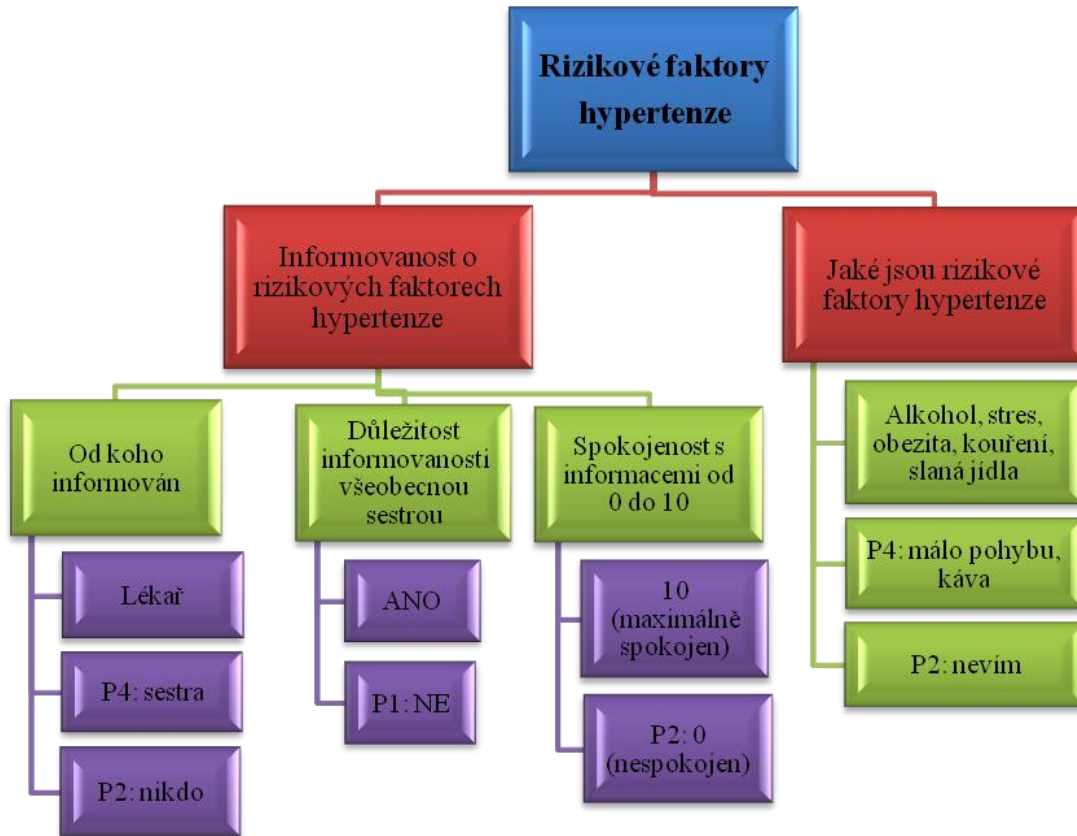


Schéma 5 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let. Informovanost pacientů byla dostačující. Pacienti uvedli, že byli informováni svým ošetřujícím lékařem. Pouze P4 uvedl, že ho „při zjištění vysokého krevního tlaku informoval lékař a všeobecná sestra, která mu řekla, jak má změnit svůj jídelníček a životní styl a poskytla mu i informační brožurky o vysokém krevním tlaku“. Oproti tomu P2 nebyl nikdy informován o rizikových faktorech hypertenze. Míra vědomostí respondentů o rizikových faktorech byla různorodá. Pro většinu dotazovaných pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let jsou rizikové faktory hypertenze stres, alkohol, obezita, kouření a solení. P4 si při položení této otázky vzpomněl i na málo pohybu a pití kávy. P2 odpověděl, že neví, jaké jsou rizikové faktory hypertenze, protože ho doposud nikdo o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku neinformoval. Důležitost

informovanosti o rizikových faktorech hypertenze všeobecnou sestrou je pro většinu dotazovaných pacientů důležitá. Od sestry jsou informace pro ně lepší, protože má na pacienty více času než lékař, kterého moc neposlouchají. Také si pacienti všechny důležité informace o hypertenzi sami nevyhledají. Pro P1 je „*důležitější informovanost od lékaře, ale všeobecná sestra by tyto informace také měla mít*“. Většina pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let byli spokojeni s informacemi, které obdrželi o rizikových faktorech hypertenze. Na škále, na které vyznačovali spokojenost, P1, P3 a P4 uvedli číslo 10. Oproti tomu s informacemi nebyl vůbec spokojen P2, protože ho nikdo o rizikových faktorech hypertenze neinformoval, na škále označil číslo 0.

**Lékař** – P1/45, P3/44, P4/54

**Všeobecná sestra** – P4/54

**Nikdo** – P2/45

**Stres** – P1/48, P3/47, P4/58

**Alkohol** – P1/50, P3/46, P4/60

**Kouření** - P1/49, P3/49, P4/60

**Obezita** – P1/47, P3/48, P4/57

**Káva** – P4/60

**Málo pohybu** – P4/59

**Slaná jídla** - P1/51, P3/50, P4/56

**Nevím** – P2/47

**Není důležitá informovanost sestrou** - P1/58

**Je důležitá informovanost sestrou** – P2/53, P3/56, P4/70

**0 – nespokojen** – P2/64

**10 – maximálně spokojen** – P1/69, P3/67, P4/83

**Schéma 6 Prevence hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)**

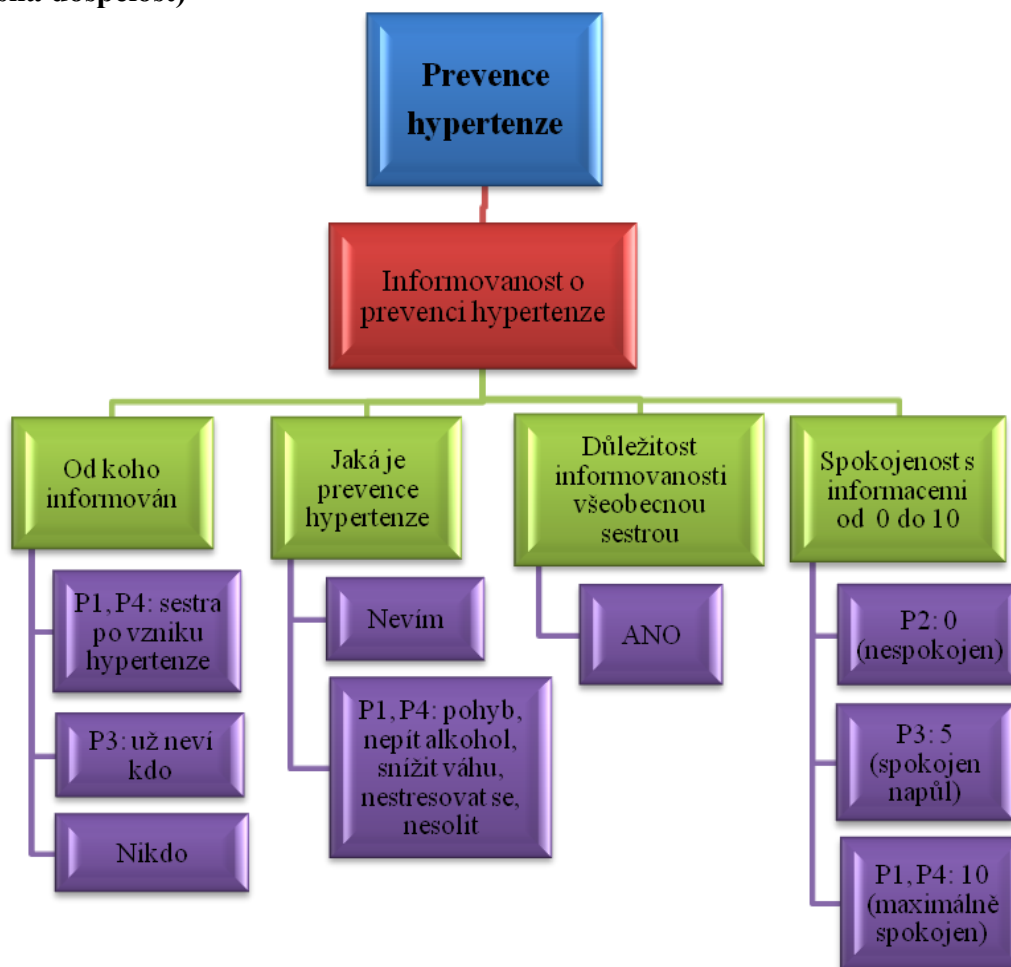


Schéma 6 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let. Informovanost o prevenci hypertenze byla různá. P1 a P4 byli informováni všeobecnou sestrou, ale až po vzniku vysokého krevního tlaku. P3 o prevenci slyšel, ale už neví od koho. P2 uvedl, že mu o prevenci nikdo nikdy neřekl. Míra vědomostí respondentů o prevenci hypertenze byla též různorodá. P2 a P3 neví, jaká je prevence hypertenze. Pro P1 a P4 je prevencí hypertenze „*pohyb, nepít alkohol, snížení váhy, nestresovat se a nesolit tolik pokrmy*“. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny pacienty trpící hypertenzí ve věku 20 – 28 let důležitá. Všeobecnou sestru lidé více poslouchají a berou si její rady více k srdci. Informace jsou pro ně důležité proto, aby byli zdraví a své zdraví si co nejdéle udrželi. S informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze, byli maximálně spokojeni P1 a P4, kteří na škále spokojenosti uvedli číslo 10. P3 udal na škále číslo 5,

protože s informacemi, které obdržel, byl spokojen napůl. P2 nikdy žádné informace o prevenci neobdržel, proto označil na škále číslo 0.

**Všeobecná sestra** – P1/62, P4/75

**Někdo (pacient neví kdo)** – P3/60

**Nikdo** – P2/57

**Pohyb, nepít alkohol, snížit váhu, nestresovat se, nesolit** - P1/64, P4/78

**Nevím** – P2/59, P3/62

**Je důležitá informovanost sestrou o prevenci** – P1/66, P2/61, P3/64, P4/80

**10 – maximálně spokojen** - P1/71, P4/85

**5 – spokojen napůl** - P3/69

**0 – nespokojen** – P2/66

**Schéma 7 Životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let (časná dospělost)**

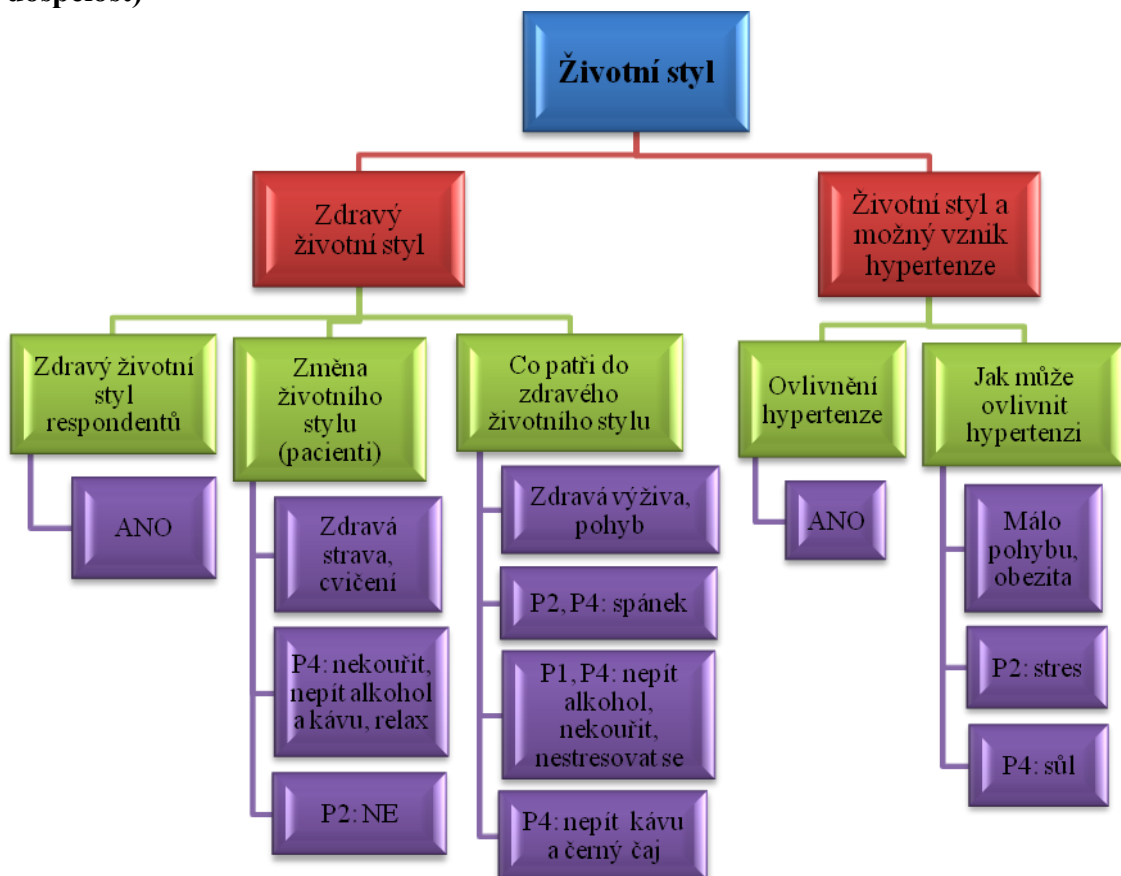


Schéma 7 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 20 – 28 let. Podle odpovědí pacientů je jejich životní styl

zdravý. Většina dotazovaných pacientů změnila při diagnostice vysokého krevního tlaku svůj životní styl. Začali více cvičit a změnili svůj jídelníček. P4 přestal i kouřit, pít alkohol a kávu a začal více relaxovat. P2 svůj životní styl nezměnil ani při diagnostice hypertenze. Míra vědomostí respondentů o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji do zdravého životního stylu řadí zdravou výživu a pohyb. Pro P2 a P4 je důležitý spánek. P1 a P4 si myslí, že „*je důležité nekouřit, nepít alkohol a nestresovat se*“. P4 také uvedl „*nepít kávu a černý čaj*“. Všichni dotazovaní pacienti trpící hypertenzí ve věku 20 – 28 let uvedli, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Vysoký krevní tlak podle nich může ovlivnit málo pohybu a obezita. P2 uvedl ještě stres. P4 si myslí, že „*hypertenzi může ovlivnit i solení pokrmů*“.

**Zdravý životní styl** – P1/30, P2/29, P3/30, P4/35

**Změna životního stylu ve stravování a pohybu** – P1/25, P2/25, P4/27

**Změna životního stylu v nekouření, nepít alkoholu a kávy, relaxu** – P4/28

**Žádná změna** – P2/25

**Pohyb** – P1/33, P2/31, P3/33, P4/37

**Zdravá výživa** - P1/32, P2/34, P3/32, P4/38

**Spánek** - R1/20, P2/33, P4/39

**Nepít kávu a černý čaj**- P4/42

**Nekouřit** - P1/34, P4/40

**Nepít alkohol** – P1/34, P4/40

**Nestresovat se** - P1/35, P4/39

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze** – P1/37, P2/36, P3/35, P4/44

**Obezita** – P1/39, P3/37, P4/47

**Málo pohybu** – P1/39, P2/39, P3/38, P4/48

**Stres** – P2/38

**Solení** – P4/46

### 4.3 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let (střední dospělost)

Schéma 8 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let (střední dospělost)

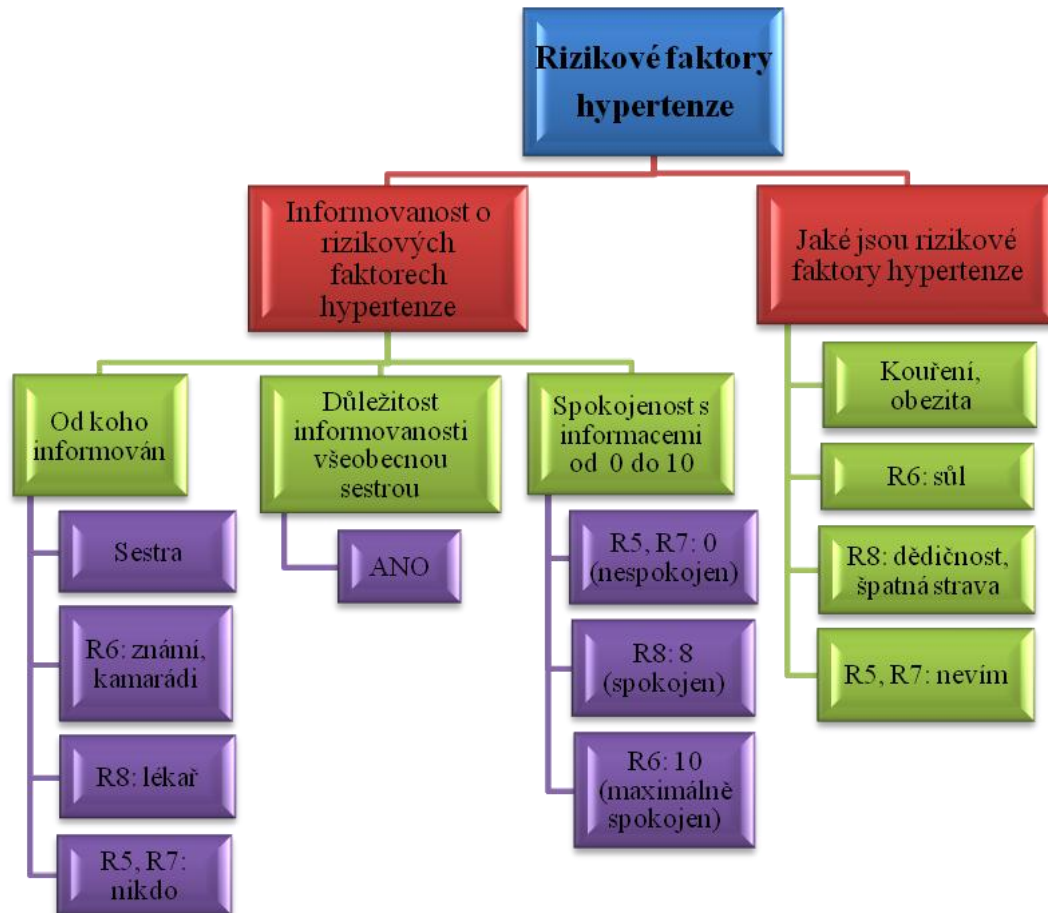


Schéma 8 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let. Informovanost byla nedostačující. R6 se o rizikových faktorech hypertenze dozvěděl „od známých a kamarádů“. R8 uvedl, že „o rizikových faktorech hypertenze ho informoval jeho ošetřující lékař“. Oproti tomu R5 a R7 nebyli nikdy informováni o rizikových faktorech hypertenze. Míra vědomostí osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku byla různorodá. Pro R6 a R8 jsou rizikové faktory hypertenze kouření a obezita. R6 ještě uvedl, že „hypertenzi způsobuje i solení pokrmů“. R8 kromě kouření a obezity ještě dodal dědičnost a špatnou stravu. R5 a R7 odpověděli, že neví, jaké jsou rizikové faktory hypertenze, protože je doposud nikdo o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku neinformoval. Důležitost



informovanosti o rizikových faktorech hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny dotazované osoby bez hypertenze ve věku 29 – 44 let důležitá. Od sestry jsou informace pro ně lepší, protože mají blíž k pacientovi než lékař. Informace jsou pro ně důležité, aby se předešlo zvýšení krevního tlaku. Pro R7 je *„důležitost informovanosti všeobecnou sestrou o rizikových faktorech hypertenze pouze v případě, když se u pacienta zjistí, že má vysoký krevní tlak“*. Spokojen s informacemi, které obdržel o rizikových faktorech hypertenze, byl R6, který na škále spokojenosti označil číslo 10 a R8, který dal číslo 8. R5 a R7 nebyli spokojeni s informacemi, které o rizikových faktorech obdrželi. Na škále udali číslo 0.

**Všeobecná sestra** - R6/16, R8/17

**Lékař** – R8/9

**Známí, kamarádi** – R6/9

**Nikdo** – R5/9, R7/9

**Kouření** – R6/11, R8/11

**Obezita** – R6/13, R8/12

**Sůl** – R6/12

**Dědičnost** – R8/13

**Špatná strava** – R8/14

**Nevím** – R5/11, R7/11

**Je důležitá informovanost sestrou** – R5/27, R6/29, R7/29, R8/31

**0 – nespokojen** – R5/37, R7/38

**8 – spokojen** – R8/44

**10 – maximálně spokojen** – R6/40

**Schéma 9 Prevence hypertenze osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let (střední dospělost)**

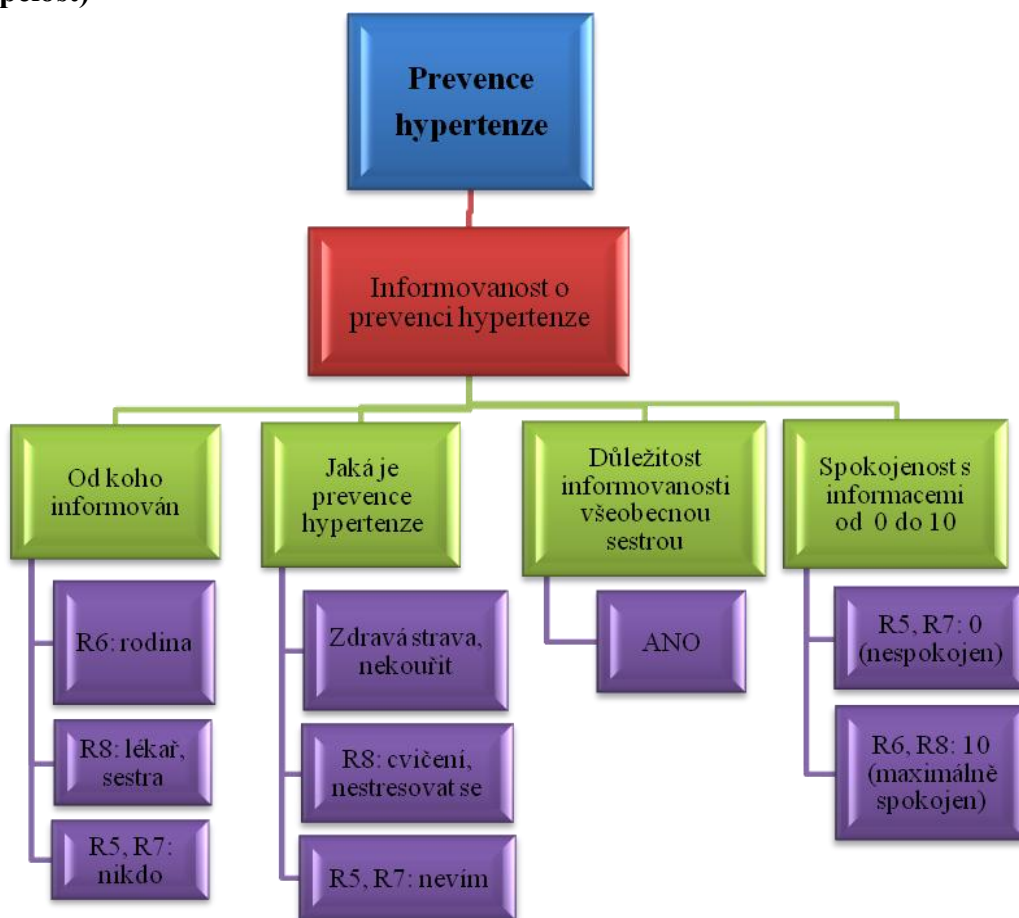


Schéma 9 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let. Informovanost o prevenci hypertenze byla různorodá. R8 byl informován lékařem a všeobecnou sestrou. R6 informovala babička. R5 a R7 nikdy nebyli informováni o prevenci hypertenze. Míra vědomostí respondentů o prevenci byla též různorodá. Pro R6 a R8 patří do prevence hypertenze „zdravá strava a nekouřit“. R8 ještě dodal „cvičení a nestresovat se“. R5 a R7 neví, jaká je prevence. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny osoby bez hypertenze ve věku 29 – 44 let důležitá. Informace jsou pro ně důležité proto, aby věděli, jak předejít této nemoci, aby u nich nevznikla. S informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze, nebyli spokojeni R5 a R7. Oba respondenti na škále spokojenosti označili číslo 0. R6 a R8 byli s informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze maximálně spokojeni. Na škále, na které vyznačovali spokojenost, uvedli číslo 10.

