

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

ZDEŇKA ONDRÁČKOVÁ

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Edukace pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin v rámci sekundární
prevence**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lenka Šedová, R.N

Autor práce:

Zdeňka Ondráčková

2008

Abstract

The thesis dealing with „The education of a patient with lower limb ischemia in secondary care“ is divided into two parts, theoretical and practical.

Lower limb ischemia is a serious vascular disorder which occurs when oxygen supply to the leg tissues is reduced due to poor blood flow. This is typically - from 95 % - caused by lipid-laden plaques obstructing the lumen of arteries (atherosclerosis). There are two forms of lower limb ischemia - acute and chronic. About 13 % population aged 55 – 75 years suffer from this disease, its occurrence is more frequent in men.

It is the nurse who has a very important role in the disease management. She makes patients acquainted with risk factors, symptoms of the disease, the right technique how to treat lower limbs and the importance of rehabilitation and the necessity of daily exercise which prolongs a painless claudication distance. Smoking causes damage to lumen of arteries and therefore it is vital to quit smoking. A quality nursing care is based on an individual approach to the patient. The process of education must be tailored to the patient's needs and it should be easy to understand.

The first objective – to find out if patients are informed enough about prevention measures in secondary prevention of lower limb ischemia – was accomplished. The hypothesis I - patients are not informed about preventive measures in secondary prevention - was rejected after data analysis. Patients are familiar with preventive measures but written information is not available. The second objective – to find out if patients are familiar with principles of treatment of lower limb affected – was also achieved. The hypothesis II – patients are not familiar with principles of treatment of the lower limb affected – was confirmed. 54 % patients admitted they do not know well how to treat their limbs affected, only 47 % patients know the suitable temperature of water used for washing limbs and only 35 % patients cut their nails properly. The third objective - to find out if nurses educate patients with lower limbs ischemia – was accomplished. The hypothesis III – nurses do not educate patients with lower limbs ischemia – was rejected after data were analysed. Nurses educate patients both in written form and orally in 60 % and in 97 % they inform patients on risk factors of the disease origination.

The research was quantitative, I collected data by the questionnaire method. The first research sample was a group of patients with lower limb ischemia hospitalized in internal, surgical and dermatological units. I also addressed surgical unit out-patients. The research was carried out in the Havlíčkův Brod hospital, allowance organization, and the České Budějovice hospital, Inc. I handed out 100 questionnaires 55 % of which were filled in and returned. The second sample were nurses working in internal, surgical and dermatological units. The research was carried out also in the Havlíčkův Brod hospital, allowance organization, and the České Budějovice hospital, Inc. I handed out 120 questionnaires to nurses and got back 70 % of them, i.e. 84.

My intention is to improve the awareness of nurses caring for patients with lower limb ischemia of prevention measures and principles of successful care. I made up an educative leaflet which will be made available.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Edukace pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin v rámci sekundární prevence“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne

.....
podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Lence Šedové, R.N. za odborné vedení a cenné podněty při psaní této práce.

Také děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části práce.

OBSAH

Úvod	3
1 Současný stav.....	4
<i>1.1 Medicínská část.....</i>	<i>4</i>
1.1.1 Anatomie a fyziologie tepen dolních končetin	4
1.1.2 Definice.....	5
1.1.3 Klasifikace a rozdělení ischemické choroby dolních končetin.....	5
1.1.4 Etiologie a incidence ischemické choroby dolních končetin.....	6
1.1.5 Klinický obraz.....	7
1.1.6 Diagnostika	7
1.1.7. Léčba.....	10
1.1.9 Komplikace ischemické choroby dolních končetin.....	13
1.1.10 Prognóza ischemické choroby dolních končetin	14
<i>1.2 Sekundární prevence.....</i>	<i>14</i>
1.2.1 Postup péče o postižené končetiny	15
1.2.2 Ovlivnitelné rizikové faktory	16
<i>1.3 Edukace.....</i>	<i>16</i>
1.3.1 Edukace v ošetrovatelství	16
1.3.2 Pojmy v edukaci.....	17
1.3.3 Principy edukace a fáze edukačního procesu	18
1.3.4 Faktory napomáhající a překážející v edukaci.....	19
1. 3.5 Postupy, způsoby a zásady správné edukace	20
1. 3. 6 Komunikace mezi sestrou a pacientem.....	21
2 Cíle práce a hypotézy	23
2.1 Cíle práce:	23
2.2 Hypotézy:	23
3 Metodika	24
3.1 Metodika práce	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	24

4 Výsledky	25
5 Diskuze	84
6 Závěr	94
7 Literatura	96
8 Klíčová slova	99
9 Přílohy	100

Úvod

Ischemická choroba dolních končetin je závažné onemocnění tepen, které vzniká z 95% na podkladě aterosklerózy. Statistiky uvádí, že onemocní asi 13 % populace ve věku okolo 55 až 75 let. Nebezpečí tkví v tom, že pouze jedna čtvrtina pacientů má klinické příznaky. Nejdůležitějším příznakem onemocnění je existence kludikačního intervalu.

V dnešní moderní době se zvyšují nároky na povolání zdravotní sestry. Sestra má mnoho funkcí od sestry koordinátorky, manažerky, obhájkyň, učitelky, vychovatelky a edukátorky pacientů. Pokud chceme kvalitně pečovat o pacienty musíme k nim přistupovat holisticky. Tento pojem zahrnuje péči celostní tzv. biologickou, psychickou, sociální a duchovní. Kvalitní ošetrovatelská péče je založena na komunikaci mezi zdravotníky a pacienty. Sestra musí mít schopnost naslouchat, být citlivá, empatická a projevit porozumění s pacientem. Mít a cítit úctu k člověku, respektovat práva nemocných a motivovat pacienta k sebepéči a k zachování samostatnosti. Kvalitní ošetrovatelská péče je založena na individuálním přístupu k pacientovi. Pacient by měl znát rizikové faktory vzniku onemocnění, důležitost rehabilitace v léčbě a znát správné cvičení, které prodlužuje bezbolestnou maximální délku kludikační vzdálenosti. Pacient musí být informovaný o tom, že správné intenzivní cvičení vede k objevení kludikace.

Sestra edukuje pacienta pomocí edukačního procesu, který je plánovaný a cílevědomý. Edukuje o rizikových faktorech, správné péči o postiženou končetinu, důležitosti zanechání kouření a dodržování zásad zdravé životosprávy. Edukační proces se skládá se ze tří fází. Z projektování, realizace a hodnocení.

Toto téma jsem si vybrala, protože chci upozornit na důležitost edukace pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. Ráda bych pomocí vypracovaného edukačního letáku poskytla informace, dala návod pro sestry, které edukují pacienty a dala jim tak podklad, podle kterého mohou zkvalitnit edukaci pacientů a tím přispět ke zkvalitnění péče o tyto pacienty.

1 Současný stav

1.1 Medicínská část

1.1.1 Anatomie a fyziologie tepen dolních končetin

Tepny odpovídají za adekvátní průtok krve dolními končetinami. Větví se z arteria iliaca externa, která dále pokračuje jako arteria femoralis, ta zásobuje kůži přední dolní části břicha, skróta, stydkých pysků, útvarů stehna a kolenního kloubu. Bočně od arteria femoralis probíhá nervus saphenus. Z větví femorální tepny je nejdůležitější arteria femoralis profunda, což je hlavní tepna, která prokrvuje svaly stehna. V zákolenní jamce pokračuje arteria femoralis jako arteria poplitea. Tato tepna je uložena při pouzdru kolenního kloubu. V její tepenné médii je redukováná svalovina nahrazena elastickými membránami. Ty zajišťují, že průtok krve tepnou zůstává nezměněn při flexi kolenního kloubu. V tepně arteria poplitea se vyskytují nejčastější výdutě z periferních cév. Arteria poplitea se dále větví na arteria tibialis anterior, posterior a fibularis. Tyto tepny vedou krev až k hřbetu nohy a prstům (6, 10).

Tepny rozvádějí krev ze srdce do orgánů a tkání celého těla. Rozdělují se na velké tepny, střední tepny a tepénky (arterioly). V médii velkých tepen převažují elastická vlákna, která vyvolávají tlakové a objemové změny v tepnách mezi srdeční systolou a diastolou. Střední tepny mají vazokonstrikční a vazodilatační funkci. Arterioly rozhodují o periferním odporu a distribuci průtoku krve do tkání. Tepenný endotel produkuje látky, které ovlivňují vazomotiriku, koagulaci a zánětlivé procesy a je velmi důležitý pro správnou funkci tepen. Mezi další faktory ovlivňující správnou funkci tepen patří například mechanické vlivy, jako je tlak v cévě, nebo smykové napětí nebo tření. Což při onemocnění tepen vede ke zužování až uzávěru tepny nebo k její dilataci, vyklenutí až ke vzniku tepenného aneurizmu. Tepny se tomuto procesu brání pomocí kompenzačních mechanismů, jako je například kolaterální (boční) oběh nebo vazodilatace (6, 7, 10).

1.1.2 Definice

Ischemická choroba dolních končetin je definována jako zhoršené prokrvení tkání dolních končetin. Příčina je z 95 % přisuzovaná ateroskleróze, což je chronický proces, během kterého dochází k tvoření tukových plátů v cévní stěně. Zvětšováním plátů se uzavírá stěna a zmenšuje se průtok okysličené krve do tkání. Intima tepny přestává být hladká, ztrácí svou nesmáčivost, což vede k možnosti tvorbě krevních sraženin a vzniku tepenné trombózy (2, 10, 22).

1.1.3 Klasifikace a rozdělení ischemické choroby dolních končetin

V roce 1954 klasifikoval ischemickou chorobu dolních končetin do 4 stádií pan Fontain. Dodnes je toto rozdělení nejrozšířenější a nejpoužívanější (20).

Stádium 1 se nazývá asymptomatické, kdy je pacient bez klinických projevů při vytvoření kolaterálního oběhu (23).

Stádium 2 se nazývá klaudikační. Rozděluje se na 2a a na 2b stupeň. Projevuje se křečovitými bolestmi svalů, hlavně při zvýšené zátěži, rychlé chůzi a chůzi do schodů. Bolesti se objevují v oblasti lýtka, nártu, plosky nohy, prstů, stehna nebo hýždí. Bolesti ustupují při zastavení nebo odpočinku. Pro stanovení stupně postižení se užívá klaudikační interval. Klaudikační interval neboli klaudikace je bolestivý symptom, kdy nemocný ujde určitou vzdálenost, zastaví se, pak znovu ujde přibližně stejnou vzdálenost a znovu se zastaví. Je zde závislost na intenzitě chůze a vzdálenosti. Klaudikace se mohou objevit pouze občas, jsou proto označovány jako občasné kulhání (claudicatio intermittens). Ve stádium 2a je klaudikační interval nad 100 až 200 metrů a ve 2b stádium interval činí pod 100 až 200 metrů (20, 22, 23, 25).

U pacientů ve 2a stádiu se zaměříme na redukci rizikových faktorů a zahajujeme farmakologickou léčbu. Zatímco pacientům ve 2b stádium indikujeme vyšetření a většinou chirurgickou rekonstrukci cévy (25).

3 stupeň nazýváme stádium klidové ischemické bolesti. Tepny již nestačí zásobovat dolní končetinu krví ani v klidovém stavu. Zpočátku se bolesti vyskytují v noci. Pacient se budí, úlevu mu přináší svěšení dolní končetiny nebo přecházení po místnosti. Končetina je ohrožena, bolest většinou nereaguje na analgetickou léčbu.

Musí se zajistit větší průtok krve končetinou, jinak dochází k poškození nervů a svalové atrofii (23, 25).

4 stupeň se nazývá ulcerace nebo gangréna. Tento stupeň se dělí na 4a stupeň, kdy je kotníkový tlak pod 80 mmHg a na 4b stupeň, kdy kotníkový tlak nepřesáhne hladinu 50 mmHg. 4 stupeň je nejzávažnější, kdy je končetina bezprostředně ohrožena. Jakákoliv drobná oděrka nebo ablace nehtu může způsobit nehojící se defekt a rozvoj gangrény. Stádium 3 a 4 odpovídá podle definice Světové zdravotnické ordinace (WHO) definici chronické kritické ischemie. Zvláštní formu průběhu bez předchozích symptomů mají diabetici, u kterých není spolehlivá klasifikace dle Fontaina. Pacienti mají bez předchozích symptomů závažnou periferní ischemii, projevující se ulcerací a gangrénou (17, 23, 25).

Ischemická choroba dolních končetin se dělí na akutní končetinovou ischemii a chronickou kritickou ischemii dolních končetin (5).

„Akutní končetinová ischemie je náhle vzniklé zhoršení preexistující ischemické choroby končetin projevující se bolestí, poruchou cití a hybnosti různé intenzity a rozsahu v závislosti na etiologii a lokalizaci tepenného uzávěru“ (5, str. 17). Akutní končetinové ischemie se dělí na traumatické a netraumatické. Netraumatické akutní končetinové ischemie se vyskytují u stárnoucích pacientů. Problém je pozdní diagnostika, často až při stádium ireverzibilních změn. Příčina vzniku je z 60% trombóza a z 30% embólie (5).

Traumatické akutní končetinové ischemie se vyskytují u mladších pacientů. Hlavní příčina je úraz. Chronická končetinová ischemie je definována jako „přetrvávající klidové ischemické bolesti vyžadující pravidelně analgetika po více než 2 týdny“ (23, str. 13). Diabetičtí pacienti jsou daleko více ohroženi než nediabetičtí (23).

1.1.4 Etiologie a incidence ischemické choroby dolních končetin

Příčinou ischemické choroby dolních končetin je z 95% ateroskleróza a degenerace tepen. Ateroskleróza je onemocnění, při kterém dochází dlouhodobému, postupnému zužování tepen a ke změně cévní stěny a vytvoření tukových plátů ve stěně

cévy. Mezi další příčiny ischemické choroby dolních končetin patří: dislokované fraktury, iatrogenní postižení tepen při punkcích a katetrizacích s následnou trombózou. K trombóze přispívá hyperviskozita krve, hypovolémie, hyperkolagulační stav (2, 10, 22).

Výskyt onemocnění roste s věkem pacienta. Ischemická choroba dolních končetin postihuje převážně muže. Dnes je ischemickou chorobou dolních končetin postiženo asi 13 % populace ve věku 55 až 75 let. Pouze ale jedna čtvrtina pacientů má klinické příznaky. U diabetiků je výskyt 10 krát vyšší než u nediabetických pacientů. Jako velice časté přidružené onemocnění ischemické choroby dolních končetin je ischemická choroba srdeční (2, 3).

1.1.5 Klinický obraz

Klinický obraz se odvíjí od základního onemocnění, zda-li se jedná o částečný nebo úplný uzávěr tepny. Dále záleží na uložení tepenného uzávěru. Čím výše je tepna uzavřena, tím větší je postižení pacienta. Důležité je vytvoření kolaterálního oběhu. Příznaky ischemické choroby dolních končetin se objevují podle stádia postižení dle Fontaina. Na začátku se projevuje pocit chladných končetin, ztráta ochlupení, cyanóza, ztenčelá, olupující se kůže až deformity nehtů ve stádiu klaudikačním. Příčinou bolesti je nedostatečný přítok okysličené krve k pracujícím svalům. Barva postižené končetiny je bledá, po spuštění z lůžka zčervená (2, 10).

1.1.6 Diagnostika

Proces diagnostiky začíná anamnézou, ve které zjišťujeme celkový stav pacienta, hodnotíme postiženou končetinu, zjišťujeme délku trvání ischémie, vývoj příznaků a způsob dosavadní léčby. Orientačně dotazem stanovujeme klaudikační interval (18, 23).

Dále následuje fyzikální vyšetření, do kterého patří: vyšetření inspekcí, palpací, auskultací a speciálními zkoušky (22).

Vyšetření inspekcí (pohledem) hodnotíme barevné změny, lokalizaci a stranové rozložení defektů. Všímáme si bolesti, cyanózy, kvality žilní náplně, akrocyanózy,

hematomů, petechií, trofických změn nehtů, ochlupení, typu a rozsahu gangrény nebo ulcerace a otoků (22).

Vyšetření palpací (pohmatem) hodnotíme tepotu obou končetin, vyšetřujeme pulzace na postižené končetině a srovnáváme s končetinou zdravou. Tepny se palpují v místech arteria femoralis communis v tříselech, arteria poplitea v podkolení jamce, arteria dorsalis pedis na nártu nohy a arteria tibialis posterior za vnitřním kotníkem (viz příloha číslo 3). Hodnotíme i suchost kůže a kožní turgor (22).

Vyšetření auskultací (poslechem) hodnotíme postiženou končetinu v klidu i po zátěži. Zaměřujeme se na intenzitu, lokalizaci a charakteru šelestu (23).

V diagnostice ischemické choroby dolních končetin je velice důležité stanovit klaudikační interval, který je velice špatně zjistitelný. Jde totiž o sdělení pacienta, které může být velmi subjektivní. Pacient je ovlivněn rychlostí chůze a typem terénu. Pro objektivnější zjištění klaudikačního intervalu se používá test na pohyblivém chodníku. Pomocí šlapacího přístroje nazvaného Treadmill. Treadmill se pohybuje rychlostí 4 km za hodinu a má výškový sklon 10 stupňů (23).

Dále diagnostikujeme ischemickou chorobu dolních končetin pomocí speciálních zkoušek, které upřesňují závažnost končetinové ischemie. Jsou založené na subjektivním zhodnocení barevných změn při pokojové teplotě a denním světlem (22).

První zkouška je zaměřená na zjištění vytvoření kapilárního plnění. Jde o hodnocení barevných změn na tlak. Normální plnění u zdravé končetiny je do 2 sekund, při prodloužení jde obvykle o tepennou obliteraci. Následně hodnotíme kapilární plnění a nehomogenitu (22).

Druhá speciální zkouška se nazývá námahová zkouška, neboli polohový test, při kterém pacient leží a dolní končetiny má v elevaci s plantární a dorzální flexí v jedno sekundovém intervalu po dobu dvou minut nebo do vzniku bolesti. Lékař sleduje u pacienta v sedě tři parametry: zčervenání kůže na noze, norma je do 5 sekund. Dále první náplň žil na dorzu nohy, kde norma je do 10 sekund a reaktivní hyperemii celé nohy, kde norma je do 15 sekund. Hyperemie nad 35 sekund svědčí o chronické kritické ischemii (22).

Správnou diagnostiku doplňují zobrazovací metody. První možností je stanovení kotníkového tlaku dopplerovskou metodou. Jde o základní vyšetření k prokázání ischemické choroby dolních končetin, provádí jej vyškolená sestra. Sestra měří kotníkový tlak pomocí dopplerometrické sondy jejím přiložením na arteria dorzalis pedis nebo na arteria tibialia posterior. Manžetu tonometru pacientovi přiloží na bérce nad kotníkem. Stanoví kotníkový index tím, že porovná systolický tlak na kotníku a na paži. Pacienta měří v leže. Normální hodnoty indexu se rovnají jedné. Pro ischemii značí hodnota menší než 0,9. Index pod 0,5 značí stádium kritické končetinové ischemie (22, 23).

Druhou zobrazovací metodou je Transkutánní měření parciálního tlaku kyslíku (TepO₂), měříme na hřbetu nohy a v oblasti klíční kosti. Obě hodnoty se porovnávají. Toto vyšetření je vhodné pro diabetiky, není ovlivněno stupněm kalcifikace cévní stěny (22).

Mezi další zobrazovací metodu patří angioskopie, která zobrazí přesně medium cévy a angiografie, která je velice častým vyšetřením (22).

Digitální subtrakční angiografie má výhodu v podání menšího množství kontrastní látky a v lepší kvalitě rozlišovací schopnosti. Slouží k vyloučení aneurizmu nebo stenózy (21).

Periferní končetinová angiografie zobrazuje bérce tepny a tepny plantárního oblouku. Dále se používá magnetická rezonanční angiografie a počítačová angiografie. Angiografie je rentgenové vyšetření, kdy se do a. femoralis comunis aplikuje kontrastní látka. U tohoto vyšetření je důležitý 24 hodinový klid na lůžku s kompresí místa vpichu. Úkolem sestry je pravidelně kontrolovat místo vpichu, krevní tlak a puls pacienta (11, 23).

Mezi doplňující vyšetření patří neurologické vyšetření např. test citlivosti postižených dolních končetin a mikrobiální vyšetření defektu nebo gangrény pro nasazení medikamentózní léčby antibiotik (11, 23).

1.1.7. Léčba

Konzervativní léčba je zaměřena na snížení až vymizení rizikových faktorů a na změnu životního stylu. Řadíme sem například: odvykání kouření, dostatek pohybu a nízkocholesterolovou dietu (11).

V konzervativní léčbě je důležitý trénink chůze, což je pravidelné denní 4 km procházky pro zjištění klaudikačního intervalu a ujití dvou třetin bez klaudikační bolesti. Například pacient ujde 600m a má klaudikační bolest. Správné cvičení je tedy ujit úsek 400 m, následný odpočinek a pokračování až do 4 km (11).

Asi po půl roce tréninku chůze lékař pacientovi stanoví nový klaudikační interval. Toto cvičení slouží ke zlepšení kolaterálního oběhu (11).

Mezi další konzervativní léčbu se řadí svalová cvičení. Pacient je provádí několikrát denně, až k prahu bolesti. Přináší úlevu dolním končetinám. Nejčastější prováděné cviky jsou: cviky pata špička, natahování prstů dolních končetin a přitahování kolen k hrudníku (2).

Do konzervativní léčby řadíme zvládnání správné techniky péče o nohy. Zásady péče o nohy zahrnují používání punčoch, které zvyšují tlak v povrchových žilách a urychlují tok v hlubokém žilním systému. Dále promazávání a lehké promasírování pokožky nohou zabráníme vzniku možných defektů. Svědicí kůže se nesmí škrabat, hrozí riziko poranění a následný vznik bércevého vředu (2).

Velice důležitá je léčba teplem. V zimě udržujeme dolní končetiny v teple nošením teplého prádla, punčoch a vhodné obuvi (17).

Do konzervativní léčby se zařazujeme léčbu medikamentózní. U pacientů se podává pět skupin léků. U diabetiků je léčba zaměřená na kontrolování glykémie (22).

První lékovou skupinou jsou antihypertenziva, to jsou léky které snižují krevní tlak. Nejlépe snižují systolický tlak ACE inhibitory (22).

Druhou lékovou skupinou podávanou pacientům s ischemickou chorobou dolních končetí jsou antiagregancia, ty podstatně omezují shlukování krevních destiček. Základním preparátem je kyselina acetylsalicylová v denní dávce 100 mg. Dalšími léky jsou Anopyrin, Ibustrin a APO – TIC (10, 18).

Dále se podávají antikoagulanty, ty ovlivňují tepny, ředí krev a brání tak tvorbě krevních sraženin. Mezi známé preparáty patří Fraxiparine, Clexane, Warfarin, Lawarin a další (18).

Dále podáváme léky na snížení hypercholesterolemie tzv. Statiny, ty udržují hladinu hodnot LDL cholesterolu pod 3,0 mmol/l a u diabetiků pod 2,5 mmol/l. Podáním statinů se prodlužuje bezbolestná chůze u pacientů s klaudikacemi a zvyšuje se hodnota tlakového indexu kotník paže (22).

Důležité jsou i vasodilatancia, které rozšiřují cévy. Sem zařazujeme preparáty Trental a Agapurin, které prodlužují klaudikační vzdálenost o 30 – 50 % (3).

Dalším způsobem léčby je podání vasodilatačních infuzí v pregangrenózním stádiu nemoci. Jde o 15 infuzí, které se po čase opakují. Během infuzí a hodinu po skončení by měl pacient ležet v lůžku přikrytý, aby teplo z dilatovaných cév neunikalo (3).

Při propuštění do domácího léčení by měla sestra pacienta poučit o reflexní vasodilataci, při které je nemocný teple oblečen, posadí se k umyvadlu. Vyhrne si rukávy, ponoří ruce až po lokty asi na 45 minut do 40 °C teplé vody. Zahřátím horních končetin dojde k rozšíření tepen celého těla. Poté si pacient zpět lehne do lůžka, přikryje se, aby se vasodilatace udržela co nejdéle. Toto by měl pacient opakovat každý den (3).

Chirurgická léčba se indikuje podle stupně obtíží pacienta, arteriografického nálezu, délce klaudikačního intervalu a celkového stavu nemocného. Lékař také musí zvážit riziko pro pacienta při neprovedení operace a prognózu rekonstrukce. Ta záleží na umístění uzávěru a na průtoku krve cévou. V neposlední řadě i na použitém materiálu při rekonstrukci (23).

Pokud má pacient stenózu, provádí se periferní angioplastika pomocí balónkového katétru. Pomocí rentgenu se zavede balónek a pod tlakem se rozšíří místo zúžení cévy roztáhne. Může se i zastentovat (vyztužit) postižená část cévy (23).

Nejčastější metodou je Fogartyho embolektomie. Provádí se z arteriotomie v tříse. Přes krevní uzávěr se zavádí pomocí vodiče balónkový katétr, ten se posléze stahuje zpět a před sebou tlačí krevní sraženinu (23, 11).

Do intervenční terapie patří Pulzní sprejová trombolýza. Ta spočívá v krátkodobém vysokotlakém pulzu fybrinolytika do krevní sraženiny pomocí sprejového katétru, což vede k rozpuštění trombu. Katétr se zavádí punkční metodou (5).

Dalším chirurgickým řešením je Bypass. Bypass je přemostění, obejití místa uzávěru buď vlastním žilním štěpem nebo umělou náhradou. Nejčastěji se používá vlastní žilní štěp z vena saphena magna. Výsledky léčby touto metodou jsou skvělé. Pacienti z 60 % – 70 % mají dlouhodobě průchodný pedální bypass a mají 70 % – 80 % úspěšnost v záchraně postižené končetiny (11, 23).

Dále se provádí lumbální sympatektomie, což je přerušení sympatického nervstva. Postižená končetina se tak lépe prokrví a zlepší se i teplota postižené končetiny (11).

Jako finální léčebnou metodou je amputace postižené končetiny. Provádí se pokud není úspěšná revaskulizace nebo je končetina postižená nehojícím se defektem či gangrénou a pacient trpí klidovými bolestmi. Amputace se provádí co nejdistaněji a v místě možnosti připevnění protektivní pomůcky. Máme dva typy amputace. Vyšší, kdy je končetina amputována nad kotníkem a nižší, kdy je končetina amputována pod rovinou kotníku. Amputují se ale i jenom prsty (11, 23).

Frekvence amputací dolních končetin závisí na délce ischemie. Ze statistik vyplývá, že ischemie kratší než 4 hodiny vede u 3 % případů k amputaci. Ischemie trvající 4 až 6 hodin vede k 10 % amputací a ischemie trvající 6 až 12 hodin vede k 25 % amputací, nad 12 hodin se udává 50 až 60 % amputací (5, 23).

1.1.8 Význam rehabilitace a lázeňské léčby u nemocných s kladikacemi

Rehabilitace zvyšuje výkonnost, obratnost, ale i zlepšuje psychický stav nemocného. Cvičením si pacient zlepšuje metabolismus tuků a cukrů, snižuje riziko vysokého krevního tlaku, nadváhy a ischemické choroby srdeční. Pravidelným cvičením si pacient prodlužuje bezbolestnou maximální délku kladikační vzdálenosti. Zlepšuje si průtok okysličené krve svalem a při pravidelném cvičení se začíná tvořit kolaterální oběh. Cvičit lze individuálně, délka cvičení by měla být hodinu denně. U skupinového

cvičení se cvičí asi jednu hodinu tři krát do týdne. Příklady cviků jsou například: pata, špička, chůze do schodů, do kopce, jízda na kole, dřepy a mnohé další. Pacient musí být informovaný o tom, že správné intenzivní cvičení vede k výskytu klaudikace. Pokud se objeví bolest, pacient má cvičení přerušit a po odeznění bolesti pokračovat ve cvičení. Pohybová rehabilitace je velice účinná především u pacientů v počátečných stádiích nemoci, s trváním do jednoho roku. Pohybová rehabilitace minimalizuje vznik kardiovaskulárního onemocnění (22).

Indikace k lázeňské léčbě mají pacienti, kteří trpí ještě přidruženým onemocněním. Důležitější pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin jsou pravidelné kontroly na rehabilitačních pracovištích, kde vyškolení pracovníci pacientovi přesně předvedou druhy zátěžového cvičení na postižené končetiny. Pacient si může cvičení několikrát vyzkoušet a ujistit se, zda je správně cviky pochopil, a zda je také správně provádí (18).

1.1.9 Komplikace ischemické choroby dolních končetin

Mezi komplikace ischemické choroby dolních končetin patří vznik kožních defektů při dlouhodobé nedokrevnosti končetiny. Dále možnost prasknutí aneurysmatu na tepně. Třetí komplikací je vznik gangrény na postižené končetině a vznik infekce. Mezi komplikace patří také porucha erekce a omezená funkce ledvin (14, 27).

Nejčastější komplikací ischemické choroby dolních končetin je u pacientů s diabetem, syndrom diabetické nohy. Patří mezi chronické komplikace. Dle WHO je definován jako „infekce, ulcerace a nebo destrukce hlubokých tkání spojená s neurologickými abnormalitami a s různým stupně ischemické choroby dolních končetin na nohou“ (1, str. 1). Syndromem diabetické nohy je postiženo asi 15 až 20 % diabetiků (1).

Příčiny vzniku ulcerací jsou například nesprávná obuv, drobné trhliny, úrazy končetin, popáleniny a plísňové infekce, ty tvoří asi 25 % až 50 % ze všech příčin. Pacient si stěžuje na pálení v nohou, snižuje se citlivost končetin na teplo, chlad a bolest. Kůže na končetinách je červená, suchá a teplá (1).

Klasifikace syndromu diabetické nohy se dělí podle pana Wagnera do 5 stupňů. Od neporušeného kožního krytu přes deformity, suchou kůži, ulcerace až po lokalizované gangrény na patě, prstech až na celou nohu (1).

Konzervativní léčba se zaměřuje na komplexní léčbu diabetu. Dále na odlehčení postižené končetiny, klid na lůžku, podávání kyseliny Acetylsalicilové. Pacientovy pomůžeme upravit obuv a léčí se antibiotiky infekce v defektu (10).

Chirurgická léčba spočívá v amputaci při nezvládnutelné progresy gangrény, neustupujících septických reakcích při antibiotické léčbě a při klidových bolestech po podání analgetik (1).

Edukace při syndromu diabetické nohy spočívá v odvykání kouření, které je hlavním rizikovým faktorem z 95 %. Pacienta můžeme namotivovat vysvětlením, že jedna cigareta může snížit krevní průtok až na dobu jedné hodiny (1).

Prognóza je i po amputaci velmi nepříznivá. 3 roky po amputaci přežije pouze 30 % diabetiků a velice často se opakující amputace (1).

1.1.10 Prognóza ischemické choroby dolních končetin

Asi u 25 % pacientů trpících ischemickou chorobou dolních končetin dojde ke zhoršování klaudikací a asi u 4 % pacientů dojde jejich zdravotní stav až do stádia kritické končetinové ischemie. V této fázi je prognóza velice špatná. Do jednoho roku prodělá vysokou amputaci končetiny asi 35 % pacientů a 20 % pacientů zemře. Většina pacientů trpících ischemickou chorobou dolních končetin neumírá na základní onemocnění, ale na přidružení nemoci, jako jsou infarkty myokardu nebo na cévní mozkové příhody (10).

