

Valérie Tóthová, Ivana Chloubová, Radka Prokešová (eds)

Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii



Valérie Tóthová, Ivana Chloubová, Radka Prokešová (eds)

Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii / Valérie Tóthová, Ivana Chloubová, Radka Prokešová (eds). -- 1. vydání. -- Praha : Grada Publishing, 2019.

-- 160 stran

České a anglické resumé

ISBN 978-80-271-2197-7 (vázáno)

* 616.1 * 616.12 * 616-084 * 616-083 * (048.8:082)

– kardiovaskulární nemoci

– kardiologie

– prevence onemocnění

– ošetřovatelství

– kolektivní monografie

616 - Patologie. Klinická medicína [14]

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Valérie Tóthová, Ivana Chloubová, Radka Prokešová (eds)

VÝZNAM OŠETŘOVATELSTVÍ V PREVENTIVNÍ KARDIOLOGII

Kolektiv autorek: prof. MUDr. Věra Adámková, CSc.;
doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.; Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.;
Mgr. Helena Michálková, Ph.D.; Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.;
JUDr. Věra Prazmová, Ph.D.; Ing. Radka Prokešová, Ph.D.; Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.;
prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.; doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Recenzentky: doc. PhDr. Mária Boledovičová, PhD.;
doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2019
Cover Photo © depositphotos.com, 2019

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 7400. publikaci
Odpovědná redaktorka Zuzana Straková, *Zdravotně sociální fakulta JU
v Českých Budějovicích*
Sazba a zlom Jan Šístek
Počet stran 160
1. vydání, Praha 2019
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

**Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR
s reg. č. 15-31000A.**

Věškerá práva předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

ISBN 978-80-271-2412-1 (ePub)

ISBN 978-80-271-2386-5 (pdf)

ISBN 978-80-271-2197-7 (print)

Obsah

Úvod (<i>Valérie Tóthová</i>)	9
1 Metodologie, výběrové soubory, jejich reprezentativnost, charakteristika, zpracování dat a intervenční studie (<i>Sylva Bártlová</i>)	11
1.1 Metodologie	11
2 Význam ošetrovatelství v podpoře zdraví a preventivních činnostech (<i>Valérie Tóthová</i>)	19
2.1 Úvod	19
2.2 Podpora zdraví	19
2.3 Prevence	21
2.4 Modely podporující zdraví	23
2.5 Ošetrovatelský model Neumanové	25
2.6 Shrnutí	26
3 Prevence kardiovaskulárních chorob (<i>Věra Adámková</i>)	29
3.1 Úvod	29
3.2 Preventivní opatření	30
3.3 Odhad kardiovaskulárního rizika	30
3.4 Další rizikové faktory	33
3.5 Arteriální hypertenze	35
3.6 Nález hodnot rizikových faktorů v běžné populaci (vyšetření na ulici) ..	36
3.7 Doporučení k ovlivnění diabetu mellitu typu 2	36
3.8 Shrnutí	37
4 Pohybová aktivita jako jeden z nefarmakologických postupů v léčbě kardiovaskulárních chorob (<i>Ivana Chloubová</i>)	40
4.1 Úvod	40
4.2 Pohybová aktivita ve vztahu ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění	40
4.3 Edukace v oblasti pohybové aktivity	41
4.4 Fyzická aktivita a kardiovaskulární onemocnění	49
4.5 Shrnutí	51
5 Odvykání kouření v prevenci a léčbě kardiovaskulárních chorob (<i>Helena Michálková</i>)	54
5.1 Úvod	54
5.2 Charakteristika závislosti na tabáku	54
5.3 Kouření a kardiovaskulární onemocnění	55
5.4 Situace v České republice	55
5.5 Pasivní kouření	57
5.6 Důvody kouření	59

5.7	Diagnostika závislosti na tabáku	61
5.8	Léčba závislosti na tabáku	61
5.8.1	Farmakologická léčba závislosti na tabákových výrobcích	62
5.8.2	Nefarmakologická léčba závislosti na tabáku	63
5.9	Shrnutí	66
6	Úloha výživy v prevenci a léčbě kardiovaskulárních chorob	
	<i>(Věra Olišarová)</i>	70
6.1	Úvod	70
6.2	Stravovací návyky ve vztahu k výskytu kardiovaskulárních onemocnění	70
6.3	Výživová doporučení ve vztahu k prevenci kardiovaskulárních onemocnění	75
6.4	Jídlo jako kompenzace stresu a potravní chování	81
6.5	Doporučení pro praxi v oblasti výživy a její hodnocení	83
6.6	Shrnutí	86
7	Stres jako ovlivnitelný rizikový faktor v kardioprevenci	
	<i>(Helena Michálková)</i>	90
7.1	Úvod	90
7.2	Definice stresu	90
7.3	Situace v České republice	91
7.4	Stres a kardiovaskulární onemocnění	91
7.5	Zvládání stresové zátěže	93
7.6	Psychosociální faktory	94
7.7	Edukační činnost zdravotníků v oblasti stresové zátěže	96
7.8	Intervence sestry v oblasti stresové zátěže	98
7.9	Shrnutí	99
8	Zdravotní poradenství v preventivní kardiologii <i>(Marie Trešlová)</i>	102
8.1	Úvod	102
8.2	Podmínky k realizaci edukačního procesu	104
8.3	Proces změny	107
8.4	Komunikace a motivace	108
8.5	Shrnutí	110
9	Intervence řízené sestrou v preventivní kardiologii – možnosti uplatnění sestry v individuální či skupinové intervenci <i>(Lenka Šedová)</i> ..	113
9.1	Úvod	113
9.2	Intervence ve změně životosprávy v kardioprevenci	113
9.3	Vymezení pojmů pro realizaci poradenské intervence v kardioprevenci	115
9.4	Průběh intervencí	119
9.4.1	Individuální intervence	119
9.4.2	Poradenská skupina v kardioprevenci	120
9.5	Výsledky intervencí	122
9.6	Shrnutí	125