**Lékař** – R8/34

**Všeobecná sestra** – R8/36

**Rodina** – R6/32

**Nikdo** – R5/30, R7/31

**Zdravá strava** – R6/34, R8/37

**Nekouřit** – R6/35, R8/39

**Nestresovat se** – R8/39

**Cvičení** – R8/38

**Nevím** – R5/32, R7/33

**Je důležitá informovanost sestrou o prevenci** – R5/34, R6/37, R7/35, R8/41

**0 – nespokojen** – R5/39, R7/40

**10 – maximálně spokojen** – R6/42, R8/46

**Schéma 10 Životní styl osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let (časná dospělost)**

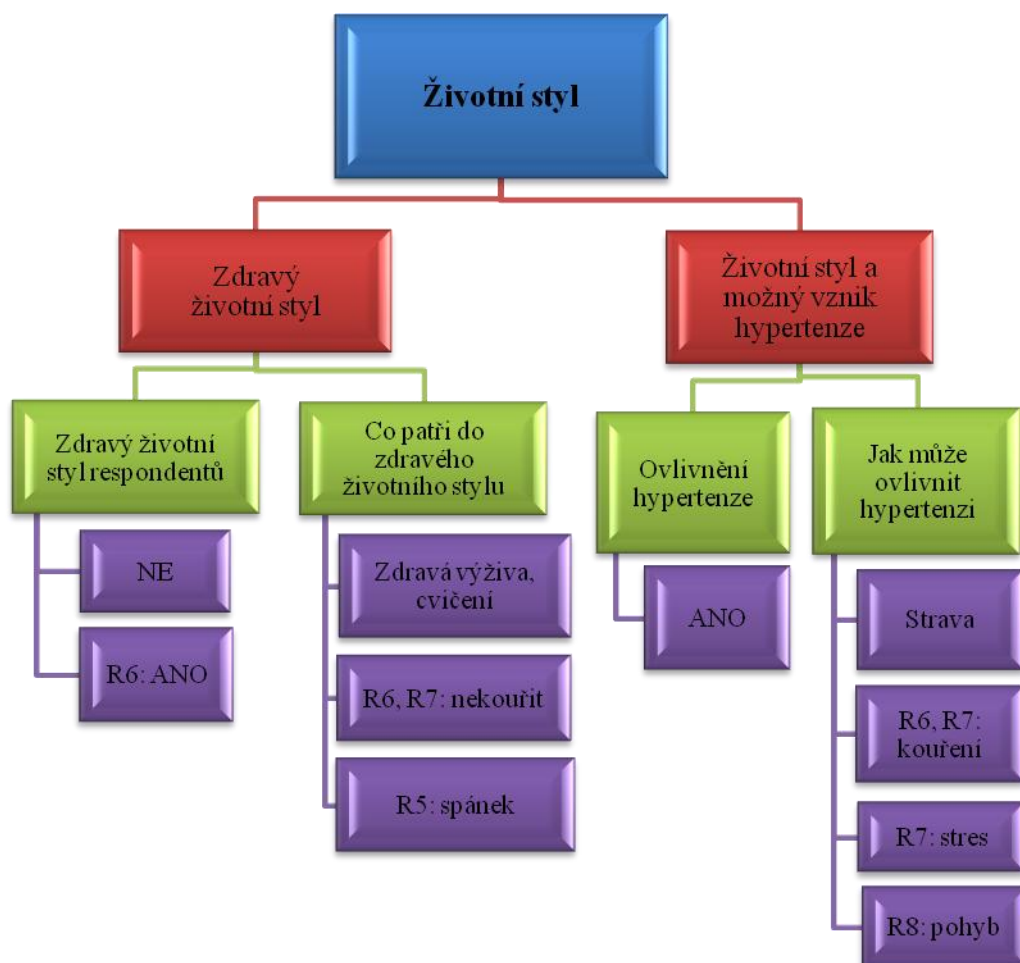


Schéma 10 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl osob bez hypertenze ve věku 29 – 44 let. Podle odpovědí je životní styl respondentů ve věku 29 – 44 let nezdravý. Pouze R6 uvedl, že jeho životní styl je zdravý. Míra vědomostí respondentů o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji do zdravého životního stylu řadí zdravou výživu a cvičení. R6 a R7 si myslí, že „je důležité nekouřit“. R5 také uvedl spánek. Všechny dotazované osoby bez hypertenze ve věku 29 – 44 let uvedly, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Vysoký krevní tlak podle nich může ovlivnit hlavně strava. R6 a R7 uvedli ještě kouření a R7 i nadměrný stres. R8 si myslí, že „hypertenzi může ovlivnit i pohyb“.

**Nezdravý životní styl** – R5/16, R7/16, R8/20

**Zdravý životní styl** – R6/19

**Pohyb** – R5/18, R7/19, R8/22

**Zdravá výživa** – R5/19, R6/22, R7/18, R8/23

**Spánek** – R5/20

**Nekouřit** – R6/21, R7/20

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze** – R5/22, R6/24, R7/22, R8/25

**Strava** – R5/24, R6/26, R7/25, R8/27

**Málo pohybu** – R8/28

**Kouření** – R6/26, R7/25

**Stres** – R7/24

#### 4.4 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let (střední dospělost)

Schéma 11 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let (střední dospělost)

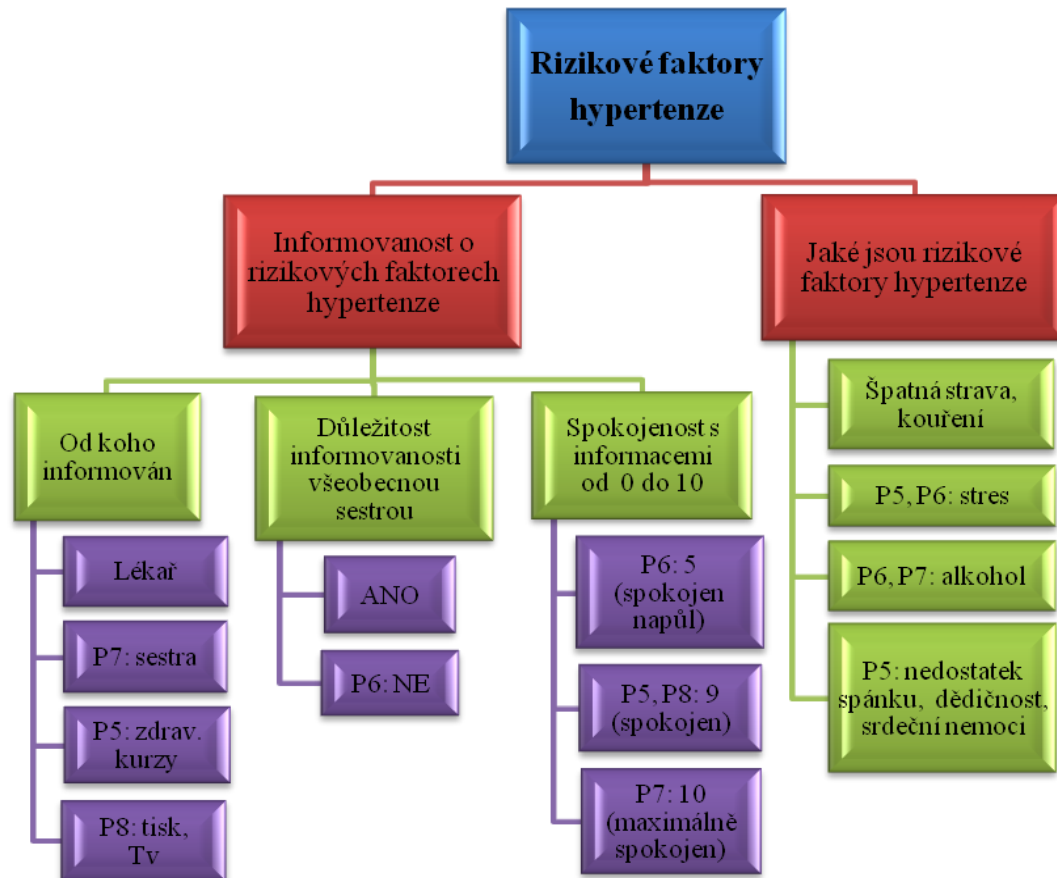


Schéma 11 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let. Informovanost respondentů byla dostačující. Pacienti uvedli, že byli informováni svým ošetřujícím lékařem. P7 uvedl, že ho o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku „informoval lékař a všeobecná sestra“. P5 byl informován o rizikových faktorech hypertenze na zdravotním kurzu, který absolvoval. P8 slyšel o rizikových faktorech i v televizi a něco četl v tisku. Míra vědomostí respondentů o rizikových faktorech byla různorodá. Pro všechny dotazované pacienty trpící hypertenzí ve věku 29 – 44 let je hlavním rizikovým faktorem hypertenze špatná strava a kouření. P6 a P7 ještě uvedli alkohol. P6 si vzpomněl i na stres, stejně jako P5. P5 také dodal „nedostatek spánku, dědičnost a srdeční nemoci“. Důležitost informovanosti o rizikových faktorech hypertenze

všeobecnou sestrou je pro většinu dotazovaných pacientů důležitá. Od sestry jsou informace pro ně lepší, protože někdy ví více než lékař. Také má k pacientům jiný přístup, protože je s nimi ve větším kontaktu než lékař. Informace jsou pro ně důležité, aby věděli, jakým rizikovým faktorům se vyvarovat. Pro P6 je „*důležitější informovanost od lékaře*“. Většina pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let byla spokojena s informacemi, které obdrželi o rizikových faktorech hypertenze. Na škále, na které vyznačovali spokojenost, P5 a P8 uvedli číslo 9 a P7 označil číslo 10. P6 byl s informacemi spokojen napůl, proto na škále skopojenosti určil číslo 5.

**Lékař** – P6/46, P7/47, P8/47

**Všeobecná sestra** – P7/47

**Zdravotní kurzy** – P5/47

**Tisk, televize** – P8/48

**Špatná strava** – P5/49, P6/49, P7/49, P8/51

**Stres** – P5/50, P6/48

**Alkohol** – P6/50, P7/51

**Kouření** – P6/51, P7/50, P8/50

**Nedostatek spánku** – P5/51

**Dědičnost** – P5/52

**Srdeční nemoci** – P5/53

**Není důležitá informovanost sestrou** – P6/57

**Je důležitá informovanost sestrou** – P5/59, P7/57, P8/57

**5 – spokojen napůl** – P6/66

**9 – spokojen** – P5/72, P8/70

**10 – maximálně spokojen** – P7/68

**Schéma 12** Prevence hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let (střední dospělost)

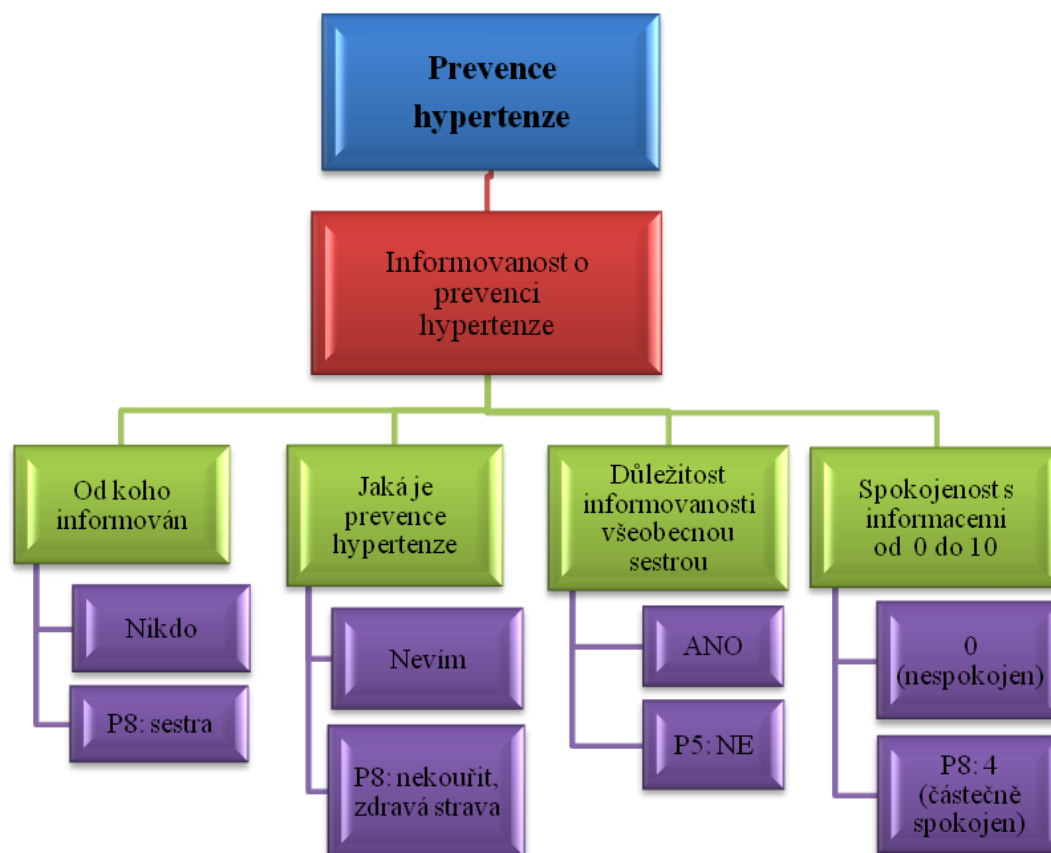


Schéma 12 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let. Informovanost respondentů o prevenci hypertenze byla nedostačující. Většina dotazovaných pacientů nikdy nebyla informována o prevenci hypertenze. Pouze P8 uvedl, že byl „informován všeobecnou sestrou v ordinaci ošetřujícího lékaře, kdy mu řekla, co a jak“. Míra vědomostí dotazovaných pacientů o prevenci nebyla rozsáhlá. Většina dotazovaných pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let neví, jaká je prevence hypertenze, protože je nikdo o prevenci neinformoval. Jen P8 uvedl, že do prevence patří „*nekouření a zdravá strava*“. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro většinu pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let důležitá. Informace od sestry jsou pro ně důležité proto, aby byli zdraví a aby věděli, co se může stát, když budou mít vysoký krevní tlak. P5 si myslí, že „*není důležité, aby všeobecná sestra nebo lékař informoval o prevenci hypertenze, protože lidé mají svých starostí dost a nemůžou se vším zabývat*“. S informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze, byli pacienti

ve věku 29 – 44 let nespokojeni, protože žádné informace o prevenci neobdrželi. Na škále, na které vyznačovali spokojenost, uvedli číslo 0. P8 byl částečně spokojen, proto na škále spokojenosti označil číslo 4.

**Všeobecná sestra** – P8/62,

**Nikdo** – P5/64, P6/60, P7/61

**Nekouřit, zdravá strava** – P8/65

**Nevím** – P5/66, P6/62, P7/63

**Je důležitá informovanost sestrou o prevenci** – P6/64, P7/65, P8/67

**Není důležitá informovanost sestrou o prevenci** – P5/68

**4 – částečně spokojen** – P8/72

**0 – nespokojen** – P5/74, P6/68, P7/70

**Schéma 13 Životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let (střední dospělost)**

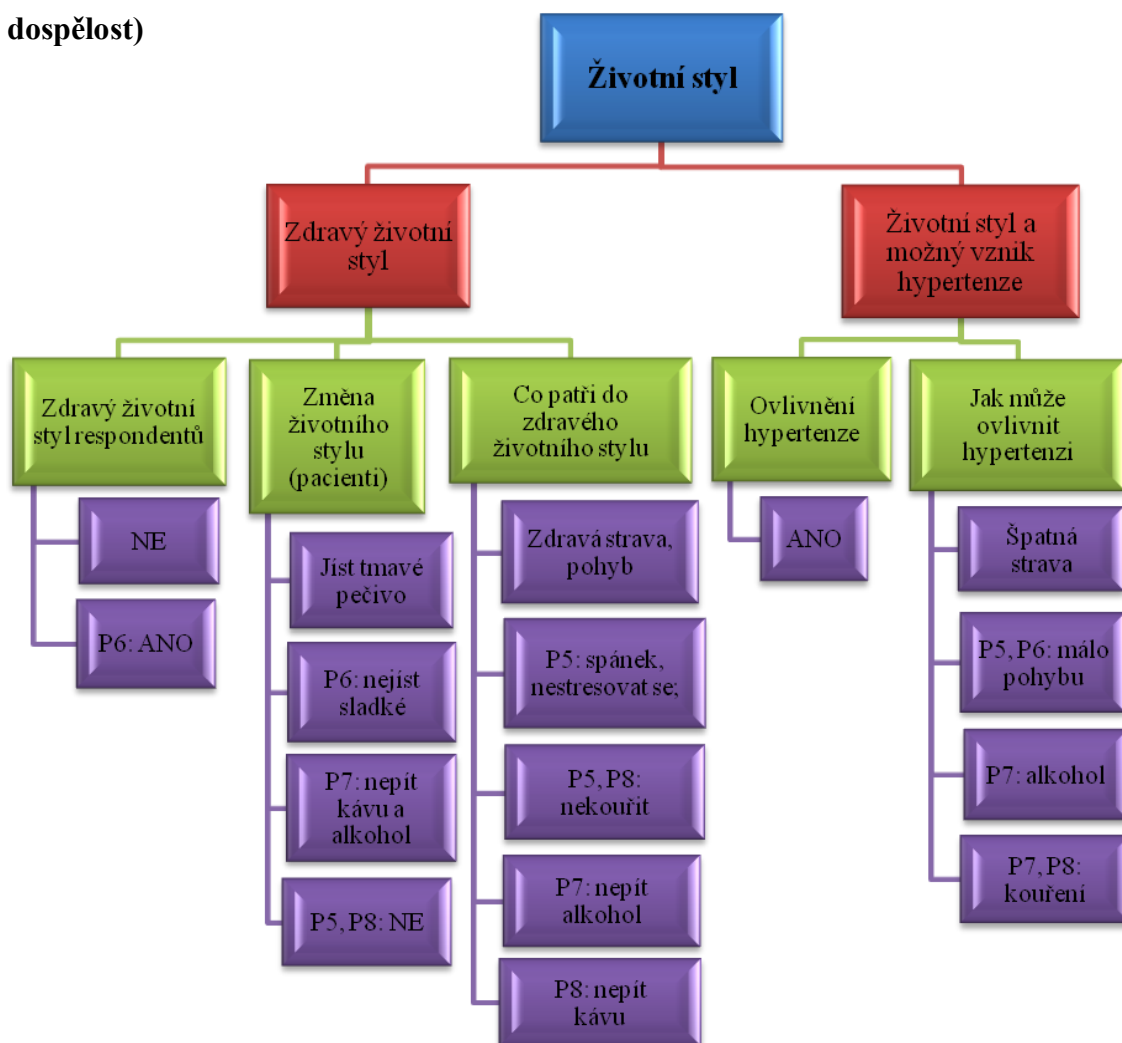




Schéma 13 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 29 – 44 let. Podle odpovědí pacientů je jejich životní styl nezdravý. Pouze P6 si myslí, že je jeho životní styl zdravý. P6 a P7 změnili při diagnostice vysokého krevního tlaku svůj životní styl. Začali jíst tmavé pečivo. P6 přestal jíst i sladké. P7 už nepije kávu ani alkohol. P5 a P8 svůj životní styl nezměnili ani při diagnostice hypertenze. Míra vědomostí pacientů ve věku 29 – 44 let o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji do zdravého životního stylu řadí zdravou výživu. Pro P7 „*je důležitý nepít alkohol*“. P5 a P8 si myslí, že „*je důležité nekouřit*“. P5 také uvedl dostatek spánku a nestresovat se. P8 ještě odpověděl, že „*je důležité nepít kávu*“. Všichni dotazovaní pacienti trpící hypertenzí ve věku 29 – 44 let uvedli, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Vysoký krevní tlak podle nich může ovlivnit hlavně špatná strava. Pro P7 a P8 „*je důležité i kouření*“. P7 uvedl ještě pití alkoholu. P5 a P6 si myslí, že „*hypertenzi může ovlivnit i málo pohybu*“.