1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se uplatňuje až po vzniku onemocnění. Jejím cílem je zabránit vzniku komplikací, invalidity a možných trvalých následků onemocnění. Sekundární prevence zabraňuje přechodu onemocnění do chronického stavu (8).

1.2.1 Postup péče o postižené končetiny

Sestra by měla pacienta poučit o správném postupu při péči o postižené končetiny, který se skládá z 10 základních bodů.

1. Pacient by si měl prohlížet denně své končetiny, pomocí zrcátka plosky nohou a nezapomenout ani na meziprstí, kde se mohou tvořit praskliny nebo puchýře.

2. Pacient by měl své končetiny denně koupat ve vodě teplé 37 °C. Teplotu vody by pacient neměl odhadovat a nespolehat se na své pocity, mohlo by dojít k opaření.

3. Po koupeli by měl pacient končetiny jemnými doteky usušit měkkým ručníkem.

4. Nehty by se měl pacient naučit stříhat rovně, nejlépe kleštičkami, pozor na poranění. Pacientům se pedikúra spíše nedoporučuje, protože by mohlo dojít k poranění. Pokud ale pacient se sám neobslouží, měl by pedikérku informovat o své nemoci.

5. Pacient by si měl končetiny denně promazávat, vynechat však oblast meziprstí.

6. Nejlépe nosit bavlněné ponožky, které sají pot, s lemem alespoň 4 centimetry širokém bez gumiček.

7. Boty by měli být alespoň o půl čísla větší, bez podpatku, kožené, pohodlné a s kulatou špičkou. Vyrábějí se i speciální boty, které může zakoupit v lékárnách. Nevhodné jsou holinky a sandály.

8. Při obutí by se měl pacient podívat do bot, eventuálně vyklepat kamínky a narovnat vložku.

9. Pokud pacient objeví poranění, okamžitě si musí vydesinfikovat ránu a sledovat průběh hojení. Pokud se poranění nehojí, okolí rány je zarudlé, oteklé, okamžitě musí navštívit lékaře.

10. Pacienti by neměli chodit naboso, zvyšuje se tak riziko poranění končetin.
(16).

1.2.2 Ovlivnitelné rizikové faktory

Rizikové faktory ischemické choroby dolních končetin dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří: věk, pohlaví a genetická výbava jedince. Do ovlivnitelné rizikové faktory patří faktory životního stylu, kam řadíme: kouření, které poškozují cévní stěnu, zužuje ji a podporuje uzávěr tepny trombem. Dále sem řadíme stres, obezitu a cukrovku. Cukrovka způsobuje chorobně zvýšenou hladinu cholesterolu, krevních tuků a vede k vytvoření aterosklerotických plátů a ukládání tuků v cévní stěně. Diabetikům se doporučuje pravidelné sledování hodnot glykémie. Posledním ovlivnitelným rizikovým faktorem je vysoký krevní tlak, který způsobuje degeneraci tepen. U mužů se udává jako hlavní rizikový faktor vzniku ischemické choroby dolních končetin kouření, u žen hypertenze. Při kombinaci více rizikových faktorů se možnost onemocnění několikrát zvyšuje (4, 10, 22).

Pacientům se doporučuje zanechat kouření. Dále pravidelné sledování krevního tlaku, kontrola lipidémie, zvýšený pohybový režim, cvičení a cílená rehabilitace. Důležité je denní prohlížení a sledování stavu dolních končetin. Pacient by neměl zvedat těžká břemena a měl by se vyvarovat dlouhému stání, nekřížit dolní končetiny a řídit se zásadami péče o postižené končetiny. Neměl by zapomínat na kvalitní a vyváženou stravu. Pacienti by měli dodržovat nízkocholesterolovou dietu jako prevence obezity a dodržovat dostatečnou hygienu a péči o pokožku dolních končetin (10, 16).

1.3 Edukace

1.3.1 Edukace v ošetřovatelství

Edukace je proces výchovy a vzdělávání. Výchova je v pedagogickém pojetí definována jako: „záměrné působení na osobnost jedince s cílem dosáhnout změn v různých složkách osobnosti“ (21, str. 15). Při výchově se utváří a formuje osobnost jedince (26).

Vzdělávání se v pedagogickém pojetí definuje jako: „proces záměrného a organizovaného osvojování poznatků, dovedností, postojů, aj.“ (21, str.15). Edukace pomáhá pacientovi v rozhodovacím procesu při jeho náročné životní situaci,

jako je nemoc. Aby byla edukace účinná a splňovala svoji funkci vypracovává si sestra edukační standardy a edukační materiály. Významnou roli zde hraje vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem (26).

Edukaci rozdělujeme na základní, kdy edukovaný pacient nebyl ještě edukován. Druhý typ edukace je komplexní, ta se provádí v kurzech, sezeních. Třetí typ je reedukační edukace, která se rozvíjí s předchozích vědomostí a dovednostmi, děje se pomocí opakování. Vzdělávání pacienta je důležitým aspektem moderního ošetřovatelství (26).

Sestra plní mnoho rolí od sestry koordinátorky, obhájkyne, manažerky, až po sestru učitelku, vychovatelku a edukátorku. Edukace tvoří významný způsob zlepšení kvality života jednotlivce i skupiny. Pomocí edukace si osvojí pacienti nové poznatky, získávají pohled na hierarchii hodnot a získávají větší zručnost při řešení problému (26).

Česká republika se přidala k plnění cílů Světové zdravotnické organizace Zdraví 21, který je založen na solidaritě, rovnosti a etice ve zdravotnictví. Program má 21 cílů, ischemická choroba dolních končetin patří do cíle číslo 8, který se zabývá snížením výskytu neinfekčních chorob. Úlohou sestry je podpořit zdraví, pomáhat jednotlivcům a rodinám vyvarovat se nemoci. Program se uskutečňuje v oblasti ochrany a podpory zdraví. Např. studie Monica se zaměřuje na sledování a získávání informací o rizikových faktorech aterosklerózy (8, 15).

1.3.2 Pojmy v edukaci

Edukant je subjektem edukace, z jeho vlastností jsou důležité kognitivní schopnosti jako je inteligence, názory na zdravý životní styl, na zdraví a vzdělání. Z fyzických hodnot edukanta hraje roli motivace, postoje a potřeby a ze sociokulturních vlastností kulturní úroveň, vzdělanost a věk (26).

Pro cílený výsledek edukace jsou důležité vlastnosti edukátora, faktory edukace a zařízení, ve kterých edukace probíhá. Důležité je také správně materiálně vybavené edukační prostředí (26).

Velký rozdíl je v edukaci mezi dospělým pacientem a dětským pacientem. Dospělý člověk má delší adaptaci na nové prostředí, děti se rychleji přizpůsobí, ale daleko více prožívají odloučení od domova a kamarádů (12, 26).

Edukátor je aktér edukační aktivity, z jeho osobnostních vlastností jsou důležité: temperament, zdravotní stav a profesionální chování, sem patří zkušenost a zodpovědnost za správnou a úspěšnou edukaci (26).

Třetím pojmem je edukační proces, který je založen na předání informací pacientovi ve speciálním prostředí s cílem naučit edukanta novému. Jde o výchovný a vzdělávací proces a o dynamický vztah mezi sestrou a pacientem (26).

Čtvrtým pojmem v edukaci je edukační prostředí, to je místo, kde se edukace odehrává. Edukační prostředí musí splňovat daná kritéria, jako jsou: správné osvětlení, vhodná teplota místnosti, intimita a minimum hluku, který nejvíce odrazuje pozornost pacienta (12, 26).

Posledním pojmem jsou edukační faktory, jedná se o plány, teorie, modely, které určují nebo ovlivňují edukační procesy. Patří sem například knihy, časopisy, vzdělávací programy, standardy, normy a výukové programy (12, 26).

1.3.3 Principy edukace a fáze edukačního procesu

Prvním principem je stanovení cílů vycházejících z potřeb jednotlivce nebo skupiny. Druhým principem je udržovat neustálý kontakt sestry a pacienta. Třetím principem je využít již získaných schopností edukovaného a pomoci mu osvojit si nové zručnosti. Čtvrtým principem je vhodná komunikace. Ta by měla být jasná, zřetelná a stručná (26).

Edukační proces je záměrný, plánovaný a cílevědomý proces, který se skládá ze tří fází. Z projektování, realizace a hodnocení (26).

První fáze edukačního procesu se nazývá projektování, je to fáze přípravná fáze, která sleduje odpovědi na určitý typ otázek. Sestra si pokládá otázky typu proč, koho se edukace bude týkat. Dále otázky týkající se podstaty a techniky edukace. Otázky typu proč, hledají smysl změny, které má být u pacienta dosaženo, sestra pátrá po příčinách malé účasti pacienta při léčbě, zjišťuje úroveň pacientových vědomostí a zjišťuje reakce

pacienta na léčbu. Otázky typu koho zjišťují, koho bude sestra edukovat. Zda jde o pacienta zdravého nebo nemocného, jaké má postoje, hodnotový systém a zda zná svou diagnózu. Ve třetí otázce se sestra zabývá podstatou edukace, tématem edukace. Zajímá jí v jaké podobě bude edukovat: vědomostní, schopnostní, zručnostní a postojové. Poslední otázka spočívá v technice edukace, jak bude sestra správně edukovat edukanta, jak nejlépe motivovat pacienta ke změně (26).

Druhá fáze edukačního procesu je fáze realizace, ta spočívá v motivaci ke správné spolupráci při učení se novému. Sestra by měla reagovat na chybný výkon pacienta, například špatný postup při péči o nohy a podle naplánovaného postupu poradit pacientovi správný postup péče o nohy, sledovat, zda pacient pochopil postup péče a má dostatek informací. Podle toho se odvíjí další individuální postup (26).

Třetí a konečnou fází edukačního procesu je fáze hodnocení, která má za cíl zjistit a posoudit dosaženého stavu pomocí edukačního procesu. Pokud edukátor nezhodnotí edukaci, nezjistí, zda bylo úsilí efektivní. Postup hodnocení by měl být systematický, edukátor má monitorovat projevy pacienta a jeho vědomosti, dosažené změny. Na hodnocení musí být potřebný prostor a čas a na základě hodnocení můžeme rozhodovat o změně (26).

1.3.4 Faktory napomáhající a překážející v edukaci

Aby sestry byly dobrými edukátorkami pacientů musí znát faktory, které napomáhají učení, a které brání zkvalitnění edukace (12).

Mezi faktory napomáhající učení patří: motivace, pohotovost a zpětná vazba. Motivace je účinná tehdy, pokud daný pacient má potřebu se učit a pomocí získávání informací věří, že tuto potřebu naplní. Je zde důležitá touha po vzdělávání (12, 26).

Druhým faktorem je připravenost a ochota učit se, nebo být edukovaný. Jde o projev motivace v určitém čase. Úlohou sestry je pacienta zcela podpořit na aktivní účasti v procesu učení. Postupem času pacient získá důvěru, a tím se sníží strach z neúspěchu a stoupá tak motivace (12, 26).

Třetím faktorem napomáhajícím učení pacienta je možnost zpětné vazby pro pacienta. Pomocí zpětné vazby se získávají informace, které vedou k zhodnocení

vytyčeného cíle pacienta. Zpětná vazba pomáhá pacientovi osvojit si schopnosti a dovednosti. Pozitivní zpětná vazba zahrnuje pochvalu nebo odměnu. Negativní zpětná vazba zahrnuje naopak zlost, výsměch a sarkasmus. Tato forma negativní zpětné vazby dokáže pacienta zcela odradit od dalšího učení. Pacientovi by měly sestry poskytovat informace od jednodušších ke složitějším. Velice důležité je opakování klíčových pojmů, zručností a činností, což slouží k rychlejšímu zapamatování. Pacient si zapamatovává naučené věci nejlépe, když je čas mezi naučením se nového a vyzkoušením prakticky co nejkratší. Čím je časový úsek delší, tím toho pacient zapomene více (26).

Mezi překážející faktory učení patří nadměrná úzkost, fyziologické překážky a kulturní bariéry (12).

Pacienti trpící nadměrnou úzkostí se projevují ustrašeností, nepozorností, neposlouchají obsah sdělení, zapamatovávají si jen malou část sděleného obsahu informací (12).

Druhou překážkou jsou fyziologické faktory. Zde se nejčastěji jedná o akutní onemocnění, bolest a o poškození sluchu (12).

Poslední třetí překážku tvoří kulturní bariéry, sem patří jazyk a uznávané hodnoty (12).

1. 3.5 Postupy, způsoby a zásady správné edukace

Průběh edukace vychází z vědomostí pacienta o jeho zdravotním stavu a ze stanovení vytyčených cílů. Důležitá je spolupráce lékaře, sestry a pacienta. Pacienti dostávají informace ze všech stran, například z televize, rádia, časopisů, reklam, ale ne vždy jim mohou porozumět. Správná edukace by měla být vždy součástí léčby. Poučený pacient je lépe spolupracující pacient (13).

Do postupu správné edukace patří tři základní způsoby. První způsob edukace je pomocí tištěného edukačního materiálu. Druhý způsob edukace je stručné opakování již napsaného. Za třetí způsob je považována pouze ústní edukace, při které s pacientem sestra probere jeho současné problémy, a konzultuje možné návrhy řešení. Pouze předání edukačního materiálu což je letáček nebo brožurka však nestačí, pacient si totiž

ve většině případů tyto materiály buď nepřečte, nebo přečte, ale pokud neporozumí medicínským výrazům, edukace není efektivní (9, 24).

Edukace má být individuální a jednoduchá na úrovni pochopení pro pacienta. Důležitost je v opakování při každém kontaktu s nemocným. Většina pacientů si zapamatují asi 2 až 3 sdělené informace z rozhovoru. Nejvíce si zapamatují informace sdělené na začátku rozhovoru a dále ty nejvíce opakované. Každý edukátor by měl k pacientovi přistupovat citlivě a individuálně, velký význam má verbální komunikace a měl by zamezit falešným domněnkám o nemoci. Důležitá je i neverbální komunikace, která někdy nejlépe zprostředkuje pocity člověka. Mezi neverbální komunikaci patří: výraz obličeje, gestikulace, či mluva rukou, pohledy, haptika, vzdálenost, chůze a držení těla (9, 24).

Do postupu správné edukace patří dále zásady správné edukace, které mají čtyři fáze.

První fáze spočívá ve vysvětlení problému, ověření, zda nemocný pochopil a porozuměl. Při neporozumění je nutné opětovné vysvětlení problému. Informace se podávají ústně a i písemně (9).

Druhá fáze se zaměřuje na sledování emoční odpovědi pacienta a rozptýlení pacienta (9).

Ve třetí fázi jde o vysvětlení léčebného režimu pacientovi, používají se pojmy, kterým pacient rozumí. Je nutné zdůraznit jakého úspěchu pacient může dodržováním správné léčby dosáhnout (9).

Při poslední čtvrté fázi si ověříme, zda pacient rozuměl sděleným informacím, nejlépe když on sám nám stručně vysvětlí podstatu svého onemocnění a léčebný plán (9).

1. 3. 6 Komunikace mezi sestrou a pacientem

Komunikace je definována jako vzájemná výměna informací, sloužící k vyjádření toho, co pacient potřebuje, a toho, co je schopen přijmout. Dělíme jí na komunikaci verbální a neverbální (24).

K dosažení kvalitní komunikace musí mít sestra schopnost naslouchat, být citlivá a sledovat pacientovy mimoslovní projevy. Dále má být empatická se schopností projevít porozumění s pacientem. Mít a cítit úctu k člověku, respektovat práva nemocných a potřeby, snažit se nemocnému zachovat samostatnost a poradit mu ohledně jeho léčby. Velice důležitý je zachovat si k pacientovi individuální přístup. Kvalitní ošetrovatelská péče je založena na komunikaci mezi sestrou a pacientem (19).

Schopnost dobře komunikovat patří k důležitým dovednostem zdravotníka. Kvalitní ošetrovatelská péče není efektivní bez komunikace mezi sestrou a pacientem (19).

Efektivní komunikace při edukaci musí sdělit informace o času, kdy bude informace předávána, v jakém prostředí bude edukace probíhat a jakým způsobem bude probíhat, jaké metody edukátor využije (19).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce:

- 1) Zjistit, zda jsou pacienti informováni o preventivních opatřeních v rámci sekundární prevence ischemické choroby dolních končetin.
- 2) Zjistit, zda pacienti znají zásady péče o postiženou končetinu.
- 3) Zjistit, zda sestry provádí edukaci pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin.

2.2 Hypotézy:

- 1) Pacienti nejsou informováni o preventivních opatření v rámci sekundární prevence.
- 2) Pacienti neznají zásady péče o postiženou končetinu.
- 3) Sestry neprovádí edukaci u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Práce je zpracována na základě odborné literatury a informací vyplývajících z výzkumu. Jde o kvantitativní výzkum, jako metoda sběru dat byl použit dotazník.

První dotazník byl určen pacientům trpících ischemickou chorobou dolních končetin. Šlo o pacienty hospitalizované na interních, chirurgických odděleních. Dále pak na kožním oddělení. Dále byli osloveni pacienti docházející do chirurgických ambulancí.

Druhý dotazník byl určen sestřám pracujících na chirurgickém, kožním a interním oddělení. Šlo o oddělení, kde se sestry nejčastěji setkávají s klienty s ischemickou chorobou dolních končetin a pečují o jejich postižené končetiny.

Dotazník pro pacienty se skládal z 29 otázek. Z toho bylo 21 otázek uzavřených, 6 otázek polootevřených s možností výběru i více odpovědí a 2 typy otázek otevřených.

Dotazník pro sestry obsahoval 21 otázek. Z toho 17 otázek bylo uzavřených, 2 polootevřené s možností výběru i více odpovědí a 2 typy otázek otevřených.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořili pacienti z Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a z Nemocnice České Budějovice, a.s. Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků. Návratnost činila 55 dotazníků, což je 55 %.

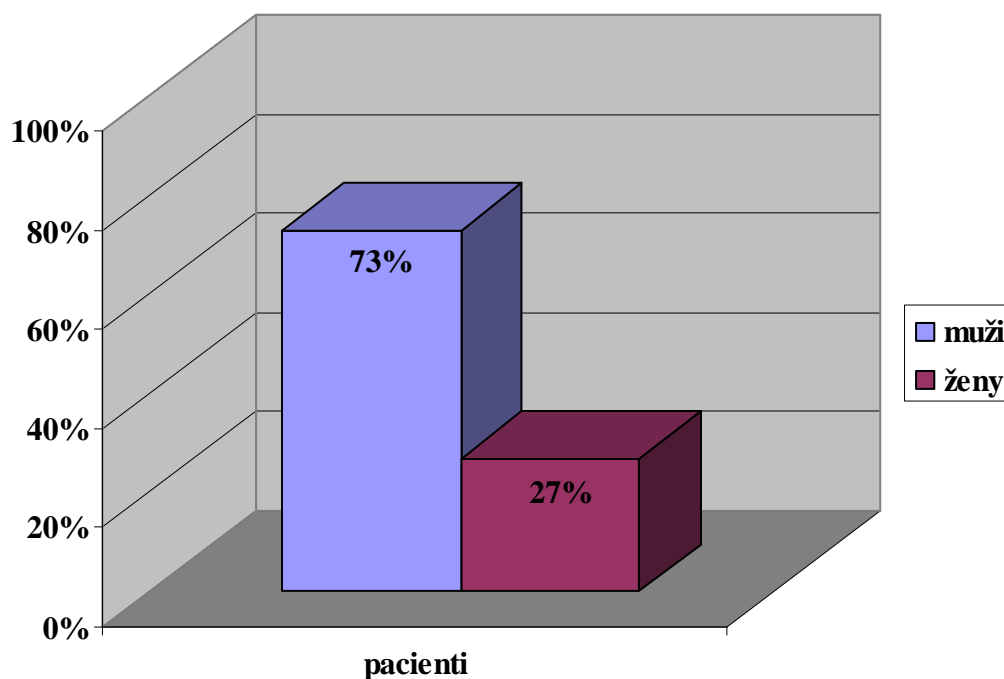
Druhý výzkumný soubor tvořily sestry z Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a z Nemocnice České Budějovice, a.s. Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků. Návratnost činila 84 dotazníků, což je 70 %.

4 Výsledky

4.1 Prvním výzkumným souborem jsou pacienti (respondenti) z Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a z Nemocnice České Budějovice, a.s.

Graf 1 Pohlaví respondentů

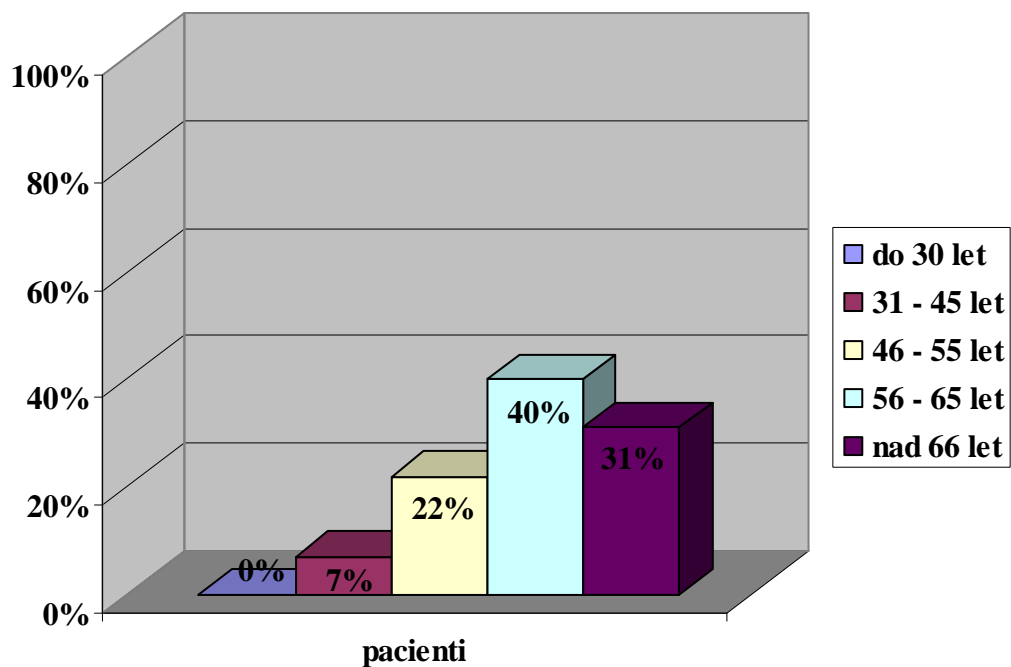
(otázka č. 1 z Dotazníku č. 1)



Z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů (100 %) bylo 40 mužů (73 %) a 15 žen (27 %).

Graf 2 Věk respondentů

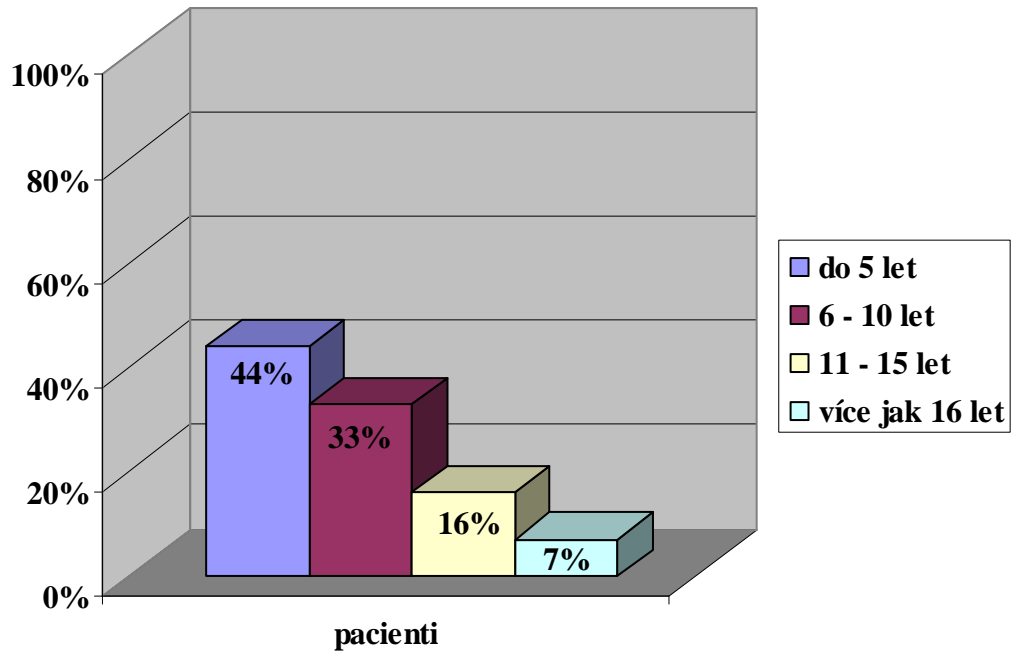
(otázka č. 2 z Dotazníku č. 1)



Z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů (100 %) bylo ve věku do 30 let 0 respondentů (0 %), od 31 do 45 let 4 respondenti (7 %), od 46 do 55 let 12 respondentů (22 %), od 56 do 65 let 22 respondentů (40 %) a nad 66 let 17 respondentů (31 %).

Graf 3 Délka onemocnění

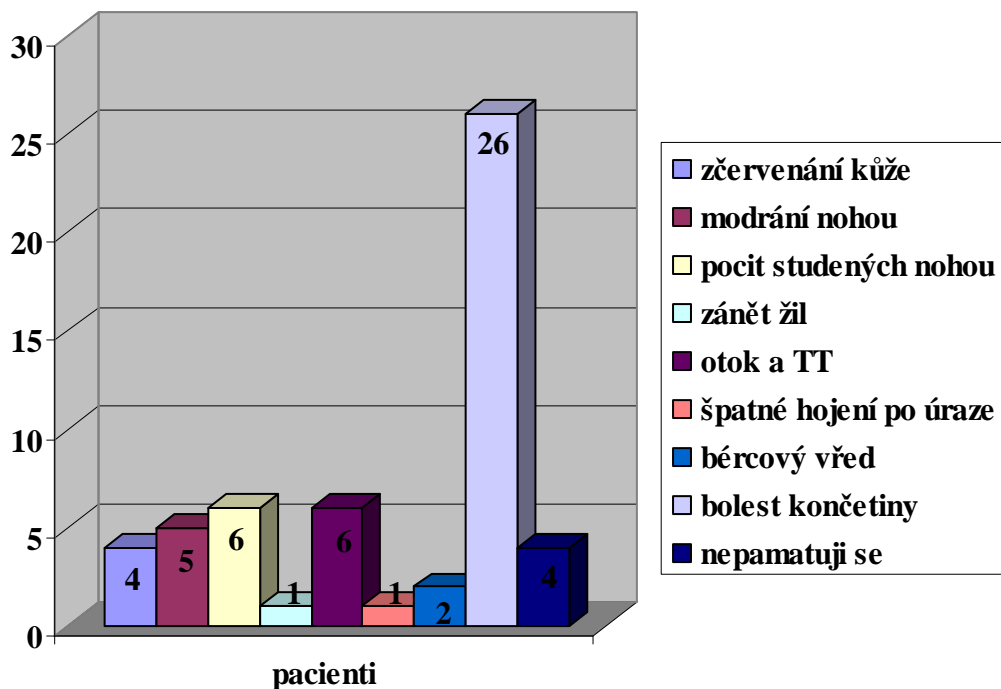
(otázka č. 3 z Dotazníku č. 1)



V hodnocení podle délky onemocnění ischemické choroby dolních končetin odpovědělo z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů (100 %) 24 respondentů (44 %), že trpí ischemickou chorobou dolních končetin do 5 let, od 6 do 10 let 18 respondentů (33 %), od 11 do 15 let 9 respondentů (16 %) a více jak 16 let 4 respondenti (7 %).

Graf 4 První příznaky onemocnění

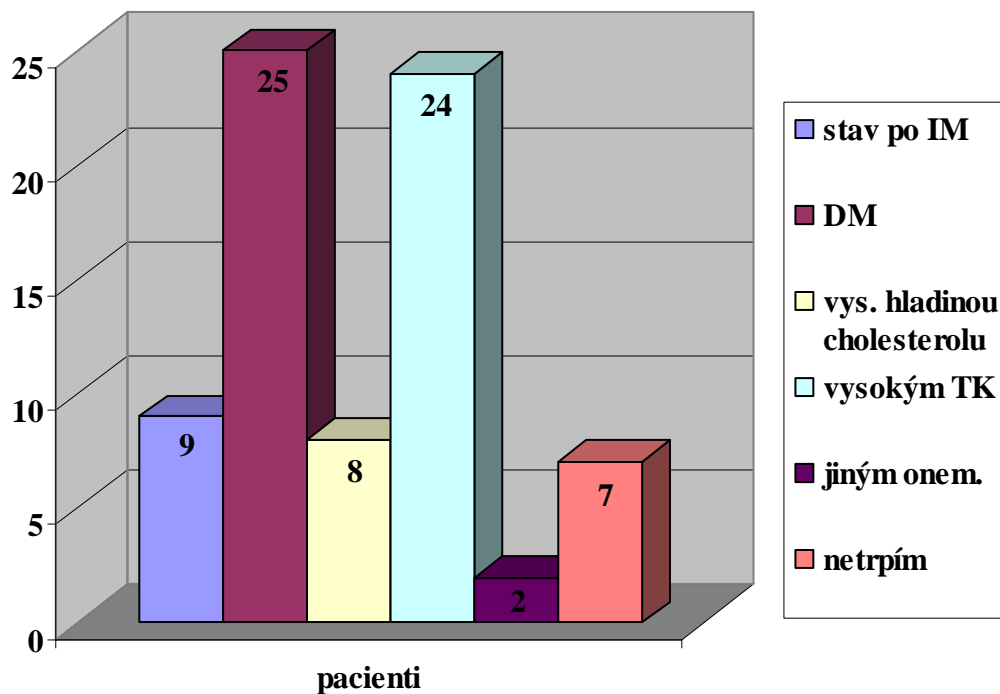
(otázka č. 4 z Dotazníku č. 1)



Respondenti doplňovali první příznaky své nemoci. Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) udali jako první příznak ischemické choroby dolních končetin zčervenání kůže 4 respondenti, zmodráni končetiny udalo 5 respondentů, pocit studených nohou 6 respondentů, zánět žil 1 respondent, otok a zvýšenou tělesnou teplotu 6 respondentů, špatné hojení po úraze 1 respondent, bércový vřed 2 respondenti, bolest končetiny 26 respondentů a již si nepamatují 4 respondenti.

