



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Štěpánka Laubeová

Edukace pacienta s kardiovaskulárním onemocněním
Edukace pacienta v edukačních procesech

Education of patients with cardiovascular disease
Education of patient in educational processes

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Ing. Klára Burišková

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 5. 6. 2016

ŠTĚPÁNKA LAUBEOVÁ
podpis

.....

Identifikační záznam

LAUBEOVÁ, Štěpánka. Edukace pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. [Education of patient with cardiovascular disease]. Praha, 2016. s. 58, příl. 4, Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. et Ing. Burišková Klára

ABSTRAKT

Úvod: Bakalářská práce se zabývá edukací pacientů na oddělení kardiovaskulární chirurgie, kde pracuji. Typ práce je teoreticko-empirický. Teoretická část se zabývá celkovým edukačním procesem, pojmem edukace a významem ve zdravotnictví s dalšími zásadami a formami edukace a pojmy, které se týkají edukace. Další částí teoretické práce je popis kardiovaskulárních onemocnění, rizikových faktorů a následné léčby.

Metodika: Empirická část je realizována kvantitativním výzkumem pomocí dotazníků. Skupina respondentů je v rozmezí 18- 60 let a více. Cílem práce bylo zjistit, zda znají pojem edukace, a v jaké míře jsou pacienti edukováni v edukačních procesech, které probíhají na oddělení, v jakých procesech jsou nejčastěji edukováni a jak jsou chápány, dále zjistit jakým nejčastějším způsobem jsou informace podávány a kde shledávají nejčastější bariery při edukaci. Jedním z posledních cílů bylo zjištění, zda mají pacienti dostatek informací dalších možnostech své léčby. Význam práce spočívá ve zmapování probíhající edukace, zjistit nedostatky v určitých edukačních procesech a určit návrhy na zvýšení kvality edukace.

Výsledky: Zjistila jsem, že polovina dotazovaných byla seznámena s pojmem edukace ale ani tato polovina respondentů se celkově neorientuje v edukačních procesech.

Z dalšího výzkumného šetření jsem došla k závěru, že edukace v určitých oblastech byla dostačující např. těch, které se týkaly zaměření na oblast rehabilitace, ale bohužel v dalších oblastech vychází následující edukace jako nedostatečná, převážná většina respondentů odpovědělo nevím. Zde edukace také proběhla, ale bez dostatečného významu.

Dále dotazníkové šetření nepřineslo vhodné odpovědi na zjišťování pohybové aktivity a rizikových faktorů, včetně kouření.

Závěr: Proto si myslím, že by bylo velmi přínosné mít na oddělení vyškolenou edukační sestru, která by byla schopna dostatečně edukovat pacienty aby se lépe vyznali, v čem konkrétně spočívá význam edukačních procesů a aby podané informace byly dostatečně zkvalitněny.

klíčová slova: edukace pacientů, kardiovaskulární onemocnění, ateroskleróza, hypertenze

ABSTRACT

Background: This thesis deals education of patienton the departmen of cardiovascular surgery where I work. Type of the work is theoratical- empirical. The theoretical part deals overall educational proces, concept of education, signifikance in health care with other principles and forms of education and concepts concerning education. Other parts of the theoretical work is a description of cardiovascular diseases, risk factors and subsequent treatment.

Methods: The empirical part is realized the quantitative research using questionnaires. The group of respondent sis between 18-60 years and over. The aim of my work was to determine in they know the concept of education and the extent to patients are educated in educational proces taking place in the department in which processes are most educated as understood, to find out hoiw the most common way informations are delivered and where they find the most common barriers. The last of the goals was to determine if patients have enough information about other options for their treatment. Meaning of work consists of mapping of ongoing education to identify shortfalls in certain educatinal processes and to identify proposals for improving the quality of education.

Results: I found that half of those surveyed were familiar with the concept of education but even this half of the respondents are generally not geared to educational processes. I came to the conclusion from the research the education in certain areas was sufficient, which is principally concerned with education in the field of rehabilitation. In other educational processes based on the folloving education inadequate because the majority of respondents answered do not know. Education here also takes place but without sifficient signifikance. Additional survey did not bring an adequate response to the detection of psysical aktivitiy and risk factors including smoking.

Conclusions: I think that would be very beneficial to have a department trained educational sister, who would be able to educate the patients to better identify what specifically is the importance of educational processes.

keywords: education of patients, cardiovascular diseases, atherosclerosis,hypertension

Poděkování

Děkuji moji vedoucí práce Mgr. Et Ing. Kláře Buriškové za odbornou pomoc a vstřícný přístup při psaní mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala mým spolupracovnicím, které mi pomohly s výběrem vyplněných dotazníků od pacientů v době mé nepřítomnosti na oddělení. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která mi poskytla podporu.

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Teoretická část	8
2.1	Edukační proces	8
2.1.1	Pojem edukace	8
2.1.2	Význam edukace ve zdravotnictví	9
2.1.3	Základní zásady při edukaci	9
2.1.4	Typy a formy	9
2.1.5	Faktory ovlivňující edukaci	10
2.1.6	Fáze edukačního procesu	11
2.1.7	Edukace v ošetrovatelské praxi.....	12
2.2	Kardiovaskulární onemocnění	13
2.2.1	Rizikové faktory	13
2.2.2	Druhy kardiovaskulárních nemocí.....	15
2.2.3	Léčba.....	16
3	Empirická část.....	19
3.1	Cíle výzkumu.....	19
3.1.1	Metodika výzkumu a cílové otázky	19
3.1.2	Výzkum v oblasti edukace v zahraničí a ČR	20
3.1.3	Analýza dat	23
3.1.4	Charakteristika respondentů	23
3.1.5	Výsledky výzkumu	42
4	Diskuze	46
5	Závěr	48
6	Seznam použité literatury	49
7	Seznam použitých zkratk	52
8	Přílohy.....	53

1 Úvod

Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou úmrtí nejenom v České republice, ale i ve většině zemí světa. Podílí se na 55% všech úmrtí. Nejčastější hrozbou pro kardiovaskulární systém představuje ischemická choroba srdeční. Většina kardiovaskulárních onemocnění má příčinu v nadměrném příjmu živočišných tuků a tím následnou hypercholesterolemií, nedostatkem pohybu, stresem, neléčenou hypertenzí, kouřením a v neposlední řadě rodinnou dispozicí. Zlepšení prognózy onemocnění nastalo v posledních letech s velkým rozvojem terapeutických a diagnostických metod. Jednou z důležitých rolí v prevenci kardiovaskulárních onemocnění je také včasná edukace pacienta. Edukace by měla být nezbytnou součástí nejen ošetrovatelského procesu, ale i primární, sekundární a terciální prevence.

Cílem této práce je zjištění problematiky edukace pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. Zmapování problematických oblastí, které jsou v souvislosti s poskytováním edukace pacientům na klinice kardiovaskulární chirurgie.

2 Teoretická část

2.1 Edukační proces

Dle Juřeníkové (2010, str. 1) edukačním procesem je „*činnost lidí, při které dochází k učení, a buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně)*“. Procesy tak mohou začínat již od prenatálního života až do smrti. Takovým příkladem může být osvojení si mateřského jazyka dítětem, které se učí komunikačním schopnostem při kontaktu s matkou a s ostatními lidmi kdy dítěti předávají své dovednosti záměrně.