**Zdravý životní styl – P6/32**

**Nezdravý životní styl – P5/30, P7/32, P8/30**

**Změna životního stylu ve stravování - jí tmavé pečivo – P6/27, P7/28**

**Změna životního stylu ve stravování - nejí sladká jídla – P6/26**

**Změna životního stylu v nepití alkoholu a kávy – P7/26 a 27**

**Žádná změna – P5/26, P8/26**

**Zdravá strava – P5/33, P6/37, P7/35, P8/35**

**Pohyb – P5/32, P6/40, P7/36, P8/32**

**Spánek – P5/34**

**Nepít kávu – P8/34**

**Nekouřit – P5/36, P8/33**

**Nepít alkohol – P7/34**

**Nestresovat se – P5/35**

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze – P5/38, P6/37, P7/38, P8/37**

**Špatná strava – P5/40, P6/39, P7/40, P8/39**

**Málo pohybu – P5/41, P6/40**

**Kouření – P7/41, P8/39**

**Alkohol – P7/41**

#### 4.5 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)

Schéma 14 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)

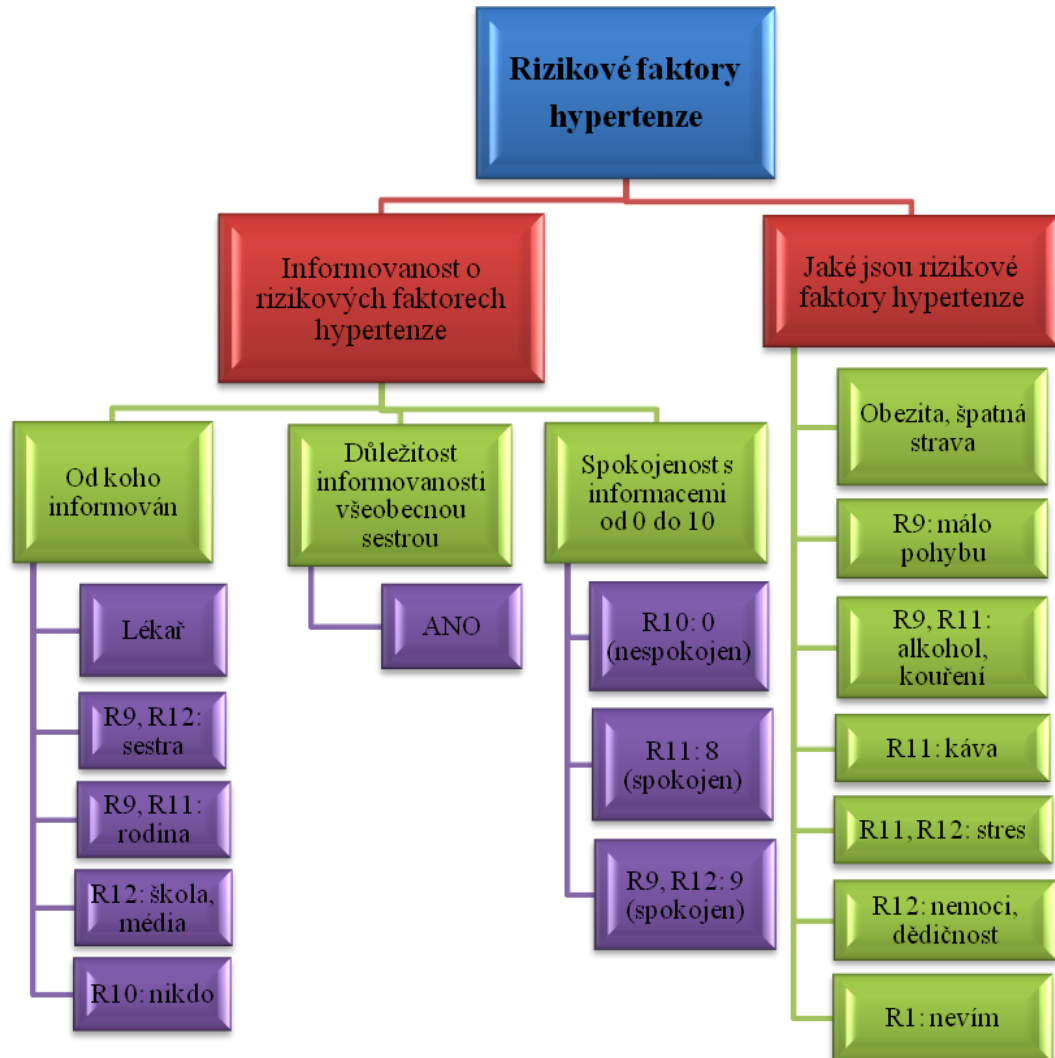


Schéma 14 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let, která byla dostačující. Většina dotazovaných osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let se o rizikových faktorech hypertenze dozvěděla od lékaře. R9 a R12 se ještě shodli na informovanosti všeobecnou sestrou. R9 dále dodal společně s R11 rodinu. R12 byl dále „informován ve škole a pomocí médií“. Oproti tomu R10 nebyl nikdy informován o rizikových faktorech hypertenze. Míra vědomostí respondentů o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku byla různorodá. Většina osob bez hypertenze se shodla na dvou

rizikových faktorech, obezitě a špatné stravě. Pro R11 a R12 je dalším rizikovým faktorem stres. R9 a R11 si myslí, že „hypertenzi může způsobit i alkohol a kouření“. R9 také odpověděl „málo pohybu“ a R11 „pítí kávy“. R12 uvedl i nemoci a dědičnost. Pouze R10 neví, jaká jsou rizikové faktory hypertenze, protože ho nikdo neinformoval. Důležitost informovanosti o rizikových faktorech hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny dotazované osoby bez hypertenze ve věku 45 – 64 let důležitá. Od sestry jsou informace pro ně lepší, protože lidé často neznají rizikové faktory hypertenze. Kdyby měli více informací, tak by se dalo lépe zabránit vzniku této nemoci. Spokojení s informacemi, které obdrželi o rizikových faktorech hypertenze, byli R9, R11 a R12. R9 a R12 udali na škále spokojenosti číslo 9 a R11 označil číslo 8. R10 nebyl spokojen s informacemi, které o rizikových faktorech obdržel. Na škále určil číslo 0.

**Všeobecná sestra** – R9/18, R12/18

**Lékař** – R9/9, R11/9, R12/9

**Rodina** – R9/9, R11/9

**Škola, média** – R12/9

**Nikdo** – R10/9

**Špatná strava** – R9/14, R11/13, R12/14

**Obezita** – R9/11, R11/14, R12/11

**Kouření** – R9/13, R11/11

**Alkohol** – R9/15, R11/12

**Stres** – R11/15, R12/15

**Káva** – R11/16

**Málo pohybu** – R9/12

**Dědičnost** – R12/12

**Nemoci** – R12/13

**Nevím** – R10/11

**Je důležitá informovanost sestrou** – R9/36, R10/26, R11/33, R12/33

**0 – nespokojen** – R10/36

**8 – spokojen** – R11/43

**9 – maximálně spokojen** – R9/47, R12/43

**Schéma 15 Prevence hypertenze osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)**

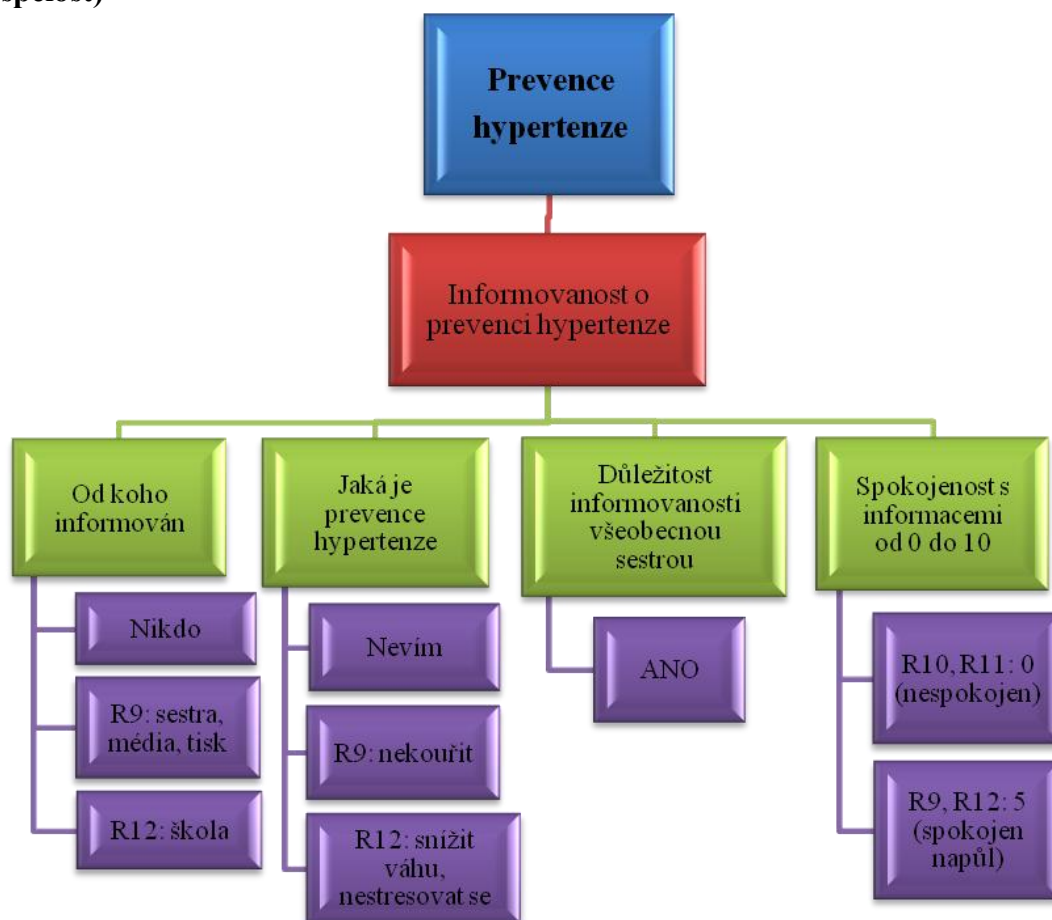


Schéma 15 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let. Informovanost o prevenci hypertenze byla různorodá. R10 a R11 nebyli nikdy informováni o prevenci hypertenze. R9 odpověděl, že „informace získal od všeobecné sestry, z médií a tisku“. R12 slyšel o prevenci vysokého krevního tlaku ve škole, ve které studoval. Míra vědomostí respondentů o prevenci byla též různorodá. Pro R9 „do prevence patří nekouřit“. R12 odpověděl „snížení váhy a nestresovat se“. R10 a R11 neví, jaká je prevence hypertenze. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny osoby bez hypertenze ve věku 45 – 64 let důležitá. Informace jsou pro ně důležité proto, aby věděli, jak předejít této nemoci, aby byli co nejdéle zdraví. S informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze, nebyli spokojeni R10 a R11. Oba respondenti na škále spokojenosti uvedli číslo 0. R9 a R12 byli s informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenzem, spokojeni napůl. Na škále označili číslo 5.

Všeobecná sestra – R9/41

Média, tisk – R9/31

Škola – R12/36

Nikdo – R10/29, R11/36

Zdravá strava – R12/38

Nekouřit – R9/42

Nestresovat se – R12/38

Nevím – R5/32, R7/33

Je důležitá informovanost sestrou o prevenci – R9/44, R10/33, R11/40, R12/40

0 – nespokojen – R10/38, R11/45

5 – spokojen napůl – R9/49, R12/45

Schéma 16 Životní styl osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)

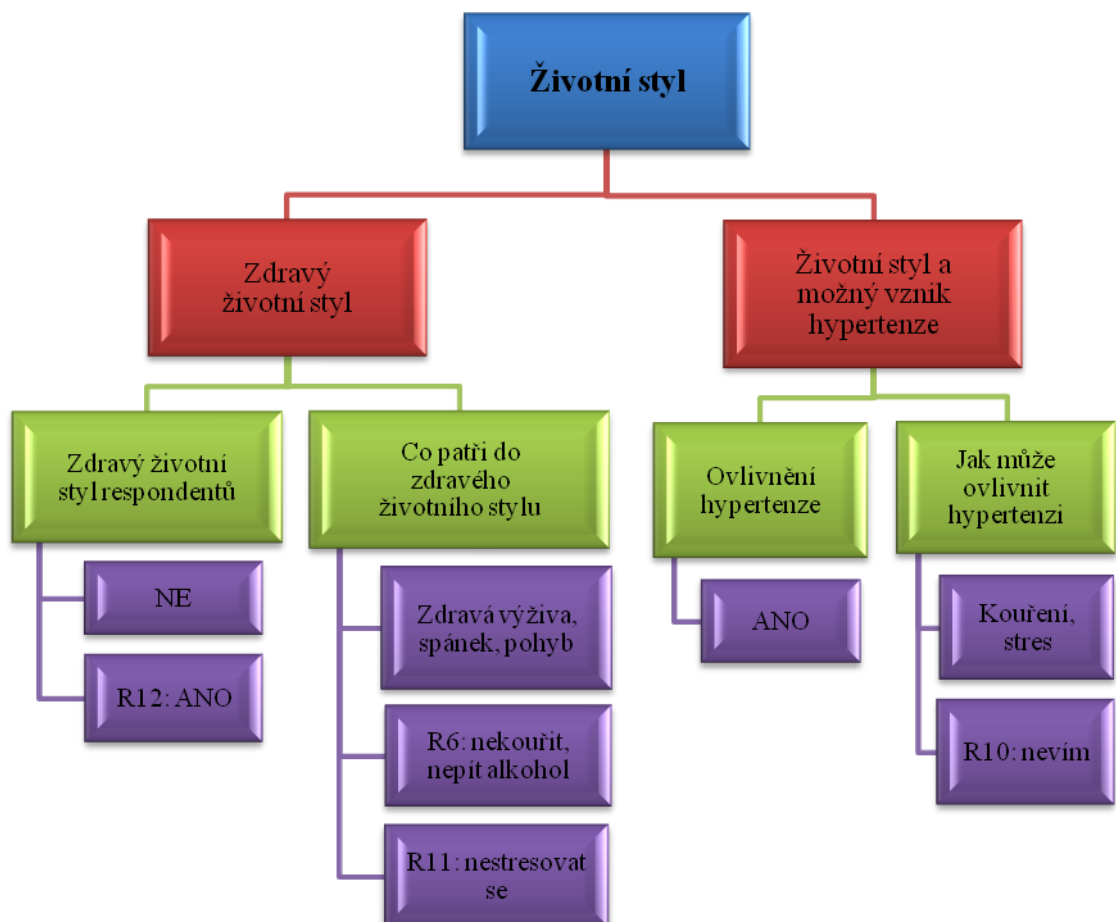


Schéma 16 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl osob bez hypertenze ve věku 45 – 64 let. Životní styl osob bez hypertenze ve věku 29 – 44

let je podle jejich odpovědí nezdravý. Pouze R12 uvedl, že jeho životní styl je zdravý. Míra vědomostí respondentů o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji do zdravého životního stylu řadí zdravou výživu, spánek a pohyb. R9 si myslí, že „je důležité nekouřit a nepít alkohol“. R11 také uvedl nestresovat se. Všechny dotazované osoby bez hypertenze ve věku 45 – 64 let uvedly, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Vysoký krevní tlak podle nich může ovlivnit hlavně kouření a stres. R10 neví, co může hypertenzi ovlivnit.

**Nezdravý životní styl** – R9/22, R10/16, R11/21

**Zdravý životní styl** – R12/22

**Pohyb** – R9/24, R10/18, R11/23, R12/24

**Zdravá výživa** – R9/25, R10/19, R11/24, R12/25

**Spánek** – R9/26, R11/26, R12/26

**Nestresovat se** – R11/25

**Nekouřit** – R9/27

**Nepít alkohol** – R9/28

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze** – R9/30, R10/21, R11/28, R12/28

**Kouření** – R9/32, R11/30, R12/30

**Stres** – R9/33, R11/30, R12/30

**Nevím** – R10/23

#### 4.6 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)

Schéma 17 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)

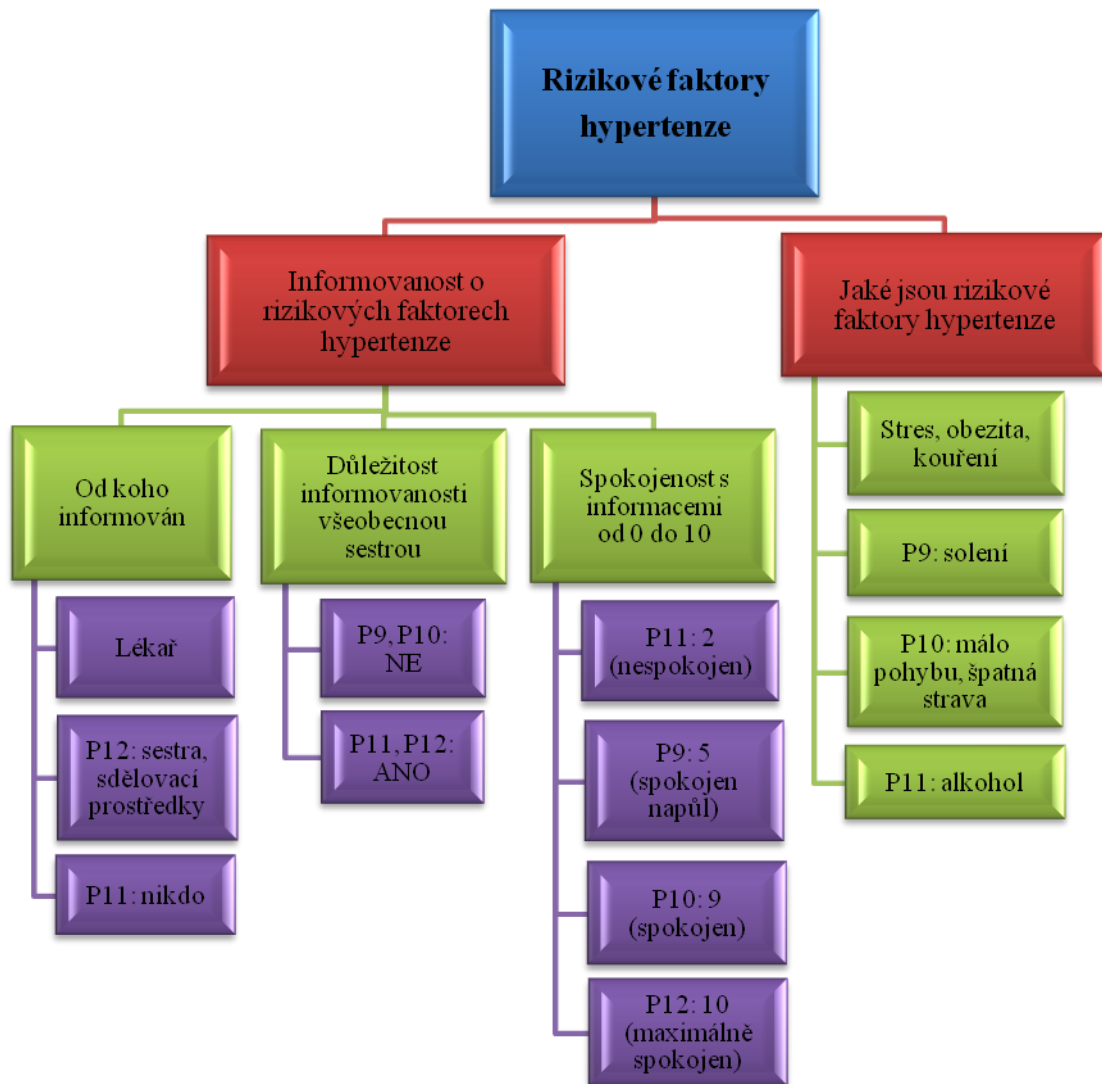


Schéma 17 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let. Informovanost respondentů byla dostačující. Většina pacientů odpověděla, že je o rizikových faktorech hypertenze informoval lékař. P12 slyšel o rizikových faktorech od všeobecné sestry a ze sdělovacích prostředků. P11 nikdo o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku neinformoval. Míra vědomostí respondentů o rizikových faktorech byla různorodá. Pro většinu dotazovaných pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let je hlavním

rizikovým faktorem hypertenze stres, obezita a kouření. Pro P9 je rizikový faktor i nadměrné solení. P10 ještě uvedl „*málo pohybu a špatnou stravu*“. P11 si vzpomněl i na alkohol. Důležitost informovanosti o rizikových faktorech hypertenze všeobecnou sestrou je důležitá pro P11 a P12. Od sestry jsou informace pro ně lepší, protože si informace nemají kde jinde najít a mají lidštvější přístup k pacientům než lékaři. P19 a P10 uvedli, že jim „*stačí informace pouze od lékaře*“. Spokojeni s informacemi, které obdrželi o rizikových faktorech hypertenze, byli pacienti P10 a P12. Na škále, na které vyznačovali spokojenost, P10 dal číslo 9 a P12 číslo 10. P9 byl s informacemi spokojen napůl, proto na škále spokojenosti označil číslo 5. Oproti tomu P11 uvedl na škále číslo 0, protože s informacemi byl nespokojen. Nikdo ho totiž o rizikových faktorech hypertenze neinformoval.

**Lékař** – P9/45, P10/45, P12/57

**Všeobecná sestra** – P12/57

**Sdělovací prostředky** – P12/57

**Nikdo** – P11/43

**Obezita** – P9/47, P11/46, P12/59

**Kouření** – P9/48, P11/48, P12/60

**Stres** – P10/48, P11/45, P12/61

**Alkohol** – P11/47

**Špatná strava** – P10/47

**Málo pohybu** – P10/49

**Nadměrné solení** – P9/49

**Není důležitá informovanost sestrou** – P9/55, P10/55

**Je důležitá informovanost sestrou** – P11/54, P12/69

**2 – nespokojen** – P11/65

**5 – spokojen napůl** – P9/65

**9 – spokojen** – P12/81

**10 – maximálně spokojen** – P10/65



**Schéma 18 Prevence hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)**

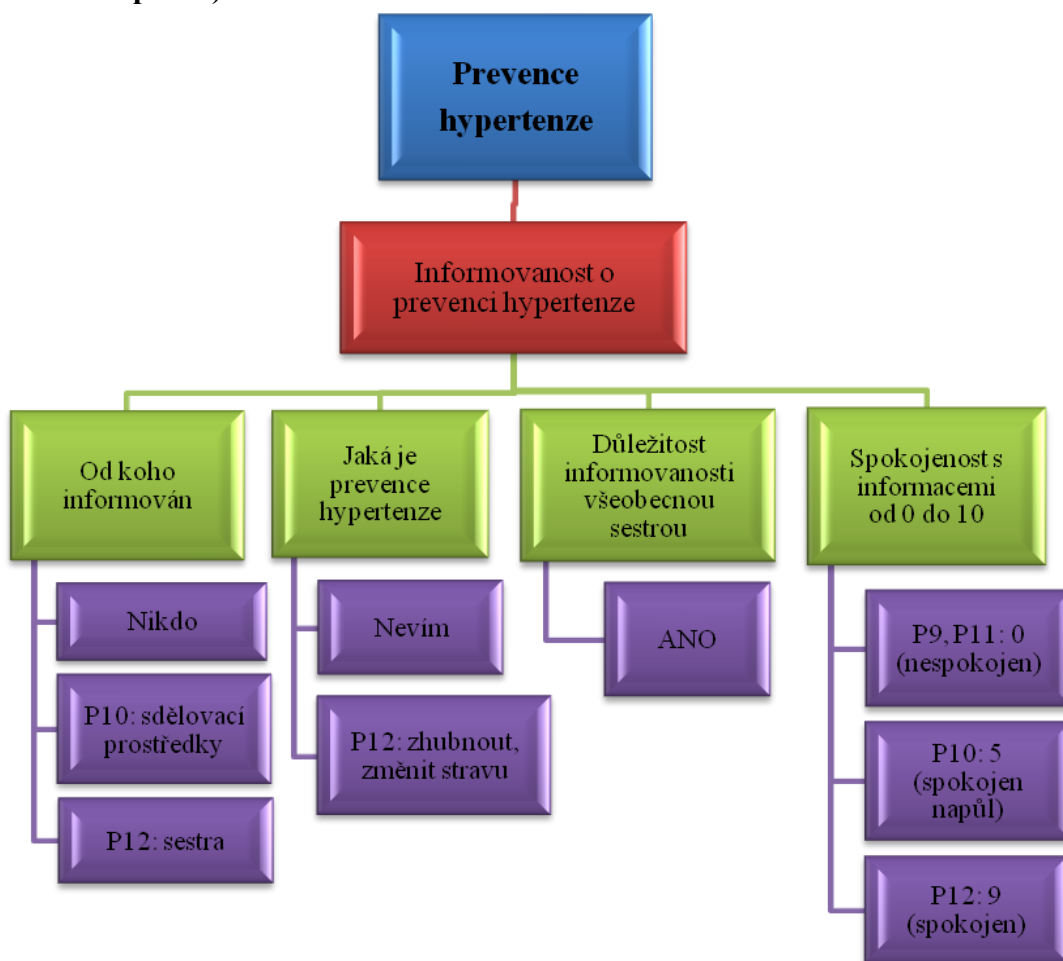


Schéma 18 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let. Informovanost o prevenci hypertenze byla nedostačující. Většina dotazovaných pacientů nikdy nebyla informována o prevenci hypertenze. P10 něco „o prevenci slyšel ze sdělovacích prostředků“. P12 byl informován všeobecnou sestrou. Míra vědomostí pacientů ve věku 45 – 64 let o prevenci nebyla rozsáhlá. Většina dotazovaných pacientů neví, jaká je prevence hypertenze, protože je nikdo o prevenci neinformoval. Pouze P12 uvedl jako prevenci „zhubnutí a změna stravy“. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny dotazované pacienty trpící hypertenzí ve věku 45 – 64 let důležitá. Informace od sestry jsou pro ně důležité proto, aby byli zdraví a aby věděli, jak předejít hypertenzi. S informacemi, které obdržel o prevenci hypertenze, byl

spokojen pouze P12, který na škále spokojenosti označil číslo 9. P10 byl spokojen napůl. P9 a P11 nikdy nebyli informováni, proto na škále spokojenosti udali číslo 0.

