ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Vybrané aspekty realizace edukačního procesu v preventivní kardiologii

Selected aspects of education process realization in preventive cardiology

Marie Trešlová *, Lenka Šedová, Sylva Bártlová, Valérie Tóthová, Ivana Chloubová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2016-12-05

Received in revised form:
2017-03-17

Accepted: 2017-04-18

Published online: 2017-06-26

Keywords:

Cardiovascular prevention

Risk factors

Education process

Communication

Competence

ABSTRACT

Introduction: Prevention is necessary in order to decrease the incidence of cardiovascular diseases. Effective intervention is an educational activity in the competence of general nurses. This research was focused on the educational activity regarding cardio prevention (nurse activities during the education of patients with cardiovascular disease).

Aim: To monitor the conditions for realization of the educational process in preventive cardiology used by nurses in the Czech Republic (CR).

Method: A quantitative method using the questionnaire technique of a voluntary standardized guided interview. Data were processed using descriptive statistics and the SASD programme, as well as contingency tables of chosen indicators of the second classification degree. The degree of dependence of selected signs was determined based on chi-squared and *t*-tests and the independence test. The sample group consisted of 1000 general nurses from surgeries of general practitioners, internists, cardiologists and hospital wards focused on cardiovascular diseases. Nurses were selected by quotas from 14 regions of CR. The questionnaire areas included identification data, data on realization of the educational process aimed at individual risk factors influencing the incidence of cardiovascular diseases and effectiveness of the educational process. The tested individuals had the possibility of selecting one or more answers, or they decided on the level of their experience and opinion on a scale of 1–5; the degree of agreement was: absolutely yes, yes, no, certainly no, I cannot say. The frequency was: always, often, sometimes, seldom, never. For the comparison of cardio preventive activity of nurses in selected European countries a survey with a half-structured interview was used through e-mail communication with representatives of nurse sections of professional cardiovascular societies (Slovakia, Poland, Hungary, the Netherlands, Finland and Switzerland).

Results: Overall the answers received from the questioned individuals were positive, at the same time they vary in terms of the conditions that influence the effectivity of educational activity in cardio prevention. Most nurses (75.2%) employed in surgeries of general practitioners, internal and cardiology clinics lack the education focused on cardio prevention. Nurses in these surgeries (75.3%) state they have an agreement with the physician on who is responsible for conducting the educational activities.

* **Korespondenční autor:** PhDr. Marie Trešlová Ph.D., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, Česká republika; e-mail: treslova@zsf.jcu.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.04.002>

In relation to nurse education focused on cardio education this is more frequent ($p < 0.05$). During their clinics, 60.8% of nurses always or often conduct health education about influential risk factors responsible for cardiovascular diseases. In relation to the education of nurses aimed at cardio prevention this is a much more frequent occurrence ($p < 0.01$). In 81.0% cases the time of cardio education does not exceed 15 minutes per patient. The absolute majority of nurses (92.3%) educate the patients on how they can improve their health state. Nurses (59.9%) see the time they spend on educating the patients as sufficient. Also, in 77.0% of cases nurses judge their health-educational activity in the area of the heart and blood vessel diseases as sufficient. Also in the cases when nurses are educated in cardio prevention the frequency is higher ($p < 0.05$).

Conclusion: General nurses working in surgeries of general practitioners, internists, cardiologists, and hospital wards focused on these areas usually lack education aimed at cardio prevention but state they conduct the education. They aim the education at risk factors although the quality and effectiveness is questionable due to the existing barriers they encounter. To these belong above all the lack of time available for each patient for him to not only learn but also adapt to, live in and keep to the necessary lifestyle suitable for prevention of cardiovascular diseases.

S O U H R N

Klíčová slova:
kardioprevence
rizikové faktory
edukační proces
komunikace
kompetence

Úvod: Prevence je nutnou intervencí pro snižování incidence kardiovaskulárních onemocnění. Účinnou intervencí může být edukační činnost, která je v kompetenci všeobecné sestry. Výzkumné šetření bylo proto zaměřeno na edukační činnost v kardioprevenci (činnost sestry při edukaci pacientů trpících srdečněcévním onemocněním). Cíl: Zmonitorovat podmínky pro realizaci edukačního procesu v preventivní kardiologii tak, jak jej používají sestry v České republice.

Metoda: Použily jsme kvantitativní metodu dotazníkovou technikou standardizovaného řízeného rozhovoru na základě dobrovolnosti. Data byla zpracována metodami popisné statistiky a programu SASD a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě χ^2 , t -testu a testu nezávislosti. Vzorek tvořilo 1 000 všeobecných sester z ordinací praktických lékařů, internistů, kardiologů a nemocničních oddělení se zaměřením na kardiovaskulární onemocnění. Sestry byly vybrány kvótním výběrem na území 14 krajů České republiky. Oblasti dotazníku zahrnovaly identifikační údaje, otázky týkající se realizace edukačního procesu zaměřeného na jednotlivé rizikové faktory ovlivňující vznik kardiovaskulárních onemocnění a efektivity edukačního procesu. Pro odpověď měli probandi možnost výběru jedné i více možností nebo určili zkušenost a názor na škále 1–5 (určitě ano; ano; ne; určitě ne; nemohu posoudit) nebo častost (vždy; často; někdy; zřídka; nikdy). Abychom zjistily, jak působí sestry v kardiopreventivní činnosti ve vybraných evropských zemích, použily jsme také anketu s polostrukturovaným rozhovorem. Pomocí e-mailových kontaktů jsme se spojily se zástupci sesterských sekci odborných kardiologických společností (Slovensko, Polsko, Maďarsko, Nizozemsko, Finsko a Švýcarsko).

