

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

## **Edukace nemocných v kardiologii**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Šatrová

Datum odevzdání práce: 5. 5. 2010

Jméno a příjmení autora: Robert Havlíček

## **ABSTRACT**

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**

Obsah .....	- 6 -
1 Současný stav .....	- 9 -
1.1 Anatomie a fyziologie srdce.....	- 9 -
1.2 Infarkt myokardu.....	- 10 -
1.3 Prevence v kardiologii.....	- 11 -
1.4 Režimová opatření v kardiologii .....	- 13 -
1.5 Interakce sestra versus nemocný .....	- 13 -
1.5.1 Sestra a zásady komunikace.....	- 14 -
1.5.2 Empatie a psychoterapie sestrou .....	- 16 -
1.5.3 Nevhodné způsoby reakcí zdravotníků .....	- 17 -
1.6 Edukace v ošetřovatelství.....	- 17 -
1.7 Edukace edukanta edukátorem v kardiologii .....	- 19 -
1.8 Svépomoc kardiaka .....	- 20 -
1.9 Právní problematika a komunikace ve zdravotnictví .....	- 22 -
1.10 Vyšetření nemocného v kardiologii .....	- 23 -
1.11 Ošetřovatelský proces sestry v kardiologii.....	- 24 -
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	- 25 -
2.1 Cíl práce .....	- 25 -
2.2 Výzkumné otázky .....	- 25 -
3 Metodika .....	- 26 -
3.1 Použitá metoda.....	- 26 -
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	- 26 -
4 Výsledky .....	- 27 -
4.1 Výsledky rozhovoru a sekundární analýzy dat .....	- 27 -
4.1.1 Klient 01 .....	- 27 -
4.1.2 Klient 02.....	- 29 -
4.1.3 Klient 03.....	- 31 -
4.1.4 Klient 04.....	- 32 -
4.1.5 Klient 05.....	- 34 -
4.1.6 Klient 06.....	- 36 -

5 Diskuze.....	53
6 Závěr .....	57
7 Klíčová slova.....	59
8 Seznam použitých zdrojů .....	60
9 Přílohy.....	63

## ÚVOD

Toto téma bakalářské práce bylo katedrou vypsáno proto, aby zmapovalo edukaci všeobecnými sestrami, jiným zdravotnickým personálem, znalosti klientů o charakteru vlastního onemocnění a v neposlední řadě znalosti a dodržování zdravého životního stylu klienty. Sám se o problematice kardiologie, konkrétně předmětem akutního infarktu myokardu zabývám více než tři roky. Fascinuje mne patofyziologie tohoto onemocnění a zároveň se aktivně zajímám o schopnosti komunikace mezi nemocnými a zdravotníky. Téma jsem přijal ochotně jako výzvu spojit tyto dvě oblasti a zjistit skutečnosti na poli edukace v ošetrovatelství.

Znalosti režimových opatření kardiologie, stejně jako prevence ve zdravotnictví obecně jsou na světle již docela dlouho. Myslím ale, že není od věci si tyto záležitosti stále do kola v paměti aktivně srovnávat a uvědomovat, protože průběžně mohou našim známým, přátelům, nebo dokonce rodinným příslušníkům zachraňovat životy, udržovat, prodlužovat je. Posláním nás, všeobecných sester není jen tyto fakta studovat, ale měli bychom je umět předávat dál, zejména laikům, neodborníkům. Toto předávání informací, jakýchsi formulí příkazů a zákazů není na jednu stranu lehké se naučit, na druhou stranu kdo skutečně chce, cestu k vhodné formě si najde. Edukace v ošetrovatelství je nutně spojena s komunikačními schopnostmi, empatií a psychologií. To, jakým způsobem klienta oslovíme, představíme se mu, to všechno ovlivní mnohdy jeho pohled na věc, i když už dávno s ním nebudeme. Mohli bychom mít za cíl například věřit tomu, že klient se v zajetí vlastního onemocnění nebude už cítit tak sám, že pochopí, proč je nutné minimálně popřemýšlet o tom, co jsme mu jako sestry vysvětlili a možná toto bude praktikovat po příchodu domů.

Tato práce si vzala za cíl zjistit, zda klienti po kardiologických onemocněních či kardiaci po edukaci všeobecnou sestrou dodržují zdravý životní styl. Tato edukace vyžaduje dlouhodobé odhodlání, které nemusí přinést ovoce ihned, za to pokud se to podaří, bude nám odměnou spokojenost a spolupráce klientů.



# 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<sup>(8, 5)</sup>.

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<sup>(9, 8)</sup>.

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<sup>(8)</sup>.

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), <sup>(28, 8, 20)</sup>.

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 <sup>(18)</sup>.

## 1.2 Infarkt myokardu

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 <sup>(28, 1)</sup>.

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<sup>(28, 1)</sup>.

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 neutrofilů 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<sup>(1, 12, 14, 6)</sup>.

### **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). Sestra může edukativně i lékařskými ordinacemi pomáhat při léčbě hyperlipoproteinémie, ale nemůže bez spolupráce nemocného ovlivnit hypercholesterolemii z nadměrné konzumace tuků<sup>(18, 4, 10)</sup>.

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 edukativním procesem velice vhodné zasáhnout <sup>(10, 22)</sup>.

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 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 <sup>(18, 10)</sup>.

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 <sup>(18, 21)</sup>.

Sestra svému pacientovi 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. 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 <sup>(1)</sup>.

#### **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 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 <sup>(18)</sup>.

#### **1.5 Interakce 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 pacientem/klientem jako součást profesionálního vybavení. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. 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 sestra pomáhá nemocným rozšířit jejich sociální kompetence. Je-li přítomna nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost nebo neschopnost praco-

vat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních schopností. Zde je potom prostor pro práci sestry na rozvoji komunikačních dovedností nemocného<sup>(27, 10)</sup>.

Vztah mezi sestrou a klientem 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<sup>(16)</sup>.

V každém okamžiku, při setkávání sestry s pacientem/klientem 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<sup>(27)</sup>.

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 pacient, každá zdravotní sestra, každá situace jsou jiného rázu a s tímto je potřeba počítat. Při hledání odpovědi se sestra snaží jen naznačit, co by pravděpodobně bylo možné, nikoliv přikázat, co je nutné udělat. Dále by sestra měla nasměrovat, ne dotlačit do předem připraveného vzoru jednání, stejně tak by měla napovědět, ne nařídít, co říci<sup>(16)</sup>.

### **1.5.1 Sestra a zásady komunikace**

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 setrou. Nemocný by měl mít

pocit, že 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. 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. Sestra by se neměla bát nemocnému poskytnout radu související se její profesí. Zdravotník obecně, sestra nevyjímaje je v pozici vzorového člena společnosti. 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 <sup>(27, 21)</sup>.

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. Sestra by neměla klientovi 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 klienta bude ošetrovatelský soucit, podpora a pochopení problémů. Sestra musí být za každých okolností citlivá s ohledem na pacientovy finanční, emocionální a časové zdroje <sup>(23)</sup>.

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 pacienta/klienta mnoho času a je tak devalvován na nosiče prosperity daného zdravotnického

zařízení. Klient 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 <sup>(16)</sup>.

### **1.5.2 Empatie a psychoterapie sestrou**

Empatie je termín řeckého původu a rozumí se jí 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 klienta 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 <sup>(16)</sup>.

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 <sup>(12, 10)</sup>.

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. Sestra musí být pozorná, měla by umět povzbudit a umět vysvětlit nedílné součásti léčebného procesu <sup>(12)</sup>.



### 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 zvládání 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, nepřípustné je kázání a napomínání (27).

### 1.6 Edukace v ošetřovatelství

Všeobecná sestra zde vystupuje jako edukátor. Pojem edukace je odvozen z latinského educio, 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 (27, 10).

Edukaci kardiaka (případně jeho rodinných příslušníků) definujeme jako výchovu k samostatnému zvládání daného onemocnění a k lepší spolupráci se zdravotníky. Je nezbytnou a nenahraditelnou součástí úspěšné léčby (23).

Pacient je často na sestře závislý, je v podřízené pozici. Je proto důležité, aby 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 <sup>(11, 10)</sup>.

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 klient <sup>(23, 10)</sup>.

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. Sestra se musí ujistovat, že klient 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. Klient může mít zavedený i močový katétr k pečlivému měření vylučovaného množství moči. Je-li potřeba, sestra pacientovi 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 <sup>(14, 27)</sup>.