Graf 5 Jiné onemocnění

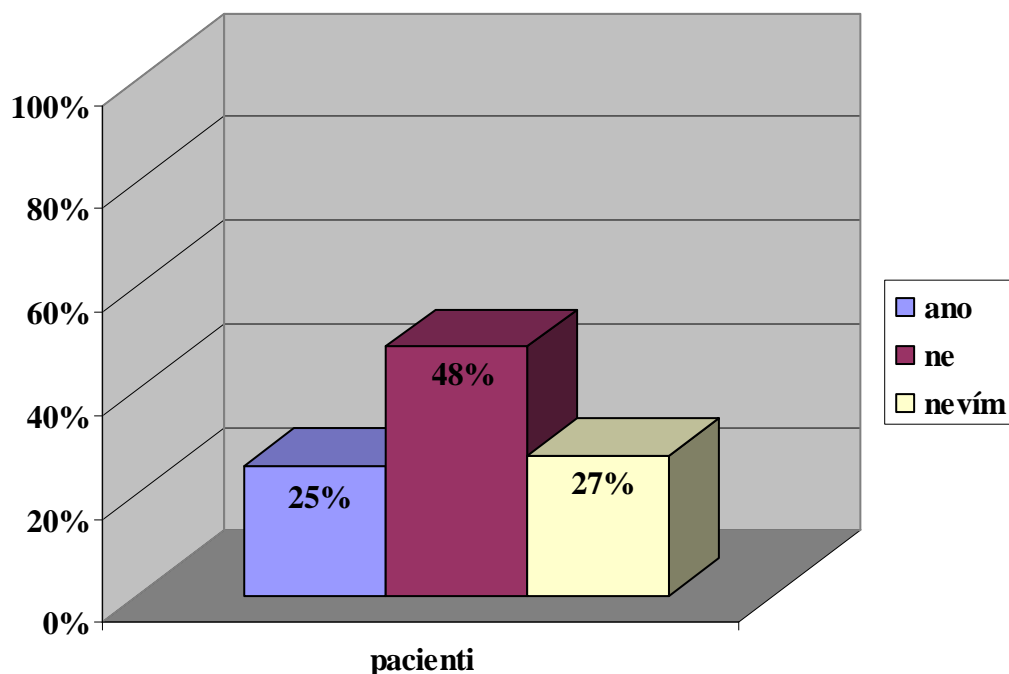
(otázka č. 5 z Dotazníku č. 1)



Otázka číslo 5 byla pootevřená. Respondenti mohli vybrat více odpovědí. Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) trpí ještě jiným onemocněním 45 pacientů. Stavem po infarktu myokardu udalo 9 pacientů, cukrovkou 25 pacientů, vysokou hladinu cholesterolu 8 pacientů, vysokým krevním tlakem 24 pacientů, jiným onemocněním trpí 2 pacienti a to angínou pectoris 1 pacient a roztroušenou sklerózou 1 pacient. Pouze ischemickou chorobou dolních končetin trpí 7 pacientů.

Graf 6 Výskyt onemocnění v rodině

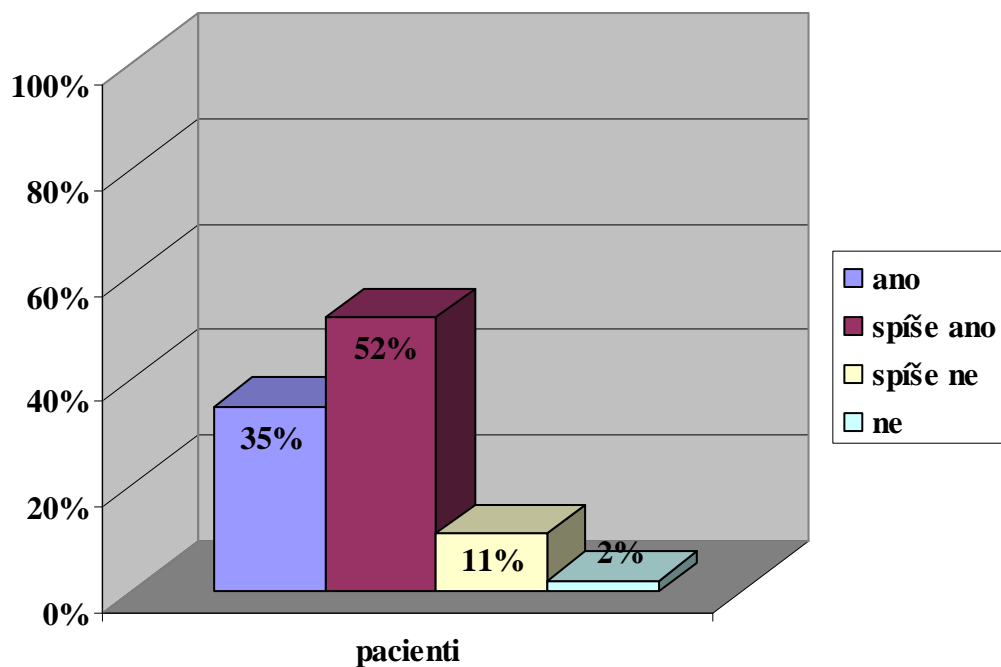
(otázka č. 6 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) uvádí, že se ischemická choroba dolních končetin v rodině vyskytuje u 14 pacientů (25 %), nevyskytuje u 26 pacientů (48 %) a o skutečnosti výskytu onemocnění ischemickou chorobou dolních končetin neví 15 pacientů (27 %).

Graf 7 Informovanost respondentů o onemocnění

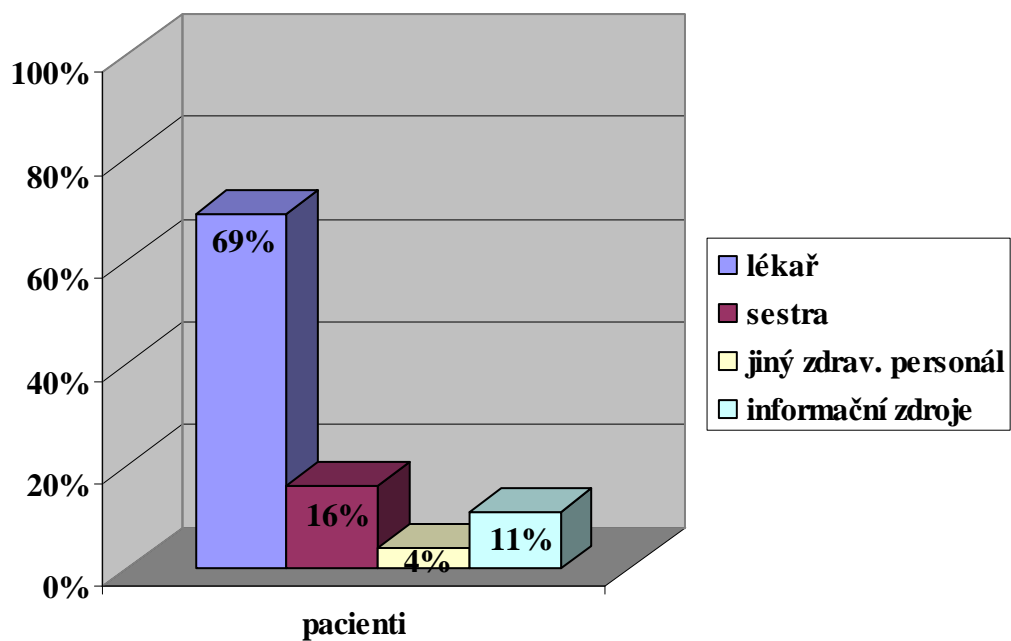
(otázka č. 7 z Dotazníku č. 1)



Na otázku, zda si respondenti myslí, že jsou dostatečně informováni o onemocnění odpovědělo z 55 dotazovaných respondentů (100 %) 14 respondentů (35 %), že si myslí, že jsou informováni, spíše je informováno 29 respondentů (52 %), spíše neinformováno je 6 respondentů (11 %) a 1 respondentovi (2 %) chybí informace o onemocnění.

Graf 8 Osoba podávající informace respondentům o onemocnění

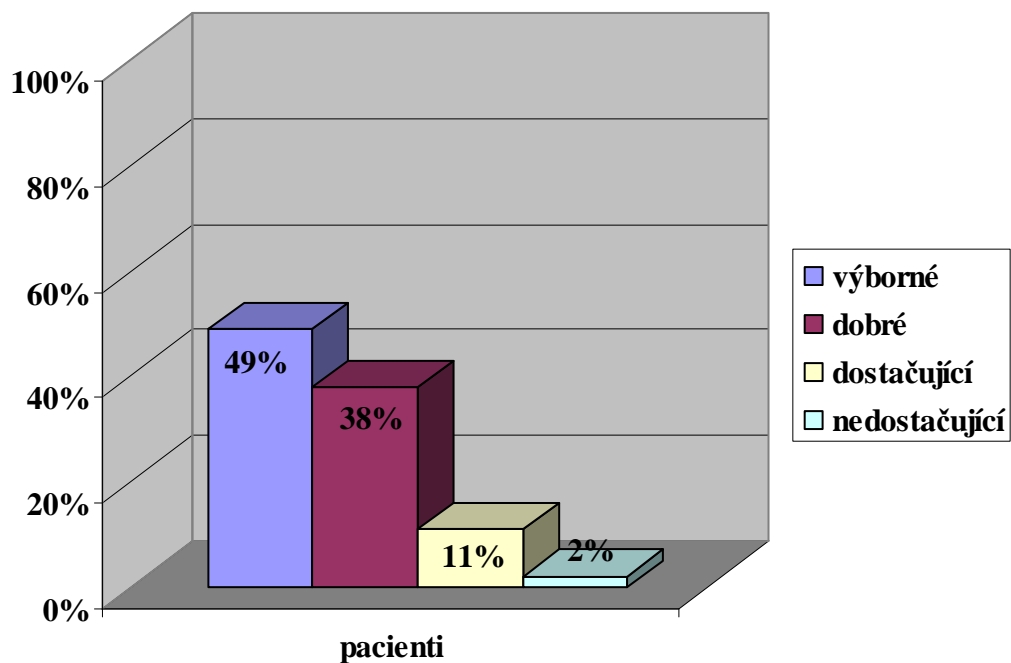
(otázka č. 8 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) 38 respondentů (69 %) udává, že nejvíce informací jim poskytl lékař, sestra 9 respondentům (16 %), jiný zdravotnický personál 2 respondentům (4 %) a informační zdroje 6 respondentům (11 %).

Graf 9 Znalosti sester o onemocnění

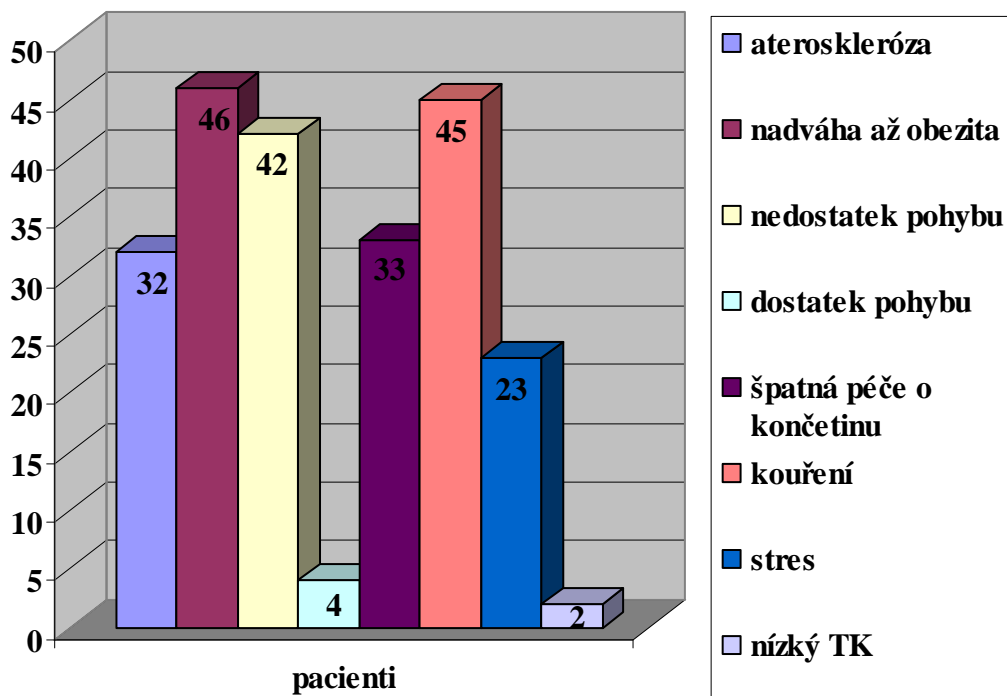
(otázka č. 9 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) 27 respondentů (49 %) hodnotí znalosti sester o jejich nemoci jako výborné, jako dobré znalosti hodnotí 21 respondentů (38 %), dostačující 6 respondentů (11 %) a nedostačující 1 respondent (2 %).

Graf 10 Rizikové faktory onemocnění

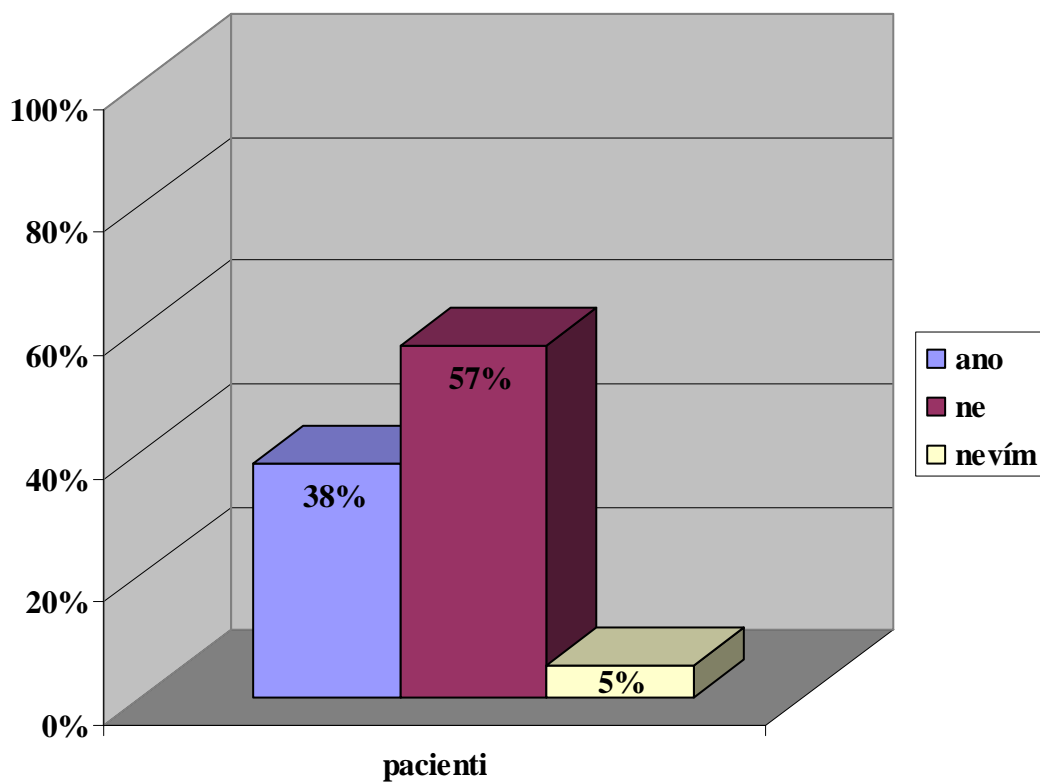
(otázka č.10 z Dotazníku č.1)



Respondenti v této otázce mohli volit více odpovědí. Z 55 dotazovaných respondentů 32 uvádí, že mezi rizikové faktory vzniku ischemické choroby dolních končetin patří ateroskleróza, 46 respondentů uvádí nadváhu až obezitu, 42 respondentů nedostatek pohybu, 4 respondenti dostatek pohybu, 33 respondentů špatnou péči o postiženou končetinu, 45 respondentů kouření, 23 respondentů stres a 2 respondenti uvedli nízký krevní tlak.

Graf 11 Množství písemných informací pro respondenty

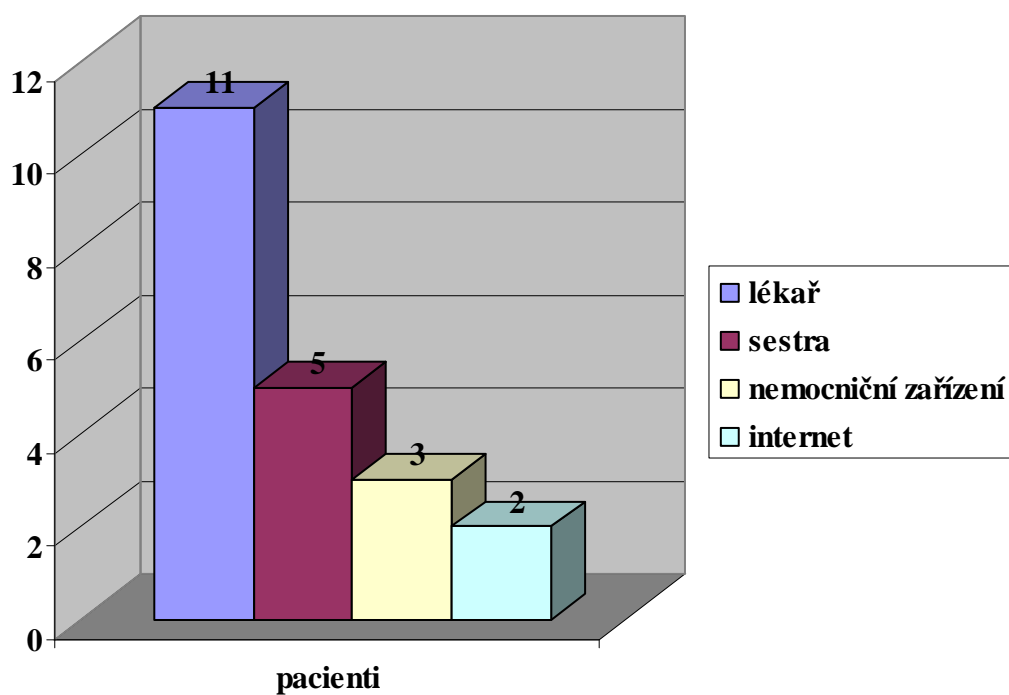
(otázka č. 11 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) uvedlo 21 respondentů (38 %), že má k dispozici písemné informace o onemocnění. 31 respondentů (57 %) uvedlo, že nemá k dispozici písemné informace a 3 pacienti (5 %) neví.

Graf 12 Osoby poskytující písemné informace respondentům

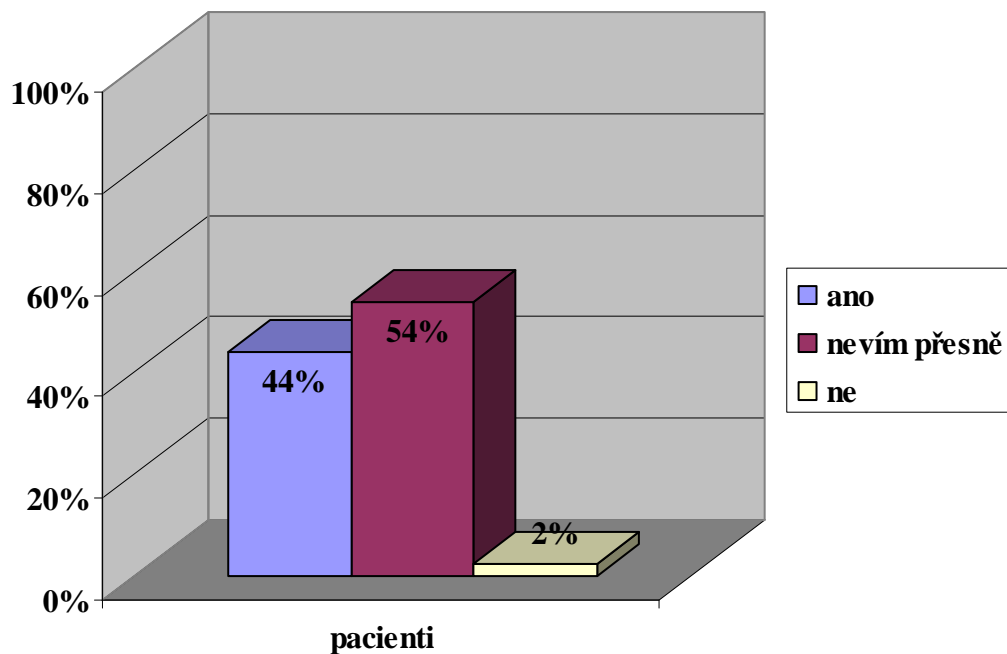
(otázka č. 11 z Dotazníku č. 1)



Na otázku číslo 11 mohli respondenti uvést osoby, které jim poskytli písemné informace o onemocnění. 11 respondentů uvedlo lékaře, 5 respondentů sestru, 3 respondenti nemocniční zařízení a 2 respondenti uvedli, že získali písemné informace z internetu.

Graf 13 Znalost správné péče o končetiny

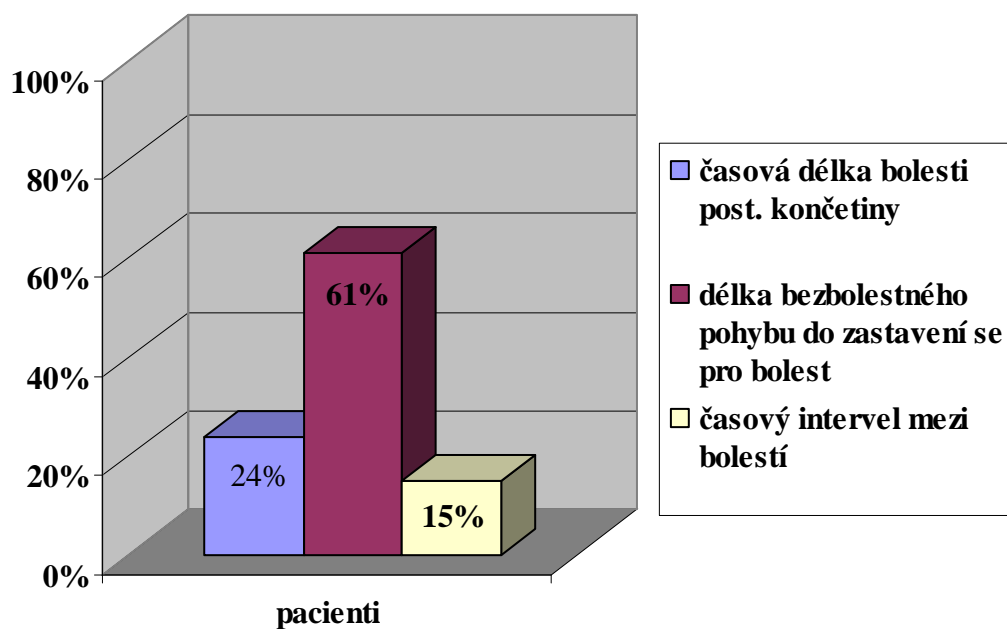
(otázka č. 12 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) uvedlo, že ví, jak správně pečovat o postižené končetiny 24 respondentů (44 %), variantu nevím přesně zvolilo 30 respondentů (54 %) a neví 1 respondent (2 %).

Graf 14 Termín klaudikační interval

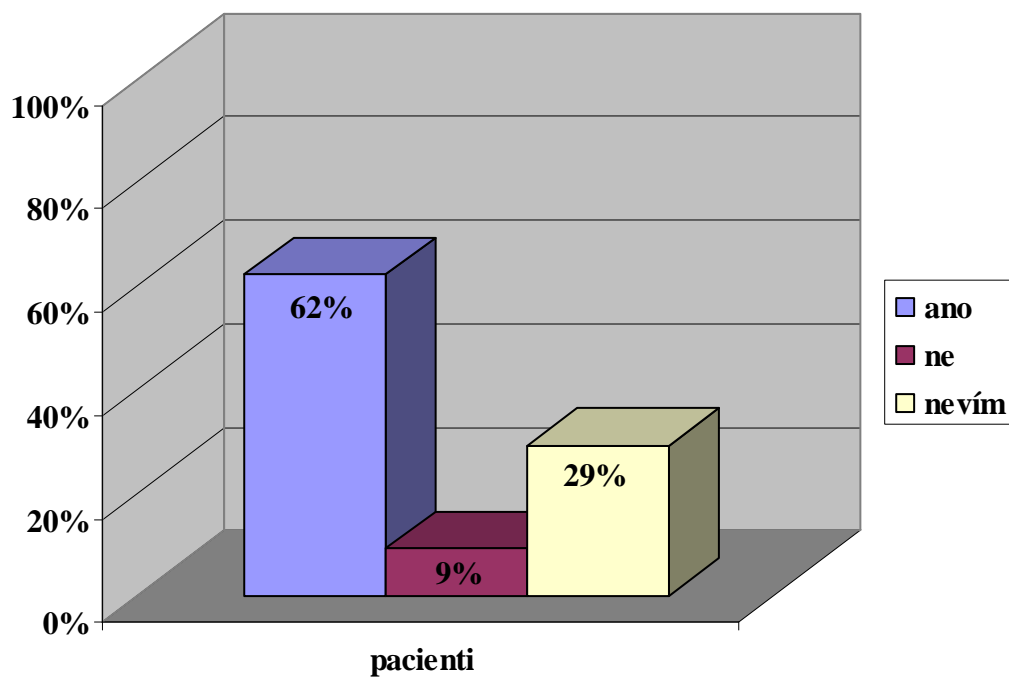
(otázka č. 13 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) uvedlo 13 respondentů (24 %) odpověď, že klaudikační interval je časová délka bolesti postižené končetiny. 34 respondentů (61 %) uvedlo, že klaudikační interval je délka bezbolestného pohybu do zastavení se pro bolest a 8 respondentů (15 %) uvedlo, že jde o časový interval mezi bolestí.

Graf 15 Důležitost rehabilitace v léčbě

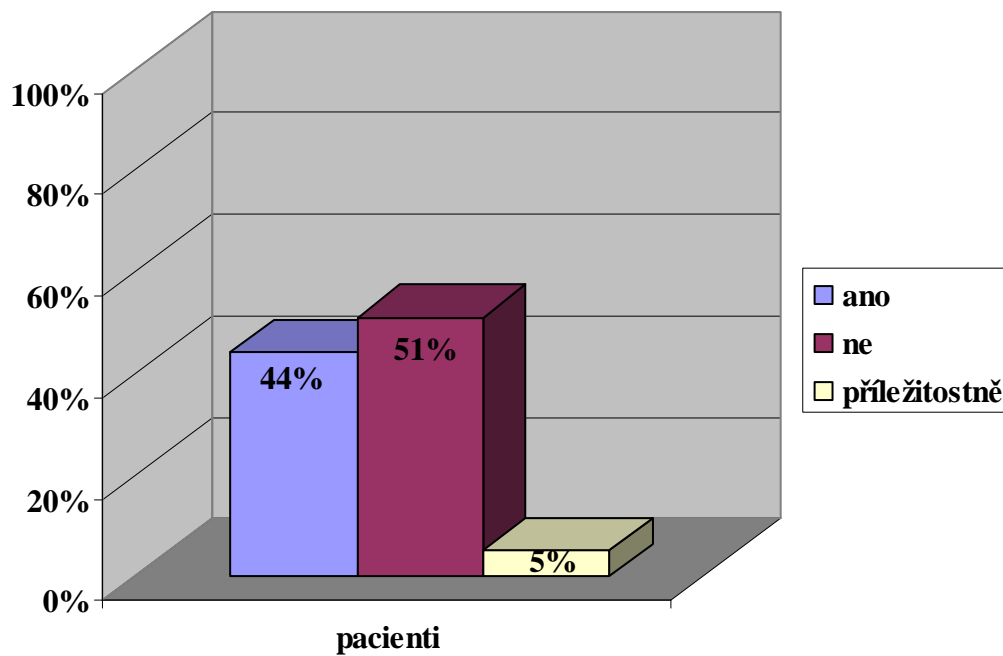
(otázka č. 14 z dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) se 34 (62%) respondentů domnívá, že rehabilitace je v léčbě důležitá, variantu ne zvolilo 5 respondentů (9 %) a 16 respondentů (29 %) neví.

Graf 16 Kouření

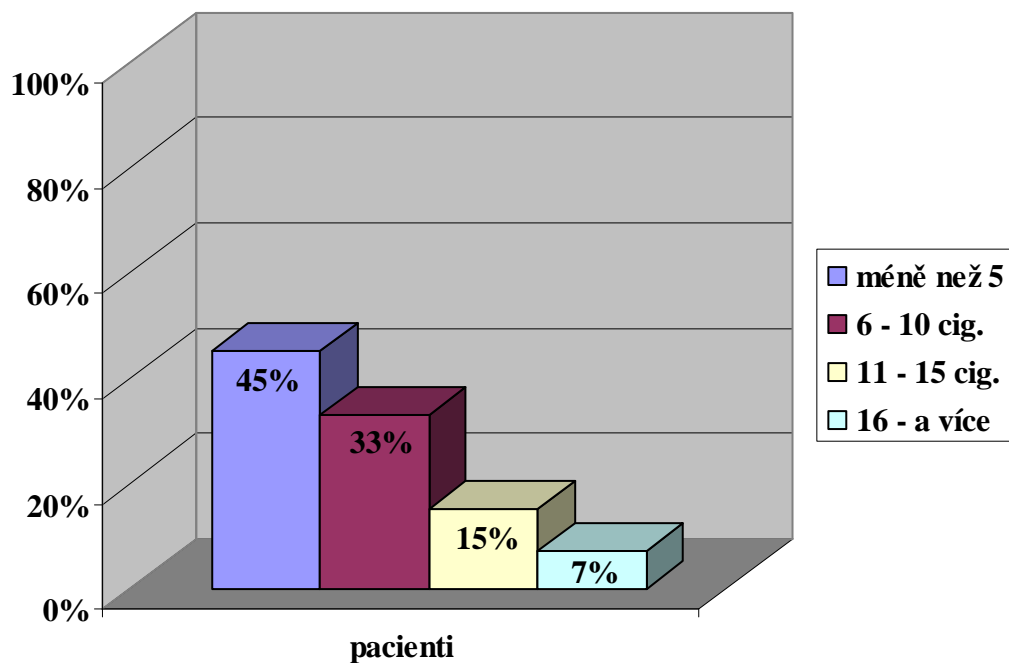
(otázka č. 15 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) kouří 24 respondentů (44 %), nekouří 28 respondentů (51 %) a příležitostně kouří 3 respondenti (5 %).

Graf 17 Denní počet cigaret

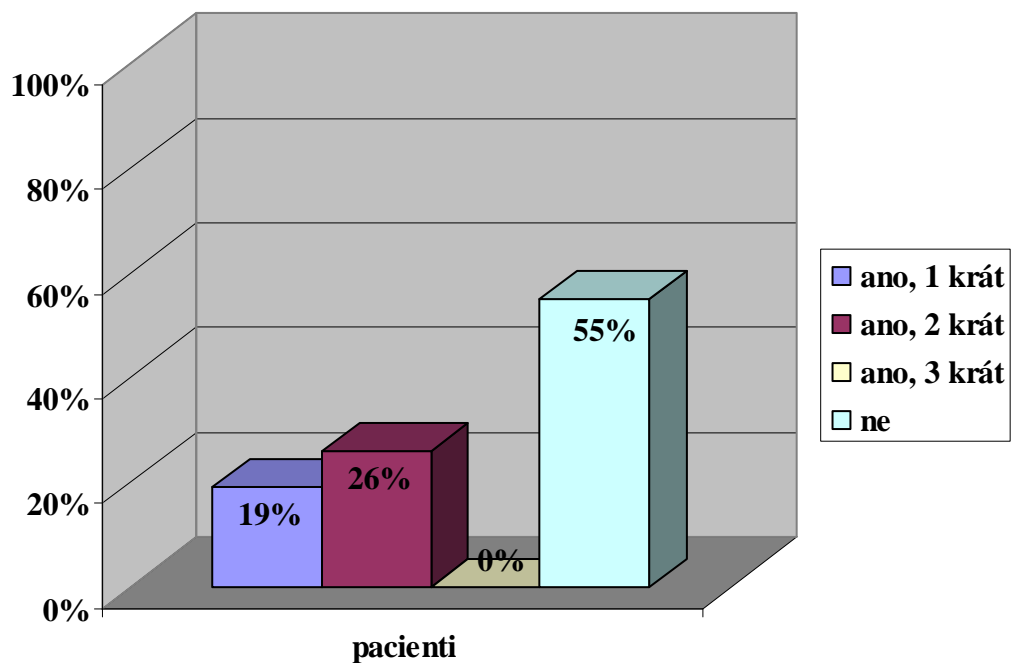
(otázka č. 16 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) kouří 27 respondentů. Z 27 respondentů méně než 5 cigaret denně kouří 12 respondentů (45 %), 6 až 10 cigaret denně kouří 9 respondentů (33 %), 11 až 15 cigaret denně kouří 4 respondenti (15 %) a více jak 16 cigaret denně kouří 2 respondenti (7 %).

