



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha sestry v self–monitoringu v domácím prostředí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Marta Adamčáková

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Svidenská Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Úloha sestry v self–monitoringu v domácím prostředí“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 25.5.2020

Marta Adamčáková

Pod'akovanie

Pod'akovanie by som chcela venovať mojej vedúcej bakalárskej práce, Mgr. Tereze Svidenskej Ph.D. za jej veľkú trpezlivosť, ochotný a veľmi milý prístup. Taktiež, by som jej chcela poďakovať za cenné rady a oporu pri vypracovávaní mojej bakalárskej práce.

Ďalej by som chcela poďakovať všetkým pacientom a sestram, ktorý sa zúčastnili výskumu, ktorý boli ochotný a venovali mi čas a vykonali so mnou rozhovory.

Ďakujem všetkým, ktorý sa podieľali akýmkoľvek spôsobom aj počas neľahkého obdobia pandémie Covid-19.

Úloha sestry v self–monitoringu v domácím prostředí

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou úlohy sestry při monitoringu v domácím prostředí. Věnuje se správnosti provádění domácího měření v domácím prostředí pacienta. Tato práce poukazuje na důležité činnosti sestry, vedoucí ke zkvalitnění výsledků domácího měření. Práce poskytuje pohled sestry na činnosti v oblasti self–monitoringu, ale také i pohled na zkušenosti, potřeby a očekávání pacientů.

Teoretická část se zaměřuje na definici self–monitoringu, jeho správné provedení, potřebě a nejčastějším způsobu využití v české zdravotnické praxi, zaměřené na prevenci, diagnostiku a léčbu chronických onemocnění. Definuje a přibližuje onemocnění, které se nejčastěji pojí se self–monitoringem vykonávaném pacientem v domácím prostředí.

Z rozhovorů se sestrami a pacienty vyplynul jejich pohled na činnosti sestry, vedoucí ke kvalitním výsledkům, díky dobře vykonanému domácímu sebměření pacienta. Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat činnosti a znalosti, které jsou potřebné pro naplnění úlohy sestry v self–monitoringu v domácím prostředí pacienta.

Z šetření vyplynulo, že sestry pracující ve specializovaných ambulancích svou činnost vykonávají na nejlepší úrovni ze všech dotázaných sester. Kvalitu sester z těchto ambulančí potvrdily znalosti a rozhled dotázaných pacientů navštěvujících specializované ambulance. Dále z výzkumného šetření vyplývá, že sestry pracující v ordinacích obvodních lékařů nezajišťují dostatečně individuální potřebu pacienta na poli edukace, učení a informovanosti v oblasti self–monitoringu. Na základě rozhovorů se sestrami z nemocničních oddělení a hospitalizovaných pacientů v nemocničním zařízení vyplynulo, že sestry v průběhu hospitalizace pacienta, u kterého byla diagnostikována hypertenze, nebo diabetes mellitus, nevykonávají činnosti vedoucí k zajištění self–monitoringu v domácím prostředí. Jedná se o činnosti jako jsou edukace, podávání informací, nácvik měření a další.

Klíčová slova

sestra; hypertenze; glykémie; pacient; self–monitoring; sebměření; domácí měření.

The role of a nurse at client's home in self-monitoring

Abstract

The bachelor's thesis deals with the issue of the role of the nurse in monitoring at home. It deals with the correctness of performing home measurements in the patient's homes. This work points out the important activities of the nurse, leading to the improvement of the results of home measurements. The work provides a view of the nurse on activities in the field of self-monitoring, but also a view of the experiences, needs and expectations of patients.

The theoretical part focuses on the definition of self-monitoring, its proper implementation, the need and the most common use in Czech medical practice, focused on the prevention, diagnosis and treatment of chronic diseases. It defines and approaches the diseases that are most often associated with self-monitoring performed by the patient in the home environment.

Interviews with nurses and patients revealed their view of the nurse's activities, leading to quality results, thanks to a well-performed home self-assessment of the patient. The aim of this bachelor's thesis was to map the activities and knowledge that are needed to fulfill the role of the nurse in self-monitoring in the patient's home environment. In order not to skew the results of the survey, patients were also invited to interviews.

The survey showed that nurses working in specialized clinics perform their activities at the best level of all the nurses interviewed. The quality of the nurses from these outpatient clinics was confirmed by the knowledge and overview of the interviewed patients visiting specialized outpatient clinics. Furthermore, the research shows that nurses working in general practitioner surgeries do not sufficiently ensure the individual needs of the patient in the field of education, learning and information in the field of self-monitoring. Interviews with nurses from hospital wards and hospitalized patients have shown that nurses do not perform self-monitoring activities at home during the hospitalization of a patient diagnosed with hypertension or diabetes mellitus. These are activities such as education, providing information, measuring practice and more.

Keywords

nurse; hypertension; glycemia; patient; self-monitoring; self-measurement; home measurement.

Obsah

1.	Súčasný stav.....	9
1.1.	Osobnosť a rola sestry	9
1.2.	Self-monitoring	12
1.2.1.	Meranie krvného tlaku pacientom v domácom prostredí	13
1.2.2.	Meranie glykémie pacientom v domácom prostredí.....	18
2.	Cieľ práce a výskumné otázky.....	25
2.1.	Cieľ práce.....	25
2.2.	Výskumné otázky	25
3.	Metodika	26
3.1.	Popis metodiky	26
3.2.	Charakteristika výskumného súboru.....	27
4.	Výsledky	28
4.1.	Identifikačné údaje opýtaných	28
4.2.	Zoznam kategórií	33
4.3.	Pohľad sestier na úlohu sestry v self-monitorngu.....	34
4.4.	Pohľad pacientov na úlohu sestry v self-monitoringu	40
5.	Diskusia	43
6.	Záver	49
7.	Zoznam literatúry a zdrojov.....	51
8.	Zoznam príloh.....	55

Úvod

Táto bakalárska práca sa zaoberá úlohou sestry pri self-monitoringu v domácom prostredí. Pojednáva o jednotlivých činnostiach naplňujúcich úlohu sestry v oblasti self-monitoringu. Zameriava sa na úlohu sestry v skúmanej oblasti z pohľadu sestier ale aj pohľadu pacientov.

Samotný self-monitoring alebo samovyšetrenie, je veľmi široký pojem, ktorý našiel najväčšie využitie v oblasti chronických ochorení. Ide o sa o samovyšetrenie samotným pacientom, alebo jeho rodinou najčastejšie v domácom prostredí. K tomu aby pacient mohol vykonávať toto meranie, by mal mať dostatok informácií, mal by byť edukovaný, poučený ako vykonávať správne meranie a ako nakladať s výsledkami.

V Českej republike je self-monitoring najčastejšie využívaný u chronických ochorení. Najčastejšie sa ide o hypertenziu alebo diabetes mellitus. V týchto prípadoch si pacient vykonáva merania na základe dohody s lekárom vo svojom domácom prostredí. Následne pri kontrole u lekára predkladá svoje výsledky, a tak lekár môže posúdiť ďalší vývoj liečby. Ďalším spomínaným chronickým ochorením u ktorého sa u nás najčastejšie vykonáva self-monitoring je diabetes mellitus. V tomto prípade si pacient vykonáva meranie pomocou glukomeru v domácom prostredí. Taktiež pacient musí mať predom dohodnuté kedy má meranie vykonávať, za akých podmienok, keďže toto meranie sa viaže k stravovaciemu režimu a dietoterapií.

Sestra by mala byť medzerníkom medzi lekárom a pacientom. Mala by zabezpečiť, aby meranie a následné výsledky predložené lekárovi neboli skreslené, ale práve aby mali hodnotu a mohli sa využiť pri plánovaní liečby alebo pri diagnostike. Aby sestra dosiahla u pacienta kvalitné, pravdivé a neskreslené výsledky, musí naplňať svoju úlohu a vykonávať niekoľko činností vedúcich k požadovanému výsledku a spolupráci s pacientom alebo rodinou.

1. Súčasný stav

Ošetrovateľská profesia je jedna z povolání s najhumánnejším poslaním. Jej služba človeku a starostlivosť o udržanie, rozvoj zdravia býva považovaná za jednu z najvyšších hodnôt ľudského života. Sestra spolu s ďalšími zložkami ošetrovateľského tímu sú reprezentantmi tejto profesie. Samotné ošetrovateľstvo sa podieľa na diagnostike, rehabilitácií, liečbe pacienta. Táto profesia je veľmi fyzicky, aj duševne náročná a nesie so sebou veľkú zodpovednosť. Sú tu kladené vysoké pracovné nároky na sociálnu a duševnú vyspelosť sestry. Taktiež je kladený dôraz na teoretickú odbornosť, ale aj na nácvik praktických zručností (Vytejková, 2011). S postupným rozvojom lekárstva a ošetrovateľstva narastá samostatnosť práce sestier, ktorá je spojená s väčšími kompetenciami a tým spojenou väčšou zodpovednosťou. Taktiež dochádza, k rozvoju role sestry-asistentky lekára, kedy sestra lekárovi asistuje napríklad pri operačných zákrokoch alebo v ordináciách. Dochádza až k takému rozvoju že sestra preberá niektoré výkony (Šamanková a kol., 2006). Charakteristickým rysom je, individuálna starostlivosť založená na vyhľadávaní, plánovaní a uspokojovaní potrieb človeka vo vzťahu k jeho zdraviu, alebo potrebám vzniknutým na podklade ochorenia (Vytejková, 2011).

1.1. Osobnosť a rola sestry

Osobnosť je jedinečný a neopakovateľný súhrn fyzických a psychických vlastností, ktoré medzi sebou vzájomne súvisia, podmieňujú sa a spolu vytvárajú jedinečný celok. Táto jedinečnosť je podstatou odlišnosti ľudí. Vývoj, formovanie a zmeny osobnosti sú podmieňované mnohými faktormi ako genetika, prostredie, výchova a podobne. Ako v každej inej profesii je s povolaním spájaná osobnosť (Farkašová, 2006). Základňa sestry je postavená na niekoľkých etických zásadách, medzi ktoré patrí, zvýšená samostatnosť s prevzatím väčšej zodpovednosti, ochota aktívne hájiť záujmy pacienta, starať sa o pacienta s maximálnym akceptovaním jeho dôstojnosti a potrieb. Veľmi dôležitá vo vzťahu medzi sestrou a pacientom či jeho rodinou je dôvera. Vzájomný vzťah, ktorý sa medzi nimi vytvorí, umožňuje úzku spoluprácu s chorým, rodinou, okolím a urýchľuje edukačný aj terapeutický efekt ošetrovateľského procesu. Dôveryhodnosť sestier nemá len vplyv na vzťahy ale taktiež aj na spoločenskú prestíž tohoto povolania (Šamanková a kol., 2006).

Ak by sme mali v skratke vystihnúť rolu, sestry, môžeme povedať že, sestra identifikuje problémy u jednotlivca, rodiny, skupiny a na ich základe organizuje vhodnú ošetrovateľskú starostlivosť. Pomocou vybraných špecifických postupov ošetrovateľskej starostlivosti pomáha pacientovi a jeho rodine prekonať problémy. Úlohy sestry sú historicky podmienené a sú stanovené objektívnymi danosťami spoločnosti. Povolanie sestry, ako jedno z mála prešlo a prechádza zložitým vývojom a zmenami. K dodržaniu rozvíjajúcich sa štandardov sú od sestier vyžadované nové vedomosti, zručnosti a celkové neustále rozširovanie poznatkov v odbore. Rolu sestry charakterizujú určité znaky, ako pochopenie a vychádzanie z pacientových problémov, schopnosť zaistiť pocit istoty a bezpečia, schopnosť podriadiť svoju emocionalitu racionálnej kontrole (Farkašová, 2006). Rolu sestry ovplyvňujú viaceré faktory, ako zmeny v spoločnosti, systém zdravotnej starostlivosti, nové technológie, poznatky a podobne. Na to reaguje vzdelávanie sestier a následné formulovanie rolí (Vytejková, 2011). V súčasnosti sestra plní role hlavne ako sestra-poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti, táto rola je spojená s poskytovaním základnej ošetrovateľskej starostlivosti, či už v nemocnici alebo v teréne. Sestra – manažérka, vďaka stotožneniu sa s touto rolou je ošetrovateľská starostlivosť koordinovaná a efektívna. Sestra – advokátka, v tejto roli je sestra obhajkyňou pacienta vysvetľuje a reprezentuje jeho práva, vysvetľuje, tlmočí a obhajuje jeho záujmy. Sestra- nositeľka zmien, ošetrovateľstvo ako každá iná činnosť podlieha zmenám, aby nestagnovalo, sestry v tejto roli a v záujme rozvoju profesie sú hnacími a neodporujúcimi silami v zmenách v ošetrovateľstve. Sestra–výskumnica, v tejto roli je potrebné primerané vzdelanie a potenciál pre výskumnú činnosť v oblasti ošetrovateľstva. Je aktuálna v spoločnosti v ktorej sa utvára ošetrovateľstvo ako významná, dôveryhodná vedecká profesia. Sestra – mentorka, v tejto roli sestra zodpovedá za klinický dohľad nad študentami ošetrovateľstva. Je tu nutné adekvátne vzdelanie, klinická a pedagogická spôsobilosť, vyzretá osobnosť (Farkašová, 2006). Sestra – edukátorka, táto rola je mnohostranne zameraná. Podieľa sa na upevňovaní zdravia a prevencií jeho porúch. Podieľa sa na rozvoji sebestačnosti u osôb s narušeným zdravím, predchádza komplikáciám, pomáha v rozvoji pri sebaobslužných činnostiach, pomáha jedincom aj rodinám žiť spokojne a dlhodobým ochorením, podieľa sa na nácviku potrebných praktických zručností (Staňková, 2002).

Sestra nepomáha len jednotlivcovi, ale aj jeho rodine a skupinám ľudí. Pomáha im v prevencií ochorenia, v období ochorenia, počas rekonvalescencie a aj po dobu

umierania. Dôležitá je spolupráca s rodinou pri vykonávaní starostlivosti v domácom prostredí, kedy sestra podáva inštrukcie pre jednotlivé výkony. Sestra naplňa svoju roľu podporou pacienta v schopnosti postarať sa sám o seba. No hlavne pomáha ľuďom, ktorý žijú v okolí chorého, získať vedomosti a zručnosti v laickej starostlivosti (Šamánková a kol., 2006). Sestry tvoria najväčšiu časť poskytovateľov služieb v domácej starostlivosti, preto je dôležitá ich optimalizácia aby starostlivosť bola efektívna. Najväčší negatívny vplyv na optimalizáciu má nedostatočné financovanie sektora, s tým spojené nedostatočné technické a personálne vybavenie (Gannan, 2019). Taktiež, dochádza k nátlaku na čoraz kratšiu dobu pobytu v nemocnici a rekonvalescenciu v domácom prostredí. Na základe toho sa sestry musia neustále učiť, ako pracovať, spolupracovať s takýmito pacientmi a ich okolím. Sestry sa musia zameriavať na výzvy súvisiace s vykonávaním práce v domácom prostredí a okolím, s čím súvisí zvýšenie odbornej prípravy v tejto oblasti (Martinsen, 2018).