## 1.7 Edukace edukanta edukátorem v kardiologii

Hlavním příznakem infarktu myokardu je přetrvávající intenzivní bolest subster-nálně, která může propagovat do levé paže, čelisti, krku nebo ramenních lopatek. 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 po-stižení infarktem myokardu, jako diabetici či starší lidé nemusí bolest vůbec pociťovat. Jiní nemocní pociťují pouze lehkou bolest, například ženy, které pociťí netypickou bo-lest spojenou s infarktem myokardu, si mohou stěžovat na trávicí obtíže a únavu. Dal-šími 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 <sup>(14)</sup>.

Chceme-li účinně pomoci, nemůžeme ho léčit pouze sami, ale je třeba porozu-mět podstatě nemoci. Dnes se více než kdy jindy léčba kardiaků, ale i řady jiných chro-nických onemocnění přenáší z nemocnic a ordinací do rodin, do domácího ošetřování. Tato změna vztahu zdravotníka a pacienta 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 ná-ročné 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 pacient přijal změnu životního stylu. Edukace může mít mnoho forem, ale ať už je prováděna individuálně, nebo skupinově, pokud ji sestra pro-vádí, měla by si uvědomit první stupeň úspěchu a to je trpělivost. Zvláště u nově dia-gnostikovaných klientů si musí být sestra vědoma toho, že co připadá samozřejmé jí, není samozřejmé pro klienta. Ten je navíc šokován a stresován zjištěním, že prodělal např. infarkt myokardu, objevuje se strach z budoucnosti apod. <sup>(23)</sup>.

Nemocné v kardiologii můžeme považovat za chronicky nemocné. U chronické-ho onemocnění chybí fáze úplného uzdravení. Takový nemocný se o závažné diagnóze dozvídá postupně, někdy přechází akutní onemocnění do chronického přímo, bez varo-vání. Zásadní je způsob, jakým nemoc vstoupí do života člověka. Chronické onemocně-ní 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 (27).

### **1.8 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 sestrou a pacientem/klientem, popř. rodinou nemocného. Hněv na osud nebo nemoc se mnohdy obrací proti osobě, která o nemocného pečuje. Bývá to mnohdy právě zdravotní 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 pacienta) 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 (27, 10).

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 spolupacientů. Už samotné očekávání nepříjemných projevů vyvolává úzkost, depresivní rozladění a jiné potíže. Někteří nemocní odmítají komunikovat, nechtějí spolupracovat se zdravotními sestrami. Sestra je frustrována nejen tíží situace, ale i konflikty vznikajícími z reakcí nemocných <sup>(27)</sup>.

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 sestra pacienta 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 klient 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 <sup>(11, 6, 28)</sup>.

V rámci péče o nemocného s akutním infarktem myokardu by měla 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 klienta i jeho rodinu o lécích, které bude brát doma. 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 <sup>(1)</sup>.

Sexuální aktivity se nezakazují a pacient 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 obějde 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 <sup>(11)</sup>.

### **1.9 Právní problematika a komunikace ve zdravotnictví**

Platné předpisy požadují, aby pacient s doporučenou péčí, včetně péče ošetrovatelské souhlasil. Souhlas s ošetrovatelským výkonem dává pacient trpěním, verbálně nebo písemným prohlášením, tzv. pozitivním reversem. Písemný souhlas pacienta doporučenou léčbou je vyžadován u výkonů rizikových, závažnějších a u hospitalizace. Obecně je požadováno, aby při souhlasu s doporučenou péčí byl pacient 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. Pacient je o této skutečnosti informován sestrou při přijetí, která navíc dává pacientům podepsat prohlášení pacienta, že o této službě byl informován. Edukační proces ve zdravotnictví má svá specifika. Zdravotnická zařízení se zabývají především péčí o zdraví svých klientů a edukace by měla být součástí této péče, proto se musí přizpůsobit systému a metodám péče ve zdravotnickém zařízení <sup>(30, 10)</sup>.

Jestliže je pacient oprávněn svobodně se rozhodnout, že se doporučené léčbě podrobí, pak svéprávný, právního úkonu schopný pacient 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 pacienta závažné následky, včetně poškození zdraví, ale i ohrožení života. I zde je úkolem všeobecné sestry umožnit pacientovi získání takových vědomostí, které mu umožní výběr a rozhodnout se <sup>(10, 30)</sup>.

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 <sup>(29)</sup>.

### **1.10 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 neznamena, že je pacient vyléčen <sup>(5)</sup>.

Setká-li se 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 pacientova stavu. Sestra by měla vyšetřovat nemocného rychle, aby minimalizovala vznik potenciálních rizikových stavů ohrožujících klientův život. Po celou dobu vyšetřování by měla sestra s nemocným komunikovat, zodpovídat mu vlídně na dotazy a vysvětlovat důležitost těchto úkonů, bude-li to situace vyžadovat. Vyšetření pacientova kardiovaskulárního systému zahrnuje anamnézu a fyzikální vyšetření <sup>(5)</sup>.

S edukací nemocných v oblasti kardiologie se sestra setkává při vyšetřeních, jako je odebrání anamnézy, nebo při fyzikálním vyšetření. Neméně důležitá bude i při EKG vyšetření, 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 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. <sup>(24, 28)</sup>.

### 1.11 Ošetrovatelský proces sestry v kardiologii

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
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 sestra zaměřuje na včasné odhalení eventuálních komplikací (stenokardie, krvácení kolem cévních vstupů), <sup>(12, 19)</sup>.



## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Zjistit, zda klienti po kardiologických onemocněních či kardiaci po edukaci všeobecnou sestrou dodržují zdravý životní styl.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Zjistit, zda klienti měli před onemocněním dostatek informací o zdravém životním stylu.

Zjistit, zda klienti mají nyní dostatek informací a kde informace získali.

Zjistit, zda kardiaci dodržují doporučený životní styl.

Zjistit, zda klienti vědí, že při nedodržení zásad mohou nastat závažné komplikace.

### **3 METODIKA**

Předmětem kvalitativního výzkumu byla edukace nemocných v kardiologii. Objektem výzkumu bylo interní oddělení Nemocnice Písek, a.s.

#### **3.1 Použitá metoda**

Ve své práci jsem použil metodu nestandardizovaného rozhovoru, klasifikační analýzy dokumentů, komparaci a analogii jejich výsledků navzájem. Analyzoval jsem chorobopisy pacientů po akutním infarktu myokardu, ale především provedl nestandardizované rozhovory s těmito klienty. Jedná se o výzkum monografický, neboli týkající se jednoho zdravotnického zařízení (jednoho oddělení). Hlavním kritériem kvalitativního výzkumu je systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností intuitivním způsobem. Chci názorně ukázat, jak nemocní své onemocnění zvládají, jak k životu (sobě) přistupují a jak jejich přístup koreluje s přístupem sestry.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkum probíhal během i mimo praktickou výuku na interním oddělení Nemocnice Písek, a.s. Dotazované osoby jsem si nejprve vybíral podle charakteru onemocnění z chorobopisů, poté s nimi provedl nestrukturovaný rozhovor a později zjišťoval celkovou dobu hospitalizace. Šetření probíhalo od července 2009 do poloviny března 2010. Snažil jsem se vybírat data těch pacientů, kteří byli hospitalizováni s hlavní diagnózou infarktu myokardu. Prostudoval jsem si proto dokumentaci jednotlivých klientů, poznamenal poznámky a poté tyto klienty osobně oslovil. Nestandardizované rozhovory jsem uskutečnil se 6 klienty a podrobně tak provedl analýzu a komparaci dat s daty ve zdravotnické dokumentaci. Nemocné jsem pro přehlednost v zájmu zachování anonymity označil čísly 01 – 06.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky rozhovoru a sekundární analýzy dat

#### 4.1.1 Klient 01

Prvním hospitalizovaným klientem byl 84letý muž, nepracující důchodce, kterého přivezla Zdravotnická záchranná služba Písek, posádka rychlé lékařské pomoci. Klient 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, esenciální hypertenzi.

Nemocného přivezla zdravotnická záchranná služba (ZZS), kterou volala sestra pečovatelské služby. Klient 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 ZZS. Podle dokumentace ZZS po příjezdu posádky rychlé lékařské služby (RLP) nemocný chodil po bytě a udával stenokardie trvající asi 1 hodinu. Po adekvátním zaléčení analgetiky, kombinaci 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 rozčarován a má hlad. Objektivně dýchání fyziologické - eupnoe, bolesti neguje, bez cyanózy a ikteru, hydratace v normě, astenické postavy, DK bez otoků. Stolice a močení v normě. Hodnoty fyziologických funkcí jako je TK 140/80 a P 66/min, pravidelný, tvrdý. Při hmotnosti BMI 21,3 (měřítko ideální váhy, viz příloha 1). Klient 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 pacient s rizikem krvácení (v anamnéze gastroduodenální vřed), proto se k invazivnímu přístupu nepřistoupilo a pokračuje se v léčbě konzervativní.