Výsledky: Celkově jsme získaly pozitivní odpovědi probandů, které ale kolidují s podmínkami, jež ovlivňují efektivitu edukační činnosti v kardioprevenci. Většina sester (75,2 %) zaměstnaných v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a v interních a kardiologických ambulancích nemá vzdělání zaměřené na kardioprevenci. Sestry v těchto ordinacích (75,3 %) uvádějí, že platí dohoda s lékařem o tom, kdo bude provádět edukační činnost. Ve vztahu se vzděláním sester zaměřeným na kardioprevenci k tomu dochází ve větší míře ($p < 0,05$). Během své praxe v ambulancích se 60,8 % sester věnuje vždy nebo často zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech podílejících se na vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Ve vztahu se vzděláním sester zaměřeném na kardioprevenci k tomu dochází ve významně větší míře ($p < 0,01$). V 81,0 % případů nepřesáhne dle probandů edukace o ovlivnitelných rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění 15 minut na jednoho pacienta. Naprostá většina (92,3 %) sester poučuje pacienty o tom, jak mají zlepšit svůj zdravotní stav. Sestry (59,9 %) považují čas, který věnují zdravotně výchovnému působení na pacienta, za dostatečný. Také v 77,0 % považují zdravotně výchovnou činnost v oblasti prevence onemocnění srdce a cév za dostatečnou. Ve vztahu se vzděláním sester zaměřeném na kardioprevenci k tomu dochází ve významně větší míře ($p < 0,05$).

Závěr: Všeobecné sestry z ordinací praktických lékařů, internistů, kardiologů a nemocničních oddělení s tímto zaměřením nemají ve své většině vzdělání zaměřené na kardioprevenci, ale deklarují, že ji provádějí. Zaměřují edukační činnost na rizikové faktory, ale kvalita a efektivita jsou diskutabilní na základě bariér, které pro realizaci edukačního procesu mají. Je to především nedostatek času věnovaného pacientovi/klientovi, tak aby se mohl nejen seznámit, ale také si osvojit, zažít a udržet potřebnou změnu životního stylu ve prospěch prevence kardiovaskulárních onemocnění.

© 2017 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Z dokumentu Národního kardiovaskulárního programu České kardiologické společnosti [1] zjišťujeme, že v České republice jako nejčastější příčina úmrtí (50 % populace) přetrvávají kardiovaskulární choroby. V roce 2012 zemřelo na kardiovaskulární onemocnění 44,6 % mužů a 48,7 % žen. I když se daří úmrtnost snižovat až o 20 %, je to především vývojem a použitím účinnějších diagnostických a terapeutických postupů. Otázkou je, zda by preventivní postupy v péči ještě více nepřispěly ke snižování úmrtnosti a především ke kvalitě života. Česká kardiologická společnost ve svém Národním kardiologickém programu České republiky z roku 2013 [1] vymezuje primární prevenci kardiovaskulárních chorob (péče o dosud zdravou populaci) jako prevenci, která by měla být vedena efektivními intervencemi, se zaměřením na ovlivnění životního stylu. Zde velkou roli sehrává zdravotně výchovná intervence (edukace), vzdělávání pacientů a motivace vedená zdravotníkem. Dodáváme, že všeobecné sestry mají významný edukační potenciál v preventivní kardiologii. Mohly by takové programy pod záštitou lékařů realizovat. V dokumentech a pracích [2, 3, 4] zjišťujeme, že efektivní edukační proces poskytovaný sestrou vede klienta ke zvládnutí schopností i dovedností, které souvisejí s jeho nemocí vč. změny životního stylu. Těžiště primárně preventivní práce kardiologů, praktických lékařů i lékařů dalších specializací včetně všeobecných sester je v individuální každodenní rutinní zdravotně výchovné a poradenské činnosti v rodinách pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Důležitá je i spoluúčast v primárně preventivních programech a organizace veřejných akcí, zvyšujících všeobecné povědomí populace o této problematice [1]. Rutinní činnost v tomto případě nelze vnímat jako zaběhanou dovednost danou dlouhou zkušeností, nýbrž jak uvádí Dart [5] jako činnost, která bezpodmínečně patří k péči o klienty i skupiny. Naopak je třeba přistupovat holisticky k jedinci i ke skupinám v plánování i realizaci edukačního procesu a zohledňovat jejich možnosti, rozdílnosti a potřeby, aby preventivní činnost zvýšila svoji efektivitu. Úkolem edukátora je vytvořit prostředí, které nepřináší pocit strachu nebo ublížení a ohrožení. Dále Dart (2011) dodává, že sám edukátor plánuje změnu životního stylu pomocí získání podpory a spolupráce dalších členů týmu při samotném plánování, sestavování pilotního schématu, šíření informací a vzdělávání. Vzdělávání ke změně nesouvisí výhradně s rozvojem dovedností edukátora, ale také se schopností jasně komunikovat a motivovat ostatní [6]. Filozofie individuálního přístupu, stejně jako je tomu