Sestra by mala byť neustálou podporou pre pacienta, pomáhať mu pri jeho riešení problémov, nabádať ho a podporovať k cieľu o zlepšenie, udržanie jeho zdravia. Dochádza častokrát k dlhodobej spolupráci medzi sestrou a pacientom alebo jeho rodinou. Otvára sa tu nový priestor, ktorý v našom prostredí Českej a Slovenskej republiky doposiaľ nie je a má úzky súvis aj so self-monitoringom (Špirudová, 2015). Pod samotným pojmom supervízia si môžeme predstaviť vonkajší pohľad na danú oblasť, učenie – rozvoj schopností, zručností, návykov, povzbudenie v danej oblasti, posilnenie, pomoc, podpora pri zavádzaní nových postupov, zmien, zvyklostí, poradenstvo – získavanie informácií, počúvanie. Dôležitou súčasťou supervízie je rozhovor s pacientom, kedy zisťujeme do akých situácií sa dostal a podobne (Venglářová, 2013). Ak by sme to mali zhrnúť, ide o dlhodobú spoluprácu sestry s pacientom alebo skupinou, kde pacient má vyhradený bezpečný priestor na riešenie svojich problémov a aktivít spojených s dodržiavaním liečby, liečebného programu, zvládaniu a vyrovnávaniu sa so svojím zdravotným stavom. Táto spolupráca prináša zo strany sestry včasné zistenie problémov u pacienta a s tým spojenú prevenciu. V tomto vzťahu by mali fungovať naplánované stretnutia, terapeutická aliancia, inteligentné doprevádzanie (Špirudová, 2015).

1.2. Self-monitoring

Self-monitoring alebo samomeranie, sebavyšetrenie, je všeobecne veľmi široký pojem, ktorý má najväčšie využitie u chronických chorôb (Wilde, 2007). Samotný self-monitoring sa začal rozvíjať spolu s ľudstvom a jeho potrebou starať sa o seba. Začiatky starostlivosti o svoje „ja“ začalo od dôvery cez nezávislosť, až začali prichádzať vonkajšie vplyvy a človek si pomaly začal spájať starostlivosť, o seba spolu s prácou na sebe, medicínou a liekmi. Jej neväčší rozvoj priniesla filozofia, spojená s lekárskeym myslením. V tomto období sa začali spájať tieto dva obory a nachádzali spoločné popisy chorôb a liečbu (Hamlo, 2014). Samotná Oremová vníma záujem, staranie sa o seba samého ako jednu z funkcií človeka, preto kladie dôraz na využívanie pacientových vedomostí a schopností v spojení so zdravotníckym personálom (Pavlíková, 2007). U nás je tento pojem najčastejšie spájaný s meraním krvného tlaku alebo meraním glykémie v rôznom prostredí, kde sú dostupné pomôcky k meraniu krvného tlaku (doma, zamestnanie, lekáre, verejné akcie) (Němcová, 2008). Ide o vyšetrenie samotným pacientom najčastejšie v domácom prostredí, kedy pacient musí byť dostatočne edukovaný, poučený o danom meraní (Šafránková, 2006). Je dôležité, pred samotným štartom self-monitoringu v domácom prostredí mať kvalitne pripraveného pacienta, čo znamená aby mal pacient dostatok informácií, schopností a zručností v danej problematike (Němcová, 2008). Taktiež nesmieme podceňovať ani prípravu a odbornosť sestry, pretože práve sestra, tvorí základy pre pacientove informovanie, vzdelávanie a celkovú spoluprácu. Je dôležité aby sestra s pacientom mali partnerský vzťah, vymieňali si informácie o pacientovom stave a v prípade neistôt sa spolu radili, aby pacient cítil u sestry istotu a oporu (Hamlo, 2014). Ďalšími dôležitými faktormi ktoré musíme brať do úvahy, pri výsledných hodnotách pri self-monitoringu, je vplyv okolia, stav kalibrácie prístroja na ktorú sa často krát zabúda a taktiež technická úroveň. Je dôležité, stanoviť, kedy sa má pacient merať pri dlhodobej liečbe. Tieto hodnoty namerané najčastejšie v domácom prostredí sú skôr len orientačné pre samotnú diagnostiku a liečbu. Po spriemerovaní hodnôt od pacienta získavame ako pri 24 hodinovom sledovaní. Pacienti vykonávajúci svoje meranie v domácom prostredí v rámci liečby, či už hypertenzie alebo diabetu, uľahčujú a pomáhajú lekárovi pri stanovovaní ďalšej liečby. Môžu zistiť náhle, neočakávané výkyvy, zmeny, komplikácie. Domáce meranie je pomerne lacná záležitosť, ktorá nám dáva využiteľné informácie v rámci diagnostiky, liečby, prevencie (Němcová, 2008). Ideou do budúca je považovanie

pacienta, ako časť zdravotníckeho tímu. Pacient bude mať tak väčšiu zodpovednosť, než má aktuálne a tak sa bude viac zapájať do samotnej liečby. Tento systém má hlavne veľký potenciál u chronicky chorých pacientov, v našom prípade sa jedná hlavne o hypertenziu a glykémiu (Hamlo, 2014). Self-monitoringu v domácom prostredí napomáha vo veľkej miere schopnosť pacientov pracovať s technológiami, ktoré sa v tejto oblasti rozvíjajú. V dnešnej dobe je pacient schopný si odmerať v domácom prostredí glykémiu, kde sa dáta prenású do smartphonu a následne sa tieto dáta odošlú k lekárovi. Ten môže vidieť a vyhodnocovať pacientov stav a následnú liečbu. Podobný systém funguje aj u merania krvného tlaku, kedy dáta z tlakomeru sa odošlú do smartphonu pacienta a následne sa znovu odošlú tak ako u glykémie k lekárovi. U niektorých aplikácií je možné spolu s lekárom prehodnocovať priamo v aplikácii jednotlivé merania v chate. Žiaľ, tieto aplikácie a zariadenia sú zatiaľ finančne náročné a taktiež narážame na problém technickej negramotnosti u niektorých pacientov, ale aj lekárov v tejto oblasti (Rybka, 2007).

Self-monitoring nevykonávame, len pri fyziologickom meraní, môžeme ho vykonávať aj u pacientov s duševným ochorením. Ukázalo sa že, self-monitoring u psychiatrických chorôb má výrazné účinky na zmeny chovania. Túto sebakontrolu je možné vykonávať, viacerými spôsobmi. Za najúčinnější spôsob sa považuje vedenie denníka, kde si pacient zapisuje všetky potrebné informácie z dňa, ako sú napríklad pocity, strava, aktivity alebo aj počet vyfajčených cigariet. Dôležitosť informácií je u každého pacienta veľmi individuálna. Vďaka záznamom z denníku sú získané podstatné informácie, ktoré pomáhajú k zefektívneniu liečby a aj samotnej prevencii komplikácií. Táto forma „denníku“ sa ľahko stáva dennou rutinou pre mnoho pacientov (Moore, 2008).

1.2.1. Meranie krvného tlaku pacientom v domácom prostredí

Pod pojmom samotného krvného tlaku rozumieme tlak, arteriálny teda tepenný. Tento krvný tlak je hlavne ovplyvnený srdcovou činnosťou, periférnym odporom, no aj množstvom krvi v cievnej sústave. Je množstvo faktorov, ktoré krvný tlak ovplyvňujú a nimi sú napríklad vek, pohlavie, rasa, telesná aktivita, časť dňa, lieky, krvácanie, obezita, stres, strach, úzkosť, bolesť (Vytejková, 2016). Z toho vyplýva, že krvný tlak je parameter, ktorý je ovplyvňovaný vonkajším aj vnútorným prostredím a výrazne sa pohybuje počas celého dňa, kedy odráža stav bdlosti pacienta, fyzickú či psychickú záťaž (Němcová, 2008). Najčastejším kardiovaskulárnym ochorením je porucha krvného

tlaku teda hypertenzia (chronické zvýšenie krvného tlaku), v populácii je často používané spojenie „tichý zabijak“ pre toto ochorenie. Nemusí mať žiadne varovné príznaky. Podľa etiológie hypertenziu delíme na primárnu a sekundárnu. Primárna hypertenzia, ktorú taktiež nájdeme pod názvom „hypertenzná choroba“ alebo „esenciálna hypertenzia“. Tento druh hypertenzie je bez jasnej príčiny, je brané ako samostatné ochorenie (Kopecká, 2014). Medzi nejasné príčiny možno radiť už spomínanú dedičnosť – častejší výskyt hypertenzie v niektorých rodinách, obezitu, životný štýl, výživu, vysoký príjem soli v potrave, psychickú záťaž (stres), patogénny mechanizmus vzniku – zvýšená reaktivita ciev na niektoré podnety a podobne. Podieľa sa na jej vzniku súčasne viac týchto činiteľov. Najprv sa tlak zvýši len prechodne a potom trvale (Kopecká, 2014). Rozlišujeme tri štádia tejto primárnej, esenciálnej hypertenzie. Prvým štádiom sú funkčné zmeny, v tomto štádiu má pacient neisté príznaky ako sú bolesti hlavy, návaly, pocit búšenia srdca, unavenosť, neschopnosť koncentrácie, zmeny nálad, celkový diskomfort. Druhým štádiom je tzv. fixovaná hypertenzia. V tomto štádiu dochádza k zmenám drobných tepien a artériol, s týmto poškodením je spojené horšie videnie a vyšetrenie očného pozadia. V tejto fázy sa môžu v moči objaviť bielkoviny ale len v malom až nepatrnom množstve. Posledným štádiom sú orgánové zmeny, v tejto fázy sú postihnuté hlavne obličky, srdce, mozog a sietnice oka (Stříteský, 2001). Sekundárna hypertenzia, má na rozdiel od primárnej jasnú príčinu. Môže sa vyskytovať druhotne pri niektorých ochoreniach ako príznak, jedná sa o súčasť iného ochorenia (najčastejšie ochorenie obličiek) (Kopecká, 2014). Sekundárna hypertenzia sa objavuje taktiež v súvislosti s užívaním niektorých liekov ako nežiadúci účinok alebo pri tehotenstve (Stříteský, 2001). Toto kardiovaskulárne ochorenie, ktoré sa vyskytuje vo väčšine populácie na svete (Staňková, 2005). V Českej republike a aj v ďalších vyspelých zemiach kardiovaskulárne choroby predstavujú hlavnú príčinu ochorení a úmrtnosti (Šedová, 2016). Odhaduje sa, že na celom svete je približne 1,13 miliardy ľudí trpiacich hypertenziou. Väčšina týchto ľudí sú z krajín kde sú nízke až stredné príjmy. Na základe štúdie WHO (2019) v roku 2015 hypertenziou trpel jeden zo štyroch mužov a jedna žena z piatich. Len jeden z piatich ľudí s hypertenziou je pod kontrolou. Jedným z globálnych cieľov v oblasti neprenosných chorôb WHO je do roku 2025 znížiť prevládanie hypertenzie o 25%. WHO (2019) uvádza, že aktuálne medzi napravitel'né rizikové faktory patrí: nezdravé stravovanie – v tejto oblasti dominuje vysoká konzumácia soli v potravinách alebo dochucovadlách, strava ktorá má vysoký obsah nasýtených tukov a transmastných

kyselín, nízky príjem ovocia a zeleniny. Nedostatočná fyzická aktivita – najmä sedavé zamestnanie. Konzumácia tabaku. Konzumácia alkoholu. Nadváha až obezita. Medzi neovplyvniteľné rizikové faktory patrí: Hypertenzia v rodinnej anamnéze. Vek nad 65 rokov. Súčasné ochorenia – ako napríklad cukrovka, ochorenia obličiek (WHO, 2019).

Medzi príznaky hypertenzie podľa WHO radíme bolesti hlavy, krvácanie z nosa, nepravidelné srdcové rytmy, zmeny videnia, bzučanie v ušiach. V ťažšom prípade hypertenzie môže ísť o únavu, nevoľnosti až zvracanie, zmätenosť, úzkosť, bolesti na hrudníku až svalové chvenie. Väčšina ľudí si neuvedomuje, že hypertenziu má, pretože nemá častokrát žiadne príznaky (WHO, 2019).

Klasifikácia hypertenzie u dospelých: Optimálny krvný tlak < 120/ <80. Normálny krvný tlak 120-129 / 80-84. Vyšší normálny krvný tlak 130-139 / 85-89. Hypertenzia 1. stupňa 140-159 / 90-99. Hypertenzia 2. stupňa 160-179 / 100-109. Hypertenzia 3. stupňa $\geq 180 / \geq 110$. Izolovaná systolická hypertenzia $\geq 140 / < 90$.

Pokiaľ dôjde k zvýšeniu krvného tlaku nad hodnotu 140/90 nazývame tento stav hypertenziou. Aby mohla byť stanovená klinická diagnóza hypertenzia, musí byť táto hodnota krvného tlaku nameraná v dvoch až troch meraniach za sebou v rovnakých podmienkach, musí byť pri každom meraní nad normu (Vytejková, 2016). Hypertenzia je vždy závažným nálezom, častokrát k tomuto nálezu dochádza v rámci preventívnych prehliadok, kedy pacient prichádza bez akýchkoľvek príznakov a na diagnózu sa prichádza úplne náhodne (Staňková, 2005).

Vzhľadom k vyššie uvedenému problému bezpríznakovosti tohoto ochorenia, je nevyhnutné pravidelné meranie krvného tlaku. Najlepšie je meranie vykonávané zdravotníckym pracovníkom, ktorý je schopný následne namerané hodnoty spracovať a vyhodnotiť riziká, možné stavy a opatrenia. Žiaľ, aby bolo meranie pravidelné je táto možnosť časovo náročná. Samotné meranie je rýchle a bezbolestné a tak si ho môžu jedinci vykonávať sami v domácom prostredí, jediné čo je k tomu potreba je prístroj a správna, dostatočná edukácia o meraní a hypertenzií (WHO, 2019).

Meranie krvného tlaku delíme na priame, kedy je tlak možné merať priamo v tepne a na nepriame, ktoré je vykonávané pomocou tonometru, či už digitálneho alebo ortuťového (Šafránková, 2006). Ďalej meranie krvného tlaku delíme na ambulantné – kauzálny krvný tlak (nameraný v zdravotníckom zariadení). vykonávaný jednorazovo.

Tento ambulantný – kauzálny tlak krvi nezohľadňuje ovplyvnenie tlaku fyzickou záťažou, psychickým stavom pacienta alebo chovaním pacienta (Trejbal, 2011). Meranie 24 hodinové, kedy pacient nosí po dobu 24 hodín malý prístroj, na meranie krvného tlaku, ktorý toto meranie vykonáva v pravidelných predom nastavených intervaloch automaticky. Využívané je aj záťažové meranie pri rastúcej ľahkej až stredne ťažkej záťaži nazývajúce sa ergometria. A na záver samotný self-monitoring, kedy si pacient alebo rodina meranie vykonáva sám doma vo svojom prostredí, dôležité je, aby bol pacient dostatočne poučený ako postupovať pri meraní, aby nedošlo k skresleniu výsledkov (Šafránková, 2006). Veľkou nevýhodou self-monitoringu je, že neumožňuje posúdenie hodnôt krvného tlaku v nočných hodinách (Trejbal, 2011).

Self-monitoring v domácom prostredí, domáce meranie krvného tlaku. Ako sme sa už dozvedeli vyššie, toto meranie je pomerne lacné, rýchle, nenáročné a poskytuje nám dobré informácie k diagnostike a liečbe pacienta. Aby hodnoty od pacienta ktoré boli namerané ním samotným, v jeho domácom prostredí mali pre nás výpovednú hodnotu, musia byť, dodržané určité pravidlá. Prvým pravidlom je, aby pacient používal len validované prístroje s manžetou na pažu. Dôležitá je pravidelná kalibrácia týchto prístrojov aby nedochádzalo k postupnému skresľovaniu výsledkov (Němcová, 2008). Ďalším bodom je, aby pacient bol dostatočne poučený o meraní krvného tlaku a to najmä o meraní v kľude, aby pacient zostal chvíľu sedieť 5-10 minút pred samotným meraním (Šafránková, 2006). Taktiež je dôležité sa dohodnúť s pacientom, v akej časti dňa bude meranie vykonávať a koľko krát do dňa bude meranie opakovať a ako hodnoty zapisovať. V neposlednom rade je dôležité s pacientom prebrať jednotlivé hodnoty, aby po meraní nebol znepokojený. Lekár by mal vedieť pomôcť pacientovi, zvoliť si správny prístroj a pomôcť mu v domácej príprave spolu so sestrou (Němcová, 2008). Pokiaľ je potrebný self-monitoring krvného tlaku u pacienta ktorý nie je schopný si svoj krvný tlak zmerať sám, je potrebné edukovať rodinného príslušníka ktorý mu je schopný merať pravidelne krvný tlak. Ak pacient nemá žiadneho domáceho príslušníka na meranie krvného tlaku v domácom prostredí, je tu možnosť domácich terénnych pracovníkov, ktorých služby pacienti častokrát využívajú a o meranie tlaku sa zažiada u služby, ktorá ju bude pravidelne vykonávať. Je dôležité sa uistiť, či pacient je schopný si merať tlak v domácom prostredí, či má pacient potrebné pomôcky k meraniu a poprípade v akom stave sú pomôcky. Taktiež u ľudí vo vyššom veku môže byť v určitých prípadoch meranie

nahodnotené a vyjde nám zavádzajúca hodnota, ktorá sa môže tváriť ako hypertenzia ale nie je, preto je dôležité vykonávať meranie správne (Němcová, 2009).