Roli navíc hraje vyšší věk klienta 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).

Během hospitalizace se u pacienta projevilo městnavé srdeční selhání a pneumonie. Byla nasazena léčba diuretiky a antibiotiky. U klienta se podle zdravotnického personálu střídají projevy mozkové aterosklerózy se zmateností, se stabilizací kognitivních funkcí a běžnou mobilitou.

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). Klient ví, že musí pravidelně užívat medikaci, nezná však její charakter (neví, proč léky užívá). Přisuzuji to spíše jeho osobnostnímu charakteru, než nevoli zdravotnického personálu jej vhodným způsobem poučit. Snažím se mu poté vysvětlit pokud možno laickým způsobem charakter medikace a to, že některé léky je nutno brát na tlak, jiné na zúžené cévy, jiné na podporu srdeční činnosti. Nemocný mne vyslechne, ale reaguje tak, že je mu to na konec zcela jedno.

Zdravý způsob života nijak zvlášť nedodržoval, sportoval jen asi do třiceti let věku a nekouří údajně asi 20 let. Alkohol pije příležitostně, stravuje se nepravidelně se slovy, že ho vařit nebaví. Při sebemenší snaze něco vysvětlit a poučit ho, zaujímá odmítavý postoj. Tvrdí, že mu nikdo nic neřekne, že si ho nikdo nevšímá. Tyto odpovědi dostávám prakticky opakovaně ve snaze zjistit míru poučení o charakteru vlastního onemocnění před hospitalizací a během hospitalizace. Už samotná sociální anamnéza klienta je pro svou strohost zajímavá. Klient 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 klient 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 klienta unavuje, prakticky jsem zjistil v základu to, co bylo potřeba, proto jsem se rozhodl ho více nezatěžovat.

#### **4.1.2 Klient 02**

Dalším klientem je žena, 42. ročník, vdova. Paní je celkem hovorná tak není takový problém v konverzaci jako s klientem 01. 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).

P/K 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 vydala do Kanady, kde založila svou vlastní rodinu a syn, stále svobodný (netíží jí to, tvrdí, že dneska je to normální), řídí úspěšný podnik ve Strakoncích, 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.

Hodnoty fyziologických funkcí jako je TK 155/90, P 96/min, pravidelný. Z osobní anamnézy bych vyzdvihl obezitu (37,1 BMI), 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 klientka 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 klientka ve zjednodušené formě zná. Ví, že užívá dva léky na vysoký krevní tlak, jeden lék na ředění krve a dokonce ho pojmenovala (anopyrin). Stejně tak ví, že na ředění krve dostává injekce do břicha. Zná název léku na odvodnění (furon) a ví, že si musí aplikovat insulin, protože má cukrovku. Jiný lék na ředění krve (plavix) a glukokortikoidy jí byly nově naordinovány zde (prednison). Antiulcerózum ortanol ne-

ví, že užívá (ani dva jmenované). Z dokumentace je dále patrný nepatrný zásah do dávkování insulínu.

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. Klientka 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 klientce 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 klientky 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. 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.

Klientka má monstrózní obezitu, což je ve spojení s dalšími rizikovými faktory časovaná bomba. Ví, že by se měla více hýbat, ale s bolestivými klouby téměř celého těla to jde s motivací z kopce.

Při opětovné sekundární analýze dat klientky (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 odpovědi na dotazy.

#### 4.1.3 Klient 03

Třetím respondentem je žena, 27. ročník, vdova, žije sama. Klientka 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). Po výkonu klientka uvádí známky srdečního selhávání, byla jí proto přidána diuretika. 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.

Během rozhovoru je klientka bez subjektivních potíží, bez dušnosti. Hodnoty fyziologických funkcí jako je TK 120/60 a P 87/min, pravidelný. Hodnota BMI je 26,3 (nadváha). EKG 3. den po implantaci stentu prokazuje poinfarktové aneurysma, záchyt fibrilace síní (FiS) s rychlou odpovědí komor (122/min). Z předchozí i nově ordinované farmakologie převládají antiarytmika, hemokogulancia, diuretika, beta2-mimetika a antisklerotika.

Z doporučení do domácí péče je klientka poučena následovně. Zná pravděpodobnou příčinu svého onemocnění, proto má dietu antisklerotickou. Zbytek doporučení a edukace je směřováno ke klientce 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.

Vzhledem k tomu, že klientka je 4 roky monitorována s ischemickou chorobou srdeční, předpokládám jsem prehospitalizační edukaci. Je to tak, klientka zná charakter svého onemocnění, zná doporučení životosprávy, snaží se vyvarovat se např. smaženým

jídlům, ale vařit jí nebaví, dochází k ní k poledni pečovatelská služba. Mnohdy nemá chuť na co, 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“. Přitom co jsem dalekosáhle paní vysvětloval důvod a s ním i nutnost udržování pitného režimu, mi klientka naslouchala a souhlasně přikyvovala.

Z pravidelně užívaných léků klientka zná lék na ředění krve (anopyrin) a lék na vysoký krevní tlak, u toho si však název nepamatuje. Čtyři další užívané léky klientka neznala, pamatovala si jen, že jich bylo více než dva. Jsou to léky spadající do skupin antikoagulancia, hypolipidemika a diuretika.

Klientka 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.

Z vedlejších diagnóz klientky bych jmenoval trikuspidální regurgitaci II. st., chronickou žilní insuficienci a nevýznamné úrazové stavy.

#### **4.1.4 Klient 04**

Klientka žena, 35. ročník, důchodce, žije s manželem. Záznamy v tomto zdravotnickém zařízení sahají až do roku 1998, odkdy je klientka léčena s esenciální hypertenzí. Je v pokročilém stádiu aterosklerózy po prodělané cévní mozkové příhodě. Klientka je mobilní pomocí dvou francouzských holí. Doma časté točení hlavy, proto pády, navíc palpitace. Alkohol, kouření nejuje.

Klientka 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 neu-



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

Klientka je dysartrická, obézní, jak již jsem se zmiňoval klidově dušná, lehce opocená. Hodnoty fyziologických funkcí jako je TK 165/90 a P 112/min, nepravidelný. Hodnota BMI je 37,6 (střední obezita). Nejvíce si stěžuje na únavu, která podle ní souvisí s hospitalizací. Při poslechu fonendoskopem je přítomna oboustranná záplava městnavých chrůpků. Při cílené otázce směřující k její mobilitě, odpovídá, že ke zhoršení celkového zdravotního stavu došlo po cévní mozkové příhodě – mírnou formou si stěžuje na horší hybnost levostranných končetin.

Z pravidelné a nově ordinované farmakologie klientka užívá léky následujících indikačních skupin: hemokoagulancia, hypolipidemika, antihypertenziva, antiarytmika, diuretika, antiulceróza, širokospektrá antibiotika a antikoagulancia/antitrombotika. Polymorbidní klientka je toho času při rozhovoru orientovaná a odpovídá přiléhavě. Ví, že

užívá dva léky na vysoký tlak krve (betaxa 20, prekarium neo), jeden lék na ředění který sama pojmenovává anopyrin, jeden lék na odvodnění (furon), jeden lék na srdíčko – dá se akceptovat (cordarone) a nově je jí zde aplikována injekce do břicha na ředění krve (zibor). Je si vědoma toho, že užívá mnohem více léků, ale přiznává, že už sama neví a pomohlo by jí, kdyby je viděla v obalech. Při rozhovoru jsem nabyl přesvědčení, že jí nikdo nepoučil o významu užívání širokospektrých antibiotik. Vysvětlil jsem jí pravděpodobný důvod jako stagnace tekutin v dýchacích cestách a suspektní infekce dýchacích cest, spolu se sníženou obranyschopností při základním onemocnění. Po ukončeném rozhovoru se přesvědčuji o čerstvých výsledcích výtěrů z krku a nosu. Průkaz streptococcus alfa, neiseria catarhalis, staphylococcus aureus.

Objektivně klientka vypadá více shrbená v hrudní páteři, opatrně proto vedu rozhovor tímto směrem. Skutečně jí už lékaři diagnostikovali kyfózu většího charakteru, což může být další příčinou problémů s dýcháním (spolu s obezitou).