10	Vybrané socioekonomické aspekty v kontextu preventivních intervencí a léčby kardiovaskulárních onemocnění (<i>Radka Prokešová</i>)	129
10.1	Úvod	129
10.2	Souvislost výše finančních prostředků investovaných do doplňků stravy se socioekonomickými faktory	130
10.3	Souvislost výše finančních prostředků investovaných do sportovních aktivit se socioekonomickými faktory	132
10.4	Souvislost výše finančních prostředků investovaných do poradenských služeb v oblasti zdravého životního stylu se socioekonomickými faktory	136
10.5	Souvislost výše finančních prostředků investovaných do poradenských služeb v oblasti odpočinkových a relaxačních aktivit se socioekonomickými faktory	138
10.6	Souvislost výše finančních prostředků vynakládaných na léčbu onemocnění srdce a cév s vybranými socioekonomickými faktory	140
10.7	Shrnutí	144
11	Strategie využití intervenčních postupů vedených sestrou v preventivní kardiologii (<i>Lenka Šedová, Věra Olišarová, Radka Prokešová, Věra Pražmová, Valérie Tóthová</i>)	148
11.1	Úvod	148
11.2	Současný stav edukace	148
11.3	Experimentální intervence – klíčové výsledky	149
11.4	SWOT analýza intervenčních postupů v preventivní kardiologii vedené sestrou	151
	Závěr (<i>Valérie Tóthová</i>)	155
	Souhrn	156
	Summary	157

Úvod

Valérie Tóthová

Kardiovaskulární choroby patří k hlavním příčinám úmrtí nejen v mnoha vyspělých zemích, ale i v zemích rozvojových (Adámková, 2010). Ani Česká republika není výjimkou, neboť i u nás patří tato choroba nejen mezi hlavní příčiny úmrtí, ale je i hlavním důvodem hospitalizací (ÚZIS ČR, 2017).

Kardiovaskulární onemocnění jsou obecně důsledkem působení kombinace několika rizikových faktorů, které mohou být ovlivnitelné a neovlivnitelné. Na ovlivnitelné faktory bychom měli působit v rámci preventivních činností. Prevence kardiovaskulárních onemocnění je celoživotní proces, který by se měl dotýkat všech jedinců v celé populaci (Rosolová a kol., 2013). Jedinec by si měl uvědomovat, které rizikové faktory mohou ovlivnit jeho zdraví. Důležité je tedy jeho zdravotní uvědomění a zodpovědnost za své zdraví (Bergman et al., 2011).

V současné době sice existuje velmi hustá síť kardiocenter, ale je nutné zdůraznit, že nevěnujeme dostatečnou pozornost realizaci edukačně-intervenčních programů. Tyto programy by měly být realizovány nelékařskými pracovníky, zejména sestrami, a měly by být zaměřeny na rizikové osoby a osoby léčící se s kardiovaskulárním onemocněním v rámci následné péče. Významným edukačním potenciálem jsou tedy v preventivní kardiologii bezesporu sestry, které by takové programy pod záštitou lékařů mohly realizovat. Efektivní edukace sestrou vede klienta ke zvládnání schopností i dovedností, které souvisejí s jeho nemocí včetně změny životního stylu. Klient se musí naučit monitorovat a vyhodnotit své vlastní podmínky a ovlivňovat kognitivní, emoční i behaviorální reakce nezbytné pro udržení uspokojivé kvality svého života.

Sestrou řízenou preventivní intervencí v oblasti úpravy rizikových faktorů životního stylu sledovali a prokazovali výzkumníci v několika mezinárodních studiích. Tato skutečnost nás vedla k přípravě projektu pod názvem „Intervenční postupy v preventivní kardiologii“. Realizaci výzkumu finančně podpořila Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky. Projekt byl přijat k řešení v květnu 2015 a práce na něm skončily v prosinci 2018.

Hlavní navrhovatelkou projektu za Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (dále ZSF JU) byla prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., spolunavrhovatelkou za Institut klinické a experimentální medicíny byla prof. MUDr. Věra Adámková, CSc. Dalšími odbornými pracovníky za ZSF JU se staly: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.; Mgr. Ivana Chloubová Ph.D.; Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.; Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Ing. Radka Prokešová, Ph.D.; doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.; a Mgr. Helena Michálková, Ph.D. Výsledky výzkumného projektu se staly podkladem pro sestavení této monografie.

Struktura předkládané monografie vychází z rámce zadání projektu. Po úvodní části následuje metodologie, popis výběru cílové skupiny a její charakteristika. V závěru této kapitoly je uveden postup sběru a zpracování dat.

V následující kapitole je popsán význam ošetřovatelství v podpoře zdraví a v preventivních činnostech. Krátce jsou charakterizovány i modely, které jsou zaměřené

na zdraví. Podrobněji je zde rozebrán systémový model Betty Neumanové, který lze využít v rámci primární prevence v oblasti veřejného zdravotnictví i v rámci komunity. Třetí kapitola je zaměřena na prevenci kardiovaskulárních chorob. Důraz je zde položen na komplexní preventivní péči, která je poskytována pacientům v ambulanci preventivní kardiologie. Poukázáno je rovněž na nutnost dodržování nejenom farmakologických, ale i nefarmakologických doporučení. Vyzdvížena je i nutnost znalosti preventivních programů v kardiovaskulární problematice, které jsou důležitou součástí postgraduální výchovy kardiologů.

Kapitoly 4, 5, 6, 7 uvedou čtenáře do problematiky nefarmakologických postupů v léčbě kardiovaskulárních chorob. Z ovlivnitelných faktorů jsou zde popsány pohybové aktivity, kouření, stravovací návyky a stres.

Osmá kapitola se zabývá poradenstvím v oblasti preventivní kardiologie se zaměřením na zajištění efektivitvy poradenské činnosti a popisuje význam zapojení sester v rámci využití nefarmakologických intervencí.

Následující kapitola se věnuje způsobům, jimiž může sestra realizovat intervence individuálního nebo skupinového charakteru v praxi.