Postup merania krvného tlaku. Meranie by sme mali vykonávať v sede, v kľude po 5–10 minútach. Manžetu umiestňujeme na pažu 2,5 cm nad lakt'ovú jamku. S voľne položeným predlaktím vo výške srdca. Po priložení, upevnení manžety nafúkneme tlakomer na hodnotu o 20 mmHg vyššej, než pri ktorej vymizne tep na a. radialis. Fonendoskop položíme nad a. brachialis do lakt'ovej jamky a postupne pomaly vypúšťame vzduch z manžety. Hodnotu systolického tlaku stanovíme, keď započujeme prvé arteriálne ozvy. Následne hodnotu diastolického tlaku odpočítame po vymiznutí oziev. Pri prvom vyšetrení je nutné zmerať krvný tlak na oboch rukách. Celé vyšetrenie opakujeme 2-3 krát a následne hodnoty spriemerujeme (Šafránková, 2006). Pri opakovaní merania vždy volíme pažu na rovnakej ruke. Pri prvom nameraní je dôležité tlak zmerať na oboch pažiach, aby sme mohli vylúčiť možný rozdiel v hodnotách. Tento rozdiel je spôsobený poruchami lokálnej cirkulácie (Staňková, 2005).

Pokiaľ krvný tlak nie je meraný a nie je nad ním kontrola, môže dôjsť k vážnym komplikáciám. Medzi tieto vážne komplikácie, ktoré môže hypertenzia spôsobiť patrí vážne poškodenie srdca. Nadmerný krvný tlak spôsobí stvrdnutie tepien, tým dochádza následne k zníženému prietoku krvi a kyslíka do srdca. Tento stav zvýšeného tlaku a zníženého prietoku krvi môže viesť k bolesti na hrudi nazývanej angína pectoris. Pri zablokovaní prívodu krvi do srdca, dochádza k odumieraniu buniek srdcového svalu zapríčinenému nedostatkom kyslíka, tento jav poznáme pod pojmom infarkt myokardu. Čím je dlhšie prítok krvi zablokovaný, tým dochádza k väčšiemu poškodeniu. Taktiež môže dôjsť k srdcovému zlyhávaniu, ku ktorému dochádza, keď srdce nemôže pumpovať dostatok krvi a kyslíka do životne dôležitých orgánov v tele. Hypertenzia môže viesť k blokovaniu alebo prasknutiu artérie ktoré dodávajú mozgu krv a kyslík a tým dôjde k mozgovej príhode taktiež známej ako „mŕtvica“. Taktiež môže spôsobiť nepravidelný srdcový rytmus, ktorý môže viesť k náhlejš smrti. Nekontrolovaná hypertenzia nepostihuje svojimi komplikáciami len srdce ale taktiež, obličky kde môže dôjsť až k ich zlyhaniu (WHO, 2019).

Liečba hypertenzie musí byť komplexná. Priaznivo ovplyvňuje vývoj choroby a zabraňuje vzniku spomínaných komplikácií. Hlavným cieľom liečby je normalizácia krvného tlaku. Samotná liečba stojí na troch hlavných pilieroch ktorými je životospráva,

diéta, farmakoterapia. Živospráva alebo životný štýl, tvoria veľký základ už pri zisťovaní anamnézy (Kopecká, 2014). Životný štýl je dôležitou súčasťou primárnej ale aj sekundárnej prevencie. Pod týmto pojmom si môžeme predstaviť niekoľko činiteľov a to fyzická aktivita, fajčenie, strava, psychická odolnosť (Šedová, 2008). Dôležitý je fyzický no najmä duševný odpočinok, vyrovnávanie sa so stresom. Netreba sa zameriavať len na pracovné prostredie, ale aj na sociálne a ekonomické (WHO, 2019). Lekári sa vo svojej praxi často orientujú len na informácie o životnom štýle, rodine povrchovo práci. Nezameriavajú sa na socioekonomické otázky, ktoré majú veľkú súvislosť s postavením, nedostatkom sociálnej opory, stresom vychádzajúcim z práce, zodpovednosti za rodinu, depresie, úzkosť a môžu viesť k hypertenzií (Šedová, 2019). Ďalším pilierom je diéta, kde je potrebné sa zamerať na aktuálne stravovanie, na zníženie soli v strave, taktiež môže byť potrebná redukčná diéta, znížená spotreba cholesterolu (Vytejková, 2011). A na záver u väčšiny hypertonikov je nevyhnutná farmakoterapia. Je veľmi účinná, využívajú sa jednotlivé antihypertenzíva – hypotenzíva alebo ich kombinácie. Niektoré z nich majú vedľajšie účinky, je pre to ťažší proces pacientovi nájsť správnu kombináciu. Taktiež je potrebné ich po určitej dobe užívania obmieňať (Kopecká, 2014).

Ako uvádza WHO (2019), je dôležité sa zamerať na prevenciu, aby k tomuto ochoreniu vôbec nedochádzalo a ak áno aby bolo včas diagnostikované. V prevencii sa zamerať na zníženie soli, na menej než 5g denne, zvýšiť príjem ovocia a zeleniny, zredukovanie tukov a nasýtených tukov v strave. Vytvoriť si návyk na pravidelnú fyzickú aktivitu. Vyhybať sa požívaniu tabaku a znížiť spotrebu alkoholu, alebo ju úplne obmedziť. Znižovať a naučiť sa zvládať duševný stres, zamerať sa na pravidelné kontroly krvného tlaku. Z lekárskeho hľadiska sa zamerať na efektívnu liečbu iných ochorení, aby sa hypertenzia nestala komplikáciou alebo nežiadúcim účinkom. V Českej republike sa u primárnej a sekundárnej sa stretávame z nižšou úspešnosťou a efektívnosťou než je potrebné a prínosné. Na základe analýzy bolo zistené že ľudia sa preventívnych akcií zúčastňujú radšej, keď sa o nich dozvedia od známych, rodiny, priateľov než z internetu, letákov a podobne. Taktiež bolo zistené, že týchto programov sa radšej účastina ženy než muži. Pre to je potrebné sa zamerať na zefektívnenie prevencie (Frei, 2016).

1.2.2. Meranie glykémie pacientom v domácom prostredí

Cukrovka je ochorením u ktorého dochádza k poruche metabolizmov sacharidov, vybraných foriem tukov a bielkovín. Vzhľadom k nejednotnej príčine a priebehu tohoto

ochorenia sa stretávame, využívame pojem diabetický syndróm. Pre toto ochorenie je charakteristická hyperglykémia. Hyperglykémia, jej typická biochemická vlastnosť, teda sa primárne jedná o zvýšenú koncentráciu krvného cukru v krvi. Sekundárne je hodnota cukru merateľná aj v moči, tento jav nazývame glykozúria (Kopecká, 2014). Nemusí sa jednať len o zvýšenú hladinu cukru krvi ako hrozbu, hrozbou je aj znížená hladina (Šafránková, 2006). Koncentrácia krvného cukru v krvi by mala správne byť v rozmedzí 3,3-6,6 mmol/l (Kopecká, 2014). Samotný diabetes mellitus delíme podľa príčiny na niekoľko typov. Diabetes mellitus prvého typu, pre tento druh je charakteristický absolútny nedostatok inzulínu, dôsledkom zániku jednotlivých beta buniek Langerhansových ostrovčekov. Tento druh sa prevažne vyskytuje u detí a mladistvých. V tomto prípade, sú jedinci plne závislí od liečby, aplikácie inzulínu. Majú postihnutý vyšší sklon ku ketoacidóze. Diabetes mellitus druhého typu, je charakteristický čiastočným nedostatkom inzulínu, čo znamená, že inzulín sa tvorí dostatočne, no nie je dostatočný na množstvo cukru ktoré je prijímané. Tento prípad je riešený len diétou, ktorá je zameraná na znížený príjem cukru. Typickým javom v tomto prípade, je výrazný výstup glykémie po jedle, čo sa nazýva postprandiálna hyperglykémia. Alebo charakteristickou necitlivosťou inzulínových receptorov. V týchto dvoch prípadoch býva pripojená zvýšená hladina tuku, vysoký krvný tlak a s tým spojený vývoj srdcovocievnych ochorení. Pre tento rozvoj sa s diabetom spája diabetický syndróm. Liečbu druhého typu diabetu, tvorí hlavne diabetická diéta, zmena životného štýlu, redukcia váhy, lieky – PAD, v ťažších prípadoch sú podávané krátkodobé inzulíny (Šafránková, 2006). Ďalej sa môžeme stretnúť so sekundárnym diabetom, ktorý je vzniknutý druhotne, popri inom ochorení. Je vyvolaný liekmi ako vedľajší príznak a podobne. Gestačný diabetes mellitus, diabetes mellitus vzniknutý počas tehotenstva a následne po pôrode vymizne. A posledným druhom je znížená glukózová tolerancia, je to takzvaná hranica medzi normálnou toleranciou a cukrovkou (Kopecká, 2014).

Najhlavnejším príznakom diabetu, je hlavný ukazovateľ hyperglykémia a až v druhej rade jej následky. Samotné príznaky môžu byť úplne jasné, no môžu byť aj neprítomné. Medzi príznaky diabetu radíme, časté močenie v množstve nad 2 500 ml za 24 hodín ktoré odborne nazývame polyúria (Rybka, 2007). S týmto nadmerným močením súvisí aj termín nyktúria čo je močenie počas noci (Vytejkova, 2016). Vzhľadom k osmotickej dysuríze sa nám tu spája ďalší termín, a to polydipsia, čo je nadmerný smäd. Taktiež

dochádza k výraznému úbytku na váhe hlavne u detí aj napriek nezmenenému stravovaniu. A v neposlednej rade pacient pociťuje slabosť a únavu (Rybka, 2006).

Vzhľadom k samovyšetreniu glykémie v domácom prostredí pacientom, je najčastejšie na zmeranie hladiny využívaný kapilárny odber a následné meranie glukometrom. Hodnoty sa podľa odberu môžu líšiť. U kapilárnej krvi je na lačno najlepšie rozhranie pre glykémiu 4,0 až 6,0 mmol/l, po jedle je najlepším rozhraním glykémie 5,0 až 7,5 mmol/l (Rybka, 2007).

Normou pre glykémiu na lačno je 3,3 až 5,9 mmol/l. Pokiaľ sa rovná, alebo je hladina glykémie na lačno vyššia ako 7mmol/l hovoríme o hyperglykémii. Ďalej máme normu pre glykémiu po jedle, ktorá je označovaná ako postprandiálna glykémia. Táto glykémia po jedle by nemala byť vyššia ako 10 mmol/l (Šafánková, 2006). Za hraničnú glykémiu na lačno, považujeme výsledok 5-7 mmol/l. Vtedy sa u pacienta vykonáva tzv. oGTT – čo znamená orálny glukotolerančný test, glykemický – profil kedy sa meria hodnota 10 glykémii v určitých časoch, glykosylovaný hemoglobín – čo je hodnota cukru v červených krvinkách nahromadená za celý život, vyšetrenie moču. Taktiež sa vykonáva vyšetrenie C-petit, ktoré nám ukáže či sa ide o diabetes mellitus prvého alebo druhého typu (Kopecká, 2014).

Samotné komplikácie u diabetu môžeme rozdeliť na dve hlavné skupiny, a to akútne a chronické – neskoré. Medzi akútne radíme hyperglykemickú komu a hypoglykemickú kómu (Rybka, 2006).

Hyperglykemická kóma vzniká, ako následok zvyšujúceho sa nedostatku inzulínu, hladina cukru v krvi sa dostáva v tomto prípade nad 15 mmol/l. Rozvíja sa pomaly niekoľko hodín až dní. Medzi hlavné príznaky patrí veľký smäd, nadmerné močenie, moč zapáchajúci po zhnitých jablkách, pocit na zvracanie až zvracanie, celková slabosť, Kussmaulovo dýchanie, acetónovo zapáchajúci dych, suchá koža, zahmlené videnie, dezorientácia, ospalosť až kóma (Kopecká, 2014). Liečba je pomocou inzulínu, ale až po následnej kontrole hodnoty glykémie. Taktiež v rámci liečby je dôležité dostatočné množstvo tekutín (Šafánková, 2006). Ďalej medzi akútne komplikácie cukrovky radíme hypoglykemickú kómu (Kopecká, 2014).

Hypoglykémia, teda zníženie krvného cukru pod dolnú hranicu normy. Rozvíja sa veľmi rýchlo a je omnoho častejšia než hyperglykemická kóma. Najčastejšie vzniká

u diabetikov liečených pomocou inzulínu, kedy sa ním predávajú alebo včas nie je podaný dostatočne príjem potravy. Medzi príznaky radíme pocit hladu, slabosť, studený pot, tras, tachykardiu, dvojité videnie, bledosť, bolesť hlavy, podráždenosť, zmätenosť, svojim spávaním nám môže pripomínať opitosť najvyšším stupňom je bezvedomie kde môžu nastať aj kŕče. Tieto príznaky sa rozvíjajú veľmi rýchlo už do 5 minút (Rybka, 2007). V tomto prípade v rámci prvej pomoci pacientovi podáme kocku cukru, cukrík, sladený nápoj ako sladký čaj alebo cola, túto prvú pomoc môžeme podať aj v prvom prípade keď nevieme či ide o pacienta s hyperglykémiou alebo hypoglykémiou.

Medzi chronické – neskoré komplikácie diabetu radíme, diabetickú retinopatiu ktorá vedie k získaniu slepoty, poškodeniu drobných ciev sietnice. Diabetická nefropatia jej príčinou je rovnako ako u diabetickej retinopatie poškodenie drobných ciev, v tomto prípade cievy glomerulu, ktoré vedú až k chronickému obličkovému zlyhaniu. Diabetická neuropatia vzniká ako následok dlhodobej hyperglykémie a poruchou mikrocirkulácie. Najznámejšou komplikáciou spojenou s diabetom je diabetická noha. Na jej vzniku sa podieľa neuropatia, poškodenie malých a veľkých ciev dolnej končatiny. Prvotným problémom je znížená až úplná strata citlivosti a bolesti v končatine. Preto pacient už pri drobnom poranení, otlaku nie sú včas povšimnuté pacientom. Taktiež je tu porucha hojenia, ktorá spolu s nepovšimnutým poranením vedie až k nekróze a následnej amputácii (Navrátil, 2008). Najlepším spôsobom prevencie chronických komplikácií diabetu je založená na hlavných troch pilieroch diéty, pohybový režim a farmakoterapia a následná pravidelná kontrola hodnoty glykémie pomocou glukometru.