v ošetrovatelském procesu, podporují i Saffi et al. [7], kteří doplňují, že edukační proces zahrnuje vzdělávání související se změnou samotnou. K provádění změny je zásadní určení jasných cílů, aby ti, kdo jsou zapojeni do vzdělávání, věděli, čeho mají dosáhnout a jaký je jejich podíl na celé činnosti. Udržování přijaté změny je často obtížnější než zavedení změny samotné [8, 9]. Edukační a poradenská činnost poskytovaná všeobecnou sestrou klade nároky na jejich přípravu i na systém zdravotní péče, který zatím nedává možnost a podmínky k její efektivní realizaci. Proto cílem našeho výzkumu bylo zmonitorovat podmínky pro realizaci edukačního procesu v preventivní kardiologii používaného sestrami v České republice.

Jedním z cílů rozsáhlého výzkumného projektu o intervenčních postupech v preventivní kardiologii bylo zmonitorovat podmínky pro realizaci edukačního procesu v preventivní kardiologii, tak jak jej používají sestry v České republice.

Metodika a charakteristika souboru

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda technikou strukturovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Distribuci dotazníků provedli proškolení tazatelé profesní tazatelské sítě v dubnu 2016. Účast ve výzkumu byla dobrovolná. Šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky. V první fázi výzkumu byla získaná data zpracována metodami popisné statistiky v květnu 2016. Ke zpracování byl využit program SASD a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě χ^2 , t -testu, testu nezávislosti a dalších testovacích kritérií, aplikovaných dle charakteru znaků. Vzorek tvořilo celkem 1 190 náhodně vybraných všeobecných sester z ordinací praktických lékařů, internistů, kardiologů a nemocničních oddělení s tímto zaměřením. Sestry byly vybrány kvótním výběrem na území 14 krajů České republiky. S rozhovorem souhlasilo 1 000 sester (84,0 %). Dotazník obsahoval 43 otázek v oblastech: identifikační – se zaměřením na vzdělání místo a délku praxe, speciálního vzdělání v kardioprevenci – činnosti sestry při edukaci pacientů trpících kardiovaskulárním onemocněním, dále v oblastech realizace edukačního procesu zaměřeného na jednotlivé rizikové faktory ovlivňující vznik kardiovaskulárních onemocnění, vlastního zájmu probandů o kardioprevenci a její efektivitu. V otázkách měli probandi nabídku jedné i více možností nebo určili na škále 1–5 míru souhlasu (určitě ano; ano;

ne; určitě ne; nemohu posoudit) nebo častost (vždy; často; někdy; zřídka; nikdy). Dále jsme využily anketu a techniku polostrukturovaného rozhovoru prostřednictvím e-mailové komunikace se zástupci sesterských sekcí odborných kardiologických společností vybraných evropských zemí (Slovensko, Polsko, Maďarsko, Nizozemsko, Finsko a Švýcarsko).

Výsledky

Vzdělání zaměřené na kardioprevenci absolvovalo 22,8 % sester. Více než tři čtvrtiny (75,2 %) sester vzdělání za-

měřené na kardioprevenci nemá, 2,0 % zbývajících dotázaných nedokázalo uvést jednoznačnou odpověď a zvolilo odpověď „nevím“. Lze konstatovat, že většina sester zaměstnaných v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a v interních a kardiologických ambulancích nemá vzdělání zaměřené na kardioprevenci. Nebyly identifikovány statisticky významné rozdíly mezi věkem sester a skutečností, zda absolvovaly vzdělání zaměřené na kardioprevenci, či nikoliv. Lze konstatovat, že věk sestry nemá vliv na to, zda absolvovala vzdělání zaměřené na kardioprevenci, či nikoliv. Také délka praxe sestry ve zdravotnictví nemá vliv na to, zda absolvovala vzdělání zaměřené na kardioprevenci, či nikoliv $p > 0,05$ (tab. 1).

Tabulka 1 – Zajištění efektivní edukační činnosti

Názor	Souhlas	%	Nesouhlas	%	Střední varianta	%	Součet	χ^2
Vzdělání zaměřené na prevenci	228	22,8	752	75,2	20	2,0	1 000	n. s.
Kompetentní osoba pro realizaci edukační činnosti	753	75,3	247	24,7	–	–	1 000	n. s. vzdělání $p < 0,05$
Věnování se edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech	608	60,8	306	30,6	–	–	1 000	n. s. věk $p < 0,01$
Dostatečná zdravotně výchovná činnost v kardioprevenci	770	77,0	230	23,0	–	–	1 000	n. s. vzdělání $p < 0,05$

Více než tři čtvrtiny (75,3 %) všeobecných sester uvádějí, že jsou s lékařem domluveny na tom, kdo bude provádět v jejich zařízení edukační činnost. Zbývajících cca jedna čtvrtina (24,7 %) takovou dohodu s lékařem nemá (tab. 1). Znamená to, že ve většině ordinací praktických lékařů pro dospělé a v interních a kardiologických ambulancích platí – dle sester – dohoda s lékařem o tom, kdo bude provádět edukační činnost. Statisticky nevýznamné rozdíly byly zaznamenány mezi věkem sester a existencí dohody s lékařem o tom, kdo provádí edukační činnost. Podobně je tomu i v případě délky praxe sester ve zdravotnictví a existencí dohody s lékařem o tom, kdo provádí edukační činnost. Pro vztah vzdělání sestry a existencí dohody s lékařem o tom, kdo provádí edukační činnost, platí, že sestry, které takové vzdělání absolvovaly, jsou ve významně větší míře dohodnuty s lékařem o provádění edukace v této oblasti $p < 0,05$, (tab. 1).

