

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Edukace nemocných v kardiologii

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Helena Šatrová

2010

Autor práce:

Robert Havlíček

ABSTRACT: EDUCATION OF CARDIAC PATIENTS

In this thesis dedicated to the topic of education of cardiology patients I set the goal to find out whether clients after cardiology diseases or cardiac patients adhere to healthy lifestyle after education provided by a general nurse.

The thesis reflects the present situation, where I pay brief attention to heart anatomy and its link to the major and minor circulations. This theoretical part also deals with acute myocardial infarction as a disease, prevention in cardiology from health care and educational points of view, with regime measures in cardiology and also with communication and education. Communication and education in nursing and of course psychology are the topics a substantial part is dedicated to.

The topic also deals with one of the most important parts, the research one. Transcription of non standardized interviews and secondary analysis of data from health documentation of six patients from intensive care unit of the Internal Medicine Ward of Hospital Písek are captured in a specific form. I deal with clients' cooperation and thus participation in their own treatment regime, knowledge of the disease before hospitalization, obtaining such knowledge during hospitalization and the intervention, knowledge of medicines taken. The results are illustrated on graphic tables. There are also results of adherence to healthy lifestyle and an insight into awareness of potential risks linked to non adherence to the regime. The results clearly show that the education process is principally maintained at the basic required level in nearly all spheres, i.e. in the hospitalization and intervention phases. Further results show that hardly any cardiac adhere to strict regime, however they paradoxically do realize the consequences of their behaviour. Most of the clients moreover had sufficient information on the disease before hospitalization, as diseases of this type usually do not occur all of a sudden. Clients are moreover educated by means of release report by a practitioner. Hardly any client knows the complete list of medicines including indication groups he/she is taking.

The results thus show that the educational process itself should be improved and made consistent, and attention should be paid to adherence to the regime. Actually the old fact that prevention is much cheaper than interventions, which are not always able to

return a patient to full productivity, is still being confirmed. Education definitely belongs among preventive measures.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Edukace nemocných v kardiologii vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Podpis

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval paní PhDr. Heleně Šatrové za odborné vedení a pomoc při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

1 SOUČASNÝ STAV -----	5
1.1 Anatomie a fyziologie srdce-----	5
1.2 Infarkt myokardu-----	6
1.3 Prevence v kardiologii-----	7
1.4 Režimová opatření v kardiologii-----	9
1.5 Interakce všeobecná sestra versus nemocný-----	9
1.5.1 Všeobecná sestra a zásady komunikace-----	11
1.5.2 Empatie a psychoterapie všeobecnou sestrou-----	12
1.5.3 Nevhodné způsoby reakcí zdravotníků-----	13
1.6 Edukační metody-----	13
1.7 Edukace v ošetrovatelství-----	15
1.8 Edukace edukanta edukátorem v kardiologii-----	16
1.9 Svépomoc kardiaka-----	18
1.10 Právní problematika a komunikace ve zdravotnictví-----	20
1.11 Vyšetření nemocného v kardiologii-----	21
1.12 Algoritmus činností všeobecné sestry s infarktem myokardu-----	22
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY -----	23
2.1 Cíle práce-----	23
2.2 Výzkumné otázky-----	23
3 METODIKA -----	24
3.1 Metodika práce-----	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru-----	24
4 VÝSLEDKY -----	25
4.1 Výsledky rozhovoru s nemocnými a sekundární analýzy dat-----	25
<i>Nemocný 1</i> -----	25
<i>Nemocný 2</i> -----	27

<i>Nemocný 3</i> -----	28
<i>Nemocný 4</i> -----	30
<i>Nemocný 5</i> -----	31
<i>Nemocný 6</i> -----	33
4.2 Tabulky výsledků rozhovorů nemocných -----	36
5 DISKUZE -----	40
6 ZÁVĚR -----	44
7 KLÍČOVÁ SLOVA -----	45
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ -----	46
9 PŘÍLOHY -----	49

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce Edukace nemocných v kardiologii jsem si vybral, protože se v oblasti těchto nemocných profesně pohybuji. Předmětem akutního infarktu myokardu se aktivně zabývám více než 8 let, fascinuje mne patofyziologie tohoto onemocnění a zároveň se aktivně zajímám o schopnosti komunikace mezi nemocnými a zdravotníky v ošetrovatelské péči. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak klienti po akutním infarktu myokardu dodržují zdravý životní styl, dále zmapovat, jaký vztah je u nemocných mezi znalostmi o zdravém životním stylu a znalostmi o charakteru základního onemocnění před hospitalizací. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou nemocní spokojeni s edukačním procesem.

Kardiologie je oborem širokým, tato práce pojednává o edukaci především v oblasti postižených infarktem myokardu. Důvodem je kromě jiného snaha o zjednodušení výběrem srovnatelných diagnóz a otázka, zda se tyto nemocní chovají podobně, nebo zcela odlišně.

Problematika akutního infarktu myokardu je v našich podmínkách jedna z nejdůležitějších. V důsledku lety zakořeněnému špatnému životnímu stylu, mnohdy jeho podceňováním se výsledky tvrdě zarývají do geograficky určených statistik. Úkolem ošetrovatelské péče o tyto nemocné je včas odhalit i vrozené dispozice a naučit nemocného zaujmout racionální postavení. Znalosti režimových opatření kardiologie, stejně jako prevence ve zdravotnictví obecně jsou na světle již dlouho.

Chybná motivace dbát o svou osobu vychází mnohdy ze špatného přesvědčení. Ošetrovatelskou péčí a vhodně zvolenou komunikací může vzniknout edukační prostředek, po kterém budou sami nemocní toužit. Problémem je i neuvědomění si vlastní zodpovědnosti za své zdraví. Úspěchem se stává ošetrovatelství, které má snazší cestu přistoupit k jedinci jako k holistické bytosti a všeobecná sestra prostor k uspokojení všech aktuálních potřeb.

Výsledky získané výzkumným šetřením budou poskytnuty oddělení, na kterém šetření proběhlo. Výsledky by mohli využít nejen všeobecné sestry, ale všichni, kteří s nemocnými vstupují do interakce.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie srdce

Kardiovaskulární systém, jako jeden z hlavních kontrolních systémů v lidském těle, hraje klíčovou roli ve výživě buněk a krevním oběhu. Zodpovídá za transport životně důležitého kyslíku a živin prostřednictvím krve do všech tělesných buněk. Cor, srdce, je uloženo vlevo a pracuje jako pumpa rozhánějící krev po celém těle. Skládá se z následujících oddílů ^(9, 6).

Pericardium, osrdečník je skluzný obal srdce, který se skládá z fibrózní složky a dvojlisté serosní blány, mezi nimiž je tekutina. Basis cordis, baze srdeční, tj. horní široká, dozadu směřující plocha přibližně kuželovitého srdce, protilehlá hrotu, s velkými cévami, tvořená hlavně zadní stěnou levé předsíně. Pars muscularis je nerozsáhlejší, tlustší svalová část komorového septa. Ventriculus (dexter/sinister) cordis, komora srdeční (pravá/levá), v souladu s funkčními nároky je svalová složka stěny v levé komoře silnější než v pravé. Atrium (dextrum/sinistrum) cordis, předsíň srdeční (pravá/levá) je tenkostěnný oddíl dutin srdečních. Myocardium je příčně pruhovaná srdeční svalovina s interkalárními disky, spolu s převodním systémem srdečním. Hlavním mechanismem zabezpečujícím narůstající metabolické nároky myokardu je zvýšení průtoku koronárním řečištěm ^(11, 9).

Systema conducens cordis je převodní systém srdeční (excitomotorický aparát srdce) se skládá z nodus sinuatrialis (sinusový uzel). Ten je stužkovitě uložený ve stěně předsíně před vstupem v. cava superior. Nodus atrioventricularis (síňokomorový uzel) je malý útvar svaloviny převodního systému v předsíňovém septu před vyústěním sinus coronarius. Po době latence předává podnět ze sinusového uzlu Hisovým svazkem a jeho raménky dále svalovině komor. Při výpadku sinusového uzlu může převzít řízení srdečního rytmu. Endocardium je endothelová serosní výstelka dutin srdečních, tvořená jednovrstevným plochým epitelem ⁽⁹⁾.

Chlopně jsou umístěny ve vazivové tkáni, přepážce mezi předsíněmi a komorami, která odděluje svalovinu komor a předsíní a tvoří pevný podklad pro upnutí svalových vláken komor i síní. Jejich hlavní funkcí je zajištění jednosměrného průtoku

krve, protože působí jako ventily. Malý oběh začíná v pravé předsíni, kam ústí horní a dolní dutá žíla. Z pravé předsíně postupuje krev do pravé komory přes trojcípou chlopeň. Po naplnění pravé komory je krev stažením srdeční svaloviny (systolou) vypuzena přes poloměsíčitou pulmonální chlopeň do plicní tepny. Arteria pulmonalis se v plicích větví na menší tepny, tepénky, arterioly a kapiláry plicních sklípků. Velký oběh začíná v levé předsíni, odkud krev pokračuje přes mitrální chlopeň do levé komory. Aktivitou levé komory je krev vypuzována do aorty přes aortální chlopeň. Z aorty odstupují menší arterie, které nesou okysličenou krev do jednotlivých orgánů a částí těla. Z hlediska revaskularizace je (kromě jiných) významný proximální úsek ramus interventricularis anterior (RIA), ^(33, 9, 23).

Optimální uzpůsobení výkonu srdce kladeným nárokům je možné jen tehdy, když se všechny děje spojené s normální funkcí srdce (vznik a šíření vzruchu, kontrakce myokardu, činnost chlopní, koronární oběh atd.) mění v náležitém sledu a účelně ⁽²¹⁾.

1.2 Infarkt myokardu

Nemoci oběhové soustavy jsou, jako příčina hospitalizace, zatím stále na prvním místě a jejich počet neustále stoupá. Pokud v roce 1995 bylo v přepočtu na 100 000 obyvatel registrováno 3 052,7 případů hospitalizací na tyto choroby, do roku 2002 tento přepočet stoupl na 3 495,1 případu. Za jedno z nejzávažnějších onemocnění oběhové soustavy je považován infarkt myokardu. V České republice se zdravotnická péče o tyto pacienty rok od roku zlepšuje ⁽³⁰⁾.

Při akutním infarktu myokardu je snížen (pod únosnou hranici), nebo zastaven proud krve do určité oblasti srdeční svaloviny, která je následně vystavena ischemii. Dochází k hypoxickému poškození a následně k nekróze. Vzhledem k rozsahu a lokalizaci poškození myokardu hrozí nemocnému trvalý funkční deficit nebo smrt ^(33, 1).

Okamžitě provedená a účinná odpověď sestry na tuto naléhavou situaci může některé ireverzibilní změny odvrátit. Než nekróza postihne svalovinu myokardu v celé její tloušťce, trvá 4-6 hodin. Pohotová léčba během této doby může proudění krve do ischemické oblasti obnovit a omezit tak rozsah infarktové zóny a někdy odvrátit vysoce pravděpodobnou smrt nemocného. Jedním ze způsobů léčby může být revaskularizace

myokardu. Pro tuto metodu bývá zpravidla rozhodnuto u těch nemocných, u nichž přes režimovou a medikamentózní léčbu přetrvává námahová angina pectoris či jiné symptomy vyplývající z ischemie myokardu. Revaskularizace zlepšuje prognózu nemocných s chronickou ischemickou chorobou srdeční (ICHS) při významných stenózách kmene levé koronární tepny, při nemoci všech 3 koronárních tepen, dále při významné izolované stenóze proximálního úseku ramus interventricularis anterior (RIA) či při spojení této stenózy se zúžením ještě jedné koronární tepny^(33, 1).

Infarzace většinou vznikne tím, že se ve věnčité tepně vytvoří krevní sraženina v místě již zúženém aterosklerózou. Ateroskleróza je degenerativní proces arteriální stěny postihující střední a velké tepny, které ve svých důsledcích nemocného invalidizuje nebo ohrožuje na životě. Prvním stupněm aterosklerotického procesu jsou lipidní proužky, v dalším stadiu aterogeneze se vyvíjí nekomplikovaný fibrózní plát a konečně plát ateromatózní (komplikovaný). Jeho nebezpečí tkví v akutním nebo chronickém uzávěru tepny, zde věnčité klinicky se projevující infarzací srdečního svalu. Například rozvoj akutního koronárního syndromu začíná rupturou nebo erozí sklerotického plátu. Myokardiální buňky, připravené o přívod okysličené krve, začínají umírat během 20 minut, čímž je spuštěna kaskáda zánětlivého procesu. Výsledkem ruptury je shlukování krevních destiček, tvorba fibrinové sraženiny a aktivace trombinu. Již druhý den po akutním infarktu neutrofily a makrofágy odstraňují nekrotickou tkáň a myokard se tak stává během 2 týdnů tenký a zranitelný. Do šesti týdnů po infarktu je postižená oblast svaloviny nahrazena jizevnatou tkání, která není schopna kontrakcí^(1, 14, 16, 7).