Ako sme sa už vyššie dozvedeli najčastejším spôsobom domáceho merania glykémie je meranie pomocou glukometru. Pacient má vo svojom domácom prostredí svoj osobný glukometer. Jedná sa o rýchlu a pacienta nezaťažujúcu metódu. Dôležitý je správny postup pri odbere, aby bol výsledok správny a taktiež aby sme predišli komplikáciám ako zápal v mieste vpichu a podobne (Vytejkova, 2016). Pred samotným meraním si starostlivo umyjeme ruky mydlom a teplou vodou a následne osušime do sucha (Lifescan, 2014). Prístroj zapneme, do miesta na vloženie zasunieme testovací prúžok, niektoré prístroje sa nezapínajú manuálne, no u niektorých po zasunutí testovacieho papieriku sa prístroj spustí automaticky. Na testovacom papieriku nájdeme miesto pre naniesenie vzorku krvi na jednej strane. Na opačnej strane papieriku nájdeme tzv. kontaktný bod papieriku, túto stranu zasúvame do otvoru na glukometru (Kudlová, 2006). Po spustení

sa nám na displeji glukometru ukáže ikona, že glukometer je pripravený na aplikáciu vzorku krvi, najčastejšie sa jedná o ikonku kvapky krvi. Vyberieme si miesto vpichu, najčastejšie sa jedná o vrchnú oblasť bruška prstu na ruke. Miesto vpichu si dôsledne vydezinfikujeme. Následne pomocou lancety vykonáme vpich. Prvú kvapku krvi otrieme a necháme vyjsť z prstu ďalšiu kvapku krvi. Glukometer s papierikom priložíme kolmo ku kvapke krvi ktorá sa do papieriku nasaje (Vytejková, 2016). Následne glukometer začne vypočítavať hodnotu hladiny glykémie a ukáže na displeji výsledok merania. Ošetríme miesto vpichu a použité jednorazové pomôcky roztriedime do príslušných nádob na odpad (Kudlová, 2006). Dôležitá je pravidelná kalibrácia prístroja na základe odporúčania od výrobcu a taktiež kalibrácia pred použitím nových testovacích papierikov (Kudlová, 2006). Meranie pomocou glukometru je najpoužívanejším meraním, no nie jediným pomocou ktorého zistíme hladinu cukru v krvi. Medzi časté odberové metódy na zistenie hladiny glykémie radíme napríklad odber krvi zo žilného riečiska, odber kapilárnej krvi, ako u použitia glukometru no odobraná krv sa dáva do odberovej nádoby. Tieto odbery sa vykonávajú v zdravotníckych zariadeniach (Vytejková, 2016). Najčastejším odberovým miestom sú spomínané bruškové prsty na ruke. No po každom vpichu sa zvyšuje bolestivosť daného miesta čo môže pacientovi prekážať a znižovať kvalitu života pri každodennom meraní, hlavne ak k meraniu dochádza viac krát do dňa. Preto máme alternatívne miesta, pre odber tieto miesta musia byť zaznačené a môžu sa o 20% líšiť, vzhľadom k rozdielnej cirkulácii v tomto mieste. Tieto miesta sú napríklad predlaktie, brucho, stehná, lýtka (Edelsberger, 2012).

Úlohou sestry v prvom rade je, vykonanie správneho odberu pokiaľ sa jedná o zdravotnícke zariadenie. Pokiaľ sa jedná o self-monitoring glykémie v domácom prostredí, sestra zohráva dôležitú úlohu v oblasti správnej edukácie pacienta o výkone merania, zachádzaní s prístrojom, odporúčaníach pre pacienta (Rybka, 2007).

Úloha sestry nespočíva len v oblasti edukácie o meraní glykémie, ale dôležitá je aj edukácia na úrovni diéty. Cieľom samotnej liečby je hlavne zamedziť vzniku chronických komplikácií. A keďže u oboch typov diabetu je jedným z hlavným pilierom liečby diéta. U týchto pacientov je dôležité vypočítať ich energetickú spotrebu na deň. V úvahu sa berie hmotnosť pacienta, zamestnanie a denná aktivita (Šafánková, 2006). Túto diétu označujeme číslom 9, ak je potrebná u diabetika aj redukcia váhy tak je diéta označovaná 9A alebo B podľa množstva sacharidov na deň. Spolu s touto diétou sa spája pojem

výmenná jednotka. Táto výmenná jednotka taktiež nazývaná chlebová jednotka predstavuje množstvo potravín, ktoré obsahujú 10g sacharidov a je možné ich zamieňať (Vytejková, 2016). V diéte je dôležité taktiež sa zamerať na soľ, cholesterol a DIA výrobky. Diéta nespočíva len v samotnom stravovaní, ale aj v načasovaní jednotlivých porcií počas dňa (Rybka, 2007).

Aplikácia inzulínu úzko súvisí s prijímaním jednotlivých porcií jedál. Dôležitá je správna aplikácia inzulínu. Sestra tu zohráva dôležitú úlohu, keďže pacienta musí naučiť ako správne pracovať a aplikovať inzulín v domácom prostredí (Šafánková, 2006). Sestra edukuje pacienta aj o správnej starostlivosti o dolné končatiny, hlavne o pedikúru a o správnom zvolení vhodnej obuvi. Vzhľadom že, či už diéta, medikamenty, aplikácia inzulínu a pohyb priamo ovplyvňujú samotné správne meranie glykémie je edukácia v týchto oblastiach veľmi dôležitá (Rybka, 2007).

Self-monitoring je v dnešnej dobe neoddeliteľnou súčasťou života diabetikov. Zvyšuje kvalitu liečby. Je vykonávaný u diabetikov s inzulínovou a PAD liečbou, u dospelých a deťoch s podozrením na cukrovku, pri zmenách v režime, v niektorých prípadoch občas tehotenstva (Šafánková, 2006). Pri intenzívnej liečbe prvého typu diabetu sa doporučuje vykonávať self-monitoring päť krát počas 24 hodín a veľký glykemický profil aspoň s desiatimi meraniami aspoň raz za tri týždne. U diabetikov druhého typu sa doporučuje meranie vykonať aspoň raz do dňa (Kudlová, 2006). Samotný self-monitoring v domácom prostredí je veľmi dôležitý a musí byť presne stanovený (Šafánková, 2006). Vykonáva sa najčastejšie pomocou glukometra, ale môžeme sa stretnúť aj s meraním z moču pomocou indikačných papierikov táto varianta je lacnejšia, no nieje tak presná jedná sa len o ukazovateľ (Kudlová, 2006). Na základe výsledkov z domáceho self-monitoringu je odvíjaná, upravovaná liečba pacienta. Pacient dostane predtlačný záznam do ktorého presne v dané hodiny zapisuje svoje výsledky merania. Štúdie dokazujú u pravidelného merania a zapisovania a s nimi aj nastavovania inzulínu, liečby dochádza k rapídne zlepšeniu kompenzácií. Taktiež je dokázané že pacient musí byť po šiestich mesiacoch znovu edukovaný, inak sa stav pacienta začne zhoršovať (Adamíková, 2017). Ak by sme to mali zhrnúť tak častý a pravidelný self-monitoring patrí k neodmysliteľnému základu úspešnej terapie diabetikov. Tvorí základňu pre zmiernenie progresie chronických komplikácií, predĺženie a zvýšenie kvality života diabetikov. Je dôležité diabetik pravidelne a systematicky edukovať a hlavne edukáciu opakovať

pravidelne (Kudlová, 2006). Nesmieme pozabudnúť na to že na pacienta sa dívame ako na celok, na jeho zručnosti, rozsah, otvorenosť v spolupráci, sociálne, ekonomické zázemie (Plášil, 2020).

2. Cieľ práce a výskumné otázky

2.1. Cieľ práce

1. Zistiť úlohu sestry v problematike self-monitoringu v domácom prostredí.
2. Zistiť čo sestry vnímajú pri vykonávaní ich role potrebné pri self-monitoringu v domácom prostredí.
3. Zistiť čo pacienti vnímajú ako potrebné pri self-monitoringu v domácom prostredí.

2.2. Výskumné otázky

1. Aké sú činnosti sestry v self-monitoringu pacientov v domácom prostredí ?
2. Aká je rola sestry vo vzťahu k pacientovi ?
3. Aké druhy edukácie využíva sestra v problematike self-monitoringu v domácom prostredí ?
4. Aké sú možnosti motivácie P/K v rámci self-monitoringu?
5. Aké problémy vnímajú sestry v problematike self-monitoringu v domácom prostredí ?
6. Aké problémy vnímajú pacienti v problematike self-monitoringu v domácom prostredí ?

3. Metodika

3.1. Popis metodiky

Empirická časť tejto bakalárskej práce s názvom „ Úloha sestry v self-monitoringu v domácom prostredí.“, bola spracovaná použitím metódy kvalitatívneho výskumného šetrenia. Zvolená bola jedna technika zberu dát, a to pološtrukturovaný rozhovor (viz príloha 1, 2, 3). Táto technika bola používaná u opýtaných troch skupín. Prvú skupinu tvorili sestry prichádzajúce do styku s pacientmi u ktorých dochádza k self – monitoringu v domácom prostredí. Druhú skupinu opýtaných tvorili pacienti, a to pacienti s vysokým krvným tlakom navštevujúci ambulancie obvodného lekára, kardiológa alebo preventívne centrum. Časť z nich bola predtým hospitalizovaná na internom oddelení z dôvodu diagnostiky krvného tlaku. Tretiu skupinu pacientov tvorili pacienti s prvým ale aj druhým typom diabetu mellitu navštevujúci diabetologickú ambulanciu, ambulanciu obvodného lekára alebo preventívne centrum. Taktiež niektorí boli hospitalizovaný s dôvodu diagnostiky diabetu.

Otázky v pološtrukturovanom rozhovore vychádzali zo stanovených cieľov pre bakalársku prácu. V priebehu rozhovoru boli použité aj upresňujúce otázky, ktoré dopĺňovali jednotlivé rozhovory. Jednotlivé rozhovory boli tvorené z 20 otvorených otázok. Pološtrukturované rozhovory prebiehali anonymne a so súhlasom jednotlivých účastníkov boli nahrávané. Každý rozhovor prebiehal približne 25 až 30 minút. Jednotlivé zvukové záznamy získané od opýtaných boli následne prepísané do programu Microsoft Word.

U opýtaných pacientov s ochorením krvného tlaku a glykémie bol rozhovor zameraný na informovanosť v oblasti diagnózy, znalosti so samotným správnym meraním, spôsob edukácie alebo reedukácie. U opýtaných sestier bol rozhovor zameraný na to, čo vnímajú ako základ v tejto oblasti self-monitorngu, ako ho podávajú, čo im chýba a čo by pozmenili. Taktiež boli obom stranám podávané otázky ktoré by mohli viesť do kontrastu sestier a pacientov v odpovediach a sú zároveň ťažiskom v oblasti self-monitoringu. Všetky rozhovory spracované podľa metódy „ tužka, papír“ (Švaříček, Šed'ová, 2007). Pri interpretácií výsledkov boli použité citácie opýtaných. Všetky tieto dáta boli pozbierané v priebehu mesiaca Marec 2020.

3.2. Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor tvorilo dokopy 10 pacientov a 10 sestier. Tento výber výskumného vzorku bol vykonaný zámerne. Kritérium pre výber výskumného vzorku u pacientov bolo, aby pacient mal diagnostikovanú hypertenziu alebo diabetes mellitus, navštevoval ambulanciu a aby u pacienta dochádzalo pravidelne k self-monitoringu v domácom prostredí. U sestier pre výber výskumného vzorku bolo hlavným kritériom, aby sestra pracovala s pacientom ktorý má diagnostikovanú hypertenziu alebo diabetes mellitus a vykonáva meranie v domácom prostredí. Výskum prebiehal v Juhočeskom kraji. Rozhovory prebiehali v kludom domácom prostredí pomocou videohovorou, z dôvodom karanténnych opatrení pandémie Covid-19.

4. Výsledky

4.1. Identifikačné údaje opýtaných

Tabuľka 1 Identifikačné údaje sestier

Sestra	Dĺžka praxe	Pracovisko
S1	7 rokov	Kardiologická ambulancia
S2	13 rokov	Kardiologická ambulancia
S3	4 roky	Diabetologická ambulancia
S4	7 rokov	Diabetologická ambulancia
S5	23 rokov	Terénna služba
S6	12 rokov	Terénna služba
S7	2 roky	Interné oddelenie
S8	24 rokov	Interné oddelenie
S9	11 rokov	Obvodný lekár
S10	1 rok	Preventívne zariadenie

Opýtaná sestra S1 je žena, pracuje ako Všeobecná sestra 7 rokov v Kardiologickej ambulancii.

Opýtaná sestra S2 je žena, pracuje ako Všeobecná sestra 13 v Kardiologickej ambulancii.

Opýtaná sestra S3 je žena, pracuje ako Všeobecná sestra v Diabetologickej ambulancii už 4 roky.

Opýtaná sestra S4 je žena, pracuje 7 rokov ako Všeobecná sestra v Diabetologickej ambulancii.

Opýtaná sestra S5 je žena, pracuje už 23 rokov ako Všeobecná sestra v terénne službe.

Opýtaná sestra S6 je žena, pracuje 12 rokov ako Všeobecná sestra v terénne službe.

Opýtaná sestra S7 je žena, pracuje ako Všeobecná sestra 2 roky na Internom oddelení, kde sa stretáva s pacientmi s hypertenziou ale aj diabetom.

Opýtaná sestra S8 je žena, pracuje ako Všeobecná sestra na Internom oddelení 8 rokov, predtým pracovala v ambulancii u obvodného lekára.

Opýtaná sestra S9 je žena, pracuje ako Všeobecná sestra v ambulancii obvodného lekára 11 rokov, kde sa venuje pacientom ktorý prichádzajú na kontroly s hypertenziou.

Opýtaná sestra S10 je žena, pracuje ako Všeobecná sestra 1 rok v Preventívnom zariadení.

Tabuľka 2 Identifikačné údaje opýtaných pacientov

Pacient	Diagnóza	Dĺžka trvania ochorenia	Druh zariadenia	Pravidelnosť merania v domácom prostredí
P1	Hypertenzia	3 roky	Ambulancia obvodný lekár	2 x denne
P2	Hypertenzia	27 rokov	Kardiologická ambulancia	3 x denne
P3	Hypertenzia	23 rokov	Kardiologická ambulancia	3 x denne
P4	Hypertenzia	6 rokov	Obvodný lekár/Centrum prevencie	2 x denne
P5	Hypertenzia	1/2 roku	Ambulancia obvodný lekár	2 x týždenne
P6	Diabetes mellitus II.	13 rokov	Diabetologická ambulancia	1 x denne
P7	Diabetes mellitus I.	Od narodenia	Diabetologická ambulancia/Centrum	1 x týždenne
P8	Diabetes mellitus II.	2 roky	Diabetologická ambulancia	3 x denne
P9	Diabetes mellitus II.	7 rokov	Diabetologická ambulancia	2 x týždenne
P10	Diabetes mellitus I.	Od narodenia	Diabetologická ambulancia/Centrum	2 x týždenne

Opýtaný pacient P1 je muž vo veku 21 rokov, hypertenzia mu bola diagnostikovaná v 19 rokoch života, od vtedy sa lieči a svoj tlak považuje za stabilizovaný. Pravidelne navštevuje svojho obvodného lekára, vždy keď mu dôjdu lieky čo je tak každé štyri mesiace. Pri tejto návšteve prebieha aj kontrola jeho stavu.

Opýtaný pacient P2 je muž vo veku 62 rokov, hypertenzia mu bola diagnostikovaná pred 27 rokmi. Od diagnostiky prekonal dva infarkty myokardu a bol niekoľko krát pre hypertenziu a komplikácie hospitalizovaný. Aktuálne je sledovaný v kardiologickej ambulancii. Na kontrolu chodí každého pol roku.

Opýtaný pacient P3 je žena vo veku 57 rokov, hypertenzia jej bola diagnostikovaná pred 23 rokmi. Pacientka bola niekoľko krát hospitalizovaná a bol u nej vykonaný koronárny bypass pred dvoma rokmi. Pacientka pravidelne každé 4 mesiace navštevuje kardiologickú ambulanciu. Je liečená a jej tlak je stabilizovaný.

