



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Role sestry v edukačním procesu u pacientů s hypertenzí

Vypracovala: Iveta Hejnová

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

České Budějovice 2016

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce na téma “ *Role sestry v edukačním procesu u pacientů s onemocněním hypertenze* ” se zabývá problematikou vysokého krevního tlaku s aspektem na vzdělávání pacientů ze strany sestry, což je v současné době velice aktuální téma. Věnujeme se edukační činnosti sestry u pacienta s onemocněním hypertenze. Arteriální hypertenzi řadíme mezi civilizační choroby, jejichž výskyt stoupá úměrně s civilizačním vývojem společnosti. V rámci edukačního procesu jsme se soustředili na změnu životního stylu v rámci léčebného režimu. Práce je rozdělena do dvou částí.

V první teoretické části jsme se zaměřili na to, co je o problematice vysokého krevního tlaku, nefarmakologické léčbě a edukační činnosti známé v odborné literatuře. Věnujeme se charakteristice onemocnění hypertenze, metodám měření krevního tlaku v ošetrovatelské péči, rizikovým faktorům, příznakům, léčbě onemocnění, komplikacím a ošetrovatelské péči o hypertonika. Dále se zabýváme ošetrovatelským modelem dle Hendersonové, jenž je aplikován v oboru kardiologie. Také zmiňujeme Centrum prevence civilizačních chorob v Českých Budějovicích, které se zaměřuje na civilizační choroby a věnuje se pacientům s těmito onemocněními. Cílem centra je realizace intervencí preventivního charakteru k danému onemocnění s důrazem na edukaci pacientů.

Druhá část se věnuje empirickému šetření, jeho průběhu a výsledkům výzkumného šetření, které bylo realizováno v průběhu roku 2015 až 2016.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo odkrývání jevů v oblasti edukace pacientů s diagnózou hypertenze v oblasti změny životního stylu. Výzkumné šetření proběhlo v nemocničním zařízení a ambulancích praktického lékaře v Jihočeském kraji.

Po stanovení hlavního cíle jsme určili cíl intelektuální, praktický a personální. Na základě určených cílů jsme vytvořili pět výzkumných otázek, které se staly základem dalších otázek rozhovoru s respondenty. K realizaci výzkumného šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor, jehož součástí byly základní a doplňující otázky.

Doplňující otázky byly pokládány v případě potřeby v průběhu rozhovoru s respondenty.

Výzkumný soubor zahrnuje dvě skupiny respondentů. První skupinu tvořily sestry ze dvou pracovišť - z kardiologického oddělení a z ambulancí praktického lékaře. Druhou skupinu tvořili pacienti s diagnostikovanou hypertenzí z kardiologického oddělení a ambulance praktického lékaře. Původně mělo výzkumné šetření pokračovat v kardiologické ambulanci, ale na doporučení hlavní sestry bylo od tohoto záměru odstoupeno. Přesto, že výzkumné šetření v kardiologické ambulanci nebylo uskutečněno, myslíme si, že celkové výsledky šetření přináší důležité poznatky o zkoumaném jevu.

Rozhovor s respondenty probíhal vždy na předem domluveném místě. Respondent byl v úvodu seznámen se zásadami anonymity, které budou během celé naší práce dodrženy. Po dokončení sběru dat byly výsledky podrobeny detailnímu zkoumání pomocí kódování a kategorizace. Nejdůležitější odpovědi respondentů byly zaznamenány do schémat, vytvořených podle kategorií.

Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na realizaci edukačního procesu z pohledu sestry i pacienta. Sestry přiznávají, že edukační proces ve většině případů neprobíhá. Důležitým faktorem, který z jejich pohledu tento proces ovlivňuje, je nedostatek času a malý zájem pacienta o tuto problematiku. Výzkumné šetření ukázalo, že ve většině případů našich respondentů edukační proces neproběhl. Dále bylo zjištěno, že sestry prokazují odborné kompetence o nefarmakologické léčbě u onemocnění hypertenze, které pacientům nepředávají nebo pouze v malé míře.

Pacienti hodnotí edukační proces jako nedostatečný. Většina respondentů se domnívá, že informace o nefarmakologické léčbě by měl podávat lékař. Sestra by měla podle pacientů informace zopakovat a doplnit. Respondenti tedy neočekávali při diagnostice podání informací ze strany sestry. Někteří pacienti vidí jako jeden z důvodů časově omezený kontakt se sestrou.

Domníváme se tedy, že jedním z možných řešení je snížit počet pacientů na jednu ošetřující sestru na kardiologickém oddělení. V ambulanci by bylo vhodné snížit počet pacientů na jednoho praktického lékaře, a tedy i ošetřující sestru.

V současné době, kdy je ve zdravotnictví v ČR obecně nedostatek kvalifikovaného personálu je toto řešení prozatím nerealizovatelné. Časová nedostatečnost je podle nás jedním ze zásadních faktorů ovlivňující efektivní edukační proces.

Věříme, že tato práce bude přínosem nejen pro budoucí profesní život autorky, ale také pro všechny čtenáře této bakalářské práce. Zároveň se otevírá prostor pro výzkumné šetření většího a podrobnějšího zkoumání vzhledem k zjištěným jevům.

Klíčová slova: edukační proces, sestra, pacient, hypertenze

Abstract

The present bachelor thesis called “The Role of a Nurse in the Educational Process Aimed at a Patients with Hypertension” deals with the issue of high blood pressure with stress on the education provided by a nurse, which is a really current topic at present. We focus on the educational activity of a nurse in relation to a patient suffering from hypertension. Arterial hypertension belongs to civilisation diseases, whose occurrence is increasing with the civilisation development of the society. Within the educational process we concentrated on the change of lifestyle within the treatment regime. The thesis is divided into two parts.

In the first, theoretical part we focused on the facts known from theoretical literature about the issue of high blood pressure, nonpharmacological treatment and educational activity. We deal with the characteristics of hypertension, blood pressure measurement methods in nursing care, the risk factors, symptoms, the treatment of the disease, complications and the nursing care of a hypertonic patient. We also deal with the treatment model according to Henderson, which is applied in cardiology. We also mention the Centre of Prevention of Civilisation Diseases in České Budějovice, which pays attention to civilisation diseases and cares of patients with such diseases. The Centre focuses on intervention of preventive character to the disease with the stress on patient education.

The second part deals with an empiric research performed in 2015 and 2016, its course and its results. The main goal of the research was to reveal the phenomena in the field of education for patients with the diagnosis of hypertension in relation to a change of the lifestyle. The research was performed in a hospital and in offices of general practitioner in South Bohemia Region.

After setting the main goal we set the intellectual, practical and personnel goals. On the base of the set goals we prepared five research questions, on which further questions used in interviews with respondents were based.

A semi-structured interview consisting of basic and supplementary questions was applied to the research. The supplementary questions were asked when necessary during the interviews with the respondents.

The research sample consists of two groups of respondents. Nurses from two types of workplaces – from a cardiology department and offices of general practitioners – formed the first group. The second group consisted of patients with diagnosed hypertension from the cardiology department and from offices of general practitioners. The research was originally going to continue in a cardiology outpatient department but this plan was abandoned upon recommendation of the head nurse. Despite of this fact we are convinced that the overall results of the research provide important knowledge of the examined phenomenon.

The interviews with the respondents were always held at places arranged in advance. Each respondent was first informed on the principles of anonymity to be adhered to during the whole project. After completion of data collection the results were subject to detailed examination by means of coding and categorization. The most important respondents' replies were arranged into schemes based on categories.

We focused on implementation of the educational process from the points of view of a nurse and a patient. The nurses admit that no educational process is in place in most cases. Lack of time and lack of interest among patients are important factors affecting this process from their point of view. The research among the respondents has shown that no education was provided in most of the cases. There was another finding that nurses show competence in nonpharmacological treatment for hypertension, which they only pass to their patient insufficiently or not at all.

Patients assess the educational process as insufficient. Most of the patients think that a doctor should provide information on nonpharmacological treatment. A nurse should repeat and extend the information according to the patients. The respondents thus did not expect a nurse to provide them with information within the diagnostic. Some patient see the reason in the time limited contact with a nurse.

We are thus convinced that reduction of the number of patients per a nurse at a cardiology department is one of the possible solutions.

As for general practitioners reduction of the number of patients per a physician and thus per a nurse would be appropriate. This solution is not feasible nowadays when there is lack of qualified healthcare staff in the CR. Lack of time is one of the substantial factors affecting an effective educational process in our opinion.

We believe that this thesis will contribute not only to the author's future career, but also to all the readers of the thesis. It also opens the space for a larger and more detailed research to the facts herein revealed.

Key words: education process, nurse, patient, hypertension

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2016

.....

Iveta Hejnová

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Radce Šulistové Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům, kteří mi věnovali čas při realizaci výzkumného šetření.

Obsah

Úvod.....	13
1. Současný stav	14
1.1. Charakteristika arteriální hypertenze	14
1.1.1. <i>Metody měření krevního tlaku v ošetrovatelské péči</i>	16
1.1.2. <i>Rizikové faktory u onemocnění hypertenze</i>	18
1.1.3. <i>Příznaky arteriální hypertenze</i>	19
1.1.4. <i>Léčba arteriální hypertenze</i>	20
1.1.5. <i>Komplikace arteriální hypertenze</i>	22
1.2. Ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním hypertenze.....	23
1.2.1. <i>Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s arteriální hypertenzí</i>	23
1.2.2. <i>Ošetrovatelský model dle Hendersonové v kardiologii</i>	24
1.3. Životní styl u pacientů s arteriální hypertenzí.....	26
1.3.1. <i>Centrum prevence civilizačních chorob v Českých Budějovicích</i>	26
1.4. Edukační proces v ošetrovatelství	27
1.4.1. <i>Andragogika v ošetrovatelství</i>	27
1.4.2. <i>Edukace u pacientů s onemocněním hypertenze</i>	28
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
2.1. <i>Cíle práce</i>	30
2.2. <i>Výzkumné otázky práce</i>	31
3. Metodika.....	32
3.1. Použité metody	32
3.1.1. <i>Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru</i>	32
3.1.2. <i>Charakteristika výzkumného vzorku</i>	34

4.	Výsledky výzkumného šetření	37
4.1.	<i>Hodnocení edukační činnosti sestry klientem s onemocněním hypertenze</i>	<i>37</i>
4.2.	<i>Edukační činnost sestry v ambulanci praktického lékaře a na kardiologickém oddělení</i>	<i>42</i>
5.	Diskuze	50
6.	Závěr	57
7.	Seznam použité literatury	59
8.	Seznam příloh	63

Seznam použitých zkratk

BMI – BodyMassIndex

CPCCH – Centrum prevence civilizačních chorob

DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension

TK – krevní tlak

Úvod

Téma naší bakalářské práce „*Role sestry v edukačním procesu u pacientů s hypertenzí*“ jsme si vybrali proto, že se autorka ve svém profesním i osobním životě čím dál častěji setkává s lidmi, kteří se léčí s onemocněním hypertenze.

Z našeho pohledu je patrné, že edukačnímu procesu je věnována velmi malá pozornost a u pacientů dochází k nedostatku vědomostí. Právě z toho důvodu je velmi důležité, aby sestry znaly zásady správné a účinné edukace a měly dostatek vědomostí o nefarmakologické léčbě onemocnění hypertenze. Správnou edukací na vhodnou změnu životního stylu můžeme zabránit i vzniku mnoha závažných kardiovaskulárních komplikací.

Hlavním cílem bylo zaměřit se na odkrývání jevů v oblasti edukace s diagnostikovanou hypertenzí v oblasti změny životního stylu. Z tohoto hlavního cíle jsme si stanovili tři další cíle - intelektuální, praktický a personální. Dále považujeme za velice důležité zjistit, jaká je edukační realita ve vzdělávání pacientů na kardiologickém oddělení a v ambulanci praktického lékaře. Také nás zajímalo, jaké jsou bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, používanými sestrou a jak hodnotí sestry spolupráci pacienta v rámci edukačního procesu. Důležité jsou také edukační metody, které sestra používá při edukaci. Pacientů jsme se dotazovali, co postrádají při edukaci sestrou.

Dostupné literární zdroje se věnují převážně ošetrovatelské péči o pacienta s hypertenzí a rozvoji vědomostí sester o dané problematice. Publikace obsahují komplexní popis dané problematiky.

Vzhledem k tomu, že arteriální hypertenze patří mezi civilizační onemocnění, jejichž četnost stoupá, považujeme za nezbytné, aby edukační realita probíhala kvalitně a pokaždé, když je pacientovi onemocnění hypertenze diagnostikováno.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika arteriální hypertenze

Jak z názvu naší práce vyplývá, budeme se zabývat problematikou hypertenze. Z toho důvodu je důležité problematiku hypertenze neboli zvýšeného krevního tlaku přiblížit.

Výskyt vysokého krevního tlaku můžeme pozorovat už v letech 1770 – 1827, kdy například u Ludwiga van Beethovena je hypertenze uváděna jako příčina smrti. V této době byla velkým problémem neinformovanost lidstva o existenci krevního tlaku. Proto se v několika případech na toto onemocnění přišlo až při pitvě (Špinar a Vítovec, 2007).

Krevní tlak (dále jen TK) je odpor krve, který působí proti stěně cévy. O zvýšeném krevním tlaku mluvíme pouze tehdy, pokud hodnoty krevního tlaku jsou alespoň vyšší, než 140/90 mm Hg. Kritéria WHO / ISH (World Health Organization / International Society of hypertension) stanovují přesnou definici pro arteriální hypertenzi.

„Za arteriální hypertenzi považujeme opakované zvýšení krevního tlaku >140 mm Hg nebo diastolického tlaku > 90 mm Hg zjištěného alespoň ve 2 ze 3 měření krevního tlaku“ (Widimský, 2004, s. 19).

Naměříme-li hodnoty krevního tlaku mezi 130 – 139 mm Hg / 80 – 89 mm Hg, nejedná se o arteriální hypertenzi, ale o normální vysoký krevní tlak (viz. tabulka číslo 3).

Arteriální hypertenzi považujeme za poměrně závažný zdravotní problém. Současné s kouřením, dyslipidemií a diabetem mellitem se jedná o jeden ze závažných rizikových faktorů ischemické choroby srdeční (Widimský, 2004).

Arteriální hypertenze se objevuje u všech věkových skupin, ale nejčastěji u starších osob. Jedná se o nejčastější kardiovaskulární onemocnění.