Předposlední kapitola nese název „Vybrané socioekonomické aspekty v kontextu preventivních intervencí a léčby kardiovaskulárních onemocnění“. Je zde poukázáno na výsledky výzkumu, které komplexně prokázaly statisticky významné souvislosti mezi výší finančních prostředků vynakládaných obyvateli České republiky v průměru za měsíc do aktivit ovlivňujících jak prevenci, tak i léčbu kardiovaskulárních onemocnění ve vybraných socioekonomických souvislostech (s jejich vzděláním, zaměstnáním, rodinným stavem, místem bydliště apod.). Tato zjištění poskytují cenné informace, které lze prakticky využít zejména pro zefektivnění prevence kardiovaskulárních onemocnění.

Výsledky výzkumu přispěly i ke zpracování poslední kapitoly, a to „Strategie využití intervenčních postupů vedených sestrou v preventivní kardiologii“.

Monografie je určena sestrám, studentům a všem odborníkům i zájemcům o preventivní činnost v kardiologii. Měla by pomáhat všem v pochopení významu ošetřovatelství, resp. sester v primární, sekundární a terciární prevenci.

Literatura

1. Adámková, V. (2010). Civilizační choroby – žijeme spolu. Praha: Triton.
2. Bergman, H. E., Reeve, B. B., Moser, R. P., Scholl, Klein, W. M. P. (2011). Development of a comprehensive heart disease knowledge questionnaire. *Am J Health Educ* 42(2): 74–87.
3. Rosolová, H., a kol. (2013). Preventivní kardiologie. Praha: Axonite.
4. ÚZIS ČR (2017). Zdravotnická ročenka 2016. Praha: ÚZIS ČR.

1 Metodologie, výběrové soubory, jejich reprezentativnost, charakteristika, zpracování dat a intervenční studie

Sylva Bártlová

1.1 Metodologie

Výzkum byl realizován v rámci grantového projektu „Intervenční postupy v preventivní kardiologii“ a byl zaměřen na edukační roli sestry v preventivní kardiologii a realizaci preventivních intervencí. Šlo o realizaci preventivní intervence v úpravě ovlivnitelných rizikových faktorů, a to u osob, které jsou vysoce rizikové ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění, a u pacientů, kteří se již pro kardiovaskulární onemocnění léčí. Smyslem projektu bylo realizovat krátkodobé i dlouhodobé intervence řízené sestrou v primární i sekundární prevenci.

Hlavním cílem projektu bylo sledovat probíhající edukaci z pohledu tří hlavních aktérů v systému zdravotní péče, tj. z pohledu lékařů, sester a občanů. Dále popsat edukaci občanů a stanovit nejčastější nedostatky a bariéry, které brání efektivnímu nastavení kardiopreventivní edukace v praxi. Z popisu této reality byla sestavena a realizována krátkodobá i dlouhodobá preventivní intervence řízená sestrou.

Výzkum probíhal v několika fázích. V rámci projektu byl realizován kvantitativní výzkum lékařů, sester a občanů ČR.

Hlavním cílem výzkumného šetření u lékařů a sester bylo zjistit, jaká je úroveň prevence kardiovaskulárních onemocnění v práci lékařů a sester, v čem spočívají největší rezervy z pohledu lékařů a sester a jaké jsou představy o zvýšení účinnosti této prevence z pohledu uvedených cílových skupin. Hlavním záměrem této části výzkumu bylo zmapovat současný stav v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění z hlediska lékařů a sester. Terénní šetření u lékařů a sester bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu. Výzkum byl anonymní, účast v něm byla dobrovolná, vlastní šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky.

Ke sběru dat u lékařů a sester byly využity nestandardizované dotazníky, které byly konstruovány s cílem zhodnotit edukaci – jejich prostřednictvím byl sledován proces edukace, smyslem bylo též odhadnout časovou náročnost realizované zdravotně výchovné intervence, popsat rozsah a obsah edukace včetně bariér.

Hlavním cílem výzkumného šetření občanů bylo zjistit, jaká je úroveň prevence kardiovaskulárních onemocnění, dále v čem spočívají největší rezervy z pohledu občanů a jaké jsou představy o zvýšení účinnosti této prevence z pohledu cílové skupiny.

Cílem tohoto šetření bylo zjistit, jak občané ČR ve věku 40 a více let vnímají postupy uplatňované v rámci prevence kardiovaskulárních onemocnění a jak jsou do těchto postupů začleněni. V rámci výzkumu byly sledovány konkrétní formy a obsah edukace v této oblasti i postupy lékařů a sester, uplatňované v rámci prevence onemocnění srdce a cév z hlediska hodnocení občanů. Zjišťovány byly rovněž rizikové faktory v jednotlivých oblastech životního stylu občanů.

Ke sběru dat u občanů byla využita kombinace nestandardizovaného dotazníku. Nestandardizovaný dotazník byl konstruován s cílem zhodnotit edukaci a jeho prostřednictvím byla sledována edukace z pohledu občanů. Kromě demografických údajů a hodnocení edukace byl dotazník zaměřen i na zjištění názorů občanů na faktory ovlivňující vznik a průběh onemocnění srdce a cév.

Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Respondenti byli předem informováni o cílech výzkumu a seznámeni s tazatelským archem. Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé České republice v období od 1. dubna do 20. dubna 2016 a neobsahovalo žádné sporné etické otázky. Odmítnutí odpovědí na jednotlivé otázky nepřekročilo hladinu statistické významnosti.

Další částí výzkumu byla intervenční studie, jejímž smyslem bylo prokázat vliv zdravotní edukace řízené sestrou na změnu chování (v odvykání kouření, stravování, fyzické aktivitě).

Intervencí pro účely tohoto projektu byl myšlen zásah nebo aktivita zaměřená na ovlivnění určitého stavu nebo situace – pro případy tohoto projektu šlo o změnu ovlivnitelných rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob – cíleně vyvinutou aktivitu poradce – sestry.