Učení je vlastní aktivní činnost, při které se rozšiřují poznatky, postoje a zájmy. Mezi základní druhy učení řadíme senzomotorické, kognitivní, sociální a tyto druhy se mohou vzájemně kombinovat a prolínat. Uplatněním edukace do praxe získává pacient nové zkušenosti, vědomosti a návyky. Edukační proces také označujeme jako děj, při kterém hlavní informace předává edukátor edukantovi, přičemž edukant si rozšiřuje své znalosti a dovednosti. (Brejchová, 2012)

2.1.1 Pojem edukace

Pojem edukace vychází z latinského slova *educare*, *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Dále pojem edukace lze označit jako proces neustálého ovlivňování chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho postojích, dovednostech a návycích. Edukace znamená tedy výchovu a vzdělání určitého jedince a oba pojmy se navzájem prolínají. (Juřeníková, 2010). Od edukace nemocných se hlavně očekává jejich aktivní zapojení do léčby a tím se zvyšuje šance na dosažení celoživotní kontroly nemoci. Dalším aspektem edukace je snížení strachu, úzkosti a obav. Existuje mnoho způsobů edukace - ať již osobní rozhovor, masmédiá, besedy, tištěné materiály. Edukace se prolíná celou léčebně- preventivní péčí, je součástí každého sebemenšího kontaktu mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Výsledkem správně vedené edukace je dobře poučený a spolupracující pacient. Pacient tvoří spolu se zdravotníky tým a díky této spolupráci se daří posílit zdraví a udržet nemoc na dobře zvladatelné úrovni. (Doupalová, 2008)

2.1.2 Význam edukace ve zdravotnictví

Dle Juřeníkové (2010) má edukace určitá specifika ve zdravotnických zařízeních, které se zabývají především péčí o zdraví svých klientů, ale edukace by měla být také v souladu s metodami péče. Dále v rámci hodnocení kvality života pacientů s kardiovaskulárním ale i s jiným chronickým onemocněním, jsou využívány tzv. generické nástroje. Jsou to specifické nástroje vytvořené s cílem zjistit, jaký dopad mají jednotlivá onemocnění a jejich léčba na aktivity života. (Gurková, 2011)

Dále některé klinické postupy mohou být také používány jako edukační a studijní materiál pro pregraduální i postgraduální vzdělávání zdravotnických pracovníků. (Jarošová, Zeleníková, 2014)

2.1.3 Základní zásady při edukaci

- „*přednášená informace by měla být jednoduchá, na úrovni pacientova chápání*
- *odhadnutí emocionálního stavu, informovanost o probíhajícím onemocnění*
- *brát zřetel na intelekt a věk pacienta*
- *opakování podaných informací, bez rozdílu intelektu si nemocní pamatují 2-3 podané informace a to ty, které byly podány na začátku rozhovoru a ty, na které byl kladen důraz.*
- *zamezit falešným dezinformacím o nemoci, hlavně u nemocných, kteří již prodělali onemocnění.“*(Szabová, 2007, str. 22-23)

2.1.4 Typy a formy

Dle Juřeníkové (2010) je hlavním úkolem edukace přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví a přispět dostatečně ke zlepšení kvality života jedince.

Dále dle Juřeníkové (2010) má edukace významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence.

- Primární prevence- edukace je cíleně vedena na zdravé jedince a dále na prevenci onemocnění a udržení jejich současného zdraví.
- Sekundární prevence- edukace probíhá u již nemocného jedince. Je vedena ke zlepšení a ovlivnění vědomostí, dovedností a postoje jedince k dalšímu možnému pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a předcházení možných komplikací (např. odvykání kouření). Edukace je převážně zaměřena na udržení soběstačnosti, léčebného režimu, udržení prevence recidivy onemocnění.
- Terciální edukace- edukace je vedena na pacienty, kteří již mají trvalé a nezvratné změny ve svém zdravotním stavu. Je hlavně orientována na zlepšení kvality života, aby nedošlo k dalším možným komplikacím.

V ošetrovatelství nehraje nemoc dominantní úlohu, pro setru je snazší vidět za konkrétní nemocí nemocného člověka. Profesionální přístup k pacientovi, vede ve vnímání pacienta jako člověka s jeho vlastním pojetím nemoci a vnímáním jeho nemoci jako ošetrovatelského problému. V praxi to znamená diagnostikovat pacientovo pojetí nemoci a přizpůsobit mu obsah edukace. (Vachková, 2011)

Dle Juřeníkové (2010, str. 20) lze edukaci rozdělit na:

- „základní
- reedukační
- komplexní“

Za základní edukaci lze považovat takovou edukaci, kdy předáváme jedinci nové informace, dovednosti a klient je motivován ke změně hodnot a postojů. Příkladem může být edukace u nově diagnostikovaného pacienta s hypertenzí.

Za reedukační edukaci považujeme takovou edukaci, při které máme možnost navázat na předcházející znalosti edukovaného pacienta. Příkladem může být označen pacient s prodělaným onemocněním.

Za komplexní edukaci považujeme edukaci, kdy pacientovi jsou etapově předávány ucelené vědomosti. Nejčastěji se tento typ provádí v kurzech (např. kurzy pro diabetiky). (Juřeníková, 2010)

2.1.5 Faktory ovlivňující edukaci

„ Sestra je významným činitelem, který ovlivňuje úroveň compliance nejen u jednotlivce, ale také u jeho rodiny, či komunity kde žije. Ošetrovatelské intervence pak budou vycházet z výsledku komplexního dotazování a měly by mít celkový a širší dopad na rodinný a sociální systém. „ (Jarošová, 2007, str. 51)

Při edukaci mohou vznikat určité bariery, které proces edukace můžou negativně ovlivnit. Takové situace by měl zdravotnický pracovník včas předvídat a odstranit.

1) *„Překážky ze zdravotnického systému:*

- *absence lidského přístupu ošetřujícího personálu*
- *ignorování potřeb pacienta*
- *roztříštěnost edukace*
- *nevhodná komunikace s pacientem*
- *podceňování edukačního procesu ze strany zdravotnického personálu*
- *nevhodný vliv prostředí (ztráta soukromí)*
- *málo času ze strany zdravotníků*

- *nedostatek tištěného materiálu*“(Svěráková, 2012, str. 37)

2) *„Překážky ze strany pacienta a rodiny:*

- *Osobnostní rysy pacienta*
- *Nízká motivace pacienta*
- *Špatná adaptace pacienta na nemoc*
- *Věk*
- *Celkový stav pacienta*
- *Popření potřeb edukace*
- *Jazykové, kulturní a etnické bariéry*“

(Svěráková, 2012, str. 38)

2.1.6 Fáze edukačního procesu

„Edukační proces probíhá v logické návaznosti pěti etap jako záměrný, řízený a plánovaný proces v rámci jedné edukační normy.“ (Kuberová, 2010, str. 20)

Před samotnou realizací je nutné naplánovat a připravit edukační plán. Je nutno zjistit, zda pacient potřebuje informace doplnit nebo získat. Informace o pacientovi jsou objektivní – zjišťuje se, a subjektivní – podané pacientem. Na podkladě takto získaných informací stanovujeme tzv. edukační diagnózu.

V edukačním procesu dochází k předávání určitých informací. Dále na základě důvodu edukace si stanovíme cíl, který může být krátkodobý nebo dlouhodobý. Edukační proces probíhá ve třech stádiích.

První stádium je označováno termínem – rozmrazování. Jedná se o období, kdy je pacient seznámen s diagnózou a postupně si uvědomuje nutnost změny chování. V této fázi je důležitým a rozhodujícím prvkem motivace pacienta, jeho připravenost a ochota řešit problém.

Fáze prvního stádia:

- pacient si uvědomuje potřebu změny chování
- pacient si uvědomuje problém, je seznámen s metodami jeho řešení
- pacient se identifikuje s problémem (Svěráková, 2012)

Druhé stádium je označováno jako stádium pravdy. Relevantní změna je naplánována a postupně dochází k jejímu uskutečnění. Do edukačního procesu jsou postupně zapojováni další účastníci. Jde převážně o rodinné příslušníky.