Dle statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR z roku 2006 bylo v Jihočeském kraji České republiky léčeno pro onemocnění hypertenze 103 240 pacientů. V porovnání s rokem 2013 se počet léčených pacientů zvýšil na 116 667.

Dle uvedené statistiky je patrné, že počet hypertoniců se podstatně zvyšuje.

Proto považujeme prevenci onemocnění a správnou edukaci za nesmírně důležitou součást ošetrovatelské péče (ÚSIS, 2015).

Widimský (2004) uvádí, že hypertenzi dělíme na primární neboli esenciální a sekundární.

U primární hypertenze mluvíme o stavu, kdy u onemocnění neznáme jasnou příčinu vzniku. Esenciální hypertenze je stav, který je mnohem častější než hypertenze sekundární. Právě tímto typem hypertenze trpí asi 95 % hypertoniců. Příčina není jasná, ale mezi rizikové faktory můžeme řadit genetické predispozice či životní styl.

Jediné faktory, které dokážeme ovlivnit, je nadměrný příjem soli, zvýšený příjem alkoholu, stres, nedostatečný příjem hořčíku a draslíku. Na tyto faktory je velice důležité myslet v rámci preventivního opatření tohoto onemocnění.

Sekundární hypertenzi můžeme nazvat také hypertenzí symptomatickou. Postihuje 2 – 5 % hypertoniců. V tomto případě můžeme hovořit o několika příčinách, které mohou způsobit toto onemocnění. Mezi příčiny související s onemocněním ledvin patří glomerulonefritida či diabetická nefropatie. Může dojít také k renovaskulární příčině, například k poškození renální arterie (ateroskleróze) nebo k zúžení (stenóze) renální tepny. Endokrinní příčinou může být nádor dřeně nadledvin, který se nazývá feochromocytom. Mezi další příčiny řadíme pozdní gestózu nebo také dlouhodobé užívání kortikoidů či antikoncepce (Widimský, 2004).

V současné době se někteří z vědců domnívají, že jistou příčinou sekundární hypertenze by mohl být syndrom obstrukční spánkové apnoe. Jedná se o určitou poruchu dýchání ve spánku. Během spánku dochází k několika apnoickým pauzám v trvání nejméně 10 sekund za 1 hodinu spánku. Takto to uvádí Sovová (2008).

Jak uvádí Widimský (2004) za podstatný rozdíl mezi esenciální a sekundární hypertenzí považujeme možnost specifické léčby právě hypertenze sekundární. Poté může dojít buď k podstatnému zlepšení hypertenze, nebo až k úplnému vymizení.

1.1.1. Metody měření krevního tlaku v ošetrovatelské péči

Od roku 1896, kdy italský lékař Riva Rocci zavedl nepřímou metodu měření krevního tlaku v praxi, používáme tuto metodu v nemocničním prostředí denně. Po několika letech v roce 1905 obohatil tuto vyšetřovací metodu ruský lékař Korotkov o poslechovou metodu měření, ve které popsal 5 fází. Nazýváme je „Korotkovovy fenomény“. Toto tvrzení uvádí Sovová (2008).

Jak uvádí Widimský (2004) v první fázi je slyšitelný jasný, ostrý zvuk. Touto fází určujeme horní hranici systolického tlaku. Dále je slyšitelný foukavý nebo svištivý zvuk, třetí fáze je typická ostřejšími zvuky, čtvrtá tlumeným zvukem a v páté fázi nastává ticho. Při páté fázi určujeme hodnotu dolního diastolického tlaku.

Měření krevního tlaku můžeme provádět hned několika způsoby. Základní dělení měření krevního tlaku rozdělujeme na měření invazivního a neinvazivního typu.

Častěji je používané neinvazivní měření, které lze provést v nemocničním, ambulantním ale i domácím prostředí. V ambulantním a nemocničním prostředí se nejčastěji používá měření pomocí tonometrů. A to s pomocí manometru, nafukovacího systému a fonendoskopu. Pro správné měření je důležité myslet na to, aby pacient před samotným měřením byl alespoň 10 minut v klidu, nejlépe v klidném a příjemném prostředí. Během vyšetřování myslíme na správnou šířku manžety, správnou polohu manžety a paže. Manžeta by měla být 2 - 3 cm nad loketní jamkou. Paže by měla být podepřena na úrovni srdce. Vybíráme pravou paži, jelikož odhalení postižení pacienta je na této straně pravděpodobnější. Upozorníme pacienta na nutnost mlčení a nehýbání se. Mluvení a pohyb pacienta by mohl zkreslit výsledek měření. Měření se opakuje během 1 – 2 minut. Pro konečné stanovení diagnózy hypertenze je nutné naměřit vysoké hodnoty ve dvou ze tří měření (Widimský, 2004).

Dále nesmí být paže stažena příliš těsným rukávem oděvu. Pacient nesmí před vyšetřením kouřit a být těsně po námaze. Měření se provádí v místnosti, kde je klid a u pacientů, kteří mají nasazenou farmakologickou léčbu, se měří tlak po 2 minutách stání, aby se zjistilo, zda ve stoje neklesá (Velemínský, 2012).

Další možností, kterou se dá změřit krevní tlak, je automatické měření, které je pro domácí měření nejjednodušší. Pro domácí měření doporučíme pacientům metody pro to vhodné. Nedoporučujeme přístroje měřící tlak na prstech či zápěstí. Vhodné jsou přístroje, které mají paměť na uchování naměřených dat. Pokud tuto funkci přístroj nemá, doporučíme pacientům formuláře na zaznamenávání hodnot pro příští návštěvu svého lékaře.

Nejvhodnější jsou přístroje, které mají certifikát Evropské unie. Pokud si pacient kontroluje svůj krevní tlak samostatně během období před lékařskou kontrolou, je nutné pacienta poučit o vhodnosti měření tlaku na konci působení antihypertenziva. Tedy ráno, před užitím dalšího antihypertenziva. Další metodou užívanou pro diagnostiku arteriální hypertenze je ambulantní 24hodinové měření (Widimský, 2004).

Nejčastější je 24 hodinové měření, ale lze měřit i více dní. Toto měření se nejčastěji indikuje u pacientů s fenoménem bílého pláště či rezistence na léčbu. Nejčastěji se vyhodnocují hodnoty podle denní doby, a to denní hodnoty, noční hodnoty a poté celodenní průměr (Chaloupka, 2000).

Toto měření dělíme podle účelu na terapeutické, léčebné a prognostické. U terapeutického měření zjišťujeme hodnocení vedlejších účinků, dostatečný pokles v nočních hodinách či účinek farmakologické léčby. U léčebného měření zjišťujeme druh hypertenze a u prognostické zjišťujeme vztah hodnot k progresi orgánového poškození (Homolka, 2010).

Dle Widimského (2004) v tomto případě danému pacientovi připevníme na paži manžetu, která se po pravidelných intervalech nafukuje a zaznamenává hodnoty do přenosného počítače, který je součástí přístroje. Tato metoda má jednu významnou výhodu a to, že měří tlak při aktivitě člověka, ale i po aktivitě či v noci. Je tedy vhodné, aby si pacient zapisoval jakou aktivitu, v kterou dobu prováděl.

Invazivní způsob měření krevního tlaku provádíme kanylací arteriálního řečiště, kde můžeme sledovat nejen hodnoty krevního tlaku, ale také pulzovou křivku. Tento způsob měření můžeme vidět nejčastěji u šokových stavů.

1.1.2. Rizikové faktory u onemocnění hypertenze

Stat', která bude následovat, je nezbytnou součástí této práce, protože právě na toto téma je práce zaměřena.

Několik zdrojů uvádí, že v České republice je velice nízká zdravotní gramotnost. Toto tvrzení je patrné z hodnocení životního stylu i zdravotního stavu obyvatel. Problematikou se zabývá Akční plán číslo 12 rozvoje zdravotní gramotnosti na období 2015 - 2020. Důležitá je dostatečná informovanost obyvatel o rizicích, která ovlivňují zdravotní stav. Například pomocí medií, projektů, správnou výchovou a vzděláním ve školských zařízeních či při celoživotním vzdělávání (Zdraví 2020, 2016).

Rizikovým faktorům musíme věnovat pozornost ještě před vznikem onemocnění, nikoliv až při diagnostice, proto informovanost považujeme za velice důležitou. Národní výbor pro prevenci, záchyt, hodnocení a léčbu vysokého krevního tlaku uvádí, že nejdůležitějším cílem v problematice hypertenze je zabránění jejího vzniku. Taktéž výbor uvádí velkou roli změny životního stylu. Mezi jejich doporučení řadíme omezení alkoholických nápojů, udržování tělesné váhy tak, aby BMI (dále jen Body Mass Index) nepřesáhl hodnotu 30. Dále dietní omezení především na principu snížení soli, cholesterolu a tuku. Nezbytnou částí je také pohyb samotný (Kardiologie pro sestry – kolektiv autorů, 2013).

Rizikové faktory můžeme dělit do dvou skupin - ovlivnitelné a neovlivnitelné. Do neovlivnitelných patří jistě genetická predispozice. Avšak ovlivnitelných je mnohem více a můžeme proti nim dodržovat určitá preventivní opatření. Například nadměrný přívod sodíku. Lidé, kteří konzumují 3 g soli denně, mají průměrně nízký až normální tlak. Avšak ti, co konzumují více než 6 g soli, se vystavují riziku zvýšeného krevního tlaku. Dále nedostatečný přívod magnezia, draslíku a vápníku. Vyšší konzumace draslíku tvoří ochranný efekt pro vznik cévních mozkových příhod. Naopak nedostatek draslíku může způsobovat poruchy srdečního rytmu.

To samé platí u magnezia a vápníku. U vyššího příjmu těchto minerálů pozorujeme spíše nižší krevní tlak (Widimský, 2004).

Jak uvádí Boháčová et al (2012) podstatou omezení soli není pouze vyloučení potravin, které na pohled obsahují sůl. Ale také potravin, které byli technologicky upravovány pomocí soli. Jde například o uzeniny, slané pochutiny a mnoho dalších.

Widimský (2004) uvádí, že mezi další ovlivnitelný a významný faktor řadíme obezitu a zvýšený kalorický příjem. U 50 % obézních pacientů diagnostikujeme arteriální hypertenzi. Stav výživy pacientů hodnotíme podle BMI. Při hodnotě $> 25\text{kg/m}^2$ diagnostikujeme nadváhu u $> 30\text{kg/m}^2$ se jedná již o obezitu. Při redukci váhy u obézních pacientů dochází k výraznému snížení hodnot krevního tlaku, u lehčích hypertoniců až k úplnému vymizení vyšších hodnot krevního tlaku. Dále se doporučuje omezit příjem alkoholu. Kouření, stres a socioekonomický status jsou další rizikové faktory, které lze ovlivnit. Pokud pacient všechny výše vyjmenované faktory omezí či upraví svoje stravovací návyky, může si značně pomoci v průběhu svého onemocnění.

1.1.3. Příznaky arteriální hypertenze

Jak uvádí Šafránková, Nejedlá (2006) klinický obraz můžeme dělit do 3 stádií.

V prvním stádiu pacient může být buď zcela bez obtíží, nebo se jedná o obtíže typu závratí, únavy či bolesti hlavy. Nenajdeme žádné orgánové změny, které by souvisely s arteriální hypertenzí.

U druhého stádia jsou příznaky totožné jako u stádia prvního, avšak můžeme objektivně nacházet hypertenzní angiopatii, arteriosklerotické změny cév, zhoršení diastolické funkce levé komory nebo hypertrofie levé komory. Veškeré jmenované příznaky můžeme zjistit pomocí echokardiografie, EKG, angiografie, vyšetření očního pozadí či laboratorního vyšetření moče.

Poslední stadium, které můžeme u hypertenze sledovat, je typické poškozením jednotlivých orgánů. Nejčastěji srdce, mozku, očního pozadí, cév a ledvin. Dochází až k selhávání levé komory, krvácení do mozku, retinopatii, ICHS, CMP atd.

1.1.4. Léčba arteriální hypertenze

Léčbu hypertenze dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou. Pro tuto práci je podstatná hlavně léčba nefarmakologická. Podstatné pro léčbu je omezení léků, které zadržují v těle vodu a soli. Mezi tyto léky řadíme nesteroidní antirevmatika, kortikoidy, steroidní antikoncepci a sympatomimetika. Záleží samozřejmě na rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

Omezení kouření z velké části krevní tlak neovlivní, ale omezením kouření zabraňujeme riziku vzniku ischemické choroby srdeční (Widimský, 2004). Tabákový kouř obsahuje několik druhů škodlivých látek, které mají na svědomí několik procesů, které ovlivňují vysoký tlak. Díky nikotinu jsou aktivovány hormony, které způsobují několik změn. Například zvýšení tlaku a pulzu a změny koagulace, které zvyšují riziko trombózy.

Přízpůsobení tělesné aktivity též napomáhá k alespoň částečnému zlepšení hodnot krevního tlaku. Poprvé se toto tvrzení objevilo v padesátých letech 20. století. Nejdoporučovanějším pohybem je Nordic walking, rychlá chůze, chůze do schodů a rekreační sportování (Rosolová, 2004).

Doporučován je spíše aerobní pohyb či rychlá chůze 30 - 45 minut alespoň 3x - 4x týdně. Díky pohybu dochází k redukci váhy pacienta, kterou považujeme taktéž za důležitou.

Mezi další opatření patří omezení soli, alkoholu a zvýšení přívodu draslíku v dietě pomocí vhodných potravin. Například ovoce a zeleniny. Dieta má obsahovat velké množství ovoce, zeleniny, ryb a omezení živočišného tuku a cholesterolu (Widimský, 2004). Nefarmakologická léčba (viz. tabulka číslo 4.)

Na základě Společnosti pro výživu byly předloženy nové referenční hodnoty příjmu a energie s ohledem na nové vědecké poznatky. V České republice byly převzaty referenční dávky od společnosti tří zemí, nazývané jako dávky DACH (Německo, Rakousko, Švýcarsko) Referenční dávky určují především příjmy potřebných živin. Například doporučení dávky bílkovin (Společnost pro výživu, 2011).

Mezi nejlepší diety, které napomáhají prevenci arteriální hypertenze, patří dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) dále jen DASH. Její podstata je založena na nižším energetickém příjmu, příjmu soli a tuků. Dále je doporučováno vynechání potravin s mastnými kyselinami a cholesterolem. Důležitost je také přikládána dostatečné konzumaci draslíku, magnezia, vápníku, dostatku bílkovin a fosforu. Tato dieta byla zkoumána na několika respondentech, pod kontrolou odborníků. Takové omezení vedlo ke snížení hodnoty tlaku až o 5,5 mm Hg (Rosolová, 2013).