Cílová skupina – výběr a počet respondentů

V rámci výzkumu bylo do výběrového souboru zařazeno 1 000 lékařů a 1 000 sester. Tito respondenti byli vybíráni kvótním výběrem. Parametry výběrového souboru lékařů a sester byly konstruovány na základě údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky při Ministerstvu zdravotnictví ČR platných k 31. 12. 2013.

Další výběrový soubor tvořilo 1 992 občanů. Respondenti byli vybíráni kvótním výběrem. Parametry výběrového souboru občanů byly konstruovány na základě údajů Českého statistického úřadu platných k 31. 12. 2014.

Výběrový soubor lékařů, jeho reprezentativnost a ostatní charakteristiky

Ve výzkumu lékařů bylo v rámci terénního šetření tazateli osloveno celkem 1 219 náhodně vybraných lékařů s žádostí o rozhovor. Rozhovor odmítlo poskytnout 219 lékařů, tj. 18,0 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1 000 respondentů, tj. 82,0 % oslovených.

Výběrový soubor lékařů tvořili praktičtí lékaři pro dospělé, lékaři internisté a lékaři kardiologové, pracující v ambulancích. Vzhledem k tomu, že neexistují údaje o vnitřní struktuře těchto skupin lékařů z hlediska pohlaví a věku, byly parametry tohoto výběrového souboru odvozeny od základního souboru všech lékařů v ČR. Výběrový soubor lékařů byl konstruován tak, aby svou strukturou odpovídal složení základního souboru z hlediska regionů (krajů), pohlaví, věku a oboru (praktický lékař pro dospělé,

internista, kardiolog). Tyto znaky byly určeny jako reprezentativní. Celkem tvoří výběrový soubor 1 000 lékařů.

Z hlediska pohlaví tvoří soubor 43,2 % lékařů a 56,8 % lékařek, což odpovídá analogické skladbě základního souboru. Z hlediska relativních četností nebyla zjištěna odchylka výběrového souboru od základního souboru, což znamená, že výzkum je reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska pohlaví.

Věkové skupiny v kombinaci se skupinami dle pohlaví jsou ve výběrovém souboru zastoupeny procentně takto:

U mužů: ve věkovém rozmezí 50–59 let je zastoupení 12,5 %; ve věkovém rozmezí 60–69 let 9,8 %, ve věkové skupině 40–49 let 8,3 %; ve věkové skupině 30–39 let 7,0 %, ve věkové skupině do 29 let a 70 a více let 2,8 %. U žen: ve věkovém rozmezí 50–59 let je zastoupení 16,6 %; ve věkovém rozmezí 40–49 let 11,4 %; ve věkovém rozmezí 60–69 let 10,6 %; ve věkovém rozmezí 30–39 let 9,5 %; ve věkovém rozmezí do 29 let 5,9 % a ve věkovém rozmezí 70 a více let 2,8 % žen. Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,4 %. Lze říci, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro jednotlivé věkové skupiny lékařů České republiky.

Složení výběrového souboru lékařů dle lékařského oboru bylo následující: praktických lékařů pro dospělé bylo ve výběrovém souboru 54,7 %, lékařů s odborností ve vnitřním lékařství 36,4 % a lékařů s odborností v kardiologii 8,9 %. Ve srovnání se strukturou základního souboru nepřesahuje odchylka 0,2 %. Výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro praktické lékaře pro dospělé, internisty a kardiology v ČR.

Při konstruování výběrového souboru byl za základní ukazatel reprezentativnosti vzat počet lékařů v jednotlivých krajích ČR. Kraje byly definovány na základě administrativního členění platného od 1. 1. 2001. V rámci výzkumu byli osloveni lékaři ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru. Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka 0,2 %. Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska jednotlivých krajů.

Ostatní charakteristiky výběrového souboru lékařů nesplňují požadavky na reprezentativnost, nicméně umožňují jeho popis prostřednictvím dalších znaků. Patří mezi ně vzdělání a znaky, charakterizující lékaře z profesního hlediska. Přesto jsou charakteristiky výběrového souboru v monografii uváděny, neboť umožňují soubor lépe popsat. Statisticky významné souvislosti, které byly v rámci testování těchto znaků zjištěny, je však třeba interpretovat jako tendence.

Z hlediska nejvyššího dokončeného vzdělání je soubor lékařů strukturován následujícím způsobem. Lékaři s první atestací 43,2 %, s druhou atestací 51,6 % a bez atestace 5,2 %. Z hlediska vzdělání jsou ve výběrovém souboru nejvíce zastoupeni lékaři s druhou atestací (51,6 %).

Jiným znakem, charakterizujícím výběrový soubor lékařů z profesního hlediska, je typ pracoviště, na kterém lékaři pracují. Převážnou část výběrového souboru (54,8 %) tvoří lékaři působící v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Zastoupení lékařů působících v ambulancích jednotlivých typů nemocnic je poměrně vyvážené.

Poslední z profesních charakteristik, které byly u výběrového souboru lékařů zjišťovány, byla celková délka jejich praxe ve zdravotnictví. Ve výběrovém souboru je zastoupeno nejvíce lékařů s celkovou délkou lékařské praxe od 11 let výše (71,8 %). Nejméně je naopak zastoupena skupina lékařů s nejmenší praxí do 2 let (4,9 %).

Charakteristiky výběrového souboru lékařů, které nesplňují požadavky na reprezentativnost (vzdělání a znaky charakterizující lékaře z profesního hlediska) jsou v rámci

matematicko-statistické analýzy testovány z hlediska jejich souvislostí s ostatními znaky. Zjištěné statisticky významné souvislosti však lze interpretovat pouze jako tendence.

Výběrový soubor sester, jeho reprezentativnost a ostatní charakteristiky

Ve výzkumu sester bylo v rámci terénního šetření tazateli osloveno celkem 1 190 náhodně vybraných sester s žádostí o rozhovor k problematice preventivního působení v rámci kardiovaskulárního onemocnění. Rozhovor odmítlo poskytnout 190 sester, tj. 16,0 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1 000 respondentů, tj. 84,0 % oslovených.