1.3 Prevence v kardiologii

Primární prevence má ochránit a posílit zdraví, zlepšit kvalitu života, ale také zabránit vzniku nemocí. Eliminace potravy s přemírou živočišných tuků, dále kuřácké zvyky a postoj nemocných k celoživotní léčbě hypertenze (přestože hypertenze není vyléčitelná, je léčitelná, vyžaduje však léčbu trvalou podobně jako cukrovka). Všeobecná sestra může edukativně i lékařskými ordinacemi pomáhat při léčbě

hyperlipoproteinémie, ale nemůže bez spolupráce nemocného ovlivnit hyperlcholesterolémii z nadměrné konzumace tuků^(21, 5, 12).

Sekundární prevence edukace probíhá u již nemocných jedinců, u kterých se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Příkladem může být odvykání kouření. Edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění. Zde je edukačním procesem velice vhodné zasáhnout^(12, 26).

Terciární prevence edukace v terciární prevenci je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné změny svého zdravotního stavu. Všeobecná sestra se zaměřuje na zlepšení kvality života, kterou lze u jedince ovlivnit edukací tak, aby nedošlo k dalším možným komplikacím. V rámci této edukace je vhodné, aby všeobecná sestra vysvětlila zásadní význam vlivu komplexní medikamentózní léčby, stejně tak obecné zásady prevence aterosklerózy jako je vhodná dieta, příznivý vliv fyzické aktivity nemocného a snížení tělesné nadváhy^(21, 12).

Preventivní opatření onemocnění kardiovaskulárního aparátu zahrnuje všechny činnosti zabraňující nebo omezující působení rizikových faktorů ICHS, hypertenze, obezity apod. Příznivě se uplatňuje zkrácení doby hospitalizace, časná aktivní a pasivní rehabilitace nemocných po invazivních výkonech (PTCA, bypass), nutnost celoživotního dodržování režimových a dietních opatření a farmakoterapie u cílové skupiny nemocných^(21, 24).

Všeobecná sestra nemocnému pomáhá rozpoznat rizikové faktory akutního infarktu myokardu a vypracovat plán na jejich omezení. V indikovaných případech by mu měla poradit, jak dosáhnout správné hmotnosti a její udržení, správné způsoby cvičení, omezení stresu, jak kontrolovat krevní cukr a důležitost léčení vysokého tlaku krve včetně hyperlipoproteinémie. Všeobecná sestra by dále měla vysvětlit součásti aerobního cvičebního programu a dát nemocnému návod na bezpečné cvičení. Promluvit s ním na příklad i to, kdy se může vrátit k sexuální aktivitě. Stejně tak

důležité jsou informace o podpůrných skupinách, výukových programech a programech srdeční rehabilitace kardiaků, dostupných v místě jeho bydliště ⁽¹⁾.

1.4 Režimová opatření v kardiologii

Dietní a režimová opatření jsou základním přístupem v léčbě hyperlipoproteinémie. Jsou zásadní i v případě zavedení další léčby. Dieta se liší u různých typů hyperlipoproteinémií. Platí obecné zásady dietní terapie poruch tukového metabolismu, které by měla všeobecná sestra znát. Je známo, že při současném výskytu více rizikových faktorů se rizika pouze nesčítají, ale násobí. Jde především o omezení příjmu energie, má-li nemocný nadváhu nebo je-li obézní. Dále snížení obsahu všech tuků ve stravě. Tuky hradíme maximálně 30 % energie, nasycené (živočišné) tuky by z tohoto množství neměly přesahovat jednu třetinu. Přednost bychom měli dávat nenasyceným (rostlinným) tukům a obsah cholesterolu v dietě by neměl být vyšší než 300 mg/den. Zvýšení obsahu vlákniny v potravě, je další bod opatření. Mezi režimová opatření patří především i pravidelná fyzická aktivita. Důležitou součástí změny životního stylu je abstinence kouření ⁽²¹⁾.

1.5 Interakce všeobecná sestra versus nemocný

Všude tam, kde se profesionálně setkáváme s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Ošetrovatelská praxe klade důraz na interakci s nemocnými i kolegy na významné místo. Veškeré dění uvnitř i styk s vnějškem se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce je reagování lidí navzájem, které probíhá neustále. Někdy ji zaznamenáváme intenzivně, někdy si ji uvědomujeme méně. Pokud dochází k výměně informací, jde o komunikaci. Tyto komunikační dovednosti potřebujeme i v soukromém životě. Ztráta schopnosti komunikace je mnohdy závažným ohrožením vztahů. Všeobecná sestra používá dovednost komunikovat s nemocným jako součást profesionálního vybavení. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Je potřeba věnovat pozornost výuce i tréninku komunikace v pomáhajících profesích. Nejde jen o

schopnost související s nadáním. Komunikace je totiž dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka. Předpokladem je, že všeobecná sestra pomáhá nemocným rozšířit jejich sociální kompetence. Je-li přítomna nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost nebo neschopnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení komunikačních schopností nemocného. Zde je potom prostor pro práci sestry na rozvoji komunikačních dovedností nemocného ^(32, 12).

Vztah mezi sestrou a nemocným je do značné míry určován jejich vzájemným chováním. Tato interakce je dána jednoduchým následujícím vzorcem chování. To, jak se k sobě navzájem chováme, určuje, jaké budou naše vzájemné vztahy a na druhé straně naše vzájemné vztahy určují to, jak se k sobě navzájem chováme. Jeden ze základních požadavků sociální komunikace je, že není možné nekomunikovat. Z toho vyplývá, že přesto že nic neříkáme, vlastně vždy něco sdělujeme ⁽¹⁹⁾.

V každém okamžiku, při setkávání sestry s nemocným dochází ke vzájemným reakcím, k interakci mezi lidmi. Nástroj, kterým se interakce uskutečňují, je komunikace. Tou máme na mysli výměnu informací, pocitů, zkušeností. Vzhledem k tomu, že člověk v nemocniční péči nebo v domácím ošetřování má omezenou možnost sociálních kontaktů, pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi ⁽³²⁾.

Všeobecná sestra se nejen při výkonu svého povolání může setkat s dotazy odbornými, věcnými, technickými a osobními. Při hledání odpovědi na ryze osobní otázky platí, že při jejich zodpovídání je třeba brát v úvahu, že každý nemocný, každá všeobecná sestra, každá situace jsou jiného rázu a s tímto je potřeba počítat. Při hledání odpovědi se všeobecná sestra snaží jen naznačit, co by pravděpodobně bylo možné, nikoliv přikázat, co je nutné udělat. Dále by všeobecná sestra měla nasměrovat, ne dotlačit do předem připraveného vzoru jednání, stejně tak by měla napovědět, ne nařídit, co říci ⁽¹⁹⁾.

1.5.1 Všeobecná sestra a zásady komunikace

Všeobecná sestra by měla posilovat samostatnost a kompetentnost, jednat s ním jako s rovnocenným partnerem. Vyjadřovat verbálně i nonverbálně pochopení pro těžkou situaci nemocného. Ošetrovatelský proces vyžaduje citlivé naslouchání. Jakmile se nemocný projevuje hněvem, beznadějí a rezignací, může za tím být skryto další sdělení. Konflikty s rodinou mohou vyústit například hádkou se sestrou. Nemocný by měl mít pocit, že všeobecná sestra je jen pro něj, to znamená, měla by se mu v průběhu edukace dostatečně věnovat a nic uspěchat. S nemocným je nutné probírat řadu postupů, informací. Všeobecná sestra by se měla snažit komunikovat srozumitelně a podávat ucelené informace. Podcenění stavu a chybné rozhodování vede k neúspěchu. Příčinou může být nedostatek zkušeností a nekompletní spolupráce odborníků, osamělost při rozhodování, chybné klinické posouzení stavu nemocného, nedostatečné technické vybavení i jeho selhání. Doporučení a význam edukace je vhodné doprovodit obrázky, písemným materiálem. V rámci celého procesu edukace by se setra měla vracet k objasňování souvislostí, nemocný si tak ujasňuje svou situaci. Samozřejmostí je odpovídat na otázky. Není chybou poradit se, zjistit odpověď dodatečně. Nemocný obvykle pozná svou devalvací, přehlížení dotazů a zlehčování. Všeobecná sestra by se neměla bát nemocnému poskytnout radu související se její profesí. Zdravotník obecně, všeobecná sestra nevyjímaje je v pozici vzorového člena společnosti. Všeobecná sestra jako taková je proto zodpovědná za sdělování doporučení týkající se úpravy životosprávy, cvičení, užívání léků, či vyhledání lékařské pomoci. Může poskytnout rozhovor i s členy rodiny, vyžaduje-li to situace. Musí si uvědomit, že nonverbální kontakt by měl působit podpůrně ^(32, 24).

Všeobecná sestra se musí naučit přestat zasévat vinu a být kritická. Člověk po infarktu myokardu, s hypertenzí či jinými kardiovaskulárními chorobami není zlý. Neměla by posuzovat lidi jako nespolupracující, protože se řídí svými vlastními prioritami. Například to, že se rozhodnou ignorovat radu zdravotníka. Je to jejich právo. Všeobecná sestra by neměla nemocnému říkat, že musel něco udělat špatně, pokud dostal komplikace. Měla by oslovovat lidi podle jejich jména, ne choroby. Je důležité vyvarovat se nálepkám, jako je nespolupracující nebo nedodržující. Vítanou podporou

pro nemocného bude ošetrovatelský soucit, podpora a pochopení problémů. Všeobecná sestra musí být za každých okolností citlivá s ohledem na nemocného finanční, emocionální a časové zdroje⁽²⁷⁾.

Neměli bychom jako zdravotníci dopustit, aby byl člověk ve zdravotnictví devalvován na pouhý předmět, který je třeba vyšetřit, diagnostikovat a léčit, pokud možno co nejrychleji a nejlevněji. Pokud se budeme chovat tržně, nezbude nám na nemocného mnoho času a je tak devalvován na nosiče prosperity daného zdravotnického zařízení. Nemocný musí mít dojem, že je to on, člověk, o něhož máme jako sestry největší zájem. Sebeovládání a komunikace je základním kamenem jednání s lidmi. Napáchané škody jsou nenapravitelné, protože ztracenou důvěru získat zpět lze jen velmi obtížně. Komunikace v léčbě i péči je jedním z důležitých pilířů úspěšné léčby⁽¹⁹⁾.

1.5.2 Empatie a psychoterapie všeobecnou sestrou

Empatie je termín řeckého původu a rozumí se jím schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhých. Jedná se o emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to i kognitivní schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, účel i příčinu jednání verbálních i neverbálních projevů druhých. Empatie souvisí se schopností naslouchat hlasu nemocného a správně si vykládat (interpretovat), co si myslí a oč mu jde. U dospělých lidí je empatická schopnost zaměřena nejen na nonverbální projevy, ale i na projevy verbální a na jejich jednání⁽¹⁹⁾.

V ošetrovatelské péči dnes nelze opomíjet psychologickou stránku léčby, neboť každý nemocný reaguje jinak a mnohdy prožívá extrémní životní situaci. Edukační prostředí oddělení s mnoha přístroji, stálá přítomnost personálu, hluk, stálé světlo, nepřetržité kontroly jeho zdravotního stavu, bolest, omezená pohyblivost, omezená komunikace s rodinnými příslušníky a obavy z budoucnosti jsou pro nemocného značnou psychickou zátěží^(14, 12).

Všeobecná sestra by měla projevit empatii a komunikativnost. Nemocný by měl být informován již před operací a před dalším plánovaným vyšetřením. Musí být seznamován se svým zdravotním stavem, s výsledkem operace i jinou prognózou. Pokud neexistují závažné organizační důvody, jsou nemocnému umožněny návštěvy. Všeobecná sestra musí být pozorná, měla by umět povzbudit a umět vysvětlit nedílné součásti léčebného procesu⁽¹⁴⁾.