**Všeobecná sestra** – P12/74

**Sdělovací prostředky** – P10/58

**Nikdo** – P9/58, P11/58

**Zhubnout, změna stravy** – P12/76

**Nevím** – P9/60, P10/60, P11/60

**Je důležitá informovanost sestrou o prevenci** – P9/62, P10/62, P11/62, P12/78

**0 – nespokojen** – P9/67, P11/67

**5 – spokojen napůl** – P10/67

**9- spokojen** – P12/83

**Schéma 19 Životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let (pozdní dospělost)**

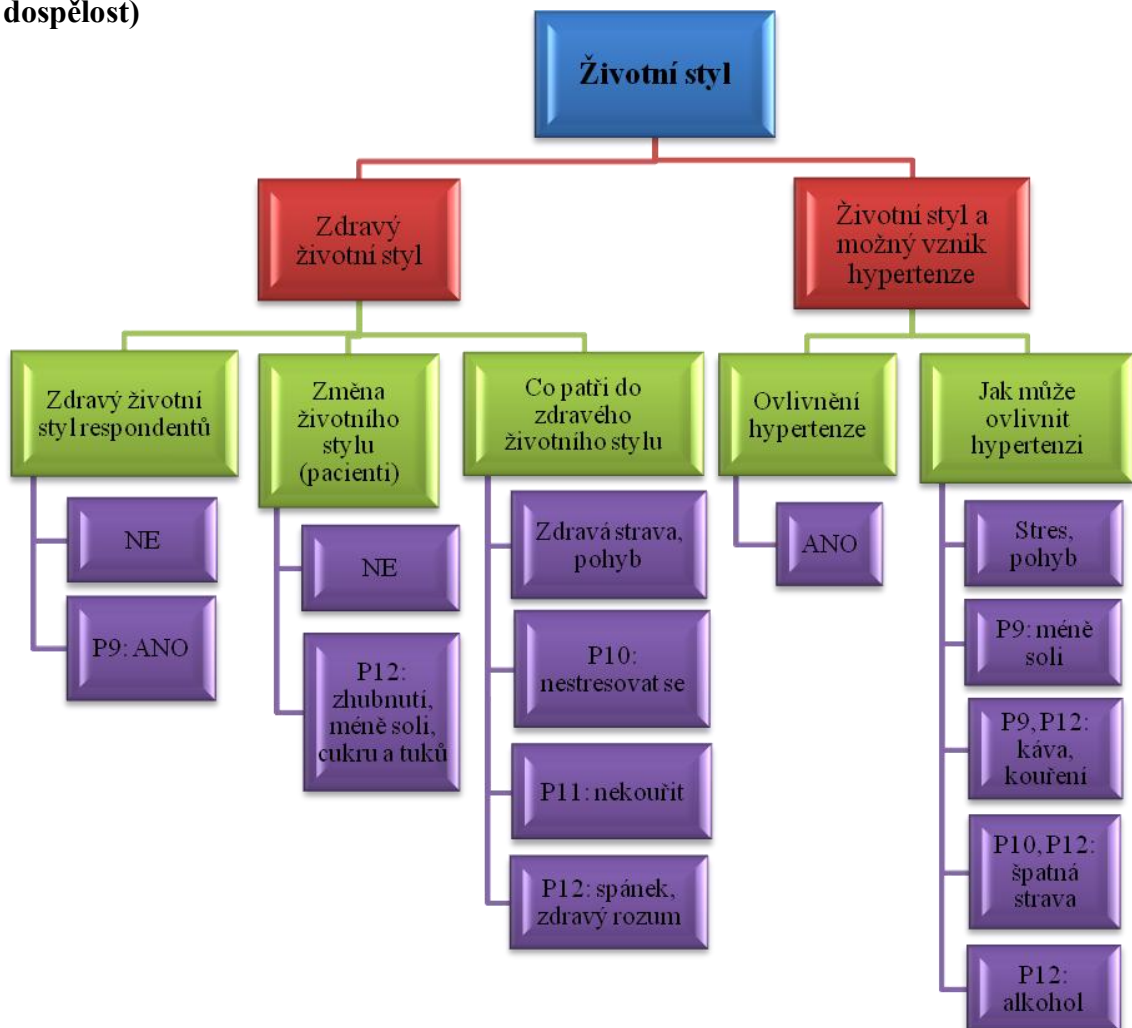


Schéma 19 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 45 – 64 let. Podle odpovědí je životní styl dotazovaných pacientů nezdravý. Pouze P9 si myslí, že je jeho životní styl zdravý. Svůj životní styl změnil při diagnostice vysokého krevního tlaku pouze P12, který zhubnul a začal jíst méně soli, cukru a tuků. Míra vědomostí pacientů o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji do zdravého životního stylu řadí zdravou stravu a pohyb. Pro P10 „*je důležité nestresovat se*“. P11 si myslí, že „*je důležité nekouřit*“. P12 také uvedl „*dostatek spánku zdravý rozum*“. Všichni dotazovaní pacienti trpící hypertenzí ve věku 45 – 64 let uvedli, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Vysoký krevní tlak podle nich může ovlivnit hlavně stres a pohyb. Pro P10 a P12 „*je důležitá i špatná strava*“. P9 a P12 uvedli „*pítí kávy a kouření*“. P9 ještě odpověděl „*méně solení pokrmů*“. P12 si myslí, že „*vysoký krevní tlak může ovlivnit i pítí alkoholu*“.

**Zdravý životní styl – P9/29**

**Nezdravý životní styl – P10/29, P11/29, P12/35**

**Změna životního stylu ve stravování - jí méně soli, cukru a tuků – P12/28, 30, 31**

**Změna životního stylu ve zhubnutí – P12/29**

**Žádná změna – P9/25, P10/25, P11/25**

**Pohyb – P9/31, P10/32, P11/31, P12/38**

**Zdravá strava – P9/32, P10/33, P11/32, P12/39**

**Spánek – P12/37**

**Nekouřit – P11/33**

**Nestresovat se – P10/31**

**Zdravý rozum – P12/40**

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze – P9/34, P10/35, P11/35, P12/42**

**Málo pohybu – P9/39, P10/39, P12/44**

**Stres – P10/38, P11/37, P12/45**

**Špatná strava – P10/37, P12/49**

**Káva – P9/36, P12/47**

**Solení – P9/37**

**Kouření – P9/38, P12/46**

**Alkohol – P12/48**

#### 4.7 Kategorizace osob bez hypertenze ve věku 65 a více let (stáří)

Schéma 20 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 65 a více let (stáří)

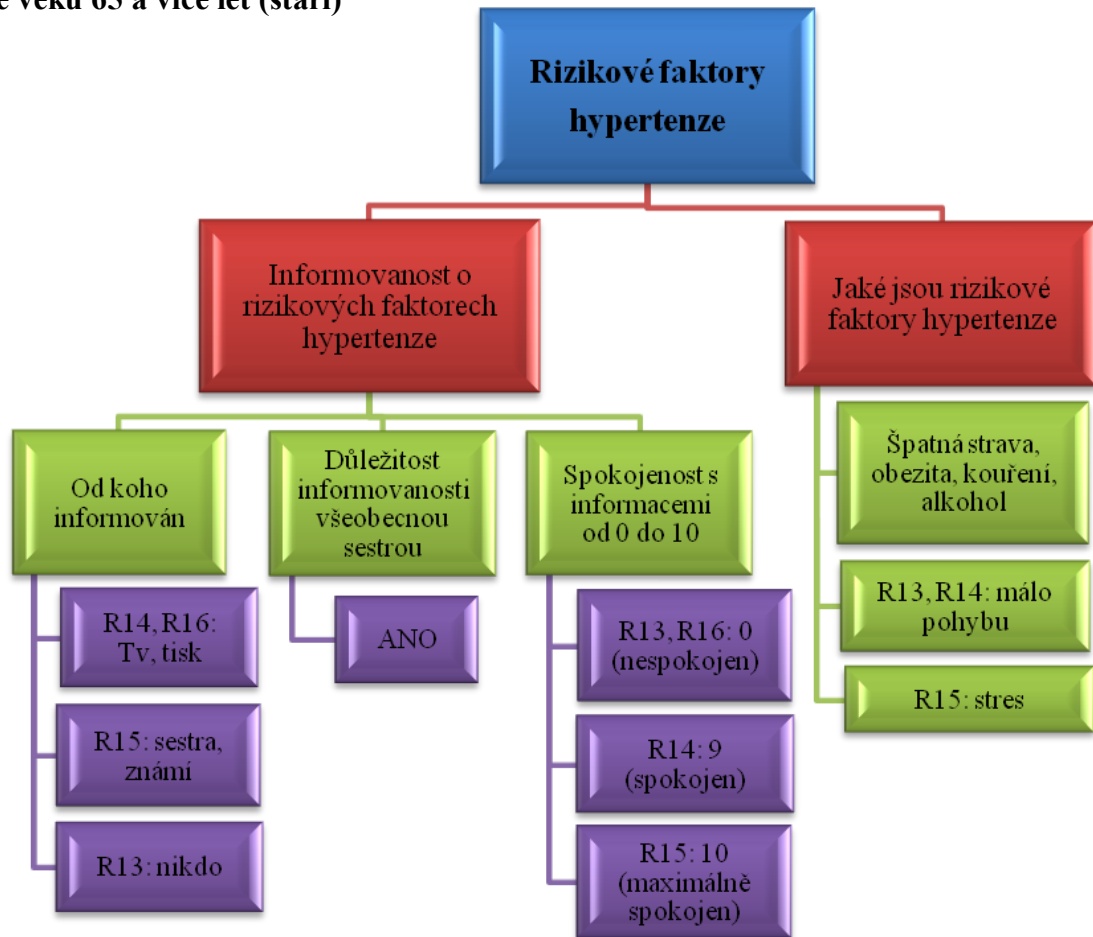


Schéma 20 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze ve věku 65 a více let, která byla dostačující. R14 a R16 se o rizikových faktorech hypertenze dozvěděli z televize a z tisku. R15 byl „informován od všeobecné sestry a od známých“. Oproti tomu R13 nebyl nikdy informován o rizikových faktorech hypertenze. Míra vědomostí respondentů o rizikových faktorech byla různorodá. Většina respondentů se shodla na špatné stravě, obezitě, kouření a alkoholu. Pro R13 a R14 je „dalším důležitým rizikovým faktorem hypertenze málo pohybu“. R15 si myslí, že „hypertenzi může způsobit i stres“. Důležitost informovanosti o rizikových faktorech hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny dotazované osoby bez hypertenze ve věku 65 a více let důležitá. Od sestry jsou informace pro ně důležité, aby věděli, co můžou a co ne. Často si rizikové faktory také

neuvědomují. Spokojeni s informacemi, které obdrželi o rizikových faktorech hypertenze, byli R14 a R15. Na škále, na které vyznačovali spokojenost, R14 udal číslo 9 a R15 číslo 10. R13 a R16 nebyli spokojeni s informacemi, které o rizikových faktorech obdrželi. Na škále označili číslo 0.

**Všeobecná sestra** – R15/16

**Tv, tisk** – R14/9, R16/9

**Známí** – R15/9

**Nikdo** – R13/9

**Špatná strava** – R13/14, R14/14, R15/11, R16/12

**Obezita** – R14/12, R15/13, R16/11

**Kouření** – R13/12, R14/13, R16/13

**Alkohol** – R13/13, R14/16, R16/14

**Stres** – R15/12

**Málo pohybu** – R13/11, R14/15

**Je důležitá informovanost sestrou** – R13/31, R14/33, R15/32, R16/33

**0 – nespokojen** – R13/41, R16/42

**9 – spokojen** – R14/46

**10 – maximálně spokojen** – R15/42

**Schéma 21 Prevence hypertenze osob bez hypertenze ve věku 65 a více let (stáří)**

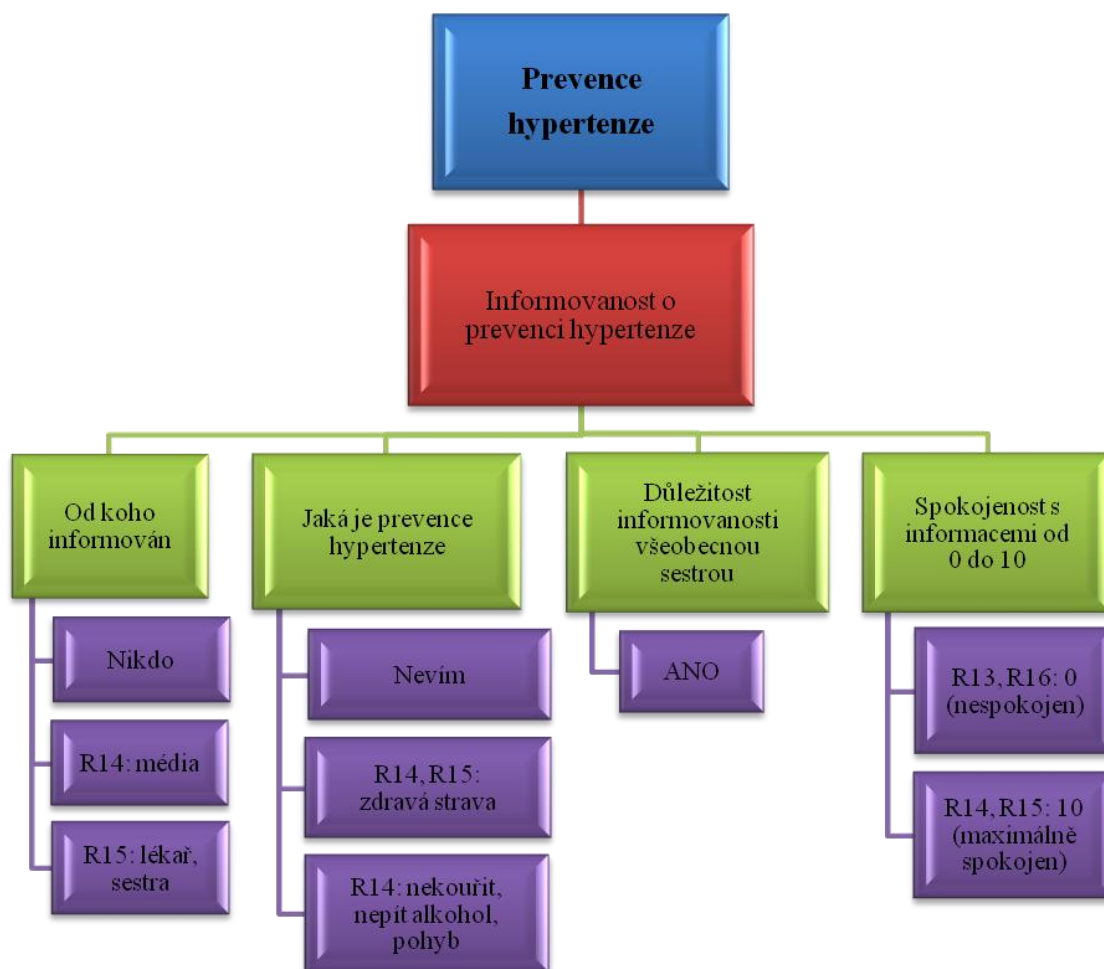


Schéma 21 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze osob bez hypertenze ve věku 65 a více let. Informovanost o prevenci hypertenze byla různorodá. R15 a R16 nebyli nikdy informováni o prevenci hypertenze. R14 odpověděl, že „o prevenci vysokého krevního tlaku slyšel z médií“. R15 informace získal od lékaře a všeobecné sestry. Míra vědomostí respondentů o prevenci byla též různorodá. Pro R14 a R15 „do prevence patří zdravá strava“. R14 ještě odpověděl „nekouřit, nepít alkohol a pohyb“. R13 a R16 neví, jaká je prevence hypertenze. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny osoby bez hypertenze ve věku 65 a více let důležitá. Informace jsou pro ně důležité proto, aby byli co nejdéle zdraví a aby věděli, co může tato nemoc vše způsobovat. S informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze, nebyli spokojeni R13 a R16. Oba respondenti na škále spokojenosti označili číslo 0. R14 a R15 byli s informacemi, které obdrželi o prevenci hypertenze, maximálně spokojeni. Na škále udali číslo 10.

**Lékař, všeobecná sestra – R15/35**

**Média – R14/36**

**Nikdo – R13/34, R16/35**

**Zdravá strava – R14/41, R15/37**

**Nekouřit – R14/38**

**Nepít alkohol – R14/39**

**Pohyb – R14/40**

**Nevím – R13/36, R16/37**

**Je důležitá informovanost sestrou o prevenci – R13/38, R14/43, R15/39, R16/39**

**0 – nespokojen – R13/43, R16/44**

**10 – maximálně spokojen – R14/48, R15/44**

**Schéma 22 Životní styl osob bez hypertenze ve věku 65 a více let (stáří)**

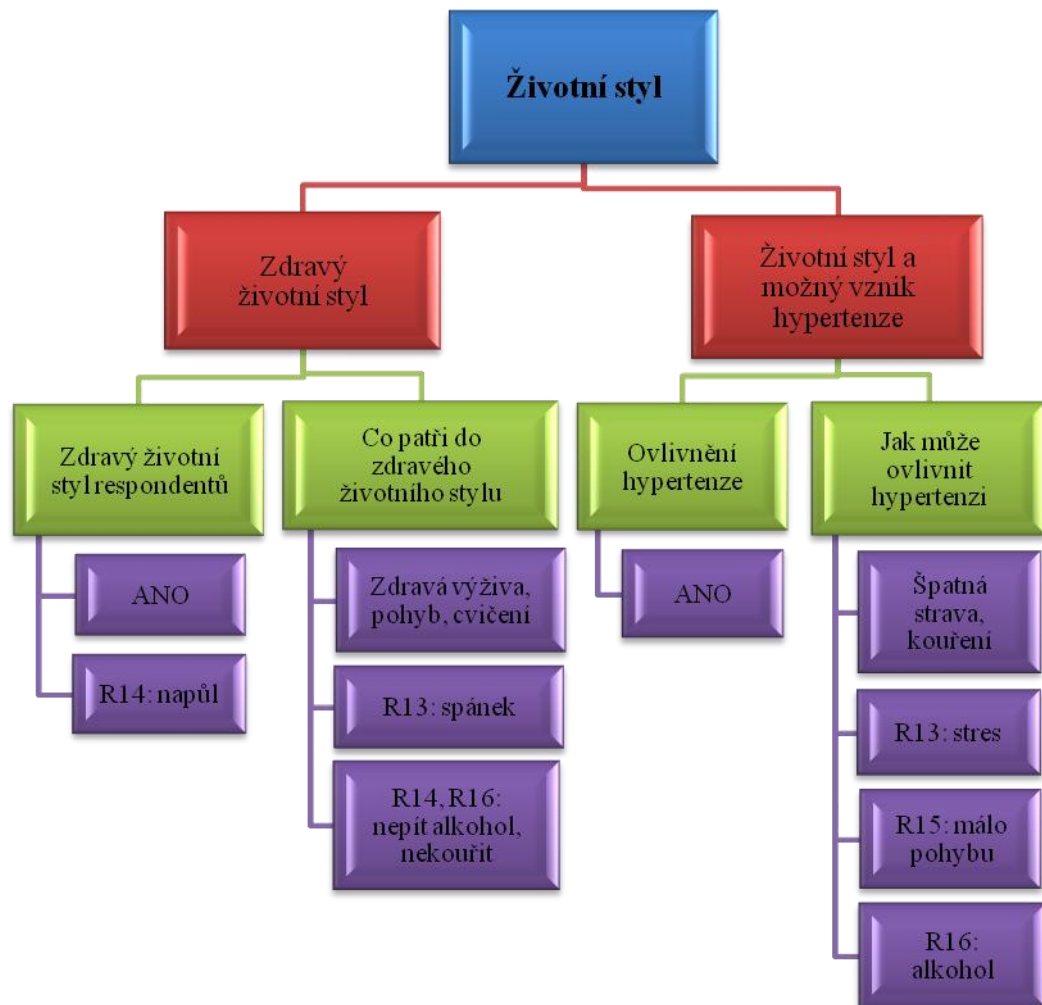


Schéma 22 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl osob bez hypertenze ve věku 65 a více let. Podle odpovědí je životní styl respondentů zdravý. Pouze R14 uvedl, že jeho „*životní styl je zdravý napůl*“. Kouří, ale jí zdravě. Míra vědomostí osob bez hypertenze ve věku 65 a více let o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji do zdravého životního stylu řadí zdravou výživu, pohyb a cvičení. Pro R14 a R16 „*do zdravého životního stylu patří i nepít alkohol a nekouřit*“. R13 si myslí, že „*je důležitý spánek*“. Všechny dotazované osoby bez hypertenze ve věku 65 a více let uvedly, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Vysoký krevní tlak podle nich může ovlivnit hlavně špatná strava a kouření. R13 uvedl také stres. Pro R15 „*je důležitý málo pohybu*“. R16 při položení této otázky odpověděl, že „*vysoký krevní tlak může ovlivnit pití alkoholu*“.