Do výběrového souboru sester byly zařazeny sestry pracující v ordinaci praktických lékařů pro dospělé a v ambulancích internistů a kardiologů. Vzhledem k tomu, že neexistují údaje o vnitřní struktuře těchto skupin sester z hlediska věku, byly parametry tohoto výběrového souboru odvozeny od základního souboru všech sester v ČR. Výběrový soubor sester byl konstruován tak, aby svou strukturou odpovídal složení základního souboru z hlediska regionů (krajů), věku a oboru – místa vykonávání povolání (ordinace praktického lékaře pro dospělé, interní či kardiologická ambulance). Tyto znaky byly určeny jako reprezentativní. Výběrový soubor tvoří celkem 1 000 sester.

Významným znakem sociodemografického charakteru, který byl určen jako reprezentativní, byl věk sestry: 29,9 % sester bylo ve věkovém rozmezí 30–39 let, ve věkovém rozmezí 40–49 let bylo 27 % sester; 23,1 % ve věkovém rozmezí 50–59 let; 12,4 % ve věku do 29 let; 7,1 % ve věkovém rozmezí 60–69 let a 0,5 % ve věkovém rozmezí 70 a více let. Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,2 %.

Složení výběrového souboru sester dle oboru – místa působení: v ordinaci praktických lékařů pro dospělé působí 54,7 % sester, v ambulancích internistů 36,3 % sester a v ambulancích kardiologů či kardiologických oddělení 9,0 % sester.

Rovněž výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro sestry působící v ordinacích praktických lékařů pro dospělé, v ambulancích internistů či interních oddělení a v ambulancích kardiologů či kardiologických oddělení v ČR. Ve srovnání se strukturou základního souboru nepřesahuje odchylka 0,1 %.

Při konstruování výběrového souboru byl za základní ukazatel reprezentativnosti vzat rovněž počet sester v jednotlivých krajích ČR. Kraje byly definovány na základě administrativního členění platného od 1. 1. 2001. V rámci výzkumu byly osloveny sestry ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru. Závěry výzkumu jsou rovněž reprezentativní pro sestry České republiky z hlediska jednotlivých krajů. Lze konstatovat, že odchylka od základního souboru nepřesahuje 0,1 %.

Ostatní znaky sociodemografického a profesního charakteru, které byly v rámci výzkumu u sester sledovány, nebyly určeny jako reprezentativní, neboť v rámci informačních systémů v ČR nejsou vedeny jiné údaje o základním souboru sester. Přesto jsou charakteristiky výběrového souboru v následujícím textu uváděny, neboť umožňují soubor lépe popsat. Statisticky významné souvislosti, které byly v rámci testování těchto znaků zjištěny, je však třeba interpretovat jako tendence.

K základním demografickým charakteristikám výběrového souboru, které byly v rámci výzkumu sledovány, patří pohlaví respondentů. Z hlediska pohlaví bylo do výběrového souboru zařazeno 2,2 % mužů a 97,8 % žen. Naprostá převaha žen v České republice je v této profesi evidentní.

Více než polovina dotázaných sester uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu. Vyšší odborné vzdělání dosáhlo 24,2 % dotázaných, bakalářské vzdělání má 18,9 % sester. Zbývajících 4,3 % má vzdělání magisterské, jiné vzdělání (zpravidla dvouleté nadstavbové studium po maturitě) uvedlo 0,6 % dotázaných.

Další sledovaný znak charakterizuje výběrový soubor sester z hlediska specializačního vzdělání. Většina sester (82,5 %) uvedla, že nemá specializační vzdělání.

Převážnou část výběrového souboru tvoří sestry působící v ordinaci praktického lékaře pro dospělé (55,0 %) a v ordinacích specialistů (24,5 %). Zastoupení sester působících v ambulancích jednotlivých typů nemocnic je poměrně vyvážené.

Ukazatelem stabilizace v povolání a zároveň mírou zkušeností s profesí je délka praxe ve zdravotnictví. Ve výběrovém souboru je zastoupeno nejvíce sester s celkovou délkou praxe ve zdravotnictví od 11 let výše (64,7 %). Nejméně je naopak zastoupena skupina sester s nejmenší praxí do 2 let (3,2 %).

Charakteristiky výběrového souboru sester, které nespĺňují požadavky na reprezentativnost, jsou v rámci matematicko-statistické analýzy testovány z hlediska jejich souvislostí s ostatními znaky. Zjištěné statisticky významné souvislosti však lze interpretovat pouze jako tendence.

Výběrový soubor občanů, jeho reprezentativnost a ostatní charakteristiky

Ve výběrovém vzorku občanů bylo v rámci terénního šetření tazatelé osloveno celkem 2 306 náhodně vybraných občanů s žádostí o rozhovor. Rozhovor odmítlo poskytnout 314 občanů, tj. 13,6 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1 992 občanů, tj. 86,4 % oslovených.

Výběrový soubor občanů byl konstruován tak, aby svou strukturou odpovídal složení všech občanů ČR z hlediska regionů (krajů), pohlaví a věku. Tyto znaky byly určeny jako reprezentativní. Výběrový soubor tvoří celkem 1 992 občanů. Tito respondenti byli vybíráni kvótním výběrem. Parametry výběrového souboru občanů byly konstruovány na základě údajů Českého statistického úřadu platných k 31. 12. 2014.

Úvodní část výzkumu byla zaměřena na identifikaci některých charakteristik zdravotního stavu (prodělané choroby, ukazatel BMI), vztah občanů k prevenci i jejich subjektivní hodnocení vlastního fyzického a psychického zdraví.

Z hlediska pohlaví tvoří soubor 937 (47,0 %) mužů a 1 055 (53,0 %) žen, což odpovídá analogické skladbě občanů ČR ve věku 40 let a více. Z hlediska relativních četností činí odchylka výběrového souboru od základního souboru 0,1 %. Výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro občany České republiky z hlediska pohlaví.