1.5.3 Nevhodné způsoby reakcí zdravotníků

Nevhodné reakce vychází jednak z vžití dominance zdravotníků jako expertů a jednak ze zkušeností s vážným onemocněním. Ani výborná profesní úroveň nedává zdravotní sestře právo rozhodovat o nemocném bez jeho vůle a poučovat ho. Právě tento pojem mohou mít někteří nemocní na paměti ve snaze o edukaci. Zvláště při dlouhé těžké nemoci jde o sladění přání nemocných s kompetencemi sestry a možnostmi medicíny. Již zmiňované zkušenosti jako osobní vybava zvládnutí náročných situací předurčují tolik důležitý cit důležitý právě při edukaci nemocného sestrou. Ve snaze pečovat o nemocného a edukovat ho co nejlépe můžeme přestat respektovat jeho přání. Některé otázky jsou zásadní, v kardiologii (i v jiných oblastech zdravotnictví) se může jednat o nepokračování léčby, odmítnutí operace, nedodržování diety, nerespektování léčebného režimu, kouření atd. Reakce zdravotní sestry musí být přiměřené i v těchto situacích a edukační proces je potřeba vždy přizpůsobit konkrétnímu nemocnému. Vhodným způsobem je potřeba nemocného motivovat a posilovat, nepřijatelné je kázání a napomínání⁽³²⁾.

1.6 Edukační metody

Edukační metodu dnes chápeme jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. Při volbě jednotlivých edukačních metod je vždy nutno přihlídnout k osobnosti edukanta, k jeho dosavadním vědomostem, dovednostem, a zkušenostem. Dále musíme přihlídnout ke stanoveným cílům, obsahu a zvolené formě edukace. Výběr efektivní a

vhodné metody musí respektovat i aktuální zdravotní a psychický stav edukanta, prostředí, ve kterém bude edukace probíhat. Vždy je nutno mít na zřeteli poctivost a respekt k ostatním lidem, kteří se na edukaci podílejí, ^(12, 25).

Prostřednictvím přednášky nejčastěji předkládáme nové poznatky, nebo myšlenky, které potřebujeme předat v ucelené podobě. Klasickou přednášku tvoří úvod, vlastní výklad a závěr. Tyto části se mohou i vhodnou formou prolínat. V úvodu seznamujeme edukanty s problémem a snažíme se podchytit jejich zájem a pozornost. Ve vlastním výkladu předkládáme vědecky podložená fakta, která je nutno dát do kontextu s ostatními poznatky edukanta. Text přednášky bychom měli logicky uspořádat. Je vhodné přednášku doplnit i příklady z praxe. V závěru bychom měli shrnout nejdůležitější body našeho projevu, ^(12, 8, 2).

Prostřednictvím vysvětlování se snažíme posluchači objasnit příčiny a souvislosti tak, aby byl schopen podstatu vysvětlovaného problému pochopit. Vysvětlování nejčastěji používáme tehdy, pokud se nemůžeme opřít o předcházející zkušenosti a vědomosti posluchače. Při použití této metody bychom měli postupovat vždy systematicky, logicky, srozumitelně objasňovat vztahy, souvislosti a fakta, ^(25, 12).

Instruktaž je teoretický úvod před praktickou činností. Zde se edukanti seznamují s určitým pracovním postupem, aby získali určitou psychomotorickou dovednost. Instruktaž provádíme nejčastěji prostřednictvím mluveného slova, méně často psaného. Příprava edukátora na instruktáž a praktické cvičení je velmi náročná. Edukátor musí mít dopředu promyšlený a připravený postup (rozhovor), jímž se bude při instruktáži řídit. Správné provedení instruktáže a nácvik činnosti vyžaduje většinou od edukátora určitou zkušenost a vědomosti, ^(2, 12).

Rozhovor, diskuze a konzultace patří mezi jedny z nejvíce užívaných metod ve zdravotnictví. Zdravotník by měl mít dobré komunikační schopnosti a dovednosti, metodu rozhovoru by měl ovládat. Prostřednictvím diskuze je možnost argumentovat, prezentovat své myšlenky, znalosti, nápady a ověřit si schopnost přesvědčit druhé. Při konzultaci se máme setkat s odborníkem, poradcem, se kterým může edukant

prodiskutovat svůj problém, vyjasnit si nejasnosti, zkonzultovat určitá doporučení apod.,^(12, 25).

1.7 Edukace v ošetrovatelství

Všeobecná sestra zde vystupuje jako edukátor. Pojem edukace je odvozen z latinského educare, educare, který znamená vést vpřed, vychovávat. Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Významnou roli hraje nejen komunikace a způsob jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním nemocného, ale i způsob edukačního procesu. Edukační proces by měl být realizován s úctou, s respektem k přáním nemocného. Představa sestry, byť podložená nejlepšími poznatky současné praxe, nemusí být to nejlepší pro nemocného. Vhodný způsob edukace je ukázkou vysokého stupně profesionality sestry^(32, 12).

Edukaci kardiaka (případně jeho rodinných příslušníků) definujeme jako výchovu k samostatnému zvládnutí daného onemocnění a k lepší spolupráci se zdravotníky. Je nezbytnou a nenahraditelnou součástí úspěšné léčby⁽²⁷⁾.

Nemocný je často na sestře závislý, je v podřízené pozici. Je proto důležité, aby všeobecná sestra dokonale znala všechny jeho potřeby, trpělivě ho vyslechla, dokázala mu poradit a neudílela jen příkazy a zákazy. Pojem edukace můžeme podle moderního pojetí chápat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech^(13, 12).

Edukační programy jsou často založeny na sepsaných seznamech cílů. Můžeme je nazvat edukační konstrukty, jimiž mohou být plány, zákony, předpisy, standardy, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Edukační prostředí je vždy místo, ve kterém edukace probíhá. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance, ve které edukační proces probíhá, kdy edukátorem je všeobecná sestra a edukantem nemocný^(27, 12).

Výkony v kardiologii se rozumí jakékoli zásahy od narušení osobní zóny nemocného (psychologický aspekt) po narušení tkáňové integrity (spojené

s nepříjemnými pocity, bolestí). Tyto výkony používané k léčbě onemocnění kardiovaskulární soustavy jsou například aortokoronární bypass, cévní náhrady, perkutánní transluminární angioplastika (PTCA) nebo zavedení koronárního stentu. Nemocný prochází řadou životních změn, zákroky, mnohdy nedochází ke zlepšení. Dalšími způsoby léčby kardiovaskulárních onemocnění jsou synchronizovaná kardioverze, defibrilace a zavedení kardiostimulátoru. Všeobecná sestra se musí ujistit, že nemocný a jeho blízcí porozuměli informacím lékaře o výkonech a možných komplikacích. Je potřeba, aby uměla informovat například o nutnosti podstoupení celkové anestezie či sedace (kardioverze), o zavedení kanyly, arteriálního katétru nebo katétru v plicní artérii (zajištění kontroly krevního tlaku), přiložených elektrodách pro nepřetržité monitorování srdeční činnosti. Nemocný může mít zavedený i močový katétr k pečlivému měření vylučovaného množství moči. Je-li potřeba, všeobecná sestra nemocnému vysvětlí i případnou nutnost intubace a připojení na mechanickou plicní ventilaci. Před případnou operací je nutno provést kompletní cévní vyšetření se záznamem hodnot životních funkcí^(16, 32).

1.8 Edukace edukanta edukátorem v kardiologii

Hlavním příznakem infarktu myokardu je přetrvávající intenzivní bolest substernálně, která může propagovat do levé paže, čelisti, krku nebo ramenních lopatek. Všeobecná sestra musí vědět, že této bolesti se nelze zbavit odpočinkem nebo nitroglycerinem a že může trvat i několik hodin. Další fakt, který bychom měli mít na paměti je ten, že někteří postižení infarktem myokardu, jako diabetici či starší lidé nemusí bolest vůbec pociťovat. Jiní nemocní pociťují pouze lehkou bolest, například ženy, které pociťují netypickou bolest spojenou s infarktem myokardu, si mohou stěžovat na trávicí obtíže a únavu. Dalšími známkami a příznaky infarktu myokardu mohou být strach (úzkost), pocit hrozící smrti, nevolnost a zvracení, pocení, dušnost, studené končetiny, únava, hypotenze nebo hypertenze, tlumené srdeční ozvy⁽¹⁶⁾.

Chceme-li účinně pomoci, nemůžeme ho léčit pouze sami, ale je třeba porozumět podstatě nemoci. Dnes se více než kdy jindy léčba kardiaků, ale i řady jiných

chronických onemocnění přenáší z nemocnic a ordinací do rodin, do domácího ošetřování. Tato změna vztahu zdravotníka a nemocného vyplynula logicky ze znalostí moderních technik, především selfmonitoringu (samostatné kontroly, např. krevního tlaku). Role všeobecné sestry je zde nezastupitelná. Úkoly, které musí kardiak zvládnout, jsou náročné a je proto potřeba mu poskytnout systematické odborné vedení. Edukace však neznamená jenom informace a předávání teoretických poznatků. Cílem by mělo být chování nemocného, snaha, aby nemocný přijal změnu životního stylu. Edukace může mít mnoho forem, ale ať už je prováděna individuálně, nebo skupinově, pokud ji všeobecná sestra provádí, měla by si uvědomit první stupeň úspěchu a to je trpělivost. Zvláště u nově diagnostikovaných nemocných si musí být všeobecná sestra vědoma toho, že co připadá samozřejmé jí, nemusí být samozřejmé pro nemocného. Ten je navíc šokován a stresován zjištěním, že prodělal např. infarkt myokardu, objevuje se strach z budoucnosti apod. ⁽²⁷⁾.

Nemocné v kardiologii můžeme považovat za chronicky nemocné. U chronického onemocnění chybí fáze úplného uzdravení. Takový nemocný se o závažné diagnóze dozvídá postupně, někdy přechází akutní onemocnění do chronického přímo, bez varování. Zásadní je způsob, jakým nemoc vstoupí do života člověka. Chronické onemocnění zpravidla zasáhne fyzickou, psychickou i sociální oblast. Na kvalitě života se podílí nejen závažnost daného onemocnění a možnosti léčby či rehabilitace, ale také osobnostní předpoklady nemocného se s nemocí vyrovnat. Nemocný se často pohybuje mezi nemocnicí a domovem, mnohdy převládá právě onen pobyt v nemocnici. Může tak trpět odtržením od rodiny, mění se tak jeho sociální role. Realitou může být invalidizace ve smyslu odchodu do invalidního důchodu. Hovoříme tak o ztrátě kompetencí za svého života. Nemocný se může adaptovat nebo maladaptovat, přijme nebo nepřijme situaci a z toho pak vychází i nutnost přizpůsobení komunikace sestry s nemocným a celého edukačního procesu jako nutného článku ošetřovatelství. To, jakým způsobem se nemocný s dlouhodobým onemocněním vyrovná, závisí na celkové osobnostní charakteristice nemocného, závažnosti onemocnění, charakteru obtíží, způsobu života nemocného, dále míře nutných změn a na reakcích rodiny. Rodina představuje celkové zázemí ⁽³²⁾.

1.9 Svépomoc kardiaka

Všeobecná sestra si vytváří vztah k nemocnému i k jeho rodině. Zvláště u závažných onemocnění platí tvrzení, že s nemocným je nemocná i jeho rodina. Zvládnutí komunikace a s ní i edukace je náročným úkolem. Je zde kladen důraz na profesionalitu, ale zároveň na osobní zralost a autoregulační mechanismy sestry. Nemocní mají různé mechanismy vyrovnávání se s dlouhodobou zátěží. Může docházet ke konfliktům mezi všeobecnou sestrou a nemocným, popř. rodinou nemocného. Hněv na osud nebo nemoc se mnohdy obrací proti osobě, která o nemocného pečuje. Bývá to mnohdy právě všeobecná sestra, protože ta bývá s nemocným nejdéle. Nejen že nemocného na jeho cestě posiluje, poskytuje mu oporu, zároveň ho vědomě či nevědomě stále edukuje. Edukace by se tak měla stát procesem vědomím, který dává smysl a který nemocnému naopak neublíží. Správně vedená edukace tak může předcházet nejen fyzickému poškození, ale i snaze hledat viníka jinde než u sebe (na straně nemocného) při zhoršení stavu, při příchodu dalších příznaků nebo bolesti. Onemocnění jako takové je charakterizováno změnami v oblasti sociální, tělesné a psychické. Nemocný je často izolován od rodiny, putuje mezi domovem a nemocnicí, mění se jeho sociální role, často je nucen jít do invalidního důchodu, ztrácí řadu životních kompetencí^(32, 12).