**Zdravý životní styl** – R13/19, R15/20, R16/19

**Zdravý životní styl napůl** – R14/21

**Pohyb** – R14/23, R15/23, R16/23

**Zdravá výživa** – R13/22, R14/26, R15/24, R16/22

**Cvičení** – R13/23, R14/23, R15/22, R16/21

**Spánek** – R13/21

**Nekouřit** – R14/24, R16/24

**Nepít alkohol** – R14/25, R16/25

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze** – R13/25, R14/28, R15/26, R16/27

**Kouření** – R13/26, R14/30, R16/30

**Špatná strava** – R13/27, R15/29, R16/29

**Stres** – R13/26

**Málo pohybu** – R15/28

**Alkohol** – R16/30



#### 4.8 Kategorizace pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let (stáří)

Schéma 23 Informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let (stáří)

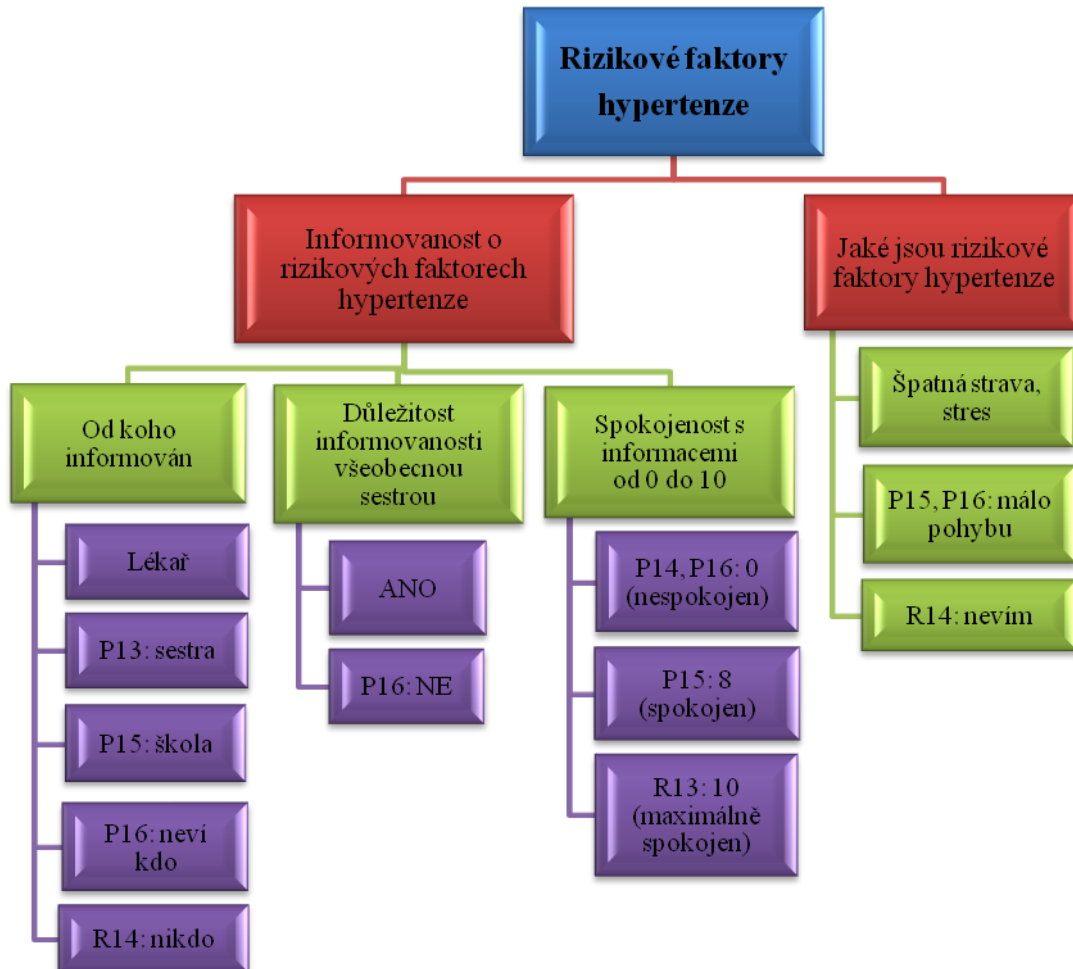


Schéma 23 znázorňuje kategorii zaměřenou na informovanost o rizikových faktorech hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let. Informovanost byla dostačující. Většina pacientů odpověděla, že je o rizikových faktorech hypertenze informoval lékař. P13 slyšel o rizikových faktorech od všeobecné sestry. P15 uvedl, že „o rizikových faktorech hypertenze se dozvěděl, také ve škole“. P16 už neví, od koho, kromě lékaře, slyšel o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku. P14 nikdo o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku neinformoval. Míra vědomostí pacientů o rizikových faktorech byla různorodá. Pro většinu dotazovaných pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let je hlavním rizikovým faktorem hypertenze špatná strava a stres. Pro P15 a P16 je rizikovým faktorem i málo pohybu. P14 nezná rizikové

faktory hypertenze. Důležitost informovanosti o rizikových faktorech hypertenze všeobecnou sestrou je pro většinu dotazovaných pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let důležitá. Je to práce sestry a je důležité, aby pacienti znali rizikové faktory hypertenze. P16 uvedl, že mu „stačí informace pouze od lékaře“. Spokojeni s informacemi, které obdrželi o rizikových faktorech hypertenze, byli pacienti P15 a P13. Na škále, na které vyznačovali spokojenosti, P15 dal číslo 8 a P13 číslo 10. Oproti tomu P14 a P16 označili na škále spokojenosti číslo 0, protože s informacemi byli nespokojeni. Nikdo je totiž o rizikových faktorech hypertenze neinformoval.

**Lékař** – P13/44, P15/43, P16/41

**Všeobecná sestra** – P13/51

**Škola** – P15/43

**Někdo jiný** – P16/41

**Nikdo** – P14/42

**Stres** – P13/47, P15/47, P16/44

**Špatná strava** – P13/48, P15/45, P16/43

**Málo pohybu** – P15/46, P16/45

**Nevím** – P14/44

**Je důležitá informovanost sestrou** – P13/56, P14/50, P15/53

**Není důležitá informovanost sestrou** – P16/51

**0 – nespokojen** – P14/61, P16/62

**8 – spokojen** – P15/65

**10 – maximálně spokojen** – P13/67

**Schéma 24** Prevence hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let (stáří)

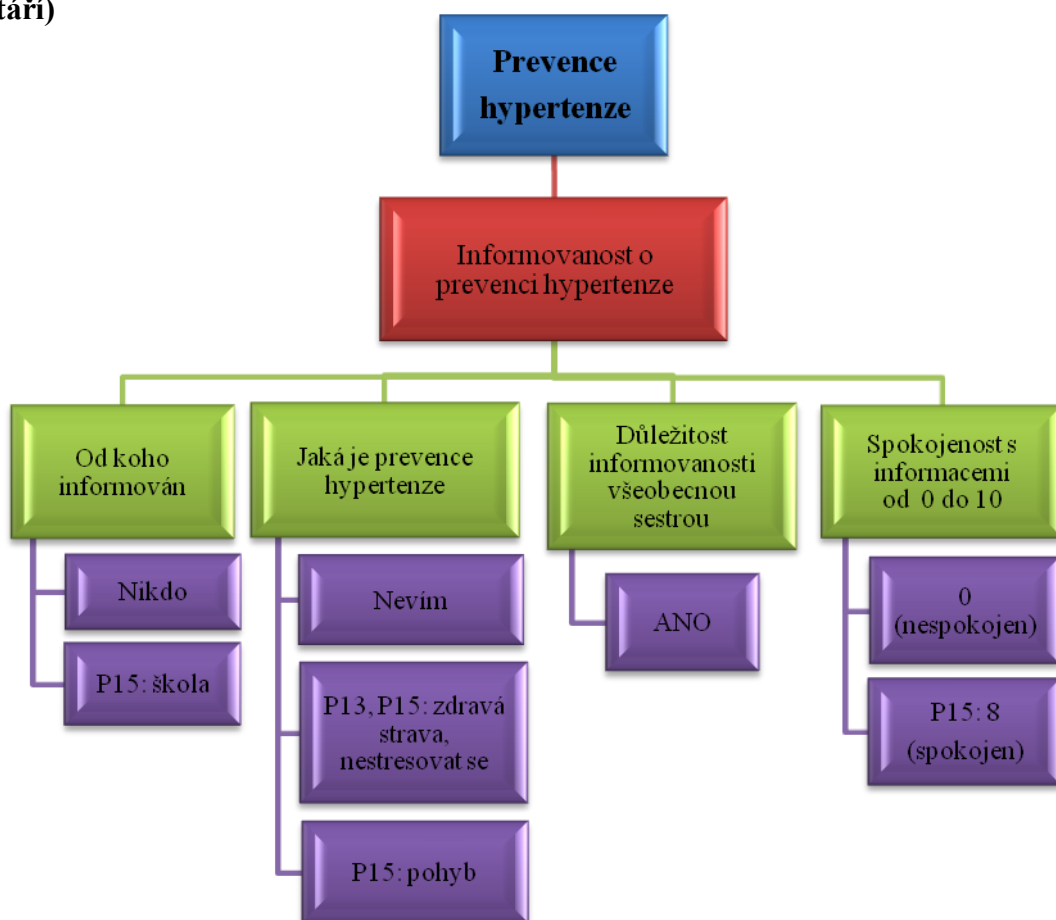


Schéma 24 znázorňuje kategorii zaměřenou na prevenci hypertenze pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let. Informovanost o prevenci hypertenze byla nedostačující. Většina dotazovaných pacientů nikdy nebyla informována o prevenci hypertenze. P15 o prevenci vysokého krevního tlaku slyšel ve škole. Míra vědomostí pacientů o prevenci nebyla rozsáhlá. P14 a P16 neví, jaká je prevence hypertenze, protože je nikdo o prevenci neinformoval. Pro P13 a P15 „do prevence hypertenze patří zdravá strava a nestresovat se“. P15 ještě uvedl jako prevenci pohyb. Důležitost informovanosti o prevenci hypertenze všeobecnou sestrou je pro všechny pacienty trpící hypertenzí ve věku 65 a více let důležitá. Informace od sestry jsou pro ně důležité proto, aby byli zdraví a aby měli dostatek informací o této nemoci. S informacemi, které obdržel o prevenci hypertenze, byl spokojen pouze P15, který na škále spokojenosti udal číslo 8. Ostatní pacienti trpící hypertenzí ve věku 65 a více let byli nespokojeni, proto označili na škále číslo 0.

Škola – P15/57

Nikdo – P13/60, P14/54, P16/55

Zdravá strava – P13/62, P15/59

Nestresovat se – P13/62, P15/60

Pohyb – P15/61

Nevím – P14/56, P16/57

Je důležitá informovanost sestrou o prevenci – P13/64, P14/58, P15/63, P16/59

0 – nespokojen – P13/69, P14/63, P16/64

8 – spokojen – P15/67

Schéma 25 Životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let (stáří)

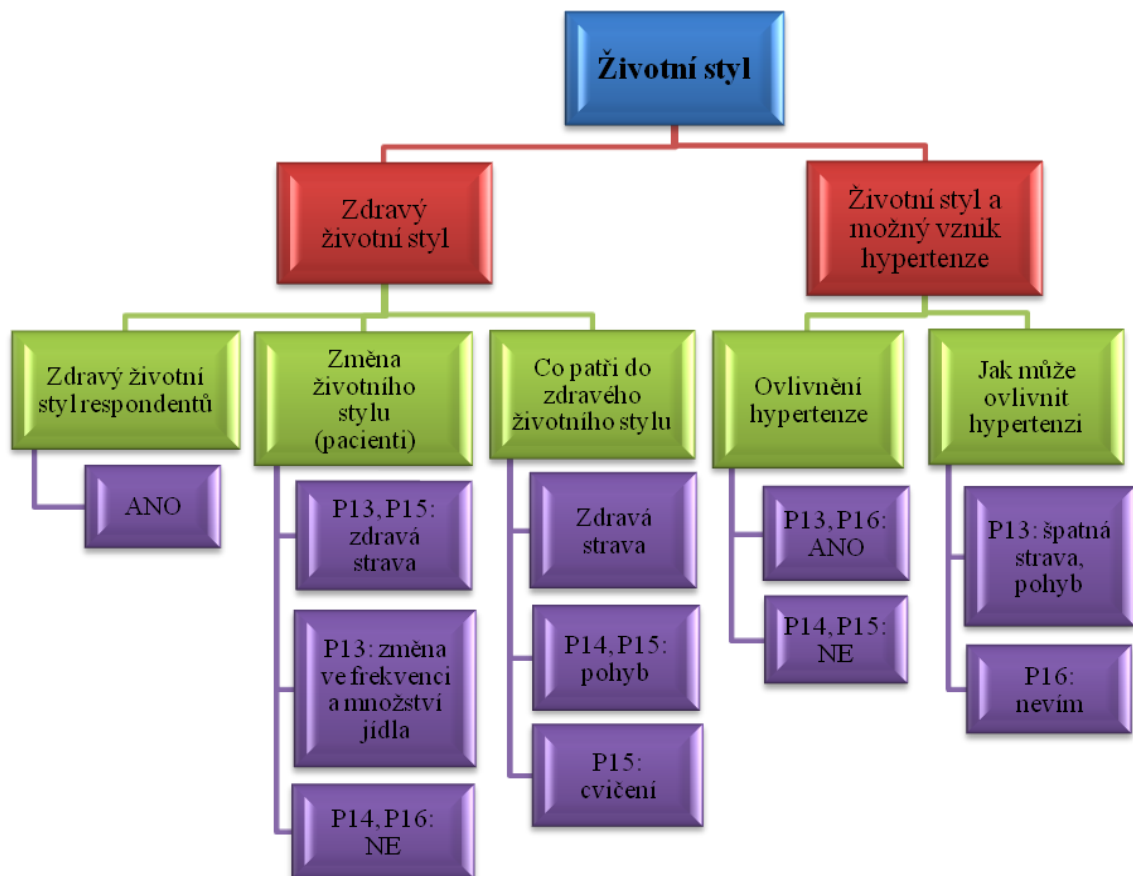


Schéma 25 znázorňuje kategorii zaměřenou na názor na vlastní životní styl pacientů trpících hypertenzí ve věku 65 a více let. Podle odpovědí dotazovaných pacientů je jejich životní styl zdravý. Svůj životní styl změnili při diagnostice vysokého krevního tlaku P13 a P15. Začali jíst více zdravě. P13 začal jíst častěji a po menších

porcích. P14 a P16 svůj životní styl nezměnili. Míra vědomostí pacientů o zdravém životním stylu byla různorodá. Nejčastěji do zdravého životního stylu řadí zdravou stravu. Pro P14 a P15 „je důležitý i pohyb“. P15 také uvedl cvičení. P13 a P16 uvedli, že jejich „životní styl může ovlivnit vznik hypertenze“. Podle P13 „vysoký krevní tlak může ovlivnit hlavně špatná strava a pohyb“. P14 neví, co může hypertenzi ovlivnit. Podle P14 a P15 nemůže jejich životní styl ovlivnit vznik hypertenze.

**Zdravý životní styl** – P13/31, P14/29, P15/30, P16/29

**Změna: jí zdravě** – P13/26, P15/26

**Změna: frekvence a množství jídla** – P13/27

**Žádná změna** – P14/25, P16/25

**Zdravá strava** – P13/33, P14/31, P15/32, P16/31

**Pohyb** – P14/32, P15/33

**Cvičení** – P15/33

**Životní styl může ovlivnit vznik hypertenze** – P13/35, P16/33

**Životní styl nemůže ovlivnit vznik hypertenze** – P14/34, P15/35

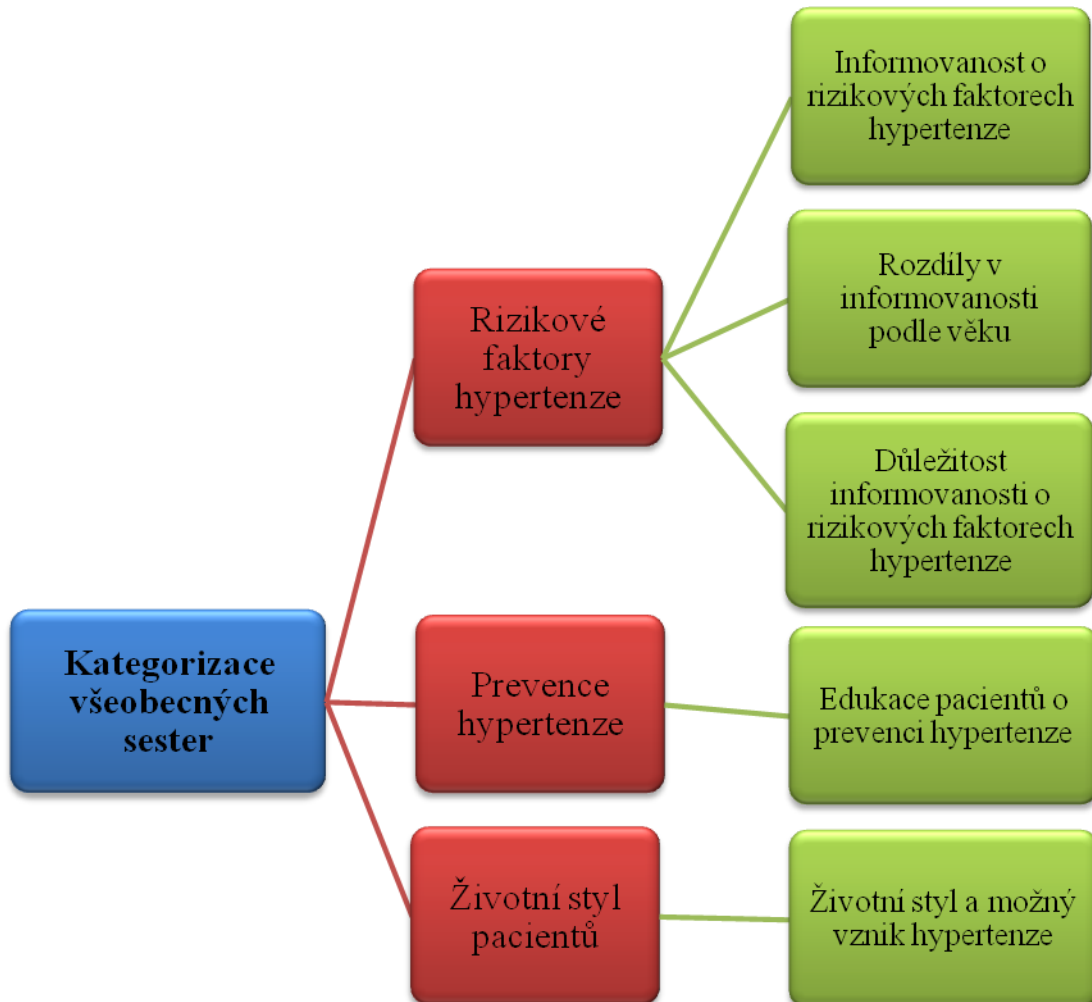
**Špatná strava** – P13/37

**Málo pohybu** – P13/38

**Nevím** – P16/35

#### 4.9 Kategorizace všeobecných sester

Schéma 26 Seznam kategorií a podkategorií



Po provedení rozhovorů se všemi 12 všeobecnými sestrami byla data kódována. Následně byly vytvořeny tři kategorie: rizikové faktory hypertenze; prevence hypertenze; životní styl pacientů. Podkategorie byly vytvořeny na základě reakcí všeobecných sester na to, jak informují pacienty o rizikových faktorech a prevenci hypertenze a také na to, jaký vliv má životní styl na vznik hypertenze. V následujících schématech jsou popisovány jednotlivé kategorie a podkategorie.

**Schéma 27 Odpovědi všeobecných sester o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí**

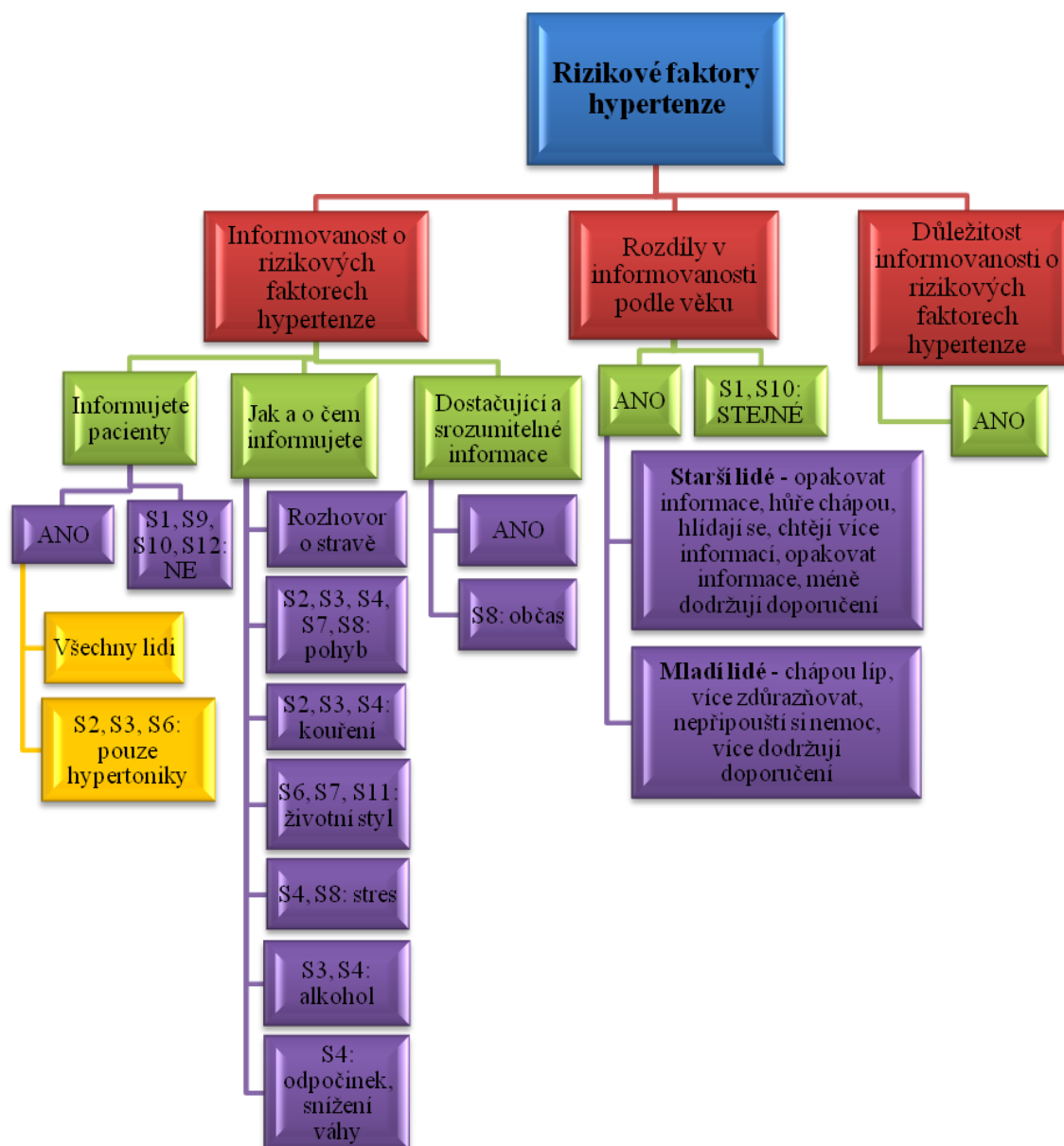


Schéma 27 znázorňuje kategorii zaměřenou na odpovědi všeobecných sester o rizikových faktorech hypertenze osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí. Informovanost o rizikových faktorech hypertenze je podle odpovědí většiny všeobecných sester pro osoby bez hypertenze a pro pacienty trpící hypertenzí dostačující, srozumitelná a pochopitelná. Pouze S8 uvedla, že „jen občas jsou informace pro lidi dostačující, srozumitelné a pochopitelné. Záleží na věku a zájmu posluchače“. Většina dotazovaných všeobecných sester uvedla, že o rizikových

faktorech hypertenze informují osoby bez hypertenze i pacienti trpící hypertenzí. S2, S3 a S6 informují pouze pacienti trpící hypertenzí. Pouze S1, S9, S10 a S12 odpověděly, že lidi o rizikových faktorech neinformují. Tuto funkci obvykle přenechávají ošetřujícímu lékaři. Většina dotazovaných sester předává informace o rizikových faktorech hypertenze pomocí rozhovoru. Zaměřují se nejčastěji na stravu. Pro S2, S3, S4, S7 a S8 „je důležité informovat lidi i o pohybu“. S2, S3 a S4 se zaměřují i na kouření. S6, S7 a S11 uvedly také změnu životního stylu. Pro S4 a S8 „je podstatný i stres“. S3 a S4 udaly i pití alkoholu. Pouze S4 odpověděla, že lidi informuje i o nutnosti odpočinku a snížení jejich váhy. Rozdíly v informovanosti lidí podle věku je pro většinu dotazovaných všeobecných sester důležité. Obvykle odpověděly, že „starším lidem je důležité informace opakovat, protože hůře chápou. Oproti tomu mladí lidé chápou informace lépe“. S3 a S9 si myslí, že se „starší lidé více hlídají, a proto od nich chtějí více informací. Zato mladí lidé si nepřipouští, že by mohli mít nějakou nemoc, a proto je důležité jim informace stále opakovat“. S tímto nesouhlasí S5 a S12. Pro ně „starší lidé méně dodržují doporučená opatření, proto se jim informace musí stále opakovat a mladí lidé více jejich doporučení dodržují“. Pouze S1 a S10 uvedly, že „žádné rozdíly v informovanosti nejsou. Pro všechny lidi je informovanost stejná“. Informovanost pacientů o rizikových faktorech hypertenze je pro všechny dotazované všeobecné sestry důležitá. Většina všeobecných sester uvedla, že je důležitá kvůli prevenci hypertenze a jiných možných onemocnění. S6 a S10 si myslí, že „je důležitá kvůli zlepšení zdravotního stavu dospělé populace“. Pro S7 a S8 je „informovanost důležitá pro lepší spolupráci pacienta a jeho rodiny“. S10 uvedla, že „informovanost je důležitá, protože informací dospělým lidem není nikdy dost a nemocní pak berou méně léků“.