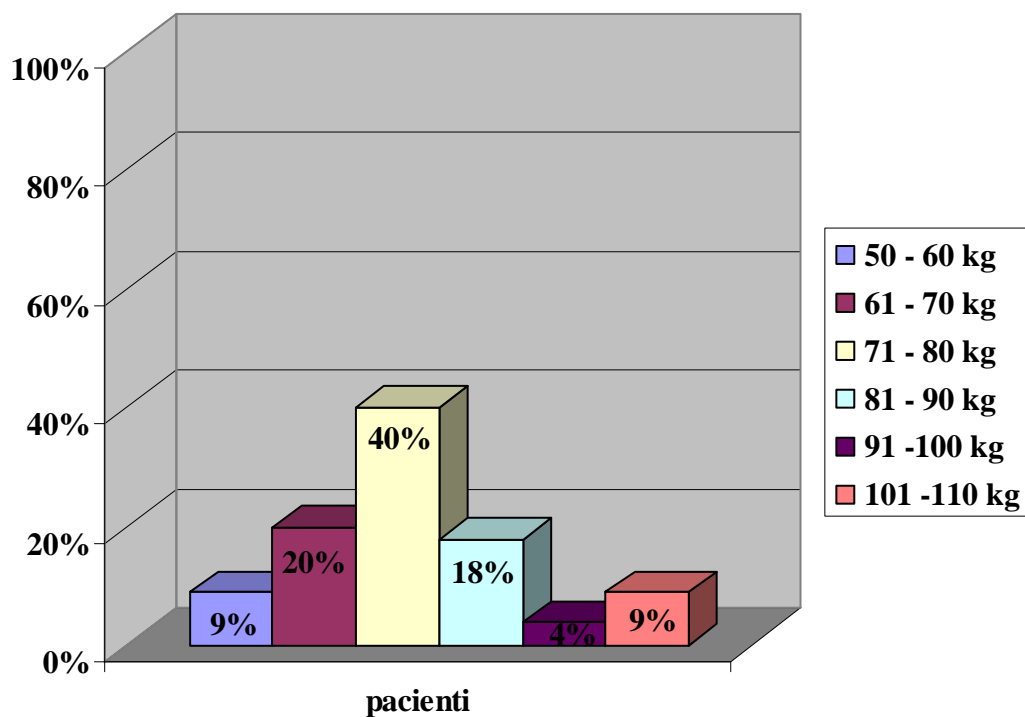
Graf 18 Zanechání kouření během roku

(otázka č. 17 z Dotazníku č. 1)



Z 27 respondentů (100 %), kteří kouří, zkoušelo přestat během roku kouřit 1 krát 5 respondentů (19 %), 2 krát do roka 7 respondentů (26 %) a 3 krát do roka 0 respondentů (0 %). Zanechat kouření nehodlá 15 respondentů (55 %).

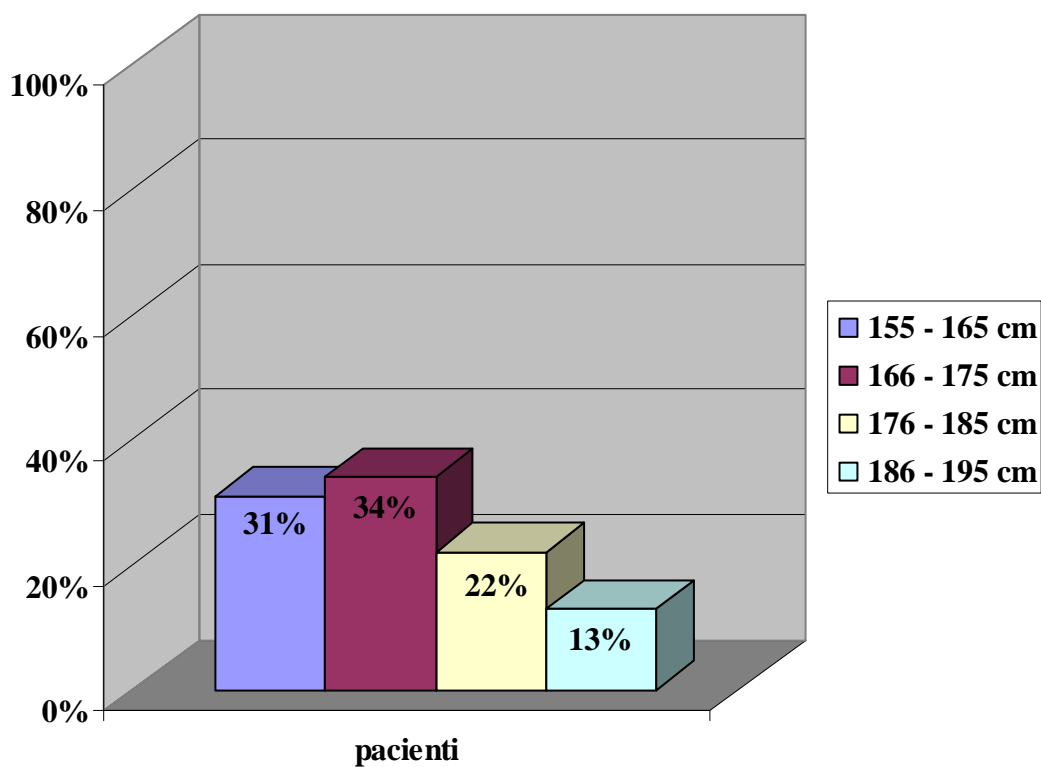
Graf 19 Váha respondentů
(otázka č. 18 z Dotazníku č. 1)



V otázce číslo 18 jsme zjišťovali váhu respondentů. Z celkového počtu 55 respondentů (100 %) udalo hmotnost od 50 kg do 60 kg 5 respondentů (9 %), od 61 kg do 70 kg 11 respondentů (20 %), od 71 kg do 80 kg 22 respondentů (40 %), od 81 kg do 90 kg 10 respondentů (18 %), od 91 kg do 100 kg 2 respondenti (4 %) a od 101 kg do 110 kg 5 respondentů (9 %).

Graf 20 Výška respondentů

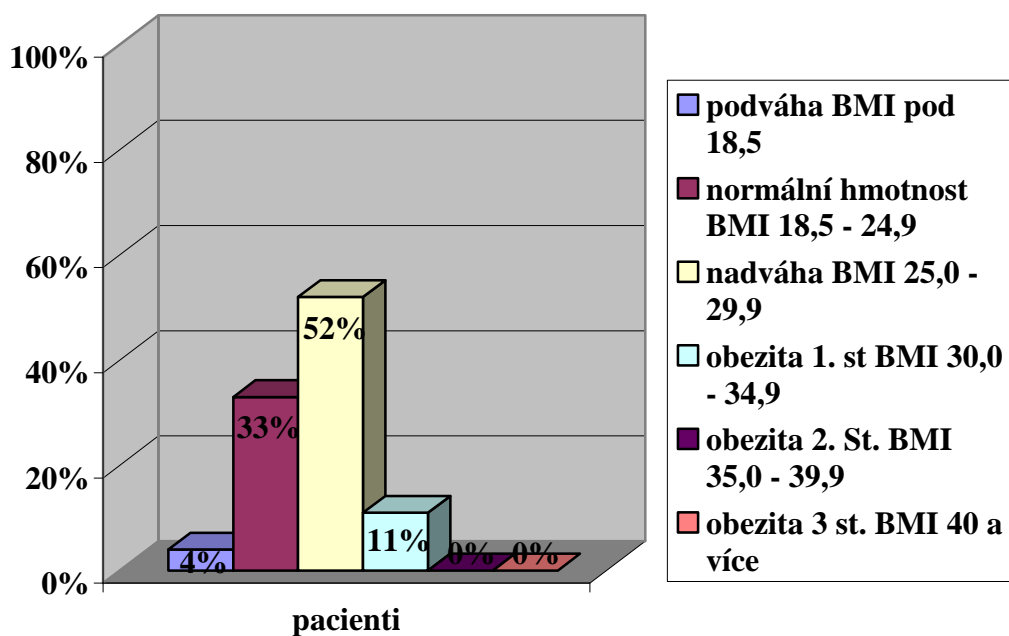
(otázka č. 18 z Dotazníku č. 1)



V otázce číslo 18 jsme zjišťovali výšku respondentů. Z celkového počtu 55 respondentů udalo výšku od 155 do 165 cm 17 respondentů (31 %), od 166 do 175 cm 19 respondentů (34 %), od 176 do 185 cm 12 respondentů (22 %) a od 186 do 195 cm 7 respondentů (13 %).

Graf 21 BMI u respondentů

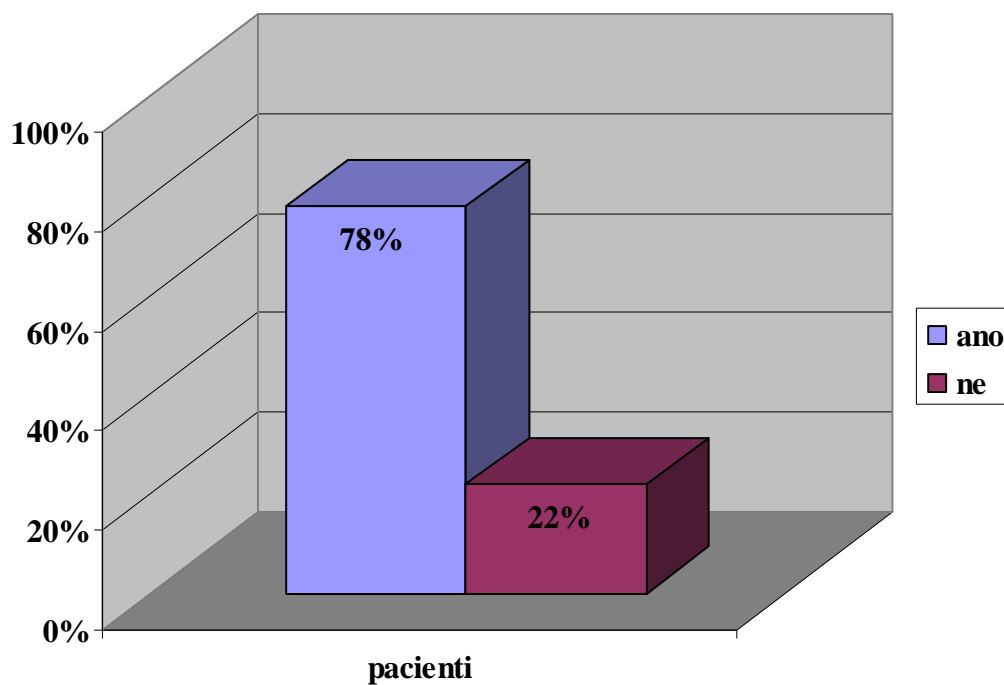
(otázka č.18 z Dotazníku č.1)



Z váhy a výšky pacientů jsme následně vypočítali BMI index. Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) mají podváhu 4 respondenti (4 %), normální hmotnost 18 respondentů (33 %), nadváhou trpí 29 respondentů (52 %), obezitu 1 stupně má 6 respondentů (11 %), obezitou 2 stupně a 3 stupně trpí 0 (0 %) respondentů.

Graf 22 Dostatek pohybu přes den

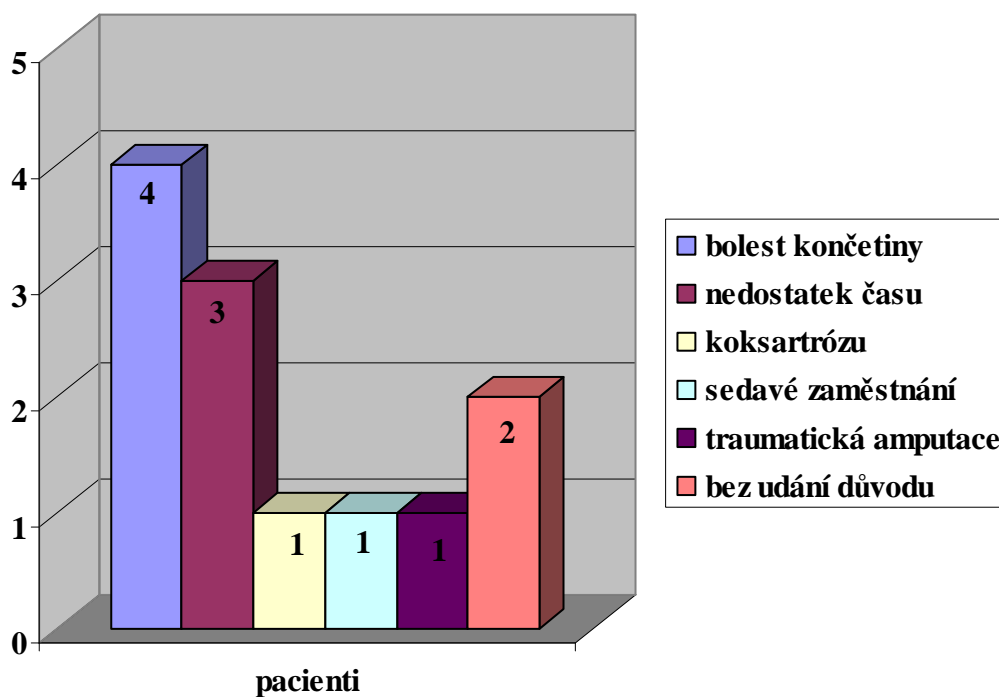
(otázka č. 19 z Dotazníku č. 1)



Z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů (100 %) uvedlo, že má 43 respondentů (78 %) dostatek pohybu přes den a 12 respondentů (22 %) nemá dostatek pohybu přes den.

Graf 23 Důvody pro nedostatek pohybu

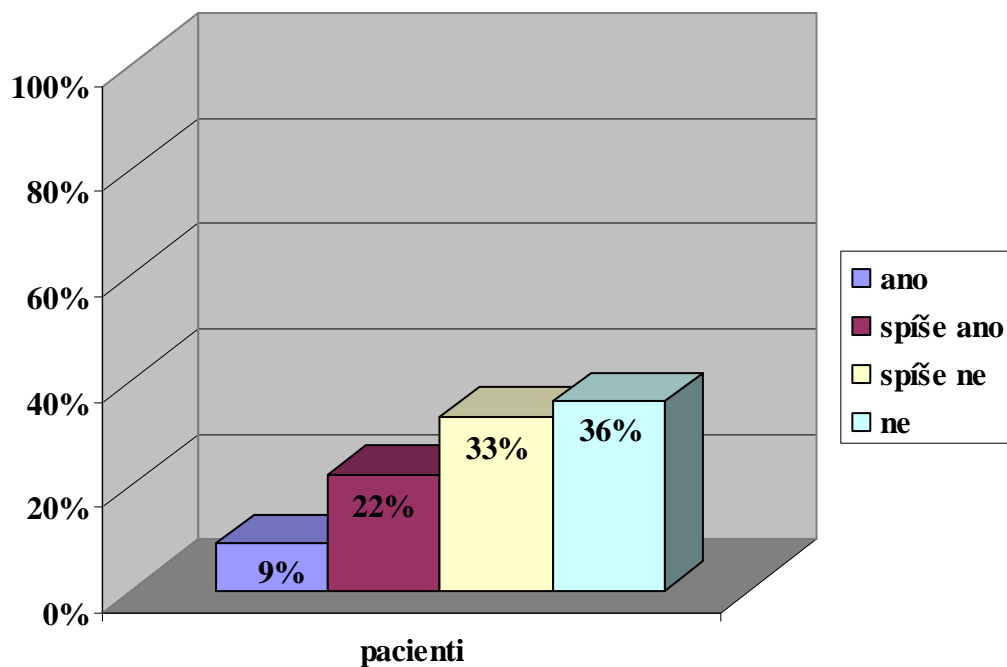
(otázka č. 19 z Dotazníku č. 1)



Z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů uvedlo, že má nedostatek pohybu přes den 12 respondentů. Graf znázorňuje dopsané důvody nedostatku pohybu. 4 respondenti uvedli bolest postižených končetin, 3 respondenti nedostatek času, 1 respondent koxsartrózu, 1 respondent sedavé zaměstnání, 1 respondent traumatickou amputaci a 2 respondenti neudali důvod nedostatku pohybu přes den.

Graf 24 Prožívání denního stresu

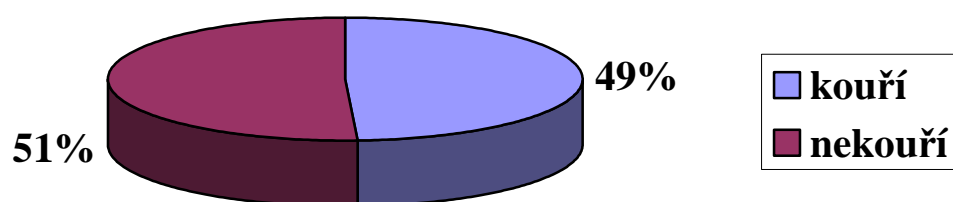
(otázka č. 20 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) denně prožívá stres 5 respondentů (9 %), spíše prožívá denně stres 12 respondentů (22 %), spíše neprožívá denně stres 18 respondentů (33 %) a 20 respondentů (36 %) neprožívá denně stres.

Graf 25 Dodržování zdravého životního stylu - kouření

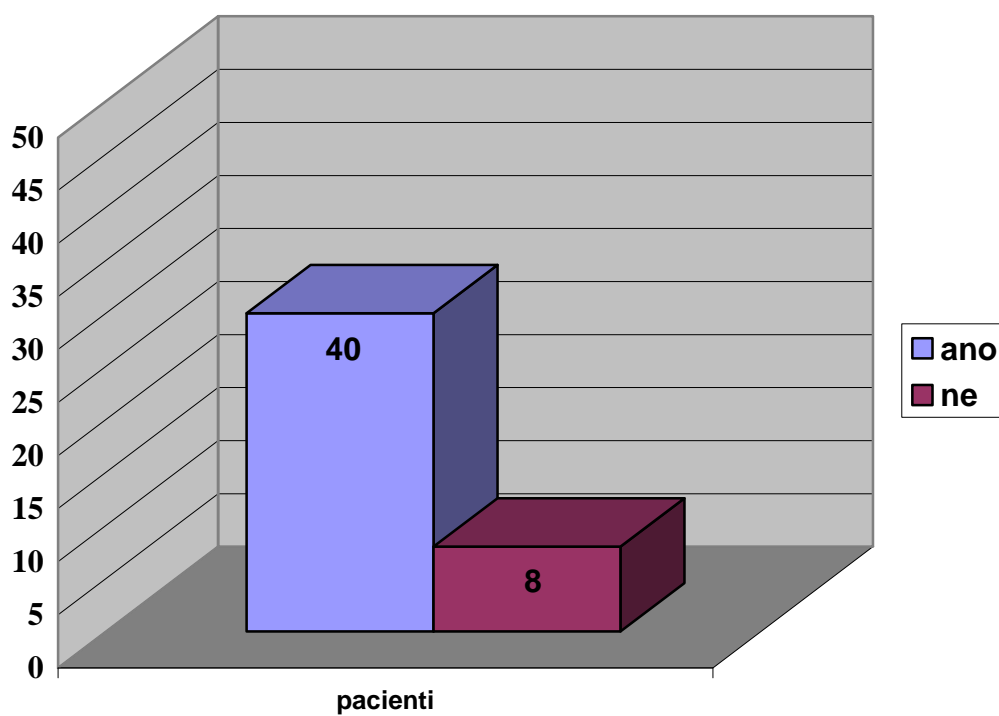
(otázka č. 21 z Dotazníku č. 1)



Z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů (100 %) kouří 27 respondentů (49 %) a 28 respondentů (51 %) nekouří.

Graf 26 Dodržování zdravého životního stylu - strava

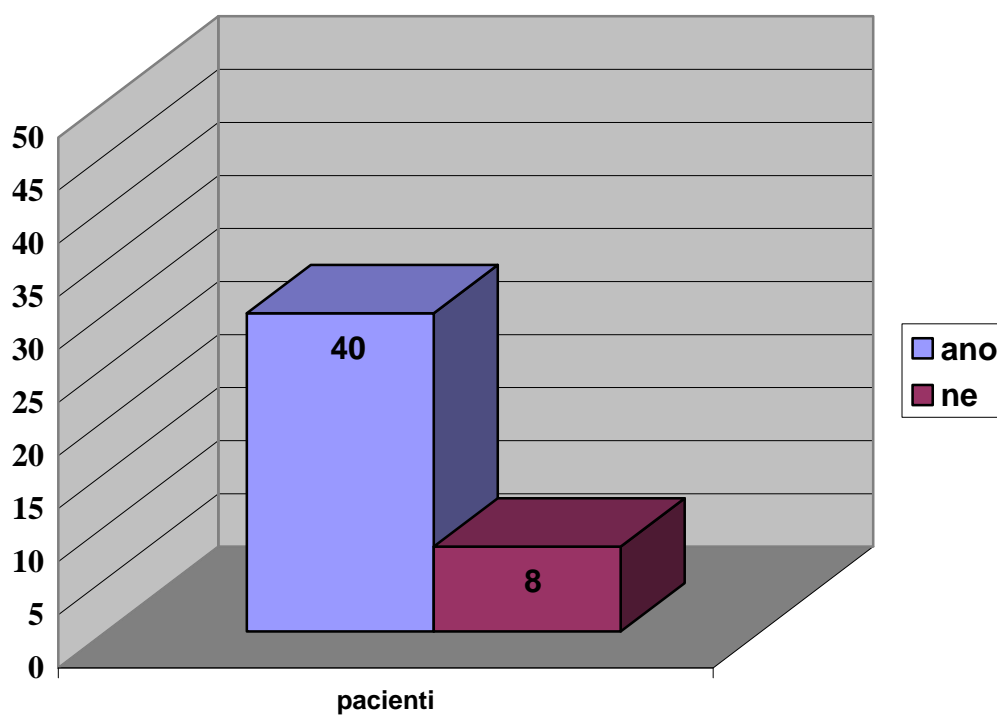
(otázka č. 21 z Dotazníku č. 1)



Z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů (100 %) dodržuje zdravou a vyváženou stravu 40 respondentů a nedodržuje 8 respondentů.

Graf 27 Dodržování zdravého životního stylu – dostatek pohybu

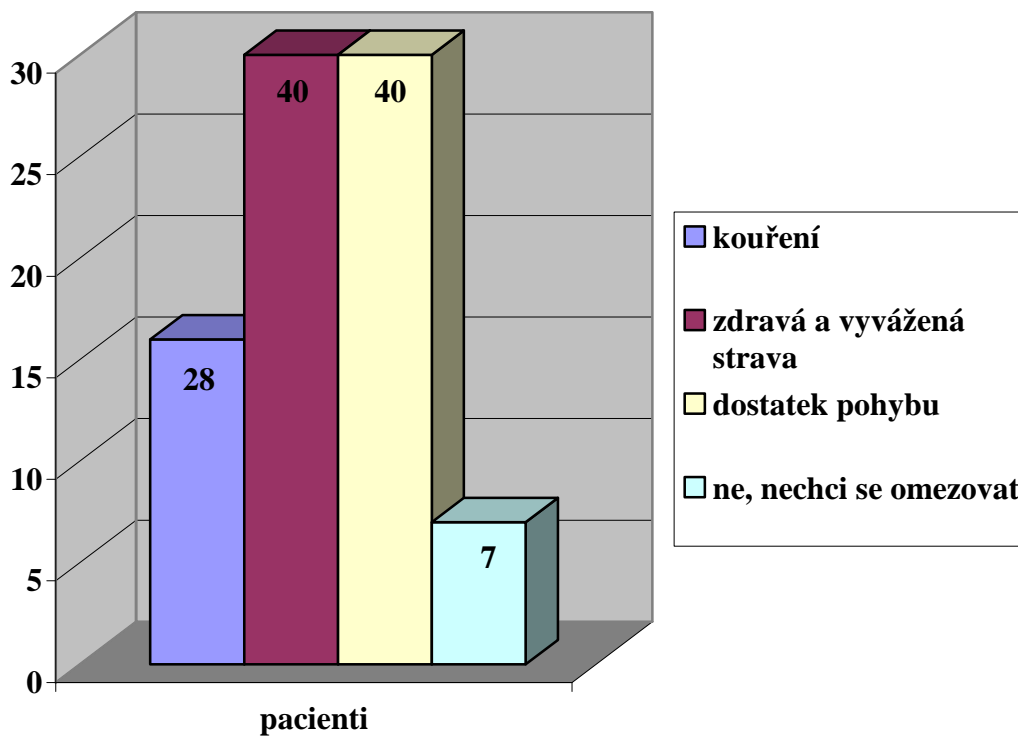
(otázka č. 21 z Dotazníku č. 1)



Z celkového počtu 55 dotazovaných respondentů (100 %) má dostatek pohybu 40 respondentů a nemá dostatek pohybu 8 respondentů.

Graf 28 Dodržování zdravého životního stylu – shrnutí

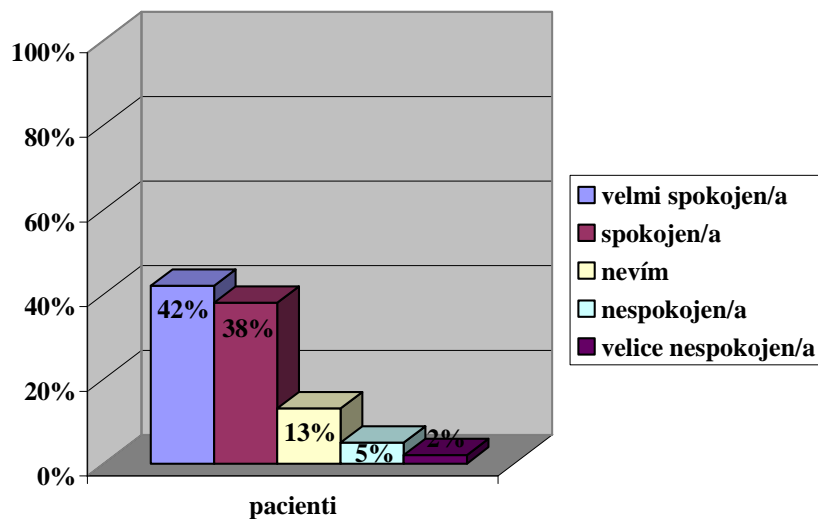
(otázka č. 21 z Dotazníku č. 1)



Na otázku č. 21 měli respondenti možnost více odpovědí. Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) dodržuje zdravý životní styl, tím že nekouří 28 respondentů, zdravou a vyváženou stravu dodržuje 40 respondentů, dostatek pohybu má 40 respondentů. Nedodržují a nechce se omezovat 7 respondentů.

Graf 29 Spokojenost respondentů v komunikaci se sestrou

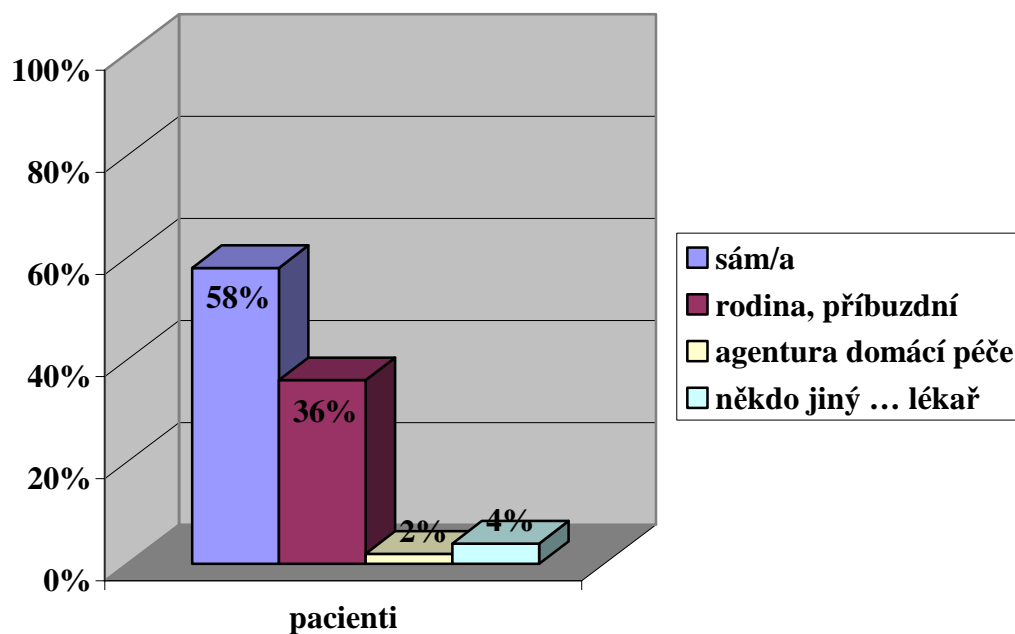
(otázka č. 22 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) je velmi spokojeno s komunikací sestry 23 respondentů (42 %), spokojeno je 22 respondentů (38 %), neví 7 respondentů (13 %), nespokojeno jsou 3 respondenti (5 %) a velmi nespokojen je 1 respondent (2 %).