Fáze druhého stádia:

- plánování a uskutečňování změny
- stimulace prostředí
- podpora všech aktérů procesu (Svěráková, 2012)

Třetí stádium je označováno jako stádium- znovuzmrazování. Charakteristické pro něj je postupné stabilizování očekávaných změn. Pacient si postupně zvyká na změny a může postupně pozorovat změny a objektivní známky zlepšení svého zdravotního stavu. Což vede ke stabilizaci těchto změn v denním životě.

Fáze třetího stádia:

- postupná stabilizace vyvolaných změn
- zařazení změn do vlastního systému hodnot a životního stylu (Svěráková, 2012)

2.1.7 Edukace v ošetrovatelské praxi

Edukace se v mnoha zdravotnických zařízeních bere za určitý nadstandard, není vedena důsledně, systematicky a již probíhající edukace není dostatečně efektivně vyhodnocována. Je také nezbytné si uvědomit, že současní pacienti se již nepokládají za pasivní a velmi často jsou sami schopni vyhledat si určité informace. (Doupalová, 2008)

Všechny edukace, prováděné během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení jsou zaznamenány na Edukačním záznamu, který je součástí dokumentace pacienta. „ *Co není napsáno, není uděláno* „, uvádí Juřeníková (2010, str. 62) kapitolu o této problematice. Kvalita záznamu je uvedena dle pravdivosti, úplnosti, srozumitelnosti. Měly by obsahovat vstupní údaje, cíle, metody, edukační činnosti. Je zde vždy uveden čas, datum, měsíc a rok. Dále způsobu provedené edukace- např. ústně nebo písemně. Jaké byly použity pomůcky při výkladu, podpisy edukovaného a edukujícího.

Edukační záznam je tzv. ochranou týmu před případnými stížnostmi ze strany pacienta, že nebyl seznámen s danou skutečností. Svým podpisem přebírá zodpovědnost za řešení jeho zdravotního stavu. Dále je k dispozici k nahlédnutí, k dalšímu doplnění a k ujasnění co bylo již pacientovi řečeno, aby nedocházelo ke zbytečnému opakování. (Kulhavá, 2009)

Ošetřující zdravotnický pracovník poskytuje informace pouze v rozsahu svých pravomocí, tj. v rozsahu činností, které je způsobilý vykonávat.

Velký význam v edukaci hraje také etika, dle Heřmanové (2012, str. 69) „*Etika odpovědnosti by měla vést k výchově zdravotnických pracovníků, kteří budou nejen umět naslouchat a hledat stopy lidství a spirituality v každém pacientovi, ale budou především zdatnými odborníky, což jim umožní poskytovat morálně správnou a bezpečnou péči.*“

2.2 Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění představují hlavní příčinu smrti nejen ve vyspělých zemích ale dokonce celosvětově. Odhady jsou navíc pesimistické a s ohledem na pandemii obezity můžeme očekávat ještě další růst úmrtnosti do roku 2020 v rozvojových i průmyslově vyspělých zemích. Za pojmem kardiovaskulární onemocnění stojí jako primární příčina ateroskleróza a její manifestace. (Češka, 2010)

Ateroskleróza a její rizikové faktory představují jeden z nejdůležitějších zdravotních problémů západní civilizace. Pohled na aterosklerózu, na kterou se dlouhá léta pohlíželo jako na mechanický děj charakteristický hromaděním tuků, se v posledních letech významně změnil. V současné době je ateroskleróza vnímána jako imunitně zánětlivý proces, který je odpovědí na poškození intimy. (Češka, 2010)

2.2.1 Rizikové faktory

Od poloviny 19. století nastal významný posun v pohledu na aterogenezi jako na multifaktoriálně podmíněný proces koncepce rizikových faktorů. V 60. letech byly objeveny a definovány rizikové faktory pro kardiovaskulární onemocnění. V následujících letech byla testována kauzalita, tj. zjištění, že daný rizikový faktor je příčinou vzniku časté nemoci. Rizikový jev, který je v asociaci se sledovanou nemocí. Ne všechny faktory lze příznivě ovlivnit, a proto se rozdělují na ovlivnitelné a neovlivnitelné. (Češka, 2010)

Neovlivnitelné:

- věk
- pohlaví
- genetické faktory
- hypertenze (Szabová, 2008)

Věk- ateroskleróza je dlouhodobý proces, za rizikový považujeme z hlediska ischemické choroby srdeční věk, u muže 55let a vyšší u ženy. U ženy se věková hranice snižuje, jeli po arteficiální menopauze a neužívá substituční dávku estrogenů. (Češka, 2010)

Pohlaví- muži mají výrazně vyšší riziko aterosklerózy než ženy do menopauzy. Riziko žen se po menopauze bez substituční léčby estrogenu zvyšuje. Příčinou tohoto jevu je protektivní efekt estrogenů, který souvisí s vyššími koncentracemi HDL- cholesterolu u žen. (Češka, 2010)

Genetické faktory- ateroskleróza má i významný genetický podklad. Zdůrazňovanou prioritou jsou příbuzní rizikových osob. Řada rizikových osob uniká včasné diagnostice a možnosti léčby. K jejich prvnímu kontaktu se zdravotnickým zařízením dochází až v momentě, kdy se u nich objevuje velká vaskulární příhoda.(Vráblík, 2009)

Hypertenze- ještě v 60. letech 20. století byla nedostatečně léčená hypertenze důvodem selhání ledvin, dnes díky antihypertenzivní léčbě je prognóza hypertenze výrazně zlepšena. Správně vedená léčba hypertenze ovlivnila zásadním způsobem příznivý trend mortality na kardiovaskulární choroby a podstatně přispěla k prodloužení života. (Vráblík, 2009)

Ovlivnitelné faktory:

- kouření
- dyslipidémie
- DM typu 2
- centrální typ obezity
- nízká fyzická aktivita
- psychosociální faktory (Szabová, 2008)

Kouření- kouření cigaret výrazně zvyšuje výskyt ischemické choroby srdeční i úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění. Z hlediska sekundární prevence je podstatné, že riziko další koronární příhody se snižuje po relativně krátké době po zanechání kouření. To může motivovat kuřáka i po desítkách let. Minimální intervenci kouření by měl lékař provádět při každém kontaktu s nemocným. (Češka, 2010)

Dyslipidémie- v současné době se považuje rizikové jak zvýšení celkového a LDL- cholesterolu, tak snížení HDL- cholesterolu, hypertriglyceridémie i velikosti LDL- částic.

Metabolický syndrom je spojen s řadou dalších poruch v organismu, které mají vliv na předčasný rozvoj aterosklerózy a srdečně- cévních onemocnění.(Rosolová,Matoulek, 2012)

Diabetes mellitus- především 2. typu, inzulinová rezistence, hyperinzulinismus i narušená glukózová tolerance jsou spojeny s předčasnou manifestací aterosklerózy. (Češka, 2010)

Obezita centrálního typu- obezita je jednak precipitujícím faktorem pro manifestaci dalších faktorů a jednak je samostatným nezávislým faktorem. Rizikovou obezitu nacházíme

s velkým množstvím abdominálního tuku. Právě viscerální tuk představuje samostatné kardiovaskulární riziko. (Češka, 2010)

2.2.2 Druhy kardiovaskulárních nemocí

Hypertenze, angína pectoris a infarkt myokardu souvisejí s ischemickou chorobou srdeční způsobenou nedostatečným přívodem k srdci a jejichž společným jmenovatelem je postižení věnčitých tepen a v důsledku toho reverzibilní nebo ireverzibilní ischemie části myokardu. Rozlišujeme formy akutní a chronické. Ischemická choroba srdeční je nejčastější příčinou úmrtí obyvatel nejen v České republice ale i celosvětově.