V další části výzkumu byl náš zájem zacílen na to, jak často se sestry během zdravotní edukace věnují přímo ovlivnitelným rizikovým faktorům. Většina (60,8 %) všeobecných sester uvádí, že se během své praxe v ambulanci věnují vždy nebo často zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech podílejících se na vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Dalších 30,6 % probandů tak činí pouze někdy, zbývajících 8,6 % se zdravotní edukaci věnuje jen zřídka. Platí tedy, že během své praxe v ambulanci se všeobecné sestry věnují zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech v největší míře vždy (17,1 %) nebo často (43,7 %). Nebyly identifikovány statisticky významné rozdíly mezi věkem sester a skutečností, zda se během své praxe v ambulanci věnují zdravotní edukaci o ovlivnitel-

ných rizikových faktorech. Lze konstatovat, že věk sestry nemá vliv na to, zda se sestra během své praxe v ambulanci věnuje zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech ($p < 0,01$). Statisticky nevýznamné byly i rozdíly mezi délkou praxe sester ve zdravotnictví a skutečností, zda se během své praxe v ambulanci věnují zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech, jak ukazuje tabulka 1. Lze tedy konstatovat, že délka praxe sestry ve zdravotnictví nemá vliv na to, zda se během své praxe v ambulanci věnuje zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech. Statisticky významné rozdíly jsme získaly mezi vzděláním sester v kardioprevenci a skutečností, zda se během své praxe v ambulanci věnují zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech, jak naznačuje chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) 21,360 při 6 stupních volnosti, $p < 0,01$. Pro tento vztah platí, že sestry, které mají vzdělání zaměřené na kardioprevenci, se ve významně větší míře věnují zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech (tab. 1).

Další zkoumanou otázkou bylo, kolik času je věnováno jednomu pacientovi v rámci kardioprevence poskytované sestrou. Ve většině případů (81,0 %) nepřesáhne dle všeobecných sester edukace o ovlivnitelných rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění 15 minut na jednoho pacienta. Edukace do 10 minut trvá ve 39,5 % případů a 10 až 15 minut ve 41,5 % případů. Časový rozsah 16 až 30 minut zvolilo jen 14,0 % sester, delší pouze 3,2 % sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a v interních či kardiologických ambulancích. Lze konstatovat, že v praxi výše uvedených ambulancí nepřesáhne edukace jednoho pacienta ve většině případů 15 minut. Na

základě statistického zpracování lze konstatovat, že na délku edukace jednoho pacienta o ovlivnitelných rizikových

faktorech kardiovaskulárních onemocnění nemá vliv věk sestry ani délka praxe sestry a ani vzdělání sestry (tab. 2).

Tabulka 2 – Podmínky pro edukaci

Názor	Pozitivní	%	Negativní	%	Součet	χ^2
Doba edukace jednoho pacienta	172	17,2	810	81,0	1 000	n. s.
Dostatek času na zdravotně výchovné působení na pacienta	599	59,9	401	40,1	1 000	n. s.
Poskytnutí poučení, jak zlepšit zdravotní stav	923	92,3	77	7,70	1 000	n. s.

Naprostá většina (92,3 %) sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a v interních a kardiologických ambulancích poučuje pacienty o tom, jak mají zlepšit svůj zdravotní stav. Pouze 7,7 % dotázaných tak nečiní. Platí tedy, že záměr dát pacientovi poučení o tom, jak zlepšit svůj zdravotní stav, je všeobecnými sestrami naplňován ve více než 9/10 případů. Na to, zda sestra poučuje pacienty o tom, jak mají zlepšit svůj zdravotní stav, nemá vliv věk sestry ani délka jejich praxe a ani jejich vzdělání (tab. 2).

Další zkoumanou oblastí byla problematika názoru sester, zda čas věnovaný zdravotně výchovnému působení je dostatečný. Většina (59,9 %) sester pracujících v ordinacích praktických lékařů a v interních a kardiologických ambulancích považuje čas, který věnují zdravotně výchovnému působení na pacienta, vždy (12,9 %) nebo často (47,0 %) za dostatečný. Časové vymezení „někdy“ zvolilo 37,6 % dotázaných, zbývající označily odpověď „zřídka“ (2,5 %). Převažují tedy všeobecné sestry, které považují čas věnovaný zdravotně výchovnému působení na pacienta za vždy nebo často dostatečný. Statisticky nevýznamná souvislost byla zjištěna v případě mezi věkem, délkou praxe sester a také mezi vzděláním sester v kardioprevenci (tab. 1).