Graf 30 Pomoc v péči o končetiny

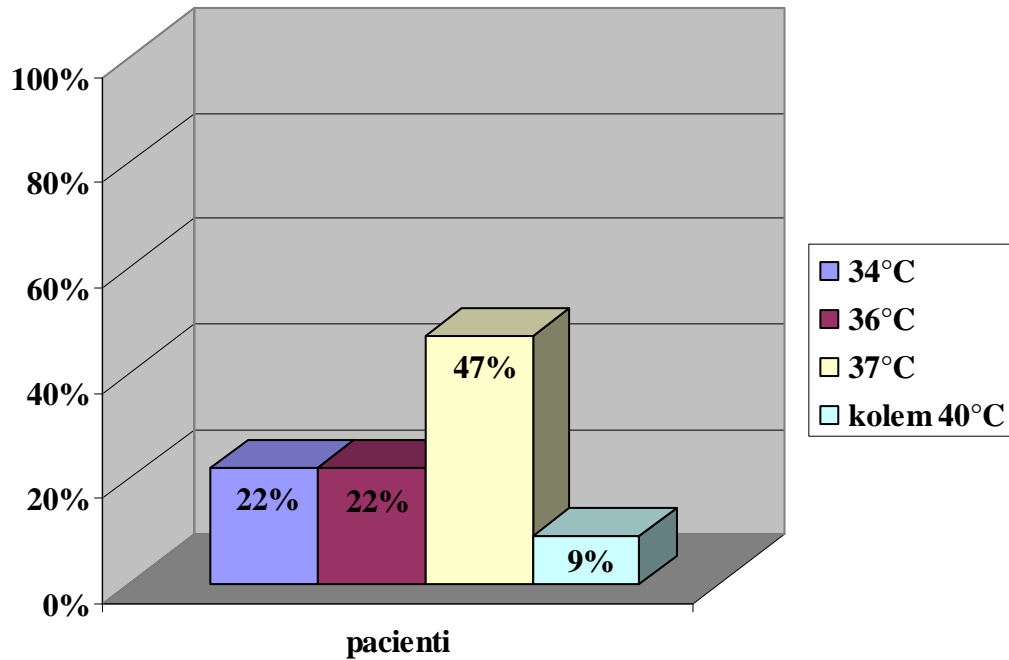
(otázka č.23 z Dotazníku č.1)



Na otázku č. 23 mohli respondenti vypsát osoby, které pečují o jejich postiženou končetinu, pokud nepečují sami. Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) 32 respondentů (58%) udává, že pečují sami, rodina, příbuzní 20 respondentů (36 %), agentura domácí péče 1 respondent (2 %) a 2 respondenti (4 %) uvedli lékaře.

Graf 31 Teplota vody při mytí končetin

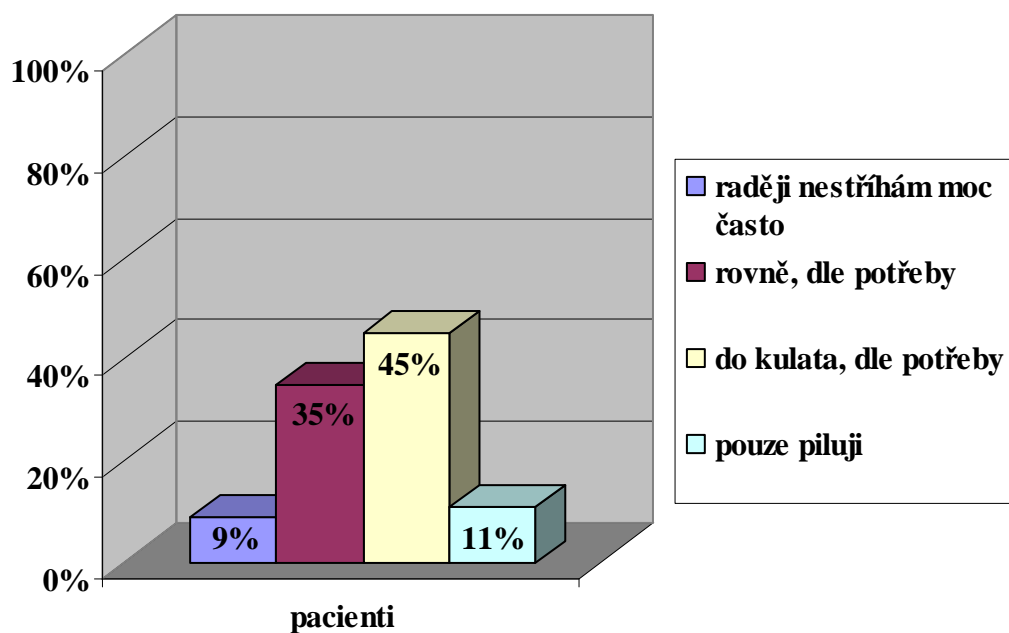
(otázka č. 24 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) udává, že 12 respondentů (22 %) si myjí postižené končetiny ve vodě teplé 34°C, 12 respondentů (22 %) ve vodě teplé 36°C, 26 respondentů (47 %) ve vodě teplé 37 °C a kolem 40°C teplé vodě si myje postižené končetiny 5 respondentů (9 %).

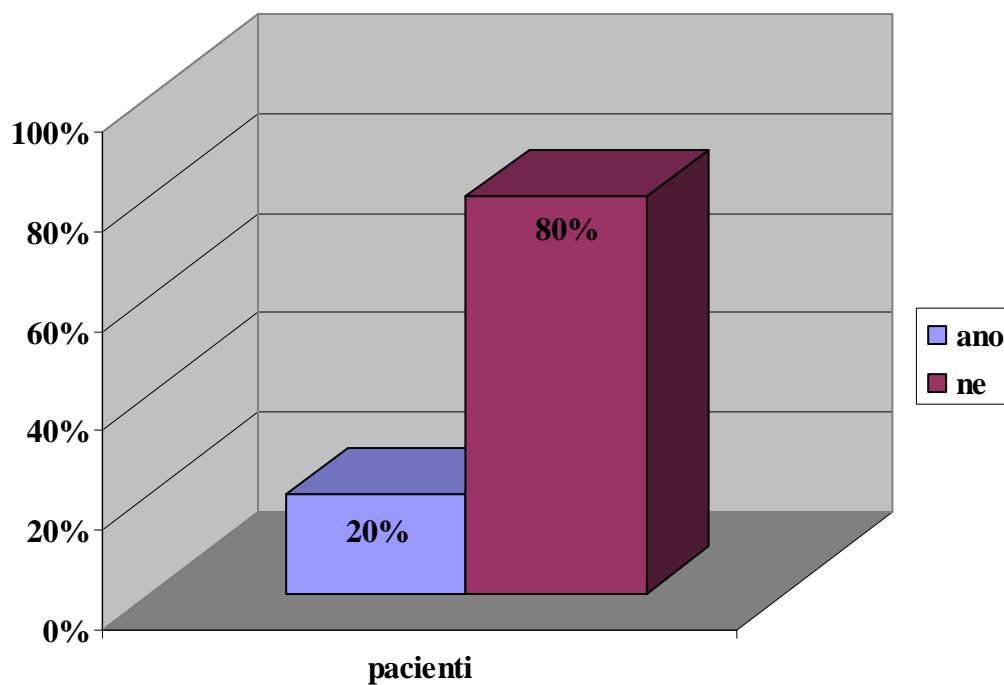
Graf 32 Stříhání nehtů

(otázka č. 25 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) 13 respondentů (9 %) uvádí, že si nehty raději moc často nestříhá, dle potřeby si stříhá nehty 19 respondentů (35 %), dokulata, dle potřeby si stříhá nehty 25 respondentů (45 %) a nehty si pouze piluje 6 respondentů (11 %).

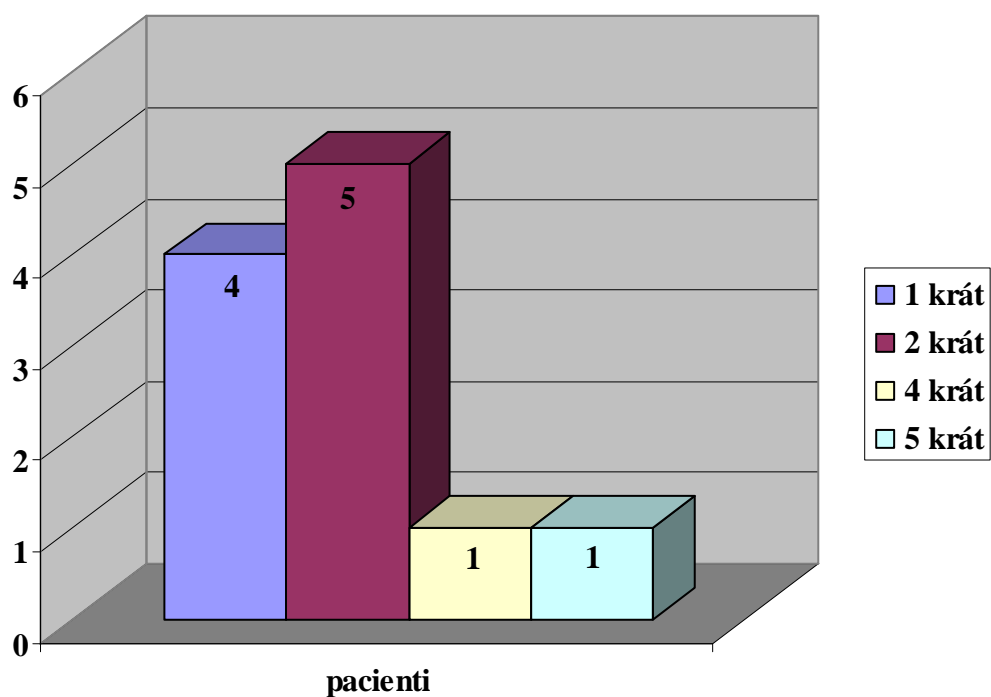
Graf 33 Návštěva pedikúry
(otázka č. 26 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) 11 respondentů (20 %) udává, že navštěvuje pedikúru a 44 respondentů (80 %) pedikúru nenavštěvuje.

Graf 34 Počet návštěv pedikérky během roku

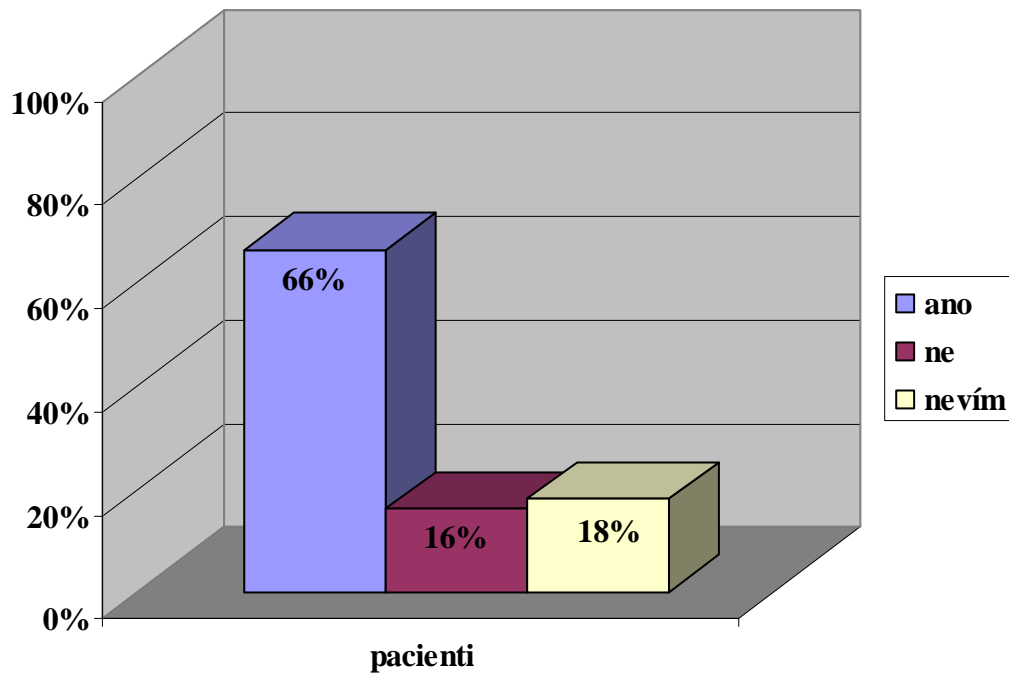
(otázka č. 26 z Dotazníku č. 1)



Z 11 respondentů navštěvují pedikúru 1 krát ročně 4 respondenti, 2 krát ročně 5 respondentů, 4 krát ročně 1 respondent a 5 krát ročně také 1 respondent.

Graf 35 Nošení zdravotních ponožek

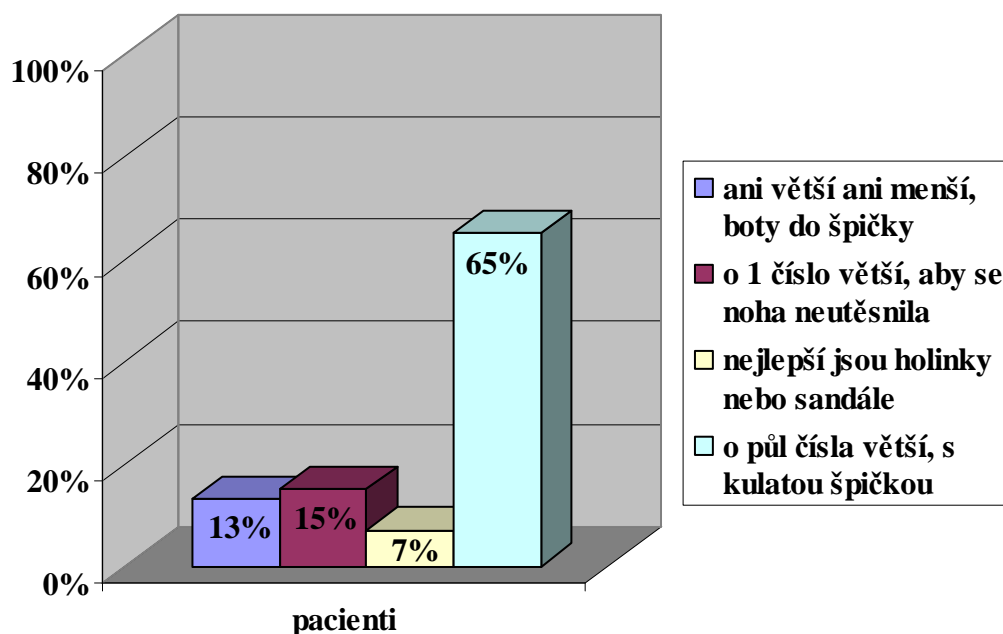
(otázka č. 27 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) uvádí 36 respondentů (66 %), že nosí zdravotnické ponožky. 9 respondentů (16 %) tyto ponožky nenosí a neví 10 respondentů (18 %).

Graf 36 Nošení vhodné obuvi

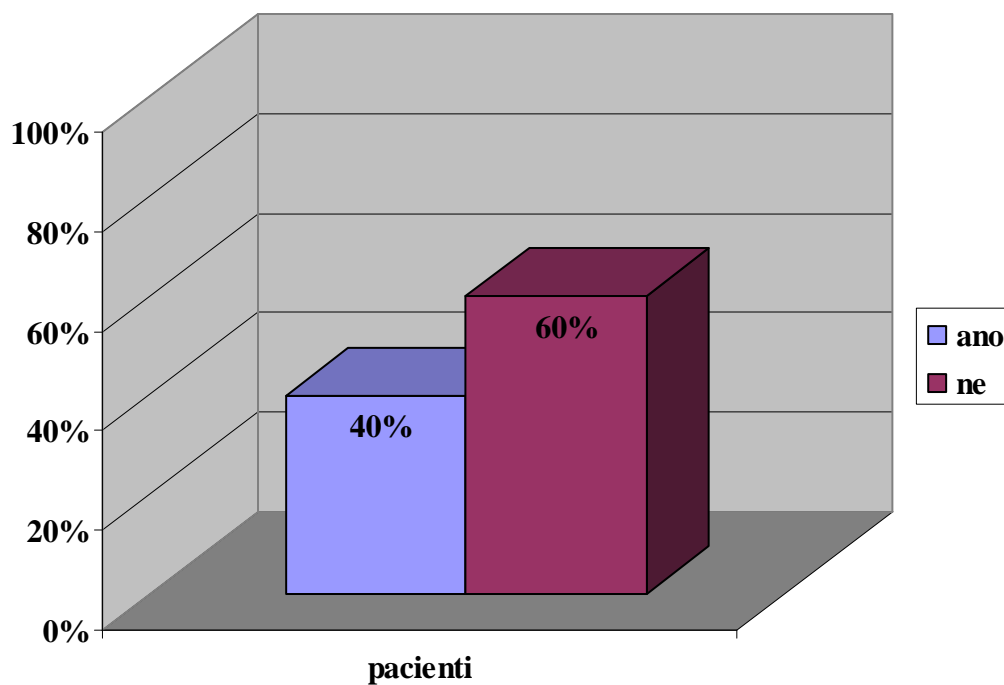
(otázka č. 28 z Dotazníku č. 1)



Z 55 dotazovaných pacientů (100 %) 7 respondentů (13 %) uvádí, že nosí boty ani větší ani menší, nejlépe boty do špičky, 8 respondentů nosí (15 %) o jedno číslo větší, aby se noha neutěsnila, 4 respondenti (7 %) uvedli, že nejlepší jsou holinky nebo sandále a boty o půl čísla větší s kulatou špičkou nosí 36 respondentů (65 %).

Graf 37 Ovlivnění pracovní schopnosti

(otázka č. 29 z Dotazníku č. 1)

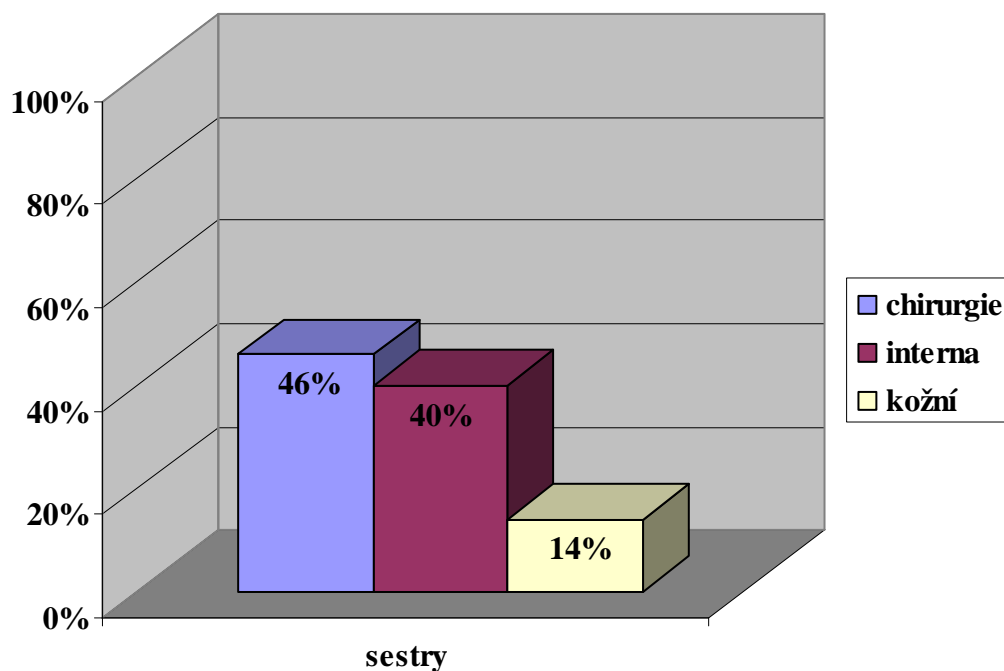


Z 55 dotazovaných respondentů (100 %) 22 respondentů (40 %) uvádí, že onemocnění ovlivnilo pracovní schopnost a neovlivnilo u 33 respondentů (60 %).

4.2 Druhým výzkumným souborem byly sestry z Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a z Nemocnice České Budějovice, a.s.

Graf 38 Druh oddělení

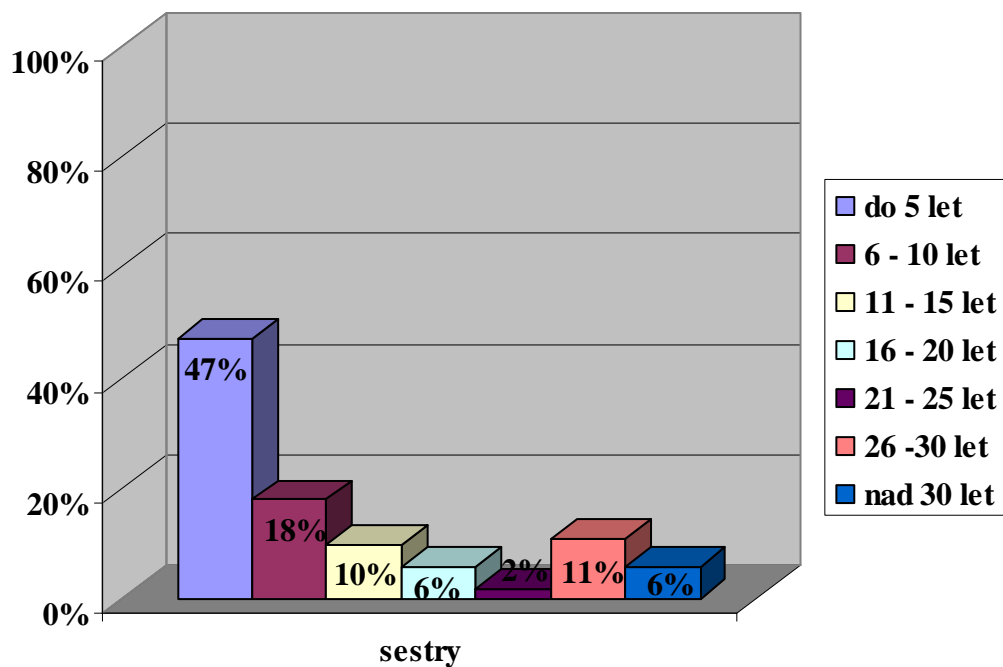
(otázka č. 1 z Dotazníku č. 2)



Otázka č. 1 byla otevřená. Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) pracuje na chirurgickém oddělení 38 respondentů (46 %), na interním oddělení 34 respondentů (40 %) a na kožním oddělení 12 respondentů (14 %).

Graf 39 Délka praxe respondentů

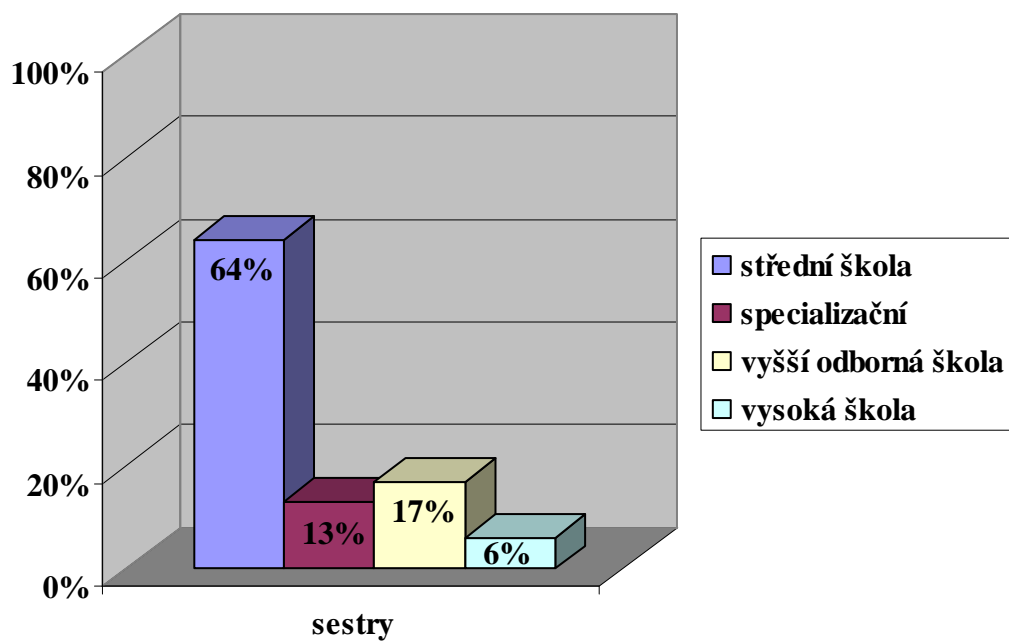
(otázka č. 2 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) pracuje ve zdravotnictví jako sestra do 5 let 40 respondentů (47 %), od 6 do 10 let 15 respondentů (18 %), od 11 do 15 let 8 respondentů (10 %), od 16 do 20 let 5 respondentů (6 %), od 21 do 25 let 2 respondenti (2 %), od 26 do 30 let 9 respondentů (11 %) a nad 30 let 5 respondentů (6 %).

Graf 40 Nejvyšší dosažené vzdělání

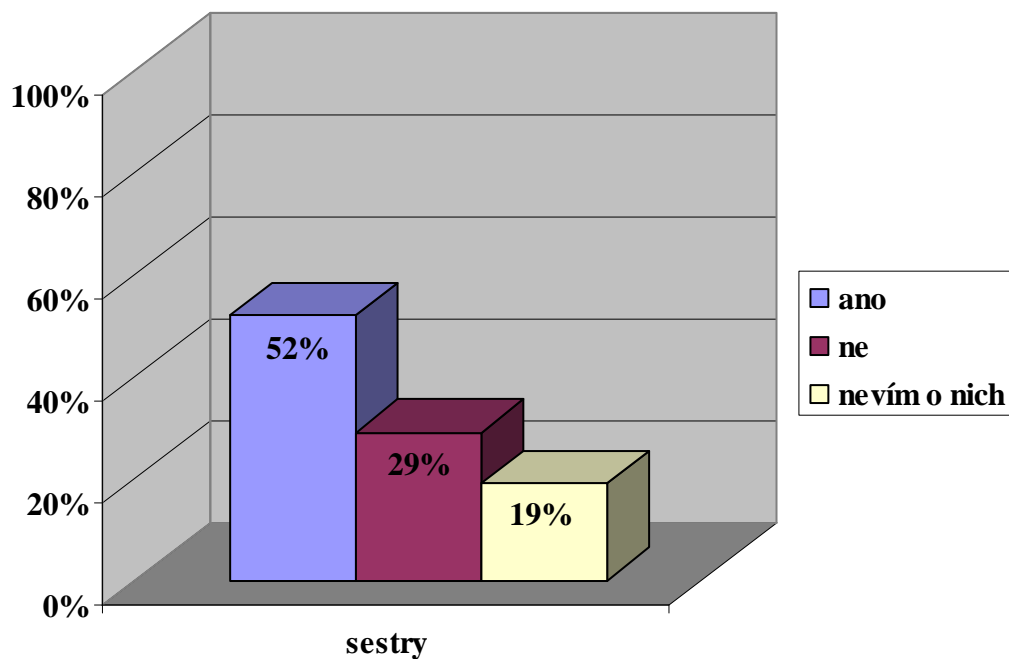
(otázka č. 3 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) má nejvyšší ukončené vzdělání střední školu 54 respondentů (64 %), specializační vzdělání 11 respondentů (13 %), vyšší odborné vzdělání 14 respondentů (17 %) a vysokoškolské vzdělání má 5 respondentů (6 %).

Graf 41 Využívání edukačních standardů

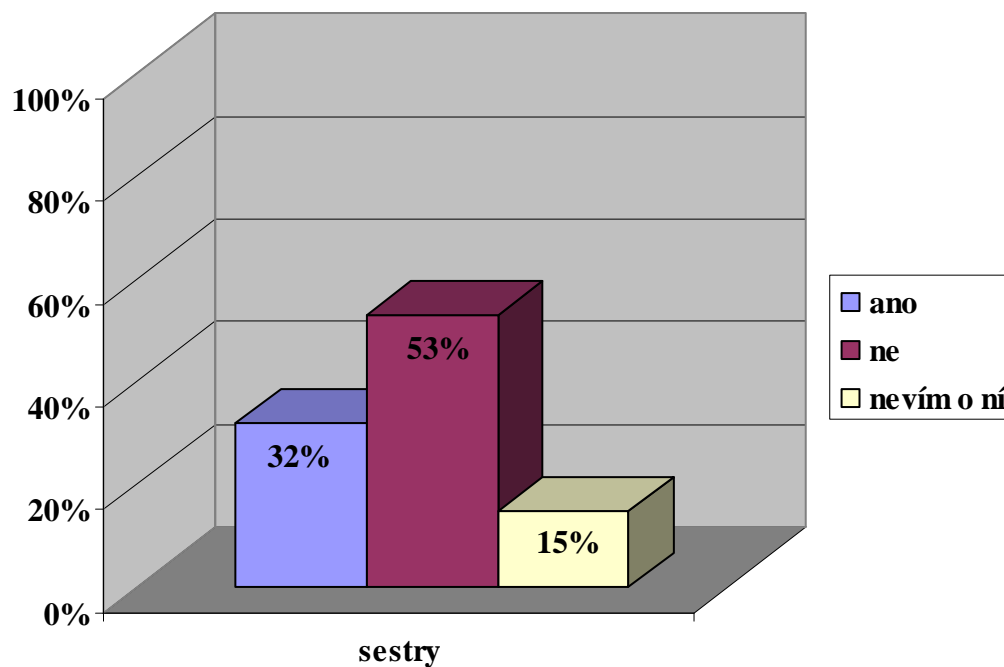
(otázka č. 4 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) využívá v edukaci edukačních standardů 44 respondentů (52 %), nevyužívá 24 respondentů (29 %) a o edukačních standardech neví 16 respondentů (19 %).

Graf 42 Osoba zabývající se edukací

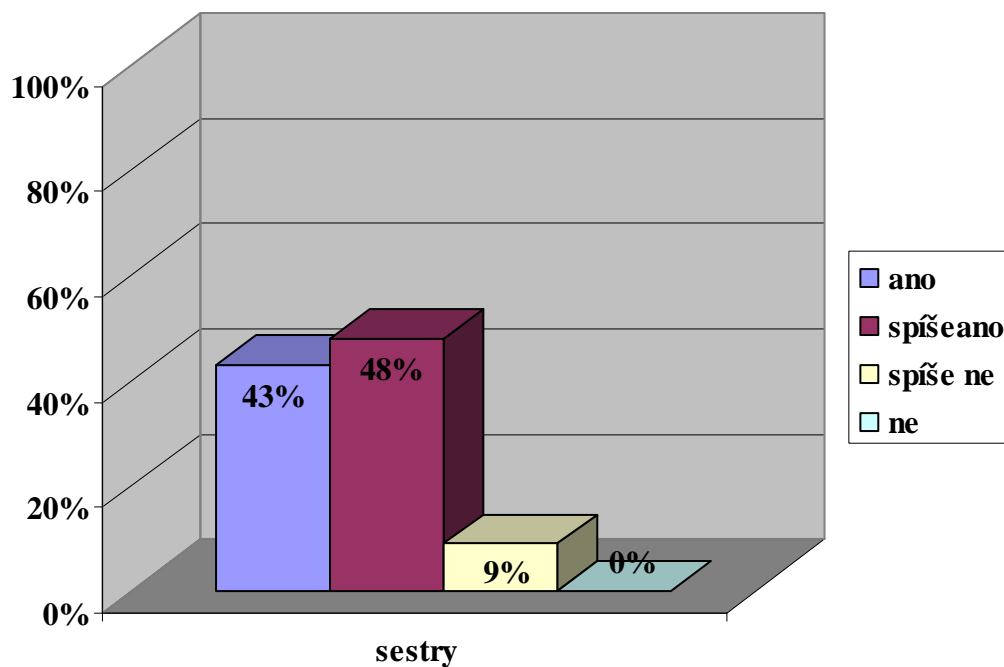
(otázka č. 5 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) má na svém oddělení určenou osobu zabývající se edukací 27 respondentů (32 %), nemá 44 respondentů (53 %), a neví o ní 13 respondentů (15 %).