Dělení ICHS:

Akutní formy

- akutní infarkt myokard
- nestabilní angína pectoris
- náhlá (srdeční smrt)

Chronická ICHS

- stav po IM (déle jak 6 týdnů)
- stabilní angina pectoris
- nemá ischemie
- chronické srdeční selhání v důsledku ICHS

(Češka, 2010)

Hypertenze-je nejdůležitějším rizikovým faktorem pro onemocnění kardiovaskulárního systému, včetně cévní mozkové příhody a ischemie srdeční. (Veselka, et al., 2015)

Srdeční selhání - je nejčastěji definováno jako stav, kdy srdce není schopno, bez zvýšení plicního tlaku, udržet takový srdeční výdej, který překrývá potřeby organismu

Srdeční selhání se klasifikuje podle různých hledisek:

- podle časového faktoru jako akutní a chronické, popř.akutně dekompenzované
- podle selhávající srdeční komory a z toho vyplývající klinické symptomatologie jako levostranné, pravostranné nebo oboustrané.
- podle charakteru srdeční dysfunkce jako systolické srdeční selhání, kdy klesá stažlivost myokardu, srdeční výdej a ejekční frakce, a diastolické srdeční selhání.

(Češka, 2010)

Chlopenní vady- během druhé poloviny 20. st. došlo k významné změně spektra chlopenních vad v rozvinutých zemích. Dříve převládala jako příčina onemocnění revmatická horečka. Ta se však s nástupem antibiotik k léčení streptokokových infekcí,

stala extrémně vzácnou. V současné době převládají vady degenerativní a sekundární, např. mitrální insuficience v důsledku dilatace a dysfunkce levé komory. Další příčinou jsou vrozené vady chlopní, z nichž větší část spadá do pediatrické kardiologie, ale některé se projeví až v dospělosti. Z funkčního hlediska vede onemocnění srdečních chlopní k rozvoji stenózy nebo insuficience. (Češka, 2010)

Arytmie-znamenají poruchu v normálním sledu srdečních stahů, vznikají jak z abnormální tvorby vzruchů, tak následkem poruch vedené vzruchu v srdci. Nepravidelná nebo rychlá srdeční činnost zmenšuje schopnost srdce přečerpávat krev do žil a tak může být příčinou selhání srdce. (Kolář et al., 2009)

Srdeční činnost se projevuje stahem (systola) a poté jejím ochabnutím (diastola). Vzruch, který tuto činnost ovlivňuje je tvořen specializovanými svalovými buňkami srdce, tzv. buňkami převodního systému. Ty jsou tvořeny v určitých místech srdce nakupením ve formě uzlíků, svazků a vláken. Funkce převodního systému mají za fyziologických podmínek schopnost se samy bez zevního podnětu podráždit a vytvořit vzruch. Vedoucím centrem je sinuatriální uzel. Tyto impulsy jsou převáděny nejrychlejší cestou do atrioventrikulárního uzlu. A odtud přes Tawarova raménka a síť Purkyněho vláken k pracovnímu myokardu. Nepřevede-li se vzruch na komory, vzniká porucha převodu-blok. Další záchrana života tak spočívá v aplikaci kardiostimulátoru. (Elišková, Naňka, 2009)

2.2.3 Léčba

Léčba kardiovaskulárních onemocnění se opírá o chirurgickou léčbu a farmakologickou. Chirurgická léčba u ICHS je přímá revaskularizace myokardu koronárním bypassesem. Koronární bypass (CABG – přemostění zúžené věnčité tepny) je jednou z nejčastějších prováděných operací. Principem CABG je přemostění úseku se stenózou nebo uzávěrem bypassesem, jednak ze vzestupné aorty v případě žilních štěpů. Nebo přímo nativní tepnou in situ. Operační mortalita běžně provedených bypassů je 1-2%. Rizikovými faktory jsou věk, dysfunkce levé komory a přidružená onemocnění. (Kolář et al., 2009)

Indikace k CABG:

- stabilní angína pectoris: indikovaní pacienti
 - se stenózou kmene levé věnčité tepny
 - s postižením 3 tepen a pravé věnčité tepny
 - s postižením 2 tepen (Kolář et al., 2009)

- nestabilní angína pectoris: ve většině případu se provádí revaskularizace pomocí PCI. CABG je indikován u pacientů s difúzním postižením věnčitých tepen. (Kolář et al., 2009)
- akutní infarkt myokard: jako léčba první volby je indikována PCI nebo při její nedostupnosti, trombolytická terapie. Chirurgická akutní léčba nekomplikovaného IM je indikována, až při selhání nebo nemožnosti provést PCI. CABG je indikován v odstupu 4-6 týdnů od infarktu. (Kolář et al., 2009)

Typicky se CABG provádí s mimotělním oběhem a s kardioplegickou zástavou srdeční činnosti po dobu provedení distálních anastomóz. Alternativou je operace na bijícím srdci bez mimotělního oběhu, pro niž je často používán výraz OPCAB. Rozhodnutí mezi operací s mimotělním oběhem nebo bez něj je vždy individuální. Rozhodujícími činiteli jsou anatomický nálezh pacienta a zkušenosti operátora. (Veselka, et al., 2015)

Dalšími operačními zákroky je chirurgická léčba získaných chlopenních vad. Jedním z nejčastějších výkonů je náhrada chlopně protézou. Náhrada by měla splňovat co nejlépe nároky kladené na zdravou nativní chlopeň. V současné době se běžně používají dva druhy chlopenních protéz a to mechanické a biologické. Dnes se téměř výhradně používají dvojlístkové mechanické chlopně, vyrobeny z pyrolitového karbonu. Výhodou mechanických chlopní je jejich trvanlivost, naopak nevýhodou je, že se na nich mohou tvořit tromby, které jsou zdrojem embolie, nebo může dojít k zablokování mechanismu chlopně. Proto je nutná doživotní antikoagulační léčba. (Veselka, et al., 2015)

Biologické chlopenní protézy jsou vyráběny z vhodných tkání některých zvířat. Ve skutečnosti se vlastně jedná xenotransplantát. Antikoagulační léčba se u většiny užívá pouze prvních 2-3 měsíců po operaci. Největší nevýhodou biologických protéz je jejich omezená životnost, podléhající zrychlené degeneraci. (Veselka, et al., 2015).

Dalším kardiovaskulárním onemocnění jsou arytmie. Chirurgická léčba se u arytmií v posledních letech poměrně zjednodušila a omezila se pouze na fibrilace síní. Fibrilace síní (FiS) je nejčastější poruchou srdečního rytmu. K chirurgické léčbě jsou indikovány všechny 3 typy (paroxyzmální, perzistující, permanentní). Cílem léčby je obnovení udržitelného sinusového rytmu a to nejen elektricky na EKG ale i mechanicky (obnovení kontrakce síní) a tím prevence tromboembolických komplikací. (Veselka, et al., 2015).