Věkové skupiny občanů v kombinaci se skupinami dle pohlaví jsou následující: muži ve věkové skupině 40–49 let tvoří 14,3 %, ve věkové skupině 50–59 let 12,1 %, ve věkové skupině 60–69 let 11,9 %, ve věkové skupině 70–79 let 6,3 %, ve věkové skupině 80 a více let 2,4 %.

Ženy ve věkové skupině 40–49 let tvoří 13,8 %, ve věkové skupině 50–59 let 12,3 %, ve věkové skupině 60–69 let 13,6 %, ve věkové skupině 70–79 let 8,4 %, ve věkové skupině 80 a více let 4,9 %.

Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,2 %. Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro jednotlivé věkové skupiny občanů ČR ve věku 40 a více let.

K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných slouží členění dle krajů ČR, platné od roku 2001. Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální

odchylka 0,7 %. Výsledky výzkumu jsou tedy reprezentativní pro občany ČR z hlediska pohlaví, věku i regionu.

Ostatní charakteristiky výběrového souboru občanů nesplňují požadavky na reprezentativnost, nicméně umožňují jeho popis prostřednictvím dalších znaků. Patří k nim vzdělání, rodinný stav, velikost místa bydliště a zaměstnání.

Podle dosaženého vzdělání byly osoby účastníci se výzkumu rozděleny na respondenty se základním vzděláním, vyučené (střední vzdělání bez maturity), středním vzděláním s maturitou, vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním. Z hlediska vzdělání jsou ve výběrovém souboru nejvíce zastoupeni vyučení občané (36,9 %) a občané se středoškolským vzděláním (34,1 %).

Respondenti byli dle rodinného stavu zařazováni do kategorií: svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdova/vdovec a druh/družka. Z hlediska rodinného stavu jsou ve výběrovém souboru nejvíce zastoupeni ženatí (vdané) občané (60,1 %).

Dotazovaní účastníci výzkumu byli rozděleni podle velikosti obce, ve které žijí, do těchto kategorií obcí: do 1 000 obyvatel, 1 001 až 5 000 obyvatel, 5 001 až 20 000 obyvatel, 20 001 až 100 000 obyvatel a nad 100 000 obyvatel. Z hlediska složení výběrového souboru občanů dle velikosti místa bydliště je rozložení poměrně rovnoměrné a zastoupení jednotlivých obcí dle velikosti je vyvážené.

Dle uvedeného hlavního zaměstnání byli respondenti rozděleni do kategorií: pracující v zaměstnaneckém poměru, soukromý podnikatel, starobní důchodce, invalidní důchodce, nezaměstnaný déle než 6 měsíců a jiné. Z hlediska povolání jsou ve výběrovém souboru nejvíce zastoupeni občané v zaměstnaneckém poměru (48,4 %) a starobní důchodci (33,8 %).

Dále bylo zjišťováno, jaké finanční prostředky za měsíc vynakládají respondenti v souvislosti s prevencí a léčbou kardiovaskulárních onemocnění, a to na třístupňové škále 0 až 500 Kč, 501 až 1 000 Kč a nad 1 000 Kč.

Výše uvedené charakteristiky výběrového souboru občanů, které nesplňují požadavky na reprezentativnost (vzdělání, rodinný stav, velikost místa bydliště a povolání), jsou v rámci matematicko-statistické analýzy testovány z hlediska jejich souvislostí s ostatními znaky. Zjištěné statisticky významné souvislosti však lze interpretovat vzhledem k tomu, že nesplňují požadavky na reprezentativnost, pouze jako tendence.

Zpracování dat

Sběr dat byl zabezpečován profesionálními tazateli Institutu pro studium zdraví a životního stylu v celé České republice. Do výzkumu bylo zapojeno 582 tazatelů Institutu pro studium zdraví a životního stylu z celé České republiky, kteří byli před zahájením výzkumu podrobně instruováni.

Každý vyplněný tazatelský arch prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby a úplnost a věrohodnost vyplnění. Vyřazeny byly tazatelské archy s nefunkčními logickými vazbami a neúplně vyplněné (zpravidla ty, u kterých respondent odmítl odpovídat na otázky a rozhodl se předčasně ukončit rozhovor a část tazatelského archu tak zůstala nevyplněná).

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.4.12 (Statistical Analysis of Social Data). Zpracován byl 1. stupeň třídění 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. Na základě této analýzy byla provedena interpretace dat a zpracovány příslušné tabulky a grafy.

Předpokladem aplikace statistických testů bylo určit, jaké je rozdělení jednotlivých veličin zjištěných v rámci pozorování. Z tohoto důvodu byly aplikovány jak parametrické, tak i neparametrické testy. K testování normality rozložení byl u obou typů dotazníků aplikován Kolmogorovův–Smirnovův test a Shapirův–Wilkův test. V souladu s požadovanou metodologií vyhodnocování dat byly otázky začleněny do jednotlivých domén a vypočítány jejich střední hodnoty. Následující testování rozdílů výsledků pre-testu a post-testu zjišťovalo, zda se jedná o rozdíly statisticky významné. K tomuto testování byl aplikován jak neparametrický Wilcoxonův párový test (Wilcoxon Signed Ranks Test), tak párový *T*-test (Paired Samples *T*-test).

Intervenční studie

Na základě zjištěných dat byly koncipovány individuální a skupinové intervenční programy vedené sestrou, které byly určeny jedincům ve zvýšeném riziku onemocnění kardiovaskulárního systému i osobám, jež se s kardiovaskulárním onemocněním již léčí. Smyslem intervenční části výzkumu bylo prokázat vliv zdravotní edukace řízené sestrou na změnu chování (v odvykání kouření, stravování, fyzické aktivitě).

Intervence byly realizovány dle předem připraveného schématu. Individuální intervence (krátkodobá) a skupinová intervence (dlouhodobá) se lišily dobou trvání, počtem setkávání a počtem klientů. Obsahově byly zaměřeny na ovlivnitelné rizikové faktory: kouření (tabákovou závislost), fyzickou aktivitu, stravu a stresovou zátěž.