Choroba bývá doprovázena řadou nepříjemných symptomů, jako na příklad chronická bolest. Péče se mnohdy soustředí na oddálení zhoršení stavu. Na psychický stav mnohdy také působí ztráta soběstačnosti, dobrovolný či nucený pobyt v izolaci, s cizími podobně nemocnými lidmi. Stejně nepříznivě působí zhoršování stavu svých kolegů (nemocných). Už samotné očekávání nepříjemných projevů vyvolává úzkost, depresivní rozladění a jiné potíže. Někteří nemocní odmítají komunikovat, nechtějí spolupracovat s všeobecnými sestrami. Všeobecná sestra je frustrovaná nejen tíží situace, ale i konflikty vznikajícími z reakcí nemocných⁽³²⁾.

Antikoagulační léčba se zde užívá jako prevence vzniku trombóz. Je indikována u nemocných s fibrilací síní v kombinaci s dysfunkcí levé komory. Snižuje výskyt tromboembolických příhod až o 70 %. Využívá se dále při léčbě nestabilní anginy pectoris i prokázané plicní embolizace. Léčba je různě dlouhá. V úvodu léčby je

nemocnému aplikován heparin nebo jeho nízkomolekulární forma (fraxiparine), protože jeho účinek nastupuje ihned. Po několika dnech je nemocný přiveden na tabletovou formu léků. Účinek orálních antikoagulancií nastupuje až po určité době podání (pelentan, warfarin). Účinky těchto léků je potřeba sledovat prostřednictvím speciálních testů krevní srážlivosti. Při léčbě heparinem se vyšetřuje APTT, při léčbě pelentanem nebo warfarinem Quickův test. Na základě výsledků testů se upravuje dávka léku. Při antikoagulační terapii by měla všeobecná sestra nemocného upozornit na možné lékové interakce, které se vztahují jak na acylpyrin, tak na vitaminové přípravky s obsahem vitamínu K, které je nutno vyloučit. Dále by měl nemocný vědět, že tuto skutečnost je nutno hlásit před každým zdravotnickým vyšetřením či ošetřením. Zároveň má tato terapie prokazatelně velmi nepříznivý vliv na vývoj plodu a proto se důrazně doporučuje odložit těhotenství až po ukončení léčby ^(13, 7, 33).

V rámci péče o nemocného s akutním infarktem myokardu by měla všeobecná sestra nemocného upozornit na to, aby neprováděl Valsavův manévr, který může způsobit náhlé a výrazné změny srdeční frekvence a tlaku krve. Dále je potřeba poučovat nemocného i jeho rodinu o lécích, které bude brát doma. Všeobecná sestra musí zvládnout vysvětlit jejich účel, schéma podávání, dávkování a nežádoucí účinky a příznaky, které by měli hlásit. Sestra by měla nemocného naučit, jak postupovat při bolestech na hrudi, včetně aplikace nitroglycerinu pod jazyk a informovat jej, kdy má vyhledat pohotovost ⁽¹⁾.

Sexuální aktivity se nezakazují a nemocný je může zahájit, až na ně bude sám připraven. Obvykle lze sexuální život zahájit 4 týdny po IM a 2-3 týdny po operacích srdce. Platí, že pokud nemocný zvládne bez větších obtíží vyjít do prvního patra nebo obejde blok domů, je schopen sexuální aktivity. Nejen pro zlepšení sexuálního života se doporučuje zdravý životní styl, jako je vhodné stravování, pravidelné aerobní cvičení, dostatečný odpočinek, pravidelný příjem léků, nekuřáctví a vyloučení nadměrné konzumace alkoholu ⁽¹³⁾.

1.10 Právní problematika a komunikace ve zdravotnictví

Platné předpisy požadují, aby nemocný s doporučenou péčí, včetně péče ošetrovatelské souhlasil. Souhlas s ošetrovatelským výkonem dává nemocný trpěním, verbálně nebo písemným prohlášením, tzv. pozitivním reversem. Písemný souhlas nemocného s doporučenou léčbou je vyžadován u výkonů rizikových, závažnějších a u hospitalizace. Obecně je požadováno, aby při souhlasu s doporučenou péčí byl nemocný poučen o svém zdravotním stavu, o výkonu, kterému se má podrobit, o přínosu péče a o možných rizicích, která výkon i při správném postupu mohou provázet. Nemocný je o této skutečnosti informován sestrou při přijetí, která navíc dává nemocným podepsat prohlášení, že o této službě byl informován. Edukační proces ve zdravotnictví má svá specifika. Zdravotnická zařízení se zabývají především péčí o zdraví svých nemocných a edukace by měla být součástí této péče, proto se musí přizpůsobit systému a metodám péče ve zdravotnickém zařízení ^(35, 12).

Jestliže je nemocný oprávněn svobodně se rozhodnout, že se doporučené léčbě podrobí, pak svéprávný, právního úkonu schopný nemocný má též právo doporučenou péči odmítnout a to mimo jiné i péči ošetrovatelskou. Odmítnutí doporučené péče je rozhodnutí závažné, které může a často má pro nemocného závažné následky, včetně poškození zdraví, ale i ohrožení života. I zde je úkolem všeobecné sestry umožnit nemocnému získání takových vědomostí, které mu umožní výběr a rozhodnout se ^(12, 35).

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů definuje podíl sestry na zpracování osobních citlivých údajů při získávání sesterské anamnézy, zapisování hodnot základních životních funkcí či při realizaci jiných záznamů do zdravotnické dokumentace ⁽³⁴⁾.

1.11 Vyšetření nemocného v kardiologii

Edukace je velmi důležitá, protože je nutné kardiaka přesvědčit, aby se léčil, i když nemá potíže. Často sestává, že si léčbu sám vysadí. Musíme např. zdůrazňovat, že normální tlak při léčbě je výsledkem dobře vedené léčby, což však neznamená, že je nemocný vyléčen ⁽⁶⁾.

Setká-li se všeobecná sestra s náhlou příhodou týkající se kardiovaskulárního systému, vyšetří ho velmi svědomitě a vždy s ohledem na možné drobné změny, které však mohou být známkou potenciálního zhoršení stavu nemocného. Všeobecná sestra by měla vyšetřovat nemocného rychle, aby minimalizovala vznik potenciálních rizikových stavů ohrožujících život nemocného. Po celou dobu vyšetřování by měla všeobecná sestra s nemocným komunikovat, zodpovídat mu vlídně na dotazy a vysvětlovat důležitost těchto úkonů, bude-li to situace vyžadovat. Vyšetření nemocného kardiovaskulárního systému zahrnuje anamnézu a fyzikální vyšetření ⁽⁶⁾.

S edukací nemocných v oblasti kardiologie se všeobecná sestra setkává při vyšetřeních, jako je odebrání anamnézy, nebo při fyzikálním vyšetření. Neméně důležitá bude i při EKG vyšetření (viz příloha 2), zátěžovém vyšetření (bicyklová ergometrie), Holterově monitoraci EKG, HUT testu na nakloněné rovině, dále při nukleárních zobrazovacích metodách a srdeční katetrizaci (koronarografie, revaskularizace myokardu). Ať už všeobecná sestra měří tlak krve invazivně nebo neinvazivně, ať už provádí RTG vyšetření, echokardiografické vyšetření (Doppler, transezofageální echokardiografie), nebo elektrofyziologické vyšetření, všude je nutno užít edukaci. Znamená to náležitě vysvětlit, v čem vyšetření spočívá, důvod realizace apod. ^(28, 33, 18).

1.12 Algoritmus činností všeobecné sestry s infarktem myokardu

Úloha sestry v péči o nemocné v kardiologii péči zahrnuje stanovení ošetrovatelské diagnózy, cíle, intervencí a vyhodnocení. Ošetrovatelský proces je procesem kontinuálním. U kardiaka se nejčastěji bude jednat o kapitolu narušeného tělesného komfortu a velice často to bude právě akutní bolest, která mu bude dávat najevo, že něco není v pořádku. Hovoříme-li o intenzivní péči v kardiologii, pak to budou například tyto činnosti.

1. Uklidnění nemocného a po celou dobu ošetrovatelské péče s nemocným vhodně komunikovat
2. Zajištění nitrožilního přístupu
3. Zahájení monitorování vitálních funkcí (krevní tlak, srdeční rytmus a frekvence, saturace hemoglobinu kyslíkem)
4. Registrace standardního záznamu EKG a záznamu křivky z hrudních svodů (patologické viz příloha 2)
5. U indikovaných případů zahájit oxygenoterapii
6. Monitorování účinnosti léčby a hlášení všech eventuálních abnormalit lékaři s cílem zabránit patologických stavů
7. Pravidelné sledování nemocného, kdy se všeobecná sestra zaměřuje na včasné odhalení eventuálních komplikací (stenokardie, krvácení kolem cévních vstupů), ^(14, 22).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak klienti po akutním infarktu myokardu dodržují zdravý životní styl.
2. Zmapovat, jaký vztah je u nemocných mezi znalostmi o zdravém životním stylu a znalostmi o charakteru základního onemocnění před hospitalizací.
3. Zjistit, zda jsou nemocní spokojeni s edukačním procesem.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jak klienti vnímají informace o zdravém životním stylu?

Výzkumná otázka 2

Jak nemocní dodržují režimová opatření?

Výzkumná otázka 3

Uvědomují si kardiaci, že při nedodržení zásad mohou nastat závažné komplikace?

Výzkumná otázka 4

Měli nemocní před hospitalizací dostatek informací o charakteru onemocnění?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

V této práci byla použita metoda nestandardizovaného rozhovoru, klasifikační analýzy dokumentů, komparaci a analogii jejich výsledků navzájem. Analyzovány byly chorobopisy 6 nemocných po akutním infarktu myokardu, ale především provedeny nestandardizované rozhovory s těmito nemocnými. Otázky byly rozděleny do 3 oblastí: 1. identifikace nemocného, 2. edukační proces a jeho charakter, 3. režimová opatření a jejich dodržování. Jedná se o výzkum monografický, neboli týkající se jednoho zdravotnického zařízení (jednoho oddělení). Cílem bylo zjistit, jak klienti po akutním infarktu myokardu dodržují zdravý životní styl, dále zmapovat, jaký vztah je u nemocných mezi znalostmi o zdravém životním stylu a znalostmi o charakteru základního onemocnění před hospitalizací. Mezi další cíle patřilo zjistit, zda jsou nemocní spokojení s edukačním procesem. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci červenec 2009 až březen 2010.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Šetření bylo realizováno pomocí jednoho výzkumného souboru. Tento soubor tvořilo 6 cíleně vybraných nemocných po prodělaném akutním infarktu myokardu hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče interního oddělení Nemocnice Písek, a.s. Výběr dotazovaných osob byl nejprve uskutečněn podle charakteru onemocnění z chorobopisů a poté provedeny nestrukturované rozhovory s těmito nemocnými.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovoru s nemocnými a sekundární analýzy dat

Nemocný I

Prvním hospitalizovaným nemocným byl 84letý muž, nepracující důchodce, kterému volala odbornou pomoc všeobecná sestra pečovatelské služby. Nemocný je rozvedený, žije už více než 25 let sám. Je to celkově již 3. hospitalizace na interním oddělení, poslední byla v roce 2007 pro ortostatický kolaps s nutností vyšetření pro anémii (vřed pyloru). S nemocným je od začátku horší komunikace a spolupráce. Z významných kardiopulmonálních onemocnění bych zmínil lehkou formu aortální stenózy, dále cévní mozkovou příhodu s pravostrannou hemiparézou a esenciální hypertenzi. Nemocný je hospitalizován 10. den.

Nemocný v posledních několika dnech po odpolední procházce udává bolest v prekordiu, charakter bolesti tlakové, která v klidu ustoupila do 10-15 min. Všeobecná sestra se chodí na jeho stav ptát pravidelně v pátek a když se o tom dozvěděla, volala zdravotnickou záchrannou službu. Podle dokumentace nemocný chodil po bytě a udával stenokardie trvající asi 1 hodinu. Po adekvátním zaléčení analgetiky, kombinací antiagregační a antitrombotické léčbě, podání kyslíku kyslíkovou polomaskou a převozu na interní ambulanci nemocný bolest již neudává. Při rozhovoru situaci stále nechápe, nerozumí tomu, proč musí zůstat v nemocnici, je rozčarovaný a má hlad. Při hmotnosti BMI 21,3 (měřítko ideální váhy, viz příloha 1). Nemocný je orientovaný ale odmítavý. Je s ním horší spolupráce.