Cílem farmakologické léčby je odstranění a prevence závažných kardiovaskulárních příhod. Hlavním úkolem jejich preventivních opatření spočívá v

- v omezení progresu aterosklerotického plátu
- stabilizace plátu, redukce zánětu

- prevence trombózy nasedající na prasklý aterosklerotický plát

V klinické praxi se užívají nejčastěji nitráty- ty to léky vyvolávají vazodilataci v žilách a tepnách, včetně koronárního řečiště. Nitráty jsou jedním ze základních léčiv anginy pectoris. Jsou používána k odstranění akutní bolesti a při další profylaktické léčbě snižují výskyt anginózních záchvatů. (Perlík, 2011)

Dalším z léků jsou betablokátory- ty mají vlastnost blokovat vliv katecholaminů, které jsou uvolňované sympatickými nervovými vlákny. Účinek těchto léků má vliv na snížení srdeční frekvence, dráždivost a stažlivost a tím poklesne spotřeba kyslíku v myokardu. Tento účinek se uplatňuje hlavně při zátěžových stavech. Betablokátory kalciových kanálů jsou nejčastěji používané látky pro léčbu anginy pectoris a hypertenze. Základním mechanismem je ovlivnění přesunu kalciových iontů v buněčných membránách. Mezi blokátory zařazujeme látky, které mají společnou vlastnost a tou je zablokování vstupu vápníku z mimobuněčného prostoru buněk. (Perlík, 2011)

Přes nesporné farmakologické pokroky v léčbě o nemocné s kardiovaskulárním onemocněním, by neměly být opomíjeny psychosociální a behaviorální faktory následné léčby a sekundární prevence.(Fujanová, 2013)

3 Empirická část

3.1 Cíle výzkumu

Cílem mé práce bylo, zhodnocení v určitých oblastech, které se týkají edukačních procesů na oddělení a dále pak porovnat schopnost pacientů ve vnímání k těmto procesům.

Dílčí úkol č. 1- zjistit do jaké míry probíhá edukace na oddělení, zda pacienti znají pojem edukace a význam rizikových faktorů na jejich onemocnění.

Dílčí úkol č. 2- zjistit v jakých edukačních procesech jsou pacienti nejčastěji edukováni a nakolik jsou chápány dle pacientů a které shledávají jako nejpřínosnější.

Dílčí úkol č. 3- zjistit jaký je nejčastější způsob, kterým jsou informace předávány a jaké jsou nejčastější bariery.

Dílčí úkol č. 4- zjistit zda mají pacienti dostatek informací o dalších možnostech léčby a zda jsou informace dostatečné.

3.1.1 Metodika výzkumu a cílové otázky

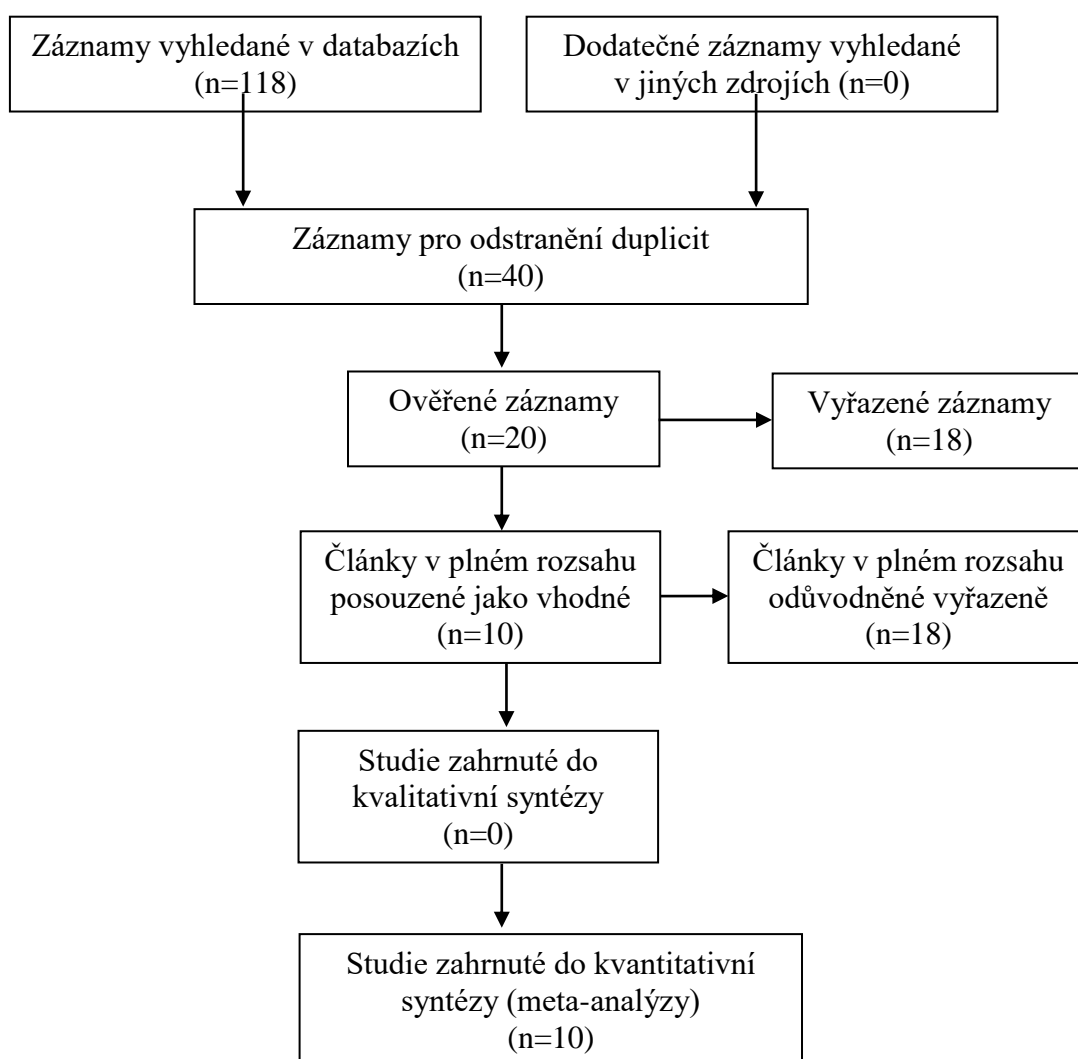
Pro dosažení stanovených cílů jsem zvolila kvantitativní výzkumnou metodu na základě dotazníku. Dotazník byl anonymní a dobrovolný, obsahoval 27 otázek. Z toho 10 otázek identifikačních které se týkaly zjištění pohlaví, vzdělání, věku, hmotnosti, kouření, stresu a pohybové aktivity. Na základě vyplnění otázky o hmotnosti jsem mohla vypočítat BMI, další z otázek byly zaměřeny na edukaci a edukační procesy probíhající na oddělení. V dotazníku byly použity otázky jak uzavřené tak i otevřené a polootevřené s možností se individuálně vyjádřit. Po sestavení verze jsem jej zaslala ke schválení vedoucí bakalářské práce. Následovaly ještě další úpravy formulací otázek a po schválení jsem konečnou formu dotazníku odeslala se žádostí ke schválení s rozděním dotazníku hlavní sestře FN Motol. Výzkum probíhal od poloviny prosince 2015 do konce února 2016 na klinice kardiovaskulární chirurgie, kde pracuji. Bylo rozdáno 50 dotazníků, návratnost dotazníků byla 100%. Požádala jsem o spolupráci své kolegyně, které mi rozdané dotazníky od pacientů po vyplnění vyzvedly v době mé nepřítomnosti na pracovišti.

3.1.2 Výzkum v oblasti edukace v zahraničí a ČR

Vzhledem k problematice edukace pacientů jsem se dále zabírala výzkumem v cizině a vyhledáním problematiky edukace v České republice. V odborných sděleních, zejména zahraničních, je věnována značná pozornost v edukaci pacientů a jejího dalšího vývoje.