Asi po dvou až třech týdnech, kdy docházím na oddělení, abych zmonitoroval celkovou dobu hospitalizace, musím zpravidla zajít do dokumentace nemocného (na oddělení intenzivní péče nemocní pro změnu zdravotního stavu být už nemusí). Dozvěděl jsem se, doba celkové hospitalizace bude pro nedokončený výzkum zkreslena. Při častějších projevech paroxysmů fibrilace síní a levostranné kardiální insuficience byla indikována elektrická kardioverze. Následně vzniká ictus s projevy afázie, dysartrie, pozvolný vývoj bradykardie ústící v asystolii. Přesto, že byla provedena kompletní kardiopulmocerebrální resuscitace, je zaznamenán exitus letalis po 10 dnech hospitalizace.

#### **4.1.5 Klient 05**

Dalším klientem, kterého jsem si vybral je muž, 45. ročník, 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 klient prodělal citomegalovirovou infekci, s přidruženou poruchou krvácení. Z dokumentace se později dočítám, že se tehdy jednalo o diseminovanou intravaskulár-

ní koagulopatii (DIC). Výše zmiňovaná forma infarktu myokardu, tedy akutní non Q (non Q IM) se „opakovala“ nyní a léčebným zásahem byla 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 Lifepak 12 zaznamenána (včetně klinického obrazu bezvědomí) fibrilace komor. Tento stav si klient pochopitelně pamatovat nemůže, klient 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 u ZZS Jihočeského kraje ověřoval a zjistil, že zmiňovaným pracovníkem byla skutečně SZP, se vzděláním všeobecná sestra (priorita zjišťování jako zajímavost vzhledem k aktuálnosti ošetrovatelského tématu). S kouřením přestal klient 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 občasné 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. Názornou ukázkou je Příloha.

Hodnoty fyziologických funkcí jako je TK 130/80 a P 72/min, pravidelný. Hodnota BMI je 31,2 (mírná obezita). Při rozhovoru je klient orientovaný, spolupracuje, na otázky odpovídá vstřícným tónem. Klient je obézní, během rozhovoru zaujímá polohu vsedě (na chodbě), nezadýchává se. Z farmak nemocný užívá tyto indikační skupiny: antiagregancia, antihypertenziva, selektivní betablokátory, ACE inhibitory, antikoagulancia a hypolipidemikum. I tento klient umí pojmenovat anopyrin a říct jeho určení. Navíc zná jmenovitě další dva léky a to že je užívá na léčbu vysokého tlaku krve, jsou

jimi egilok a gopten. Ačkoliv si myslel, že je to všechno co užívá, opak byl pravdou. Zapomněl na lék na ředění krve (plavix).

Z edukačního hlediska je důležité zdůraznit nutnost sekundární prevence ICHS. Klient tvrdí, že právě z tohoto důvodu přestával s kouřením, až zcela přestal. 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. 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, dá se to s přehledem nazvat pozitivní edukace prehospitalizační i hospitalizační. Zná důvody nutnosti pravidelného užívání antiagregancií, dokonce si je vědom toho, že anopyrin 100 mg musí užívat už trvale. Nyní přemýšlí o lázních, nabídnuty mu byly.

I klient č. 05 má srovnání, ale na přístup zdravotníků je podle jeho slov zvyklý. Příliš chování neřeší, chce být hlavně zdravý a brzy doma jak říká. Přesto se neubrání pocitu, že přístup ve spádovém Kardiocentru v Českých Budějovicích je jedinečný a že tam ví, co dělají, jak tvrdí klient. Velice dobrý dojem na něj udělala i posádka zdravotnické záchranné služby, nejen tím, že mu zachránili život, ale i svým vstřícným přístupem.

#### **4.1.6 Klient 06**

Klientem je muž 60. ročník, 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 hlav-

ní. V důsledku pouřazové etiologie ICHDK klientovi amputován bérec levé dolní končetiny (LDK) pro progredující vlnkou gangrénu (2010).

V současnosti tvrdí, že je sváteční kuřák, alkohol údajně příležitostně.

Klient 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, klient se cítí dobře. Od té doby stenokardie neje, dušný není.

Klient se rozhovoru z počátku brání, později nabývá větší důvěry. Tvrdí, že životospřávu udržet ve správné míře je nemožné, 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 životospřávě před amputací LDK krčí rameny. Nemocný dříve pracoval v zemědělském družstvu v nedaleké vesnici a tvrdí, že na správnou životospřávu zde není prostor, správný chlap musí něco vydržet. Člověk se zde prý musí stravovat nepravidelně a bez cigarety to prostě nelze. Když mu dalekosáhle vyprávím, jaký je princip poškozování lidského těla se zdravotním stavem podobnému jako je zdravotní stav jeho, ve spojení se škodlivými látkami, které doposud do sebe dobrovolně aplikuje, vidím, že to nemá smysl. Asi po deseti minutách to vzdávám a od edukace opouštím. Jeden z posledních dotazů tedy směřuje na edukaci jako takovou. Jak už bylo řečeno, tvrdí že všechny principy poškození zná, předpokládám tedy, že edukaci prehospitalizační bylo věnováno dostatek času. Nyní, třetí den po výkonu se pro něj vše opakuje, klient byl dostatečně edukován již zde před transportem k výkonu na spádové pracoviště. Podle klienta je míra komunikačních schopností zde v nemocnici totožná s edukačními schopnostmi v Českých Budějovicích a rozdíl neregistruje.

Klient je při rozhovoru lucidní, plně orientovaný, bez dušnosti, nejdříve nespoupracující, později se situace lepší. Hodnoty fyziologických funkcí jako je TK 145/80 a P 82/min, pravidelný. Hodnota BMI je 34,3 (hraniční mírná obezita, viz příloha 1).

Kupodivu ví, že užívá anopyrin, aby se mu prý nesrážela krev. Překvapivě si uvědomoval i tu skutečnost, že proti vysokému tlaku krve užívá dva léky, pojmenovat dokázal jeden a to egilok 25 (druhým je amprilan). I tento diabetik ví, že si musí aplikovat inzulín, věděl, že ráno a večer je to v současné době (po úpravě ordinace). Na dva léky si nevzpomněl, tušil však, že to není všechno. Zapomněl na furon, sortis 20 a plavix.

Z dokumentace se dozvídám koncentrickou hypertrofii levé komory, pravá komora lehce disfunkční, bez zjevných známek klidové plicní hypertenze.

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 přechodná 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.


Klient 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.


Tabulka 1.1: Souhrnná tabulka klientů

P/K	PH/time	KOM	HDG	VDG	KO	PS	BMI	INTERV.	DH	SA	EDU
01.	2007	NEG	AIM	AS,CMP,EH	stenok.	NE	21,3	ČB/KONZ	14	POZ	0_0
02.		POZ	AIM	O,RA,DM,EH,NCMP	stenok.	ANO	37,1	ČB/KONZ	2*	POZ	0_1
03.	2008	POZ	AIM	LI,FiS,TR,CZI	stenok.	ANO	26,3	ČB/KONZ	7	NEG	1_1
04.	2005	POZ	AIM	LI,FiS,FS,MA,EH,NCMP	DUŠ	ANO	37,6	PÍ/NCH	10*	POZ	0_1
05.	2006	POZ	AIM	FiK,PCI,ICHS,IM,EH,HL,O,CMV,FS	stenok.	ANO	31,2	ČB/KONZ	6	POZ	1_1!!!
06.	2010	NEG	AIM	ICHS,PCI,IM,DM,ICHDK,O,N,HL,A	stenok.	NE	34,3	ČB/KONZ	5	POZ	1_1

všem vysvětlivkám zkratk (VDG) se věnuje samostatný oddíl v příloze

\* neukončený výzkum, klient přeložen na jiné oddělení z důvodu zhoršení celkového zdravotního stavu, nebo exitus letalis  
 !!! ZVLÁŠTĚ DOBRÁ PREHOSPITALIZAČNÍ I HOSPITALIZAČNÍ EDUKACE ZE STRANY ZDRAVOTNÍKŮ

 z mého pohledu nejdůležitější políčka s ohledem na předmět výzkumu

 doplňková, méně důležitá část, celková doba hospitalizace ve dnech (DH)

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka 2.1: Analýza edukace klienta 01

SPOLUPRÁCE	EDUKACE PRE-HOSP.	EDUKACE BĚHEM HOSP.	ZNALOST LÉKŮ, KTERÉ P/K UŽÍVÁ
0	0	0	0 7

0 značí žádnou edukaci zdravotnickým personálem

DOBRÁ značí nejnižší nutnou míru edukace z objektivního hlediska

VÝBORNÁ maximální možná edukace dle spokojenosti klienta

 první číslo značí počet léků, které P/K zná, druhé číslo z celk. počtu užívaných léků

Spolupráce klienta se mnou během výzkumu žádná (odmítavý postoj), edukace prehospitalizační představuje hrubé vědomosti o charakteru svého onemocnění ještě před nástupem do nemocnice. Tuto, ani edukaci průběžnou nehodnotí klient pozitivně a nezná žádný lék ze 7 aktuálně užívaných.