**Všeobecná sestra informuje všechny lidi** – S4/17, S5/14, S7/13, S8/13, S11/15

**Všeobecná sestra informuje jen pacienti trpící hypertenzí** – S2/15, S3/17, S6/16

**Všeobecná sestra neinformuje lidi** – S1/14, S9/18, S10/16, S12/16

**Rozhovor o rizikových faktorech** – S2/17, S3/19, S4/19, S5/16, S6/18, S7/15, S8/15, S11/17

**Strava** – S2/18, S3/20, S4/21, S5/17, S7/17, S8/17, S11/18

**Pohyb** – S2/20, S3/25, S4/23, S7/18, S8/18

**Kouření** – S2/19, S3/23, S4/22



**Životní styl** – S6/19, S7/16, S11/19

**Stres** – S4/24, S8/16

**Alkohol** – S3/24, S4/22

**Odpočinek** – S4/23

**Snížení váhy** – S4/24

**Dostačující a srozumitelné informace** – S2/45, S3/61, S4/56, S5/42, S6/53, S7/45, S11/46

**Občas dostačující a srozumitelné informace** – S8/46

**Nejsou rozdíly v informovanosti** – S1/19, S10/21

**Rozdíl v informovanosti** – S2/23, S3/28, S4/27, S5/20, S6/22, S7/21, S8/21, S11/23, S12/21

**Je důležitá informovanost** – S1/12, S2/28, S3/33, S4/32, S5/25, S6/29, S7/25, S8/24, S9/32, S10/26, S11/27, S12/26

**Schéma 28** Odpovědi všeobecných sester o prevenci hypertenze osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí

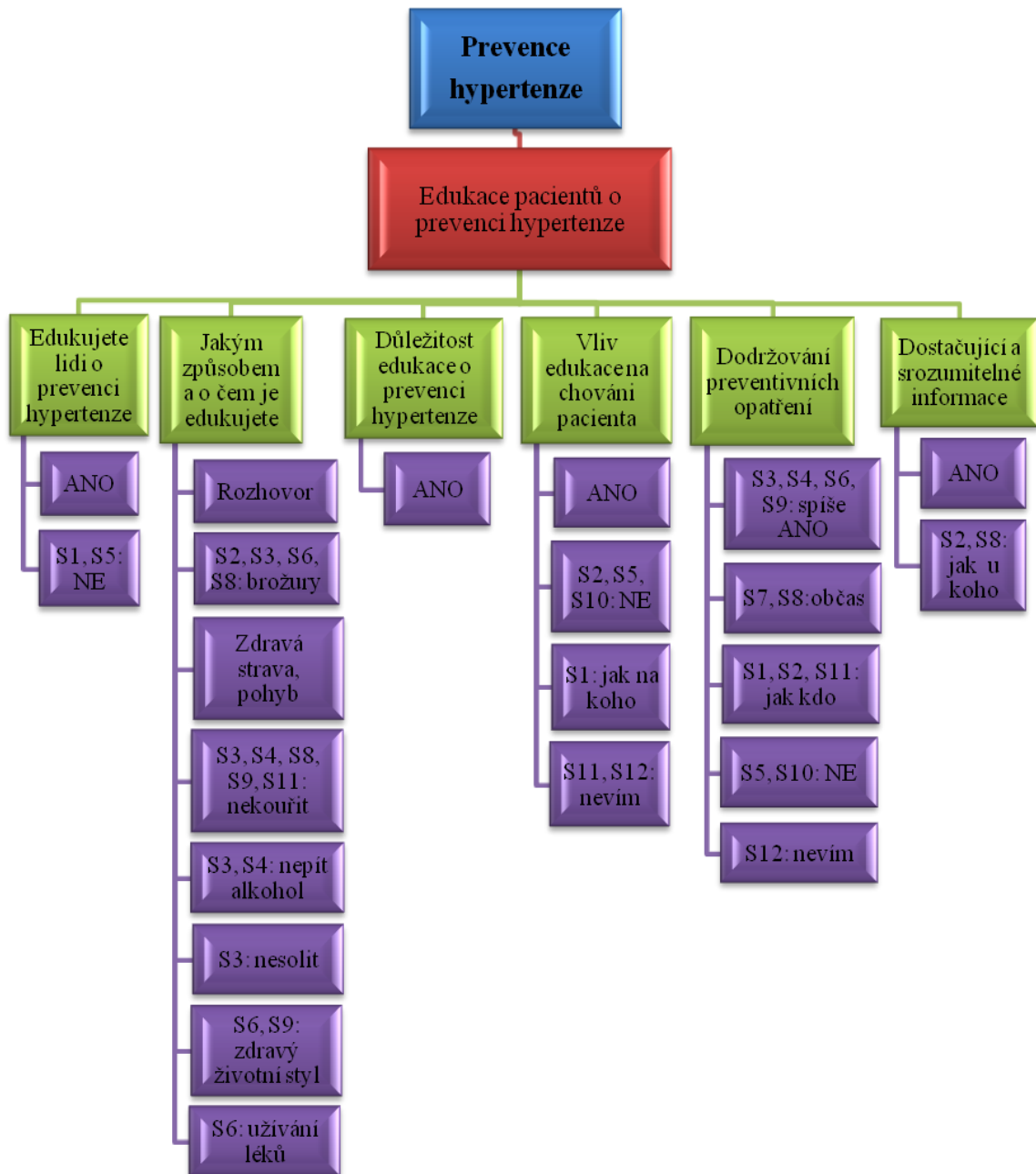


Schéma 28 znázorňuje kategorii zaměřenou na odpovědi všeobecných sester o prevenci hypertenze osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí. Edukace osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí o prevenci hypertenze je podle odpovědí všech všeobecných sester důležitá. Většina sester uvedla, že „lidi edukuje o prevenci vysokého krevního tlaku“. Edukace je podle většiny sester důležitá proto, aby lidé věděli o tom, jak předcházet vzniku vysokého krevního tlaku a jejím příznakům, a aby

si udrželi co nejdéle své zdraví. Pouze S1 a S5 pacienty needukují. Tuto funkci nechávají na ošetřujícím lékaři. Většina dotazovaných sester předává informace o rizikových faktorech hypertenze pomocí rozhovoru. S3, S6 a S8 dávají lidem i brožurky, kde se mohou vše dozvědět. S2 dává pouze brožurky. Sestry se při edukaci nejčastěji zaměřují na zdravou stravu a pohyb. Pro S3, S4, S8, S9 a S11 „*je důležitá prevence i kouření*“. S3 a S4 uvedli i nepítí alkoholu. S3 uvedla, že „*je důležité lidem říkat i o nadměrném solení pokrmů*“. Pro S6 a S9 „*je podstatný také zdravý životní styl*“. S6 se zaměřuje u hypertoniků na užívání léků. Edukace má podle většiny odpovědí všeobecných sester vliv na chování lidí. Pouze S2, S5 a S10 uvedly, že „*nemá edukace žádný vliv na chování*“. S1 uvedla, že „*jak kdo změní své chování*“. S11 a S12 neví, jestli lidé mění podle edukace své chování. Podle S3, S4, S6 a S9 „*pacienti většinou dodržují doporučená preventivní opatření*“. S7 a S8 si myslí, že „*jen občas dodržují opatření*“. S1, S2 a S11 uvedly, že „*jak kdo dodržuje opatření*“. S5 a S10 odpověděly, že „*lidé nedodržují doporučená preventivní opatření*“. S12 neví, jestli doporučení dodržují. Edukace o prevenci hypertenze je podle odpovědí většiny dotazovaných všeobecných sester pro osoby bez hypertenze a pro pacienty trpící hypertenzí dostačující, srozumitelná a pochopitelná. Pouze S2 a S8 uvedly, že „*jak u koho jsou jsou informace dostačující a srozumitelné*“.

**Všeobecná sestra edukuje o prevenci** – S2/31, S3/36, S4/35, S6/32, S7/27, S8/26, S9/35, S10/29, S11/30, S12/29

**Všeobecná sestra needukuje o prevenci** – S1/25, S5/27

**Rozhovor o prevenci** – S3/38, S4/37, S6/34, S7/29, S8/28, S9/37, S10/31, S11/32, S12/31

**Brožura o prevenci** - S2/33, S3/38, S6/34, S8/28

**Zdravá strava** – S2/33, S3/43, S4/38, S7/30, S8/29, S10/32, S11/32, S12/32

**Pohyb** – S2/33, S3/42, S4/40, S7/31, S8/30, S9/39, S10/32, S11/34, S12/32

**Kouření** – S3/40, S4/39, S8/31, S9/38, S11/33

**Alkohol** – S3/41, S4/39

**Zdravý životní styl** – S6/35, S9/38

**Nesolit** – S3/39

**Užívání léků** – S6/36

**Edukace je důležitá** – S1/29, S2/35, S3/45, S4/42, S5/31, S6/39, S7/33, S8/33, S9/41, S10/34, S11/36, S12/37

**Edukace má vliv na chování** – S3/48, S4/45, S6/42, S7/36, S8/36, S9/44

**Edukace nemá vliv na chování** – S2/38, S5/34, S10/37

**Edukace má jak u koho vliv na chování** – S1/31

**Nevím, jestli má edukace vliv na chování** – S11/39, S12/37

**Lidé spíše dodržují doporučená preventivní opatření** – S3/52, S4/48, S6/46, S9/48

**Lidé občas dodržují doporučená preventivní opatření** – S7/39, S8/39

**Jak kdo dodržuje doporučená preventivní opatření** – S1/33, S2/40, S11/41

**Lidé nedodržují doporučená preventivní opatření** – S5/37, S10/39

**Nevím, jestli lidé dodržují doporučená preventivní opatření** – S12/39

**Dostačující a srozumitelné informace** – S3/65, S4/60, S6/56, S7/48, S9/58, S10/46, S11/50, S12/48

**Jak u koho dostačující a srozumitelné informace** – S2/48, S8/50

**Schéma 29** Odpovědi všeobecných sester o životním stylu osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí

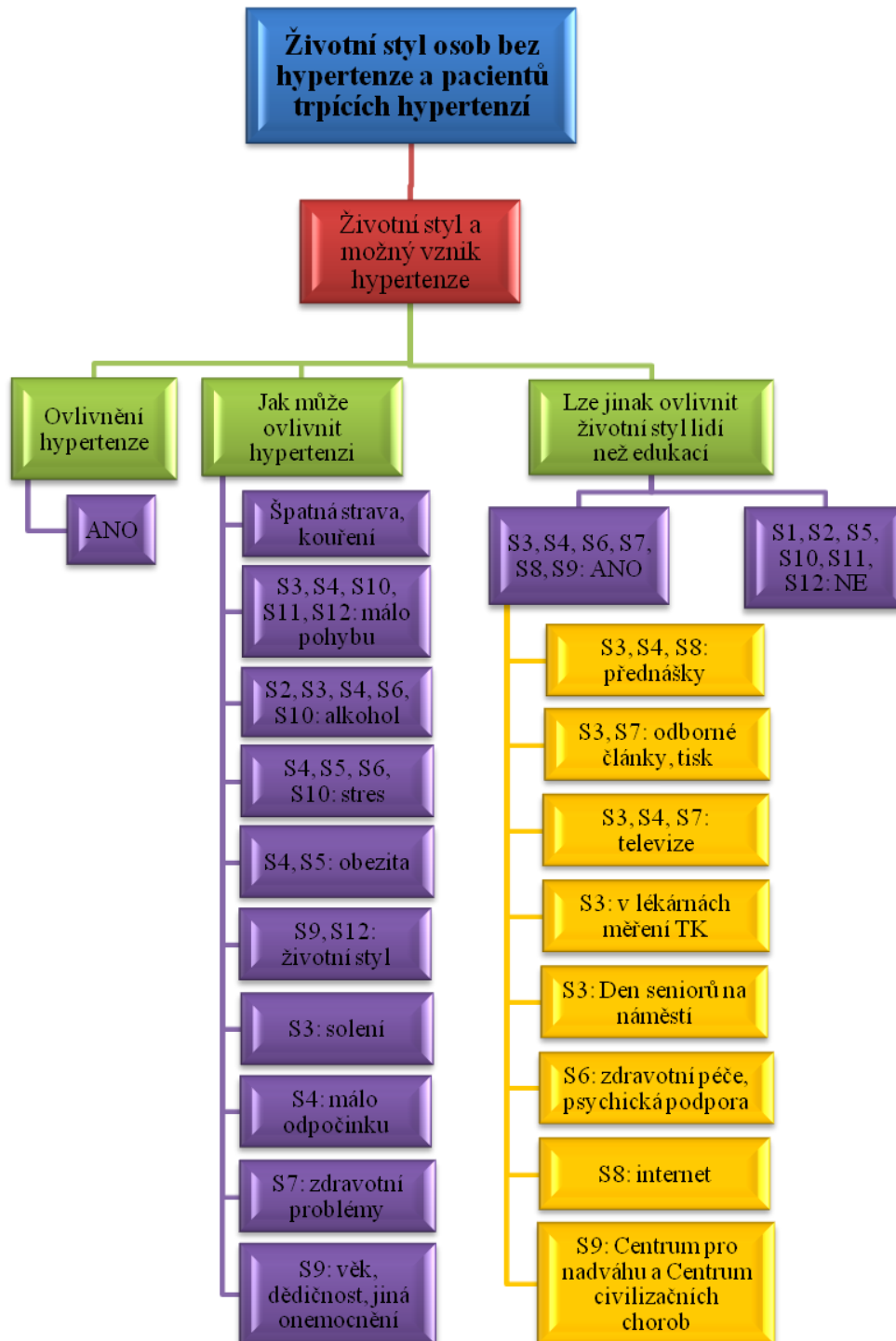


Schéma 29 znázorňuje kategorii zaměřenou na odpovědi všeobecných sester o životním stylu osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí. Životní styl může podle odpovědí všech všeobecných sester ovlivnit vznik hypertenze. Většina sester

uvedla, že „*vysoký krevní tlak může ovlivnit hlavně špatná strava a kouření*“. S3, S4, S10, S11 a S12 odpověděly také málo pohybu. Pro S2, S3, S4, S6 a S10 „*vysoký krevní tlak ovlivňuje i alkohol*“. „*Stres může též ovlivňovat hypertenzi*“. Na této odpovědi se shodly S4, S5, S6 a S10. S4 a S5 uvedly obezitu. S9 a S12 se shodly na životním stylu lidí. S3 si myslí, že „*hypertenzi může ovlivnit i solení*“. S4 udala málo odpočinku. S7 odpověděla „*pouze zdravotní problémy člověka*“. S9 kromě zmíněného také uvedla věk, dědičnost a jiná onemocnění. Polovina dotazovaných všeobecných sester uvedla, že „*jinak než edukací nelze ovlivnit životní styl lidí*“. Tuto odpověď udala S1, S2, S5, S10, S11, S12. Oproti tomu S3, S4, S6, S7 S8, S9 udaly, že životní styl lze ovlivnit i jinými způsoby. Pro S3, S4 a S8 sem patří přednášky. Podle S3 a S7 „*životní styl lze ovlivnit odbornými články a tiskem*“. S3, S4 a S7 si také vzpomněly na televizi. S3 uvedla i měření krevního tlaku v lékárnách a Den seniorů na náměstí v jejím místě bydliště. S6 se domnívá, že „*životní styl je možné ovlivnit zdravotní péčí a psychickou podporou*“. S8 uvedla internet. Pouze S9 odpověděla, že „*životní styl lidí může ovlivnit Centrum pro nadváhu a Centrum civilizačních chorob*“.

**Životní styl ovlivňuje vznik hypertenze** – S1/9, S2/9, S3/9, S4/9, S5/9, S6/9, S7/9, S8/9, S9/9, S10/9, S11/9, S12/9

**Špatná strava** – S1/11, S2/11, S3/12, S4/11, S5/11, S6/14, S8/11, S9/11, S10/13, S11/11, S12/13

**Kouření** – S1/12, S2/12, S3/13, S4/15, S6/11, S9/12, S10/12, S11/13, S12/14

**Málo pohybu** - S3/14, S4/13, S10/14, S11/12, S12/12

**Alkohol** – S2/13, S3/15, S4/15, S6/13

**Stres** – S4/14, S5/12, S6/12, S10/11

**Obezita** – S4/12, S5/11

**Životní styl** – S9/15, S12/11

**Solení** – S3/11

**Málo odpočinku** – S4/13

**Zdravotní problémy** – S7/11

**Věk** – S9/13

**Dědičnost** – S9/14

**Jiné onemocnění** – S9/15

**Životní styl nelze jinak ovlivnit než edukací – S1/35, S2/42, S5/39, S10/41, S11/43, S12/41**

**Životní styl lze ovlivnit přednáškami – S3/55, S4/53, S8/42**

**Životní styl lze ovlivnit odbornými články a tiskem – S3/58, S7/42**

**Životní styl lze ovlivnit televizí – S3/58, S4/52, S7/42**

**Životní styl lze ovlivnit měřením krevního tlaku v lékárnách – S3/56**

**Životní styl lze ovlivnit Dny seniorů na náměstí – S3/57**

**Životní styl lze ovlivnit zdravotní péčí a psychickou podporou – S6/50**

**Životní styl lze ovlivnit internetem – S8/43**

**Životní styl lze ovlivnit v Centru pro nadváhu – S9/50**

**Životní styl lze ovlivnit v Centru civilizačních chorob – S9/51**

## 5 Diskuze

Hypertenze představuje velký zdravotní problém, který je dán jejím častým výskytem a závažností možných následků. Celosvětově postihuje 10 - 20 % dospělé populace. Řadí se mezi kardiovaskulární onemocnění, která se významně účastní na celkové úmrtnosti populace. Zákeřnost této nemoci záleží zejména v její latenci, kdy je odhalena většinou náhodně, nejčastěji při preventivní prohlídce (Karnetová, 2010). Hypertenze často probíhá z pohledu pacienta asymptomaticky, a proto je důležité více mluvit s širokou veřejností o rizicích vysokého krevního tlaku. Každá všeobecná sestra by se měla více podílet na edukaci populace. Je nutné klást důraz hlavně na oblast preventivních opatření, kterými je v případě hypertenze hlavně zdravý životní styl. Lidé si musí uvědomit, že výskyt a průběh onemocnění mohou do velké míry ovlivňovat sami (Karnetová, 2010).

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou dospělí lidé v určitých věkových skupinách informováni o tom, jaké rizikové faktory ovlivňují vznik hypertenze, jestli jsou edukováni o prevenci hypertenze, a dále zjistit, zda dospělí lidé v určitých věkových skupinách dodržují preventivní opatření. Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb (2016) uvádí, že jen dobře informovaný dospělý člověk může změnit svůj dosavadní způsob života a tím ovlivnit vznik vysokého krevního tlaku.

V rámci výzkumné práce bylo stanoveno pět výzkumných otázek, které měly směřovat práci ke stanoveným cílům. Prvním výzkumným cílem bylo **zjistit, do jaké míry jsou dospělí lidé různých věkových skupin informováni o rizikových faktorech ovlivňujících vznik hypertenze**. Z našeho výzkumu vyplynulo, že většina všeobecných sester informuje všechny lidi (osoby bez hypertenze i pacienty trpící hypertenzí) o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku. Podle Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb (2016) je edukace nezbytná k tomu, aby pacient změnil svůj dosavadní životní styl. Protože změna životního stylu může příznivě ovlivnit hypertenzi. S tím souhlasí i Špirudová (2015), která uvádí, že všeobecná sestra má za cíl ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje pacienta s cílem navodit žádoucí změny v jeho chování a jednání, vedoucí k přijetí potřebných změn v životním stylu pro efektivní léčbu, proces uzdravení nebo stabilizaci zdravotního stavu. Dalo by se říci, že s názorem Commodore-Mensah, Dennison Himmelfarb a Špirudové koresponduje odpověď S1, S9, S10 a S12, které lidi o rizikových faktorech neinformují. S9 uvedla:



*„Na našem oddělení lidi o rizikových faktorech sestra neinformuje, to je v režii ošetřujícího lékaře. Nejčastěji je informují o kouření, snaží se jim pomoci odnaučit se kouřit. Dále je informují o stravě, hlavně dietě a více sportu.“* Podle mě by S1, S9, S10 a S12 měly také pacienty informovat o rizikových faktorech hypertenze. Nesouhlasím s názorem S9, že je informovanost v režii ošetřujícího lékaře. Myslím si, že informovanost patří do kompetence všeobecné sestry. Podle výpovědí osob bez hypertenze jsme zjistili, že všeobecná sestra nebo lékař informovali o rizikových faktorech hypertenze pouze polovinu dotazovaných respondentů. Druhá polovina respondentů nebyla nikdy informována o rizikových faktorech hypertenze. Osoby bez hypertenze ve věku 20 – 28 let se shodli na tom, že informace, které mají o rizikových faktorech hypertenze, získali od známých, kamarádů a od rodiny. Dvě osoby bez hypertenze ve skupině střední dospělosti (29 – 44 let) byly informovány od všeobecné sestry. Ve skupině pozdní dospělosti byli respondenti informováni nejčastěji lékařem. Starší osoby bez hypertenze (65 a více let) informace obdrželi z médií a tisku. Dále jsme zjistili, že pacienti trpící hypertenzí ve všech určených věkových skupinách jsou nejčastěji informováni svým ošetřujícím lékařem. Pouze čtyři pacienti trpící hypertenzí uvedli, že informace o rizikových faktorech hypertenze získali i od všeobecné sestry. Podobné závěry prezentuje ve svém průzkumu i Bílková (2015), která se ve své práci zabývala informovaností o rizikových faktorech vzniku hypertenze u respondentů se stresem. Podle jejího výzkumu byla větší část všech dotazovaných respondentů informována o rizikových faktorech a druhá (menší) část respondentů nebyla nikdy informována o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku. Dle mého názoru by se všeobecné sestry měly více zaměřit na informovanost osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí ve všech věkových kategoriích. Je důležité, aby lidé a pacienti věděli, co může způsobit zvýšení jejich krevního tlaku. Informovanost je podle mého názoru důležitá i u mladších osob, protože se každý rok zvyšuje počet osob s diagnózou hypertenze, a to bez ohledu na věk pacienta. S mým názorem souhlasí i MacGill (2016), který uvádí, že se počet osob trpících některou z civilizačních chorob každým rokem zvyšuje. Podle něj se předpokládá, že celosvětový počet lidí žijících s vysokým krevním tlakem do roku 2025 bude kolem 1,56 miliard. Překvapilo nás, že i pro většinu dotazovaných osob bez hypertenze a pacientů trpících hypertenzí je důležitá informovanost všeobecnou sestrou o rizikových faktorech hypertenze. Podle nich to

patří do její kompetence. Od sestry jsou informace pro ně lepší, protože sestry mají blíže k pacientovi než lékař. Informace jsou pro ně také důležité, aby věděli, jakých rizikových faktorů se vyvarovat. Překvapilo nás, že i vzhledem k tomu, že polovina dotazovaných osob bez hypertenze byla informována o rizikových faktorech hypertenze, většina dotazovaných osob bez hypertenze byla nespokojená s informacemi, které o rizikových faktorech vysokého krevního tlaku obdrželi. Pouze čtyři osoby bez hypertenze (R6, R9, R12 a R15) byly spokojeny s informacemi, které obdržely. Pacienti trpící hypertenzí byli obvykle spokojeni. Pouze čtyři pacienti trpící hypertenzí (P2, P14, P16 a P11) nebyli spokojeni. Z výpovědí všeobecných sester ale vyplývá, že informace, které osobám bez hypertenze a pacientům trpícím hypertenzí podaly, byly pro ně dostačující, srozumitelné a pochopitelné. Pouze S8 odpověděla: „*Jen občas jsou informace pro lidi dostačující, srozumitelné a pochopitelné. Záleží na věku a zájmu posluchače*“. Dle mého názoru byli osoby bez hypertenze a pacienti trpící hypertenzí, kteří byli řádně informováni všeobecnou sestrou, spokojeni. Ostatní nemohli být spokojeni, protože informace, které měli, byly od někoho jiného, nebo nebyli informováni vůbec.