Relevantní data byly z licencovaných a volně dostupných elektronických databází: ProQuest, Pubmed a Medline. Jako výběrová kritéria jsem si zvolila studie o 100 respondentech s min. sledováním 6 měsíců. Z prvních studií jsem vyloučila studie nejasně definované a dále experimentální. Použila jsem postupné vyřazování studií podle doporučení PRISMA. Z celkem 118 rešerží splňovalo kritéria 40 článků. Ve své bakalářské práci jsem použila 5 článků

Schéma 1 Vývojový diagram- doporučení PRISMA



Tab. 1 Charakteristika zahraničních klinických studií ve vztahu k edukaci

Název práce	Autor	Rok a místo vydání	Typ výzkumu	Výsledky
Perceived learning needs of Yemeni patients after bypass graft surgery	Alkubati Sa., Al-Zaru Im, Khater W.	Yemen, 2012	Studie s kontrolní skupinou o 120 respondentů, dotazník s otázkami o vyhodnocení informací	Signifikantně mužští pacienti potřebovali více informací než ženská část (p=0.004)ženy dostatečně chápaly podané informace Mladší mužští jedinci (p=0.021)potřebují více informací Střední mužský věk (p=0.032)potřebují více informací a delší čas na zpracování informací
The effect of an educational intervention on coronary artery bypass graft surgery patients' participation programs: a controlled health care trial	Danker R. et al	Israel, 2011	Retrospektivní studie o skupině 520 respondentů před operací bez podaných informací 504 respondentů poskytnutí ústní a psané podklady v rámci rehabilitačního programu, a další léčby	Obě skupiny vyhodnoceny před operací a po 1 roce od operace. U 1.skupiny navýšení mortality než u 2. skupiny, kde došlo po propuštění k edukaci pacientů v rámci onemocnění
Patient education self- Management during surgical recovery	Cook DJ. et al	USA, 2014	Vzdělávací program za pomoci moderní technologie o 149 respondentů ve věku okolo 68let.	Věk, hospitalizace, onemocnění nejsou bariérou k efektivní edukaci a v péči o své zdraví. Za pomoci moderní technologie můžou být poskytovány dostačující informace.

Název práce	Autor	Rok a místo vydání	Typ výzkumu	Výsledky
Cardiac home education and support trial	M. Parry, J.Watt-Watson,J.Tranmer,E.Hodnett,D.Brooks	2009, USA	Zkušební test zaměřující se na pacienty podstupující poprvé CABG v jednotlivých částech Ontária.	Pacienti (n=50)přiděleni k obvyklé standartní,předoperační a pooperační edukaci.Pacienti (n=45) v edukaci podpořené prostřednictvím telefonu od vyškolených dobrovolníků ohledně operací a dalších 8 týdnů po propuštění z nemocnice, více informování s edukačními zkušenostmi
Coaching in the cardiovascular surgical population	Fredericks, S.	2011, Toronto	Vzdělávací program ve smyslu kontrolované studie	Ošetřované skupině podpora za pomoci koučování na jehož základě vyhodnocují sestry chování, znalosti, potřeb k učení, provádění individuální edukace, pomoc při určování cíle, možnost specifického plánu

3.1.3 Analýza dat

Dle Kutnohorské (2009) je analýza a interpretace dat v kvantitativním výzkumu zásadní, protože se prolíná celým průběhem kvantitativního výzkumu a je nedělitelnou součástí každého jednotlivého kroku.

Údaje zjištěné z dotazníků pro moji bakalářskou práci byly zpracovány za pomoci počítačového programu MS Excel. Výsledky byly vyhodnoceny v grafech, ty jsou vyznačeny výsečovým typem s jednotlivými slovními komentáři.

3.1.4 Charakteristika respondentů

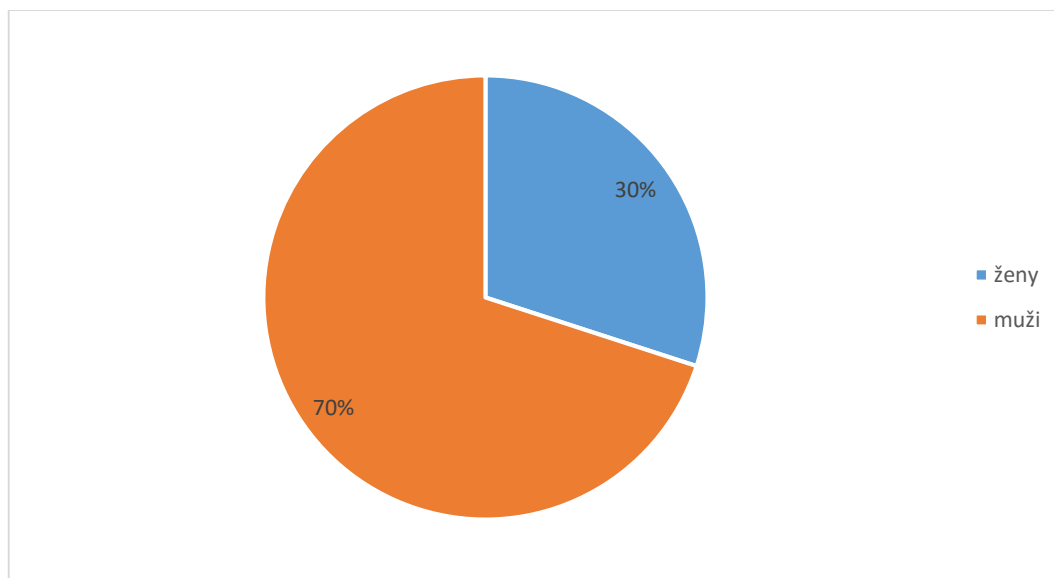
V této části jsou popsány základní údaje, které charakterizují soubor dotazníkových respondentů. Cílovou skupinou byly pacienti po prodělaných kardiovaskulárních operacích a dalších vaskulárních výkonech. Výzkum probíhal v období začátek ledna až konec února. Věkové rozmezí je od 18 do 60 let a více. Osloveni byli pouze pacienti, kteří byli seznámeni s probíhajícím výzkumem a souhlasili s vyplněním dotazníků. Někteří byli ochotni spolupracovat pouze za předpokladu, že vyplnění dotazníku je anonymní. Zbývající počet pacientů hospitalizovaných v období kdy probíhal výzkum, neprojevilo zájem o začlenění do zkoumaného vzorku.

Vyhodnocení jednotlivých položek:

Otázka č. 1 : Jakého jste pohlaví

odpověď	počet	podíl
ženy	15	30 %
muži	35	70 %

Graf č.1: Pohlaví

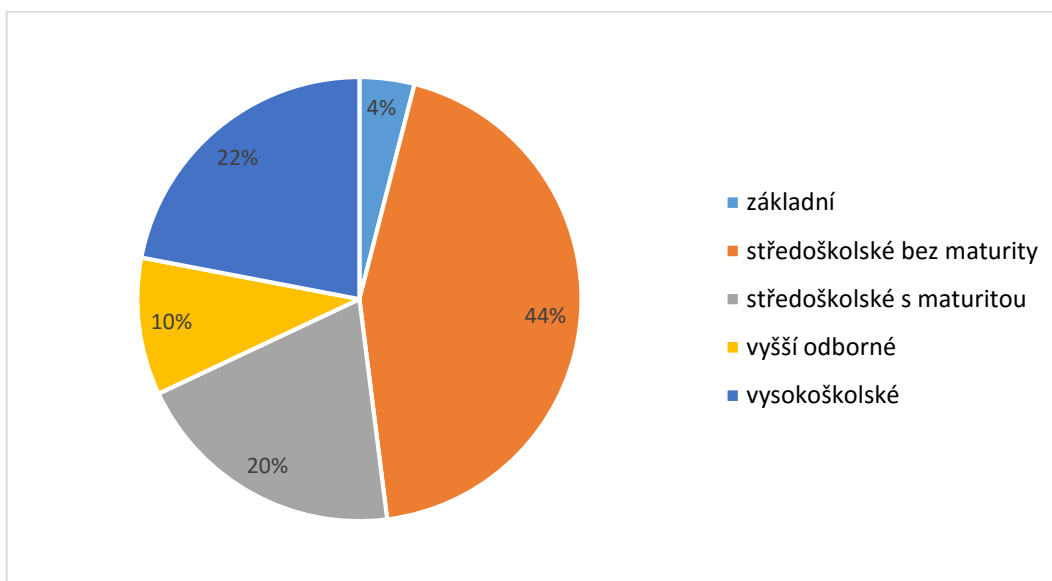


Ve výzkumném šetření bylo z celkového počtu 50 respondentů 15 žen, tj. 30 % a 35 mužů, tj. 70 %