Jak uvádí Rosolová (2004) co se týká tuků, vždy je důležité vybírat rostlinné nebo rybí, které obsahují více nenasycených tuků oproti tukům rostlinným. Podle některých observačních studií je známo, že menší množství hořké čokolády má pozitivní vliv na srdce.

Z medicínského hlediska je také důležité myslet na omezení farmakologické léčby, podporující retenci sodíku a vody. Těmito léčivy jsou například antiflogistika, kortikoidy, či steroidní antikoncepce (Češka, 2010).

Jak uvádí Widimský (2004) zmíněné omezení alkoholu je důležité nejen pro zamezení vzniku cévních mozkových příhod, ale alkohol také snižuje účinnost antihypertenzivní léčby.

Posledním ovlivnitelným faktorem je stres. V tomto případě je důležité potlačovat negativní pocity, které jsou příčinou stresu. Nejlepšími doporučeními v tomto případě jsou aktivity, které pacienta baví a způsobují mu radost. V případě, že tyto stavy pacient nezvládá sám, doporučujeme pomoc psychologa nebo psychiatra (Rosolová, 2013).

Farmakologická léčba je v kompetencích lékaře, proto na ni v této bakalářské práci nebude kladen takový důraz. Medikace léčby tohoto onemocnění je vybírána podle několika faktorů. Důležité je znát věk, pohlaví, zda pacient kouří a hodnoty TK. Dále se medikace vybírají podle poškození cílových orgánů, zda není hypertrofická levá komora srdeční, přítomná albuminurie a vzestup koncentrace kreatinu. Dále nás zajímají přidružená onemocnění, například cévní mozkové příhody, postižení srdce (chronické srdeční selhání) a renální poškození.

Zahájení terapie nastává neprodleně, pokud je naměřena hodnota krevního tlaku $>180 / 110$. Tradičně se léčba zahajuje monoterapií, ale u většiny případů je nutná kombinace dvou a více antihypertenziv (Widimský, 2004).

1.1.5. Komplikace arteriální hypertenze

Jako u každého onemocnění, musíme myslet na komplikace, které mohou nastat. Můžeme myslet na dva různé typy komplikací s různými příčinami. A to o hypertenzním stavu nouze a hypertenzní krizi.

Hypertenzní stav nouze definujeme jako stav, který je závislý na onemocněních se kterými se pacient léčí. Hodnota krevního tlaku se nejčastěji pohybuje nad $180 / 120$ mm Hg. Tento stav se projevuje různými příznaky, podle kterých můžeme poznat poškození orgánu. Mezi nejčastěji vyskytované příznaky řadíme intrakraniální krvácení, selhávání levého srdce, nevolnost, zvracení a další.

Pokud se jedná pouze o značně zvýšený krevní tlak, mluvíme o hypertenzní krizi, kdy jde o stav bezprostředně ohrožující život. Dochází k náhlému zvýšení krevního tlaku až na hodnoty vyšší, než $210 / 130$ mm Hg. Tento stav může doprovázet až selhávání životně důležitých orgánů (Steffen, 2010).

K tomuto stavu dochází ve většině případů z důvodu nedodržování antihypertenzivní léčby nebo také jako komplikace přidruženého onemocnění.

Widimský (2004) cituje: „*Výskyt hypertenzní krize na jednotkách intenzivní péče se odhaduje asi na 3 % hospitalizovaných*“ (Grossman a spol., 2000)

Nejčastěji se hypertenzní krize projevuje renálními, kardiovaskulárními a mozgovými příznaky. V oblasti centrální nervové soustavy se může jednat o zrakové poruchy, krvácení do sítnice či nauzeu, zvracení a křeče. U srdečních projevů až infarkt myokardu. Při tomto stavu je bezesporu nutné včasné diagnostikování tohoto problému (Widimský, 2004).

Pokud je podezření na tento stav, pacientovi provádíme několik pomocných vyšetření. Mezi ně řadíme: pravidelné kontrolování TK , elektrografie a srdeční akce. Důležité je také sledovat parametry ukazující stav ledvin. Mezi ně patří bilance tekutin a diuréza pacienta v krátkém časovém období. Dále biochemické vyšetření moče a močového sedimentu. Pro vyšetření srdce a plic používáme rentgenové vyšetření. Vyšetřujeme podle oblasti, kde máme podezření na postižení (Kolář, 2009).

1.2. Ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním hypertenze

1.2.1. Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s arteriální hypertenzí

Jako u každého onemocnění je prvotní povinností sestry odběr osobní, rodinné, farmakologické, sociální a pracovní anamnézy. Sbíráme informace o genetických predispozicích, užívané medikaci, osobních údajích, zdravotních problémech, pracovních podmínkách, životním stylu (kouření, dietní návyky, množství tělesné zátěže) a náchylnosti na stres. Pro diagnostiku je velice důležité znát onemocnění rodiny, genetická predispozice patří právě k neovlivnitelným rizikovým faktorům. Dále provádíme fyzikální vyšetření v asistenci s ošetřujícím lékařem a to pohledem, pohmatem všech přístupných cév, dále poslechem a poklepem. Nejdůležitější rolí sestry a potřebnou částí diagnostiky je měření krevního tlaku, a to v několika pozicích pacienta, například vleže a vestoje. Je nutné myslet na zásady měření.

Dále lékař přistupuje k laboratorním vyšetřením moče, ale také krve. Z moče vyšetření moče plus sedimentu (množství albuminu v moči), z krve minerály sodík, draslík, kreatin v séru a celkový cholesterol.

Úkolem sestry je provést bezchybně odběry biologického materiálu. Je důležité znát zásady odběru moče a krve. Další částí diagnostiky jsou zobrazovací vyšetřovací metody. Mezi ně řadíme rentgen hrudníku, ultrazvuk srdce, elektrografii a vyšetření očního pozadí. U pacienta provádíme přípravy na vyšetření (Slezáková, 2007).

Také jak uvádí vyhláška č. 55/2011 Sb. O činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která dne 21. 12. 2015 prošla úpravou, je sestra kompetentní motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe (vyhláška č.55/2011 – upravena 21. 12. 2015).

1.2.2. Ošetrovatelský model dle Hendersonové v kardiologii

Následující stať se bude věnovat aplikaci ošetrovatelského modelu dle Virginie A. Henderson, a to z důvodu úzké propojenosti s tématem této bakalářské práce. Ošetrovatelských modelů, které lze aplikovat na péči o pacienta s kardiologickým onemocněním je více, například model M. Gordonové, avšak model dle Hendersonové, je dle literatury přizpůsoben přímo kardiologii.

Model Hendersonové lze považovat za důležitý z toho důvodu, že se nezabývá pouze samotnou nemocí, léčebným režimem a diagnózou, ale také pacientovými potřebami. Zmiňovaný model rozděluje potřeby do několika složek, a to na potřeby biologické, sociální, psychologické a duchovní. Model byl založen na základě čtrnácti potřeb, při jejichž dodržování a plnění podporujeme soběstačnost a nezávislost pacienta právě v těchto potřebách.

Na základní lidské potřeby musíme myslet i při ošetrovatelské péči, abychom získávali příznivějších výsledků. Proto tento ošetrovatelský model můžeme považovat za velice důležitý. Model se zabývá čtrnácti potřebami, ale vzhledem k tématu práce jsme vybrali pouze tři úzce související (Archalousová, Slezáková, 2005).

První potřebou je potřeba dýchání. Vzhledem k danému onemocnění musíme myslet na související příznaky. Hypertenze či hypertenzní krize se může projevovat tachykardií nebo pocitem dechové nedostatečnosti. Proto musíme u dechu hodnotit několik parametrů. Jedná se o frekvenci dechů, rytmus dýchání, typ a hloubku dýchání.

Také je důležité vědět, zda pacient trpí kašlem. Pokud je přítomné produktivní odkašlávání, hodnotíme charakter sputa.

Zjišťujeme, zda pacient kouří, popřípadě jak často. Pro zdravotnické pracovníky je velice důležité rozeznat problémové dýchání od fyziologického. Před samotnou léčbou a pomocí lékaře můžeme udělat několik opatření pro zlepšení stavu pacienta či samotnou prevenci proti zhoršení jeho stavu.

Můžeme například pomoci pacientovi zaujmout úlevovou či Fowlerovu polohu pro lepší dýchání, otevřít okno pro výměnu vzduchu, nebo také samotné zvednutí lůžka v části podle hlavou. Po vyšetření lékařem dle indikace podáváme inhalačně kyslík či jinou medikaci. Důležitá je také dechová rehabilitace, kterou s pacientem provádí fyzioterapeut. Po zaučení může pacient rehabilitovat sám (Archalousová, Slezáková ,2005).

Jak uvádí Archalousová, Slezáková (2005) další je potřeba normální stravy a pití. U pacienta sledujeme chuť k jídlu a množství jídla za 24 hodin. Důležité je sledovat, zda se pacient řídí předepsanou dietou, která mu byla určena s ohledem na onemocnění. U kardiovaskulárních onemocnění je to nejčastěji dieta nízkocholesterolová, neslaná a dieta redukční. Dále doporučíme zvýšený přísun draslíku k lepšímu vstřebávání antihypertenziv. Důležité je znát míru soběstačnosti pacienta, pokud je nutná dopomoc při podávání stravy, snažíme se po celou dobu hospitalizace zvýšit míru jeho soběstačnosti. Po celou dobu hospitalizace dbáme na dostatečnou hydrataci pacienta. Pokud je pacient nesoběstačný, plníme funkci sestry “ náhrady “ za pacienta, a stravu i tekutiny podáváme s dopomocí. Důležité je pacientovi doporučit vhodné tekutiny ke konzumaci. Vzhledem k onemocnění není vhodná černá káva, silný černý čaj, ani alkohol.

Třetí námi vybranou potřebou je potřeba spánku a odpočinku. Vzhledem ke kardiologickému onemocnění musíme myslet na fyzickou i duševní pohodu pacienta. Snažíme se zamezit stresovým situacím. Mezi důležitá opatření patří i kvalitní spánek. Pro dobrý spánek pacienta při hospitalizaci považujeme za důležité přizpůsobení okolí. Snažíme se dodržovat jeho spánkové rituály (například vyvětraná místnost). Doporučíme rodině přinesení věcí z domácího prostředí, na které je pacient zvyklý při usínání.

Jako režimové opatření, týkající se spánku, je důležité doporučit dostatečný a nepřerušovaný spánek. Dále je vhodné pacientovi zajistit vhodnou aktivitu k jeho onemocnění. Po povolení lékaře můžeme doporučit vycházky s rodinou například do nemocničního parku. Díky zjištěným informacím, které získáme pomocí modelu dle Hendersonové, můžeme zjistit několik ošetrovatelských problémů, které jsou pro další ošetrovatelskou péči nesmírně potřebné (Archalousová, Slezáková, 2005).

1.3. Životní styl u pacientů s arteriální hypertenzí

1.3.1. Centrum prevence civilizačních chorob v Českých Budějovicích

V České republice vznikají centra, která se zabývají osvětou v rámci primární, sekundární ale i terciální prevence. Jedním z těchto center je Centrum prevence civilizačních chorob v Českých Budějovicích (dále jen CPCCH). Centra se zabývají změnou životního stylu se zaměřením na pohyb, ale i na výživu pacienta.

CPCCH vzniklo v Českých Budějovicích v roce 2006 pod vedením profesora Velemínského a profesorky Adámkové ve spolupráci s firmou Danone. Jejich filozofií je podpora správného životního stylu a zdraví. Důraz se klade na nemedikamentózní postupy, které slouží pacientům ke zlepšení zdravotního stavu. Do CPCCH přicházejí pacienti, kteří mají pocit, že medikamentózní léčba nemá takový účinek, jaký očekávali. V druhém případě se jedná o pacienty, kteří se o své zdraví chtějí ve vlastním zájmu starat. Za dobu existence CPCCH je patrné, že pacienti nevědí, jak se starat o své vlastní zdraví a jak předcházet onemocnění. Proto je centrem pořádáno ročně několik komunitních akcí, kde se snaží o osvětu občanů. Poskytují několik služeb, které ukazují stav zdraví pacientů. Jedná se o měření cholesterolu, glykémie, krevního tlaku a mnoho dalších. Služby jsou zpoplatněné. Od roku 2014 byla kromě poradny zdravotnické otevřena také poradna výživová a pohybová. Zde je možno s pacienty zkonzultovat, jaké potraviny jsou vhodné pro zlepšení životního stylu. V pohybové poradně odborníci doporučují vhodné pohybové aktivity, u kterých nabízejí i asistenci či pouze poradenství.

Je nezbytné myslet na důležitost existence těchto center, a to z toho důvodu, že znalosti pacientů jsou pro jejich zdravotní stav důležité, a jedním z cílů těchto center je předejít dezinformaci pacientů (Šedová, 2015).

1.4. Edukační proces v ošetrovatelství

1.4.1. Andragogika v ošetrovatelství

„Andragogika je vědní a studijní obor, zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých.“ (Beneš, 2008, s. 11)

Vzhledem k zvyšujícímu se výskytu hypertenze u dospělé populace v ČR je důležité zaměřit se na vzdělávání dospělého pacienta.

Jak uvádí Beneš (2008), rozdíl mezi andragogikou a pedagogikou je v tom, že u andragogiky není jedinec izolován od svých rolí. Může nadále zastávat svoje společenské a pracovní role.

Jelikož se naše práce zabývá vzděláváním dospělých jedinců, je pro nás tento obor důležitý. Každý zdravotnický pracovník by měl mít určité zkušenosti, aby probíhal účinný pedagogický proces.

K efektivně vedenému edukačnímu procesu neodmyslitelně patří síla a zaměření účastnickových motivů. Motivaci charakterizujeme jako souhrn faktorů vnitřních i vnějších. Tyto faktory ovlivňují jednání a prožívání pacienta. Motivace je individuální záležitost pacienta podle několika faktorů. Například věk, pohlaví nebo dosažené vzdělání.