Opýtaný pacient P4 je muž vo veku 44 rokov, hypertenzia mu bola diagnostikovaná pred 6 rokmi kedy bol aj hospitalizovaný z dôvodu diagnostiky a náhle zhoršenia stavu. Aktuálne je liečený, navštevuje každého pol roku obvodného lekára kde má pocit že jeho stav nie je správne riešený a nedostáva dostatok informácií tak navštevuje aj centrum prevencie každé 3 mesiace.

Opýtaný pacient P5 je žena vo veku 37 rokov, hypertenzia jej bola diagnostikovaná približne pred pol rokom kedy bola aj hospitalizovaná. Aktuálne sa jej nastavuje liečba a navštevuje svojho obvodného lekára.

Opýtaný pacient P6 je muž vo veku 60 rokov, bol mu diagnostikovaný diabetes mellitus druhého typu pred 13 rokmi. Od vtedy je liečený pomocou inzulínu a navštevuje Diabetologickú ambulanciu každé tri mesiace.

Opýtaný pacient P7 je žena vo veku 33 rokov, bol jej diagnostikovaný diabetes mellitus prvého typu v detstve. Od vtedy je liečená pomocou inzulínu a navštevuje Diabetologickú ambulanciu každé tri mesiace podľa dohody, taktiež navštevuje Endokrinologické centrum kam chodí na liečebné pobyty podľa odporúčenia lekára.

Opýtaný pacient P8 je žena vo veku 28 rokov, bol jej diagnostikovaný diabetes mellitus druhého typu pred 2 rokmi. Od vtedy je liečená pomocou perorálnych antidiabetik a dietoterapie, navštevuje pravidelne Diabetologickú ambulanciu každého pol roku.

Opýtaný pacient P9 je muž vo veku 59 rokov, bol mu diagnostikovaný diabetes mellitus druhého typu pred 7 rokmi. Od vtedy je liečený pomocou inzulínu a navštevuje Diabetologickú ambulanciu každé tri mesiace.

Opýtaný pacient P10 je žena vo veku 18 rokov, bol jej diagnostikovaný diabetes mellitus prvého typu pred 13 rokmi. Od vtedy j liečená pomocou inzulínu a navštevuje Diabetologickú ambulanciu každé 4 mesiace, taktiež navštevuje pravidelne po vyzvaní lekárkou Endokrinologické centrum kam chodí na pobyt.

4.2. Zoznam kategórií

	Kategorie	
Poradie	Sestry	Pacienti
1.	Činnosti naplňajúce úlohu sestry v self-monitoringu v domácom prostredí	Informovanosť pacientov
2.	Špecifiká práce sestry v tejto oblasti	Spolupráca so sestrou
3.	Práca s pacientom	Priebeh podávania informácií, edukácie a nácviku
4.	Priebeh podávania informácií, edukácie a nácviku	Zdroje čerpania informácií
5.	Nedostatky v tejto oblasti z pohľadu sestry	Dôležité činnosti sestry a nedostatky v tejto oblasti z pohľadu pacienta
6.	Návrhy na zlepšenie v tejto oblasti z pohľadu sestry	Návrhy na zlepšenia v tejto oblasti z pohľadu pacienta
7.		Pohľad sestier na ich úlohu v self-monitoringu

4.3. Pohľad sestier na úlohu sestry v self-monitoringu

1. Činnosti naplňajúce úlohu sestry v self-monitoringu v domácom prostredí

Z opýtaných 10 sestier len 2 sestry nevedeli popísať činnosti ktoré naplňujú túto úlohu. „Bohužel vůbec netuším, jaká by měla být moje úloha. Určitě si jí umím představit asi tak, že bych edukovala pacienta a pomáhala mu s nácvikem. Tak si představuji práci sestry v self-monitoringu. U nás na oddělení jsem se s tím ale ještě nesetkala. Myslím, že by u nás by na to asi ani nebyl čas.“ (S8) „Zatím jsem na oddělení poměrně krátkou dobu oproti jiným sestřám. S tím, že bysme se někomu věnovali v této oblasti jsem se ještě nesetkala, takže úplně netuším a nechci si vymýšlet. Na druhou stranu, když se nad tím zamyslím, bylo by super, kdybychom pacientům hned od určení diagnózy pomáhali a učili je, jak si správně změřit svoje hodnoty a podobně. Bylo by to fakt super, kdyby to tak bylo, ale asi by na to muselo být víc času, nebo personálu.“ (S7) Práve tieto dve sestry, ktoré si nevedia vybaviť činnosti pod pojmom úloha sestry v self-monitoringu, pracujú v nemocničnom zariadení. Naopak práve ostatných 8 sestier vedelo hneď vytyčiť ich hlavné činnosti v self-monitoringu. „U mě je to o tom, to pacientovi správně vysvětlit, edukovat a naučit pacienta správnému měření a záznamu.“ (S1) „Mnohdy k nám do ambulance přichází pacienti od obvodního doktora, kteří již mají nějakou zkušenost s předešlým měřením a tak už tam nějaký základ a návyk je. Často ten základ a návyk není zrovna správný a musím pacienty znovu přeučit a vytvořit jim nový návyk. V domácím prostředí je to o dost těžší, než když je to učíte poprvé. Takže bych řekla, že tu vidím hlavně dva body a třetím je vždy vyhodnocení jejich výsledků a následní předání doktorovi.“ (S2) Podobnú úlohu vidí aj sestra z preventívneho zariadenia. „Chodí k nám pacienti jednou za čas na dlouhodobější pobyty. Zaměřujeme se na pacienta z více úhlů pohledu. A když pacient má onemocnění, které self-monitoring vyžaduje, tak se jej snažíme znovu edukovat a znovu si s ním projít měření, najít chyby v jeho měření, a nebo mu jen podat informace o novinkách v měření a ukázat mu nové, lepší metody. Vždy, když u nás má sestra vykonávat měření u pacienta, přenechá práci na něm a pozoruje, zda pacient provádí měření správně a případně zasáhne, aby to správně bylo.“ (S10) „ Já se zaměřuji hlavně na to, aby pacient uměl vykonat správně měření doma a nedonesl nám nějaké matoucí výsledky. Takže učím pacienty, ja správně vykonat měření a jednou za čas vyrábím letáčky, pro pacienty, kde mají sepsané jednotlivé informace o jejich onemocnění, měření a zapisování, aby měli dostatek informací. Spolu s lékařkou jsme se

dohodly, že to bude takto pro pacienty lepší, protože by to na některé bylo příliš informací najednou. Takto si to mohou pročíst v klidu doma a věci si lépe zapamatovat. Také jim dáváme kartičky pro vedení záznamů.“ (S9) Dve sestry poukázali oproti ostatním, aj na kalibráciu pacientových zariadení. „ Pacienty edukuji, učím je, jak si správně měřit glykémii. Také je učím, jak se mají stravovat, a dávám jim edukační materiál. Při každé kontrole pacienta kalibruji jeho zařízení, kontroluji v jakém stavu má inzulinové pero a projdu si s ním měření, abych viděla, zda to stále vykonává správně a zda ovládá informace, které jsem mu předávala. Je to dost činností, proto si na den objednávám jen několik pacientů, aby byl čas se jim věnovat. Je to časově dost náročné.“ (S3) „Je toho dost. Učím je jak si změřit glykémii, co mají a nemají jíst a jak to na ně pak bude působit. Kalibruji jim glukometry, dávám jim různé letáčky. Myslím, že všechno je stejně důležité a nic z toho nesmí chybět. A pracuji i s rodinou, nebo doprovodem pacienta, když pacient není schopný úplně kvalitně vykonat měření. Na správném měření a výsledku pak stojí léčba. Nemůžeme to podcenit.“ (S4) Medzi opýtanými boli aj sestry terénnej služby ktoré na meranie majú iný pohľad. „Já osobně mám jen pacity, kteří jsou ležící a nebyli by schopni samostatně vykonat měření, podat si stravu a tak. Edukuji jak pacieta, aby věděl o co jde, aby měl dost informací, tak se zaměřuji i na rodinu a zejména pak na člověka, který poskytuje domácí péči. Vnímám je jako moji náhradu a partnery, kteří pak musí jednotlivé úkony doma vykonávat bez mé přítomnosti, a proto jejich edukaci, praktickou zkušenost se správným měřením nepodceňuji. Na správném měření velmi záleží. Občas se mi stane, že rodina není schopná vykonat měření, tak ho vykonávám já a je upravený režim, nebo se dohodneme s denní službou, která se stará o pacienta. Práce s rodinnými příslušníky je těžká. Všechno jsou to pro ně nové věci a do toho jsou i smutní z té situace a nejistoty ohledně stavu svého blízkého. Vše to musím brát v úvahu a tomu přizpůsobit i způsob komunikace, způsob jejich učení, informování, a nácvik.“ (S5) Toto tvrdenie potvrdila aj druhá sestra pracujúca v terénnej službe. „ Myslím, že u nás to je hlavně o rodině. Učím je jak změřit, jak zapsat a jak připravit správnou stravu. Podávám jim informace, vyhledávám možnosti jak, vykonávat jednotlivé činnosti tak, aby to pro ně bylo co nejlepší. Máme dost pacientů, kteří již úplně nevnímají. U nich informujem zejména rodinu a učíme jí. Je toho dost, hlavně je potřeba být trpělivý a nápomocný. Rodiny jsou často otevřené a snaží se, což je dobré pro obě strany.“ (S4)

2. Špecifická práca sestry v tejto oblasti

Z opýtaných sestier 8 našlo špecifiká ako napríklad komunikácia, schopnosti alebo odbornosť v ich práci v oblasti self-monitoringu. „*Specifika vidím v porozumení, chápanosti a správnej komunikácii s pacientom, a nebo rodinou. Neprehlédnout, kde pacient má nejistotu. Též si myslím, že je důležité umět správně vysvětlovat tak, aby to pacient pochopil. Umět zvolit množství informací vzhledem k osobě pacienta.*“ (S1) Sestra S2 doplnila „*Umět správně komunikovat, učit a vyvolat v pacientovi dojem, že se nemusí bát mi povědět, že nechápe, neví, anebo že to chce zopakovat, aby se prostě nebál a nestyděl.*“ (S2) „*Jako specifika bych viděla, že je důležité být trpělivá, umět pacientovi říct, že něco nedělá správně tak, aby to přijal s klidem a neznejstil se. Hlavně pak správně vysvětlovat, aby pacient vše přijal jak má a vést pacienta k tomu, že když to bude umět správně, tak že mu to pomůže ke zdraví. Že to, že se to učí nedělá zbytečně.*“ (S9). „*Asi bych řekla, že odbornost, přesnost, komunikace v edukaci, nezaměřovat se jen na pacienta, ale i na jeho okolí a potřeby.*“ (S10) „*V této oblasti musí být sestra učitelkou, výživovým poradcem, mini psychologem, motivátorem a oporou.*“ (S3). „*Spolupráce s rodinou a nebo okolím pacienta, porozumění jejich situaci a správné, dostatečné vysvětlení a učení.*“ (S5). S tím súhlasí aj sestra S6 „*Oproti jiným sestram je to u nás asi hlavně práce s rodinou, občas se skupinou a dbát na psychiku, zručnost, zabezpečení, ekonomiku domácího měření, vykonávání self-monitoringu.*“ (S6) „*Z mého pohledu je to hlavně o citu pro pacienta... navázání vztahu s pacientem...vycítit, zda mě pacient pochopil, zda učení pacienta probíhá způsobem, který pacient dobře vnímá..., aby jsem v něm měla jistotu, že věci dělá správně a i on ve mě, že mu se vším vždy ráda a ochotně pomohu.*“ (S4). Dve sestry z opýtaných nevedeli popísať špecifiká. „*Když to nedělám, tak ani neumím specifikovat tuto práci.*“ (S7). „*Netuším.*“ (S8)

3. Práca s pacientom

Všetky sestry uviedli, že je pre ne dôležité si pripraviť prostredie a individuálne sa pripraviť na pacienta. „*Vždy se na pacienta připravím, co se týče pomůcek, ambulance a času... V ambulanci to máme nastavené tak, že si s pacientem projdeme vždy všechno a při kontrole to je takové malé opakování.*“ (S1). Aj napriek tomu že jedna sestra uviedla že sa pacientom v oblasti self – monitoringu nevenuje uviedla že z jej praxe vie že musí dbať na prostredie a miesto. „*Needukuji ale vím, že když něco pacientovi vysvětluji, musí to být v klidu, jinak to na něj nepůsobí dobře.*“ (S7). „*Práce s pacientem je velmi*

individuální. Musím vždy zjistit, co už ví a jestli to ví a následně se na něho připravit a přizpůsobit se mu v co největší míře ve všech směrech.“ (S2). „ Když edukuji pacienta, anebo s ním pracuji, vyžadují vždy totální klid a soustředění pacienta. Myslím, že bych to uměla uplatnit i v self-monitoringu, kdybych to vykonávala.“ (S8). „ S pacientem vždy pracuji při kontrolách, ústně si prověřím, či je všechno v pořádku. Snažím se, aby necítil nátlak času i když je to u nás obtížné.“ (S9). S5 uvedla: „ Jak už jsem řekla, tak moc s pacientem nepracuji, ale spíš s rodinou v jejich domácím prostředí. Vždy si zjistím, do jakého prostředí jdu. Zjistím a zabezpečím pomůcky, a nebo rodině pomůžu se zřízením pomůcek.“ (S5) „ Když pracuji s pacientem, pracuji jen s ním. Nevěnuji se ničemu jinému. K edukaci využívám naší ambulanci, kde máme pomůcky a klid. Snažím se si o pacientovi zjistit co nejvíce, co by mi pomohlo v další práci s ním.“ (S10) „ Tím, že máme stále pacienty, tak je jich dlouhodobě znám. Vím od koho co očekávat. Když se připravuji, už vím, jak na pacienta, jak si připravit ambulanci, pomůcky a jak k pacientovi přistupovat.“ (S3). „ Pracujeme i s rodinou a musím se věnovat hlavně rodině. Často jsou ze situace, která je pro ně nová, vystrašení. Vždy se snažím vše upravit tak, aby se dali více do klidu a tím se mi s nimi i pak lépe pracuje a lépe se učí.“ (S6). „ Pracuji s pacientem, nebo s doprovodem. Snažím se na ně dopředu připravit. Většinou se jedná o plánované kontroly, což mi dává možnost se dopředu přichystat.“ (S4)