Otázka č. 2 : Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

odpověď	počet	podíl
základní	2	4 %
středoškolské bez maturity	22	44 %
středoškolské s maturitou	10	20 %
vyšší odborné	5	10 %
vysokoškolské	11	22 %

Graf č. 2: Dosažené vzdělání

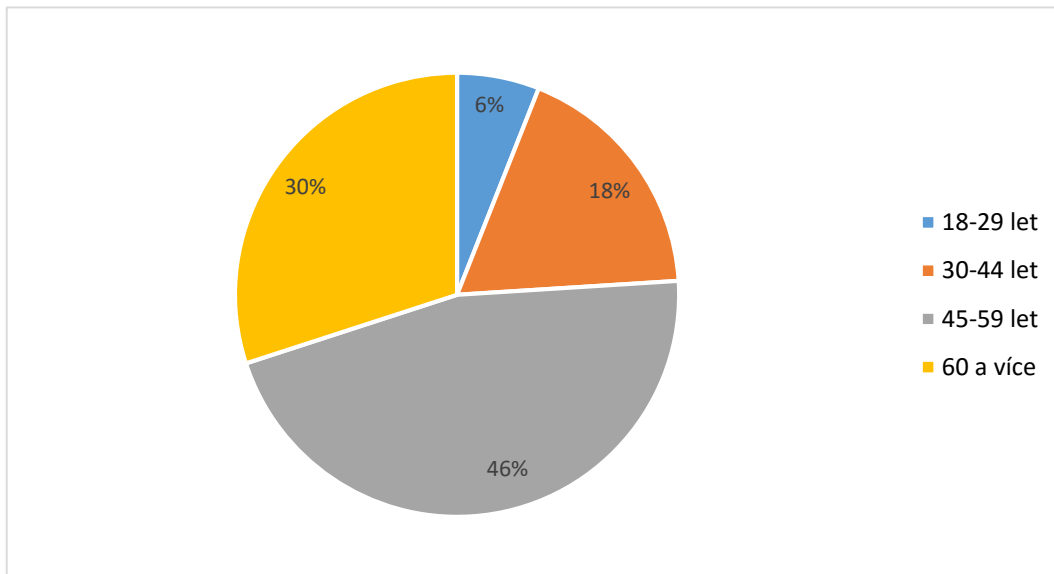


Na otázku nejvyššího vzdělání odpovědělo všech 50 respondentů, základní vzdělání měli 2 respondenti, tj. 4 %, středoškolské bez maturity absolvovalo 22 respondentů, tj. 44 %, středoškolské s maturitou 10 respondentů, tj. 20 %, vyšší odborné 5 respondentů, tj. 10 % a vysokoškolské 11 respondentů, tj. 22 %

Otázka č. 3 : Váš věk

otázka	počet	věk
18-29 let	3	6 %
30-44 let	9	18 %
45-59 let	23	46 %
60 a více	15	30 %

Graf č. 3: Věk

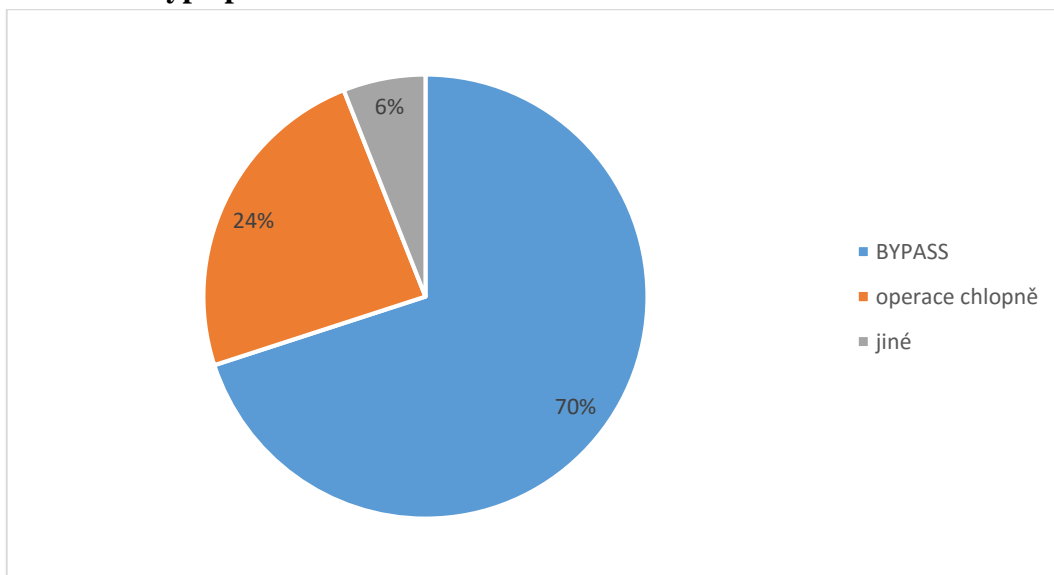


Největší procentová věková hranice byla u respondentů ve věku 45- 59 let, tj. 46 %, dále ve věku 60 let a více, tj. 30 %, respondenti ve věku 30-44 let, tj. 18 % a poslední ve věku 18-29 let, tj. 6 %

Otázka č. 4 : Jaký typ operace jste podstoupil/a

odpověď	počet	podíl
BYPASS	35	70 %
operace chlopně	12	24 %
jiné	3	6 %

Graf č. 4: Typ operace

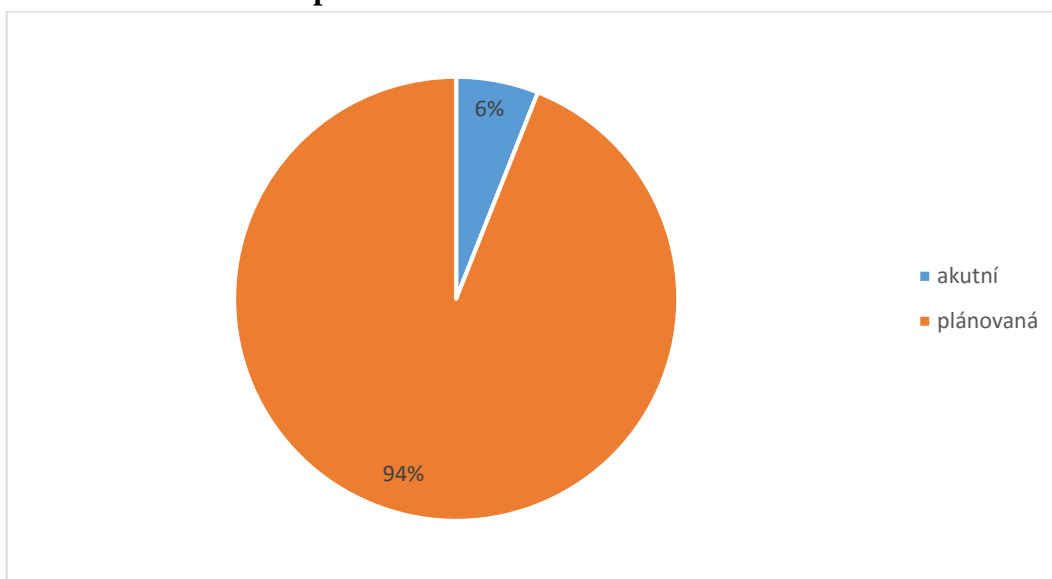


Největší počet absolvovaných operací BYPASS proběhlo u 35 respondentů, tj. 70 %, operací chlopně bylo provedeno u 12 respondentů, tj. 24 % a jiné druhy kardiiovaskulárních operací absolvovali 3 respondenti, tj. 6 %.