Šulistová, Trešlová (2012) uvádějí, že předmětem andragogiky je celoživotní vzdělávání a učení se dospělých. V ošetrovatelství to tedy můžeme chápat jako adaptaci pacienta na jeho onemocnění. Tedy chronické onemocnění, které se musí kompenzovat dlouhodobě, a pacient musí znát pravidla, která musí dodržovat, aby se jeho zdravotní stav nezhoršoval.

1.4.2. Edukace u pacientů s onemocněním hypertenze

Edukace u pacientů s diagnostikovanou chorobou je nezbytnou součástí každého rozhovoru pacienta s lékařem či sestrou po stanovení diagnózy. Edukační proces je složitý proces, u kterého je nutné dodržovat stanovené cíle, aby došlo ke kvalitní edukaci.

„Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností, obsahující dvě hlavní operace – vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám (Bastle, 2008, s. 11).“

Jak uvádí Kvapil (2011), edukátor by měl umět vyhodnotit emoční naladění pacienta, podle těchto zjištění pak aktuálně upravovat taktiku a cíle edukace takovým způsobem, aby byla maximálně efektivní.

Šulistová, Trešlová (2008) uvádí, že při komunikaci mezi sestrou a pacientem je nutné, aby si sestra uvědomovala její vliv na pacienta. Proto je nutné zamýšlet se nad tím, co pacientovi sdělíme.

Komunikační proces obsahuje pět složek. Každá složka musí být v komunikaci obsažena, v opačném případě nemůže komunikační proces probíhat.

První složka obsahuje mluvčího, který předává zprávu pacientovi. Styl, jakým může být zpráva sdělena, může být ovlivněn několika faktory. Například komunikačními schopnostmi nebo jeho potřebami.

Druhou složkou je příjemce, který zprávu přijímá. Přijmutí zprávy je ovlivněno kulturou, zkušeností, nebo cílech jedince.

Zpráva, která je vysílána je třetí složkou, ale záleží na jedinci, jestli jí porozumí.

Čtvrtá složka je zpětná vazba, ve které se mluvčímu dostává určité odpovědi příjemce, zda předávanou zprávu pochopil. Tato složka je pro nás velice důležitá.

A pátou složkou je situace a prostředí. V této části je důležité myslet na komunikační bariéry, které by mohly ovlivnit výsledek celého komunikačního procesu.

Edukační proces můžeme z jisté části připodobnit procesu ošetrovatelskému, ale s tím rozdílem, že ošetrovatelský proces se zaměřuje na diagnostiku fyzických a diagnostických potřeb. Edukační proces má jako hlavní úkol určovat priority pacientových učebních potřeb, učební styly a připravenost se učit.

Edukační proces dělíme na několik fází, které nelze zaměnit či přeskočit.

První fází je *počáteční diagnostika*, kdy má edukátor za cíl zjistit koho a proč je třeba edukovat. Stanovujeme pedagogickou diagnostiku. Po první fázi by sestra měla mít naplánováno, jakým stylem a pomocí jakých pomůcek bude edukanta edukovat.

Další fází je *projektování*, kdy s edukantem společně stanovíme cíle probíhajícího procesu a plánujeme postupné kroky, jakými se bude edukace pacienta ubírat.

Cíle stanovujeme dle edukačního záměru. Mezi tři hlavní cíle patří – afektivní, kognitivní a psychomotorický. Cíl afektivní je zaměřen na utvoření postoje, kognitivní na pacientův rozvoj a psychomotorický na utváření určité činnosti. Především je důležité stanovit reálné edukační cíle, neboť bez toho nelze vést efektivní edukační proces.

Třetí fází je *realizace*, kde dochází k samotnému procesu edukace, za pomoci vybraných metod a pomůcek. Během realizace se můžou objevovat různé komplikace i ze strany edukanta. Musíme myslet na důležitost motivace, která bude hnací silou pro pacienta a úspěšné zakončení edukačního procesu.

Poslední částí edukačního procesu je *hodnocení* dosažených výsledků a splněných cílů. Je vhodné používat reflexi a zpětnou vazbu edukanta.

Aby sestra dosáhla účinného edukačního procesu, musí hodnotit i sama sebe, zda nedochází k chybám během procesu z její strany (Šulistová, Trešlová, 2008).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly vytvořeny pro naši bakalářskou práci. Stanovili jsme hlavní cíl, podle kterého jsme dále určili cíl personální, individuální a praktický.

V další kapitole se budeme zabývat metodikou výzkumného šetření a charakteristikou výzkumného vzorku.

2.1. Cíle práce

Naším hlavním cílem bylo zaměřit se na odkrývání jevů v oblasti edukace pacientů s diagnostikovanou hypertenzí v oblasti změny životního stylu.

Intelektuální cíl: Zmapovat edukační realitu vedenou sestrou na jednotlivých zdravotnických pracovištích, věnujících se pacientům s onemocněním hypertenze.

Praktický cíl: Získané informace mohou být využity k zefektivnění edukačního procesu u pacienta s onemocněním hypertenze, vedeného sestrou na zdravotnickém pracovišti.

Personální cíl: Ve své práci i osobním životě se často setkávám s lidmi, kteří se léčí s onemocněním hypertenze. Chtěla bych touto prací zjistit, zda na jednotlivých pracovištích edukace probíhá efektivně s přínosem pro pacienty, a tak obohatit své profesní zaměření.

2.2. Výzkumné otázky práce

V souvislosti se stanovenými cíli naší bakalářské práce jsme zvolili následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaká je edukační realita ve vzdělávání pacientů na kardiologickém oddělení, v kardiologické ambulanci a u praktického lékaře?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, používanými sestrou?

Výzkumná otázka 3: Jak hodnotí sestry spolupráci v rámci edukačního procesu?

Výzkumná otázka 4: Jaké metody používá sestra při edukaci pacienta?

Výzkumná otázka 5: Co postrádají pacienti při edukaci sestrou?

3. Metodika

3.1. Použité metody

Pro výzkumnou část naší bakalářské práce byl s ohledem na cíle práce zvolen kvalitativní přístup. Proto byl výzkumnou metodou zvolen polostrukturovaný rozhovor s pacienty a sestrami. Výzkumné šetření bylo realizováno v jedné z nemocnic v Jihočeském kraji na interním kardiologickém oddělení a v ambulanci praktického lékaře. Zvukový záznam byl pořizován se souhlasem pacientů i sester. Zvukový záznam byl přímo přepsán do programu Microsoft Word. Část respondentů si nepřála pořizování zvukového záznamu. V tomto případě bylo zaznamenávání pořizováno přímou transkripcí. Každý respondent byl vždy seznámen se zachováním úplné anonymity a to bylo vždy dodrženo.

3.1.1. Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Pro naši bakalářskou práci bylo výzkumné šetření prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor jsme vybrali z důvodu získání kompletních informací o dané problematice.

Rozhovory byly prováděny s pacienty, kteří mají diagnostikovanou hypertenzi či se sestrami pracujícími na kardiologickém oddělení nebo u praktického lékaře. Podle stanovených cílů naší práce jsme si předem vytvořili osnovu rozhovorů pro sestry i pacienty. Před zahájením samotného výzkumného šetření jsme požádali hlavní sestru nemocničního zařízení o schválení realizace výzkumného šetření pomocí emailové komunikace. Poté byla domluvena osobní schůzka. Po získání písemného souhlasu jsme výzkumné šetření prokonzultovali se staniční sestrou, která též neměla žádné připomínky. Souhlas s výzkumným šetřením není součástí bakalářské práce, ale k nahlédnutí u autorky z důvodu zachování anonymity.

Rozhovory s pacienty byly vždy prováděny po domluvě v domácím prostředí. Při setkání s pacienty i sestrami bylo vždy respondentům oznámeno, co je v naší bakalářské práci předmětem zkoumání a co je její podstatou. Vždy byl respondent tázán, zda může být při rozhovoru pořízena zvuková nahrávka.

Pokud respondent nesouhlasil, byl rozhovor na místě přepisován ručně. Také bylo respondentům oznámeno, že vždy budou dodržovat zásady anonymity.

Při realizaci rozhovorů jsme se jedenkrát setkali s odmítnutím ze strany sestry, z důvodu nedostatku časových možností. V dalších případech vždy došlo ke vstřícnému jednání. Při rozhovorech s pacienty vždy docházelo ke skvělé atmosféře, v mnoha případech byli pacienti velice rádi, že se mohou svěřit.

Naším hlavním cílem výzkumného šetření bylo zaměřit se na odkrývání jevů v oblasti edukace pacientů s diagnostikovanou hypertenzí v oblasti změny životního stylu. K dosažení stanoveného cíle jsme připravili strukturu otázek, která se měnila podle průběhu rozhovoru s daným respondentem. Rozhovory se sestrami začaly identifikačními otázkami, které se týkaly pohlaví, věku a délky praxe v daném oboru.

Dále nás zajímalo, zda sestry považují nefarmakologickou léčbu za nezbytnou, jelikož je patrné, že pokud se sestra domnívá, že úprava životního stylu zdravotní stav nezmění, bude edukační realita jejím přístupem narušena.

V závěru nás zajímala znalost této problematiky a přístup pacientů k edukaci změny životního stylu. Pro objektivnost této problematiky nás zajímal taktéž pohled pacienta v roli edukanta. U těchto respondentů nás zajímalo, zda při diagnostice dochází k edukačnímu procesu a pokud ano, jakým stylem a do jaké hloubky. I u těchto respondentů nás zajímaly jejich znalosti v ohledu na změnu životního stylu.

S ohledem na věk některých respondentů došlo k vychýlení se od tématu, v tomto případě byly rozhovory nahrávány i přepisovány pouze tak, aby se týkaly našeho tématu.

3.1.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 5 sester a 5 pacientů z kardiologického oddělení.

Dále 5 sester a 5 pacientů z ambulance praktického lékaře. V našem výzkumném šetření mělo být zahrnuto i výzkumné šetření v kardiologické ambulanci, ale na doporučení hlavní sestry bylo od kardiologické ambulance odstoupeno. Rozhovory byly uskutečňovány od prosince 2015 do března 2016.

Výzkumné šetření bylo prováděno vždy osobně. Nejprve došlo ke kontaktu mezi autorkou a staniční sestrou, se kterou bylo domluvené osobní setkání, a následně sběr dat s vybranými respondentkami.

Pacienti byli vybíráni záměrně. Podmínkou byla diagnóza arteriální hypertenze, bez ohledu na délku léčby.

Pro přehlednost v respondentech je předložena identifikační tabulka sester i pacientů. V tabulce nalezneme označení respondenta. U pacientů délku léčby s onemocněním hypertenze a u sester délku praxe v kardiologickém oboru.

Tabulka 1 - Identifikace klientů s onemocněním hypertenze

Identifikace respondentů s onemocněním hypertenze		
Respondent	Označení	Délka léčby
Pacient 1 – nemocnice	PN1	5
Pacient 2 – ambulance	PP2	1
Pacient 3 – ambulance	PP3	5
Pacient 4 – ambulance	PP4	10
Pacient 5 – nemocnice	PN5	10
Pacient 6 - nemocnice	PN6	22
Pacient 7 - nemocnice	PN7	6
Pacient 8 – ambulance	PP8	5

Označení PN je označení pacienta, který měl diagnostikovanou hypertenzi na lůžkovém kardiologickém oddělení.

Označení PP je označení pacienta, který měl diagnostikovanou hypertenzi v ambulanci praktického lékaře.

Pacient 1 bude označován PN1 a délka jeho léčby je 5 let. Pacient 2 označovaný PP2 se s hypertenzí léčí 1 rok. Pacient 3 označovaný PP3 se léčí 5 let. Pacient 4 označovaný PP4 se léčí 10 let. Pacient 5 označovaný PN5 se léčí 10 let. Pacient 6 označovaný PN6 se léčí 22 let. Pacient 7 označovaný jako PN7 se léčí 6 let. Pacient 8 označovaný jako PP8 se léčí 5 let. Během výzkumného šetření jsme se setkali s velkým věkovým rozdílem mezi autorkou a respondenty a z toho důvodu, část respondentů používalo tykáni.

Tabulka 2 - identifikace respondentek - sester

Identifikace respondentek – sester		
Respondent	Označení	Délka praxe v oboru
Sestra 1 – nemocnice	SN1	20 let
Sestra 2 – nemocnice	SN2	9 měsíců
Sestra 3 – nemocnice	SN3	2 roky
Sestra 4 – nemocnice	SN4	12 let
Sestra 5 – ambulance	SP5	4 roky
Sestra 6 – ambulance	SP6	12 let
Sestra 7 – ambulance	SP7	10 let
Sestra 8 – ambulance	SP8	8 let

Označování SN je označení sestry pracující na kardiologickém oddělení v nemocničním zařízení.

Označování SP je označení sestry pracující v ambulanci praktického lékaře.

Sestra 1 bude označována jako SN1 a pracuje v oboru 20 let. Sestra 2 označována jako SN2 pracuje v oboru 9 měsíců. Sestra 3 označována SN3 pracuje v oboru 2 roky.

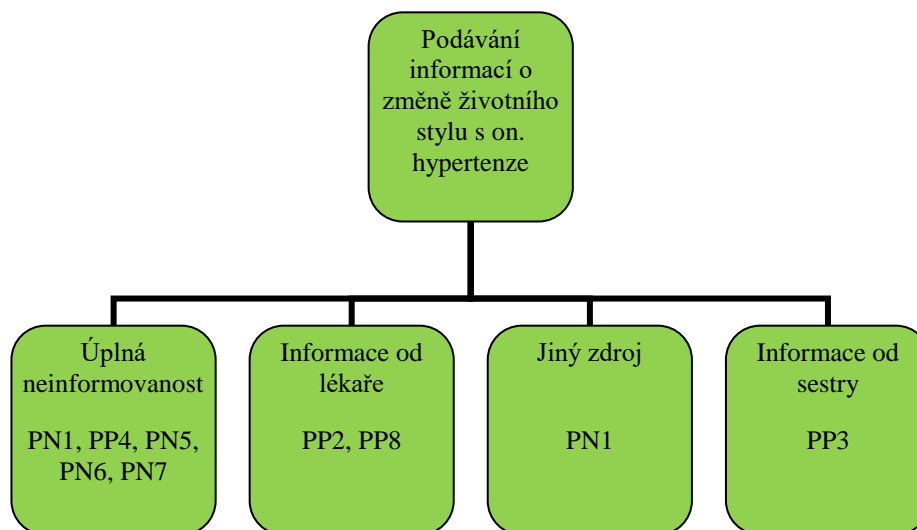
Sestra 4 označována jako SN4 pracuje v oboru 12 let. Sestra 5 označována jako SP5 pracuje v oboru 4 roky. Sestra 6 označována jako SP6 pracuje v oboru 12 let. Sestra 7 označována jako SP7 pracuje v oboru 10 let. Sestra 8 označována jako SP8 pracuje v oboru 8 let.