4. Priebeh podávania informácií, edukácie a nácviku

Všetky sestry sa zhodli, že proces prebieha na kľudnom mieste. Sedem sestier sa zhodlo že používajú k self-monitoringu pomôcky ako letáky, brožúrky, ktoré dávajú pacientovi pri odchode z ambulancie. „Vždy si pripravím ambulanci, podľa pacienta, ktorý má prísť a zaisťujem, aby sme nebyli rušení. Predávam mu informácie v klidu a pomaly. K edukácii a nácviku používam svoje, alebo pacientovo pomôcky, dle dohody. Pacienti sa radšej učia merať sa svojimi prístrojmi, pretože medzi prístrojmi drobné rozdiely, ktoré pak v domácim prostredí môžu viesť k chybám v meraní. Mám pripravené brožurky a letáčky, ktoré si pacienti odnášajú domú.“ Ako ďalej sestra uvádza zameriava na meranie pacienta, kedy ho vyzýva k ukážke ako si vykonáva meranie v domácom prostredí. V tomto tvrdení a ukážke sa zhodlo viacero sestier. Vždy si s pacientom projdu všetko niekoľkokrát, dokud z neho nemám dojem, že to skutočne ovláda. Pokiaľ sa jedná o kontrolu, nechám pacienta vykonať meranie ako doma a kontroluji ho.“ (S1) „Většinou se jedná o kontroly. Spolu s pacientem se podívám na jeho výsledky. Nechám ho provést měření a potom na základě

komunikace a společné kontroly vidím, jak se pacient orientuje a kde je potřeba zapracovat na odstranění chyb. Dávám jim domů letáčky, které vypracovávám sama, tak aby to bylo pro ně srozumitelné a jasné. Snažím se, aby byl pacient při návštěvě v klidu a pohodě.“ (S2) „, Jak jsem už řekla, nácvik vykonávám s pacientem v klidném prostředí, pokud to jen jde. Na informace už moc času nezbyvá, tak jim dávám k nastudování vždy nějaký materiál.“ (S9) „, Vozím vždy s sebou něco k přečtení, ale spíš dbám na to, aby to uměli vykonat a viděla jsem v nich jistotu při výkonu měření. Jistotu nabírají zejména opakováním, opakováním, opakováním a opakováním. Jak jsem již vzpomínala, mám ráda, když jsou pacienti v klidném domácím prostředí.“ (S5) „, Využívám co se dá. Od papírů, knížek, nákresů, přes pomůcky, figuríny, modely, všechno možné, co se zrovna k danému pacientovi hodí pro jeho pochopení. Jinak se snažím abychom měli čas na sebe, klid, a pracovali s výsledky společně.“ (S3) „, Mám u sebe vždy všechno, co by nám jakkoli mohlo pomoci. Vždy se dopředu s rodinou dohodneme, tak aby měli čas a všechno to proberem při čaji v takovém rodinném kruhu. Často se mi stává, že příbuzných, kteří se to chtějí naučit a mají zájem je více.“ (S6) „, Aktuálně volím postup, kdy zjistím, jak je na tom pacient, potom mu pustím krátké video, v průběhu něhož si připravuji pomůcky a prostředí. Letáčky mu dávám domů, s tím, že kdyby něčemu specifickému nerozuměl, projdeme si to ještě několikrát a napíši mu to na papír.“ (S4) „, Dve sestry sa zhodli že na oddelení nemajú materiál ktorý by mohli poskytnúť pacientovi do domáceho prostredia. „, Je to škoda, ale materiály na našom oddelení nemáme.“ (S7) „, Kedyž se u nás něco takového objeví, co by jsme mohli poskytnout jako leták pro pacienta, je to zázrak. Netuším, kde to mizí, ale jistě by nám to pomohlo.“ (S8) Jedna sestra z opýtaných odpovedala že nevyužívajú nič čo by si pacient mohol odnieť domov. „, Naším cieľom je, aby pacient odchádzel s poznatky a manuálnu zručnosť o mēření tak, aby k tomu nic nepotreboval. Využíváme prezentace, videa, figuríny, pacientovy pomůcky a já spolu s pacientem dělám poznámky, tak, jak to vyhovuje jemu v tom, co potřebuje vědět. Všechno se odehrává ve vyhrazené ambulanci, a nebo na jeho pokoji.“ (S10)

5. Nedostatky v tejto oblasti z pohľadu sestry

Všetky sestry z opýtaných sa zhodli, že vidia najväčším nedostatkom času pre pacienta. Dve sestry sa zhodli, že by navrhovali do budúcnosti technologické vylepšenie. „, Určité je to čas.“ (S1) „, Nědělám to, ale jsem si jistá, že to bude čas a letáčky.“ (S7) „, V naší mabulanci jsem spokojená se vším. Možná čas a modernizace.“ (S2) „, Čas a nebo

personál, aby jsme mohli budovat základy pro self-monitoring, taktěž pomůcky.“ (S8) „Víc času na pacienta, abych mu nemusela dávat jen materiály, ale mohla mu to vše i vysvětlit.“ (S9) „ Jsem spokojená, jak to máme nastavené. Možná to, abych mohla navštěvovat rodiny častěji a déle se jim věnovat a kontrolovat je.“ (S5) „Máme hodně zájemců, takže určitě to bude čas. A zapojení moderních technologií do self-monitoringu.“ (S10) „ Děláme maximum, ale o kousek víc času by se hodilo. Často posloucháme a máme žádosti od pacientů o propojení jejich telefonů a přístrojů na měření s naším systémem.“ (S3) „ Aby jsem se lépe a déle mohla pověnovat a ujistit se v pacientovi a rodině. Taktěž pomůcky a organizace.“ (S6) „ Úplně bych neměnila nic. Spokojenost vidím i ze strany pacientů. Možná klasicky bych řekla čas. Ale ten nám chybí všude a ve všem, jak člověk stárne. Od pacientů máme požadavky na modernizaci pomocí aplikací, ale to od těch mladších ročníků. Těch je ale zatím málo. Věřím, že to časem vymyslíme.“ (S4)

6. Návrhy na zlepšenie v tejto oblasti z pohľadu sestry

Návrhy opýtaných sestier vychádzali z nedostatkov ktoré uviedli, ako napríklad nedostatok personálu, slabé technické vybavenie ambulancie alebo využívanie moderných technológií. „ Bylo by dobré zaměstnat u nás více personálu. A nebo nějakým způsobem zefektivnit čas, aby jsme měli možnost se plnohodnotně věnovat každému pacientovi.“ (S1) „ Zapojení se do self-monitoringu a zabezpečení všeho potřebného k němu.“ (S7) „ Určitě bych chtěla, abychom měli časem moderní, lepší pomůcky. Aby jsme mohli s pacienty komunikovat i pomocí moderních telefonů, dopředu by jsme tak viděli jejich měření. Tím by se mohly zrušit některé kontroly a získali by jsme více času. Ale to je jen můj názor a možná je to i budoucnost.“ (S2) „ Podpořila bych rozvoj self-monitoringu už od nemocniční péče. Nechápu, proč se nevykonává. Popravdě jsem se do teď, nad něčím takovým ani nezamýšlela. Myslím, že pokud by jsme měli pacienta, například s vysokým tlakem, tak hned v průběhu hospitalizace, by jsme ho mohli učit měřit si tlak, zaznamenávat, a podobně.“ (S8) „ Navrhovala bych doplnit personál, nebo jinak rozvrhnout čas, abych se mohla více věnovat pacientům. Myslím, že by se to odrazilo i navýsledcích v jejich léčbě.“ (S9) „ Ocenila bych víc personálu, abych měla méně pacientů a mohla se jim věnovat na sto procent.“ (S5) „ Přeorganizování času, přerozdělení pacientů, aby jsme se jim mohli více věnovat. A lepší vybavení.“ (S6) Tri z opýtaných sestier by navrhovali využite technologického pokroku. „ V jiných zemích se

to již využívá. To, že pacienti mají smartphone a moderní zařízení na měření, které jsou navzájem propojené a posílají informace mezi sebou a následně k nám. Bylo by to velmi přínosné. Viděli bysme dlouhodobější křivku a mohli bysme poskytovat poradenství online.“ (S10). „ Jak jsem již řekla, pomohl by nám pokrok s technologiemi.“ (S3) „Modernizace pomůcek, a práce s inteligentními přístroji.“ (S4)

4.4. Pohľad pacientov na úlohu sestry v self-monitoringu

1. Informovanost' pacientov

Z opýtaných 10 pacientov 9 vedelo popísať správne svoju diagnózu. „Mám vysoký krevní tlak nebo-li hypertenzi. Dobrý tlak není jen 120/80, ale může to být i víc. U každého je jeho dobrý tlak jiný. Vysoký krevní tlak znamená, že v žilách mi jde krev pod větším tlakem, než jiným lidem. Děje se to z více důvodů. Například je žíla tvrdá, nebo je uvnitř zúžená, protože ji něco překáží.“ (P1) „Máme několik typů vysokého tlaku. Tlak může být normální, vyšší, vysoký a celé se to ještě dělí. Já mám ten první stupeň a celkově to znamená, že mi krev pumpuje víc natlakovaně v žilách.“ (P3) Práve jeden pacient nevedel popísať svoju diagnózu, nevedel hodnoty krvného tlaku s ktorým sa lieči pol roku. „Nechci říct žádnou hloupost, ale myslím, že se dělí, jestli je nad 120/80. To už je pak vysoký.“ (P5) Všetci opýtaní diabetici vedeli uviesť správne hodnoty glykémie až na jednu desatinu sa každý posunul iným smerom. „ To vím, to je 3,3 až 6,6. Takto se mi to dobře pamatuje. Ale s mojí lékařkou jsme dohodnuté, že dokud mám do 7,0, tak se nic neděje.“ (P9) Len 5 z 10 opýtaných pacientov vie že si majú pravidelne chodiť na kalibrácie so svojím prístrojom na meranie. „ Ano, vím o tom. Chodím pravidelně do lékárny, když si chodím jednou za půl roku pro tabletky na tlak.“ (P2) „ Víím, že se má chodit. Říkala mi to obvod'ačka. Ale nechodím pravidelně, jen když si vzpomenu.“ (P4) „ Vůbec o tom nevím. Ani mi to nikdo neřekl. Kdybych o tom věděl, tak tam chodím. Jako četl jsem něco takového na internetu, ale moc jsem tomu nevěřil. Myslel jsem si, že je to reklama.“ (P1)

2. Spolupráca so sestrou

Všetci opýtaní 5 diabetici a 3 hypertonici navštěvující kardiologickú ambulanciu popísali svoju spoluprácu so sestrou za veľmi dobrú. Pacienti práve poukázali na pridanú hodnotu akou je starostlivosť o ich meracie zariadenie, alebo výborná komunikácia so sestrou. „Nic bych neměnila. Vždy si na mě udělají čas. Všechno mi vysvětlí a dá mi glukoměr do

pořádku. Musím jen chválit.“ (P7) „ Spolupráce je velmi dobrá, až nad moje očekávání. Vždy se mi sestra věnuje, komunikuje přes e-mail, zprávy a podobně. Toto jsme jinde ještě nezažila. Všechno si se mnou vždy projde, zhodnotí výsledky. Zopakujem si měření. Odcházím od ní vždy s jistotou.“ (P3) Dvaja opýtaní pacienti s hypertenziou popísali spoluprácu ako nedostatočnú. „ Před půl rokem mi zjistili hypertenzi. Doporučili mi koupit si tlakoměr a chodit každý měsíc na kontroly s výsledky. Nikdo mi neřekl, jaké hodnoty jsou správné, co mám dělat a jak správně měřit. Něco jsem si našla na internetu, ale nevím, zda je to dobře. Prostě nemají čas a zájem.“ (P5) „ Moc se mi nevěnovali. Čekal bych víc. Když Vám diagnostikují v tak mladém věku toho tichého zabijáka. Pověděli mi jak s léky a že si to mám nastudovat na internetu, že jsem mladý. Myslím, že toto není dobrý přístup.“ (P1)

3. Priebeh podávania informácií a edukácie

Z 10 opýtaných pacientov odpovedali 2, že informácie, edukácia a nácvik nebol dostatočný. „ Když odcházíte s pocitem ještě horším, než jste tam šli, neboť nic nevíte a máte si to jen načíst na internetu, tak to není dobré. Měl jsem zlý pocit, takové nejistoty. Myslím, že by se tomu měli víc věnovat. Popravdě, kdybych sám neřekl sestře, ať mi ukáže, jak se má tlak správně měřit, tak to dodnes asi nevím.“ (P1) Zlý pocit mal taktiež pacient ktorému bola diagnóza stanovená pred pol rokom. „ Jít domů a nevědět jak se mám správně měřit nebudilo ve mně dobré pocity.“ (P5) Ostatný ôsmi opýtaní si starostlivosť pochvaľovali. „ Sestra v ordinaci, kterou navštěvuji, je velmi profesionální. Vždy si mám donést přístroj. Vše mi nejdříve ukáže a postupně si to vše procházíme spolu. Jsem tam velmi spokojená.“ (P3) „ Vždy mi všechno v klidě vysvětlí. Co nevím mi napíše na papír. Dá mi letáčky, kde mi ještě dopisuje, abych se v tom uměl vyznat. Když mě něco učí, tak je důsledná a vždy mám jistotu, že to umím a dělám to správně.“ (P9)

4. Zdroje čerpania informácií

Z 10 opýtaných 2 vyhľadávajú len informácie na internete. „ Doporučili mi hledat na internetu, tak mi nic jiné nezbylo. Časopisy nebo knihy nemám, ani jsem nehledal.“ (P1) „Mám to půl roku, nikdo mi nic neřekl. Všechno co vím, tak je z internetu, občas dámských časopisů, z okolí, rodiny, co mi kdo poradí a poví.“ (P5) Ďalej z opýtaných 7 pacientov využíva knižky, brožúry, televízor a rady od sestry a lekárky. „ Snažím se co nejvíce si nastudovat, ale nechci čerpat z internetu, neboť vím, že jsou tam i zavádějící

informace. Snažím se vsadit na kvalitní zdroje.“(P8). Jedna opýtaná pacienta uviedla ako jediný zdroj sestru alebo doktorku. „ Řídím se jen tím, co mi poví v ordinaci, nebo v nemocnici. Nepotřebuji se v tom dále hnípat. Asi by mi to úplně neprospělo. Věřím zdravotníkům a to mi stačí.“ (P10)

5. Dôležité činnosti sestry a nedostatky v tejto oblasti z pohľadu pacienta

Z opýtaných 10 pacientov 8 uviedli, že je pre nich dôležité aby sestra dobre vystupovala, bola milá, kľudná, aby vedela vysvetliť, aby sa snažila, aby mala dostatok času, materiálov, pomôcok. „ Je pro mě důležité, aby se mi věnovala, neztrácela snahu, i když se mi nedaří, a aby mi uměla poradit, poskytnout věci pro učení. Taktéž, aby ordinace byla dobře vybavená. A hlavně, aby se sestřička usmívala. To všechno mám, takže jsem spokojená. Jako nedostatek vidím technické propojení.“ (P7) „ Sestra by v oblasti self-monitoringu měla být důsledná, měla by vědět co dělá. Jak nám pomoci, naučit nás se v tom hýbat, jak s nemocí fungovat. Sestra by měla být ta osoba, ke které, když vyjdeme vystrašení od doktora, tak víme, že ona nám to poví lidsky, pomůže nám, vysvětlí a dá nám pocit, že je to všechno v pořádku. Jediné, jako nedostatek, bych viděla čas.“ (P3) Dvaja opýtaní pacienti uviedli že by boli radi za čas. „ Byl bych rád, kdyby se mi někdo alespoň chvíli pověnoval. Například, jak mám držet dietu, jak mám měřit, co je sůl pro kardiaky a podobně.“(P1) „ Sestra by měla být ochotná se věnovat, pomoci pacientovi, najít si na něj čas, když tam je a to by se mělo zlepšit.“ (P5)

6. Návrhy na zlepšenia v tejto oblasti z pohľadu pacienta

Z opýtaných 10 pacientov v rámci vylepšenia 4 požadujú zlepšenie technickej stránky s ich smart zariadeniami. „ Je škoda, že se nepoužívají tyto věci, když jsou na trhu. Neměl bych problém si za to připlatit. I tak si všechno zaznamenávám do mobilu. Mám rád technologie. Nemám rád, když se nevyužívají.“ (P4) „ Využívám aplikaci na podporu zdraví a viděla jsem, že by šlo si to propojit s lékařem. Když jdu na kontrolu, stále ztrácím papírky, na kterých si zaznamenávám hodnoty. Takto bych to už nemusela řešit.“ (P7) Všetci pacienti sa zhodli na tom že by ocenili keby im bolo venované viacej času. „Všetchno je v pořádku. Sestra je super. Ale kdyby se mi věnovali o něco víc, nezlobil bych se.“ (P9) „ I pět minut by mi stačilo oproti tomu ničemu.“ (P1) „ Mám rád věci velmi v klidu. Takže kdyby to nebylo v takovém tom shonu, bylo by to lepší.“ (P6) „ Když mají tak málo času, mohli by lépe zvládat, jak rychle a kvalitně vše vysvětlit.“ (P4)

5. Diskusia

Bakalárska práca sa zaoberá problematikou úlohy sestry v self-monitoringu v domácom prostredí. Stanovených bolo niekoľko cieľov. Hlavným cieľom tejto bakalárskej práce bolo zistiť celkovú úlohu sestry v self-monitoringu v domácom prostredí. Taktiež bolo cieľom zmapovať pohľad sestier, ako vnímajú svoju úlohu v tejto oblasti a ako túto úlohu naopak vnímajú pacienti.