Poslední zkoumanou oblastí byl názor sester na to, zda považují za dostatečnou zdravotně výchovnou činnost v oblasti prevence onemocnění srdce a cév. Více než tři čtvrtiny (77,0 %) všeobecných sester pracujících v ordinacích praktických lékařů a v interních a kardiologických ambulancích považují zdravotně výchovnou činnost v oblasti prevence onemocnění srdce a cév za dostatečnou. Zbývajících 23,0 % sester je opačného názoru. Platí tedy, že všeobecné sestry z výše uvedených ordinací a ambulancí považují ve většině případů zdravotně výchovnou činnost v oblasti prevence onemocnění srdce a cév za dostatečnou. Nebyla identifikována statisticky významná souvislost mezi věkem sester a jejich názorem na dostatečnost zdravotně výchovné činnosti v oblasti prevence onemocnění srdce a cév. Lze konstatovat, že věk sestry nemá vliv na názor sester na skutečnost, zda je zdravotně výchovná činnost v oblasti prevence onemocnění srdce a cév dostatečná, podobně i souvislost mezi délkou praxe sester ve zdravotnictví a jejich názorem na dostatečnost zdravotně výchovné činnosti v oblasti prevence onemocnění srdce a cév. Vzdělání sester v oblasti kardioprevence má však statisticky významnou souvislost s názorem sester na dostatečnost zdravotně výchovné činnosti v oblasti prevence onemocnění srdce a cév na hladině významnosti $p < 0,05$ (tab. 1). Lze konstatovat, že sestry, které absolvovaly vzdělání v oblasti kardioprevence, ve vý-

znamně větší míře považují zdravotně výchovnou činnost v oblasti prevence onemocnění srdce a cév za dostatečnou.

Diskuse

Pro to, abychom mohli provádět určitou činnost erudované a profesionálně, je třeba náležitého vzdělání i zkušenosti. Špirudová [10] zdůrazňuje vhodnost speciálně vyškolěných sester, které by měly edukaci provádět. Důvodem je to, že se nejedná o pouhé předání informací, ale o specializovanou individuální nebo skupinovou tvůrčí práci edukátora. Je zapotřebí využít nejen zdravotnické znalosti, ale také orientaci ve znalostech z oblasti didaktiky, psychologie a organizace – managementu. Mimo to je vhodná určitá úroveň profesionálního vystupování a v neposlední řadě práce s komunikačními dovednostmi. Výzkum provedený Astin et al. [11] sledoval obsah, výuku, učební a hodnotící metody postgraduálního vzdělávání a zdůrazňuje nutnost posílení vzdělání sester v kardioprevenci, které by bylo více zaměřené na zdravotní výzvy, jímž je Evropa vystavena, a to kardiovaskulárním onemocněním včetně mozkových příhod, onemocněním periferních cév s ohledem na prevenci a rehabilitaci. Také šetření provedené Harbman [12] potvrzuje, že sestry specialistky (nurse practitioners) mají velmi dobrou pozici k poskytování sekundární prevence během i po hospitalizaci. Jak popisuje Špirudová [10], sestra sama musí být motivována, pozitivně naladěna, aby mohla být rádcem, průvodcem, oporou a učitelem. Proto je nutné příslušné vzdělání. Náš výzkum zjistil, že necelá pětina sester (22,8 %) pracujících v ordinacích praktických lékařů, internistů, kardiologů a nemocničních oddělení s tímto zaměřením absolvovala vzdělání orientované na kardioprevenci (tab. 1). Navzdory tomu, že většina (75,2 %) sester odpověděla, že nemá žádné konkrétní vzdělání v kardioprevenci, můžeme se na základě odpovědí na další otázky domnívat, že edukaci v této oblasti realizují. S ohledem na věkové zastoupení probandů, kdy největší skupinu (30 %) tvoří sestry ve věku 30–39 let a 27 % ve věku 40–49 let usuzujeme, že nemohly absolvovat vzdělání odpovídající dnešním požadavkům v preventivní kardiologii z důvodu systému vzdělávání sester před dvaceti a více lety. Ten byl zaměřen na výkony péče o nemocné ve větší míře než na péči o zdravé osoby a na preventivní intervence [2, 3, 13]. V případě proměnných (věk, délka praxe) nebyly identifikovány statisticky významné rozdíly. Z celkového počtu 1 000

probandů 52 % z nich absolvovalo střední zdravotnickou školu a jen 17,5 % absolvovalo specializační vzdělání. Další bariérou intenzivnějšího vzdělání se zaměřením na kardiopreventivní činnost sester může být pracoviště probandů. Skupina 547 probandů pracovala v ordinaci praktického lékaře, 36,3 % v interní ambulanci – oddělení a 9,0 % v kardiologické ambulanci – oddělení. Stále není obvyklé, aby sestry v ordinaci lékaře měly svoji vlastní místnost, což je jedna z podmínek pro efektivní edukaci [5, 14]. Chybí tak vhodné prostředí pro jejich edukační činnost s klienty. Možnost celoživotního vzdělávání těchto ambulantních sester nebývá tak intenzivní jako u sester z nemocničních zařízení, ať už z nezájmu nebo z nemožnosti absence v ordinaci lékaře. Zajímavé je, že 11 a více let pracuje 64,7 % probandů v souvislosti s povinnou registrací sester, kdy během 10 let sestra musí prokázat svůj profesní rozvoj. Ptáme se proto, jaké může být celoživotní vzdělávání těchto sester? Absolvují kurzy, školení a aplikují získané znalosti a dovednosti do své praxe? Pokud jsou registrované (tato proměnná nebyla sledována), získaly registraci vzděláváním s jiným zaměřením než na kardioprevenci? Také jsme nesledovaly, jak dlouho oslovení respondenti vykonávají praxi přímo v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a interních a kardiologických ambulancí. Za ne příliš kladný vztah a možnosti k celoživotnímu vzdělávání můžeme považovat odmítnutí účasti na šetření probandy především ve věkové kategorii 30–39 let (30 %) a 40–49 let (26,3 %).