Pátý den (dříve se selektivní koronarografií nesouhlasil) hospitalizace byl nemocný vyšetřen v kardiocentru (spádově v Českých Budějovicích) se závěrem vysoce rizikový nemocný s rizikem krvácení (v anamnéze gastroduodenální vřed), proto se k invazivnímu přístupu nepřistoupilo a pokračuje se v léčbě konzervativní.

Roli navíc hraje vyšší věk nemocného a jeho negativní spolupráce. Další intervenci pro odmítavou spolupráci opakovaně odmítá. Ze zdravotnické dokumentace byly patrné elevace troponinu T v hodnotě 100 ng/l (norma do 14 ng/l).

Nemocného navštěvuje jeho rodina sporadicky, sám komunikuje nejraději s vnučkou, které je 26 let. Ona se podle vyjádření sester o dědečkův zdravotní stav

zajímá, je plánované propuštění do její péče a je poučena o nutnosti konzultace s jeho praktickým lékařem s kontrolou tlaku krve a pulzu. Nemocný zatím neví, že do 14 dnů po propuštění jej čekají krevní odběry na sedimentaci, zánětlivých elementů a iontů, taktéž u praktického lékaře. Vzhledem k prodělané pneumonii už ale ví, že je potřeba opakovat RTG plic a srdce (po 2 týdnech). Přisuzuji to spíše jeho osobnostnímu charakteru, než nevoli zdravotnického personálu jej vhodným způsobem poučit. Charakter onemocnění před hospitalizací znal. Tvrdí, že mu nikdo nic neřekne, že si ho nikdo nevšímá. Když už informace získá, tak prý od lékařů, všeobecné sestry s ním nehovoří. Pokud následuje nějaký výkon, či vyšetření, informace předchází. Nemocný ví, že musí pravidelně užívat medikaci a tvrdí, že ji pravidelně užívá, nezná však její charakter (neví, proč léky užívá). Pojem lékové interakce mu nic neříká.

Pojem režimová opatření nezná. Zdravý způsob života nijak zvlášť nedodržel, hrál fotbal asi do třiceti let věku a nekouří údajně asi 20 let. Alkohol pije příležitostně, stravuje se nepravidelně se slovy, že ho vařit nebaví. Smažená jídla má rád. Při sebemenší snaze něco vysvětlit a poučit ho, zaujímá odmítavý postoj. Hodnotu svého cholesterolu nezná. Tyto odpovědi dostávám prakticky opakovaně ve snaze zjistit míru poučení o charakteru vlastního onemocnění před hospitalizací a během hospitalizace. Už samotná sociální anamnéza nemocného je pro svou strohost zajímavá. Nemocný je více než 25 let rozvedený, žije sám a ačkoliv má dva syny, ani o jednom z nich nehovoří příjemně. Paradoxně nejpřátelštější vztah má se svou vnučkou, která jediná se o dědečkův zdravotní stav zajímá a podle vyjádření zdravotnického personálu to s ním umí. Mě osobně se nepodařilo navodit vztah důvěry, bylo by potřeba asi delší čas, aby se mi nemocný více rozhovořil a každou odpověď mi radostněji podával. Nemám pocit, že by otázky byly tolik osobního charakteru, od začátku zdůrazňuji anonymitu rozhovoru a zachování mlčenlivosti, kterou mi ukládá zákon. Ani toto tvrzení však nestačilo. Rozhovor nemocného unavuje, prakticky jsem zjistil v základu to, co bylo potřeba, proto jsem se rozhodl ho více nezatěžovat.

Nemocný 2

Dalším nemocným je žena, 68 let, vdova. Je 12 let nepracující důchodkyně. Dříve pracovala v textilním průmyslu, poukazuje na to, že musela 34 let vstávat ve 4 hodiny ráno (zřejmý stresový faktor).

Nemocná je pyšná na své dvě děti, o těch by hovořila nejraději a je trochu náročnější navracet její pozornost směrem k ní samotné. Dcera se po studiích na vysoké škole vdala do Kanady, kde založila svou vlastní rodinu a syn, stále svobodný (netíží jí to, tvrdí, že dneska je to normální), řídí úspěšný podnik ve Strakoniciích, kde zároveň bydlí. Právě pro synovu blízkost bydlí teď (teprve krátce) v domově pro seniory v Písku. Do nedávna bydlela s manželem v Plzni, ten ale náhle zemřel.

Z osobní anamnézy bych vyzdvihl obezitu (37,1 BMI, viz příloha 1), revmatickou artritidu, diabetes mellitus na inzulínu (7 let), hypertenzi (17 let). Před 4 roky měla první bolesti na hrudi, byla na vyšetření „s počítačem“ ale výsledky nezná. Po náhledu do dokumentace se dočítám, že nemocná byla odeslána k selektivní koronarografii (SKG), kde byla zachycena bifurkační léze na ramus interventricularis anterior (RIA, viz 1.2 Infarkt myokardu). Více než 10 let užívá pravidelně různá farmaka, která se liší časovým odstupem. Indikační skupiny nemocná ve zjednodušené formě zná. Zná i pojem lékové interakce.

Pojem režimová opatření je jí díky dlouhodobému onemocnění, zejména hypertenzi znám. I zde jí byl znovu připomenut, vzhledem k její obezitě. Lékaři, všeobecné sestry i fyzioterapeutky jí citlivě, ale pravidelně zdůrazňují, že by měla vyvinout větší fyzickou aktivitu. Nekuřačka (přes 20 let), alkohol téměř vůbec nepije, smažená jídla má ráda. Ví, že by měla cvičit, ale vydrží jí to vždy jen pár týdnů po propuštění z nemocnice. Jsou to převážně protahovací cviky na míči a rotoped. Hodnotu svého cholesterolu nezná. Trochu jí vadí, že se skoro každý zdravotník pozastavuje nad její obezitou a nad tím, že by s tím měla něco dělat. Ona to dobře ví, myslí, že vůli má silnou, že skutečný problém je s tím že jí tělo nechce poslouchat a téměř každý pohyb těla je bolestivý. Snaží se jíst dietně a střídavě, tvrdí, ale smažená jídla si neodpustí.

Nemocná si stěžovala na 3 týdny trvající bolesti v nadbřišku a prekordiu, ke konci tohoto období udávala nevolnost a nechutenství. Tyto potíže stále při příjmu přetrvávaly ale ne v takové míře. Původ těchto potíží jí byl zdravotníky vysvětlen poté, co se sama ptala. Při kontrole na interní ambulanci odhaleny extrémně vysoké hodnoty troponinu T, byla proto odeslána do Českých Budějovic ke spádovému vyšetření SKG. Nemocná toto vysvětlovala takto: „protože pan doktor viděl EKG, nelíbilo se mu, se mu, tak mě poslal na vyšetření jinam“. Při direktivní koronární intervenci (dále jen PCI) výkonu jí byl implantován stent, což nemocné v kardiocentru v Českých Budějovicích náležitě vysvětlili. V dokumentaci je zdůrazněna stenóza bifurkace v rozsahu 60-70 %. Vysvětlení charakteru onemocnění, diagnostických i léčebných metod je podle nemocné zcela rozdílné metodám, na které je zvyklá z jednání v domácí nemocnici. Fascinuje jí už samotné představení jednotlivého zdravotnického personálu, to znamená, že nejen lékaři ale i sestry jí podávali ruku na důraz představení ihned po nástupu sem. Sdělili jí své jméno, na jména ale paměť nemá, říká, že jde o celkový dojem, že jí tam tím pádem bylo velice příjemně. Věděla, že výkon bude trochu nepříjemný a příjemně ji překvapilo, že to trvalo tak krátce.

Při opětovné sekundární analýze dat nemocné (ve snaze podchytit celkovou dobu hospitalizace) zjišťují, že 2. den po zavedení stentu dochází k cévní mozkové příhodě s postupným zhoršováním komunikace až rozvinutím kompletní fatické poruchy. Byla ihned přeložena na neurochirurgické oddělení při vědomí, bez verbálního kontaktu, bez vyhovění na výzvy, nespolupracující, bez odpovědí na dotazy.

Nemocný 3

Třetím respondentem je žena, 83 let, vdova, žije sama. Nemocná byla přeložena z kardiocentra v Českých Budějovicích, kam byla odeslána z interní ambulance Nemocnice Písek a.s. jako akutní infarkt myokardu přední stěny, jako primomanifestace ICHS. Dle selektivní koronarografie bylo zjištěno postižení 1 tepny, provedena direktivní koronární intervence (PCI) ramus interventricularis anterior (RIA) s implantací dvou stentů (kompletní revaskularizace), na ostatních tepnách jen okrajové nerovnosti. Hodnota Troponinu I byla 227 (uváděná norma 0,2). Z dokumentace je

patrná srdeční dekompenzace s městnáním v malém oběhu. Dle RTG známky městnání v malém oběhu. Konkrétně se jedná o známky mírné srdeční dilatace, přetrvává lehké městnání v plicním oběhu s náznakem mírné redistribuce. Plíce při vyšetření bez ložisek. ACE inhibitory zatím nepodány pro sklony k hypotenzi.

Hodnota BMI je 26,3 (nadváha, viz příloha 1). EKG 3. den po implantaci stentu prokazuje poinfarktové aneurysma, záchyt fibrilace síní (FiS) s rychlou odpovědí komor (122/min).

Charakter tohoto onemocnění před hospitalizací neznala, přestože se léčí s ICHS. Základ informací získala zde od všeobecných sester, zbytek jí vysvětlili lékaři před výkonem na kardiologii v Českých Budějovicích. Nemocná tvrdí, že jí zde v nemocnici důvod hospitalizace vysvětlili dostatečně. Při otázce jak, odpovídá, že ví, že má infarkt. Nic více se prý nedozvěděla. Prostředí i jednání v Českých Budějovicích je prý jiné. Jsou tam hodní, nemá pocit, že by je tam mohla obtěžovat. Těšil jí tam jejich zájem pomoci a bylo jí prý trochu líto, že tam nemohla ležet i po zbytek léčení. Dobře si uvědomuje, že tak specializovanou péči může využívat jen po nezbytně dlouhou dobu.

S podáním informací před ošetřovatelskými postupy je spokojená. Z doporučení do domácí péče je nemocná poučena následovně. Zná pravděpodobnou příčinu svého onemocnění, proto má dietu antisklerotickou. Lékové interakce jí vysvětleny údajně nebyly, ale ví, že léky musí užívat pravidelně. Zbytek doporučení a edukace je směřováno k nemocné skrze praktického lékaře. Týká se to především úpravy medikace, kontroly fyziologických funkcí, EKG, iontů a lipidového spektra, hormonů štítné žlázy atd. Dispenzarizace na kardiologické ambulanci přes praktického lékaře. ACE inhibitory nebyly vzhledem k nižším tlakům krve nasazeny. EKG Holter je naplánován na konkrétní datum, místo i čas.

Na pojem režimová opatření a jeho význam si vzpomene až poté, co jí vysvětlím, čeho se to týká. Informace tohoto charakteru jí během hospitalizace byly předány jednou, přijímacím lékařem. Nekouří, alkohol nepije. Fyzickou aktivitu před hospitalizací nedodržovala a hodnotu svého cholesterolu nezná. Nemocná zná charakter

svého onemocnění, zná doporučení životosprávy, snaží se vyvarovat se např. smaženým jídlům, ale vařit jí nebaví, dochází k ní k polední pečovatelská služba. Mnohdy nemá chuť na to, co jí zrovna přinesou, ale snaží se. Na otázku pitného režimu odpovídá vyhýbavě. Žízeň prý nemá a na otázku jestli ví, proč má na pití myslet, proč je pitný režim na tolik důležitý odpovídá, „prostě je to asi důležité“.

Nemocný 4

Nemocná žena, 75 let, důchodce, žije s manželem. Záznamy v tomto zdravotnickém zařízení sahají až do roku 1998, odkdy je nemocná léčena s esenciální hypertenzí. Je v pokročilém stádiu aterosklerózy po prodělané cévní mozkové příhodě. Nemocná je mobilní pomocí dvou francouzských holí. Doma časté točení hlavy, proto pády, navíc palpitace.