Nemcová (2008) uvádza, že by sestra mala byť v oblasti self-monitoringu erudovaná, zručná, a hlavne pripravená pred samotnou návštevou a začiatkom self-monitoringu. Táto príprava stavia kvalitný pilier pre ďalšiu prácu s pacientom. Z opýtaných sestier práve sestry zo špecializovaných ambulancií, potvrdili toto tvrdenie. Tieto sestry sú si isté ich vykonávaním self-monitoringu v domácom prostredí a správnosťou výsledku ich merania a merania pacientom. *„Vím že když mám kvalitní přípravu, tak ta kvalita se odrazí i na pacientovi.“* (S1). Tvrdenie sestier potvrdili aj pacienti, ktorý navštevujú špecializované ambulancie a vedeli pohotovo odpovedať na kontrolné otázky a otázky ohľadne ich diagnózy. Naopak práve jedna opýtaná sestra, pracujúca u obvodného lekára odpovedala, že nevykonáva žiadnu prípravu pred príchodom pacienta. *„Moje příprava na pacienta je že si ráno připravím jeho dokumentaci.“* (S9). Odpoveď opýtaných pacientov potvrdila dôležitosť prípravy. Práve opýtaní pacienti z ordinácie obvodného lekára, neboli dostatočne znalí v oblasti ich diagnózy, merania a taktiež vyjadrili veľkú neistotu. Spolu s Wilde (2007) si myslíme že v ordináciách obvodného lekára by sa sestry mali viac zamerať na oblasť vyšetrovania v domácom prostredí. Na dôležitosť spolupráce a nadviazania vzťahu pri liečbe a diagnostike medzi sestrou, pacientom a rodinou poukazuje Šamánková (2006). Opýtané sestry potvrdili, že je pre nich dôležitý vzťah s pacientom a spolupráca s rodinou. *„Pacienti často přicházejí do ambulance s rodinným doprovodem.“* (S2). Vybrané sestry z ambulancií, tvrdili že neprichádzajú často do styku s rodinou a vidia prioritu a dôležitosť hlavne v edukácií, prostredí a vzťahu so samotným pacientom. Opýtané terénne sestry, práve potvrdili že vzťah s rodinou je pre ne prioritou a základom. Práve spolupráca a vzťah s rodinou, tvorí základ pre ich spoluprácu s pacientom. Práve na vzťah ako základ spolupráce s rodinou poukazuje aj Rabenseiferová (2009), ktorá kladie dôraz na vzťah medzi sestrou, pacientom a rodinou. Opýtané sestry uviedli že čím je rodina otvorenejšia a prístupnejšia, tým je spolupráca či už v liečbe,

diagnostike alebo prevencii lepšia a kvalitnejšia. Taktiež im dodáva väčšiu istotu, ako uviedli opýtané sestry.

Podľa Šamankovej (2006) má dôveryhodnosť vplyv na vzťah medzi pacientom a sestrou a taktiež vplýva na prestíž tohoto povolania. Z rozhovoru so sestrami vyplynulo, že takmer pre všetky opýtané sestry je dôležité naviazanie dôverného vzťahu hlavne k učeniu pacienta a istote k správne meraniu v domácom prostredí. Z druhej oblasti kde sme sa zameriavali na pohľad pacienta, všetci opýtaní pacienti uviedli, že je pre nich veľmi dôležitý dôveryhodný vzťah vďaka ktorému majú doma istotu že meranie doma vykonávajú správne, taktiež vďaka dôvere vidia oporu v sestre. „*Když je sestra jistá tím co dělá, mám taky jistotu.*“ (P9) S opýtanými môžeme len súhlasiť a doplniť, že dôveryhodnosť nemá vplyv len na vzťah ale aj na samotný proces vyšetrenia a liečby. Pacienti a sestry potrebujú mať medzi sebou navzájom istotu. Opýtaní uviedli, že na dôvere sestry im pridáva aj to ako sestra komunikuje, ako vystupuje a ako je upravená. Toto tvrdenie nájdeme aj u Warnera (2015) ktorý hovorí o tom ako sestry už v histórii museli byť upravené, komunikatívne s úsmevom na tvári, dodáva že v ošetrovateľskej profesii je to jeden zo základov.

Němcová (2009) uvádza, že základným dôležitým krokom je pred prvým sedením s pacientom v ambulancii jeho dostatočná príprava predom. Uvádza, že pacient pred prvým príchodom do ambulancie by mal byť oboznámený, dostatočne informovaný a mal by byť sestrou už predom pripravený. Naopak opýtané sestry z ambulancií, vidia základ vo svojej osobnej príprave. Táto príprava ako uviedli sestry je pre nich základom. Vďaka nej sa vedia individuálne pripraviť na pacienta a jeho potreby, vedia si rozvrhnúť časový plán, zaistiť si pomôcky, vyhradiť si čas a zabezpečiť kludné prostredie. Ako sestry uviedli celá táto príprava im dáva istotu že čas venovaný pacientovi bude kvalitne a efektívne využitý. Opýtaní pacienti sa zhodli a potvrdili tvrdenie sestier, že sa pred návštevou ambulancie vôbec nepripravujú, jedinou prípravu vidia v prinesení nameraných výsledkov alebo prístroja. „*Nedělám si žádnou speciální přípravu, jen si vezmu své naměřené hodnoty s sebou.*“ (P2)

Martinsen (2018) poukazuje na tlak čo najkratšej hospitalizácie a čo najrýchlejší presun pacienta do domáceho prostredia. V tomto prostredí je častokrát pacient nútený vykonávať aj self-monitoring. Ako uvádza, sestry by mali mať odbornosť aj v tejto oblasti. Práve opýtané sestry z nemocničného oddelenia uviedli že prácu s pacientom

v oblasti self-monitoringu vôbec nevykonávajú, a ani sa s ňou za dobu svojej praxe na oddelení ešte nestretli. „*Za svoji praxi na oddelení jsem se ještě nesetkala ani s pojmem self-monitoring.*“ (S8) Ako uvádza Farkašová (2006), práve v tejto oblasti vidíme na základe výskumu veľkú medzeru. Už tu v začiatkoch by sa mali tvoriť základy pre pacienta k domácomu meraniu a ďalšej práci s pacientom. Opýtaní pacienti ktorí boli pri diagnostike ich ochorenia hospitalizovaný potvrdili, tvrdenie sestier. Opýtaní pacienti uviedli, že je sestry needukovali, neinformovali a nenacvičovali s nimi self-monitoring počas hospitalizácie. Taktiež opýtaní pacienti uviedli, že práve sestry v nemocničnom zariadení ich odkazovali na vyhľadávanie informácií na internete, ďalej pacienta odkázali na lekára alebo bolo pacientom doporučené počkať si na postup a smerovanie od ambulancie obvodného lekára. Pacienti vyjadrili nespokojnosť s nedostatkom informácií podávaných na oddelení nemocničného zariadenia. Opýtaní pacienti vyjadrili návrh a potrebu k uspokojeniu požadovaných informácií, nácviku a edukácie v oblasti ich diagnózy. „*Bylo by na míste aby při diagnostikování nemoci a vyžádání domácího měření, mi sestra podla informace a provedla semnou nácvik.*“ (P1) S ich tvrdením že by sa s nácvikom, informovanosťou a edukáciu malo začať už v nemocničnom zariadení môžem len súhlasiť. Spolu so sestrami sme sa zhodli, že by sme mohli navrhnúť napríklad sestru zameranú len na edukáciu pacientov na jednotlivých oddeleniach ktorá by sa denne venovala týmto pacientom individuálne. Ako popisuje Adamíková (2017) pacient by mal byť edukovaný, informovaný a vykonávať nácvik v kľudnom prostredí s dostatkom času. Tieto postupy by sa mali pravidelne opakovať, v intervaloch pol roku. Práve všetky opýtané sestry aj pacienti videli ako najväčší problém, nedostatok času na spoločnú interakciu. Sestry poukázali, že nemajú dostatok času na prípravu, ktorá by mohla byť lepšia, na samotný proces edukácie s pacientom a kontrolu pacienta. Pacientom chýba hlavne čas v oblasti sa učenia merania a času na ich otázky v oblasti ich diagnózy. Práve v tejto oblasti, by sa mali ako sestry tak aj pacienti zamerať a prehodnotiť zefektívnenie času a práce, ako uvádza Němcová (2008). Toto tvrdenie môžeme len potvrdiť. U dvoch opýtaných pacientov dochádza k veľkým medzerám v oblasti diagnózy a taktiež merania, práve na základe času. Vyjadrili že nemajú len nedostatok informácií, zručností ale aj neistotu a pocit nedostatočnej starostlivosti a záujmu o ich zdravie. „*Kromě nedostatku informací jsem měl pocit nezájmu o mé zdraví.*“ (P1) Myslíme si že zrovna nedostatok času má veľký vplyv nielen na zdravie pacienta ale aj na jeho psychiku. Práve tento faktor môže viesť ku mnohým komplikáciám. Opýtané sestry vidia práve najväčší problém

v časovej neefektívnosti a nedostatočnosti. Taktiež opýtané sestry poukázali na nedostatok personálu ktorý vedie k nedostatku času a následnému odrazu na starostlivosti o pacienta. To môže byť zapríčinené nedostatočným financovaním (Gannan, 2019). Práve Adamíková (2017) tvrdí že by malo dochádzať k pravidelnému opakovaniu každého pol roku, môžeme to potvrdiť na základe odpovedí opýtaných sestier a pacientov. Opýtané sestry vyjadrili súhlas a uviedli že pri každej kontrole pacienta v ambulancií sa snažia nájsť a odhaliť nedostatky a medzery v oblasti pacientovej edukácie a následne tieto medzery doplniť. Opýtaní pacienti toto tvrdenie taktiež potvrdili. V rozhovore uviedli postup pri návšteve ambulancie ktorý zahrňoval zo strany sestry aktívne vyhľadávanie potrieb pacienta v oblasti informácií, zručností a technickej zdatnosti v oblasti jeho diagnózy a následnú reedukáciu zameranú na vyhľadané medzery.

Všetky sestry sa zhodli, že druh edukácie a motivácie v self-monitoringu v domácom prostredí volia vždy veľmi individuálne podľa pacienta. *„Když mám dítě tak ho motivuji třeba omalovánkou nebo hrou, je zcela jasné že takovou motivaci nepoužiji u seniora. To polatí i pro edukaci.“* (S4) Berú do úvahy vek, pohlavie, prostredie, sociálne a ekonomické podmienky pacienta. Množstvo a kvalita požadovaných informácií, ktoré pacient potrebuje je veľmi individuálna. Sestra by mala byť zdrojom aktuálnych, kvalitných informácií pre pacienta. Taktiež by mala byť primárnym zdrojom poznatkov pacienta. Je dôležité dbať na to aby sa pacient informáciami nezahltil a následne sa v nich nestratil ako uvádza Moore (2018), autor tvrdí, že sestra by mala poskytnúť dostačujúce informácie pre pacienta. Práve len jeden opýtaný pacient potvrdil, že informácie ktoré má od sestry z ambulancie sú pre neho dostačujúce a už nemá potrebu si ďalej vyhľadávať informácie v oblasti jeho diagnózy z ďalších zdrojov. Ostatní opýtaní pacienti, odpovedali, že poskytnuté informácie si ešte dohľávajú z iných zdrojov a to z dôvodu individuálnej potreby do vzdelania sa. Práve dvaja opýtaní pacienti uviedli že ich informovanosť pochádza len z iných zdrojov ako vzdelaná sestra v obore. U týchto pacientov pri oblasti znalosti, boli veľké medzery a vysoká chybovosť v jednotlivých tvrdeniach. Títo pacienti uviedli že im neboli poskytnuté žiadne kvalitné informácie, ústne ani formou letáku, článku a podobne. Bolo im len doporučené aby sa zamerali na vyhľadávanie na internete. No práve, Moore (2018) tvrdí, že sestra by mala byť poskytovateľ a naplňujúca zdroj kvalitných informácií pre pacienta. Opýtaní pacienti toto

tvrdenie potvrdili, kedy uviedli že do ambulancie prichádzajú s očakávaním naplnenia ich potreby informovanosti v oblasti ich diagnózy, diagnostiky, liečby a prevencie.

Opýtaní pacienti v mladšom veku upozornili na potrebu zapojenia moderných technológií pri self-monitoringu v domácom prostredí. Uviedli, že by bolo pre nich prínosné ak by sa v ambulanciách využívali moderné technológie ktoré využívajú prepojenie zariadenia, telefónu a zariadenia umiestneného v ambulancií lekára. „ *Mám doma smart zařízení tak proč je nevyužít?* “ (P3) Tento rozvoj technológií potvrdzuje aj Gannan (2019) ktorý tvrdí, že rozvoj technológií v self-monitoringu a prepojenie pacientových dát s ambulanciou by mohlo pomôcť nielen v oblasti nedostatku času pacienta a tak by mali byť využívané. Sestry poukázali na pozitíva technológií, nielen v oblasti času ale aj lepšej komunikácii s pacientom a prácou s dokumentáciou. „ *Měli by jsme méně papírování.* “ (S4) Naopak práve Rybka (2007) upozorňuje na financovanie zdravotného sektora ktoré znemožňuje rozvoj technológií. Taktiež dáva do popredia technickú gramotnosť pacientov, ktorý častokrát nevedia ako jednotlivé zariadenia obsluhovať, ako s nimi vykonať meranie alebo niektoré zo zariadení podporujúce smart meranie nevlastnia. S týmto tvrdením súhlasia aj opýtané sestry ktoré vyjadrili záujem o technické napredovanie v ich ambulancií. Práve sestry zároveň vytýčili niekoľko problémov v technologickom pokroku a to finančný, vekový rozdiel pacientov navštevujúcich zdravotné zariadenia a s tým súvisiaca rozdielna technická gramotnosť u pacientov v seniorskom veku ktorých je zatiaľ v ambulanciách väčšina. Sestry poukázali v rozhovore aj na to, že je pre nich lepšie mať jeden overený systém ktorý funguje než využívať dva systémy aby vyhovelí obom stranám pacientov s nárokom a bez nároku na technické vymoženosti v ambulancií. S týmto tvrdením sestier, súhlasili aj opýtaní pacienti vo vyššom veku ktorý uviedli nemajú technickú gramotnosť. Ako uvádza Rybka (2007) sestry by mali pracovať s pacientom aby ho naučili používať s prístrojom, ktoré v domácom prostredí využívajú k meraniu, pacienti by mali k meraniu využívať validované prístroje. Opýtané sestry pracujúce v diabetologickej ambulancií vyjadrili súhlas s týmto tvrdením. Tieto sestry uviedli, že pravidelne pacientom ich zariadenia kontrolujú a pracujú výhradne len zo zaradeniami na meranie ktoré využívajú pacienti a prinesú si ich z domova. Zvyšné opýtané sestry uviedli, že využívajú k učeniu prístroje nachádzajúce sa u nich v ambulancií, taktiež uviedli že sa bližšie neinformujú o prístroji ktorý pacient doma využíva k meraniu. Opýtaní pacienti uviedli, že by im viac

vyhovovalo využívať svoj prístroj k učeniu, a že si niesú istý či prístroj ktorý vlastní je správny a tým potvrdili tvrdenie ktoré uvádza Rybka a Němcová (2008).

6. Záver

Táto bakalárska práca s názvom „Úloha sestry v self-monitoringu v domácom prostredí“ sa zameriava na činnosti sestry, vedúce ku kvalitným výsledkom vďaka dobre vykonanému domácemu meraniu pacienta. Cieľom tejto práce bolo zmapovať činnosti, zručnosti a znalosti ktoré naplňujú a sú potrebné pre naplnenie úlohy sestry v self-monitoringu u pacienta. Aby výsledky neboli skreslené len pohľadom sestier, do výskumu boli prizvaní aj pacienti u ktorých diagnóza vyžaduje pravidelné domáce meranie k liečbe, diagnostike alebo prevencii. Stanovený cieľ bol splnený.