Zjistily jsme, že ve většině uvedených pracovišť (75,3 %) jsou sestry dohodnuty s lékaři o tom, kdo bude provádět edukační činnost. Bohužel jsme nezjistily, jak tato dohoda zní, co je jejím obsahem, jaké metody a jaké podmínky jsou pro preventivní edukaci k dispozici, jaké edukační intervence jsou určeny lékařům a jaké sestrám. Statisticky významný je v tomto případě rozdíl ve vztahu ke vzdělání sester ($p < 0,05$), (tab. 1). Předpokládáme, že by konkrétní kompetence každé z profesí lékaře i sestry měly být jasně stanovené, aby nedocházelo ke zbytečné duplikaci, nebo naopak opomenutí podstatných intervencí. Zjištěné anketní informace z vybraných evropských zemí jsou spíše orientační, přesto je zřejmé, že nejvíce kompetencí v rámci kardioprevence mohou nezávisle provádět sestry ve Finsku na svých klinikách (zdravotních centrech) a sestry v Nizozemsku v rámci systému komunitní péče. Pracují jako sestry specialistky nebo sestry magistry. Ve Švýcarsku je zaveden velmi dobrý systém komunitního ošetřování nazvaný SPITEX (spitalexterne Hilfe und Pflege – <http://www.spitex.ch/>), jehož součástí je vedení i zdravotně výchovného procesu.

Dále jsme zjistily, že 17,1 % sester se věnuje zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech vždy a 43,7 % často. Hodnota $p < 0,01$ naznačuje platnost vztahu, že sestry, které mají vzdělání zaměřené na kardioprevenci, se ve významně větší míře věnují zdravotní edukaci o ovlivnitelných rizikových faktorech (tab. 1). V podstatě pozitivní výsledek však nevypovídá nic konkrétnějšího o kvalitě provedené edukace. Rollnick a Miller [15] i Němcová, Hlinková a kol. [16] se zmiňují, že kromě jiných zásad edukačního procesu je pro jeho efektivitu velmi důležitá časová dotace věnovaná pacientovi/klientovi. Můžeme konstatovat, že přestože sestry považují edukační činnost za dostatečnou (77,0 %), věnuje edukaci do 10 minut 39,5 %

a 10 až 15 minut 41,5 % probandů (tab. 2), což je možné považovat za dostatečné v případě reedukace [14], nikoli však pro zahájení edukačního procesu a do doby, než dojde ke změně, tedy jejímu přijetí a do držení. A to z důvodu, že první edukační setkání potřebuje více času k navázání kontaktu, důvěry a v případě získání spolupráce a návyků je doporučováno alespoň 45 minut. Špirudová [10] uvádí dokonce 1–1,5 hodiny. Otázku o průměrné době věnované edukaci klienta jsme také položily zahraničním kolegyním. Z jejich odpovědí vidíme, jaký důraz na edukační činnost kladou. Ve Finsku činí průměrná doba 30–40 minut, ve Švýcarsku jednu hodinu. Nizozemské kolegyně odpověděly, že nerozumí otázce. Můžeme jejich reakci rozumět tak, že pro ně není určení doby podstatné, protože se řídí potřebou edukačních diagnóz klienta a jeho situace [14]. To potvrzuje i názor Dart [5], který zařazuje edukaci, resp. motivační rozhovor do ošetřovatelského procesu a jeho pěti fází, z čehož vyplývá, že je nutné na takovou činnost vymezit dostatek času. Dle zjištěných testů nezávislosti a stupňů volnosti sledované proměnné (věk, vzdělání a délka praxe) neovlivňují délku edukace klientů (tab. 2). Významnou statistickou souvislost má vzdělání pouze ve vztahu k názoru sester na dostatečnost zdravotně výchovné činnosti v oblasti prevence onemocnění srdce a cév ($p < 0,05$), (tab. 1).