Graf 43 Dostatečná edukace

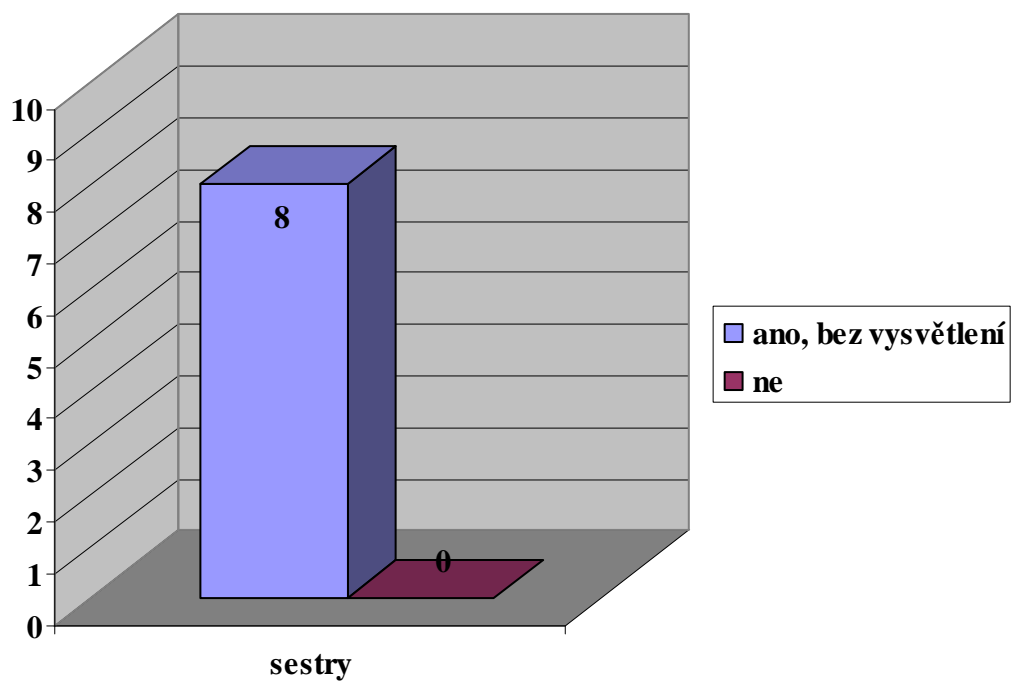
(otázka č. 6 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) si 33 sester (43 %) myslí, že je edukace dostatečná. 44 respondentů (48 %) udává spíše dostatečná, 6 respondentů (9 %) považuje edukaci za spíše nedostatečnou a 0 (0 %) respondentů za zcela nedostatečnou.

Graf 44 Znalosti pojmu edukace

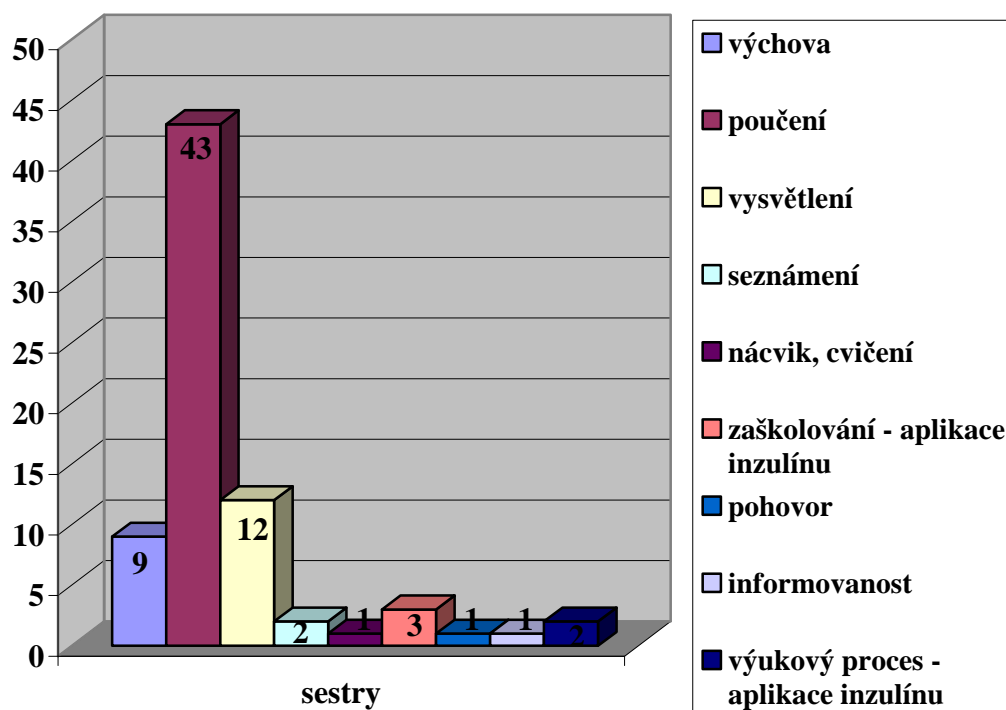
(otázka č. 7 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) 8 respondentů udalo, že znají pojem edukace, ale nevysvětlily ho a 0 respondentů nezná pojem edukace.

Graf 45 Vysvětlení pojmu edukace

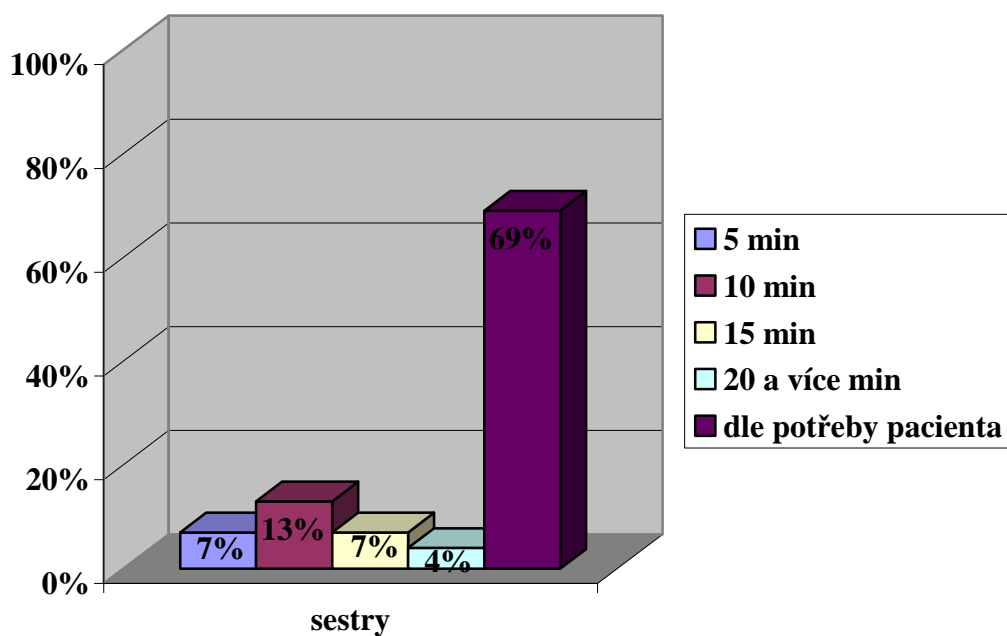
(otázka č. 7 z Dotazníku č. 2)



Z počtu 78 sester vysvětlilo 9 respondentů pojem edukace jako výchova, 43 respondentů poučení, 12 respondentů vysvětlení, 2 respondenti seznámení, 1 respondent nácvik, cvičení, 3 respondenti zaškolování pacientů, např. v aplikaci inzulínu, 1 respondent uvedl, že jde o pohovor, 1 respondent informovanost a 2 respondenti výukový proces při aplikaci inzulínu.

Graf 46 Množství času na edukaci

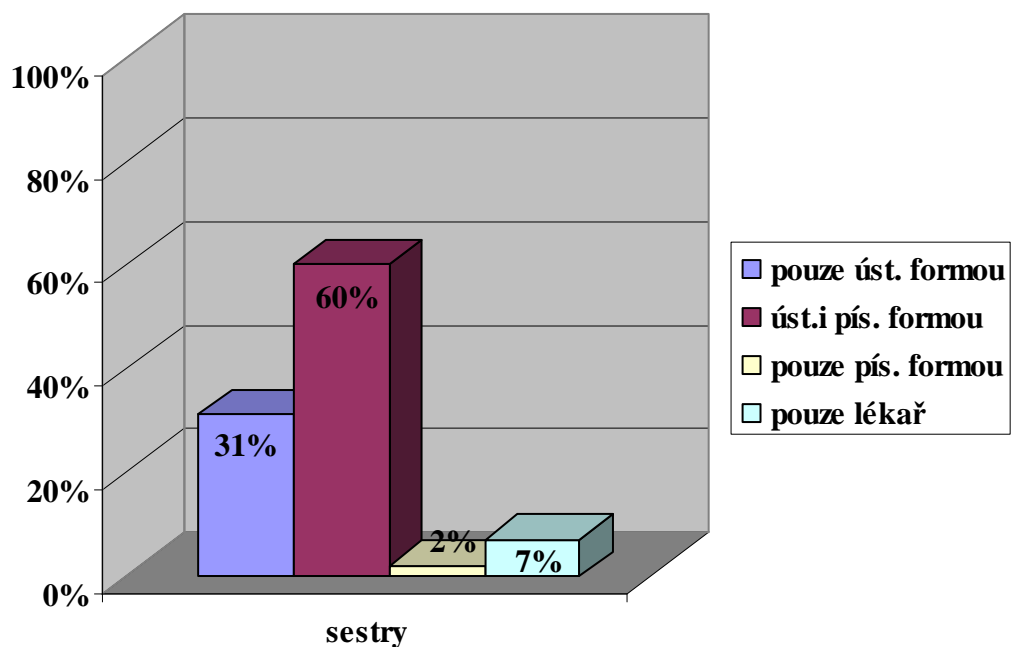
(otázka č. 8 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) 6 respondentů (7 %) edukuje pacienta do 5 minut, 11 respondentů (13 %) edukuje do 10 minut, 6 respondentů (7 %) do 15 minut, 3 respondenti (4 %) více jak 20 minut a dle potřeby pacienta edukuje 58 respondentů (69 %).

Graf 47 Způsoby edukace

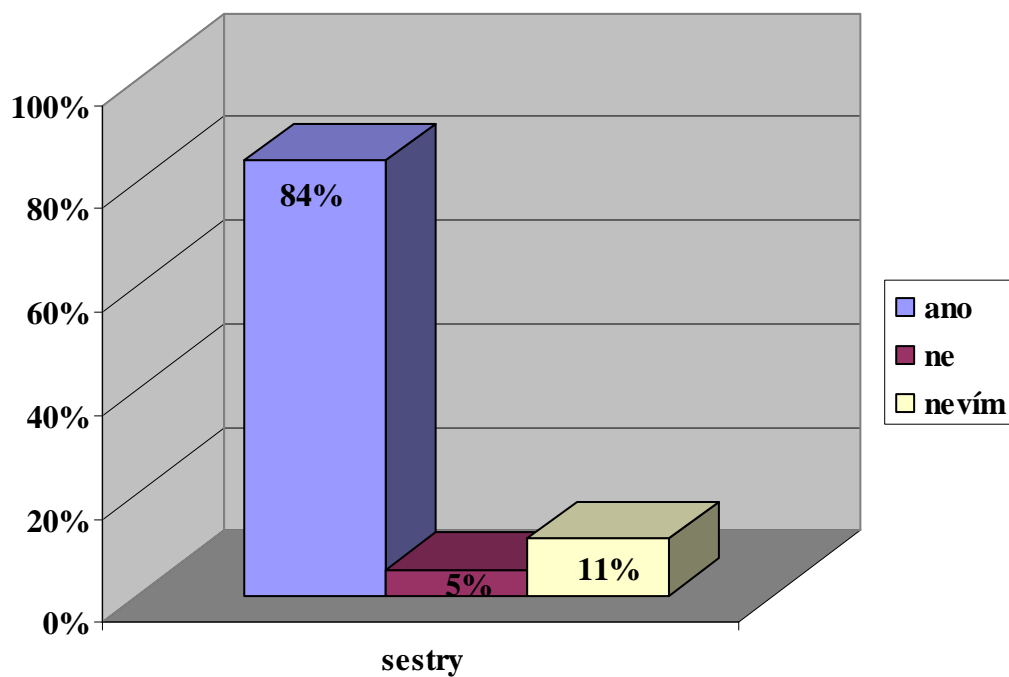
(otázka č. 9 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) edukuje pacienty pouze ústní formou 26 respondentů (31 %), ústní i písemnou formou 50 respondentů (60 %), pouze písemnou formou 2 respondenti (2 %) a 6 respondentů udává, že edukuje pouze lékař.

Graf 48 Poskytování zpětné vazby

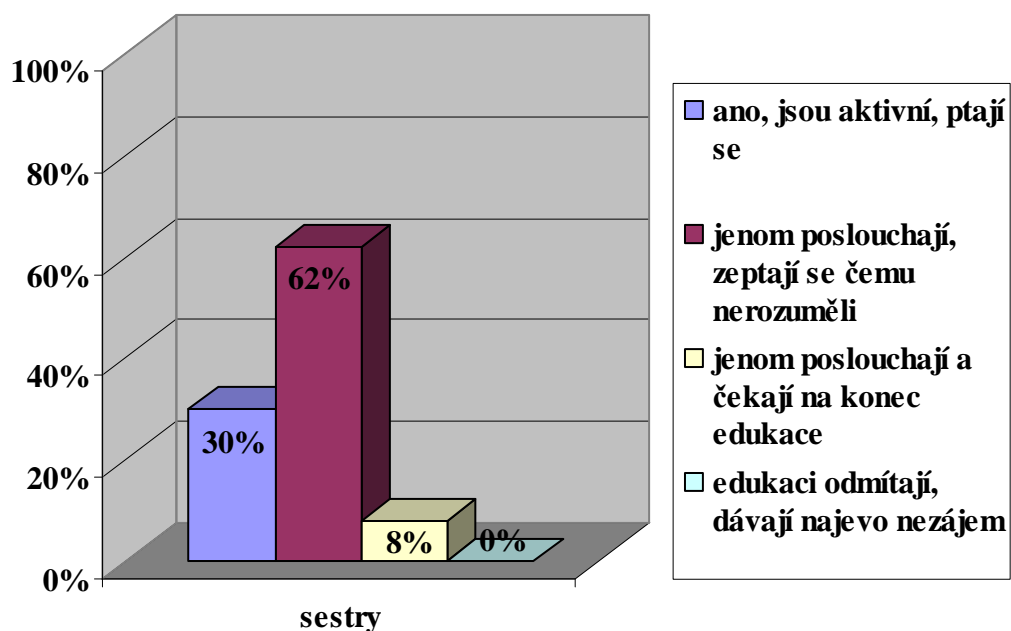
(otázka č. 10 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) poskytuje pacientům možnost zpětné vazby 71 sester (84 %), neposkytují 4 respondenti (5 %) a neví 9 respondentů (11 %).

Graf 49 Zájem pacientů o edukaci

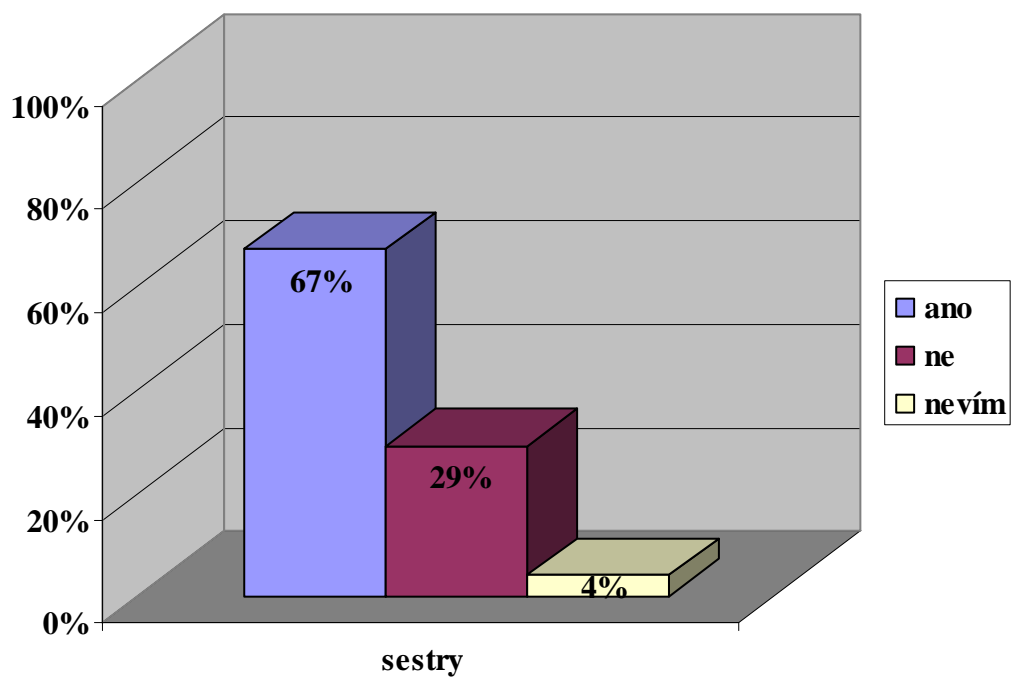
(otázka č. 11 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) hodnotí 25 respondentů (30 %) pacienty jako mající zájem o edukaci, aktivní a ptající se během edukace. 52 respondentů (62 %) odpovědělo, že pacienti většinou jenom poslouchají a ke konci edukace se zeptají čemu nerozuměli. 7 respondentů (8 %) uvedlo, že pacienti většinou jenom poslouchají a čekají na konec edukace. 0 respondentů (0 %) uvedlo, že pacienti edukaci odmítají a dávají najevo svůj nezáměr.

Graf 50 Poskytování informací pro pacienty v tištěné formě

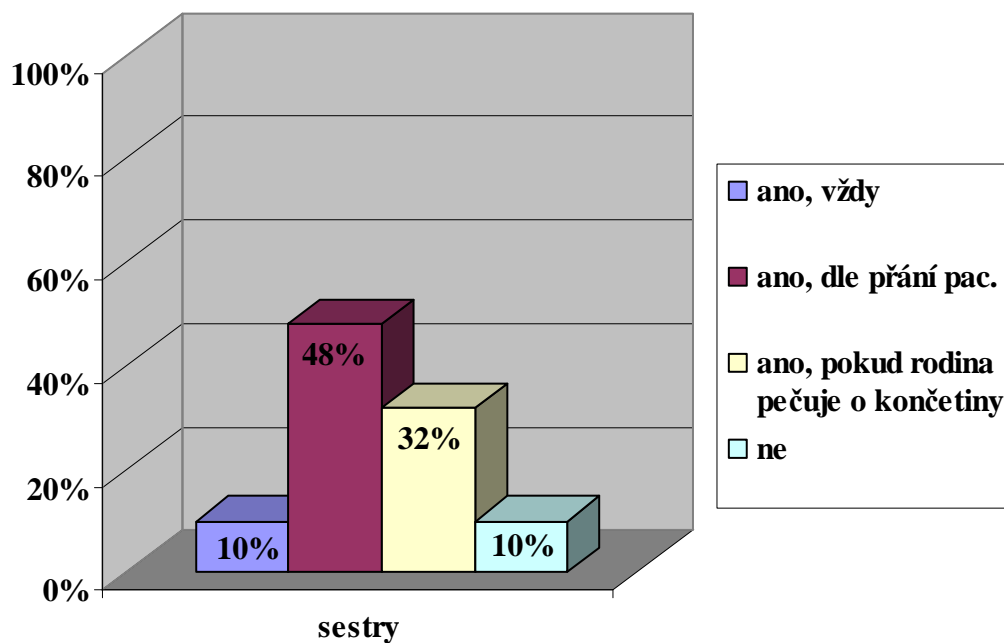
(otázka č. 12 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) podává pacientům informace v tištěné formě 57 sester (67 %), nepodává 24 sester (29 %) a neví 3 sestry (4 %).

Graf 51 Zapojení rodiny do edukace

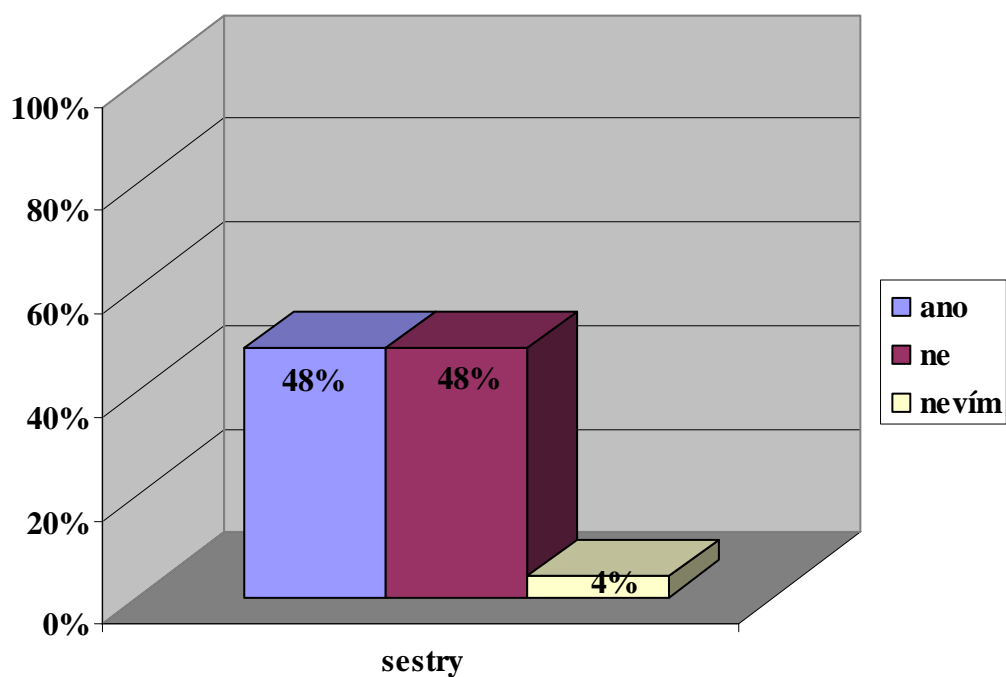
(otázka č. 13 z dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) zapojuje rodinu do edukace pacienta vždy 8 respondentů (10 %), dle přání pacienta 41 respondentů (48 %), pokud rodina pečuje o pacienta 27 respondentů (32 %) a rodinu nezapojuje do edukace 8 respondentů (10 %).

Graf 52 Místnost pro edukaci

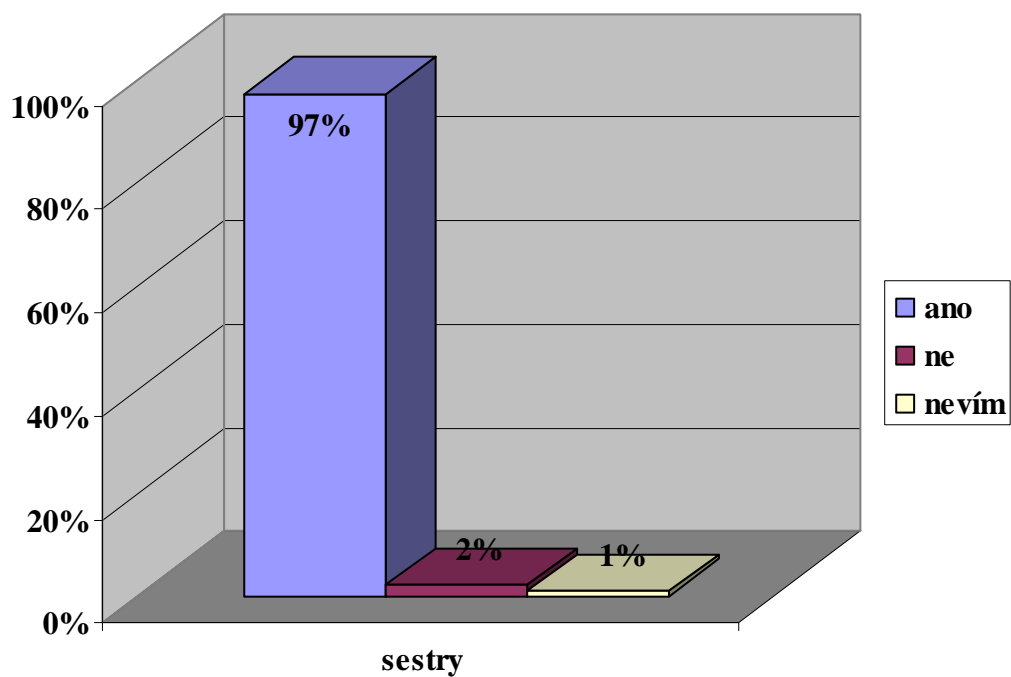
(otázka č. 14 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) 41 respondentů (48 %) uvedlo, že mají na svém oddělení místnost pro edukaci, 40 respondentů (48 %) nemají na svém oddělení místnost pro edukaci a neví 3 respondenti (4 %).

Graf 53 Edukace o rizikových faktorech

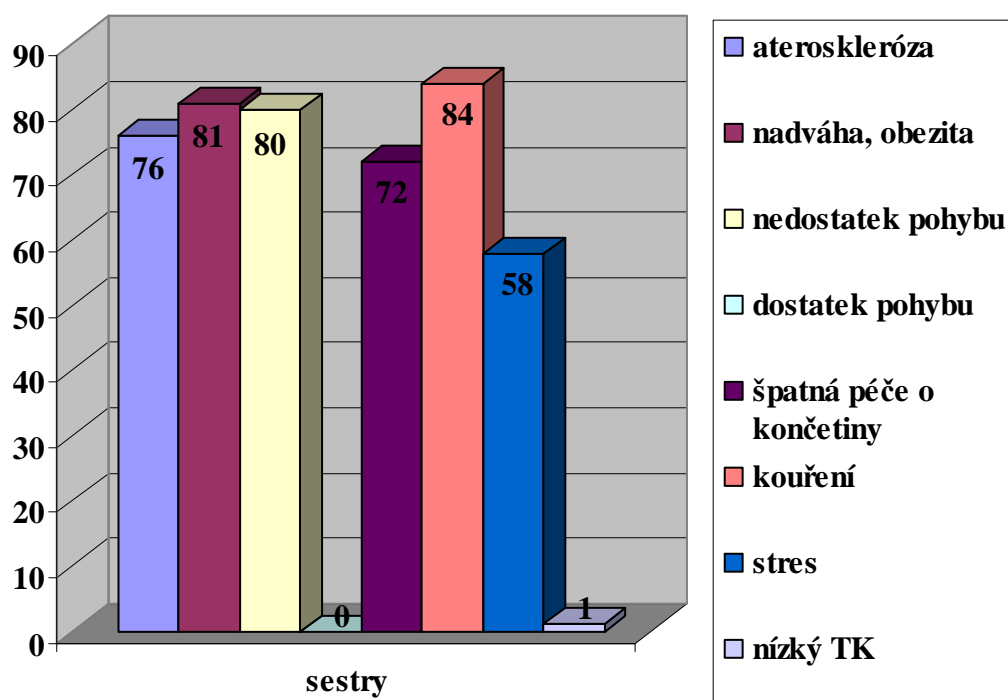
(otázka č. 15 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) uvedlo, že 81 respondentů (97 %) edukuje pacienty o rizikových faktorech ischemické choroby dolních končetin, 2 respondenti (2 %) needukují pacienty a 1 respondent (1 %) neví.

Graf 54 Rizikové faktory onemocnění

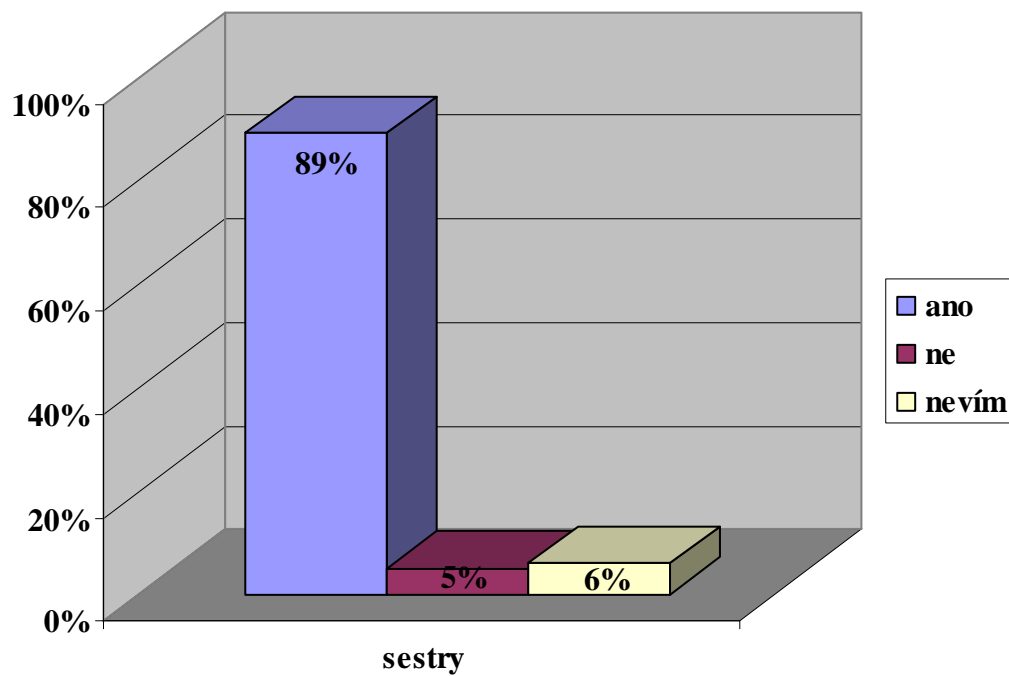
(otázka č. 16 z Dotazníku č. 2)



Otázka číslo 16 obsahovala možnost více odpovědí. Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) jich 76 uvedlo, že považují za rizikové faktory ischemické choroby dolních končetin aterosklerózu, 81 nadváhu, obezitu, 80 nedostatek pohybu, 0 dostatek pohybu, 72 špatnou péči o končetiny, 84 kouření, 58 stres a 1 nízký krevní tlak.

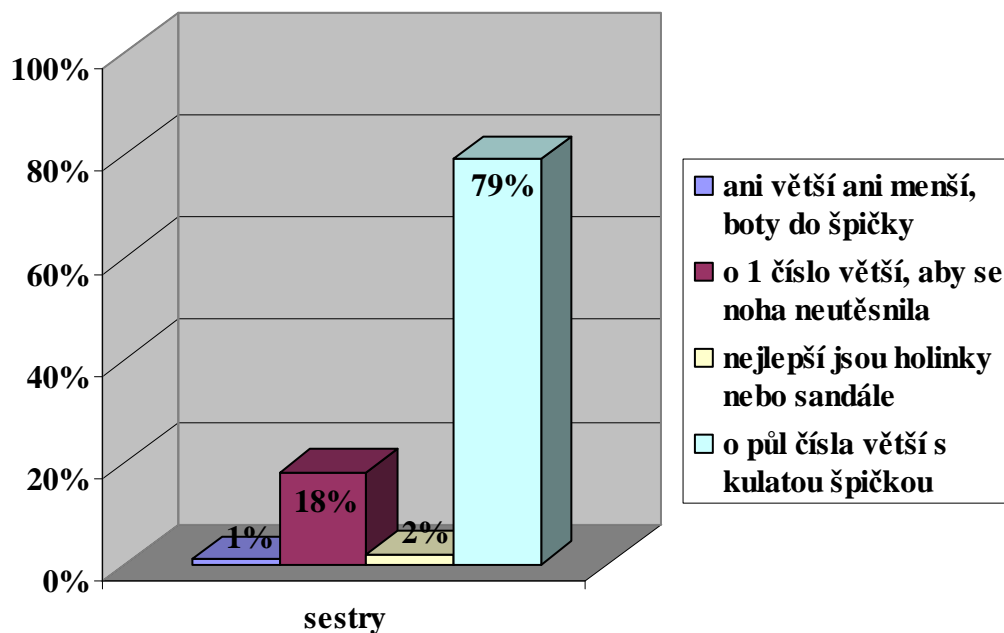
Graf 55 Edukace nošení správné obuvi

(otázka č. 17 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) uvedlo, že 75 respondentů (89 %) edukuje pacienty o nošení vhodné obuvi, needukují 4 respondenti (5 %) a neví 5 respondentů (6 %).