Individuální – krátkodobá intervence byla vedená sestrou. Schéma těchto intervencí bylo založeno na principu krátkých intervencí, které lze definovat jako postupy vedoucí k odhalení rizikového chování, jeho dopadu a k efektivnímu využití prvků motivace k aktivní nápravě. Krátká intervence je založena na kvalitě naslouchání, empatickém a podporujícím přístupu. Účastníci, kteří podstupovali tuto intervenci, byli indikováni odbornými lékaři. Celkem tuto intervenci podstoupilo 76 probandů, kteří se léčí pro kardiovaskulární choroby. Při vstupu do intervence byli probandi seznámeni s průběhem intervence, dále byli poučeni o dobrovolnosti ve studii. První a poslední setkání proběhlo na pracovišti, na kterém bylo možné hodnotit zdravotní stav pacienta. K posouzení byla odebrána žilní krev (po osmihodinovém lačnění) k analýze krevních tuků – celkového cholesterolu, HDL a LDL cholesterolu, triglyceridů a glykemie. Dále u probandů následovalo antropometrické měření – stanovení tělesné váhy, výšky, výpočet BMI, celkového tuku, obvodu pasu. Během prvního setkání sestra (členka řešitelského týmu) vedla anamnestický rozhovor o stávajícím životním stylu s ohledem na rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Součástí bylo též vyhodnocení anamnézy. Podle zájmu a potřeb probanda byla další intervence zaměřena již specificky. Účastník si se sestrou stanovili konkrétní reálné cíle, které měly směřovat k úpravě životosprávy. Účastníci, kteří procházeli individuální intervencí, měli možnost využití konzultací u nutričního specialisty, fyzioterapeuta, psychologa a lékaře. Využití těchto konzultací bylo dáno vždy zájmem a potřebou probanda, nebylo však nutností. Frekvence dalších konzultací se sestrou již zůstávala v rozhodnutí samotného probanda. Během 8–12 týdnů však musely proběhnout dvě fyzické návštěvy na našem pracovišti. Během těchto návštěv sestra konzultovala s probandem stanovený plán, proband měl možnost konzultovat problémy nebo úspěchy, s nimiž se v rámci plnění svých cílů potýkal. Během konzultací sestra využívala motivačních rozhovorů. K edukaci účastníků využívala sestra

podpůrných materiálů a aktivizačních pomůcek (odborné knihy, tiskoviny, sporttestery apod.), které zapůjčovala probandům nebo pomocí nichž je sestra názorně edukovala. Účastníci mohli k lepší orientaci a k záznamu dílčích výsledků využít Pracovní sešit (viz kapitola 9 – Intervence řízené sestrou v preventivní kardiologii – ukázka Deníku). Ukončení intervence proběhlo po 8–12 týdnech. Sestra během posledního setkání vedla anamnestický rozhovor, využívala reflektivních a motivačních prvků. Součástí posledního setkání bylo též zhodnocení vybraných antropometrických měření, dále odběr žilní krve na rozbor krevních tuků.

Skupinová intervence byla plánovaná na 12 pravidelných setkání cca po týdnů v Centru prevence civilizačních chorob ZSF JU a IKEMu. Do skupinové intervence byli účastníci vybraní odbornými lékaři. Během řešení projektu byly zrealizovány 4 kurzy a v každém kurzu bylo 8 účastníků. Jeden kurz trval 12 týdnů – průběh a harmonogram je popsán v kapitole 9 – Intervence řízené sestrou v preventivní kardiologii. Probandi vstupující do kurzu byli seznámeni s průběhem, jejich účast byla dobrovolná a měli možnost kdykoli intervenci ukončit. Na začátku i na konci intervence proběhlo antropometrické zhodnocení fyzioterapeutem. Každé setkání bylo vedeno sestrou a dalším odborníkem. Součástí setkání byly vedené reflexe, cvičební jednotka zdravotní tělesné výchovy. Během kurzu sestry využily řadu aktivizačních pedagogických metod, k reflexi byl využit Pracovní sešit.

Na počátku každé intervence bylo realizováno vstupní vyšetření, při kterém byly změřeny základní zdravotní ukazatele. Z antropometrických hodnot byla stanovena hmotnost s využitím váhy SECA 813, výška s využitím skládacího výškoměru SECA 213 a následně byl vypočten index tělesné hmotnosti (BMI); hodnoty obvodu pasu byly stanoveny páskovou mírou; obsah tělesného tuku byl měřený tukoměrem OMRON BF 306. Dále byl změřen krevní tlak za pomoci tlakoměru a byla změřena hodnota náhodně zachycené glykemie z kapilární krve (měřeno glukometrem One Touch Verio). Byl proveden odběr žilní krve za účelem zjištění hodnot HDL, LDL cholesterolu, celkového cholesterolu a triglyceridů. Sestra dále odebírala anamnézu se zaměřením na rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Součástí vstupního vyšetření bylo také posouzení kardiometabolického stavu účastníka. Na základě zjištěných údajů byly vedeny jednotlivé intervence se zaměřením na úpravu v oblasti výživy (ve spolupráci s nutričním terapeutem), pohybu (ve spolupráci s fyzioterapeutem), prevence stresu a zanechání kouření (ve spolupráci s psychologem). Při ukončení intervence bylo realizováno shodné vyšetření jako při vstupu. Byla provedena kontrola zdravotních ukazatelů i ostatní vyšetření.

Na základě realizace navržených schémat intervencí po jejich ukončení probíhalo hodnocení a srovnání výsledků s kontrolní skupinou ($n = 31$). Toto hodnocení poskytl zpětnou vazbu a napomohlo k vytvoření doporučení pro praxi v oblasti prevence s názvem „Strategie – intervenční postupy v preventivní kardiologii“.

2 Význam ošetrovatelství v podpoře zdraví a preventivních činnostech

Valérie Tóthová

2.1 Úvod

V rámci ošetrovatelské péče jsou realizované odborné činnosti, které jsou zaměřené na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jedinců a rodin.