Velmi pozitivním výsledkem je, že naprostá většina probandů (92,3 %), tedy 9 z 10, poučuje pacienty o tom, jak zlepšit zdravotní stav (tab. 2). To je chvályhodné, opět však z pohledu preventivní edukační činnosti termín „poučení“ je v souvislosti s její efektivitou diskutabilní. Ano, je možné osobu poučit, ale již nevíme, zda a jak předaným informacím rozuměla. Nevíme ani to, jak s nimi naloží a především, zda je přijme za své a bude je dodržovat v případě, že k edukaci nebyla použita jiná efektivnější metoda než pouhé poučení. I zde vidíme obvyklý přístup v edukační činnosti, která je zaměřována na informování, předávání příkazů a zákazů [10]. Podle Špirudové [10] i Dart [5] jsou k efektivnější edukaci potřebné další edukační intervence, které jsou náročnější na časovou dotaci i na prostředí, ve kterém je edukace prováděna. Překvapivé je, že 59,9 % považuje čas věnovaný zdravotně výchovné činnosti klientů za dostatečný (tab. 2). Dotace 10–15 minut na předání informací, poučení a předání tištěného textu ve formě letáku či brožury je jistě dostačující. Nicméně 23 % probandů, kteří se vyjádřili k prevenci výchovné činnosti negativně, resp. že je nedostatečná, mělo možnost v otevřené otázce napsat, co si myslí, že chybí v realizaci zdravotně výchovných intervencí. Celkem jsme získaly 770 připomínek. Mezi jasně nejčastěji uváděnou byl „nedostatek času na intervence, na pacienta, čas personálu, časový limit“. Mezi další faktory chybějící pro realizaci preventivně edukačních intervencí uvedly způsob a metody edukace, nedostatečné prostředí a prostor, zájem a informovanost jak pacientů, tak personálu a nedostatek edukačních materiálů. Tyto reakce naznačují, že si sestry uvědomují zásady a intervence pro efektivní komunikaci i sebekritičnost v nedostatečném ovládnutí edukačních metod. Sestry vnímají jako bariéru edukační činnosti také to, že „často pacienti přicházejí pozdě pro zahájení prevence“. Zajímavým názorem je, že mezi zaznamenanými odpověďmi se objevil „chybějící odborník a specialista pro preventivní kardioprevenci“. Můžeme tomu rozumět tak, že se sestra-respondentka nepočítá za

odborníka nebo že sestry jako takové nepokládá za odborníky. Jak je možné, že se sestra nepokládá za odborníka ve své profesi? Nebo jí chybí znalosti a dovednosti k tomu, aby vedla edukaci?

Další možnou překážkou či nevýhodou pro realizaci edukační činnosti sestrou je způsob jejího financování pojišťovnou. Ve vyhlášce č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách [17], která v současnosti prochází změnami, je v paragrafu 2 uvedeno, že „v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění (kromě jiných onemocnění) a také na výskyt jiných rizikových faktorů“. Všeobecná sestra má pojišťovnou Edukační činnost pacientů zanesenou ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [18], ale ve vyhlášce č. 350/2015 Sb. [19] je zmínka pouze o edukaci na 15 minut pro sestry v domácí péči. Ani oslovené zahraniční sestry neuvedly, že by byla edukační činnost ve větší míře zohledňována platbami z pojišťoven. Příčinu také vidíme v tom, že sestra je historicky vnímána jako osoba pečující o nemocné a asistentka lékaře, nikoli jako profesionál pečující o zdravé jedince [20]. Přesto se jedná o hlavní změnu, na kterou byl kladen důraz při transformaci vzdělávání sester po roce 1989, jak je možné sledovat v prvních učebnicích a dokumentech vycházejících v té době [2, 3, 13]. Nejen z těchto zdrojů, ale i ze současných dokumentů čerpajících z Evidence Based Nursing [10, 21] a dobré praxe je nezbytné, aby sestry edukátorky byly specializovány, měly navcvičené a zažité edukační intervence – techniky a měly s nimi základní zkušenost. Pomocí edukačního procesu je možné snížit závislost klienta na zdravotních službách, snížit rehospitalizace a naopak zvýšit kvalitu a profesionalitu péče [10]. Edukační materiály musí obsahovat nejen informace a návody, ale také motivační a evaluační prvky [5]. O nich informují další autorky [4, 22] ve studijních materiálech pro všeobecné sestry. Ale bez osobního kontaktu sestry a klienta edukační činnost nemůže být nikdy efektivní.

Pokud chceme naplňovat doporučení Světové zdravotnické organizace či návrhy České kardiologické společnosti i její Národní kardiologický program a tím zefektivnit kardioprevenci, je nutná změna jak ve vzdělávání sester včetně jejich rolí, tak edukační činnosti, resp. konkrétních dovednostech toho procesu. Efektivní realizace kardioprevence v běžné praxi musí projít procesem změny jak systému, tak myšlení a tím postojů a následně také dovedností spočívajících především v efektivní komunikaci [10]. Na základě teoretických poznatků a provedených výzkumných šetření mnohých autorů [8, 9, 16, 23, 24, 25] je zřejmé, že do vzdělávání v kardioprevenci v České republice je nezbytné implementovat výuku edukačních dovedností (intervencí), a to především motivační terapeutické komunikace s nasloucháním, kladením otázek, kritického myšlení. Špirudová [10] i Dart [5] považují terapeutický motivační rozhovor za zásadní dovednost pro efektivitu edukační činnosti z toho důvodu, že dává prostor a je orientován na klienta, resp. na jeho potřeby [26]. Motivační rozhovor je popisován mnoha různými způsoby. Rollnik a Miller [15] v jedné ze svých mnoha publikací definují motivační rozhovor jako rozhovor, který je směrodatný, na pacienta

orientovaný poradenský styl vyvolávající změny chování tím, že pomáháme klientům hledat a řešit dvojakost – vnitřní rozpornost. Bredie et al. [27] provedli výzkum, z jehož závěrů vyplývá, že motivační rozhovor společně se sebehodnocením a profesionálním feedbackem (zpětnou vazbou) zásadně zvyšují efektivitu edukační činnosti v případě zaměřeném na odvykání kouření. Také výzkum Saffi et al. [7] potvrzuje účinnost systematického vedení poradenské činnosti sester. Teoretický podklad i statistické zpracování našich výsledků naznačuje vhodnost adekvátního vzdělání pro realizaci tohoto přístupu. V neposlední řadě odhalilo naše výzkumné šetření jako jeden ze zásadních nedostatků či bariér časový limit pro efektivní edukační činnost sestry v kardioprevenci.