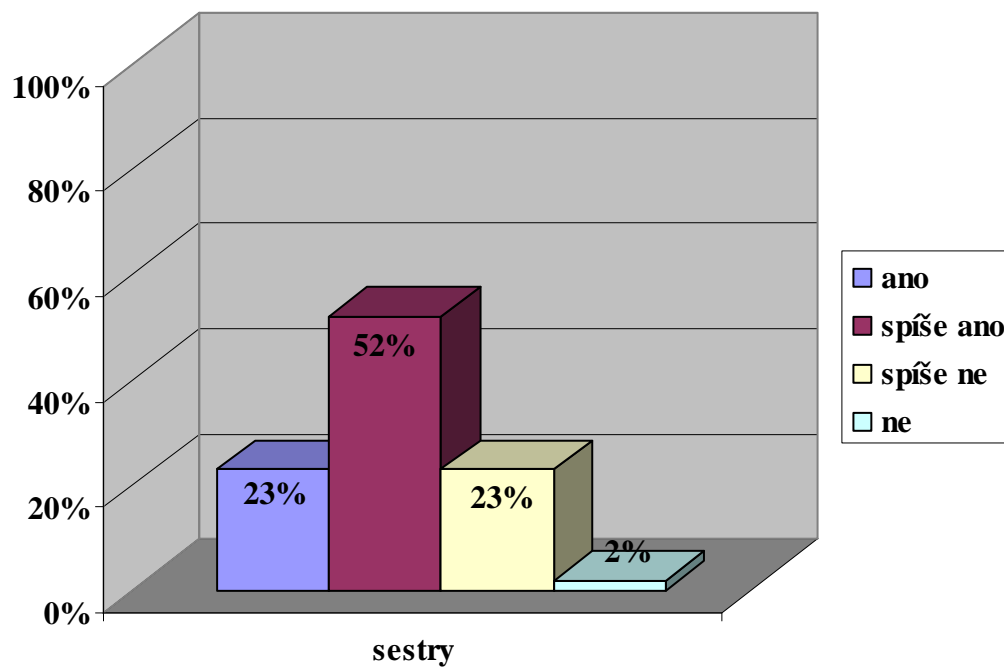
Graf 56 Typ vhodné obuvi
(otázka č. 18 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) doporučuje pacientům nosit boty ani větší ani menší, nejlépe boty do špičky 1 respondent (1 %), boty o jedno číslo větší, aby se noha neutěsnila 15 respondentů (18 %), holinky nebo sandále doporučují 2 respondenti (2 %) a boty o půl čísla větší s kulatou špičkou doporučuje 66 respondentů (79 %).

Graf 57 Zájem pacientů o písemné edukační materiály

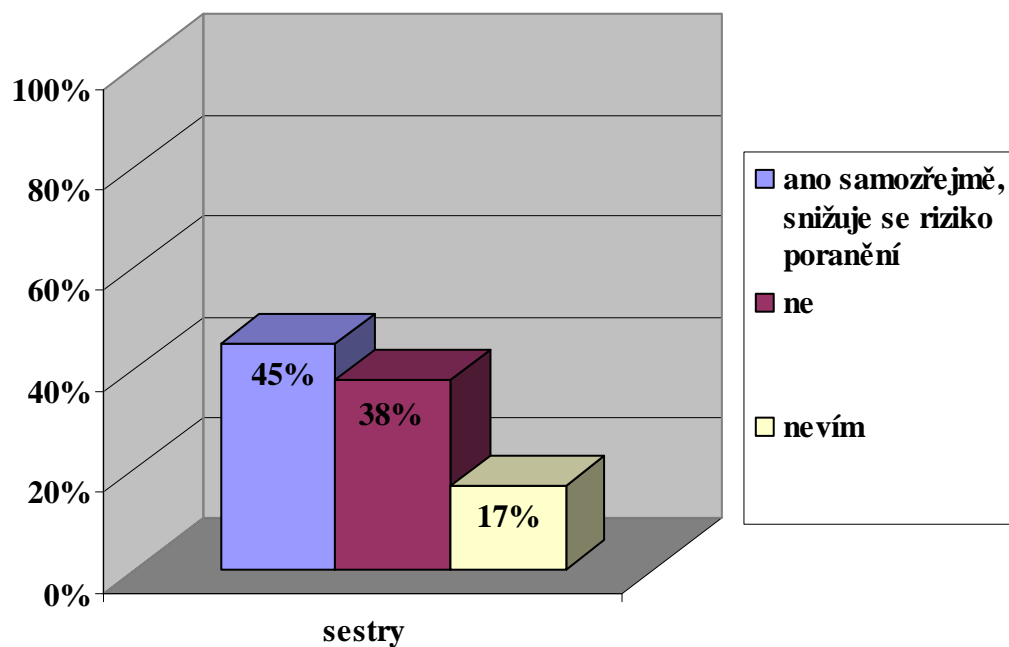
(otázka č. 19 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) odpovědělo 19 respondentů (23 %) variantou ano, spíše ano uvedlo 44 respondentů (52 %), spíše ne 19 respondentů (23 %) a ne 2 respondenti (2 %).

Graf 58 Doporučení pedikúry

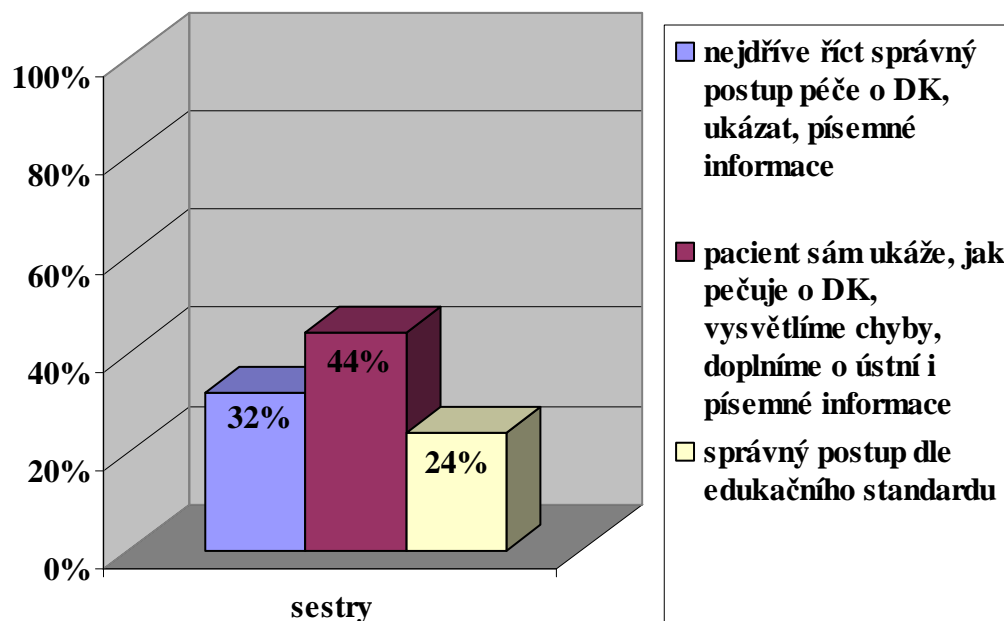
(otázka č. 20 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) doporučuje pacientům s ischemickou chorobou dolních končetin pedikúru 38 dotázaných (45 %), pedikúru nedoporučuje 32 respondentů (38 %) a neví 14 respondentů (17 %).

Graf 59 Správný postup edukace

(otázka č. 21 z Dotazníku č. 2)



Z celkového počtu 84 dotazovaných sester (100 %) uvádí jako nejlepší postup edukace při péči o postižené končetiny 27 respondentů (32 %) nejdříve řekneme pacientovi správný postup péče o dolní končetiny a potom jej pacientovi/ rodině ukážeme, informace doplníme o informační brožuru. 37 respondentů (44 %) uvádí nejdříve vyzveme pacienta/ rodinu, aby nám ukázal, jak pečuje o postižené končetiny, následně mu vysvětlíme chyby, kterých se dopustil, ústní a písemnou formou doplníme pacientovi vědomosti. 20 respondentů (24 %) učí správný postup dle edukačního standardu oddělení.

5 Diskuze

Záměrem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou pacienti informováni o preventivních opatřeních v rámci sekundární prevence ischemické choroby dolních končetin, zda pacienti znají zásady péče o postiženou končetinu a zda sestry provádí edukaci pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin.

K naplnění těchto cílů byly sestaveny 2 anonymní dotazníky. První dotazník byl určen pacientům. Výzkumného šetření se účastnili respondenti z Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a z Nemocnice České Budějovice, a.s..

Druhý dotazník byl určen sestřím z Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a z Nemocnice České Budějovice, a.s.

K cílům byly stanoveny 3 hypotézy:

- 1) Pacienti nejsou informováni o preventivních opatření v rámci sekundární prevence.
- 2) Pacienti neznají zásady péče o postiženou končetinu.
- 3) Sestry neprovádí edukaci u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin.

V první části Dotazníku č. 1 zaměřeného na pacienty byly stanoveny identifikační otázky. Otázka týkající se pohlaví respondentů (Graf 1 z Dotazníku č. 1). V našem výzkumu se nejvíce vyskytovali muži (73 %). Nejčastěji byli respondenti ve věku od 56 do 65 let (40 %) (Graf 2 z Dotazníku č. 1) Respondenti nejčastěji trpěli onemocněním do 5 let (44 %) (Graf 3 z Dotazníku č.1). Literatura uvádí, že nejčastěji trpí ischemickou chorobou dolních končetin muži ve věku od 50 do 60 let (Vaněk, 2002).

V otázce č. 4 měli respondenti uvést první příznaky svého onemocnění (ICHDK). Jako první příznaky onemocnění uvedli 4 pacienti zčervenání kůže, 5 pacientů modráni nohou, 6 pacientů pocit studených nohou, 1 pacient zánět žil, 6 pacientů otok dolní končetiny a zvýšenou tělesnou teplotu, 1 pacient uvedl špatné hojení po úraze, 2 pacienti bérkový vřed, 26 pacientů bolest končetiny a 4 pacienti si již nepamatují první příznak onemocnění (Graf 4 z Dotazníku č. 1). Z analýzy některých odpovědí je viditelné, že si respondenti pletou ischemickou chorobu dolních končetin a bérkové vředy. Každé z těchto onemocnění vzniká na jiném podkladě.

Ze zjištění vyplývá, že většina respondentů jako první příznaky uvádí bolest. Toto zjištění prvních příznaků nás nepřekvapilo, shoduje se s literaturou, která uvádí první projev onemocnění lýtkovou klaudikací v jedné nebo v obou končetinách. Dále nemocní udávají bolest a chlad nohou (Klener, 2006).

Literatura také uvádí, že nejčastějším přidruženým onemocněním je onemocnění srdce, například infarkt myokardu (Klener, 2006). Jiná přidružená onemocnění jsme zjišťovali v otázce číslo 5 z Dotazníku č. 1. 7 pacientů z 55 dotazovaných uvedlo, že trpí pouze ischemickou chorobou dolních končetin, 9 pacientů uvedlo stavem po Infarktu myokardu. 25 pacientů má jako přidružené onemocnění Diabetes mellitus, 8 pacientů vysokou hladinu cholesterolu a 24 pacientů trpí vysokým krevním tlakem (Graf 5 z Dotazníku č. 1). Z analýzy dat tedy vyplývá, že většina respondentů má přidružené onemocnění jiné kardiovaskulární nebo diabetes mellitus, což se shoduje s literaturou.

Velmi významnou roli u tohoto onemocnění hraje genetická zátěž, z toho důvodu jsme do Dotazníku č.1 zařadili otázku na zjišťování výskytu tohoto onemocnění v rodině. Z analýzy vyplývá, že u 25 % pacientů se onemocnění vyskytovalo v rodině. U 48 % se onemocnění v rodině nevyskytlo a 27 % pacientů nevědělo o výskytu onemocnění v rodině (Graf 6 z Dotazníku č. 1). Z tohoto výsledku se dá tedy usuzovat, že jedna třetina pacientů má k tomuto onemocnění genetické predispozice.

Na hypotézu číslo 1 „Pacienti nejsou informováni o preventivních opatření v rámci sekundární prevence ischemické choroby dolních končetin“ se vázaly otázky číslo 7, 8, 9, 11 z Dotazníku č. 1. Z výsledků plyne, že si 52 % pacientů myslí, že je spíše informována o svém onemocnění (Graf 7 z Dotazníku č. 1). Informace 69 % respondentů poskytl lékař, 16 % respondentů sestra, 4 % respondentů jiný zdravotnický pracovník a 11% respondentů čerpalo informace z informačních zdrojů, například televize nebo internet (Graf 8 z Dotazníku č. 1). I přes fakt, že pacienty informoval většinou lékař, pacienti uvedli, že sestry mají výborné znalosti o jejich onemocnění (49 %), pouze 2 % pacientů uvedlo znalosti sester jako nedostačující. (Graf 9 z Dotazníku č. 1).

Dále klienti hodnotili spokojenost v komunikaci mezi sestrou a nemocným. Většina z respondentů byla v této oblasti velmi spokojena (42 %). Spokojenost vyjadřovalo 38 % respondentů. 13 % pacientů odpovědělo na otázku variantou „nevím“. Nespokojeno bylo 5 % pacientů a velmi nespokojeno bylo 2 % pacientů (Graf 22 z Dotazníku č. 1). Hodnocení spokojenosti s komunikací sestry nám odráží kvalitu péče v této oblasti. Z analýzy je tedy patrné, že většina respondentů je v oblasti komunikace spokojená.

Další otázky se týkaly hodnocení předávaných informací. Z celkového počtu 55 pacientů má pouze 21 k dispozici písemné materiály o svém onemocnění, které jim poskytl v 11 případech lékař. 5 respondentů uvedlo, že informace předala sestra, 3 pacientům nemocnice a 2 pacientům internet. Celých 31 pacientů udává, že nemá k dispozici žádné písemné informace o svém onemocnění (Graf 11, 12 z Dotazníku č. 1). Z výzkumu vyplývá, že pacientům podává nejvíce informací lékař, ale převážně pouze v ústní formě. Domnívali jsme se, že pacienti mají k dispozici více písemných informací o svém onemocnění. Myslíme si, že je to způsobeno tím, že v nemocnici není k dispozici dostatek písemných informací o tomto onemocnění (letáky, brožury), které by mohli zdravotníci pacientům poskytnout.

Na hypotézu číslo 1 jsou vázány dále otázky číslo 10, 13, 14, 15 z Dotazníku č. 1. Jde o otázky zaměřující se na rizikové faktory vzniku onemocnění. Z 55 dotazovaných, 32 uvedlo rizikový faktor aterosklerózu, 46 pacientů nadváhu až obezitu, 42 nedostatek pohybu, 4 dostatek pohybu, 33 klientů špatnou péči o postižené končetiny, 45 pacientů kouření, 23 stres a 2 nízký krevní tlak (Graf 10 z Dotazníku č. 1).

Další otázka byla zaměřena na znalosti o klaudikačním intervalu. 61 % nemocných odpovědělo, že klaudikační interval udává délku bezbolestného pohybu do zastavení se pro bolest (Graf 14 z Dotazníku č. 1). Literatura popisuje klaudikační interval jako délku bezbolestného pohybu pro zastavení se pro bolest a vzdálenost, kterou pacient ujede se nazývá klaudikační interval (Vaněk, 2002). Pro prodloužení délky klaudikačního intervalu je nezbytná rehabilitace a dostatek pohybu. 62 % klientů odpovědělo, že rehabilitace je v léčbě ischemické choroby

dolních končetin velice důležitá, 9 % pacientů si myslí, že není a 29 % neví (Graf 15 z dotazníku č. 1). Z 55 dotazovaných 43 uvedlo, že má dostatek pohybu přes den. Jako kritérium bylo stanoveno alespoň 1 hodinu rychlé chůze denně (Graf 22 z Dotazníku č. 1).

Předpokládali jsme, že pacienti nejsou informováni o rizikových faktorech vzniku ischemické choroby dolních končetin a že neznají pojem klaudikační interval. Výzkum ale tento předpoklad vyvrátil. Domníváme se, že je to způsobeno tím, že pacienti chtějí být edukováni a ptají se na podstatu svého onemocnění. Významnou roli může také hrát i partnerský vztah pacienta a zdravotníka, možnost aktivního vyhledání informací o onemocnění v jiných zdrojích, dále také délka onemocnění.

K hypotéze číslo 1 se vztahují také otázky číslo 16, 17, 18, ve kterých jsme zjišťovali, zda se pacienti vyhýbají rizikovým faktorům onemocnění. Zjistili jsme, že 49 % pacientů kouří, i když jsou si vědomi skutečnosti, že kouření je jeden z nejzávažnějších příčin vzniku onemocnění u mužů. (Graf 16 z Dotazníku č. 1). Z 55 dotazovaných respondentů jich 49 % kouří a 49 % pacientů denně vykouří do 5 cigaret (Graf 17 z Dotazníku č. 1). Skončit s kouřením nehodlá celých 55 % kouřících pacientů. (Graf 18 z Dotazníku č. 1). Je vhodné položit si zde otázku, proč si někdo vědomě ničí zdraví kouřením, když ví, že kouření je jeden z hlavních rizikových faktorů vzniku onemocnění. Myslíme si, že může jít o léty pěstovanou závislost, které se jde těžko zbavit. Z tohoto důvodu je potřeba aktivně nabízet možnosti, jak přestat kouřit a pacienty pozitivně motivovat k zanechání kouření.

Na hypotézu č. 1 se váží také otázky zabývající se výškou a váhou pacientů, nedostatkem pohybu přes den, prožívání denního stresu a dodržování zdravého životního stylu. Z výšky a váhy pacientů jsme spočítali BMI pacientů a z výsledků plyne, že 4 % pacientů trpí podvýživou, 33 % má normální váhu, 52 % trpí nadváhou a 11 % má velkou obezitu (Graf 21 z Dotazníku č. 1). Z 55 dotazovaných 43 uvedlo, že má dostatek pohybu přes den (Graf 22 z Dotazníku č. 1). Denně prožívá stres třetina respondentů (Graf 24 z Dotazníku č. 1). Zde by bylo žádoucí se zaměřit na to, kde respondenti nejčastěji prožívají psychickou nepohodu a co pro její odstranění dělají. Další otázka se týkala zjišťování, zda respondenti dodržují zdravý životní styl

(otázka č. 21 z Dotazníku č.1). Z 55 dotazovaných pacientů 28 uvedlo, že dodržuje zásady zdravého životního stylu, tedy nekouří. 40 pacientů udává, že dodržují zásady zdravé a vyvážené stravy, 40 pacientů má denně dostatek pohybu. Pouze 7 pacientů odpovědělo, že nedodržuje zdravý životní styl, protože se nechtějí omezovat (Graf 25, 26, 27, 28). Výsledky nás nepřekvapili. Myslíme si, že by bylo vhodné pacienty více informovat o zdravém životním stylu při jejich pobytu v nemocnici. Například domluvit schůzku s dietní sestrou, která by pacientovi vysvětlila zásady nízkocholesterolové diety, kterou by měl pacient s onemocněním ischemické choroby dolních končetin dodržovat. Z analýzy dat se hypotéza č. 1 „Pacienti nejsou informováni o preventivních opatření v rámci sekundární prevence“ vyvrátila.

K hypotéze číslo 2 „Pacienti neznají zásady péče o postiženou končetinu“ se vztahovaly otázky číslo 12, 23, 24, 25, 26, 27 a 28. V otázce číslo 12 z Dotazníku č. 1 jsme zjišťovali, zda pacienti znají správnou péči o postižené končetiny. Předpokládali jsme, že pacienti neznají zásady péče o postižené končetiny. Tento předpoklad se nám potvrdil. Pouze 44 % pacientů zná správnou péči o postižené končetiny. 55 % uvedlo, že neví přesně, jak pečovat o nemocné končetiny a 2 % respondentů neví vůbec, jak pečovat o postiženou končetinu (Graf 13 z Dotazníku č. 1). Péče o postižené končetiny je základem sekundární prevence a každý pacient by měl znát správný postup v péči o postižené končetiny.

Dále jsme se zajímali o to, kdo respondentům pomáhá v péči o postižené končetiny. 58 % pacientů uvedlo, že si pečují sami o postižené končetiny. U 36 % pomáhá pečovat rodina. U 2 % klientů agentura domácí péče a 4 % uvedlo lékaře (Graf 30 z Dotazníku č. 1). Překvapilo nás zjištění, že pokud pacient není schopen sám pečovat o postižené končetiny, může se obrátit na svou rodinu, kde jak je patrné většina z respondentů nachází oporu.

Mezi zásady péče patří omývání končetin ve 37 °C teplé vodě. Ve vodě této teploty omývá své končetiny pouze 47 % pacientů (Graf 31 z Dotazníku č. 1). Další otázka byla zaměřena na správné stříhání nehtů. Pouze 45 % respondentů uvedlo, jak si stříhat správně nehty, což je dokulata dle potřeby (Graf 32 z Dotazníku č. 1). 11 pacientů z 55 uvedlo, že navštěvují pedikúru (Graf 33 z Dotazníku č. 1). Jsme toho

názoru, že by zdravotníci měli informovat pacienty o správném postupu a péči o končetiny, například pomocí edukačních materiálů, které by měly být na oddělení. Literatura uvádí desatero péče o postižené končetiny (Mokrá, 2003). Myslíme si, že by toto desatero měli dostávat všichni pacienti trpící ischemickou chorobou dolních končetin.

Další otázkou k této hypotéze je otázka č. 27 a 28 z Dotazníku č. 1. Zde 66 % pacientů odpovědělo, že nosí zdravotnické ponožky bez stahovacího lemu (Graf 35 z Dotazníku č. 1) a 65 % zná vhodnou obuv, která by měla být o půl čísla větší s kulatou špičkou (Graf 36 z Dotazníku č. 1). Otázka číslo 29 z Dotazníku č. 1 zjišťovala, zda onemocnění ovlivnilo pracovní schopnost nemocných. Většina (60 %) respondentů odpověděla, že toto onemocnění neovlivnilo jejich pracovní schopnost (Graf 37 z Dotazníku č. 1). Tyto výsledky nás velmi překvapili, neboť většina nemocných ví, jakou obuv a ponožky má nosit. Z analýzy dat se hypotéza č. 2 „Pacienti neznají zásady péče o postiženou končetinu“ potvrdila.

K naplnění třetího cíle byl sestaven druhý dotazník. Druhým výzkumným souborem byly sestry pracující v Nemocnici Havlíčkův Brod, příspěvková organizace a v Nemocnici České Budějovice, a.s.

V první části výzkumného souboru se vyskytovaly identifikační otázky. Otázka č. 3 z Dotazníku č. 2 se týkala zjišťování vzdělání sester. Nejpočetnější skupinu výzkumného souboru tvořilo 64 % sester se středoškolským vzděláním (Graf 40 z Dotazníku č. 2). 46 % sester odpovědělo, že pracují na chirurgickém oddělení (Graf 38 z Dotazníku č. 2). 47 % respondentů má délku praxe do 5 let (Graf 39 z Dotazníku č. 2). Výsledky vzdělávání sester nás velmi potěšily. 17 % sester má vystudovanou vyšší odbornou školu, 6 % vysokou školu a 13 % specializační studium (Graf 40 z Dotazníku č. 2). Myslíme si, že je to způsobeno tím, že je na sestru v dnešní době kladeno více nároků a že i sestry samy pocítily potřebu dalšího vzdělávání.

K hypotéze číslo 3 „Sestry neprovádí edukaci u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin“ se vztahuje otázka č. 41 z Dotazníku č. 2. 52 % sester uvedlo, že provádí edukaci dle edukačních standardů oddělení (Graf 41 z Dotazníku č. 2). Tato odpověď sester nás velice překvapila, neboť v době výzkumného šetření

na jednotlivých odděleních edukační standard nebyl k dispozici. Možná snad sestry myslely informační leták o nemoci.

Edukace je proces vzdělávání pacientů za účelem navrácení zdraví. Zdravotník edukuje pacienta buď pomocí tištěného edukačního materiálu, stručným opakování již napsaného nebo volí pouze ústní předání informací pacientovi. Edukace má být individuální a jednoduchá na úrovni pochopení pro pacienta.

Dále 53 % sester uvádí, že na oddělení není osoba zabývající se edukací (Graf 42 z Dotazníku č. 2) a 48 % sester uvádí, že na svém oddělení mají místnost pro edukaci (Graf 52 z Dotazníku č. 2). Přesto si celých 48 % sester myslí, že edukace na jejich oddělení je spíše dostatečná (Graf 43 z Dotazníku č. 2). Dále pak 69 % sester uvádí, že edukují pacienty dle jejich potřeby (Graf 46 z Dotazníku č. 2).

Sestry však uvádí, že edukují pouze ústní formou, a to z 31 %, ústní i písemnou formou edukuje celých 60 % sester, 2 % sester edukuje pouze písemnou formou (Graf 47 z Dotazníku č. 2) a 7 % sester uvedlo, že na jejich oddělení edukuje pouze lékař (Graf 47 z Dotazníku č. 2). Z výzkumu plyne, že 60 % sester edukuje ústní i písemnou formou, ale celých 31 pacientů z 55 uvádí, že nemá k dispozici žádné písemné informace o svém onemocnění. 69 % sester dále uvádí, že edukují pacienty dle jejich potřeby (Graf 46 z Dotazníku č. 2). Zde si můžeme položit otázku, kdyby se edukace proplácela jako výkon zdravotní pojišťovnou, zda - li by jí sestry věnovali více pozornosti. Myslíme si, že ano a pacienti by tak měli následně k dispozici více informací, třeba v písemné formě o dalším průběhu ošetřování a vývoji jejich onemocnění. Myslíme si, že pokud by měly sestry možnost rozdávat písemné edukační materiály, tak by se celkově zkvalitnila edukace pacientů.

Dále 84 % sester uvedlo, že poskytují klientům možnost zpětné vazby (Graf 48 z Dotazníku č. 2). Toto je velmi kladné zjištění. Literatura uvádí, že zpětná vazba je velice důležitá, jak pro pacienta tak pro zdravotníka. Pomáhá pacientovi osvojit si nové znalosti a vědomosti (Kozierová, 1995). Jsme přesvědčeny, že pokud zdravotník nedá možnost pacientovi zpětné vazby nemůže zhodnotit, zda je edukace dostačující.

V druhé části našeho výzkumu jsme se zaměřili na samotný pojem edukace. Všechny dotazované sestry odpověděly, že znají pojem edukace. Sestry vysvětlily tento

pojem jako výchovu 9 sester, 43 sester uvedlo poučení, 12 sester vysvětlení, 2 sestry seznámení, 1 sestra nácvik, 1 cvičení, 3 dotazování zaškolování, např. v aplikaci inzulínu, 1 pohovor, 3 sestry informovanost, 2 výukový proces opět v aplikaci inzulínu a 8 respondentů nevysvětlilo tento termín vůbec (Graf 44, 45 z Dotazníku č. 2). Předpokládali jsme, že sestry tento pojem znají, ale neví přesně jeho znění. Literatura uvádí pojem edukace jako vzdělávání, výchovu, učení nebo učební proces (Onderková, 2007). Nebo jako proces výchovy a vzdělávání, kdy cílem je zdraví pacienta (Závodná, 2005).

Sestry charakterizovaly přístup pacientů k edukaci spíše jako pozitivní. 30 % sester uvedlo, že pacienti mají zájem, jsou aktivní při edukaci a ptají se. 62 % uvedlo, že pacienti jenom poslouchají, případně se zeptají čemu nerozuměli. 8 % sester udává, že pacienti jenom poslouchají a čekají na konec edukace (Graf 49 z Dotazníku č. 2). Předpokládali jsme, že se pacienti většinou ptají a jsou aktivní, a to z důvodu, že by asi každý chtěl vědět, jak se bude dále vyvíjet jeho zdravotní stav, a co může udělat pro jeho zlepšení. Myslíme si také, že na tom má zásluhu i forma, čas edukace a prostředí, ve kterém se edukace provádí.

Dále jsme se ptali sester, zda poskytují edukační písemné informace pacientům a jestli zapojují rodinu pacienta do edukace. 67 % sester uvedlo, že poskytují klientům písemné edukační informace (Graf 50 z Dotazníku č. 2). 48 % sester zapojuje rodinu do péče o pacienta, pouze, když si to pacient přeje (Graf 51 z Dotazníku č. 2). Zajímavým zjištěním je to, že 67 % sester uvádí, že poskytují pacientům písemné informace o onemocněním, ale více jak polovina dotazovaných klientů udává, že takovéto písemné informace nemají k dispozici (Graf 11 z Dotazníku č. 1). Vysvětlujeme si to tím, že by sestry rády poskytovaly všem informační letáky, ale mají pouze omezené množství písemných informací o onemocnění. Protože na otázku, zda mají pacienti zájem o písemné edukační materiály odpovědělo 23 % sester ano, 52 % spíše ano, 23 % spíše ne a 2 % sester odpovědělo, že pacienti nemají zájem o písemné edukační materiály (Graf 57 z Dotazníku č. 2).

Dále jsme se ve výzkumu zaměřili na rizikové faktory onemocnění. 97 % sester uvedlo, že edukují pacienty o rizikových faktorech vzniku ischemické choroby dolních

končetin (Graf 53 z Dotazníku č. 2). Dále jsme se ptali sester, zda znají rizikové faktory vzniku onemocnění. Z 84 sester udalo 76 aterosklerózu, 81 nadváhu až obezitu, 80 sester nedostatek pohybu, 0 dostatek pohybu, 72 špatnou péči o postižené končetiny, 84 kouření, 58 stres a 1 sestra nízký krevní tlak (Graf 54 z Dotazníku č. 2). Z výsledků vyplynulo, že sestry znají rizikové faktory a edukují pacienty. To nás velice potěšilo, jelikož edukace o rizikových faktorech může podstatně ovlivnit další vývoj onemocnění.

Dále jsme zkoumali to, zda sestry edukují pacienty o nošení vhodné obuvi. Celých 89 % sester udalo, že pacienty edukují o nošení vhodné obuvi (Graf 55 z Dotazníku č. 2). 79 % sester zná vhodnou obuv pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin (Graf 56 z Dotazníku č. 2). Literatura uvádí, že obuv pacientů by měla být o půl čísla větší s kulatou špičkou (Mokrá, 2006).