4. Výsledky výzkumného šetření

4.1. Hodnocení edukační činnosti sestry klientem s onemocněním hypertenze

Kategorii číslo 1 jsme nazvali **Podávání informací o změně životního stylu pacientovi s onemocněním hypertenze**. Zajímalo nás, zda je pacientům podáván dostatek informací o vlivu změny životního stylu a změně výživových návyků. Většina pacientů odpovídala spíše zápornou odpovědí. Na podporu tohoto tvrzení dokládám několik odpovědí pacientů. *“Nikdo mi nic neřekl, spíše jsem slyšela od známých, co mají stejné onemocnění” (PN1)*. Další odpověď: *“Se sestrou jsem skoro nemluvil, asi měla zrovna nějakou práci.” (PN5)*. *“Sestřička se o tohle vůbec nestarala. Už je to 22 let, co se s vysokým tlakem léčím a přijde mi, že v té době o tom sestry moc nevěděly” (PN6)*. Pouze jeden pacient uvedl kladnou odpověď a to, že informace o změně životního stylu podala sestra, ale v omezeném množství. Uvádím příklad *“ Samozřejmě mi sestra něco málo řekla” (PP3)*.

Schéma 1- Podávání informací o změně životního stylu pacientovi s hypertenzí



Kategorii číslo 2 jsme nazvali **Edukační realita sestrou o nefarmakologické léčbě**. V této kategorii nás zajímalo, zda vůbec mezi sestrou a pacientem dochází k edukačnímu procesu.

Bohužel výsledky jsou podobné jako v kategorii číslo 1. Většina pacientů uvádí, že jim sestra nevěnovala žádný čas a informace si museli získat z jiného zdroje.

Vzhledem k uvedené skutečnosti uvádím několik příkladů.

„*Vůbec žádný čas mi nevěnovala, neřekla mi nic*“ (PP4). „*Sestřička mi neřekla nic. Já bych řekla, že na to sestra nemá čas, nebo nevím. Se mnou se pak moc nebavila*“ (PP2). Avšak jeden respondent uvádí, že se mu sestra z části věnovala „*Sestra mi samozřejmě něco řekla*“ (PP3).

Schéma 2 - Edukační realita sestrou o nefarmakologické léčbě

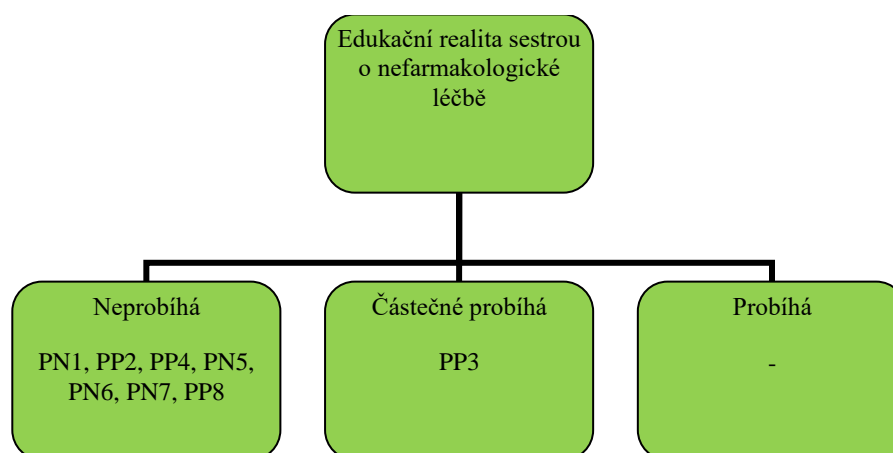


Schéma číslo 2 Jasně ukazuje většinovou nespokojenost pacientů s podáním informací sestrou. Ve většině případů k edukačnímu procesu nedošlo.

Kategorie číslo 3 jsme nazvali **Informovanost pacientů o dietních omezeních s ohledem na onemocnění hypertenze**. V této kategorii nás zajímalo, jaké informace ohledně onemocnění pacienti dostali, a zda vůbec k předání informací došlo. Posléze jsme tyto informace porovnávali s rozhovory, které byly uskutečněné se sestrami. Sestry byly tázány, zda pacientům tyto informace podávají.

V tomto případě jsou pacienti různě informovaní. Část pacientů odpovídala částečně kladnou odpovědí. K tomuto tvrzení dokládám odpověď pacientů „*Snažím se nejíst slané a tučné, ale víc ne*“ (PN1). Úplnou informovanost popisuje jeden respondent „*To víš, to mi říkaj furt, ale já si to stejně upravuju podle toho, co mi uvařej a to pak sním*“ (PP3). Dva z respondentů uvádějí úplnou neinformovanost.

Uváděno příkladem „*Opravdu žádné informace nemám, až postupem času po několika letech mi doktorka řekla, že mám míň solit. Omezení nedodržuju, však to znáte*“ (PN6).

A další příkladem „*O stravovacích návycích mi nic řečeno nebylo, ono to celkově u paní doktorky bylo docela rychlý*“ (PP8).

Schéma 3 - Znalost dietních omezení s ohledem na onemocnění hypertenze

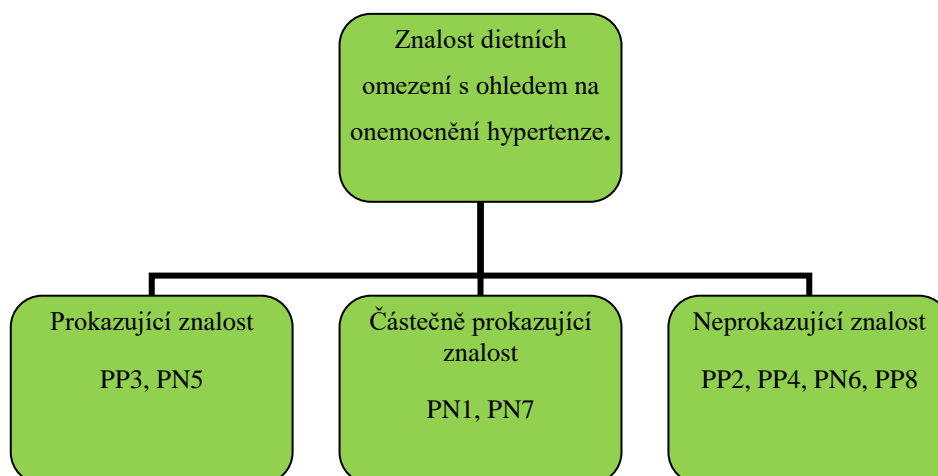


Schéma ukazuje znalost dietních omezení, která jsou vhodná pro kardiovaskulární onemocnění. Ze schématu je patrné, že většina pacientů znalost omezení neprokázala.

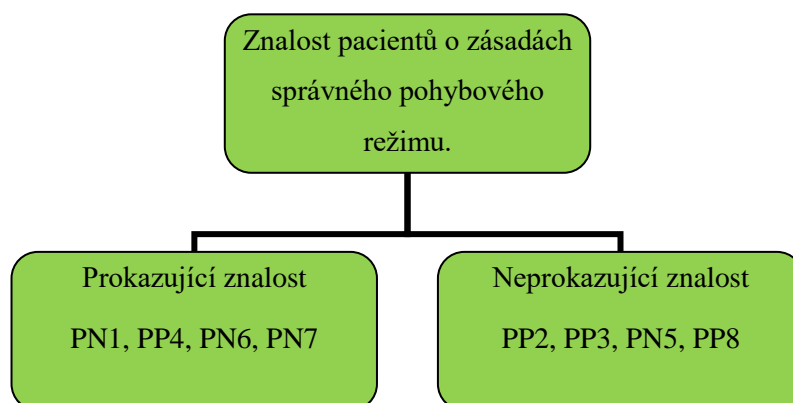
Kategorii číslo 4 jsme nazvali **Znalost pacientů o zásadách správného pohybového režimu**. Tato kategorie je další nezbytnou součástí nefarmakologické léčby pacienta. Jde především o to, jak tělo a především srdce nepřetížit, ale naopak dopřát tělu pohyb, který člověku prospěje. Proto jsme se pacientů ptali, zda jim byly předány poznatky o této tématice, a zda se podle těchto informací řídí.

Větší část pacientů prokazuje dostatečné znalosti, které byly předány od zdravotníka.

Uvedeme - li příklad několika z nich, je to naprosto zřejmé.

„Snažím se víc chodit, nejezdím MHD a chodím do práce pěšky“ (PN7). „Při hospitalizaci mi pan doktor řekl, že mám vybírat pohybové aktivity aerobního typu“ (PN1). Někteří pacienti se vyjádřili v negativním smyslu a to tak, že jim naopak nebyl poskytnut dostatek informací. Například „No chodím tancovat. Ptala jsem se doktorky, jestli je to dobrý, ale nevyjádřila se k tomu“ (PP2). Další respondent řekl: „Normálně chodím, mám dobytek za barákem, tak chodím za ním“ (PN5).

Schéma 4 - Znalost pacientů o zásadách správného pohybového režimu

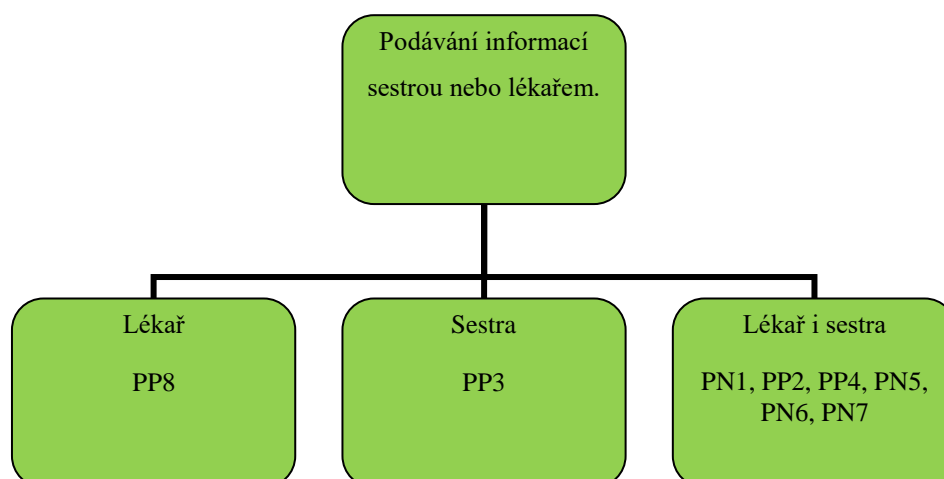


Toto schéma znázorňuje míru znalosti pacienta o správném pohybovém režimu. Podle odpovědí schéma jasně ukazuje, že znalost režimu prokazuje polovina respondentů.

Další kategorií číslo 5 je kategorie s názvem **Podávání informací sestrou nebo lékařem**. V této kategorii bylo podstatnou otázkou, zda si pacienti myslí, že by měl edukovat lékař nebo sestra nebo oba dva. Pro tento výzkum jedna z důležitých otázek, která nás také zajímá.

Na tuto otázku bylo ve většině případů odpovězeno možnostmi lékař i sestra. Uvedeme několik příkladů pro toto tvrzení. „Z větší části lékař a poté doplňkově sestřička“ (PP4). „Lékařka. Ale také určitě sestra by měla dát například nějaký informační letáček“ (PN7). Jeden respondent odpověděl také variantou takovou, že edukaci by měl provádět především lékař. Uvedeme příklad od (PN5) – „Asi doktor, sestra je podle mě od injekcí.“

Schéma 5 - Podávání informací sestrou nebo lékařem



Toto schéma znázorňuje odpovědi respondentů na otázku podávání informací. Podle jejich odpovědí se většina pacientů domnívá, že informace má podávat lékař i sestra.

4.2. Edukační činnost sestry v ambulanci praktického lékaře a na kardiologickém oddělení

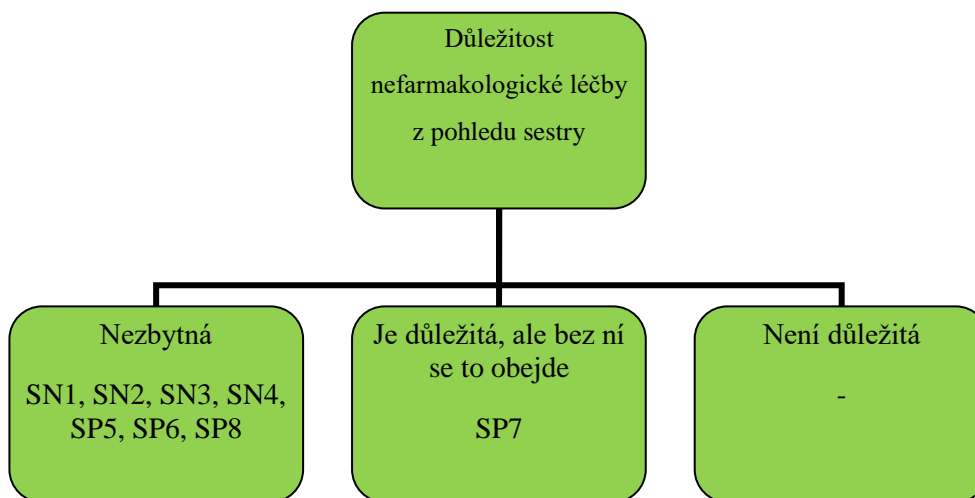
Kategorii číslo 6 jsme nazvali Důležitost nefarmakologické léčby z pohledu sestry. Pro odpověď na výzkumnou otázku, zda dochází k edukačnímu procesu sestrou, je důležité vědět, zda vůbec zdravotní sestry považují edukaci pacienta za důležitou. Všechny sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření, odpověděly kladnou odpovědí. Tedy, že důležitost nefarmakologické léčby je nezbytná. Pro toto tvrzení přikládám několik odpovědí respondentek.