*Zdroj: Vlastní výzkum*



Tabulka 2.2: Analýza edukace klienta 02

SPOLUPRÁCE	EDUKACE PRE-HOSP.	EDUKACE BĚHEM HOSPITALIZACE JIP LŮŽKOVÁ ČÁST PÍSEK KARDIOC. Č. BUDĚJOVICE		ZNALOST LÉKŮ, KTERÉ P/K UŽÍVÁ
výborná	0	DOBŘÁ	VÝBORNÁ	6_9

první číslo značí počet léků, které P/K zná, druhé číslo z celk. počtu užív. léků

Vysvětlivky:

0 značí žádnou edukaci zdravotnickým personálem

DOBŘÁ značí nejnižší nutnou míru edukace z objektivního hlediska

VÝBORNÁ maximální možná edukace dle spokojenosti klienta

Spolupráce při výzkumu klienta výborná, charakter onemocnění však předtím neznala. Poučení o charakteru svého onemocnění, péči i výkonech na místě provedeného výzkumu klientka hodnotí dobře, oproti spádovému pracovišti, kde jí vše bylo vysvětleno výborně. Zná 6 léků z celkových 9 užívaných.

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka 2.3: Analýza edukace klienta 03

SPOLUPRÁCE	EDUKACE PRE-HOSP.	EDUKACE BĚHEM HOSPITALIZACE		ZNALOST LÉKŮ, KTERÉ P/K UŽÍVÁ
		JIP LŮŽKOVÁ ČÁST PÍSEK	KARDIOC Č. BUDĚJOVICE	
výborná	DOBRÁ	DOBRÁ	VÝBORNÁ	2_6

 první číslo značí počet léků, které P/K zná, druhé číslo z celk. počtu užív. léků

Vysvětlivky:

0 značí žádnou edukaci zdravotnickým personálem

DOBRÁ značí nejnižší nutnou míru edukace z objektivního hlediska

VÝBORNÁ maximální možná edukace dle spokojenosti klienta

Klientky spolupráce výborná. O charakteru onemocnění bývá průběžně edukována, vzhledem ke své anamnéze. Edukaci během hospitalizace v lůžkové části hodnotí dobře, v kardiocentru výborně. Zná 2 léky z celkových 6, které užívá.

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka 2.4: Analýza edukace klienta 04

SPOLUPRÁCE	EDUKACE PRE-HOSP.	EDUKACE BĚHEM HOSPITALIZACE	KARDIOC Č. BUDĚJOVICE	ZNALOST LÉKŮ, KTERÉ P/K UŽÍVÁ
		JIP LŮŽKOVÁ ČÁST PÍSEK		
výborná	0	DOBRÁ		6_16

 první číslo značí počet léků, které P/K zná, druhé číslo z celk. počtu užív. léků

Vysvětlivky:

0 značí žádnou edukaci zdravotnickým personálem

DOBRÁ značí nejnižší nutnou míru edukace z objektivního hlediska

VÝBORNÁ maximální možná edukace dle spokojenosti klienta

Spolupráce klientky výborná. Charakter svého onemocnění před hospitalizací neznala, ale edukována byla na lůžkové části dobře.

V době rozhovoru znala 6 léků z celkově 16 užívaných.

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka 2.5: Analýza edukace klienta 05

SPOLUPRÁCE	EDUKACE PREHOSP.	EDUKACE BĚHEM HOSPITALIZACE		ZNALOST LÉKŮ, KTERÉ P/K UŽÍVÁ
		JIP LŮŽKOVÁ ČÁST PÍSEK	KARDIOC. Č. BUDĚJOVICE	
výborná	DOBRÁ	DOBRÁ	VÝBORNÁ	5_6

 první číslo značí počet léků, které P/K zná, druhé číslo z celk. počtu užív. léků

Vysvětlivky:

0 značí žádnou edukaci zdravotnickým personálem

DOBRÁ značí nejnižší nutnou míru edukace z objektivního hlediska


VÝBORNÁ maximální možná edukace dle spokojenosti klienta

Spolupráce klienta výborná. Edukaci během hospitalizace hodnotí dobře, v kardiocentru výborně. Klient zná 5 léků z celkových 6 právě užívaných.

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka 2.6: Analýza edukace klienta 06

SPOLUPRÁCE	EDUKACE PREHOSP.	EDUKACE BĚHEM HOSPITALIZACE		ZNALOST LÉKŮ, KTERÉ P/K UŽÍVÁ
		JIP LŮŽKOVÁ ČÁST PÍSEK	KARDIOC. Č. BUDĚJOVICE	
ŠPATNÁ	DOBRÁ	DOBRÁ	DOBRÁ	4_7

 první číslo značí počet léků, které P/K zná, druhé číslo z celk. počtu užív. léků

Vysvětlivky:

0 značí žádnou edukaci zdravotnickým personálem

DOBRÁ značí nejnižší nutnou míru edukace z objektivního hlediska

VÝBORNÁ maximální možná edukace dle spokojenosti klienta

ŠPATNÁ značí neochotu spolupracovat, projevuje se i nespoluprací v léčbě a špatnými výsledky

Klientova spolupráce od začátku špatná. Charakter svého onemocnění před hospitalizací znal dobře. Edukován na lůžkové části i v kardiocentru byl dobře a zná 4 léky z celkových 7 užívaných.

*Zdroj: Vlastní výzkum.*

Tabulka 3.1: Farmakologická terapie klienta 01 a znalost užívaných léků

<b>DRUH FARMAKA</b>	<b>DÁVKOVÁNÍ</b>	<b>INDIKAČNÍ SKUPINA</b>
PRESTARUM NEO	1-0-0	antihypertenzivum
LANZUL	1-0-0	inhibitor protonové pumpy, antiulcerózum
SORTIS 20 MG	0-0-1	hypolipidemikum
TROMBEX 75 MG	1-0-0	antiagregační látka
TIAPRIDAL	0-0-2	antipsychotikum, neuroleptikum
ZINNAT 500 MG	1-0-0	širokospektré antibiotikum z II. generace cefalosporinů
BETALOC ZOK 50 MG	1-0-0	antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Klient nezná žádné léky, které užívá.

Tabulka 3.2: Farmakologická terapie klienta 02 a znalost užívaných léků


DRUH FARMAKA	DÁVKOVÁNÍ	INDIKAČNÍ SKUPINA
PLAVIX	1-0-0	antikoagulans, inhibitor agregace trombocytů
ANOPYRIN 100 MG	0-1-0	antiagregans
DILATREND 25	1-0-1	antihypertenzivum (blokátor alfa + beta-adrenergních receptorů)
PRESTARUM NEO	1-0-0	antihypertenzivum
PREDNISON 20	0.5-0-0	hormon skupiny glukokortikoidů
ORTANOL	1-0-1	antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
FURON 40 MG	1-0.5-0	diuretikum
FRAXIPARIN MULTI 0,3 ML	V 19 HOD	antikoagulans, antitrombotikum
HUMULIN R 100 M.J./ML	6-6-6J.	antidiabetikum, biosyntetický lidský inzulin

 P/K zná konkrétní léky, zbytek nezná

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka 3.3: Farmakologická terapie klienta 03 a znalost užívaných léků

DRUH FARMAKA	DÁVKOVÁNÍ	INDIKAČNÍ SKUPINA
PLAVIX	1-0-0	antikoagulans, inhibitor agregace trombocytů
ANOPYRIN 100 MG	0-1-0	antiagregans
ATORIS 10	0-0-1	hypolipidemikum
FURON 40 MG	1-0-0	diuretikum
KALNORMIN	1-0-1	minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem
ATRAM 6,25	1-0-1	antihypertenzivum (blokátor alfa + beta-adrenergických receptorů)