Také jsme zjišťovali, zda sestry doporučují pacientům s ischemickou chorobou dolních končetin pedikúru. 67 % sester doporučuje pacientům pedikúru, 29 % nedoporučuje a 4 % neví (Graf 58 z Dotazníku č. 2). Literatura uvádí, že se pedikúra spíše nedoporučuje, pokud ale pacient přesto navštěvuje pedikúru, měla by mu sestra říci, aby upozornil pedikérku o svém onemocnění (Mokrá, 2006). Myslíme si, že pokud pacient dopředu své pedikérce poví o onemocnění, může pedikúru navštěvovat.

V poslední otázce jsme zjišťovali, zda znají sestry správný edukační postup při péči o postižené končetiny. 44 % sester zvolilo správnou odpověď, nejdříve vyzvou pacienta / rodinu, aby sám ukázal, jak pečuje o postižené končetiny, následně mu vysvětlí chyby, kterých se dopustil, ústní a písemnou formou doplní pacientovi vědomosti. 32 % sester nejdříve řekne pacientovi správný postup péče o dolní končetiny a potom jej pacientovi/ rodině ukážou, informace doplní i o informační brožuru. 24 % sester učí správný postup dle edukačního standardu oddělení (Graf 59 z Dotazníku č. 2). Tady je opět vhodné položit si otázku, podle kterého edukačního standardu pečují sestry o postižené končetiny pacientů. Opět si myslíme, že tím sestry zamýšlely již nějaký zaběhnutý, schválený postup péče, ne ale standard. Přesto nás překvapilo, že správnou

odpověď zvolilo pouze 44 % sester. Z analýzy dat se hypotéza č. 3 „Sestry neprovádí edukaci u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin“ vyvrátila.

6 Závěr

Ischemická choroba dolních končetin je závažné onemocnění tepen, které způsobuje zhoršené prokrvení tkání dolních končetin. Důležitou roli při ovlivnění onemocnění hraje sestra, která pomocí edukačního procesu edukuje pacienty o rizikových faktorech, projevech onemocnění, správného způsobu ošetřování dolních končetin a důležitosti rehabilitace v léčbě a nutnosti pravidelného denního cvičení, které prodlužuje bezbolestnou klaudikační vzdálenost. Kvalitní ošetrovatelská péče je založena na individuálním a holistickém přístupu k pacientovi.

Práce byla zaměřena na pacienty trpící ischemickou chorobou dolních končetin a na sestry přicházející do styku s těmito pacienty, dále pak na poskytování edukace těmto pacientům.

Cílem práce číslo 1 „Zjistit, zda jsou pacienti informováni o preventivních opatřeních v rámci sekundární prevence ischemické choroby dolních končetin“ byl splněn. Na něj navazující hypotéza číslo 1 „Pacienti nejsou informováni o preventivních opatření v rámci sekundární prevence“ byla analýzou dat vyvrácena. Pacienti znají rizikové faktory vzniku onemocnění, nemají ovšem dostupné písemné informace o svém onemocnění. Cíl práce číslo 2 „Zjistit, zda pacienti znají zásady péče o postiženou končetinu“ byl splněn. Na něj navazující hypotéza 2 „Pacienti neznají zásady péče o postiženou končetinu“ byla analýzou dat potvrzena. Pacienti z 54 % uvedli, že neví přesně, jak pečovat o postižené končetiny, pouze 47 % pacientů zná vhodnou teplotu vody při mytí končetin a 35 % pacientů si stříhá nehty správně. Zde bych chtěla pacientům nabídnout vypracovaný informační leták o onemocnění a o správné péči o postižené končetiny (viz příloha č. 5), který se může stát podkladem pro kontrolu správnosti péče a může zvýšit motivovanost pacientů. Cíl práce číslo 3 „Zjistit, zda sestry provádí edukaci pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin“ byl splněn, na něj navazující hypotéza číslo 3 „Sestry neprovádí edukaci u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin byla analýzou dat vyvrácena. Sestry provádí písemnou i ústní edukaci z 60% a z 97 % edukují pacienty o rizikových faktorech vzniku onemocnění. Přesto pacienti udávají, že nemají k dispozici písemné edukační materiály o onemocnění. Ráda bych pomocí vypracovaného edukačního

letáku (viz příloha č. 4) poskytla sestřám informace o edukaci pacientů s tímto onemocněním.

Tímto výzkumem bych chtěla zlepšit ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami a zdůraznit důležitost včasné edukace pomocí vypracovaného edukačního letáku, který poskytnu sestřám i pacientům na oslovených oddělení, eventuelně vrchním sestřám. Doufám, že se stane podkladem pro zkvalitnění péče o pacienty trpící ischemickou chorobou dolních končetin a pomůže sestřám v uskutečňování edukace těchto pacientů.

7 Literatura

- 1) BACHELOVÁ, J. *Chronické komplikace diabetu – Diabetická noha*. [online] Dostupné z : < <http://www.medatron.cz/d-info/nejnovejsi/039.php#3> > [cit. 2006-06].
- 2) BENEŠ, K. *Ischemická choroba dolních končetin*. [online] Dostupné z: < <http://www.cechi.cz.htm> > [cit. 2007]
- 3) BLAHA, M. a kol. *Vnitřní lékařství*. 1. díl. Brno: Institut pro další vzdělávání v Brně, 1997. 269 s. ISBN 80-7013256-6.
- 4) BULVAS, M. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu periferních cév-6*. [online]. Dostupné z: < <http://www.kardio-cz.cz> > [cit. 2008].
- 5) ČERTÍK, B. *Akutní končetinová ischemie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 148 s. ISBN 80-247-0624-5.
- 6) ČIHÁK, R. *Anatomie3*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 692 s. ISBN 80-247-1132-X.
- 7) DYLEVSKÝ, I. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Olomouc, 1998. 429 s. ISBN 80901667-0-9.
- 8) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- 9) HALUZÍKOVÁ, J. *Edukace- nástroj léčby*. Sestra. Plzeň, 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1801-1349.
- 10) KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha 1: Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.

- 11) KONEČNÁ, L. *Pacient a ischemická choroba dolních končetin*. [online] Dostupné z: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=27889>> [cit. 2006-11-06].
- 12) KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 13) KROMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného- edukace*. Sestra. Plzeň, 2005, roč. 15, č. 5, s. 2. ISSN 1801-1349.
- 14) MARADA, T. *Komplikace*. [online] Dostupné z: <www.ordinace.cz/clamk/ateroskleroza> [cit. 2003-3-9]
- 15) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví 21- výklad základních pojmů: úvod do Evropské zdravotní strategie: zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: 2004. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
- 16) MOKRÁ, H., ŠPITÁLNÍKOVÁ, S. *Správná péče o nohy diabetiků*. [online] Dostupné z: <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=150>> [cit.2006-04-04]
- 17) NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Manus 2003. 316 s. ISBN 80-86571-02-5.
- 18) ODDĚLENÍ KARDIOVASKULÁRNÍ CHIRURGIE – KARDIOVASKULÁRNÍ CENTRUM FN MOTOL [on line] Dostupné z: <http://www.kardio-motol.cz/ichdk-lecba> ISSN 1802-1948 [cit. 2006-2007]
- 19) ONDERKOVÁ, A. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Sestra. Plzeň, 2007, roč.17, č.12, s 17. ISSN 1801-1349.

- 20) PRŮŠA, J. *Ischemická choroba dolních končetin*. [online]. Dostupné z: <http://www.angiojh.cz/ichdk.htm> [cit. 2008-01].
- 21) PRŮŠA, J. *Přehled pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178-399-4.
- 22) ROZTOČIL, K. *Angiologie 2006*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 149 s. ISBN 80-7262-415-6.
- 23) STAFFA, R. *Záchrana kriticky ischemické končetiny- pedální bypass*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005. 112 s. ISBN 80-247-0957-0.
- 24) TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestry- pacient*. Sestra. Plzeň, 2007, roč.17, č.1, s 22. ISSN 1801-1349.
- 25) VANĚK, I. a kol. *Kardio – vaskulární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 234 s. ISBN 80-246-0523-6.
- 26) ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. přep. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
- 27) ZDRAVCENTRA CZ. *ICHDK*. [online] Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xls/64-2090.html> [cit. 2008].

8 Klíčová slova

Edukace - Education

Edukační proces – Educational process

Ischemická choroba dolních končetin – Ischaemic sickness down limbs

Klaudikační interval - Dolorous distance

Komunikace - Communication

Pacient - Patient

Prevence - Preventive

Sestra - Nurse

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Příloha 3 Schéma tepen a míst palpce pulsu a auskultace

Příloha 4 Informační leták pro sestry edukující pacienty s ischemickou
chorobou dolních končetin

Příloha 5 Informační leták pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Zdeňka Ondráčková, jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který použiji pro svou Bakalářskou práci týkající se ischemické choroby dolních končetin. Veškeré informace jsou zcela anonymní a budou použity pouze pro mou práci. Předem děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku. Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte.

1) Jste:

- a) muž
- b) žena

2) Kolik je Vám let?

- a) do 30 let
- b) 31 – 45 let
- c) 46- 55 let
- d) 56 – 65 let
- e) nad 66 let

3) Jak dlouho trpíte ischemickou chorobou dolních končetin?

- a) do 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11- 15let
- d) více jak 16 let

4) Jaké byly první příznaky vašeho onemocnění?

.....

5) Trpíte ještě jiným onemocněním?

- a) Stav po infarktu myokardu
- b) Diabetes melitus
- c) Vysoká hladina cholesterolu
- d) Vysoký krevní tlak
- e) jiným onemocněním

6) Trpí někdo z úzké rodiny ischemickou chorobou dolních končetin?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7) Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o své nemoci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

8) Kdo Vám podal nejvíce informací o nemoci?

- a) lékař
- b) sestra
- c) jiný zdravotnický personál
- d) informační zdroje – knihy, časopisy, informační letáčky, TV

9) Jak byste hodnotil/a znalosti sester o Vaší nemoci?

- a) výborné
- b) dobré
- c) dostačující
- d) nedostačující

10) Co patří mezi rizikové faktory ischemické choroby dolních končetin? (více odpovědí)

- a) ateroskleróza
- b) nadváha až obezita
- c) nedostatek pohybu
- d) dostatek pohybu
- e) špatná péče o postižené končetiny
- f) kouření
- g) stres
- h) nízký krevní tlak

11) Máte k dispozici písemné informace o Vaší nemoci?

- a) ano..... Kdo Vám je poskytl?
- b) ne
- c) nevím

12) Víte, jak správně pečovat o Vaše končetiny?

- a) ano
- b) nevím přesně
- c) ne

13) Co znamená termín klaudikační interval?

- a) časová délka bolesti postižené končetiny
- b) délka bezbolestného pohybu do zastavení se pro bolest
- c) časový interval mezi bolest

14) Myslíte si, že je rehabilitace v léčbě ischemické choroby dolních končetin důležitá?

- a) ano
- b) ne

c) nevím

15) Kouříte?

a) ano

b) ne

c) příležitostně

16) Kolik cigaret denně?

a) méně než 5

b) 6 až 10

c) 11 – 15

d) 16 a více

17) Kolikrát jste zkoušel/a přestat kouřit během roku?

a) ano, 1 krát

b) ano, 2 krát

c) ano, 3 krát

d) ne

18) Kolik měříte a vážíte?

výška.....

váha.....

19) Máte přes den dostatek pohybu (alespoň 1 hodinu rychlé chůze denně)

a) ano

b) ne, proč?

20) Prožíváte denně stres?

a) ano

- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

21) Dodržujete zásady zdravého životního stylu?

- | | | |
|-----------------------------|-----|----|
| a) nekouření | ano | ne |
| b) zdravá a vyvážená strava | ano | ne |
| c) dostatek pohybu | ano | ne |
| d) ne, nechci se omezovat | | |

22) Jak jste byl/a spokojen/a s komunikací mezi Vámi a sestrou?

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nevím
- d) nespokojen/a
- e) velice nespokojen/a

23) Kdo Vám pomáhá pečovat o Vaše postižené končetiny?

- a) Vy sám/a
- b) rodina, příbuzný
- c) agentura domácí péče
- d) někdo jiný, kdo?

24) V jak teplé vodě si myjete postižené končetiny?

- a) 34°C lepší je studenější voda
- b) 36°C
- c) 37°C
- d) kolem 40 °C, teplá voda končetiny lépe prokrví

25) Jak si stříháte nehty na postižených končetinách?

- a) raději nestříhám moc často
- b) rovně, dle potřeby
- c) dokulata, dle potřeby
- d) pouze piluji

26) Chodíte na pedikúru?

- a) ano, kolikrát za rok?
- b) ne

27) Nosíte ponožky bez stahovacího lemu = zdravotní ponožky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

28) Jakou obuv nosíte?

- a) ani větší ani menší, nejlépe boty do špičky
- b) o jedno číslo větší, aby se noha neutěsnila
- c) nejlepší jsou holinky nebo sandále
- d) o půl čísla větší, s kulatou špičkou

29) Ovlivnilo onemocnění Vaší pracovní schopnost?

- a) ano
- b) ne

Velice děkuji za vyplnění a Váš čas!

Příloha 2 Dotazník pro sestry

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Zdeňka Ondráčková, jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který použiji pro svou Bakalářskou práci týkající se ischemické choroby dolních končetin. Veškeré informace jsou zcela anonymní a budou použity pouze pro mou práci. Předem děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku. Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte.

1) Na jakém oddělení pracujete?

.....

2) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví jako zdravotní sestra?

.....let

3) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) střední škola
- b) specializační
- b) vyšší odborná škola
- c) vysoká škola

4) Využíváte v edukaci edukačních standardů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím o nich

5) Máte na Vašem oddělení určenou osobu zabývající se edukací?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím o ní

6) Myslíte si, že je edukace na Vašem oddělení dostatečná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

7) Znáte pojem edukace?

- a) ano, stručně charakterizujte.....
- b) ne

8) Kolik času věnujete edukaci pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin?

- a) 5 minut
- b) 10 minut
- c) 15 minut
- d) 20 a více minut
- e) dle potřeby pacienta

9) Jakým způsobem edukujete pacienty?

- a) pouze ústní formou
- b) ústní i písemnou formou
- c) pouze písemnou formou
- d) edukuje pouze lékař

10) Poskytujete pacientům možnost zpětné vazby?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11) Mají pacienti zájem o edukaci?

- a) ano, jsou aktivní, během edukace se ptají

- b) většinou jenom poslouchají a ke konci edukace se zeptají, čemu nerozuměli
- c) většinou jenom poslouchají a čekají na konec edukace
- d) edukaci odmítají, dávají najevo nezájem

12) Dáváte pacientům informace v tištěné formě (informační brožurky, letáčky)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13) Zapojujete i rodinu do edukace pacienta?

- a) ano, vždy
- b) ano, pokud si to pacient přeje
- c) ano, pokud rodina pečuje o pacienta
- d) ne

14) Máte na Vašem oddělení místnost pro edukaci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15) Edukujete pacienta o rizikových faktorech ICHDK?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16) Jaké jsou rizikové faktory vzniku ICHDK? (možnost více odpovědí)

- a) ateroskleróza
- b) nadváha až obezita
- c) nedostatek pohybu
- d) dostatek pohybu

- e) špatná péče o postižené končetiny
- f) kouření
- g) stres
- h) nízký krevní tlak

17) Edukujete pacienta o nošení správné obuvi?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18) Jakou obuv doporučujete pacientům s ICHDK?

- a) ani větší ani menší, nejlépe boty do špičky
- b) o jedno číslo větší, aby se noha neutěsnila
- c) nejlepší jsou holinky nebo sandále
- d) o půl čísla větší, s kulatou špičkou

19) Mají pacienti zájem o písemné edukační informace (materiály, brožurky)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

20) Doporučujete pacientům s ICHDK pedikúru?

- a) ano samozřejmě, snižuje se riziko poranění
- b) ne
- c) nevím

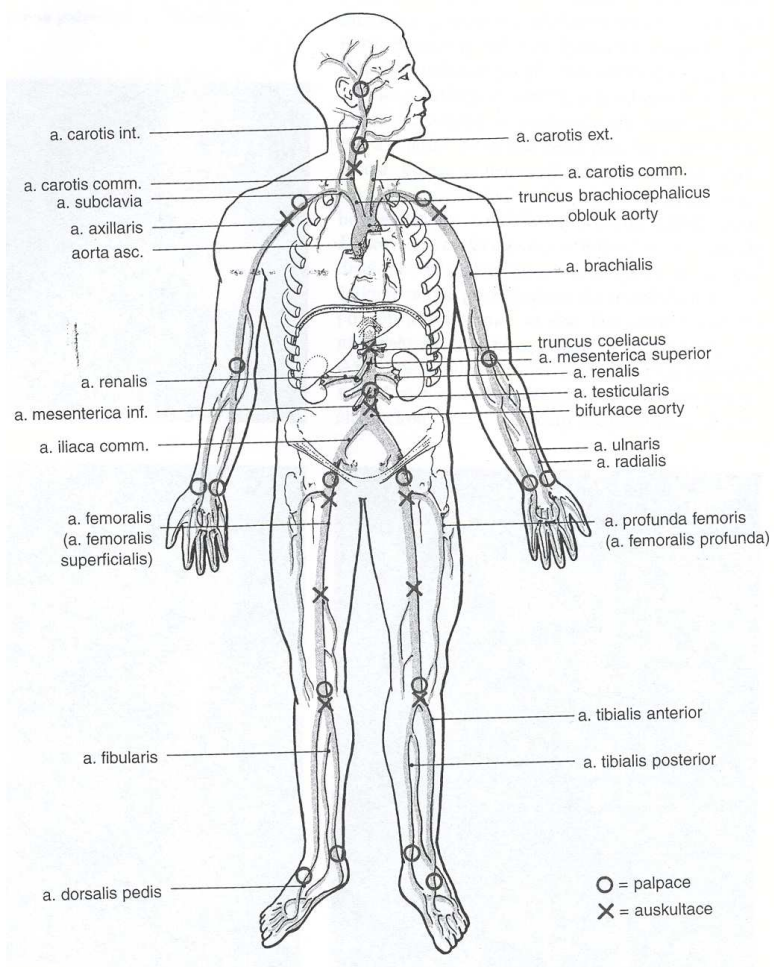
21) Zvolte správný postup edukace při péči o postižené končetiny

- a) Nejdříve řeknete pacientovi správný postup péče o dolní končetiny a potom jej pacientovi/ rodině ukážete, informace doplníte i o informační brožuru

- b) Nejdříve vyzvete pacienta/ rodinu, aby Vám sám ukázal, jak pečuje o postižené končetiny, následně mu vysvětlíte chyby, kterých se dopustil, ústní a písemnou formou doplníte pacientovi vědomosti
- c) Učiním správný postup dle edukačního standardu oddělení

Velice děkuji za vyplnění a Váš čas!

Příloha 3 Schéma tepen a míst palpce pulsu a auskultace



Zdroj: 10) KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha 1: Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.

Příloha 4 Informační leták pro sestry edukující pacienty s ICHDK

***Informační leták pro sestry
edukující pacienty s ischemickou
chorobou dolních končetin.***

Edukace pacientů

Definice: jde o proces výchovy a vzdělávání, provádí se pomocí edukačního procesu.

Edukační proces je záměrný, plánovaný a cílevědomý proces, který se skládá ze tří fází. Z projektování, realizace a hodnocení.

První fáze edukačního procesu se nazývá projektování, je to fáze přípravná fáze, která sleduje odpovědi na určitý typ otázek. Sestra si pokládá otázky typu proč, koho a otázky týkající se podstaty a techniky edukace.

Druhá fáze edukačního procesu je fáze realizace, ta spočívá v motivaci ke správné spolupráci při učení se novému. Sestra by měla reagovat na chybný výkon pacienta, například špatný postup při péči o nohy a podle naplánovaného postupu poradit pacientovi správný postup péče o nohy, sledovat, zda pacient pochopil postup péče a má dostatek informací. Podle toho se odvíjí další individuální postup.

Třetí a konečnou fází edukačního procesu je fáze hodnocení, která má za cíl zjistit a posoudit dosaženého stavu pomocí edukačního procesu.

Způsoby edukace

- 1) pomocí tištěného edukačního materiálu
- 2) stručné opakování již napsaného
- 3) pouze ústní edukace

Pouze předání edukačního materiálu což je letáček nebo brožurka však nestačí, pacient si totiž ve většině případů tyto materiály buď nepřečte, nebo přečte, ale pokud neporozumí medicínským výrazům, edukace není efektivní.

Edukace má být individuální a jednoduchá na úrovni pochopení pro pacienta. Důležitost je v opakování při každém kontaktu s nemocným. Většina pacientů si zapamatují asi 2 až 3 sdělené informace z rozhovoru. Nejvíce si zapamatují informace sdělené na začátku rozhovoru a dále ty nejvíce opakované. Každý edukátor by měl k pacientovi přistupovat citlivě a individuálně, velký význam má verbální komunikace a měl

by zamezit falešným domněnkám o nemoci. Důležitá je i neverbální komunikace, která někdy nejlépe zprostředkuje pocity člověka.

Zásady postupu správné edukace.

První fáze spočívá ve vysvětlení problému, ověření, zda nemocný pochopil a porozuměl. Při neporozumění je nutné opětovné vysvětlení problému. Informace se podávají ústně a i písemně.

Druhá fáze se zaměřuje na sledování emoční odpovědi pacienta a rozptýlení pacienta.

Ve třetí fázi jde o vysvětlení léčebného režimu pacientovi, používají se pojmy, kterým pacient rozumí. Je nutné zdůraznit jakého úspěchu pacient může dodržováním správné léčby dosáhnout.

Při poslední čtvrté fázi si ověříme, zda pacient rozuměl sděleným informacím, nejlépe když on sám nám stručně vysvětlí podstatu svého onemocnění a léčebný plán.

Faktory napomáhající a překážející v edukaci

Napomáhající:

- motivace
- pohotovost
- zpětná vazba

Motivace je účinná tehdy, pokud daný pacient má potřebu se učit a pomocí získávání informací věří, že tuto potřebu naplní, je zde důležitá touha po vzdělávání. Úlohou sestry je pomoc pacientovi, aby se pokusil svůj problém vyřešit sám.

Druhým faktorem je **připravenost a ochota učit se** nebo být edukovaný. Jde o projev motivace v určitém čase. Úlohou sestry je pacienta zcela podpořit na aktivní účasti v procesu učení. Postupem času pacient získá důvěru a tím se sníží strach v neúspěch a stoupá motivace.

Třetím faktorem napomáhajícím učení pacienta je **možnost zpětné vazby** pro pacienta. Pomocí zpětné vazby se získávají informace, které vedou k uskutečňování

vytyčeného cíle pacienta. Zpětná vazba pomáhá pacientovi osvojit si schopnosti a dovednosti. Pozitivní zpětná vazba zahrnuje pochvalu nebo odměnu. Negativní zpětná vazba zahrnuje naopak zlost, výsměch a sarkasmus. Tato forma negativní zpětné vazby dokáže pacienta zcela odradit od dalšího učení. Pacientovi by měly poskytovat informace od jednodušších ke složitějším.

Překážející:

- nadměrná úzkost
- fyziologické překážky
- kulturní bariéry

Pacienti trpící **nadměrnou úzkostí** se projevují ustrašeností, nepozorností, neposlouchají obsah sdělení, zapamatovávají si jen malou část sděleného obsahu informace.

Druhou překážkou jsou **fyziologické faktory**. Zde se nejčastěji jedná o akutní onemocnění, bolest a o poškození sluchu.

Poslední třetí překážku tvoří **kulturní bariéry**, sem patří jazyk a uznávané hodnoty.

Spolupráce pacienta při edukaci

Pacienty můžeme rozdělit podle přístupu k edukaci na **4 typy**.

1 typ = pacienti mající zvýšený zájem, spolupracují a kladou otázky, mají snahu o změnu zdravotního stavu.

2 typ = pacienti, kteří začnou komunikovat až po delší době, až pokud v něm edukátor vzbudí zájem vše odkývá, jelikož mu přijde zbytečné mluvit o tom, co již stejně zná.

3 typ = pacienti, jejichž potíže neodpovídají výsledkům vyšetření. Zde je edukace velice obtížná.

4 typ = spěchající pacienti, bez otázek, dávají vám najevo, že nemají čas. Zde edukace nemá cenu, dávají totiž najevo svůj nezájem.

Celkově asi jen polovina pacientů se řídí radami lékaře, polovina přerušuje léčbu a třetina pacientů neužívá léky dle ordinace lékaře. Cílem edukace je dobře informovaný, spolupracující a ve svých nemocech orientovaný pacient.

Nejčastější nedostatky v edukaci:

- nestanovení si cíle edukace
- nevyvolání dostatečného zájmu
- špatné hodnocení připravenosti, úrovně zkušeností, vědomostí a zručností
- zapomnění na jazykovou způsobilost a etnickou příslušnost
- přehlcení pacienta informacemi
- nenaplánovaná nebo více sestrami organizovaná edukace
- vykonávání edukace v nevhodném čase,
- nevšímavost sestry ke známám únavy a bolesti pacienta
- neschopnost sestry vytvořit si kladný vztah k pacientovi
- používání velkého množství odborných medicínských slov, kterým pacient nerozumí, a sestra je zapoměla vysvětlit
- chybným vyhodnocením výsledků edukace

Zdroj:

9) HALUZÍKOVÁ, J. *Edukace- nástroj léčby*. Sestra. Plzeň, 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1801-1349.

12) KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

13) KROMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného- edukace*. Sestra. Plzeň, 2005, roč. 15, č. 5, s. 2. ISSN 1801-1349.

24) TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestry- pacient*. Sestra. Plzeň, 2007, roč.17, č.1, s 22. ISSN 1801-1349.

26) ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. přep. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

Příloha 5 Informační leták pro pacienty s ICHDK

***Informační leták pro pacienty
s ischemickou chorobou dolních
končetin.***

Definice ICHDK: zhoršené prokrvení tkání dolních končetin. Dnes je ischemickou chorobou dolních končetin postiženo asi 13 % populace ve věku 55 až 75 let. Pouze ale jedna čtvrtina pacientů má klinické příznaky. U diabetiků je výskyt 10 krát vyšší než u nediabetických pacientů.

Příčina: z 95 % prisuzovaná ateroskleróze, což je chronický proces, během kterého dochází k tvoření tukových plátů v cévní stěně. Zvětšováním plátů se uzavírá stěna a zmenšuje se průtok okysličené krve do tkání.

Stádia ICHDK:

Stádium 1 = asymptomatické

Stádium 2 = klaudikační

Stádium 3 = klidové ischemické bolesti

Stádium 4 = ulcerace nebo gangréna.

Příznaky:

- na začátku se projevuje pocit chladných končetin
- ztráta ochlupení, cyanóza
- ztenčelá, olupující se kůže až deformity nehtů
- bolest, příčinou bolesti je nedostatečný přítok okysličené krve k pracujícím svalům
- změna barva postižené končetiny (bledá, po spuštění z lůžka zčervená)

Diagnostika:

- Anamnéza
- Fyzikální vyšetření (vyšetření inspekcí, palpací, auskultací a speciálními zkoušky)
- stanovení **klaudikačního intervalu = bolestivý symptom, kdy nemocný ujde určitou vzdálenost, zastaví se, pak znovu ujde přibližně stejnou vzdálenost a znovu se zastaví.** Je zde závislost na intenzitě chůze a vzdálenosti. Klaudikace se mohou objevit pouze občas, jsou proto označovány jako občasné kulhání (claudicatio intermittens)
- neurologické vyšetření např. test citlivosti postižených dolních končetin a mikrobiální vyšetření defektu nebo gangrény

Léčba:

- **konzervativní:** je zaměřena na snížení až vymizení rizikových faktorů.
- lékové skupiny: antihypertenziva, antiagregancia, antikolagulancia, statiny a vasodilatancia
- **chirurgická** periferní angioplastika, Pulzní sprejová trombolýza, Bypass, lumbální sympatektomie a finální léčebnou metodou je amputace postižené končetiny

Rehabilitace:

Zlepšuje průtok okysličené krve svalem a při pravidelném cvičení se začíná tvořit kolaterální oběh. Cvičit lze individuálně, nebo skupinově. Příklady cviků: pata, špička,

chůze do schodů, do kopce, jízda na kole, dřepy a mnohé další. Správné intenzivní cvičení vede k objevení klaudikace. Pokud se objeví bolest, pacient má cvičení přerušit a po odeznění bolesti pokračovat ve cvičení. Pohybová rehabilitace je velice účinná především u pacientů v počátečních stádiích nemoci, s trváním do jednoho roku.

Rizikové faktory:

U mužů se udává jako hlavní rizikový faktor vzniku ischemické choroby dolních končetin kouření, u žen hypertenze. Při kombinaci více rizikových faktorů se možnost onemocnění několikrát zvyšuje.

neovlivnitelné:

- věk
- pohlaví
- genetická výbava jedince

ovlivnitelné:

- kouření
- vysoký krevní tlak
- stres
- obezita nemocných
- DM
- nedostatečná hygiena dolních končetin

Postup péče o postižené končetiny:

skládá se z 10 bodů:

1. Pacient by si měl prohlížet denně své končetiny, pomocí zrcátka plosky nohou a nezapomenout ani na meziprstí, kde se mohou tvořit praskliny nebo puchýře.
2. Pacient by měl své končetiny denně koupat v teplé vodě, pomocí teploměru, voda by měla mít 37°C. Nespoléhat se na své pocity, mohlo by dojít k opažení.
3. Po koupeli by měl pacient končetiny jemnými doteky usušit měkkým ručníkem.
4. Nehty by se měl pacient naučit stříhat rovně, nejlépe kleštičkami, pozor na poranění. Pacientům se pedikúra spíše nedoporučuje, protože by mohlo dojít k poranění. Pokud ale pacient se sám neobslouží, měl by pedikérku informovat o své nemoci.
5. Pacient by si měl končetiny denně promazávat, vynechat však oblast meziprstí.
6. Nejlépe nosit bavlněné ponožky, které sají pot, s lemem alespoň 4 centimetry širokém bez gumiček.
7. Boty by měli být alespoň o půl čísla větší, bez podpatku, kožené, pohodlné a s kulatou špičkou. Vyrábějí se i speciální boty, které může zakoupit v lékárnách. Nevhodné jsou holinky a sandály.

8. Při obutí by se měl pacient podívat do bot, eventuálně vyklepat kamínky a narovnat vložku.
9. Pokud pacient objeví poranění, okamžitě si musí vydesinfikovat ránu a sledovat průběh hojení. Pokud se poranění nehojí, okolí rány je zarudlé, oteklé, okamžitě musí navštívit lékaře.
10. Pacienti by neměli chodit naboso, zvyšuje se tak riziko poranění končetin

Zdroj:

- 2) BENEŠ, K. *Ischemická choroba dolních končetin*. [online] Dostupné z: < <http://www.cechi.cz.htm> > [cit. 2007]
- 4) BULVAS, M. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu periferních cév-6*. [online]. Dostupné z: < <http://www.kardio-cz.cz> > [cit. 2008].
- 10) KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha 1: Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
- 16) MOKRÁ, H., ŠPITÁLNÍKOVÁ, S. *Správná péče o nohy diabetiků*. [online] Dostupné z: < <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=150> > [cit.2006-04-04]
- 22) ROZTOČIL, K. *Angiologie 2006*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 149 s. ISBN 80-7262-415-6.
- 23) STAFFA, R. *Záchrana kriticky ischemické končetiny- pedální bypass*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005. 112 s. ISBN 80-247-0957-0.