Na interní oddělení odeslána z neurologické ambulance. Před 3 dny doma pád na záda, popisuje tento stav jako náhlý tah dozadu, jinak točení hlavy a nejistota přetrvává prakticky stále. Den poté pro bolesti zad v úrovni kříže odeslána na neurologii, odkud při neurologickém vyšetření a vzniku dušnosti odeslána na interní ambulanci. Na interní ambulanci jí všeobecná sestra natočila EKG, které posléze paní doktorka vyhodnotila jako subakutní Q infarkt myokardu. Hned na to byla paní hospitalizována na jednotce intenzivní péče interního oddělení. Během monitorace byly několikrát zachyceny paroxysmy fibrilace síní s projevy levostranné kardiální insuficience. Při rozhovoru tvrdí, že bolesti na hrudi nikdy nepocítovala a dušnost uvádí jen při fyzické aktivitě, jako je práce na zahradě nebo chůze do schodů. Do té doby léčena s aterosklerózou cév, nitráty nikdy neužívala, má je její sousedka tak ví, o co se jedná. Problémy se srdcem nikdy neměla, tvrdí, myslí si, že dušnost s tím nesouvisí. O to větší překvapení, že z ničeho nic dostala infarkt. Je nyní zdravotnickým personálem poučena, že obdobných aktivit se musí vzhledem k postižení srdce momentálně zcela vyvarovat. Nemocná po prodělaném akutním infarktu myokardu, se známkami spodního infarktu myokardu již s vývojem Q, se zhruba po 15 minutách rozhovoru vleže mírně zadýchává. Vzhledem k výše uvedené formě onemocnění ponechána k léčbě konzervativní. Sama nemocná ví,

že je ve stádiu zvažování vhodnosti jakéhosi výkonu na cévách srdce, později si selektivní koronarografií ověřuji v dokumentaci. Žádnou zvláštní životosprávu nikdy nedodržovala, vždycky jedla, na co měla chuť. Tvrdí, že k žádnému omezení po prodělaných onemocněních nikdy nedocházelo.

Hodnota BMI je 37,6 (střední obezita, viz příloha 1). Nejvíce si stěžuje na únavu, která podle ní souvisí s hospitalizací. Polymorbidní nemocná je toho času při rozhovoru orientovaná a odpovídá přiléhavě. Přestože je nemocná léčena dlouhou dobu s hypertenzí, o charakteru infarktu myokardu do té doby poučena nebyla. Informace o charakteru onemocnění během hospitalizace získala a byla překvapená, zvláště ve spojitosti onemocnění s předcházející dušností. Informace jí zpočátku předali lékaři, nyní průběžně spolu s informacemi o životosprávě doplňují všeobecné sestry. Nemocná si na nedostatek informací před ošetřovatelskými postupy stěžovat nemůže, vždy ví, o co se bude jednat. Lékové interakce nezná, ví však, že léky které jí byly předepsány, musí užívat pravidelně. Pokud s nemocnou rozebereme životosprávu, pochopí pojem režimová opatření. Nekuřačka, alkohol nepije, informace tohoto typu jí průběžně podávány nejsou. Smaženým jídlům neholduje, toto jí bylo vysvětleno její praktickou lékařkou. Za fyzickou aktivitu před hospitalizací považuje pravidelné práce na zahradě, jiné nepraktikovala. Hodnotu svého cholesterolu nezná.

Nemocný 5

Dalším nemocným, kterého jsem si vybral je muž, 65 let, důchodce (nepracující). Je sledován v ambulanci kardiologa v Českých Budějovicích pro fibrilaci síní, se stavem po non Q infarktu myokardu, který je datovaný do roku 1992. Ischemická choroba dolních končetin s bilaterální klaudikací asi po 200-300 metrech. V roce 2000 nemocný prodělal citomegalovirovou infekci, s přidruženou poruchou krvácení. Z dokumentace se později dočítám, že se tehdy jednalo o diseminovanou intravaskulární koagulopatii (DIC). Výše zmiňovaná forma infarktu myokardu, tedy akutní non Q (non Q IM) s remisí nyní a léčebným zásahem implantace 3 stentů. Jen pro srovnání, při předchozí verzi non Q IM byl implantován stent jeden. Ještě před

samotnou implantací těchto tří stentů, tedy při akutním sekundárním transportu posádkou rychlé lékařské pomoci zdravotnické záchranné služby (RLP ZZS) byla na monitoru zaznamenána (včetně klinického obrazu bezvědomí) fibrilace komor (viz příloha 2). Tento stav si nemocný pochopitelně nepamatuje, nemocný byl edukován posádkou ZZS, prý jmenovitě paní, která po léčebném zásahu defibrilace s ním vzadu od začátku byla. Mohl jsem zatím jen dedukovat, že se jednalo o středně zdravotnického pracovníka (SZP). Tuto skutečnost jsem si následně ověřoval a zjistil, že zmiňovaným pracovníkem byla skutečně SZP, se vzděláním všeobecná sestra. S kouřením přestal nemocný v roce 1992, přiznává, že na jeho denním pořádku bylo 20 cigaret denně. Alkohol pije příležitostně.

Nemocný si na interní ambulanci do Písku došel sám, stěžoval si na 3 dny občasně bolesti na hrudi. Jako kardiak má u sebe nitroglycerin ve sprejové formě, který mu údajně zabíral. Třetí den retrosternální potíže vygradovaly v nesnesitelné bolesti. V ambulanci byl vyšetřen a s patřičnou dokumentací, výsledky a EKG záznamem byl akutně zdravotnickou záchrannou službou transportován do Českých Budějovic. Cestou byl dvakrát pro komorovou fibrilaci defibrilován, jak popisují výše.

Hodnota BMI je 31,2 (mírná obezita, viz příloha 1). Při rozhovoru je nemocný orientovaný, spolupracuje, na otázky odpovídá vstřícným tónem. Během rozhovoru zaujímá polohu vsedě (na lůžku), nezadýchává se.

Z edukačního hlediska je důležité zdůraznit nutnost sekundární prevence ICHS. Charakter svého manifestovaného onemocnění nemocný dobře znal. Během hospitalizace se nedozvěděl nic nového, i když mu tyto informace byly znovu předány příjímácím lékařem. Než jsou praktikovány ošetrovatelské i jiné postupy, jsou nemocnému informace podány v dostatečné formě. Při intervenci v Českých Budějovicích jsou informace o charakteru onemocnění, o léčebných metodách a jim podobné informace podány důsledněji. Pojem lékové interakce nemocný zná a užívání léků se snaží dodržovat, protože si uvědomuje potenciální komplikace, které by mohly nastat. Rovněž pojem režimových opatření je mu dobře znám. Nemocný tvrdí, že právě z tohoto důvodu přestával s kouřením, až zcela přestal. Alkohol pije jen příležitostně a

ve velmi malé míře. Navíc by měl už od roku 1992, kdy došlo k prvnímu infarktu myokardu, dodržovat dietní režim. Přiznává, že to se mu nedaří a že jídlo je kromě vnoučat jeho největší radost. Smažená jídla má velmi rád. Aktivní pohybové aktivity mu také nic moc neříkají, nepravidelně vyjíždí na kole ale jen sporadicky. Pamatuje si, že tehdy po primární atace chodil ke svému praktickému lékaři na odběry krve docela často, šlo o monitoring tuků v krvi. Pro pravidelný monitoring zná hodnotu svého cholesterolu, která je 6,3 mmol/l (limit 5,0 mmol/l). Nyní přemýšlí o lázních, nabídnuty mu byly.

Nemocný 6

Nemocný je muž 50 let, nezaměstnaný, ženatý, má 2 děti. Z vedlejších diagnóz bych zdůraznil diabetes mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách (PAD) od roku 2005, nyní jeden rok na inzulinu. Dále esenciální hypertenze, hypercholesterolemie, obezita a flebotrombóza. Pro potřeby výzkumu zdůrazňuji pět let léčený akutní koronární syndrom (AKS) a z něho vyvinutý non Q infarkt myokardu (IM) spodní stěny, po implantaci jednoho stentu metodou PCI (2006), který představuje diagnózu hlavní. V důsledku pórazové etiologie ICHDK nemocnému amputován bérce levé dolní končetiny (LDK) pro progredující vlhkou gangrénu (2010).

Nemocný byl odeslán z interní ambulance Nemocnice Písek, a.s., kam přichází sám pro bolesti na hrudi. Po vyhodnocení EKG diagnostikován STEMY spodní stěny, odeslán k direktní selektivní koronarografii (SKG) do kardiocentra v Českých Budějovicích. SKG s nálezem 90% stenózy v místě předešlého stentu, s nutností implantace dvou dalších stentů, ostatní tepny zůstávají bez zúžení. Výkon proběhl bez komplikací, nemocný se cítí dobře. Od té doby stenokardie nejuje, dušný není. Nemocný s metabolickým syndromem, byl přeložen z kardiocentra v Českých Budějovicích před třemi dny po urgentní PCI, kdy mu byly implantovány dva stenty. Po návratu byl přeložen na jednotku intenzivní péče. Za stálé monitorace EKG zde byla zachycena přechodné bradykardie, které se později již neopakovaly a závažnější arytmie již zaznamenány nebyly. Cítí se trochu slabší než před infarktem, jinak zásadní

změny nezaznamenal. Hodnoty glykémie byli při dodržování diabetické diety uspokojivé.

Nemocný se rozhovoru z počátku brání, později nabývá větší důvěry. Dotazy při rozhovoru nyní směřuji na edukaci jako takovou. Jak už bylo řečeno, tvrdí že všechny principy poškození zná. Přeci jen si troufnu se zeptat a zjišťuji, že charakter infarktu zná. Tvrdí, že mu tyto informace předává průběžně jeho praktický lékař a všeobecná sestra, která podle jeho slov s ním jedná ostřejším způsobem. Nyní, třetí den po výkonu se pro něj vše opakuje, nemocný byl dostatečně edukován již zde před transportem k výkonu na spádové pracoviště. Podle nemocného je míra komunikačních schopností zde v nemocnici totožná s edukačními schopnostmi v Českých Budějovicích a rozdíl neregistruje. Podle něj zdravotnický personál podá vždy jasné informace ještě před samotnými ošetrovatelskými postupy. Pojem lékové interakce, ani po srozumitelném vysvětlení mu znám není. Rozumí ale dobře tomu, že léky, které mu byly naordinovány je nutno užívat pravidelně. Pojem režimová opatření už prý někde slyšel, ale vysvětlit ho zcela nedokázal. Potom, co nemocnému pojem vysvětlím, co všechno zahrnuje, sděluje mi, že pravidelně ho snad edukuje pouze praktický lékař, během hospitalizace prý žádná pravidelnost neexistuje. V současnosti tvrdí, že je sváteční kuřák, alkohol údajně příležitostně. Tvrdí, že životosprávu udržet ve správné míře není možné, navíc se nehodlá zbavit kouření. Když už není úniku, dává najevo, že jestli kouří nebo ne je zcela jeho věc. Na otázku, zda by něco změnil na své životosprávě před amputací LDK krčí rameny. Nemocný dříve pracoval v zemědělském družstvu v nedaleké vesnici a tvrdí, že na správnou životosprávu zde není prostor, správný chlap prý musí něco vydržet. Člověk se zde prý musí stravovat nepravidelně a bez cigarety to prostě nelze. Z jídla smažená jídla přímo upřednostňuje. Fyzická aktivita mu byla kdysi doporučena fyzioterapeutem, potom co měl menší úraz kolene. Nikdy však u cvičení, nebo jiné fyzické aktivity nevydržel a pravidelný sport provozoval jen v mládí, kdy hrál závodně hokej. Hodnotu svého cholesterolu nezná. Hodnota BMI je 34,3 (hraniční mírná obezita, viz příloha 1).

Nemocný je z rozhovoru se mnou unavený, na mé otázky začíná odpovídat odměřeným způsobem. Je s ním v kontaktu údajně jeho manželka, chodí za ním údajně sporadicky a „děti jistě znají jeho zdravotní stav od své matky“, on sám je nekontaktoval a ve společné domácnosti s rodiči již nebydlí.

4.2 Tabulky výsledků rozhovorů nemocných

Tabulka 1 Pohlaví nemocných

Pohlaví nemocných		N1	N2	N3	N4	N5	N6
POHLAVÍ	SUMA						
ŽENA	3		1	1	1		
MUŽ	3	1				1	1
CELKEM	6	1	1	1	1	1	1

Celkem bylo dotazováno 6 nemocných, z toho byli 3 nemocní v kategorii mužského pohlaví, další 3 nemocní v kategorii ženského pohlaví.

Tabulka 2 Věk nemocných

Věk nemocných		N1	N2	N3	N4	N5	N6
VĚK	SUMA						
50 - 64	1						1
65 - 79	3		1		1	1	
80 - 94	2	1		1			
CELKEM	6	1	1	1	1	1	1

Z celkového počtu nemocných byl jeden ve věkové kategorii 50 – 64 let. 3 nemocní patří do věkové kategorie 65 – 79 let a do věkové kategorie 80- 94 let 2 nemocní.