 P/K zná konkrétní léky, zbytek nezná

*Zdroj: Vlastní výzkum*



Tabulka 3.4: Farmakologická terapie klienta 04 a znalost užívaných léků

DRUH FARMAKA	DÁVKOVÁNÍ*	INDIKAČNÍ SKUPINA
ANOPYRIN 100 MG		antiagregans
ATORIS 40		hypolipidemikum
BETAXA 20		antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor
CORDARONE		antiarytmikum
FRAXIPARINE		antitrombotikum, antikoagulans
FURON 40 MG		diuretikum
FURORESE 20 INJ		kličkové diuretikum
KALNORMIN		minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem
KARDEGIC 0,5 G		antiagregans, antitrombotikum
LANZUL 15 MG		antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
MILURIT 300		antiuratikum
PRESTARUM NEO		antihypertenzivum
TRALGIT 100 INJ		analgetikum, anodynum
UNASYN		širokospektré antibiotikum, kombinace ampicilinu a sulbaktamu (AMS)
VEROSPYRON		diuretikum šetřící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum
ZIBOR 2500 IU 0,2 ML		antikoagulans, antitrombotikum

\* neukončený výzkum, klient přeložen na jiné oddělení z důvodu zhoršení celkového zdravotního stavu, nebo exitus letalis

 P/K zná konkrétní léky, zbytek nezná


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Tabulka 3.5: Farmakologická terapie klienta 05 a znalost užívaných léků

DRUH FARMAKA	DÁVKOVÁNÍ	INDIKAČNÍ SKUPINA
PLAVIX	1-0-0	antikoagulans, inhibitor agregace trombocytů
ANOPYRIN 100 MG	0-1-0	antiagregans
TORVACARD 20	0-0-1	hypolipidemikum
EGILOK 25 MG	1-0-1	antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor
GOPTEN 4 MG	0-0-1	antihypertenzivum, ACE inhibitor

Tabulka 3.6: Farmakologická terapie klienta 06 a znalost užívaných léků

DRUH FARMAKA	DÁVKOVÁNÍ	INDIKAČNÍ SKUPINA
PLAVIX	1-0-0	antikoagulans, inhibitor agregace trombocytů
ANOPYRIN 100 MG	1-0-0	antiagregans
AMPRILAN 2,5	1-0-0	antihypertenzivum, ACE inhibitor a diuretikum
SORTIS 20 MG	0-0-1	hypolipidemikum
EGILOK 25 MG	1-0-1	antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor
FURON 40 MG	0,5-0-0	diuretikum
HUMULIN M3	16-0-12 MJ	antidiabetikum, směsný biosyntetický lidský inzulin

 P/K zná konkrétní léky, zbytek nezná

*Zdroje: Vlastní výzkum*

Tabulka 4.1: Přehled edukace prostřednictvím praktického lékaře (PL) po propuštění

01.	PÉČE RODINY KONTROLY TK, P U PL KONTROLA FW, CRP, UREY, KREATININU, IONTŮ U PL DO 14 DNŮ KONTROLA RTG PLÍCE + SRDCE ZA 2 TÝDNY
03.	DIETA ANTISKLEROTICKÁ PLAVIX UŽÍVAT MINIMÁLNĚ 1 MĚSÍC, OPTIMÁLNĚ 9-12 MĚSÍCŮ, ANOPYRIN TRVALE KONTROLY TK, SF, EKG, IONTŮ PRAVIDELNĚ, LIPIDOVÉHO SPEKTRA, HORMONŮ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY DLE POTŘEBY DISPENZARIZACE NA KARDIOL. AMB. PŘES PL VÝHLEDOVĚ ACE INHIBITORY, KTERÉ ZATÍM NENASAZUJEME VZHLEDEM KE SKLONU K NIŽŠÍM TLAKŮM
05.	SEKUNDÁRNÍ PREVENCE ICHS KONTROLA V KARDIOL. AMB. ZA MĚSÍC + LIPIDOGRAM, DISPENZ. V ČB, OBJEDNÁ SE SÁM PLAVIX UŽÍVAT MINIMÁLNĚ 1 MĚSÍC, OPTIMÁLNĚ ROK, ANOPYRIN TRVALE LÁZEŇSKÁ LÉČBA
06.	PLAVIX MINIMÁLNĚ 1 MĚSÍC, LÉPE 12 MĚSÍCŮ, ANOPYRIN TRVALE KONTROLA KARDIOLOGEM ZA 1 MĚSÍC, PŘI OBTÍŽÍCH DŘÍVE KONTROLA DIABETOLOGEM PŘEVAZY PAHÝLU LDK DENNĚ S BETADINE SOL., KRYTÍ A PO VÍKENDU KONTROLA NA CHIRURGICKÉ AMBULANCI V MÍSTĚ BYDLIŠTĚ, PŘI OBTÍŽÍCH DŘÍVE

Označení klientů, absence 02 a 04 z důvodu radikálního zhoršení zdravotního stavu bez výhledu na propuštění a následnou edukaci, nebo exitus letalis  
 Opakující se body u různých klientů  
 Opakující se body u různých klientů

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5.1: Dodržování zdravého životního stylu

<b>Klient</b>	<b>ZŽS</b>	<b>KOMP</b>
01.	NE	NE
02.	ANO	ANO
03.	ANO	ANO
04.	NE	NE
05.	NE	ANO
06.	NE	NE

ZŽS: Zdravý životní styl a jeho dodržování

KOMP: Uvědomění si potenciálních komplikací při nedodržení ZŽS

*Zdroj: Vlastní výzkum*

## 5 DISKUZE

Předmětem bakalářské práce bylo zjistit, zda klienti po kardiologických onemocněních či kardiaci po edukaci všeobecnou sestrou dodržují zdravý životní styl. Zmapovat znalost svého základního onemocnění, dodržování zdravého životního stylu a edukační schopnost v průběhu hospitalizační fáze. Zjišťoval jsem dále i znalosti aktuálně užívaných léků a formu edukace prostřednictvím praktického lékaře každého klienta. Objektem výzkumu bylo 6 klientů, toho času hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče (JIP) interního oddělení Nemocnice Písek, a.s. Kdybych směl výsledky výzkumu globalizovat, na moderní pojetí edukace v ošetrovatelství, jak jej uvádí Juřenínová, zatím nedosahujeme. Předpokládal jsem, že pokud klient zná pravidla zdravé životosprávy, zná i pravděpodobné důsledky dopadů potenciálních komplikací. Zjistil jsem ale, že to není pravidlo. Mnozí klienti pojem edukace neznají, toto jsem však v práci nezohledňoval. Jsem celkem překvapen, že na poli edukace v ošetrovatelství je tak málo odborné literatury zaměřené právě tímto směrem. Existuje obrovské množství rozmanitých praktik ošetrovatelství, kde je možné toto hledisko uplatnit. Možná by to mohla být výzva pro publikaci jakéhokoli druhu se zaměřením na onu oblast ošetrovatelství, podle mne tolik potřebnou.

Výsledky jsem nejdříve zpracoval do přehledných kazuistik. Držel jsem se sledu od osobní anamnézy, přes nynější onemocnění, poté jsem anamnézu doplňoval informacemi, které z rozhovoru vyplynuly jako důležité nebo zajímavé dle vlastního uvážení. Od jedné klientky jsem tak například zjistil, že ranní brzké vstávání bylo pro ni vlastně obrovským stresovým faktorem. U té samé klientky byla nejlepší pozitivní sociální anamnéza, přesto se její zdravotní stav nečekaně zhoršil (příliš rizikových faktorů) po dvou dnech, ale to předmětem výzkumu nebylo. Edukace byla během hospitalizace na dobré úrovni. Informace a data jsem dále zpracoval do výsledných přehledných tabulek, kterých je celkem 15 (IV typy, z toho jsou 2 tabulky souhrnné). První typ zohledňuje celkovou spolupráci klientů, prehospitalizační i hospitalizační edukaci a znalost léků. Hospitalizační edukace je rozdělena v případě, že klient byl indikován k intervenci do spádového kardiocentra. Spolupráce se odvíjí vždy od aktuálních schopností komuniko-

vat nejen ze strany klienta ale i všech zainteresovaných zdravotníků. Mnohdy je to právě střední zdravotnický personál (všeobecná sestra), který je zodpovědný za komunikační schopnosti mezi zdravotnickým zařízením a lékaři. Z výsledků tabulky typu jedna je patrné, že edukačně je na tom mnohem lépe vyšší pracoviště, než pracoviště ambulantního nebo lůžkového typu, byť v případě objektu tohoto výzkumu intenzivní péče. Pouze u jednoho klienta jsem zaznamenal celkovou nespokojenost s edukací na všech úrovních (jen ne vyšší, ta zůstala bez indikace) ale vzhledem k tomu, že téměř vůbec nespolupracoval, dá se s určitostí hovořit o celkově špatném přístupu klienta jako takového. Klient s hraniční poruchou osobnosti, zřejmě narcisní. Možná právě proto je cítit odstup zdravotnického personálu, ve snaze něco těmto klientům sdělit dávají najevo pohrdání, pak není divu, že se dozví méně, než kdyby spolupracovali. Sebelítost, negativní způsob života, pocit nepochopení ze strany okolí, mohou být průvodní psychické příznaky této poruchy osobnosti. Tito klienti pak jakoukoli snahu o edukaci ze strany okolí nepřiznají. Neměli by vlastně důvod sami v sobě chovat se odmítavě, takže pravdu se od nich dočkat nemůžeme. Poté, co provedu rozhovor dozvídám se, že klient je skutečně problematický, odmítavý, nespolupracující. Pokouším se tak eliminovat předsudky zdravotnického personálu.