Ošetrovatelství má tedy nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka (Věstník MZ ČR, 2004). Zdraví je předpokladem pro aktivní život, ovlivňuje naše každodenní činnosti, které vykonáváme jak v rámci pracovních povinností, tak i v osobním životě. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha činiteli, jako jsou způsob života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí a další. V péči o zdraví se tedy důležitým prvkem stává podpora zdraví a prevence nemocí, které zahrnují veškeré snahy o pozvednutí celkové úrovně zdraví. Nejdůležitějšími činiteli v péči o zdraví nejsou jen finanční prostředky, materiální a technické vybavení zdravotnických služeb, ale především sami lidé, způsob jejich života a ochota podílet se účinně na péči o zdraví (Machová a kol., 2015).

2.2 Podpora zdraví

Podpora zdraví a prevence spolu úzce souvisejí. Pojem podpora zdraví, jak uvádí Baška a Gulíš (2009 a 1999 in Líšková, 2013), se začal používat v mezinárodních dokumentech v letech 1978 (Mezinárodní konference WHO o primární péči v Alma-Atě – nynější Almaty) a 1986 (Ottawská charta). Na konferenci v Alma-Atě již v roce 1978 byla vyčleněna primární zdravotní péče jako priorita pro rozvoj, která má být uznána jako relevantní pro skutečné zdravotní potřeby lidí ve smyslu podpory zdraví, zabraňování ohrožení zdraví a zajišťování dostupných zdrojů léčby onemocnění (Světová zdravotnická organizace, 2003). Ve Strategických dokumentech Světové zdravotnické organizace (2003) je dále uvedeno, že tento mezinárodní konsenzus byl znovu potvrzen na výročním zasedání *Primární zdravotní péče 21: záležitost všech*, v roce 1988. Oblastním výborem WHO byl v roce 1984 přijat pro Evropu rámec veřejné zdravotní politiky, který obsahoval všechny základní hodnoty primární zdravotní péče. Na podporu rozvoje strategií národního zdravotnictví bylo označeno třicet osm oblastních cílů se souvisejícími indikátory (Mastiliaková, 2002). Tato strategie byla aktualizována tak, aby byla v souladu s měnícími se potřebami a byla včleněna do dokumentu *Zdraví 21* (Zdraví 21, 2001).

Ve všech mezinárodních dokumentech bylo zdůrazňováno, že sestry tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků a jejich role ve zdravotní péči je velice

důležitá. Na Evropské konferenci WHO o ošetrovatelství ve Vídni v roce 1988 byla poprvé prezentována koncepce sester v primární péči a jejich role a místo v preventivních činnostech (Salvage, 1997).

Hanzlíková a kol. (2006) citují ve své publikaci definici podpory zdraví od několika odborníků: podle Penderové jsou to aktivity zaměřené na zlepšení zdraví a tělesné pohody a na aktualizaci potenciálu jedinců, rodin a skupin, přičemž jsou tyto kategorie odděleny od primární prevence; podle Leavellové a Clarkové je podpora zdraví udržení a upevnění všeobecné úrovně zdraví jedinců, rodin a skupin, a tuto podporu pokládají za součást primární prevence. Hanzlíková a kol. (2006) ve své publikaci uvádějí i názor tehdejší hlavní sestry WHO A. M. Maglacasové, která o pozitivní podpoře zdraví hovoří jako o procesu umožňující jedincům i společnosti vytvářet podmínky pro udržování i zlepšování zdraví a kontroly nad ním. Podle Kelčíkové filozofie podpory zdraví vychází z vědeckých poznatků, že zdraví jedince je výsledkem vzájemného působení všech jeho stránek a jeho vztahů k okolnímu světu (Kelčíková, 2010 in Líšková, 2013). V podpoře zdraví je tedy důležitá aktivní účast jedinců, neboť své zdraví mohou podporovat jednak zdravým životním stylem a jednak péčí o své životní prostředí. Kromě aktivní účasti jedinců je významná i společenská podpora zdraví, protože společnost jako celek vytváří podmínky a příležitosti, které jsou důležité ke zdravému životu. V celospolečenském kontextu jsou zásady podpory zdraví zakotveny v různých programech, které jsou realizovány jak na národní, tak i na mezinárodní úrovni (Hanzlíková a kol., 2006).

Svěráková (2012) ve své publikaci uvádí v souvislosti s činnostmi směřujícími k podpoře zdraví následující charakteristické prvky:

- zaměření podpory na celou populaci;
- důraz na posilování zdraví;
- provádění činností směřujících k ideálnímu stavu zdraví;
- nutná iniciativa jedince, který prostřednictvím zdravého životního stylu uspokojuje své vlastní potřeby;
- nezbytná iniciativa profesionálů, kteří vytvářejí legislativní, ekonomické a ekologické rámce a podmínky umožňující populaci realizaci zdravého životního stylu;
- prezentování zdraví jako cílové hodnoty;
- důraz na motivující proměnné: úspěch, výkon, pohoda, příjemné zážitky.

Podpora zdraví je multidisciplinární, neboť odborníci z různých vědních oborů jsou zapojeni do rozmanitých, navzájem souvisejících činností, které pozitivně ovlivňují naše zdraví. Sestry mají na základě svých kompetencí v těchto aktivitách významné a nezastupitelné postavení. Pracují s jednotlivci i skupinami jako konzultantky, vychovatelky, edukátorky a koordinátorky činností ovlivňujících zdraví. Aktivity sestry v podpoře zdraví jsou následující (Kozierová a kol., 1995):

- působí jako vzor pro zdravý způsob života;
- povzbuzuje jedince, aby se zapojili do všech aktivit podporujících zdraví;
- edukuje jedince ve všech oblastech ovlivňujících zdraví (pohyb, výživa, stres, sociální vztahy, řešení závislostí na legálních a ilegálních návykových látkách);
- pomáhá jedincům, rodinám a skupinám zlepšit stav zdraví;
- učí lidi efektivně využívat zdravotnických služeb;
- usměrňuje lidi při efektivním řešení problémů a v rozhodování;