Tabulka 3 Režimová opatření nemocných a jejich dodržování

Režimová opatření a jejich dodržování		N1	N2	N3	N4	N5	N6
	SUMA						
Znalost pojmu režimová opatření a jejich dodržování	3		1		1	1	
Kouření zároveň	1						1
Pití alkoholu	4	1	1			1	1
Obliba související s požíváním smažených jídel	4	1	1			1	1
Znalost hladiny svého cholesterolu	1					1	
Fyzická aktivita těsně před hospitalizací a její pravidelnost	1				1		
CELKEM	14	2	3	0	2	4	3

Tabulka v kategorizované formě prezentuje způsob dodržování režimových opatření. Z 6 dotazovaných nemocných mají 3 znalosti o pojmu režimová opatření a jejich dodržování. Jeden nemocný kouřil bezprostředně (zároveň) před onemocněním, pít alkoholu a oblíbenost smažených jídel uvedli 4 nemocní. Jeden nemocný znal hladinu svého cholesterolu. Kategorii pravidelné fyzické aktivity těsně před hospitalizací (onemocněním) uvedl 1 nemocný. Jeden nemocný neznal pojem režimových opatření, zároveň ale nepožíval alkohol, nekouřil bezprostředně před onemocněním, ani neměl v oblíbě smažená jídla.

Tabulka 4 Edukace nemocných zdravotnickým personálem

Edukace v souvislosti s léčením			N1	N2	N3	N4	N5	N6
Edukace		SUMA						
Praktickým lékařem prehospitalizační	Nedostatečná	3	1		1	1		
	Dostatečná	2		1				1
	Výborná	1					1	
Hospitalizační - JIP	Nedostatečná	1	1					
	Dostatečná	5		1	1	1	1	1
	Výborná	0						
Hospitalizační intervence České Budějovice	Nedostatečná	1	1					
	Dostatečná	1						1
	Výborná	3		1	1		1	
CELKEM		17	3	3	3	2	3	3

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě způsoby edukace nemocných v kardiologii. Nejčastější kategorie odpovědi je dostatečná hospitalizační edukace v rámci intenzivní péče (lůžková část), uvedena celkem 5krát. Další kategorie odpovědi jako je nedostatečná edukace praktickým lékařem před hospitalizací, stejně jako výborná edukace v rámci hospitalizační intervence byla zastoupena 3krát. Výborná hospitalizace praktickým lékařem, nedostatečná edukace během hospitalizace, nedostatečná hospitalizační a dostatečná hospitalizační intervence byly uvedeny 1krát. V kategorii výborné hospitalizační edukaci lůžkové se nenachází žádný nemocný. Každý nemocný odpověděl celkem 3krát, kromě respondenta č. 4, který jako jediný intervenci neabsolvoval (konzervativní způsob léčby). Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 17.

Tabulka 5 Celková doba hospitalizace

Celková doba hospitalizace		N1	N2	N3	N4	N5	N6
POČET DNÍ	SUMA						
1 - 4	1		1				
5 - 9	3			1		1	1
10 - 14	2	1			1		
CELKEM	6	1	1	1	1	1	1

Z dotazovaných 6 nemocných byli 3 respondenti hospitalizováni v rozmezí 5 – 9 dnů. Kategorie 10 – 14 dnů hospitalizace se vyskytovala 2krát a pouze jeden respondent zaujímá kategorii 1 – 4 celkových počtu dnů hospitalizace.

Tabulka 6 Ochota nemocných spolupracovat

Ochota spolupráce		N1	N2	N3	N4	N5	N6
	SUMA						
ANO	4		1	1	1	1	
NE	2	1					1
CELKEM	6	1	1	1	1	1	1

Tabulka prezentuje v kategorizované formě ochotu nemocných při výzkumu spolupracovat. Nejčastěji nemocní při rozhovorech spolupracovali, celkem 4. Kategorie neochoty spolupráce se vyskytla 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných sledování spolupráce respondentů byl 6.

5 DISKUZE

Hned v úvodu této části bychom chtěli zdůraznit, že smyslem edukace ve zdravotnictví je podávat informace o charakteru onemocnění (kromě jiných) pokud možno průběžně. Z hlediska preventivních oblastí ve zdravotnictví má edukační standard smysl zejména v ambulantních zařízeních, která jsou důležitá právě s ohledem na co nejčasnější preventivní záchyt onemocnění. Volbou oblasti intenzivní péče jsme tak chtěli mimořádně provést průzkum zejména na poli terciární prevence, tedy tam, kde má urgentní medicína jistě své místo.

V této bakalářské práci na téma Edukace nemocných v kardiologii jsme se snažili zjistit, jak klienti po akutním infarktu myokardu dodržují zdravý životní styl. Dále jsme se snažili zmapovat, jaký vztah je u nemocných mezi znalostmi o zdravém životním stylu a znalostmi o charakteru základního onemocnění před hospitalizací. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou nemocní spokojeni s edukačním procesem.

Sice se jednalo o cílený výběr nemocných, ale pouze s ohledem na hlavní diagnózu, kterou v této práci představoval akutní infarkt myokardu. Vše ostatní už bylo záležitostí náhodných zjištění a od toho se odvíjela sekundární analýza zdravotnické dokumentace nemocných. Hned na toto zjištění jsme se zaměřili na identifikační údaje těchto nemocných. Z analýzy dat jsme zjistili, že většina nemocných patřila do věkových kategorií raného a vlastního stáří. Pouze u 1 nemocného byl zjištěn věk mladší než 65 let, který navíc v anamnéze již jeden prodělaný infarkt měl. Další kategorií identifikačního charakteru bylo zjištění, že polovina nemocných byla pohlaví ženského, druhá polovina mužského. Zjistili jsme dále, že převážná celková doba hospitalizace (počítáno od 0 po návratu nemocného z intervenčního výkonu) byla v rozmezí 5-9 dní s tím, že pokud se nemocnému celkový zdravotní stav zkomplikoval a musel být přeložen na jiné oddělení, celková doba hospitalizace do dat v tomto případě nestupovala. Bylo tomu tak v případě nemocné 2.

Cílem 1 bylo zjistit, jak klienti po akutním infarktu myokardu dodržují zdravý životní styl. Převážná většina nemocných nedodržovala žádnou pravidelnou fyzickou aktivitu, přestože o jejím významu věděli. Dále nám tato oblast rozhovorů poskytla další odpovědi na otázky režimových opatření a životosprávy. Převážná většina

nemocných neznala svou hladinu cholesterolu. Tato oblast nám poskytla odpovědi na výzkumnou otázku 1, jak klienti vnímají informace o zdravém životním stylu. Do této otázky jsme zařadili nejen výsledky z rozhovoru vztahující se k otázce zdravému životnímu stylu, ale i výsledky spolupráce nemocných s námi, potažmo v léčebném, edukačním, ošetrovatelském a jiném procesu. Většina nemocných spolupracovala a měla zájem na spolupráci. Jedna nemocná při rozhovoru uvedla, že mnohaleté ranní brzké vstávání bylo velice silným stresovým faktorem. Langmeier (21) ve své knize uvádí, že při současném výskytu více rizikových faktorů se rizika pouze nesčítají, ale násobí a že se jedná především o omezení příjmu energie, má-li nemocný nadváhu nebo je-li obézní.

Cílem 2 bylo zmapovat, jaký vztah je u nemocných mezi znalostmi o zdravém životním stylu a znalostmi o charakteru základního onemocnění před hospitalizací. Těmito otázkami jsme hledali odpověď na výzkumnou otázku 2, jak nemocní dodržují režimová opatření. Zároveň jsme se snažili zodpovědět výzkumnou otázku 3, uvědomují si kardiáci, že při nedodržení zásad mohou nastat závažné komplikace. Na tyto otázky poskytuje ucelený přehled tabulka 3, vztahující se k výsledkům z rozhovorů s nemocnými. Většina nemocných během rozhovoru uvedla, že se v převážné většině v požívání smažených jídel neomezují. Pouze nemocný 1 má hodnoty body mass index (viz příloha 1), ideální váhy. Převážná většina nemocných má nadváhu, nebo je obézních. Nemocný 6 nám při rozhovoru přiznává hypercholesterolemii, přesto nezná její hodnotu. Ačkoliv byl 5 let léčený s akutním koronárním syndromem, přichází s bolestmi na hrudi sám. Většina dotázaných požívala příležitostně, nebo pravidelně alkohol a jeden nemocný, přestože měl kardiální potíže dlouho v anamnéze, kouřil bez omezení. Čevela (5) uvádí, že je u kardiaků nutno eliminovat potraviny s přemírou živočišných tuků a kuřácké zvyky. Jak opět ve své knize uvádí Langmeier (21), mezi režimová opatření patří především i pravidelná fyzická aktivita a důležitou součástí změny životního stylu je abstinence kouření.

Z výzkumné otázky 2 na podkladě rozhovorů nám vzešla Hypotéza 1: Nemocní v kardiologii nedodržují režimová opatření doporučená zdravotnickým personálem.

Z rozhovorů vyplynulo zajímavé zjištění a především to, že nemocní mnohdy znali pojem režimová opatření, a že si dobře uvědomují, jak by se měli chovat. Věděli dokonce to, že pokud nebudou dodržovat zásady zdravé životosprávy, mohou nastat vážné komplikace. Pouze jedna nemocná, která se léčila s kardiální insuficiencí, netušila, s čím dušnost souvisí. Nemocný 5 znal charakter onemocnění dobře. Již jednou infarkt myokardu prodělal, přesto si na ambulanci došel sám, navíc 3. den trvajících bolestí na hrudi. Ten samý nemocný před prvním infarktem myokardu kouřil více než 20 cigaret denně.

Výsledky zjišťování poměru znalostí o zdravém životním stylu a charakteru základního onemocnění jsou nutně propojeny s výsledky části o edukaci jako takové. Při jednotlivých rozhovorech s nemocnými jsme dále hledali odpovědi na stanovený cíl 3, tedy zjistit, zda jsou nemocní spokojení s edukačním procesem. V tomto úseku rozhovorů jsme získali odpověď na výzkumnou otázku 4, měli nemocní před hospitalizací dostatek informací o charakteru onemocnění. Zde se dostáváme k jedné z nejdůležitějších částí, která byla klíčová pro potvrzení teorie. Jak ve svém díle uvedla Juřenínová (12), všeobecná sestra může edukativně i lékařskými ordinacemi pomáhat při léčbě hyperlipoproteinémie, ale nemůže bez spolupráce nemocného ovlivnit hypercholesterolemii z nadměrné konzumace tuků.

Dostali jsme nejen odpověď na námi potvrzenou tabulku 6, ochota nemocných spolupracovat, ale i nutnost nemocného participace na edukačním procesu. Polovina z dotazovaných nemocných měla před onemocněním nedostatek informací poskytnutých prostřednictvím praktického lékaře. Pouze jeden nemocný s pozitivní kardiální anamnézou měl tyto informace na výborné úrovni. Tento přehled prezentuje tabulka 4, edukace nemocných zdravotnickým personálem.

Byly nám zde dále zodpovězeny pro porovnání otázky významu edukace během hospitalizace na intenzivní péči. Naprostá většina dotázaných uvedla, že informace jsou jim podávány v dostatečné formě. V převážné většině byly informace nemocným předávány lékařem, dva nemocní uvedli, že všeobecnou sestrou nebo fyzioterapeutem. Nemocný 6 žádné rozdíly ve formě edukace neregistroval a nemocný 1 poukázal na to, že nikde nejsou všeobecné sestry ochotné předávat informace jakéhokoli druhu.

Rozsypalová (26) ve své knize uvedla, že edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění. Juřenínová (12) navíc dodává, že terciární prevence edukace v terciární prevenci je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné změny svého zdravotního stavu. Všeobecná sestra se zaměřuje na zlepšení kvality života, kterou lze u jedince ovlivnit edukací tak, aby nedošlo k dalším možným komplikacím.

Tabulka 4 navíc znázorňuje, že převážná většina dotázaných nemocných uvedla edukaci v rámci intervence na vyšším pracovišti jako výbornou. Pouze nespolupracující, nebo méně spolupracující nemocní se v odpovědích neshodují a nemocná 4 se jako jediná intervence pro indikaci konzervativní léčby nezúčastnila. K osobnostním rozdílům, ke kterým je nutno přistupovat se vyjadřuje i Juřenínová (12) se slovy, že při volbě jednotlivých edukačních metod je vždy nutno přihlídnout k osobnosti edukanta, k jeho dosavadním vědomostem, dovednostem, a zkušenostem. Rybka (27) ve své knize uvádí, že edukaci kardiaka definujeme jako výchovu k samostatnému zvládnání daného onemocnění a k lepší spolupráci se zdravotníky, je nezbytnou a nenahraditelnou součástí úspěšné léčby. Převážná většina nemocných pojem lékové interakce nezná. Po vysvětlení pojmu ho chápou a všichni znají důvod nutnosti pravidelného užívání léků.