„Zajisté. Smutné ale je, že mnoho pacientů o této části léčby mnoho informací neví, přijdou od praktika neinformovaní. Na druhou stranu je dostatečně moderní doba pro zjištění informací, které jim doporučí vhodná nefarmakologická opatření. Tím myslím vhodnou stravu a pohyb“ (SN1). *„Podle mého je nefarmakologická léčba jednou z nejdůležitějších forem v léčbě hypertenze. Pokud pacienti dodržují preventivní opatření, tedy mají-li zájem o nefarmakologickou léčbu, tak jim právě ta může nejvíc pomoci. Ovšem je důležité znát, čím je hypertenze vyvolána/způsobena“ (SN3).*

„Považuji, každopádně. Víte co, ono to není jen s ohledem na hypertenzi, ale stravovat se zdravou stravou, sportovat a celkově upravit zdravý životní styl je strašně důležitou součástí pro zdraví celkově“ (SN4).

Jedna z respondentek tvrdí, že je nefarmakologická léčba důležitá, ale jen u některých pacientů. Dokládám tvrzení respondentky – *„Asi jak u koho, podle mě když to má někdo geneticky daný, tak se s tím moc dělat nedá. Ale tak určitě, když bude zdravě žít, tak tím líp“ (SP7).*

Schéma 6 - Důležitost nefarmakologické léčby z pohledu sestry



Ze schématu je zřejmé, že si sestry uvědomují důležitost nefarmakologické léčby. Jedna respondentka, si myslí, že i bez nefarmakologické léčby se léčba obejde. I přes toto tvrzení považujeme výsledek této otázky za kladný.

Kategorii číslo 7. jsme nazvali **Realizace edukace pacientů o změně životního stylu**. V této kategorii nás zajímalo, zda sestra pacienta edukuje například o změně stravy, přizpůsobení pohybu, a celkově o změně životního tempa a životosprávy.

Z této kategorie je patrné, že větší část sester edukaci vůbec neprovádí. Většinou si sestry odůvodní absenci edukace tak, že by to měl dělat lékař anebo v ambulanci u praktického lékaře. Většina sestry tvrdí, že by pacient měl od lékaře jít plně edukovaný. K tomuto tvrzení dokládám několik různých odpovědí.

„Upřímně, jak jsem se už zmínila, podáváme pacientovi tyto informace až v případě, že na to třeba přijde řeč, nebo se nám pacient svěří, že neví co pro sebe více udělat. Snažíme se jim sdělit, že je důležité upravit stravu, případně zhubnout.

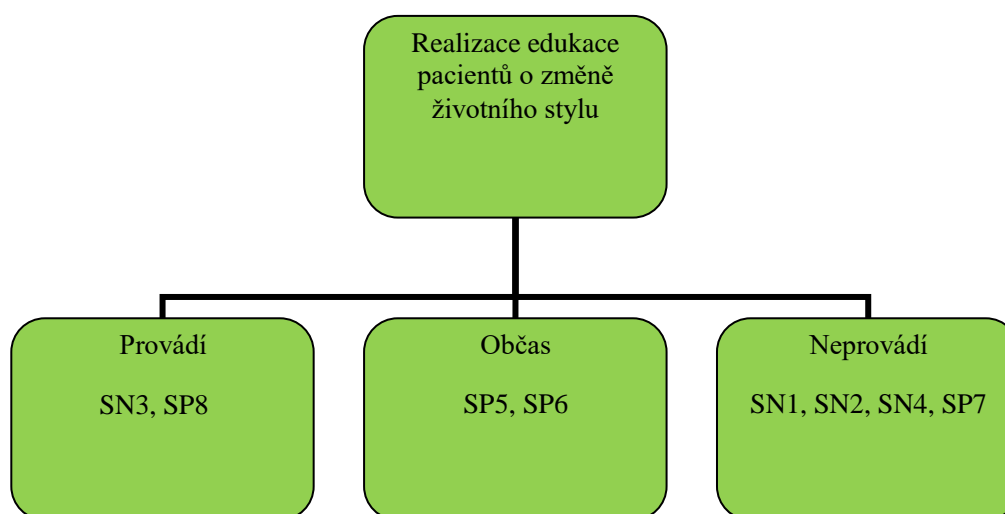
Omezit třeba solení nebo tuky. I ten pohyb je důležitý“ (SN1).

„Řekla bych, že tyto informace by si měli pacienti odnést už z ambulance při diagnostice, ale samozřejmě pokud na to přijde situace, ráda poradím. Co se týče stravy, tak každopádně omezení tuků, příjem mastných kyselin, dostatek tekutin.

Dále je důležitý pohyb, ale samozřejmě s ohledem na váhu a výšku pacienta. Také samozřejmě přidružená diagnóza může celé doporučení ovlivnit“ (SN2).

Jedna sestra odpověděla „Pacientům vysvětluji, jak se mají chovat, stravovat. Vysvětlím důležitost přiměřeného pohybu, nevystavovat se stresu a stresovým situacím a dále doporučuji i změnu jídelníčku. Pacienti by měli držet dietu zaměřenou na hypertenzi“ (SN3).

Schéma 7 - Realizace edukace pacientů o změně životního stylu



Ze schématu je patrné, že polovina respondentek edukační proces nerealizuje. Druhá polovina respondentek proces provádí vždy nebo při většině diagnostik onemocnění arteriální hypertenze.

Kategorie číslo 8 se nazývá **Doporučení výživového poradenství sestrou pacientovi.**

Zajímalo nás, zda sestra doporučí pacientovi s hypertenzí odborníka, který je schopen pacientovi pomoci s výběrem vhodných potravin či se sestavením jídelníčku.

Tuto službu považují za přínosnou u pacientů, kteří si sami s touto problematikou nevědí rady. Opět většina sester odpověděla, že toto doporučení neposkytuje. Hlavní problém je pravděpodobně ten, že většina sester žádného výživového poradce nezná.

Dokládám několik odpovědí. „O žádném nevím, takže ne. Tohle nedělám, ale myslím si, že pokud člověk chce, může si tyhle služby najít sám“ (SN4). „Ne, žádného v okolí neznám“ (SP5). „To ne, spíš upravit stravu“ (SP8).

Jedna sestra odpověděla - „Ano, ale jen kvalitního, který se tímto problémem často zabývá a má zkušenosti s pacienty s tímto onemocněním“ (SN3).

Schéma 8 - Doporučení výživového poradenství sestrou pacientovi

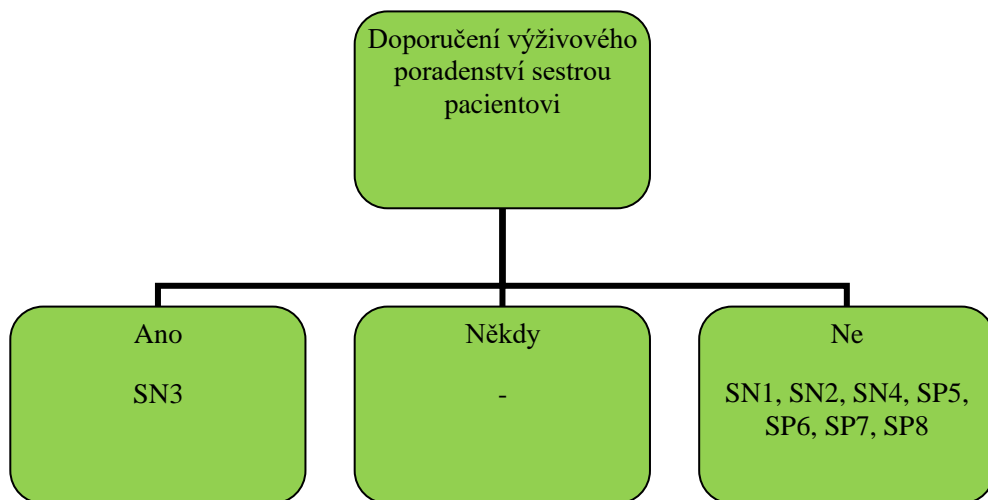


Schéma jasně ukazuje, že výživového poradce až na jednu respondentku, většina respondentek nedoporučuje. Nejčastěji žádného neznají, nebo se domnívají, že tuto službu si pacient může dohledat sám.

Kategorie číslo 9 se nazývá **Důležitost motivace v edukačním procesu.**

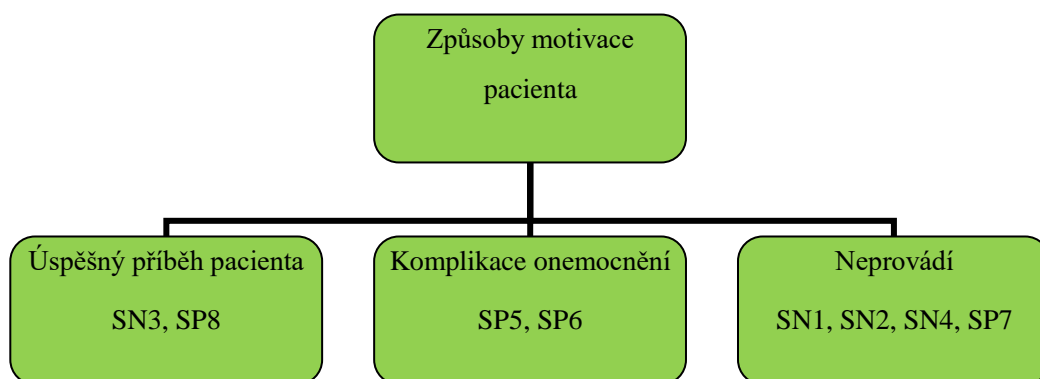
Motivace je nezbytnou součástí účinné léčby. Proto jsme se tázali sester, zda považují motivaci za významnou v léčebném procesu. Všechny sestry se shodly, že motivace má nezbytnou roli v účinném léčebném i edukačním procesu. Dokládám několik tvrzení. „Samozřejmě, asi jako u všeho“ (SP5). „Samozřejmě, ale u některých nepomůže ani ta. Poslušně zdravotníka vyslechnou, ale nejsou dostatečně důslední, aby životní styl změnili. Ale u mladších pacientů je motivace, řekla bych, velice přínosná. Snaží se pak najít variantu, kterou by si pomohli“ (SN2).

„Určitě ano, pokud pacient je dobře motivován, poté i sám se cítí lépe a snaží se udělat maximum, aby své problémy minimalizoval“ (SN3).

Kategorie číslo 10 jsme nazvali – **Způsoby motivace pacienta**

V kategorii číslo 9 jsme se ptali sester, zda motivaci pacienta považují za důležitou. Všechny respondentky nám odpověděly, že motivaci považují za významnou součást úspěchu vhodné léčby. Proto jsme se sester po této otázce zeptali, zda pacienta při edukaci motivují a pokud ano, jakým způsobem. Čtyři respondentky odpověděly kladnou odpovědí. Pro pravdivost tohoto tvrzení dokládám několik odpovědí. „Pacientům vykládám příběh pacienta, se zachovanou anonymitou, který díky úpravě životního stylu zhubl několik kilo a pomohlo mu to snížit hodnotu krevního tlaku“ (SN3). „No asi takhle, často upozorňuji na riziko komplikací hypertenze, které nastávají při nedodržování léčebného režimu, většinou to pacienty trochu vystraší a pak se nad tím zamyslí“ (SN8). „No často se bavíme o komplikacích, tak si myslím, že je to asi vystraší, a pak se občas někdo pochlubí, že třeba zhubnul“ (SP5).

Schéma 9 - Způsoby motivace pacienta



Část respondentek motivuje příběhem pacienta, který skončil úspěšně. Další skupina odpovídá tak, že pacientům popisuje komplikace onemocnění. Čtyři respondentky motivaci neprovádí, tedy ani nevedly způsob motivace.

Kategorie číslo 11 jsme nazvali **Realizace zpětné vazby od pacienta k sestře**.

Zpětná vazba je důležitá z toho důvodu, že se zdravotní sestra ujistí, zda pacient všemu porozuměl a nemá v informacích zmatek. Větší část sester odpověděla, že se pacienta táže, zda všemu porozuměl.

K tomuto tvrzení přikládám několik příkladů. „Pacienta zpětně požádám, aby mi zopakoval co je důležité a o čem jsme se zde bavili. Neuspokojím se tím, že mi pacient odpoví – ano rozuměl jsem, ale požaduji zpětnou vazbu. Pacienty motivuji, aby mi zopakovali nebo napsali na papír, co je podstatné z našeho sezení“ (SN3).

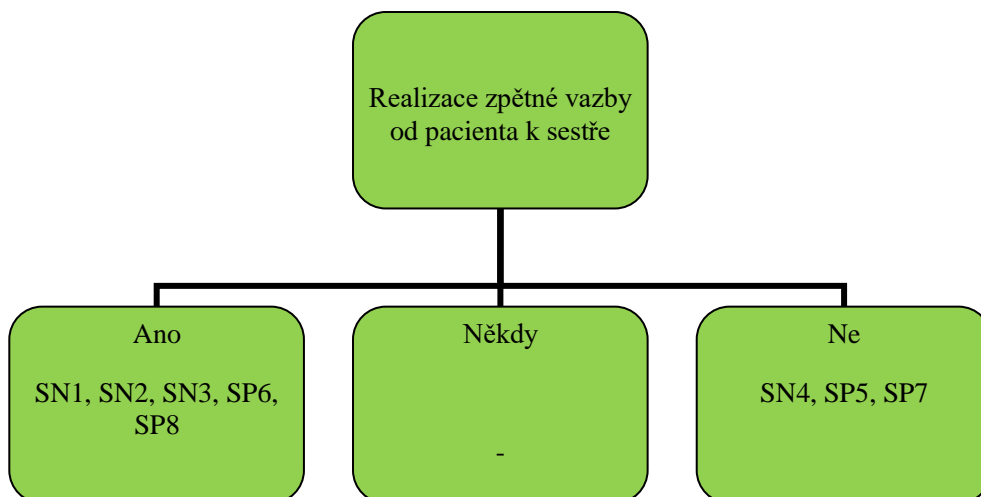
„Zeptám se ho například, jaké potraviny by si nakoupil na svém prvním nákupu, až opustí nemocnici“ (SN2).

Ale některé sestry naopak zpětnou vazbu nedělají. Přikládám několik příkladů.

„Asi bych se ho teda zeptala, jestli tomu rozumí, no“ (SN4).

„Většinou si neověřuji, když pacient něco neví, zeptá se znovu“ (SP5).