Veselý a Václavík (2016) rozdělují rizikové faktory hypertenze do dvou skupin. První skupina zahrnuje primární faktory, které jsou neovlivnitelné. Je charakterizovaná dědičnými predispozicemi, etnickým původem, věkem a pohlavím. Do druhé skupiny patří exogenní faktory, které jsou nedědičné a ovlivnitelné. Do ovlivnitelných faktorů řadíme faktory úzce související s nevyhovující stravou, například obezita a vysoká spotřeba kuchyňské soli. Dále sem řadíme nedostatečnou fyzickou aktivitu, psychosociální stres, spotřebu alkoholu a kouření (Veselý a Václavík, 2016). Z našeho výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry nejčastěji lidi informují pomocí rozhovoru. Nejdůležitější je pro ně informovanost o stravě a pohybu. Míra vědomostí osob bez hypertenze o rizikových faktorech byla různorodá. Osoby bez hypertenze ve věku 20 – 28 let se shodly na tom, že hypertenzi může způsobit alkohol, stres, káva, obezita, málo spánku a tučná jídla. Osoby bez hypertenze ve skupině střední dospělosti (29 – 44 let) nejčastěji uváděly kouření a obezitu. Ve skupině pozdní dospělosti respondenti nejčastěji odpovídali, že vysoký krevní tlak způsobuje obezita a špatná strava. Starší osoby bez hypertenze (65 a více let) se shodly na špatné stravě, obezitě, kouření a alkoholu. Podobné závěry prezentuje ve svém průzkumu i Jelínková (2013),

podle níž respondenti ve věku 65 a více let uvedli, že nejčastějším rizikovým faktorem hypertenze je obezita, stres a kouření. Osoby bez hypertenze, které nebyly nikdy informovány o rizikových faktorech hypertenze, často neznaly ani jeden rizikový faktor. Míra vědomostí pacientů trpících hypertenzí o rizikových faktorech byla též různorodá. Pacienti ve skupině mladší dospělosti nejčastěji uváděli alkohol, stres, obezitu, kouření a slaná jídla. Pacienti trpící hypertenzí ve věku 29 – 44 let (střední dospělost) se shodli na špatné stravě a kouření. Ve skupině pacientů pozdní dospělosti byly nejdůležitější rizikové faktory vysokého krevního tlaku stres, obezita a kouření. Starší pacienti (65 a více let) si myslí, že hypertenzi způsobuje špatná strava a stres. Pacienti trpící hypertenzí, kteří nebyli nikdy informováni o rizikových faktorech hypertenze, často neznali ani jeden rizikový faktor. Překvapilo mě, že osoby bez hypertenze i pacienti trpící hypertenzí ve všech určených věkových skupinách do rizikových faktorů většinou řadili obezitu a kouření. Skoro žádný dotazovaný respondent si nevzpomněl na to, že vysoký krevní tlak může způsobovat i nadměrné solení pokrmů. Tím se opět potvrzuje můj názor, že by se všeobecné sestry měly více zaměřit na informovanost pacientů a zdravých lidí o rizikových faktorech hypertenze.

K problematice rizikových faktorů se pojí druhá výzkumná otázka, **jaké jsou rozdíly v informovanosti dospělého člověka v různých věkových skupinách o rizikových faktorech hypertenze.** Z výzkumu vyplynulo, že většina dotazovaných všeobecných sester vidí rozdíly v informovanosti dospělého člověka v různých věkových skupinách. Podle nich je důležité starším lidem informace opakovat, protože hůře chápou. Oproti tomu mladí lidé chápou informace lépe. Výsledky výzkumu se shodují s Průchou (2014), který uvádí, že při edukaci dospělých lidí je vždy důležité zohlednit jejich věk, pohlaví, úroveň dosaženého vzdělání, profesi, sociální status a rodinný stav. Juřeníková (2010) ještě dodává, že ve stáří je proces učení odlišný od učení v jiném věku. Nemá-li učivo logickou strukturu a praktický dopad, je učivo pro seniora obtížné. Při edukaci seniora je nutné se zaměřit na paměť, protože ve stáří přestává fungovat krátkodobá paměť. Dále si Juřeníková (2010) myslí, že by měl být edukační rozhovor veden formou dialogu, abychom pacientovi nejen předali potřebné informace, ale také se ujistili, že všemu rozumí. Proto je velmi důležitá zpětná vazba. Při podávání informací seniorovi je důležité zajistit klidné a příjemné prostředí bez rušivých elementů. Také by všeobecná sestra měla při komunikaci s pacientem udržovat

stálý oční kontakt a vše pečlivě a srozumitelně vysvětlit, popřípadě i prakticky ukázat. Pouze dvě všeobecné sestry nesouhlasí s Průchou a Juřeníkovou. Podle nich nejsou žádné rozdíly v informovanosti lidí. S10: „*Myslím si, že informovanost je stejná. Starší už se s něčím potkali. Kdežto mladí si myslí, že jsou nesmrtelní. Co mladí načtou, si k sobě stejně nestáhnou, kdežto starší už něco zažili a už si dávají více pozor, více si to uvědomují.*“ Také souhlasím s Průchou a Juřeníkovou jako většina dotazovaných sester. Myslím si, že je při edukaci vždy důležité zohlednit věk, sociální zázemí, rodinný stav a mentální stav pacienta. Starší lidé ve věku 65 a více let začínají často zapomínat. A proto je důležité jim informace opakovat a ujišťovat se, že získané informace pochopili. Podle mě by informace poskytnuté starším lidem neměly být stejné jako informace pro mladší lidi. Starší lidi nepochopí informace ve velkém množství. Informace by se jim měly podávat po částech. Proto nesouhlasím s názorem dvou všeobecných sester zapojených do našeho výzkumu, které uvedly, že je informovanost stejná.

Třetí výzkumná otázka byla, **jakým způsobem jsou dospělí lidé různých věkových skupin edukováni o prevenci hypertenze**. Čeledová a Čevela (2010) o prevenci mluví jako o činnosti, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života. Prevence může být obecná a profylaktická. Obecná preventivní péče je zaměřená na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého životního prostředí, které se dá chápat jako součást podpory zdraví. Profylaktická preventivní péče je cíleně zaměřená na prevenci vzniku určité nemoci, popřípadě jejích následků, které se považují za činnost čistě preventivní. Vrablík (2008) uvádí, že cílem prevence hypertenze je snížení incidence prvních nebo recidivujících klinických příhod. Pozornost by měla být soustředěna hlavně na prevenci invalidity a předčasného úmrtí. Proto je prevence zaměřena především na změnu v životosprávě, na ovlivňování hlavních rizikových faktorů a na preventivní podávání některých léků. Z výzkumu je zřejmé, že dotazované všeobecné sestry edukují osoby bez hypertenze i pacienty trpící hypertenzí o prevenci hypertenze. Nejčastěji lidi edukují pomocí rozhovoru. Pouze S1 a S5 lidi needukují. Tuto funkci nechávají nejčastěji na ošetřujícím lékaři. Výzkum dále ukázal, že osoby bez hypertenze i pacienti trpící hypertenzí ve všech určených věkových skupinách nejsou edukováni o prevenci hypertenze. Dle mého názoru je edukace o prevenci vysokého krevního tlaku u mladších osob velice důležitá. Když nebudou mít informace o tom, jak předejít vzniku

hypertenze, nebudou mít možnost změnit za celý život svůj životní styl a ovlivnit tím snížení svého krevního tlaku nebo zabránit vzniku této nemoci. Je smutné, že ani pacienti trpící hypertenzí nebyli nikdy informováni o prevenci hypertenze. Z výzkumu je zřejmé, že pro osoby bez hypertenze i pacienty trpící hypertenzí je důležitá informovanost všeobecnou sestrou o prevenci hypertenze. Informace jsou pro ně důležité proto, aby věděli, jak předejít vzniku vysokého krevního tlaku a aby byli co nejdéle zdraví. S názorem osob bez hypertenze i pacientů trpících hypertenzí souhlasí i Čeledová a Čevela (2010), kteří, jak již bylo řečeno, uvádějí, že prevence vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a k prodloužení aktivní délky života. Když nebudou osoby bez hypertenze a pacienti trpící hypertenzí edukováni o prevenci hypertenze, nemůžou tím pádem upevňovat své zdraví a zabraňovat vzniku hypertenze. Všeobecné sestry by se měly více zaměřit na to, jak edukují a jestli edukovaní lidé dobře chápou to, co jim o prevenci říkají. Dobře edukované osoby bez hypertenze i pacienti trpící hypertenzí se mohou více zaměřit na svůj dosavadní životní styl a zamyslet se nad tím, co mohou udělat k tomu, aby byli zdraví a nevznikla u nich hypertenze.

Fang et al. (2015) ve své publikaci uvádí, že při prevenci je důležité ovlivnit ovlivnitelné rizikové faktory hypertenze. Uplatňuje se hlavně dosažení ideální tělesné hmotnosti, omezení přívodu kalorií, tuků, sodíku a alkoholu. Také je důležité zvýšení fyzické aktivity a omezení kouření. Dujka (2012) ještě dodává, že nesprávná výživa je nejčastějším rizikem vzniku hypertenze. Proto je důležité, aby pacient o této skutečnosti věděl a změnil své stravovací návyky a jídelníček, protože díky tomu se dá dosáhnout výrazného snížení výskytu vysokého krevního tlaku. Podle něj by všeobecná sestra měla každému pacientovi doporučit pestrou stravu s dostatkem ovoce, zeleniny a vlákniny. Výzkum ukázal, že všeobecné sestry edukují osoby bez hypertenze a pacienty trpící hypertenzí o zdravé stravě a pohybu. S pohybem souhlasí také Dujka (2012), který uvádí, že pohyb patří do nejdůležitějších prvků prevence vzniku vysokého krevního tlaku. Vzhledem k tomu, že se hypertenze často vyskytuje u obézních lidí, je proto pohyb hlavním prostředkem ke snížení tělesné hmotnosti. Podle něj se doporučuje především aerobní typ aktivity, jakým je například běh, plavání, cyklistika či aerobik. Někdy stačí i pravidelná chůze. Dujka (2012) ještě dodává, že i kouření a alkohol ovlivňují vysoký krevní tlak, a proto by se jich lidé měli vyvarovat. S jeho

názorem souhlasí i několik všeobecných sester. S4: „*Je důležité lidem říkat, že kouření a alkohol ovlivňuje vysoký krevní tlak.*“ Pouze S3 odpověděla: „*Je důležité lidem říkat i o nadměrném solení pokrmů, které zhoršuje vysoký krevní tlak*“. To potvrzuje i Dujka (2012), který uvádí, že i sůl ovlivňuje hypertenzi. Sůl na sebe totiž váže vodu a tím ji udržuje v lidském organismu. Pokud jedinec solí hodně, zvyšuje i množství zadržené vody. Jelikož velké množství sodíku, které je obsažené v soli, se nachází v krvi, je ovlivněno i množství objemu krve. Větší objem krve způsobuje vyšší krevní tlak v cévách. Dujka (2012) ještě dodává, že dalším faktorem, ovlivňujícím hypertenzi, je stres. Pokud je dlouhodobý a častý, aktivuje se určitá část nervového systému, která mimo jiné působí i na cévy v našem těle a způsobuje jejich zúžení. Všeobecná sestra by měla tento stav pacientovi vysvětlit a měla by s ním najít nějakou správnou cestu, jak zvládnout stres. Výsledky výzkumu ukázaly, že většina osob bez hypertenze i pacientů trpících hypertenzí ve všech určených věkových skupinách neví, jaká je prevence hypertenze, protože je nikdo o prevenci neinformoval. Osoby bez hypertenze, které byly informované o prevenci vysokého krevního tlaku, se shodly na tom, že do prevence hypertenze patří pohyb, zdravá strava, nekouření a život bez stresu. Pacienti trpící hypertenzí, kteří byli informováni o prevenci vysokého krevního tlaku, se shodli také na tom, že do prevence hypertenze patří pohyb, zdravá strava a život bez stresu. Dále se shodli na tom, že do prevence patří i snížení tělesné váhy, nepítí alkoholu a snížení solení pokrmů. Výzkum ukázal, že většina osob bez hypertenze ve všech určených věkových skupinách byla většinou nespokojená s informacemi, které o prevenci vysokého krevního tlaku obdržela. R9 a R12 byli spokojeni s informacemi napůl. Pouze R6, R8, R14 a R15 byli maximálně spokojeni s informacemi, které obdrželi. Pacienti trpící hypertenzí byli obvykle také nespokojení. P3 a P10 byli spokojeni napůl. Pouze P1, P4, P12 a P15 byli spokojeni s informacemi, které se dozvěděli o prevenci vysokého krevního tlaku.

Jak již bylo řečeno, životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. Proto čtvrtá výzkumná otázka byla, **jaký je životní styl dospělých lidí různých věkových skupin s ohledem na možný vznik hypertenze.** Z výzkumu vyplynulo, že většina osob bez hypertenze ve všech určených věkových skupinách má nezdravý životní styl. Podle nich do zdravého životního stylu patří hlavně zdravá výživa a pohyb. Oproti tomu většina pacientů trpících hypertenzí ve všech určených věkových skupinách má životní styl

zdravý. Do zdravého životního stylu nejčastěji řadí zdravou stravu a pohyb. Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb (2016) uvádí, že je důležité, aby pacient s hypertenzí změnil svůj dosavadní životní styl. Výzkum ukázal, že jen polovina dotazovaných pacientů s vysokým krevním tlakem změnila svůj životní styl. Druhá polovina svůj životní styl nezměnila. Pacienti mladší dospělosti (20 – 28 let) začali zdravé jíst a cvičit. P4 ještě dodal: „*Přestal jsem kouřit, pít alkohol a kávu a začal jsem hodně relaxovat. Také cvičím tak 3x týdně. Hlavně během a chodím do posilovny.*“ Dva pacienti trpící hypertenzí ve věku 29 – 44 let změnili svůj životní styl tím, že začali jíst tmavé pečivo. Pacienti ve věku 45 – 64 let svůj životní styl nezměnili. Dva starší pacienti trpící vysokým krevním tlakem (65 a více let) změnili životní styl tím, že začali jíst zdravou stravu. Stejně výsledky zjistila i Zaoralová (2011) ve své diplomové práci. Podle jejího výzkumného šetření: „*Z celkového počtu 50 hypertoniků (100 %) uvedlo 58% hypertoniků, že po zjištění vysokého krevního tlaku změnili svůj životní styl. Nejčastěji uváděli omezování živočišných tuků, zanechání kouření, snaha více se pohybovat a omezení spotřeby soli. Zbylé procento hypertoniků (42 %) nezměnilo po stanovení diagnózy hypertenze svůj životní styl*“ (Zaoralová, 2011, 70 s.).

Výzkum se dále zabýval problematikou životního stylu a možného vzniku hypertenze. Dle oslovených všeobecných sester životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. S názorem všeobecných sester souhlasí i osoby bez hypertenze a pacienti trpící hypertenzí ve všech určených věkových skupinách. Výzkum ukázal, že podle všeobecných sester hypertenzi nejčastěji ovlivňuje špatná strava a kouření. Některé sestry si myslí, že hypertenzi může ovlivnit i pohyb a alkohol. Stejně tak Dujka (2012) uvádí, že nesprávná výživa může způsobit vysoký krevní tlak. Proto je důležité, aby pacient změnil své stravovací návyky a jídelníček. Také uvádí, že je důležitý pohyb. S Dujkem souhlasily i osoby bez hypertenze a pacienti trpící hypertenzí ve všech určených věkových skupinách. Osoby bez hypertenze ve věku 20 – 28 let si myslí, že hypertenzi mohou ovlivnit, když budou jíst tučná jídla, pít alkohol a kouřit. Osoby bez hypertenze ve skupině střední dospělosti (29 – 44 let) se shodly na špatné stravě. Většina osob bez hypertenze pozdní dospělosti (45 – 64 let) uvedla, že hypertenzi může ovlivnit kouření a stres. Starší osoby bez hypertenze (65 a více let) si myslely, že hypertenzi může ovlivnit špatná strava a kouření. Pacienti trpící hypertenzí ve věku 20 – 28 let se shodli na tom, že vysoký krevní tlak může ovlivnit málo pohybu a obezita. Pacienti

střední dospělosti (29 – 44 let) uvedli, že jejich životní styl může ovlivnit hlavně špatná strava. Všichni dotazovaní pacienti trpící hypertenzí ve věku 45 – 64 let uvedli, že vysoký krevní tlak může ovlivnit hlavně stres a pohyb. Pouze dva starší pacienti trpící hypertenzí ve věku 65 a více let si myslí, že jejich životní styl může ovlivnit vznik hypertenze. P13: „*Vysoký krevní tlak může ovlivnit hlavně špatná strava a pohyb.*“ P14 si při položení této otázky nemohl na nic vzpomenout. I výzkum Zaoralové (2011) ukázal, že z celkového počtu 50 hypertoniků (100 %) 76 % si myslí, že krevní tlak lze ovlivnit pohybem a stravováním. A z celkového počtu 50 osob relativně zdravých (100 %) si 92 % myslí, že pohyb a stravování má vliv na krevní tlak. Také z vlastní zkušenosti vím, že lidé, kteří se stravují nezdravě a jsou obézní, mají často hypertenzi. Proto je důležité, aby všeobecné sestry motivovaly osoby bez hypertenze i pacienty trpící hypertenzí ke změně jejich životního stylu. Dalo by se říci, že s mým názorem souhlasí i Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb (2016), které uvádějí, že ke změně dosavadního životního stylu člověka je nezbytná edukace všeobecnou sestrou. Z výzkumu vyplynulo, že podle jedné poloviny dotazovaných všeobecných sester nelze jinak ovlivnit životní styl lidí. Oproti tomu druhá polovina všeobecných sester uvedla, že životní styl lze ovlivnit i jinými způsoby. Podle nich životní styl lze ovlivnit přednáškami, odbornými články, tiskem a televizí. S3 uvedla: „*Životní styl lidí je možné ovlivnit i měřením krevního tlaku v lékárnách. Také se v našem městě na náměstí každý rok koná Den seniorů, kde se lidé mohou dozvědět, jak a čím zlepšit svůj životní styl.*“ Překvapil nás názor S9, která odpověděla: „*Životní styl lidí může ovlivnit Centrum pro nadváhu a Centrum civilizačních chorob, které je v našem městě známé a podle mého názoru často navštěvované.*“ Z výzkumu je zřejmé, že životní styl je možné ovlivnit i jinými způsoby než edukací všeobecnou sestrou v ordinaci ošetřujícího lékaře nebo v nemocnici.

Poslední, pátá výzkumná otázka byla, **jaký vliv má edukace v prevenci hypertenze na chování dospělého člověka.** Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb (2016) si myslí, že všeobecné sestry poskytující vzdělávání, poradenství a učení dovedností pacientovi s hypertenzí. Edukace je nezbytná k tomu, aby pacient změnil svůj dosavadní životní styl. Změna životního stylu může příznivě ovlivnit hypertenzi. Dále uvádějí, že cílem edukace hypertonika je, aby měl dostatek potřebných dovedností, a to včetně znalostí k dosažení optimálního krevního tlaku. Při edukaci



pacienta s hypertenzí je důležité ho zapojit do léčebného režimu. To si myslí i většina všeobecných sester, které uvádějí, že edukace má vliv na chování dospělého člověka. S1 si myslí, že edukace má vliv na změnu jen u někoho. Dalo by se říci, že s tímto názorem koresponduje odpověď S2, S5 a S10. Podle nich edukace nemá žádný vliv na změnu. S5: „*Edukace by měla mít vliv na chování dospělého člověka. Ale podle mých dlouholetých zkušeností většinou vliv nemá. Pokud člověk není nemocný, tak naši edukaci bere na lehkou váhu.*“ Dle mých zkušeností, když je člověk správně edukován a má dostatek informací o tom, co by se mohlo stát, kdyby nedodržel doporučená opatření, tak většinou změní své dosavadní chování. Výzkum dále ukázal, že podle čtyř všeobecných sester pacienti většinou dodržují doporučená preventivní opatření. Pět sester uvedlo, že jen občas, anebo jak kdo, dodržuje preventivní opatření. Pouze S5 a S10 odpověděly, že lidé nedodrží doporučená preventivní opatření. S5: „*Podle mých zkušeností pacienti nedodrží doporučená preventivní opatření. Tady v nemocnici vám vše odkývnou, ale doma je vše jinak. Často se mi stává, že mi to lidi i sami řeknou. A to mě pak dost štve.*“ S názorem většiny všeobecných sester nesouhlasí Špirudová, která ve své publikaci (Špirudová, 2015) uvádí, že pokud má člověk změnit své dosavadní chování, musí od všeobecné sestry získat určité informace, změnit svůj postoj a být řádně všeobecnou sestrou motivován. Všeobecná sestra by měla zjistit, co člověk umí, zná, zvládá, co potřebuje objasnit, naučit, poradit, aby byl schopen se o sebe postarat a aby porozuměl tomu, co se s ním aktuálně děje. Dále jedince učí změně jeho jednání a vše mu vysvětluje, aby měl dostatek informací a aby byl v maximálně možné míře samostatný a nezávislý. Po čase je podstatné zhodnotit již získané informace a kompetence jedince. To znamená, že všeobecná sestra zjišťuje, jak člověk nabyté znalosti a dovednosti umí reálně využívat ve svém každodenním životě s určitým časovým odstupem (Špirudová, 2015). Stejně tak Commodore-Mensah a Dennison Himmelfarb (2016) uvádějí, že znalosti jsou sice důležité, ale nestačí k dosažení požadovaného chování jedince bez rozvoje dovedností a mnoha dalších ovlivňujících faktorů. Pro úspěšné vzdělávání a poradenství na podporu dodržování léčebného režimu a kontroly krevního tlaku je důležité, aby všeobecné sestry motivovaly lidi ke změně životního stylu. Z výzkumu tedy vyplývá, že pokud pacient nedodrží doporučená preventivní opatření, tak nebyl řádně edukován a motivován ke změně svého dosavadního jednání.

## 6 Závěr

Diplomová práce „*Povědomí o rizicích vzniku hypertenze u lidí zvolených věkových skupin*“ se zabývala problematikou informovanosti lidí. Konkrétně byla zaměřena na informovanost lidí o rizikových faktorech hypertenze, o prevenci hypertenze a o životním stylu respondentů. A v neposlední řadě se také zabývala dodržováním doporučených preventivních opatření se strany edukovaných lidí.