V oblasti edukace není podle mého názoru na místě zjišťovat obsáhlým rozhovorem skutečnosti, které jsem schopen zjistit pouze v pár otázkách. Přesto jsem se snažil vytěžit maximum a otázky volit nestandardizovaným rozhovorem vždy aktuálně vzhledem ke zdravotnímu i psychickému stavu klienta.

Znalost léků se promítla jak do typu tabulek I tak typu II. Chtěl jsem názorně ukázat, jaké druhy léků tito klienti užívají, kolik léků aktuálně užívají a kolik léků znají. Jako zajímavost zde vystupuje údaj dávkování. Ztížené rozeznávání léků to měli ti, kteří si na lék určení vzpomenou pouze potom, co spatří logo na obale, nebo lék samotný. Podotýkám, že rozhovory s klienty probíhaly vždy v lůžkové části, kde své léky volně k dispozici nemají (nejen z bezpečnostních důvodů). Nikdo z klientů neznal všechny léky, za to ti, co užívali anopyrin 100 mg věděli to. Tento fakt správně koreluje s tabulkou typu III, kde je užívání tohoto léku přikázáno trvale u tří klientů ze šesti. Po-

kud se ještě vrátím k nutnosti znát svůj lék, tak snad i z praktického důvodu pro nás zdravotníky. Praktické zkušenosti totiž ukazují na skutečnost, že zdaleka nebývá pravidlem znalost aktuálně užívaných léků. Řekl bych, že ti nejschopnější si své léky zapisují na kus papírku a vkládají do dokladů nebo do peněženky. Zde navážu na výsledky výzkumu, protože žádnému z klientů jsem neakceptoval návrh přečíst si seznam léků z onoho papírku. Ne proto, že bych chtěl klienty trápit, ale pro jejich aktuálnost. Nemusí být jejich vinou znalost léků stoprocentní, jde ale o výsledek jako o fakt. Celkem mile mě překvapil i výsledek klienta 06. Znalost 4 farmak ze 7 hovoří spíše o nespolupráci a snad únavě životem, než o sníženém intelektu. Nedostatek 3 léků nepovažoval za život důležité.

Poslední, IV. typ tabulky (tab. 1.5, s. 52), názorně ukazuje paradox, že většina klientů nedodrží zdravý životní styl, přestože si většina z nich uvědomuje s tím spojená zdravotní rizika a komplikace.

Rád bych zdůraznil, že mi mnohdy nestačilo tvrzení některého z klientů, ale že některé informace bylo přímo nutné ověřovat i jinde. Buď jsem hledal souvislost tvrzení se jejich zdravotnickou dokumentací, nebo jsem musel zavítat do dokumentace např. zdravotnické záchranné služby (zvláště potom, co klient s nimi přišel do styku). Ověřením jsem zjistil fakt, že klient si chválil všeobecnou sestru, která s ním ve vozidle realizovala edukační proces k eliminaci klientova strachu, k obeznámení s budoucími diagnostickými a terapeutickými výkony apod. U první souhrnné tabulky jsem bral v potaz téměř všechny vedlejší diagnózy. Nebral jsem vážně jen ty, které podle mého názoru s kardiologií nesouvisí vůbec. Chtěl jsem tak názorně ukázat na případnou polymorbiditu a souvislost se zhoršením zdravotního stavu. Zarazil mne např. klient, který si s retrosternální bolestí došel po třech dnech sám, přesto že již infarkt myokardu v anamnéze má. Ukázalo to na skutečnost, že nesmíme brát vážně jako skutečnost, pokud anamnéza bude pozitivní. Prožít to mohl, ale edukace ho bohužel dříve minula. Lázně byly ošetřujícím lékařem doporučeny, následně všeobecnou sestrou vysvětleny jednomu klientovi. Příklad jednoho klienta (klient 05) ukazuje, že polymorbidita nutně

neznamená horší výhledy do budoucna, sociální anamnéza velice pozitivní, z čehož vyplývá nutnost psychické pohody.

Při propouštění řekl bych je edukační minimum prostřednictvím praktického lékaře, viz doporučení ošetřujícímu lékaři. Vesměs všichni znají princip výkonu PCI, pokud je ale něco bolí, ostýchají se ptát na vše ostatní. Klient 06 zcela kouřit nepřestal. Přesně typ člověka, který své onemocnění tak nepochopitelně podceňuje, že ho nevaruje ani amputace dolní končetiny pro nevratné postižení cév a neuropatii v důsledku diabetu mellitu (zdravotní stav navíc zhoršuje zmiňované kouření).

Z uvedených hodnot tabulek je patrné, že klienti většinou nedodržují pravidla zdravého životního stylu, přestože tyto vědomosti získali mnohdy již dávno před aktuálním onemocněním. Ve snaze zachytit celkovou dobu hospitalizace jsem se k těm samým nemocným vracel. U jedné klientky došlo k výraznému zhoršení zdravotního stavu, byla přeložena na jiné oddělení a jiná klientka zemřela, proto je údaj o celkové době hospitalizace zdůrazněn jako nevýznamný.



## 6 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda klienti po kardiologických onemocněních či kardiaci po edukaci všeobecnou sestrou dodržují zdravý životní styl. K tomuto cíli se pojí následující výzkumné otázky. Zejména zjistit, zda klienti měli před onemocněním dostatek informací o zdravém životním stylu. Dále zjistit, zda klienti mají nyní dostatek informací a kde informace získali. Další výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda kardiaci dodržují doporučený životní styl a zjistit, zda klienti vědí, že při nedodržení zásad mohou nastat závažné komplikace. Výzkum ukázal, že většina klientů měla dostatek informací o svém zdravotním stavu i o zásadách zdravého životního stylu. Bohužel málokdo tyto zásady zdravého životního stylu dodržuje, přestože si uvědomují dopady na svůj zdravotní stav při tomto nedodržování. Domnívám se, že cíl práce byl splněn. Bylo by ale skvělé, věnovat pozornost edukaci všeobecnými sestrami jako takové. Navrhoval bych zpracování výzkumu na podobné téma, ať už metodou kvalitativní, nebo kvantitativní.

Co se samotné problematiky edukace týká, tak počátek komunikace samotným představením se s podáním ruky a vysvětlením, které zásahy budou následovat. Toto by se mělo podle mého názoru stát standardem dneška. V dnešním boji o zákazníka, klienta, při zvyšování podmínek standardů, investování do akreditací zdravotnických zařízení, toto je podle mne cesta nevyhnutelná. Dále bych apeloval na rozšiřování větší osvěty, která by se měla zaměřit na vysvětlování principu životosprávy, pitného režimu, léčebných i diagnostických metod, samozřejmě před jejich použitím. Zjistil jsem, že pokud se klientům vysvětlí princip, spolupracují poté snáze. Sami z praxe víme, že se nelze spokojit s vysvětlením jen jednou ale je nutno brát v úvahu mentální schopnosti klienta a věk (kromě jiného). Zajímavé je, že přestože holding Nemocnice České Budějovice, a.s. zahrnuje i Nemocnici Písek, a.s., je chování zdravotnického personálu globálně odlišné. Dle slov klientů jsou to právě horší komunikační schopnosti menší nemocnice. Odbornost a vysoká specializace vyžaduje určité osobnostní předpoklady ale ani ty nemusí být nutnou samozřejmostí. Například, klientka vůbec nedávala do souvislosti dušnost a objektivně zhoršující se levostranné selhávání srdce. Stačilo jen klientku závažně důsledně edukovat, vysvětlit jí příčinu a souvislosti. Možná by se více šetřila a

místo momentu fyzické zátěže si dopřála více odpočinku. V případě zhoršení (ne akutního ohrožení života) tak mohla navštívit svou praktickou lékařku, která by určitě zvolila vhodnou a adekvátní léčbu (pokud by jí rovnou nevolala zdravotnickou záchrannou službu).