Schéma 10 - Realizace zpětné vazby od pacienta k sestře



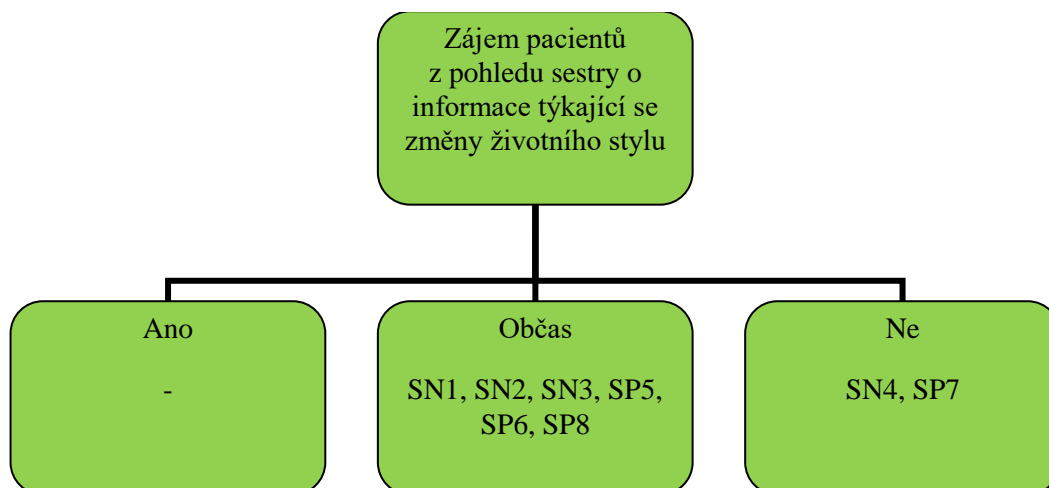
Větší část sester realizuje zpětnou vazbu od pacienta k sestře, aby se ujistily, zda pacient všemu porozuměl.

Kategorie číslo 12 jsme nazvali – *Zájem pacientů z pohledu sestry o informace, týkající se změny životního stylu.*

Pro účinnou edukaci je důležitý nejen zájem zdravotníka, ale především pacienta. Pokud pacient nemá zájem, přijímat nějaké nové informace, pak je edukace neúčinná. Většina sester se vyjádřila tak, že pouze občas pacienti projevují zájem o informace. Záleží taky na věku a zdravotním stavu.

K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů. *„Jak kdy. Spíš až když se jim „pohrozí“, tak se zeptají, co by mohli změnit. Jinak vše odkývají a myslí si své. Pak se nám také tito pacienti vracejí s komplikacemi“* (SN1). *„Jak kdo, někdo spoléhá vyloženě na tabletky. A ani se o tom moc nechce bavit s lékařem, natož se mnou. A někdo zase naopak, většinou to bývají ženy, které mají o sebe někdy až přehnaný strach. A mladí lidé, kteří s tím chtějí něco udělat“* (SP5). A dvě sestry odpověděly záporně. *„Jak kteří, moc ne, ale my jim stejně podáme jen základní informace, asi by bylo vhodné požádat o spolupráci výživového poradce nebo jiného odborníka“* (SN4). *„Když se nad tím zamyslím, tak se mě nikdo na nic nikdy nezeptal, tak asi moc ne“* (SP7).

Schéma 11 - Zájem pacientů z pohledu sestry o informace týkající se změny životního stylu



Kategorie číslo 13 jsme nazvali – **Metoda edukace pacienta**

Sester jsme se ptali, jakou metodu volí při edukaci pacienta. Výsledky byly vyrovnané. Příkladám několik tvrzení – „*Asi rozhovor, pacientovi říkám, co by mohl udělat*“ (SN4). „*Nejčastěji rozhovor. A podle jeho problémů se snažím přizpůsobit nějaká doporučení*“ (SP5). Další sestry odpověděly odpovědí přednáška nebo výklad – „*Takovou menší přednášku*“ (S1). „*Výklad*“ (S2).

Sestra SN3 uvádí, že jako metodu edukace používá informační letáček, avšak tuto odpověď nemůžeme počítat za správnou, jelikož informační letáček není metoda, ale edukační pomůcka.

Schéma 12 - Metoda edukace pacienta

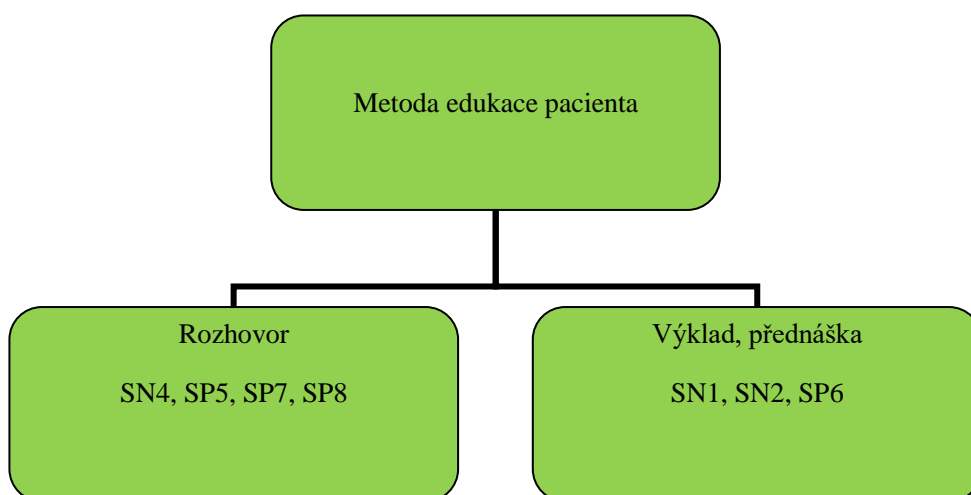


Schéma číslo 13 ukazuje, že každá respondentka má jiný způsob edukace pacienta. Nejčastěji jde o rozhovor bez použití edukačního letáčku. Jedna respondentka používá metodu rozhovoru a použití edukačního materiálu letáčku.

5. Diskuze

V této části naší bakalářské práce shrneme všechny výsledky, které jsme vyhodnotili na základě výzkumného šetření, jež se uskutečnilo na kardiologickém interním oddělení a u praktického lékaře. Tyto výsledky se pokusíme dát do souvislosti s teoretickými poznatky naší práce.

Abychom tedy byli schopni zahájit výzkumné šetření, museli jsme získat dostatek vědomostí z dostupné literatury, která se zabývá problematikou vysokého tlaku, tedy hypertenzí. Vzhledem k dané problematice jsme v této fázi navštívili CPCCH, kde nám poskytla informace k současnému stavu v regionu Jižní Čechy koordinátorka centra Mgr. Lenka Šedová, Ph.D. Zajímalo nás, čím se CPCCH zabývá, jaký je jeho cíl a jací pacienti centrum navštěvují. CPCCH klade důraz na nemedikamentózní postupy, které slouží ke zlepšení zdravotního stavu. Do centra přicházejí především takoví pacienti, kteří mají pocit, že medikamentózní léčba neúčinkuje tak, jak bylo očekáváno. V druhém případě se jedná o pacienty, kteří se ve vlastním zájmu zajímají o svoje zdraví (Šedová, 2015).

V našem šetření se ukázalo, že pacienti neví, kde získat důvěryhodné informace. Převážnou většinu znalostí získali od pacientů, kteří mají stejné onemocnění. Druhá varianta jsou média, kde se o změně životního stylu hodně debatuje, avšak ne každý pacient dokáže rozlišit, jaké informace jsou důvěryhodné. Proto považujeme CPCCH za velice přínosné zařízení, kam si pacienti můžou přijít pro doporučení od odborníků.

Naše výzkumné šetření bylo realizováno na kardiologickém oddělení na základě jeho schválení hlavní sestrou jednoho nemocničního zařízení Jihočeského kraje.

Tento výzkum můžeme rozdělit do dvou kategorií. První část výzkumného vzorku tvořilo 8 respondentů – 4 respondenti z kardiologického oddělení a 4 respondenti od praktického lékaře. Původně byl plánován počet deseti respondentů, ale z důvodu teoretického nasycení vzorku, kdy se empirického šetření zúčastnilo 8 respondentů, nebylo nutné provádět rozhovory s dalšími respondenty. Další částí výzkumného vzorku byla skupina sester, pracujících na kardiologickém oddělení a u praktického lékaře. Plánovaný počet byl 5 sester z každého pracoviště.

Uskutečněné byly 4 rozhovory se sestrami, pracujícími u praktického lékaře a 4 rozhovory se sestrami z kardiologického oddělení. Opět došlo k teoretickému nasycení vzorku. Vzhledem ke stanoveným cílům naší práce byl zvolen kvalitativní výzkum, prováděný pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Hlavním záměrem našeho empirického šetření bylo odkrývání jevů v oblasti edukace pacientů s diagnostikovanou hypertenzí v oblasti změny životního stylu.

Na základě všech stanovených cílů bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

Prvním (intelektuálním) cílem bylo *Zmapovat edukační realitu, vedenou sestrou na jednotlivých zdravotnických pracovištích, věnujících se pacientům s onemocněním hypertenze. K tomuto cíli se vztahovala výzkumná otázka Jaká je edukační realita ve vzdělávání pacientů na kardiologickém oddělení, v kardiologické ambulanci a u praktického lékaře?*

Další cíl (praktický) zněl takto: *Získané informace mohou být využity k zefektivnění edukačního procesu u pacienta s onemocněním hypertenze, vedeného sestrou ve zdravotnickém pracovišti. K tomuto cíli se vztahují dvě výzkumné otázky. Jaké jsou bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, používanými sestrou? A jak hodnotí sestry spolupráci pacienta v rámci edukačního procesu? Poslední cíl zněl: *Ve své práci i osobním životě se často setkávám s lidmi, kteří se léčí s onemocněním hypertenze. Chtěla bych touto prací zjistit, zda na jednotlivých pracovištích edukace probíhá efektivně, s přínosem pro pacienty, a tak obohatit své profesní zaměření. K tomu se vztahují dvě výzkumné otázky – Jaké metody používá sestra při edukaci pacienta? A co postrádají pacienti při edukaci sestrou?**

V následující části předložíme získaná data, která se váží k výzkumným otázkám. Naším prvním cílem i výzkumnou otázkou bylo zmapování edukační reality, vedené sestrou na jednotlivých zdravotnických pracovištích. Tento cíl jsme hodnotili z pohledu pacienta i sestry. Jelikož je důležité, aby se u pacienta neprojevoval nedostatek určité potřeby, považujeme za důležité podávat pacientům dostatek informací o jejich zdravotním stavu, prevenci a všech farmakologických i nefarmakologických doporučeních.

Jak uvádí Trachtová (2005): „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá.“

Proto jsme se v rámci rozhovorů pacientů ptali, zda mají dostatek informací od sestry o nefarmakologické léčbě hypertenze. Tedy, zda vůbec probíhá edukační realita mezi sestrou a pacientem. Ze schématu číslo 2 je patrné, že ve většině případů edukační realita neprobíhá, jak potvrzují tvrzení respondentů PN1, PP2, PP4, PN5, PN6, PN7 a PP8. Jeden respondent uvádí, že dochází k částečné informovanosti (PP3). Tuto skutečnost považujeme za negativní, ale z pohledu pacienta je největší problém v časových možnostech sestry. Druhá skupina respondentů uvádí, že se jedná o povinnost lékaře, proto je nepřekvapilo, že od sestry žádné informace nedostali.

Avšak myslíme si, že edukace pacienta o změně životního stylu je povinností ošetřující sestry. Dle Šafránkové, Nejedlé (2006) je uvedeno, že plánování ošetrovatelské péče zahrnuje informovanost pacienta o změně životního stylu.

Proto si myslíme, že by každá sestra, pracující na těchto pracovištích, měla mít přehled a této problematice.

Také sestrám jsme pokládali otázku, zda podávají informace o změně životního stylu pacientům s onemocněním hypertenze. Sestry na tuto otázku odpovídaly různými způsoby. Čtyři respondentky přiznaly, že edukačnímu procesu čas nevěnují. Tuto skutečnost lze doložit tvrzením u SN1, SN2, SN4 a SP3. Další čtyři respondentky odpovídaly kladně. Potvrzují buďto úplné podávání informací těmto pacientům, nebo podávání informací ve většině případů, ne však vždy. Důvodem je časová tíseň a neuvědomění si důležitosti edukace.

Šafránková, Nejedlá (2006) uvádějí, že v cílech ošetrovatelské péče je zahrnuto podávání informací o zdravotním stavu, komplikacích a důležitosti úpravy životosprávy.

Proč tedy dochází k absenci edukačního procesu u těchto pacientů? Jedním z vysvětlení, které se během výzkumného šetření často objevovalo, může být velké množství pacientů na jednu ošetřující sestru.

Z důvodu nedostatku času nemá sestra prostor pro předání potřebných informací vedoucí ke změně vědomostí pacienta o změně životního stylu. Jedním z možných řešení je pacientova návštěva CPCCH.

Jak uvádí Šedová (2005) v Centru prevence civilizačních chorob je kladen důraz na nemedikamentózní postupy, které slouží pacientům ke zlepšení zdravotního stavu.

Během existence tohoto zařízení bylo pořádáno několik komunitních akcí, kde se pracovníci snaží o osvětu lidstva.

Další výzkumnou otázkou bylo zjistit bariéry mezi pacientem a edukačními strategiemi, používanými sestrou a hodnocení spolupráce pacienta v rámci edukačního procesu. Zajímalo nás, jak sestry hodnotí zájem pacientů o změnu životního stylu.

Šest sester odpovědělo tak, že se jedná o individuální záležitost každého člověka. Podle jejich slov jsou dvě skupiny pacientů. Jedni projevují nezájem a myslí si, že veškerou léčbu obstará předepsaná medikace. Druhá skupina lidí projevuje přehnaný zájem, když se o sebe velice bojí. Sestra SP1 na tuto otázku odpovídá „*Jak kdo, někdo spoléhá vyloženě na tabletky. A ani se o tom moc nechce bavit s lékařem, natož se mnou. A někdo zase naopak, většinou to bývají ženy, které mají o sebe někdy až přehnaný strach. A mladí lidé, kteří s tím chtějí něco dělat*“ (sestra SP1, 2016).

Podobným způsobem odpovídaly sestry SN1, SN2, SN3, SP2, SP3. Je tedy nutné zmínit, že k efektivnímu edukačnímu procesu je nutný i zájem pacienta. Tímto se tedy dostáváme k další otázce našeho výzkumného šetření, a to důležitosti motivace u pacienta s hypertenzí.