Pro účely této diplomové práce byly stanoveny tři cíle. První cíl si kladl za úkol zjistit, zda jsou lidé v určitých věkových skupinách informováni o tom, které rizikové faktory ovlivňují vznik hypertenze. Druhý cíl měl za úkol zjistit, zda jsou lidé v určitých věkových skupinách edukováni o prevenci hypertenze. A poslední cíl měl zjistit, zda dospělí lidé v určitých věkových skupinách dodržují preventivní opatření. V návaznosti na tyto cíle bylo stanoveno pět výzkumných otázek. První výzkumná otázka: Do jaké míry jsou dospělí lidé různých věkových skupin informováni o rizikových faktorech ovlivňujících vznik hypertenze? Druhá výzkumná otázka: Jaké jsou rozdíly v informovanosti dospělého člověka v různých věkových skupinách o rizikových faktorech hypertenze? Třetí výzkumná otázka: Jakým způsobem jsou dospělí lidé různých věkových skupin edukováni o prevenci hypertenze? Čtvrtá výzkumná otázka: Jaký je životní styl dospělých lidí různých věkových skupin s ohledem na možný vznik hypertenze? A poslední pátá výzkumná otázka: Jaký vliv má edukace v prevenci hypertenze na chování dospělého člověka? Při realizaci kvalitativního výzkumného šetření byla zvolena technika sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami u praktického lékaře, na kardiologickém a interním oddělení, s osobami bez hypertenze a pacienty trpícími hypertenzí rozdělenými podle zvolených věkových kategorií. Výzkumný soubor tvořilo 12 všeobecných sester, 16 osob bez hypertenze a 16 pacientů trpících hypertenzí. Zodpovězení těchto otázek přineslo celou řadu zajímavých zjištění a rozdílných odpovědí. Bylo zjištěno, že polovina osob bez hypertenze ve všech zvolených věkových skupinách byla obvykle informována o rizikových faktorech hypertenze od všeobecné sestry a lékaře. Druhá polovina respondentů nebyla nikdy informována o rizikových faktorech hypertenze. Pacienti trpící hypertenzí ve všech zvolených věkových skupinách nejčastěji uváděli, že byli informováni svým ošetřujícím lékařem. Z rozhovorů s dotazovanými všeobecnými sestrami ale vyplynulo, že většina sester

informuje všechny lidi o rizikových faktorech hypertenze. Podle nich starší lidé potřebují více informací, které je nutné opakovat, protože hůře chápou. Osoby bez hypertenze do rizikových faktorů nejčastěji řadí obezitu, špatnou stravu, kouření a alkohol. Pacienti trpící hypertenzí se shodli na tom, že mezi rizikové faktory hypertenze patří špatná strava, stres, obezita a kouření. Dále jsme zjistili, že většina všeobecných sester zapojených do našeho výzkumu edukují dospělé lidi o prevenci hypertenze. Z výpovědí většiny osob bez hypertenze ve všech věkových skupinách bylo ale zjištěno, že nebyli nikdy informováni o prevenci hypertenze. Dokonce i někteří pacienti trpící hypertenzí nikdy neslyšeli o prevenci vysokého krevního tlaku. Pouze čtyři všeobecné sestry si myslely, že pacienti dodržují preventivní opatření. Ostatní sestry uvedly, že občas, jak kdo, anebo že nedodržují preventivní opatření. Předpokládáme, že když dotazovaní dospělí lidé, kteří byli rozděleni do zvolených věkových skupin, nemají žádné informace o prevenci hypertenze, tak nemohou dodržovat žádné preventivní opatření.

Výstupem diplomové práce je edukační brožura, která může umožnit pacientům trpícím hypertenzí a osobám bez hypertenze se orientovat v problematice této nemoci. Tuto brožuru mohou sestry využít k edukaci lidí o rizikových faktorech a prevenci hypertenze, se kterými se setkávají během vykonávání svého povolání. Dále by tato diplomová práce mohla být použita jako studijní materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

## 7 Seznam literatury

BECKERMAN, J., 2015. *An Overview of High Blood Pressure Treatment*. [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/guide/hypertension-treatment-overview>

BÍLKOVÁ, J., 2015. *Stres jako jeden z rizikových faktorů vzniku hypertenze*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

CASSATA, C., SINHA, S., 2015. *What Is High Blood Pressure?* [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupné z: <http://www.everydayhealth.com/high-blood-pressure/guide/>

COMMODORE-MENSAH, Y., DENNISON HIMMELFARB, CH., R., 2016. Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Annals of Global Health*. 82(2), 243 – 253 n. ISSN 2214-9996.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO HYPERTENZI, 2012. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze. *Hypertenze a kardiovaskulární prevence*. 1(3), 1 – 3 s. ISSN 1805-4129.

DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8.

DOLEJŠOVÁ, M., FILIPOVSKÝ, J., 2007. Měření krevního tlaku. *Medicína pro praxi*. 6(1), 253 – 255 s. ISSN 1214-8687.

DUJKA, L., 2012. *Hypertenze – prevence*. [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/hypertenze-prevence>

FAGARD, R. et al., 2013. Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of hypertension*. 31(10), 1925-1938 n. ISSN 0263-6352.

FANG, J. et al., 2015. Primary Care Providers' Recommendations for Hypertension Prevention, DocStyles Survey, 2012. *Journal of Primary Care and Community Health*. 6(3), 170-176, doi: 10.1177/2150131915568997.

GULÁŠOVÁ, I. et al., 2014. Životní styl pacientů s hypertenzí a jeho rizika. *Zdravotnictví a medicína*. 14(17), 26-27 s. ISSN 2336-2987.

HLOCH, O., 2014. *Základní vyš. techniky*. [online]. [cit. 2016-07-13]. Dostupné z: <http://new.propedeutika.cz/?cat=2>

HOLAJ, R., 2014. *Snižuje pohyb vysoký krevní tlak?* [online]. [cit. 2016-10-04]. Dostupné z: <http://www.tlukotsrdce.cz/clanek/670/snizuje-pohyb-vysoky-krevni-tlak/>

HOMOLKA, P. et al., 2010. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. 1. vydání. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-2896-4.

HOPKINS, CH., 2015. *Hypertensive Emergencies*. [online]. [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/1952052-overview>

ITO, T. et al., 2016. Effect of salt intake on blood pressure in patients receiving antihypertensive therapy: Shimane CoHRE Study. *European Journal of Internal Medicine*. 28(3), 70 – 73 n. ISSN 0953-6205.

JANDA, J. et al., 2007. Ovlivňuje příjem soli krevní tlak? *Česko-slovenská pediatrie*. 62(10), 575 – 581 s. ISSN 0069-2328

JELÍNKOVÁ, I., 2013. *Informovanost seniorů o rizikových faktorech hypertenze*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

JUŘÍKOVÁ, J., NOVOTNÁ, E., 2013. Dodržování zásad nefarmakologické léčby u pacientů trpících hypertenzí. In: PSALMANOVÁ, D. et al. *Výzkum ve sportovní medicíně II*. Brno: Masarykova univerzita, s. 10 - 39. ISBN 978-80-210-6411-9.

KAREN, I., FILIPOVSKÝ, J., 2014. *Arteriální hypertenze*. [online]. [cit. 2016-08-28]. Dostupné z: <http://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-od-2013/DP-AH-2014.pdf>

KARNETOVÁ, Z., 2010. Arteriální hypertenze. *Sestra*. 20(10), 40 – 42 s. ISSN 1210-0404.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie 1. díl*. 1. vydání. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.

KLODAS, E., 2015. *Diagnosing High Blood Pressure*. [online]. [cit. 2016-10-03]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/guide/whypertension-diagnosing-high-blood-pressure#2>

KOCIÁNOVÁ, E. et al., 2012. Která vyšetření racionálně indikovat u pacienta s arteriální hypertenzí. *Interní medicína pro praxi*. 14(3), 129 – 131 s. ISSN 1212-7299.

KOHOUTEK, R., 2017. *Pojem rizikový faktor*. [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/rizikovy-faktor>

KÖLBEL, F. et al., 2011. *Praktická kardiologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 308 s. ISBN 978-80-246-1962-0.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 184 s. ISBN 80-247-1284-9.

LÉKAŘSKÉ LISTY, 2012. *Dlouhodobá konzumace fruktózy a hypertenze*. [online]. [cit. 2016-06-27]. Dostupné z: <http://pfyziol.fup.upol.cz/castwiki2/?p=993>

LOYKOVÁ, K., 2008. *Arteriální hypertenze – vysoký krevní tlak*. [online]. [cit. 2016-09-01]. Dostupné z: <http://vysoky-krevni-tlak-hypertenze.zdrave.cz/arterialni-hypertenze-vysoky-krevni-tlak/>

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. 1. vydání. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

LÜLLMANN, H. et al., 2012. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 386 s. ISBN 978-80-247-3908-3.

MACGILL, M., 2016. *Hypertension: Causes, Symptoms and Treatments*. [online]. [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/150109.php>

MACHOVÁ, J., et al., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

MAREK, J., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí - 4. zcela přepracované a doplněné vydání*. 4. vydání. Praha: Grada. 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.

MÁLEK, F. 2009. Nová doporučení pro léčbu arteriální hypertenze. *Praktické lékařství*. 5(3), 114 – 117 s. ISSN 1801-2434.

NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEJEDLÁ, M., 2015a. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4449-0.

NEJEDLÁ, M., 2015b. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.

NĚMCOVÁ, H. 2006. Neinvazivní vyšetření u arteriální hypertenze. *Kardiologická revue - Interní medicína*. 8(3), 396 – 400 s. ISSN 2336-288x.

NĚMCOVÁ, H. 2007. Měření krevního tlaku. *Medicína pro praxi*. 7(1), 8 – 12 s. ISSN 1214-8687.

O'ROURKE, A., R. et al., 2010. *Kardiologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-3175-9.

PALUCH, Z., HEŘMÁNKOVÁ, Z., 2011. Jak monitorovat krevní tlak v domácích podmínkách. *Interní medicína pro praxi*. 13(12), 496 – 498 s. ISSN 1212-7299.

PETRÁK, O., 2013. Domácí měření krevního tlaku – dobrý pomocník v léčbě hypertenze. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 5(2), 52 – 55 s. ISSN 1803-7542.

PODHOREC, J. 2012. Hypertenze - příznaky. [online]. [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/priznaky/hypertenze-priznaky>

PODSTATOVÁ, R. et al., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.

POŘÍZKA, J., 2009. *Kontinuální zlepšování*. [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.nuov.cz/uploads/AE/inspirativnipraxe/zdar/Priloha4.pdf>

PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.



PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*. 2. vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.

ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

ROSOLOVÁ, H., 2010. Vysoký normální krevní tlak 130/85-139/89 mmHg z pohledu kardiovaskulárního rizika. *Postgraduální medicína*. 12(8), 926 - 928 s. ISSN 1212-4184.

ŘIHÁČEK, I. et al., 2010. Hypertenze ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 12(5), 275 – 279 s. ISSN 1212-7299.

SALKIC, S. et al., 2015. *Emergency Room Treatment of Hypertensive Crises* [on-line]. [cit. 2016-13-05]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4639340/pdf/MA-69-302.pdf>

SEIDLEROVÁ, J., FILIPOVSKÝ, J., 2007. Léčba arteriální hypertenze ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 2(1), 75 – 77 s. ISSN 1212-7299.

SOVOVÁ, E., 2008a. *100+1 otázek a odpovědí o krevním tlaku*. 1. vydání. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-241-2281-8.

SOVOVÁ, E. et al., 2008b., *Hypertenze pro praxi – pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 120 s. ISBN 978-80-244-1968-8.

SOVOVÁ, E., 2009. Proč a jak měřit krevní tlak doma. *Interní medicína pro praxi*. 11(11), 494 – 497 s. ISSN 1212-7299.

SOVOVÁ, E. et al., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství: 2., rozšířené a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.

ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. et al., 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠTEJFA, M. et al., 2007. *Kardiologie*. 3. vydání. Praha: Grada. 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4.

ŠUSTEROVÁ, D., 2013. Edukace pacienta s hypertenzí. *Sestra*. 23(10), 45 - 47 s. ISSN 1210-0404.

TEPLAN, V. et al., 2006. *Praktická nefrologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 536 s. ISBN 80-247-1122-2.

TKÁČOVÁ, L., REPKOVÁ, J., 2011. Arteriální hypertenze. *Sestra*. 21(12), 58 – 61 s. ISSN 1210-0404.

VANĚK, M., 2010. *Neléčená hypertenze srdci neprospívá*. [online]. [cit. 2016-09-01]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/nelecena-hypertenze-srdci-neprospiva-454447>

VÁCLAVÍK, J., 2013. Organové komplikace arteriální hypertenze a riziko kardiovaskulárních onemocnění. *Kardiologická revue*. 14(4), 211 - 217 s. ISSN 1212-4540.

VESELÝ, J., VÁCLAVÍK, J., 2016. *Patofyziologie systémové arteriální hypertenze*. [online]. [cit. 2016-06-27]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/?p=993>

VOKURKA, M. et al., 2012. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 305 s. ISBN 978-80-246-2032-9.

VRABLÍK, M., 2008. Umíme předcházet vzniku kardiovaskulárních onemocnění? *Medicína pro praxi*. 5(3), 101 – 104 s. ISSN 1214-8687.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

WIDIMSKÝ, J. et al., 2008. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze. *Cor at Vasa*. 50(1), 5 – 22 s. ISSN 0010-8650.

WIDIMSKÝ, J., 2010. Léčba hypertenze v každodenní praxi. *Interní medicína pro praxi*. 12(5), 236 – 246 s. ISSN 1212-7299.

WORKMAN, B., A., BENNETT, C., L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013. *High blood pressure – country experiences and effective interventions utilized across the European Region*. [online]. [cit. 2017-01-14]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/185903/e96816.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/185903/e96816.pdf)

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZAORALOVÁ, M., 2011. *Životní styl jako prevence vzniku hypertenze*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd.

ZAJÍC, J., 2012. Hypertenze ve vysokém věku: Nikdy není pozdě na léčbu. *Interní medicína pro praxi*. 14(4), 161 – 164 s. ISSN 1212-7299.

## **8 Seznam příloh**

**Příloha 1** – Edukační diagnóza nedostatek vědomostí o dietě

**Příloha 2** – Průměrný krevní tlak v závislosti na věku

**Příloha 3** – Rozhovor s osobami bez hypertenze

**Příloha 4** – Rozhovor s pacienty trpící hypertenzí

**Příloha 5** – Rozhovor s všeobecnými sestrami

**Příloha 6** – Přepis rozhovorů (volně vloženo na CD)

## **Příloha 1 – Edukační diagnóza nedostatek vědomostí o dietě**

Časová jednotka - 50 minut

Místo edukace - společenská místnost oddělení

Organizační forma - skupinová

Cíl - vysvětlit pacientům nutnost dodržovat dietu

Výsledná kritéria - pacienti jmenují vhodné, nevhodné potraviny a nápoje; pacienti definují význam dodržování diety; pacienti umí sestavit jídelní lístek

Edukační metody - dialogické - kladení otázek, diskuse, rozhovor

Didaktické pomůcky - papír, pero

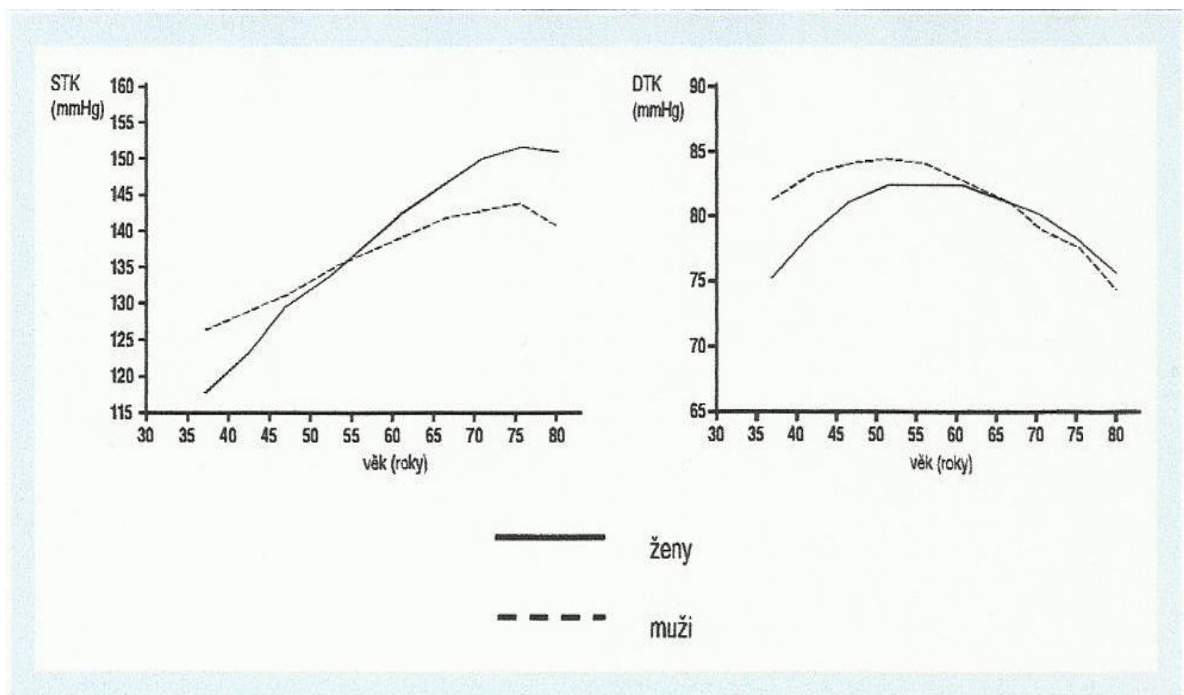
Metodický postup

1. úvod - přivítání, obeznámení pacientů s průběhem, cílem a obsahem edukačního programu
2. jádro
  - fáze motivační - motivační rozhovor: vysvětlit pacientům význam edukace
  - fáze expoziční - osnova obsahu edukace: vhodné a nevhodné potraviny, význam dodržování diety, příprava jídelního lístku
  - fáze fixační - zopakování nejdůležitějších nových údajů spolu s pacienty, zodpovězení otázek, vysvětlení nejasností souvisejících s daným onemocněním
  - fáze hodnotící - položení kontrolních otázek, vyhodnocení odpovědí (kontrolní otázky: Které potraviny jsou vhodné pro pacienty, kteří se léčí s hypertenzí? Které potraviny jsou nevhodné pro pacienty, kteří se léčí s hypertenzí a proč? Mohou pacienti s hypertenzí pít minerální vody? Pokud ano, čeho si musí všimnout na etiketě láhve minerální vody? Čím je charakteristická neslaná dieta? Jak jsou technologicky připravovány pokrmy při neslané dietě? Komu se indikuje neslaná dieta kromě hypertoniců?)
3. závěr - poděkování a povzbuzení, obeznámení pacientů s obsahem následujícího tématu

Zdroj

ŠUSTEROVÁ, D., 2013. Edukace pacienta s hypertenzí. *Sestra*. 23(10), 45 - 47 s. ISSN 1210-0404.

## Příloha 2 – Průměrný krevní tlak v závislosti na věku



Zdroj

DOLEJŠOVÁ, M., FILIPOVSKÝ, J., 2007. Měření krevního tlaku. *Medicína pro praxi*. 6(1), 253 – 255 s. ISSN 1214-8687.

### Příloha 3 – Rozhovor s osobami bez hypertenze

1. Váš věk a pohlaví:
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Měl někdo u vás v rodině hypertenzi?
4. Kouříte?
5. Slyšel jste někdy o rizikových faktorech hypertenze? Od koho?
6. Jaké jsou rizikové faktory hypertenze?
7. Byl jste někdy informován všeobecnou sestrou o rizikových faktorech hypertenze? Jak vás informovala?
8. Myslíte si, že je váš životní styl zdravý?
9. Co podle vás patří do zdravého životního stylu?
10. Může váš životní styl nějakým způsobem ovlivnit hypertenzi?
11. Jakým způsobem může hypertenzi ovlivnit?
12. Je důležité, aby všeobecná sestra informovala pacienty o rizikových faktorech hypertenze? Proč si to myslíte?
13. Informoval vás někdo o prevenci hypertenze? Popřípadě kdo?
14. Jak vás všeobecná sestra informoval/a o prevenci hypertenze?
15. Je důležité lidi informovat o prevenci hypertenze? Proč si to myslíte?
16. Jak jste spokojen s informacemi, které jste obdržel o rizikových faktorech hypertenze?  
0.....10  
NespokojenSpokojen
17. Jak jste spokojen s informacemi, které jste obdržel o prevenci hypertenze?  
0.....10  
NespokojenSpokojen

Zdroj: vlastní

#### **Příloha 4 – Rozhovor s pacienty trpící hypertenzí**

1. Váš věk a pohlaví:
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kde pracujete?
4. Jak dlouho trpíte hypertenzí?
5. Měl někdo u vás v rodině hypertenzi?
6. Byl jste již někdy hospitalizován kvůli vysokému krevnímu tlaku? Proč?
7. Kolikrát jste byl hospitalizován kvůli tomuto onemocnění?
8. Jste s vysokým krevním tlakem sledován pouze u ambulantního lékaře?
9. Co u vás vyvolalo hypertenzi?
10. Jaký způsob léčby podstupujete?
11. Byl Vám nabídnut i jiný způsob léčby? Jaký?
12. Berete nějaká antihypertenziva? Jaká?
13. Změnil jste nějakým způsobem váš zdravý životní styl? Jak?
14. Kouříte?
15. Myslíte si, že je váš životní styl zdravý?
16. Co podle vás patří do zdravého životního stylu?
17. Může váš životní styl nějakým způsobem ovlivnit hypertenzi?
18. Jakým způsobem ho může ovlivnit?
19. Měříte si váš krevní tlak? Jak často si ho měříte?
20. Řekl vám někdo, jak si správně měřit krevní tlak?
21. Slyšel jste někdy o rizikových faktorech hypertenze? Od koho?
22. Jaké jsou rizikové faktory hypertenze?
23. Byl jste někdy informován všeobecnou sestrou o rizikových faktorech hypertenze? Jak vás informovala?
24. Je důležité, aby všeobecná sestra informovala pacienty o rizikových faktorech hypertenze? Proč si to myslíte?
25. Informoval vás někdo před vznikem hypertenze o prevenci této nemoci? Popřípadě kdo?
26. Jak vás všeobecná sestra informovala o prevenci hypertenze?
27. Je důležité lidi informovat o prevenci hypertenze? Proč si to myslíte?



28. Jak jste spokojen s informacemi, které jste obdržel o rizikových faktorech hypertenze?

0.....10

Nespokojen

Spokojen

29. Jak jste spokojen s informacemi, které jste obdržel o prevenci hypertenze?

0.....10

Nespokojen

Spokojen

Zdroj: vlastní

## **Příloha 5 – Rozhovor s všeobecnými sestrami**

1. Váš věk:
2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
3. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Ovlivňuje životní styl pacienta možný vznik hypertenze?
6. Jak může životní styl ovlivnit vznik hypertenze?
7. Informujete pacienty o rizikových faktorech hypertenze?
8. Jakým způsobem pacienty informujete?
9. Jsou nějaké rozdíly v informovanosti dospělého člověka v různých věkových skupinách o rizikových faktorech hypertenze? Popřípadě jaké?
10. Je důležité pacienty o rizikových faktorech hypertenze informovat? Proč si to myslíte?
11. Edukujete pacienty o prevenci hypertenze?
12. Jakým způsobem pacienty edukujete o prevenci hypertenze?
13. Je tato edukace důležitá? Proč si to myslíte?
14. Má edukace v prevenci hypertenze nějaký vliv na chování pacienta? Jaký?
15. Dodržují pacienti doporučená preventivní opatření? Proč si to myslíte?
16. Jakým způsobem lze jinak ovlivnit životní styl pacienta?
17. Myslíte si, že informace, které jste pacientům podala o rizikových faktorech, byly pro ně dostačující, srozumitelné a pochopitelné? Proč si to myslíte?
18. Myslíte si, že informace, které jste pacientům podala o prevenci hypertenze, byly pro ně dostačující, srozumitelné a pochopitelné? Proč si to myslíte?

Zdroj: vlastní

## **9 Seznam použitých zkratk**

ATD	A tak dále
ČR	Česká republika
TK	Krevní tlak