Z celého výzkumného šetření vyplývá, že ačkoli nemocní znají pravidla dodržování zdravého životního stylu, tato pravidla nedodržují. Nedodržují je ani v případech, kdy se již s onemocněním srdce osobně setkali. Na poli ošetřovatelství má všeobecná sestra nezastupitelnou pozici vychovávat k samostatnému zvládnání onemocnění, stejně jako vychovávat k lepší spolupráci se zdravotníky. Osobnostní, vědomostní i praktické zkušenosti jsou toho podmínkou. Všeobecná sestra by měla na těchto předpokladech intenzivně pracovat a rozvíjet tak své komunikační schopnosti.

Výsledky získané šetřením budou poskytnuty oddělení, kde bylo šetření prováděno jako podnět ke zlepšení ošetřovatelské péče a edukace o nemocné v kardiologii. Výsledky budou sloužit jako cenný zdroj informací pro edukaci ve zdravotnictví vůbec. Podnětem pro rozvoj komunikačních a edukačních schopností všeobecných sester by se mohly stát pravidelné semináře na téma edukace nemocných ve zdravotnictví.

6 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla Edukace nemocných v kardiologii. Byly stanoveny 3 cíle, ve kterých jsme se snažili zjistit, jak klienti po akutním infarktu myokardu dodržují zdravý životní styl, dále zmapovat, jaký vztah je u nemocných mezi znalostmi o zdravém životním stylu a znalostmi o charakteru základního onemocnění před hospitalizací. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou nemocní spokojeni s edukačním procesem. Dále byly stanoveny 4 výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi v rozhovorech s nemocnými.

Výzkumná otázka 1 jak klienti vnímají informace o zdravém životním stylu, byla na základě rozhovorů s nemocnými a objektivního zhodnocení přístupu ke svému zdravému životnímu stylu zodpovězena.

Z výzkumné otázky 2 a z rozhovorů vedenými s nemocnými, jak nemocní dodržují režimová opatření, nám vzešla Hypotéza 1: Nemocní v kardiologii nedodržují režimová opatření doporučená zdravotnickým personálem.

Na výzkumnou otázku 3, uvědomují si kardiáci, že při nedodržení zásad mohou nastat závažné komplikace, byly nalezeny odpovědi v rozhovorech s nemocnými.

Výzkumná otázka 4, měli nemocní před hospitalizací dostatek informací o charakteru onemocnění, byla zodpovězena rozhovory s nemocnými.

Cíle této bakalářské práce byly splněny. Na všechny stanovené výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi v rozhovorech s nemocnými a ve zdravotnické dokumentaci jednotlivých nemocných. Z celého výzkumného šetření vyplývá, že nemocní v kardiologii nedodržují režimová opatření, ani pravidla zdravého životního stylu a edukace je problémem v komunikaci jak na straně nemocných, tak na straně ošetřujícího personálu.

Výsledky získané výzkumem budou poskytnuty oddělení, kde výzkum probíhal, za účelem zkvalitnění ošetrovatelské, edukační i jiné péče. Doporučením by se mohl stát podnět pro rozvoj komunikačních a edukačních schopností všeobecných sester, pro které by odborníci na komunikaci mohli pořádat pravidelné semináře na téma edukace nemocných ve zdravotnictví.

7 KLÍČOVÁ SLOVA

Akutní infarkt myokardu

Edukace

Ošetřovatelská péče

Režimová opatření

Všeobecná sestra

Zdravý životní styl

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B., HAROLD, C. *Všeobecná sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1999, 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 800 s. Tirážní znak: 57-853-05.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Nov. 2005. 21 s. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Nov. 2005. 16 s. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.
5. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
6. ČÍŽKOVÁ, L. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Všeobecná sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
7. ERDMANN, E. *Klinische Kardiologie*. 7. vyd. Germany: Springer, 2008, 581 s. ISBN 978-3-540-79010-5.
8. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin SR: Osveta, spol. s.r.o., 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4.
9. FENEIS, H. *Anatomický obrazový slovník*. 2. české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996. 464 s. ISBN 80-7169-197-6.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
11. CHALOUPKA, V., ELBL, L. A KOL. *Zátěžové metody v kardiologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003, 293 s. ISBN 80-247-0327-0.
12. JUŘENÍNOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha 2007 Grada Publishing, a.s. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 481 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
15. KOLEKTIV AUTORŮ MEDICAL TRIBUNE. *Pharmindex breviř 2007*. 16. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, s.r.o., 2007. 1255 s. ISBN 978-80-903708-7-6.
16. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 549 s. ISBN 978-80-2472-548-2.
17. KOZLOVÁ, L., KUBELKOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008, 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
18. KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 1475 s. ISBN 80-217-0528-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
20. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
21. LANGMEIER, M. a kol. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
22. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
23. MARTINÍK, K. *Fyziologie srdce a krevního oběhu*. [cit. 2010-01-14]. Dostupné z: <http://www.profmartinik.cz/wp-content/soubory/fyziologie-srdce-a-krevniho-obehu.pdf>.
24. POČTA, J. A KOL. *Kompendium neodkladné péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996, 272 s. ISBN 80-7169-145-3.
25. PUNCH, K. F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o. 2008. 232 s. ISBN 978-80-7367-468-7.
26. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M., A KOL. *Ošetrovatelství I/I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, s.r.o., 1996. 235 s. ISBN 80-85427-93-1.

27. RYBKA, J. A KOL. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 288 s. ISBN-10: 80-247-1612-7.
28. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9.
29. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. A KOL. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
30. ÚZIS, *Hospitalizovaní a zemřelí na infarkt myokardu v ČR v letech 2001-2001* [online]. 04. 5. 2010 [cit. 2010-05-04] Dostupné z:
http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=hospital®ion=100&kind=21&mnu_id=6200
31. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
32. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
33. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J. *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0866-3.
34. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 100 s., ISBN 80-247-1198-2.
35. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Všeobecná sestra a její dokumentace, návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Body Mass Index

Příloha 2 EKG záznam LIFEPAK[®] 12, defibrilace komorové tachykardie (viz nemocný 5)

Příloha 3 Otázky k rozhovoru s nemocnými

Příloha 1 Body Mass Index

Kategorie	Rozsah BMI
Těžká podvýživa	BMI \leq 16,4
Podváha	16,5 - 18,4
Ideální váha	18,5 - 24
Nadváha	25 - 29
Mírná obezita	30 - 34
Střední obezita	34 - 40
Morbidní obezita	BMI $>$ 40

BMI, neboli Body Mass Index, neboli index tělesné hmotnosti je číslo používané jako měřítko obezity. Slouží pro statistické srovnání obezity populace. BMI index je závislý na dvou tělesných parametrech, a sice na výšce a váze.

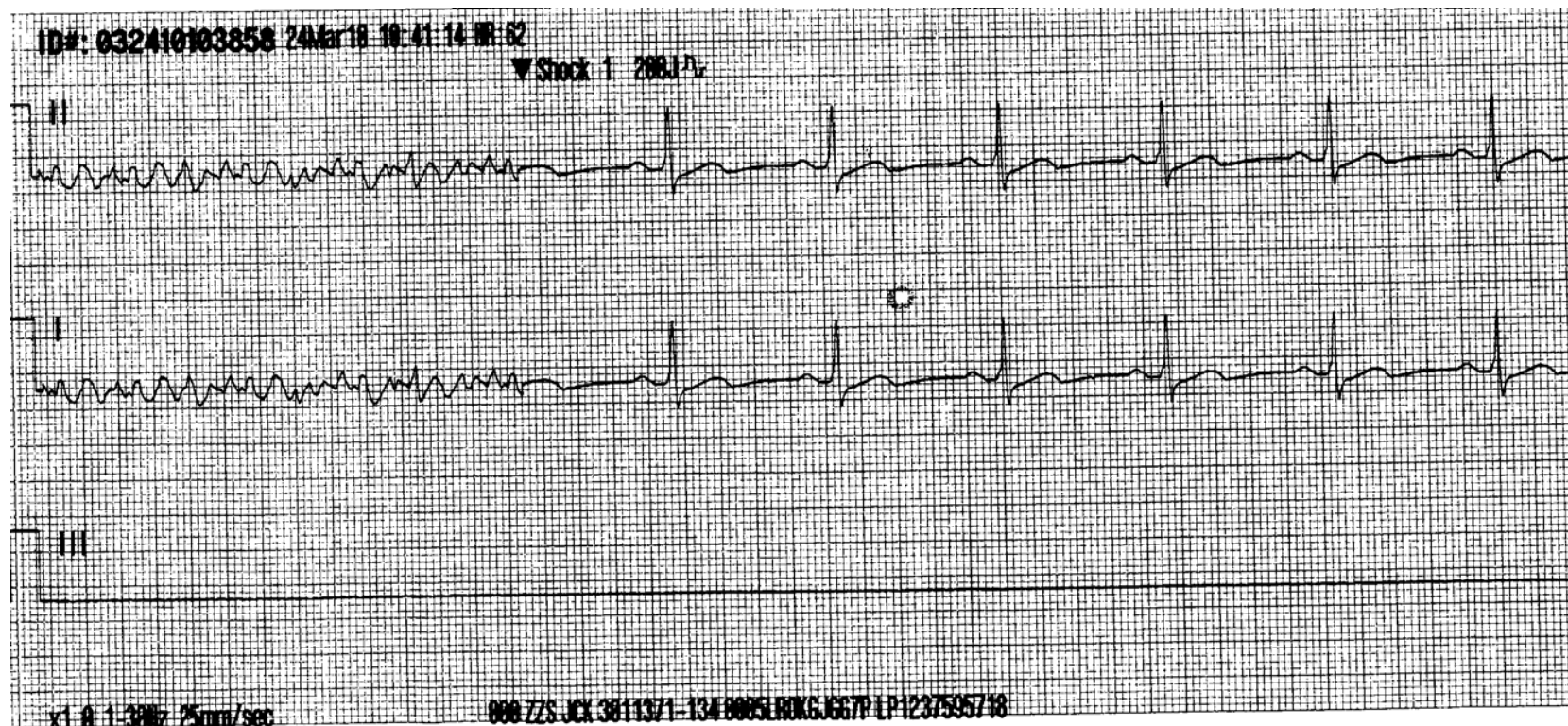
Výpočet BMI indexu:

$$\text{BMI} = \text{hmotnost [kg]} / \text{výška [m]}^2$$

Hmotnost se uvádí v kilogramech, výška v metrech.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2 EKG záznam LIFEPAK[®] 12, defibrilace komorové tachykardie



Na začátku patrná fibrilace komor (chaotické kmity), následuje defibrilační výboj o síle 200 J, který je úspěšný, protože nasedají pravidelné sinusové rytmy (příliš ideální případ).

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 3

1. Identifikace nemocného			
Věk		Pohlaví	
Hlavní diagnóza			
Vedlejší diagnózy			
Celková doba hospitalizace			
Výzkum ukončen	ANO	NE - důvod	
2. Edukační proces a jeho charakter			
<i>Znal jste charakter onemocnění před touto hospitalizací?</i>			
<i>Získal jste dostatek informací během této hospitalizace na oddělení?</i>			
<i>Získal jste dostatek informací během intervencí v ČB?</i>			
<i>Od koho jste informace převážně získal?</i>			
<i>Bylo Vám podáno dostatek informací před ošetřovatelskými procesy, které následovaly?</i>			
<i>Byly Vám vysvětleny lékové interakce?</i>			
<i>Je Vám jasné, že léky, které Vám byly naordinovány musíte užívat pravidelně?</i>			

3. Režimová opatření a jejich dodržování

<i>Byl Vám vysvětlen tento pojem?</i>	
<i>Jsou Vám režimová opatření a jejich důležitost podávány průběžně?</i>	
<i>Kdo Vám převážně tyto pokyny předával?</i>	
<i>Kouříte?</i>	
<i>Pijete alkohol?</i>	
<i>Jíte smažená jídla?</i>	
<i>Dodržoval(a) jste před hospitalizací pravidelnou fyzickou aktivitu?</i>	
<i>Jaká fyzická aktivita to nejčastěji byla?</i>	
<i>Znáte hodnotu svého cholesterolu?</i>	

Zdroj: Vlastní výzkum