Také Šafránková, Nejedlá (2006) uvádí, že cílem ošetrovatelské péče je vhodně motivovat pacienta s tímto onemocněním, aby dodržoval pravidelnou předepsanou léčbu, aktivně se zapojil do léčebného režimu a docházel na kontroly k lékaři.

V této otázce se všechny sestry shodly, že motivace je nezbytnou součástí léčby pacienta. Toto hodnotíme velmi kladně. A to hlavně z toho důvodu, že mnoho pacientů si doporučení výživová, či pohybová od zdravotníka vyslechnou, ale za dveřmi ordinace už myslí na své starosti a o změně životního stylu ani nezauvažují. Proto považují za vhodné pacienty upozornit, že při dodržování určitých zásad se může jejich stav stabilizovat, výrazně zlepšit a hlavně předejít hypertenzní krizi.

Jak uvádí Widimský (2004), je hypertenzní krize akutní a hlavně život bezprostředně ohrožující stav, který se charakterizuje vysokou hodnotou krevního tlaku.

Výsledek této části výzkumného šetření hodnotíme jako velmi pozitivní. Pro rozšíření pohledu sester na důležitost motivace pacienta jsme se našich respondentek ptali, jakým způsobem pacienta motivují. Podle odpovědí respondentek můžeme říci, že se způsoby motivace odvíjejí od vlastních zkušeností s různými typy pacientů.

Nejčastější odpovědí bylo vyprávění příběhu pacienta, který zlepšil svůj zdravotní stav díky úpravě životního stylu nebo naopak svůj životní styl nezměnil a přicházel s komplikacemi onemocnění hypertenze. Odpovědi sester hodnotíme kladně, jelikož považujeme osobní zkušenost za mnohem cennější, než odpověď čistě teoretickou.

Další nezbytnou součástí edukačního procesu je hodnocení jejího průběhu. Tímto se dostáváme k metodám zpětné vazby.

Jak uvádí Kvapil (2011), edukátor by měl umět vyhodnotit emoční naladění pacienta, podle těchto zjištění pak aktuálně upravovat taktiku a cíle edukace takovým způsobem, aby byla maximálně efektivní.

Proto jsme se sester ptali, zda realizují zpětnou vazbu, pokud edukují pacienta na nový životní styl. A to z toho důvodu, aby si ověřily efektivitu edukačního procesu. Pět sester, tedy většina odpověděla, že ano.

Nejčastěji sestry ověřují znalosti zpětným požádáním o zopakování probírané tematiky. Přítomnost zpětné vazby tedy udávají respondentky SN1, SN2, SN3, SP6 a SP8. Zápornou odpovědí odpověděly tři respondentky.

Další částí našeho výzkumného šetření bylo zhodnocení znalosti sester o nefarmakologické léčbě.

Jak uvádí Češka (2010), je nefarmakologická léčba základem léčby každého pacienta s onemocněním hypertenze.

Jelikož jsme očekávali, že informovanost sester nebude vždy plně dostačující, sestry nás překvapily, když vždy jmenovaly několik zásad. Troufáme si tedy říci, že odborná kompetence oslovených sester je dostačující. Dále jsme se věnovali ošetrovatelskému modelu dle Hendersonové, který byl aplikován do kardiologického oboru.

Jak uvádí Archalousová (2005), Hendersonová kladla důraz na vnímání pacienta jako celistvé bytosti. Proto sestavila ošetrovatelský model, který se zabýval čtrnácti potřebami. Na tomto modelu jsme chtěli ukázat důležitost péče o pacienta ve všech směrech ošetrovatelské péče. To znamená, že pacienta s hypertenzí nemůžeme ošetřovat pouze s ohledem na onemocnění, ale musíme se věnovat i jiným potřebám.

Je tedy otázkou, proč nedochází k edukačnímu procesu mezi sestrou a pacientem. Jednou z variant je nedostatek časových možností, které dokáží ovlivnit z výrazné části edukační proces. Tento problém můžeme hodnotit jako výraznou bariéru, kterou pacienti pocítují při návštěvě lékaře.

Jak uvádí Šulistová, Trešlová (2012) „*Profesionální vystupování a jednání vyžaduje po sestře získání komplexních a náročných dovedností, aby zvládla vnitřní a vnější podmínky, které ovlivňují její práci včetně efektivní komunikace.*“ Další možnou příčinou je tedy charakter pracující sestry.

Sestry, které se zúčastnily našeho výzkumného šetření, tedy nedopadly nejlépe. Můžeme však říci, že jejich znalosti jsou v určité míře dostačující. Naše výsledky nelze aplikovat na všechny sestry pracující na těchto pracovištích.

Z pohledu pacienta je patrné, že sestra nikdy neodmítla pacienta edukovat na změnu životního stylu. Nejčastější popisovanou situací je nedostatečný kontakt se sestrou po vyšetření lékařem. Možná z tohoto důvodu se pacienti domnívají, že sestra nemá povinnost tyto informace poskytovat a povinen je pouze ošetřující lékař.

Pro tuto situaci by bylo několik řešení, ale nedokážeme říci, zda by bylo možno je realizovat. A to hlavně z důvodu nedostatku kvalifikovaného personálu ve zdravotnictví. Hlavním problémem v lůžkové části je velký počet pacientů na jednu ošetřující sestru. Troufáme si tedy tvrdit, že pokud by se snížil počet pacientů na jednu zdravotní sestru, měla by možnost pacientům věnovat více času a využít jej právě na edukaci o změně životního stylu. V ambulantní sféře se domníváme, že je veliký počet pacientů na jednoho ošetřujícího lékaře, tedy podobná situace jako v části lůžkové.

Tato práce by tedy měla vést k možnému zkvalitnění edukačního procesu v uvedených zařízeních. Sestry by měly častěji realizovat edukaci pacienta a průběžně si rozšiřovat svoje znalosti této problematiky.

Pro efektivní edukaci by bylo vhodné pacientům dát edukační materiály, které by si pacienti mohli studovat v domácím prostředí, a docházelo by k reedukaci pacienta. To považujeme za další podmínku správné edukace.

Touto prací se otevírá prostor pro výzkumnou činnost ve větším rozsahu, která by mohla docílit zefektivnění edukace na kardiologickém oddělení a u praktického lékaře.

6. Závěr

V současné době se zdravotnický personál čím dál častěji setkává s pacienty, kteří mají diagnostikované onemocnění arteriální hypertenze. Toto tvrzení vyplývá nejen ze zkušeností našich respondentek, ale také ze statistik ústavu zdravotnických informací a statistiky v České republice. Proto si myslíme, že problematika změny životního stylu s ohledem na onemocnění hypertenze je aktuálním tématem.

V teoretické části naší bakalářské práce jsme se snažili komplexně shrnout všechny důležité informace o nefarmakologické léčbě onemocnění hypertenze a informace o problematice edukace pacientů s tímto onemocněním. Zabývali jsme se charakteristikou onemocnění, rizikovými faktory, metodami měření krevního tlaku, nefarmakologickou léčbou a ošetrovatelskou péčí o pacienta s tímto onemocněním.

Empirická část byla zaměřena na odkrývání jevů v oblasti edukace pacientů s diagnostikovanou hypertenzí v oblasti změny životního stylu. Na základě tohoto hlavního cíle jsme stanovili další tři cíle. Mezi ně patří cíl individuální, praktický a personální. Intelektuálním cílem bylo zmapovat edukační realitu, vedenou sestrou na jednotlivých zdravotnických pracovištích, věnujících se pacientům s onemocněním hypertenze. Praktickým cílem bylo získané informace využít k zefektivnění edukačního procesu u pacienta s onemocněním hypertenze, vedeného sestrou na zdravotnickém pracovišti. Personální cíl byl stanoven proto, že se autorka v osobním i profesním životě často setkává s lidmi, kteří se léčí s tímto onemocněním. Záměrem této práce bylo zjistit, zda edukace probíhá na jednotlivých pracovištích efektivně s přínosem pro pacienty, a tak obohatit své profesní zaměření.

Pro pokrytí celé zkoumané oblasti jsme stanovili 5 výzkumných otázek, podle kterých jsme připravovali otázky do polostrukturovaného rozhovoru pro naše respondenty.

Z výsledků výzkumného šetření této práce je patrné, že edukační proces ve většině případů neprobíhá. Jako nejčastější důvod respondentky ze strany sester uvádějí, že mají nedostatek časového prostoru a z toho důvodu needukují, což potvrzují i respondenti z řad pacientů.

Vzhledem k tomuto zjištěnému jevu jsme také v naší práci zmínili Centrum prevence civilizačních chorob v Českých Budějovicích. Centrum klade důraz na edukační činnost a nemedikamentózní postupy, které slouží pacientům ke zlepšení zdravotního stavu.

Mezi svoje služby řadí výživové poradenství, pohybové poradenství, poradenství v oblasti zdravého životního stylu a přednáškové aktivity pro širokou veřejnost. Toto pracoviště hodnotíme jako veliký přínos pro nedostatečně edukované pacienty, ale i pro zdravou populaci lidí, v rámci primární prevence.

Řešením pro naše zkoumaná pracoviště by bylo snížit počet pacientů na ošetřující sestru. Toto řešení považujeme z naší strany za těžce realizovatelné. Avšak v prosinci roku 2015 proběhla novelizace vyhlášky č. 55/2011 Sb. O činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kde se uvádí, že sestra je kompetentní motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. I z tohoto důvodu se domníváme, že by sestra měla věnovat čas pacientovi k edukační činnosti.

Věříme, že poznatky této bakalářské práce autorka využije ve své budoucí praxi i v osobním životě.

7. Seznam použité literatury

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a Zuzana SLEZÁKOVÁ., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.

BASTABLE, Susan B., 2008. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-4643-8.

BENEŠ, Milan., 2008. *Andragogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 135 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2580-2.

BOHÁČOVÁ, Věra et al., 2012. *140 otázek a odpovědí o výživě a potravinách*. 1. vyd. Praha: Forsapi. Manuál dietologie. ISBN 978-80-87250-18-1.

CARDIOVASCULAR CARE MADE INCREDIBLY VISUAL., 2011. 2nd. Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 248s., ISBN 978-1-60831-339-6

ČEŠKA, Richard et al., 2010. *Interna*. Vyd. 1. Praha: Triton, 855s. ISBN 978-80-7387-423-0.

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

CHALOUPKA, Václav., 2000. *Základy funkčního vyšetřování srdce a krevního oběhu*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 197s. ISBN 80-7013-297-3.

Interview s Lenkou ŠEDOVOU., 2015. koordinátorka CPCCH, České Budějovice

NEJEDLÁ, Marie., 2006, *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 248 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1150-8.

KOLÁŘ, Jiří., 2009. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén., ISBN 978-80-7262-604-5.

KVAPIL, Milan., 2011. *Edukace není možná bez empatie*. [online]. Tribune., [cit.16.4.2016] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23239-edukace-neni-mozna-bez-empatie>

ROSOLOVÁ, Hana., 2012. *Kardiometabolický syndrom: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf., Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-300-8.

ROSOLOVÁ., Hana. 2013. *Preventivní kardiologie: v kostce*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ., Asclepius. ISBN 978-80-904899-5-0.

SLEZÁKOVÁ, Lenka., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ., 2004. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 156 s., 8 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1009-9.

SOVOVÁ, Eliška., 2008. *100+1 otázek a odpovědí o krevním tlaku: syndrom obstrukční spánkové apnoe, jak správně měřit krevní tlak, nebezpečí hypertenze*. Vyd. 1. Praha: Grada, 88 s., [8] s. barev. obr. příl. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2281-8.

SOVOVÁ, Eliška., 2006. *EKG pro sestry*. Praha: Grada, 112 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1542-2.

REFERENČNÍ HODNOTY PRO PŘÍJEM ŽIVIN., 2011. V ČR, 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu. ISBN 978-80-254-6987-3.

STEFFEN, Hans-Michael.,2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. 1. české vyd. Praha: Grada. 391s., ISBN 978-80-247-2780-6.

ŠVAČINA, Štěpán., 2007. *Hypertenze při obezitě a diabetu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 134 s. ISBN 978-80-7254-906-1.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ., 2006. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada).280 s. ISBN 80-247-1148-6.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC., 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.

VYHLÁŠKA č. 55/2011, *o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* (vyhláška o o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), 2016 [online]. [cit. 2016-04-09]: In: Sbírka zákonů Česká republika, částka 1, str. 7, ISSN: 1211-1244., Dostupné z: www.epravo.cz/dataPublic/sbirky/2016/sb0001-2016.pdf

WIDIMSKÝ, Jiří., 2003. *Sekundární hypertenze*. Vyd. 1. Praha: Triton, 151 s. Levou zadní. ISBN 80-7254-419-5.

WIDIMSKÝ, Jiří., 2004. *Hypertenze*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, 590 s. ISBN 80-7254-515-9.

ZÁVODNÁ, Vlasta., 2005. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vyd. Martin: Osveta, 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

Zdraví 2020, 2015 [online], mzcrcz, [cit. 2016-02-10] Dostupné z: http://www.mzcrcz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html

ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY, 2006 a 2013 [online]. ÚZIS [cit. 2015-10-01] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cr-kraje/jihocesky-kraj>

8. Seznam příloh

- 1. Hodnoty krevního tlaku**
- 2. Nefarmakologická léčba hypertenze**

Tabulka 3 - Hodnoty krevního tlaku

Kategorie	Systolický TK(mm Hg)	Diasystolický TK(mm Hg)
Normální tlak	120-129	80-84
Vysoký normální tlak	130-139	85-89
Mírná hypertenze – 1.st.	140-159	90-99
Středně těžká hypertenze 2.st.	160-179	100-109
Těžká hypertenze – 3. St.	>180	> 110

Zdroj : WIDIMSKÝ, Jiří., 2004. *Hypertenze*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, 590 s. ISBN 80-7254-515-9.

Tabulka 4 - Nefarmakologická léčba hypertenze

Faktor	Doporučení	Průměrný pokles systolického tlaku
Úprava příjmu alkoholu	Omezení 30g/den, u žen a mužů drobnější postavy 15-29g/denně	2-4mm Hg
Redukce příjmu soli	NaCl 5-6g/den	4-8mm Hg
Fyzická aktivita	Rychlá chůze 30-45minut, 3x-4x týdně	4-9mm Hg
Pokles tělesné hmotnosti	BMI 18,5-24,9	5-20 mm Hg

Zdroj: WIDIMSKÝ, Jiří., 2004. *Hypertenze*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, 590 s. ISBN 80-7254-515-9.