Bolo stanovených šesť výskumných otázok. Prvá výskumná otázka sa zameriavala na činnosti sestry v self-monitoringu v domácom prostredí. V úzkom súvisi s touto otázkou bola druhá výskumná otázka a to akú rolu zohráva sestra v self-monitoringu v domácom prostredí. Úzky súvis mali taktiež ďalšie dve výskumné otázky a to aké druhy edukácie a aké možnosti motivácie využíva sestra v problematike self-monitoringu v domácom prostredí. Posledné dve otázky sa zameriavali na sestry a pacientov a ich pohľad na problémy v súvislosti s self-monitoringom v domácom prostredí.

V empirickej časti tejto práce bolo pre dosiahnutie cieľa použité kvalitatívne výskumné šetrenie. Použitou metódou boli pološtrukturované rozhovory, so sestrami a pacientami. Z rozhovorov bolo zistené že sestry a pacienti považujú za hlavné činnosti naplňujúce úlohu sestry v self-monitoringu edukáciu, nácvik, učenie, spoluprácu s pacientom, zvolenie správnej individuálnej motivácie, prípravu materiálov, prípravu na pacienta alebo rodinu, vytváranie letáčikov, kalibrácie prístrojov, kontrolu pacienta, reedukáciu, supervíziu, hodnotenie výsledkov, aktívne vyhľadávanie medzier a ich riešenie, nadväzovanie vzťahov a vytváranie vhodného prostredia a dôvery. Bolo zistené, že sestry prispôsobujú edukáciu a motiváciu pacientom individuálne podľa ich preferencií a potrieb. Ďalej bolo zistené že sestry v odborných ambulanciách a špecializovaných zariadeniach vykonávajú uvedené činnosti vyššie a vďaka tomu sú pacienti informovaný, správne edukovaný, vedia ako vykonávať meranie, majú rozhľad a pociťujú istotu. Všetci pacienti okrem pacientov navštevujúcich obvodného lekára, vyjadrovali spokojnosť a pri rozhovore bolo jasne vidieť, že sa v oblasti orientujú bez problémov. U pacientov z ambulancií obvodného lekára bolo zistené, že nemajú dostatok informácií, chybujú

a pociťujú neistotu v oblasti ich diagnózy. Taktiež sestry z ambulancie obvodného lekára uznali, že nevenujú dostatok pozornosti pacientovi v oblasti self-monitoringu.

Zistené bolo taktiež, že sestry pracujúce na oddelení v nemocničnom zariadení nevykonávajú žiadnu z činností vedúcu k self-monitoringu. Spolu so sestrami, pacientmi a tiež odbornou literatúrou sme sa zhodli že to vnímame ako nedostatok ktorý by sa nemal zanedbávať. Počas hospitalizácie má pacient potrebu získavať informácie, učiť sa v oblasti jeho diagnózy, taktiež má dostatok času aby sa začal zoznamovať s meraním a mohol si ho vykonávať sám pod pravidelným dohľadom počas hospitalizácie. Myslíme si, že v nemocničnom zariadení by sa sestra mala tejto oblasti venovať, podávať mu dostatok informácií, materiálov, pri každom meraní spolupracovať s pacientom a učiť ho správne meraniu a záznamu a tak vytvoriť kvalitné základy pre presun do ambulancie obvodného alebo špecializovaného lekárka s následným self-monitoringom. Opýtané sestry boli otvorené tejto možnosti a nebránili by sa ju vykonávať. Taktiež bolo zistené že za najväčší problém považujú aj sestry aj pacienti nedostatok času. Spoločne si myslíme že vedenie k self-monitoringu už od času hospitalizácie by mohlo viesť taktiež k úspore času, keďže pacient by už mal základy.

Na základe kvalitatívneho výskumného šetrenia, bola vytvorená informačná brožúra (viz príloha 4) pre pacientov. Táto brožúra má pacientom slúžiť ako návod, myšlienková mapa čo očakávať a požadovať od návštevy ambulancie aby boli uspokojené jeho potreby. Pacientovi sú na prvej strane predložené základné oblasti nad ktorými by sa mal zamyslieť. Na druhej strane je vytvorený priestor na pacientove otázky k jednotlivým oblastiam, v ktorých by sa chcel doinformovať, doučiť pri návšteve v ambulancií.

7. Zoznam literatúry a zdrojov

1. ADAMÍKOVÁ, A., 2017. Selfmonitoring v projekte skupinové edukace v diabetologických edukačních pracovištích. *DMEV*. 20 (3), 127-128. doi: 140513384.
2. EDELSBERGER, T., 2012. *Medicína pro praxi*. Selfmonitoring glykemie. [online]. Krnov: Privátní diabetologická ambulance. [cit. 2012-09-05]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201205-0005_Selfmonitoring_glykemie.php
3. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. Osvěta. ISBN 80-8063-228-8.
4. FREI, J., HOLUBKOVÁ, J., SLOUKA, D., 2016. Screening civilizačních chorob u veřejnosti v Plzeňském kraji. *Florence*. 1-2 (16), 14-15. ISSN 1801-464X.
5. GANNAN, R., WEERES, A., LAM, A., CHUNG, H., VALAITIS, R., 2019. Optimization of homecare nurses in Canada: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*. 27 (5), 604-621, doi: 10.1111/hsc.12797.
6. HAMLO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.
7. KOPECKÁ, K., KOPECKÝ, P., 2014. *Zdravie a klinika chorôb*. Martin: Osveta. ISBN 9788080634216.
8. KUDLOVÁ, P., CHLUP, R., 2006. *Interní medicína pro praxi*. Selfmonitoring u osob s diabetem. [online]. Olomouc: Ústav fyziologie a II.interní klinika FNO a LF UP v Olomouci [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/12/06.pdf>.
9. LIFESCAN, I., 2014. *One touch-Užívateľská príručka*. Návod k použitiu. [online]. Praha: Johnson & Johnson, s.r.o. [cit. 2014-09-01]. Dostupné z: https://www.onetouch.cz/sites/onetouch_cz/files/06803401c_vro_ob_ci_cz_cs_zug_r2_web.pdf
10. MARTINSEN, B., MORTENSEN, A.S., NORLYK, A., 2018. Nordichomecare nursing from the perspective of homecare nurses – A meta-

- ethnography. *British Journal of Community Nursing*. 23 (12), 597-604, doi: 10.12968/bjcn.2018.23.12.597.
11. MOORE, B. A., 2008. Exercise as an adjunctive evidence – based treatment. *Exercise as an adjunctive treatments*. 8 (1), 161-176, doi: 10.1016/B978-012088520-6.50009-3.
 12. NAVRÁTIL, L., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2319-8.
 13. NĚMCOVÁ, H., 2008. Měření krevního tlaku. *Medicína pro praxi*. 5 (9), 376-380. ISSN 1214-8687.
 14. NĚMCOVÁ, H., 2009. *Měření krevního tlaku*. Lékáren. [online]. Brno: II. Interní klinika FN u SV. Anny LF MU. [cit. 2009-09 -01]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/en/artkey/lek-200905-0009.php>
 15. PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kočke*. Praga: Grada. ISBN 8024719185.
 16. PLÁŠIL, R., NĚMETHYOVÁ, Z., ULÍČIANSKY, V., 2020. *Forum Diab*. Význam selfmonitoringu glykémie. [online]. Vrútky: Ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/pdf?id=52387>
 17. RABENSEIFEROVÁ, Z., 2009. *Práce sestry v agentúrach domácí péče*. [online]. Ústav ošetrovatel'ství [cit. 2009-04-06]. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/9688>
 18. RYBKA, J., 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 802-24-716-127.
 19. RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus-komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 802-47-167-18.
 20. SHIMIZU, Y., 2019. *Hypertension* [online]. World Health Organization [cit. 2019-09-13]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

21. STAŇKOVÁ, M., 2002. *Sestra – reprezentant profese*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brne. ISBN 80-7013-368-60
22. STAŇKOVÁ, M., a kol., 2005. *Základy ošetrovaní nemocných*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum. ISBN 2024608456.
23. STŘÍTESKÝ, J., 2001. *PATOLOGIE*. Olomouc: Epava. ISBN 8086297063.
24. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství 1.* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1148-5.
25. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství 2.* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1777-7.
26. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
27. ŠEDOVÁ, L., 2016. Neovlivitelné a ovlivitelné faktory kardiovaskulárních nemocí. *Florence*. 10 (16), 18-20. ISSN 1801-464X .
28. ŠEDOVÁ, L., KOUDELKOVÁ, V., ADÁMKOVÁ, V., 2008. Centrum prevencie civilizačných chorôb. *Kontakt*. 10 (1), doi: 10.32725/kont.2008.027.
29. ŠEDOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. et al., 2019. Sociální opora v edukaci pacientů s kardiovaskulárními chorobami: situace v České republice. *Kontakt*. 21 (3), doi: 10.32725/kont.2019.028.
30. ŠPIRUDOVÁ L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství 1.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
31. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-313-0
32. TREJBAL, K., FEDAČKO, J., PELLA, D., 2011. Ambulantné monitorovanie krvného tlaku. *Via practica*. 8 (4), 162-166. ISSN 1336-4790.
33. VENGLAŘOVÁ M., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.

34. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 1: Obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
35. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 2: Speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
36. WARNER, K.D., 2015. *History and evolution of community health nursing*. US: WoltersKluwerHealth Aids (ESP). ISBN 978-160913688-8.
37. WILDE, M. H., GARVIN S., 2007. A conceptual analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*. 57 (3), doi: 10.1111/j. 1365-2648.2006.04089.x.

8. Zoznam príloh

Príloha 1 – Otázky k rozhovoru so sestrami

Príloha 2 – Otázky k rozhovoru s pacientmi s hypertenziou

Príloha 3 – Otázky k rozhovoru s pacientmi s diabetom

Príloha 4 – Informačná brožúra

Príloha 1 – Otázky k rozhovoru so sestrami

Ako vnímate úlohu sestry v self-monitoringu v domácom prostredí ?

Aké činnosti naplňujú Vašu úlohu sestry v self-monitoringu ?

Ako by ste popísala špecifickú prácu sestry ktoré sprevádzajú úlohu sestry v self-monitoringu?

Aké schopnosti a zručnosti v edukácii využívate pri self-monitoringu v domácom prostredí ?

Aké schopnosti a zručnosti v komunikácii využívate pri self-monitoringu v domácom prostredí ?

Čo podľa Vás najviac ovplyvňuje proces edukácie pacienta?

Vnímate self-monitoring ako dôležitú súčasť a ako sa dívate na merania pacientov z domáceho prostredia?

Prejednávate s pacientom jeho výsledky ktoré si meral sám?

Zisťujete či meranie vykonal správne?

Informujete pacienta o tom kde si môže prístroj správne skalibrovať?

Učíte ho ako s prístrojom pracovať alebo je pacient poučený len formou nejakého letáčiku alebo podobne?

Máte skúsenosť alebo viete o niekom čo by využíval napríklad tlakomer alebo glukomer prepojený cez smartfon s dátovým prenosom k lekárovi?

Bola ste poučená ako máte edukovať pacienta o používaní či už tlakomeru alebo glukometru?

Poučujete – reedukujete pacienta pravidelne každého pol roku / roku?

Vysvetľujete pacientom presné rozhranie a ako sa ich výsledok môže pohybovať?

Ako by ste mi popísala priebeh edukácie pacienta a celkovej práce s ním?

Čo robíte ak pacient si nieje schopný vykonávať meranie?

Informujete pacientov aj o komplikáciách ochorenia a o samotnom ochorení?

Čo by ste zlepšili na Vašej práci v tejto sfére?

Ako motivujete pacienta?

Príloha 2 – Otázky k rozhovoru s pacientmi s hypertenziou

Ako dlho sa liečite?

Ako často navštevujete svojho obvodného lekára s krvným tlakom?

Bol/a ste edukovaný/á : o správnom meraní, diete, komplikáciach? – kto Vás edukoval?

Postup ako si meriate doma krvný tlak?

Ako často si meriate krvný tlak? Dohodli ste si to s lekárom?

Zapisujete si výsledky?

Pracuje Váš lekár s výsledkom?

Ako vnímate keď si nameriate vyššiu alebo nižšiu hodnotu než bežne?

Chodíte na kalibrácie tlakomeru pravidelne?

Ako často by mal byť tlakomer kalibrovaný?

Vedel/a by ste mi povedať kde všade si môžete zmerať tlak?

Aké je rozhranie krvného tlaku keď je v norme?

Možete počas merania rozprávať?

Kde by mal byť položený tlakomer?

Je podľa Vás hodnota 139/89 hodnota vysoká?

Preúčajú Vás pravidelne?

Kde Vás edukovali?

Aj ste si to na mieste skúšali alebo Vám to len povedali?

Čo Vám chýba pri meraní? Ošetrovaní? Čo by ste prijali aby bolo lepšie v učení sa?

Čo si predstavujete že by sestra mala zlepšiť?

Príloha 3 – Otázky k rozhovoru s pacientmi s diabetom

Aký typ diabetu máte?

Ako dlho sa liečite?

Navštevujete obvodného lekára alebo diabetológa?

Ako často ho navštevujete?

Bol/a ste edukovaný/á o: správnej aplikácii inzulínu, starostlivosti o nohy, diete? – kto Vás edukoval?

Kto Vás edukoval o meraní glykémie?

Postup ako si meriate doma glykémiu?

Ako často si meriate glykémiu?

Zapisujete si výsledky?

Pracuje Váš lekár s výsledkom?

Ako vnímate keď si nameriate vyššiu alebo nižšiu hodnotu než bežne?

Chodíte na kalibrácie glukometra pravidelne?

Vedel/a by ste mi povedať odkiaľ si môžete odoberať krv?

Aké je rozhranie glykémie?

Preúčajú Vás pravidelne?

Kde Vás edukovali?

Ako Vás motivujú?

Aj ste si to na mieste skúšali alebo Vám to len povedali?

Čo Vám chýba pri meraní? Ošetrovaní? Čo by ste prijali aby bolo lepšie v učení sa?

Čo si predstavujete že by sestra mala zlepšiť?

Self – monitoring v domácom prostredí



Máte ochorenie u ktorého musíte vykonávať domáce meranie? Naša brožúra Vám pomôže zlepšiť orientáciu v tejto oblasti aby ste na nič nezabudli!

Čo všetko viem o svojom ochorení?

Spýtajte sa sestry, lekára. Informácie čerpajte s overených zdrojov.



Ako vykonať správne meranie?

Nebojte sa požiadať v ambulancii lekára aby Vás naučili ako správne vykonať meranie.



Ako sa správne starať o zariadenie?

Každé zariadenie potrebuje pravidelnú kalibráciu. Spýtajte sa či Vám ju zabezpečia priamo v ambulancii alebo napríklad v lekárni. Kalibrácia zabezpečí aby nedošlo k skresleniu výsledkov.

Self – monitoring?

Na základe Vašich výsledkov merania sa bude odvíjať liečba poprípade diagnostika a predchádzanie komplikáciám.



Nameraná hodnota

Poradte sa v ambulancii aké hodnoty sú pre Vás ešte v „norme“.



Čo môžem očakávať?

Nebojte sa sestru požiadať o informácie, poučenie, alebo nácvik merania. Taktiež sa nebojte požiadať o zopakovanie alebo informačný materiál. Meranie budete vykonávať v domácom prostredí, preto odchádzajte z ordinácie s istotou že všetko potrebné viete.








Domáce meranie

Dohodnite si ako často si máte vykonávať meranie a výsledky zaznamenať.



Miesto na poznámky k Vašej návšteve

Self - monitoring v domácom prostredí