Závěr

Sledování edukačního procesu v preventivní kardiologii používané sestrami přineslo výsledky naznačující nejen rozdíly a ambivalentnost, ale i rozpor teorie a praxe. Podstatný je také rozpor mezi požadavky na kardioprevenci v souvislosti s výskytem kardiovaskulárních onemocnění a možnostmi a podmínkami, které jsou k dispozici pro její realizaci jak ve finančním, tak personálním zabezpečení včetně vzdělání v této oblasti. Přestože vzdělání zaměřené na kardioprevenci absolvovala jen pětina sester z ordinací praktických lékařů, internistů, kardiologů a nemocničních oddělení, své působení v edukaci zaměřují na ovlivnitelné faktory vzniku kardiovaskulárních onemocnění a na to, jak zlepšit zdravotní stav. Nedostatek času evidentního z uvedené doby, kterou věnují edukaci jednoho pacienta, však probandí považují za dostatečný. Otevírá se otázka o efektivnosti poskytovaného edukačního procesu. Ten nespočívá jen v předání informací a rad, ale v hlubším terapeutickém edukačním rozhovoru, směřujícím k přijetí a realizaci změny ve prospěch zdraví a prevence kardiovaskulárních onemocnění. Proto za nejpodstatnější považujeme zjištění o nemožnosti realizovat edukační proces efektivně. Nabízí se doporučení ke zkvalitnění vzdělávání se zaměřením na dovednosti pro kardioprevenci, protože jak se prokázalo, vzdělání má vliv na efektivitu tohoto procesu.

Konflikt zájmů

Autorky prohlašují, že si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmu týkajícího se uvedeného příspěvku.

Poděkování

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu, který je podpořen z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 15-31000A. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

LITERATURA

- [1] Národní kardiovaskulární program. Česká kardiologická společnost; 2013. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/data/clanek/604/dokumenty/narodni-kardiovaskularni-program.pdf>
- [2] Salvage J. Ošetrovatelství v akci: Podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu „Zdraví pro všechny“. Translation Alena Strajtová. Praha: ČAS; 1997.
- [3] Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2000.
- [4] Magurová D, Majerníková L. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve. Martin: Osveta; 2009.
- [5] Dart MA. Motivational Interviewing in Nursing Practice. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers; 2011.
- [6] Mandysová P. Příprava na edukaci v ošetrovatelství. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií; 2016.
- [7] Saffi MAL, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2014;13(5):436–43. Doi: 10.1177/1474515113505396.
- [8] Adair J. Efektivní komunikace. Praha: Grada Publishing; 2004.
- [9] Stuart CC. Assessment, Supervision and Support in Clinical Practice. 3rd ed. London: Churchill Livingstone; 2005.
- [10] Špirudová L. Doprovázení v ošetrovatelství I: Pomáhající profese, doprovázení a systém podpory pro pacienty. Praha: Grada Publishing; 2015.
- [11] Astin F, Timmins F, Carroll DL, De Geest S, Martensson J. Education for nurses working in cardiovascular care: A European survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;13(6):532–40. Doi: 10.1177/1474515113514864.
- [12] Harbman P. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2014; 51(12):1542–56.
- [13] LEMON 5: Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno: IDVZP; 1997.
- [14] Šulistová R, Trešlová M. Pedagogika a edukační činnost v ošetrovateľskej péči. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta; 2012.
- [15] Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 1995;23(4):325–34. Doi: 10.1017/S135246580001643X.
- [16] Němcová J, Hlinková E a kol. Moderná edukácia v ošetrovatelstve. Martin: Osveta; 2010.
- [17] Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html
- [18] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html
- [19] Vyhláška MZČR č. 350/2015 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c350/2015-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-ministerstva-zdravotnictvi-c_11169_2439_11.html
- [20] Věstník MZČR: 9/2004 Metodické opatření, 9. koncepce ošetrovatelství. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html
- [21] Jarošová D, Zeleníková R. Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing. Praha: Grada; 2014.
- [22] Kuberová H. Didaktika ošetrovatelství. Translation Dagmar Pilařová. Praha: Portál; 2010.
- [23] Ogier ME. Working and Learning. 2nd ed. London: Scutari Press; 1994.
- [24] Závodná V. Pedagogika v ošetrovatelstve: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva. Martin: Osveta; 2005.
- [25] Kozierová B, Erbová G, Olivierová R. Ošetrovatelstvo. I. díl. Martin: Osveta; 1995.
- [26] Elwyn G, Dehlendorf Ch, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of family medicine* 2014;12(3):270–5.
- [27] Bredie SJH, Fouwels AJ, Wollersheim H, Schippers GM. Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: A randomized trial. *European Society of Cardiology* 2011. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.06.003.