Předmětem tohoto kvalitativního výzkumu nebylo zjišťování samotné formy či frekvence edukace všeobecnými sestrami. Zpracování nestandardizovaných rozhovorů a sekundární analýzy dat je velice náročné, proto bych doporučil někomu z řad studentů chopit se podobného výzkumu, právě na téma formy edukace všeobecnými sestrami, tentokrát metodou kvantitativní.

## **7 KLÍČOVÁ SLOVA**

Akutní infarkt myokardu

Edukace

Ošetřovatelství

Všeobecná sestra

Zdravý životní styl

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B., HAROLD, C. *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. 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>.
3. 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>.
4. 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.
5. ČÍŽKOVÁ, L. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
6. ERDMANN, E. *Klinische Kardiologie*. 7. vyd. Germany: Springer, 2008, 581 s. ISBN 978-3-540-79010-5.
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin SR: Osveta, spol. s.r.o., 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4.
8. FENEIS, H. *Anatomický obrazový slovník*. 2. české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996. 464 s. ISBN 80-7169-197-6.
9. 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.
10. JUŘENÍNOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
11. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha 2007 Grada Publishing, a.s. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
12. KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 481 s. ISBN 978-80-7262-604-5.

13. 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.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 549 s. ISBN 978-80-2472-548-2.
15. 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.
16. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
17. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
18. LANGMEIER, M. a kol. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
19. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
20. 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>.
21. POČTA, J. A KOL. *Kompendium neodkladné péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996, 272 s. ISBN 80-7169-145-3.
22. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M., A KOL. *Ošetrovatelství I/I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, s.r.o., 1996. 235 s. ISBN 80-85427-93-1.
23. RYBKA, J. A KOL. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 288 s. ISBN-10: 80-247-1612-7.
24. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9.
25. 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.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
28. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J. *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0866-3.
29. 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.
30. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *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<sup>®</sup> 12, defibrilace komorové tachykardie (viz klient

Příloha 3: Seznam vlastních zkratk a vysvětlivek

## 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:

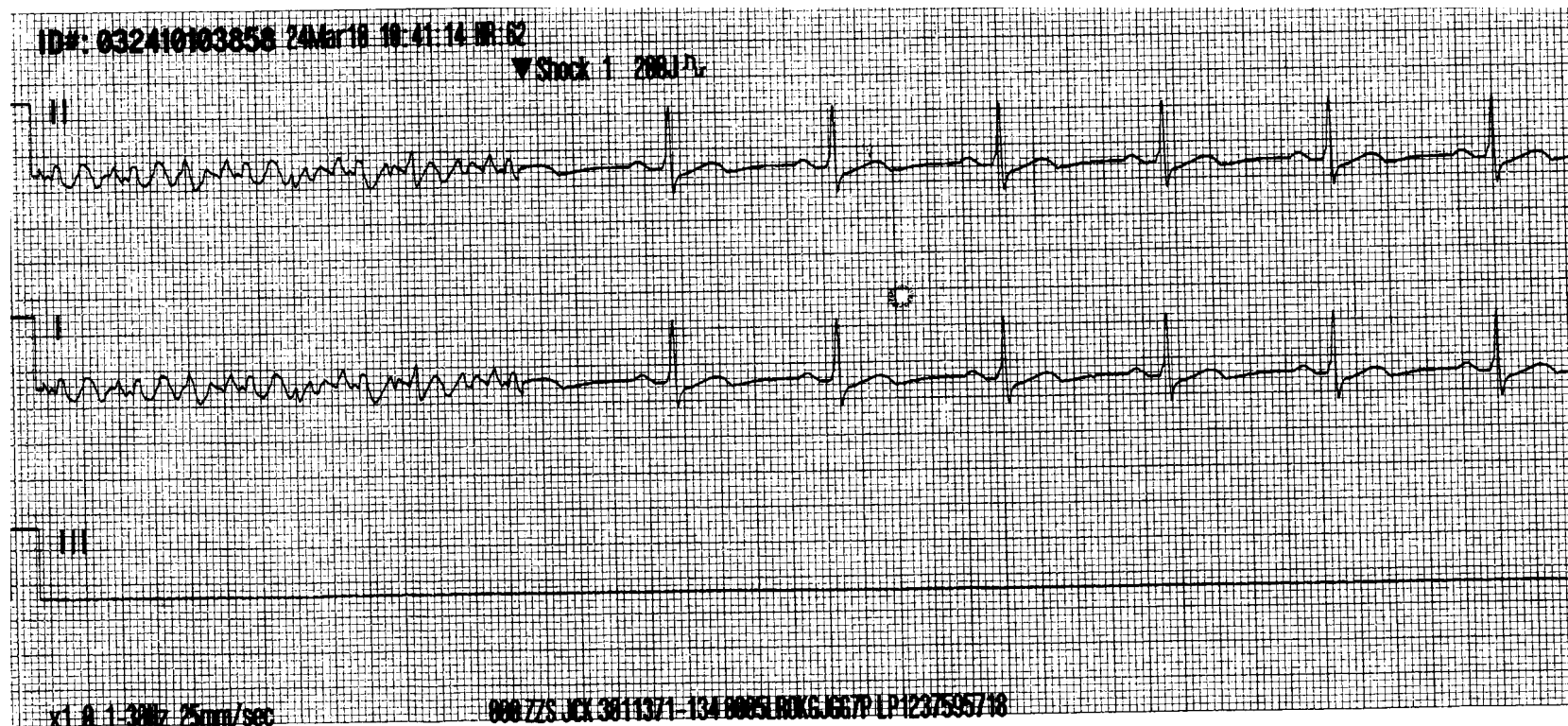
$$\text{BMI} = \text{hmotnost [kg]} / \text{výška [m]}^2$$

*Hmotnost se uvádí v kilogramech, výška v metrech.*

*Zdroj: Vlastní výzkum*



Příloha 2: EKG záznam LIFEPAK<sup>®</sup> 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: Seznam vlastních zkratk a vysvětlivek

P/K: pacient, klient

PH/time: poslední hospitalizace, z časového hlediska

KOM: komunikace POZ/NEG

HDG: hlavní diagnóza, pro kterou byl kardiak hospitalizován (výzkumem sledován)

VDG: další podstatné diagnózy, v souvislosti s kardiovaskulárním aparátem

AS: aortální stenóza

CMP: cévní mozková příhoda

EH: esenciální hypertenze

KO: klinický obraz, myšleno jako nejdůležitější důvod hospitalizace

Stenok.: stenokardie

PS: pochopení situace v okamžiku rozhovoru, P/K ví, zná důvod hospitalizace

INTERV.: intervence, proběhla-li, odkud

KONZ: konzervativní postup

DH: délka hospitalizace ve dnech

SA: sociální anamnéze, respektive zázemí rodiny POZ/NEG

O: obezita

RA: revmatická artritida

DM: diabetes mellitus

EDU: edukace 0\_1 (předchorobí NE/za současného stavu ANO)

LI: levostranná srdeční insuficience

FiS: fibrilace síní

TR: trikuspidální regurgitace

CZI: chronická žilní insuficience

DUŠ: dušnost

ČB/KONZ: České Budějovice, konzilium, kardiocentrum

PÍ/NCH: Písek, neurochirurgie

FS: flutter síní

MA: mozková ateroskleróza

V: vertigo

NCMP: náhlá cévní mozková příhoda

AIM: akutní infarkt myokardu, aktuálně jako nejdůležitější diagnóza nemocných

FiK: stav po fibrilaci komor

PCI: stav po PCI

ICHS: ischemická choroba srdeční

IM: stav po infarktu myokardu

HL: hyperlipidemie

O: obezita

CMV: stav po těžké citomegavirové infekci s DIC

ICHDK: ischemická choroba dolních končetin

N: nikotinismus

A: stav po amputaci LDK

ZŽS: dodržování zdravého životního stylu

KOMP: uvědomění si potenciálních komplikací klientem

*Zdroj: Vlastní výzkum*