Otázka č. 5 : Jakého charakteru byla Vaše operace

odpověď	počet	podíl
akutní	3	6 %
plánovaná	47	94 %
jiná	0	0 %

Graf č. 5: Charakter operace



Nejčastější z operací bylo plánovaných u 47 respondentů, tj. 94 % a akutních operací bylo u 3 respondentů, tj. 6 %

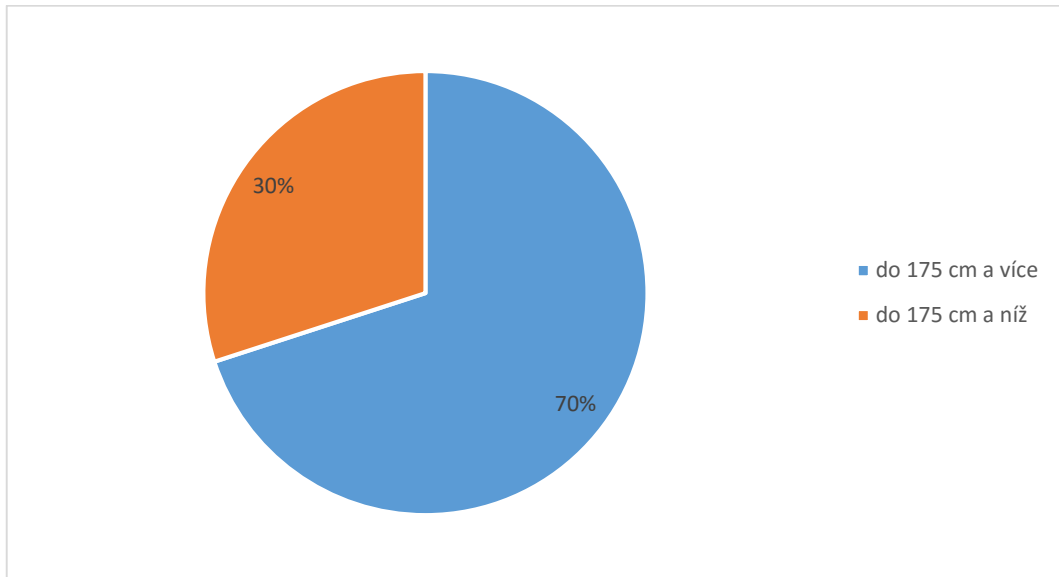
Otázka č. 6 : Jaká je Vaše výška

odpověď	počet	podíl
Výška do 175 cm a více	35	70 %
výška do 175 cm a níž	15	30 %

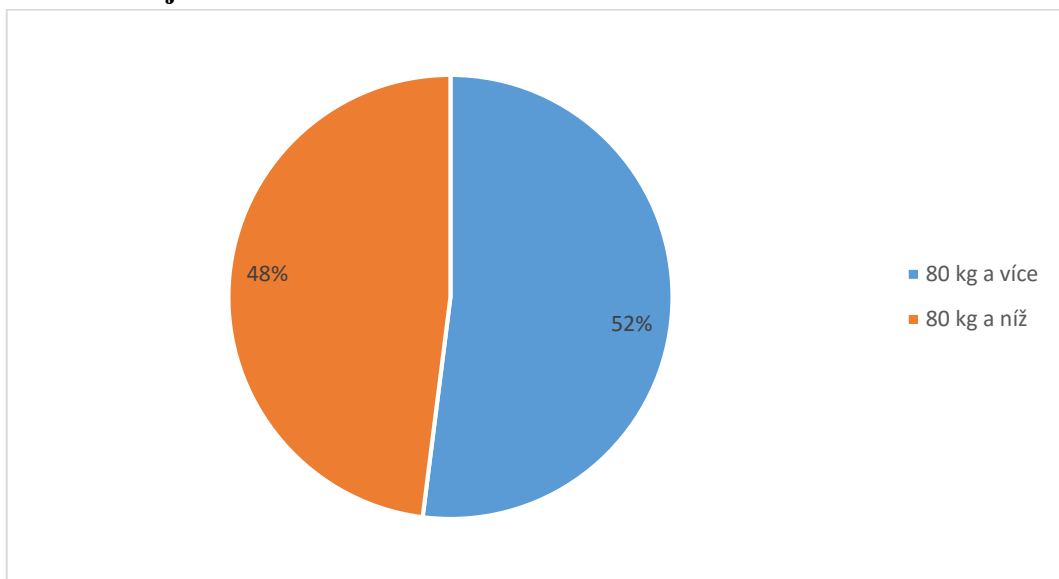
Jaká je Vaše váha

odpověď	počet	podíl
váha 80kg a více	26	52 %
váha 80kg a níž	24	48 %

Graf č. 6: Zjištěná výška



Graf č. 6: Zjištěná váha



V otázce výšky uvedlo do 175cm a více 35 respondentů, tj. 70 %, a níže než 175cm 15 respondentů, tj. 30 %, s váhou 80kg a více bylo 26, tj. 52%, váha 80 kg a níž 24 respondentů, tj. 48 %.

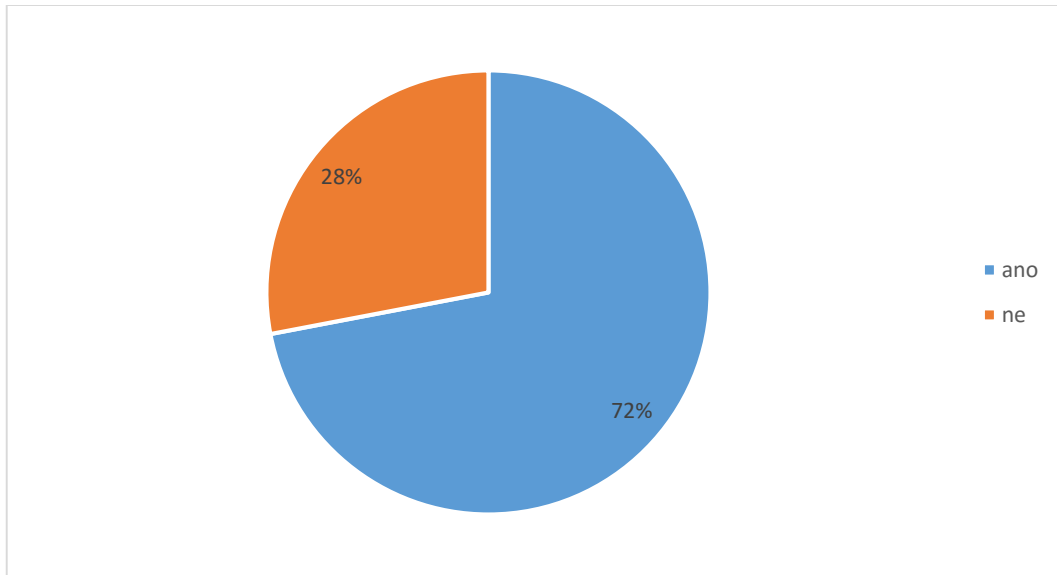
Otázka č. 7 : Máte pocit, že jste vystaveni dlouhodobě stresovým situacím

odpověď	počet	podíl
ano	36	72 %
ne	14	28 %

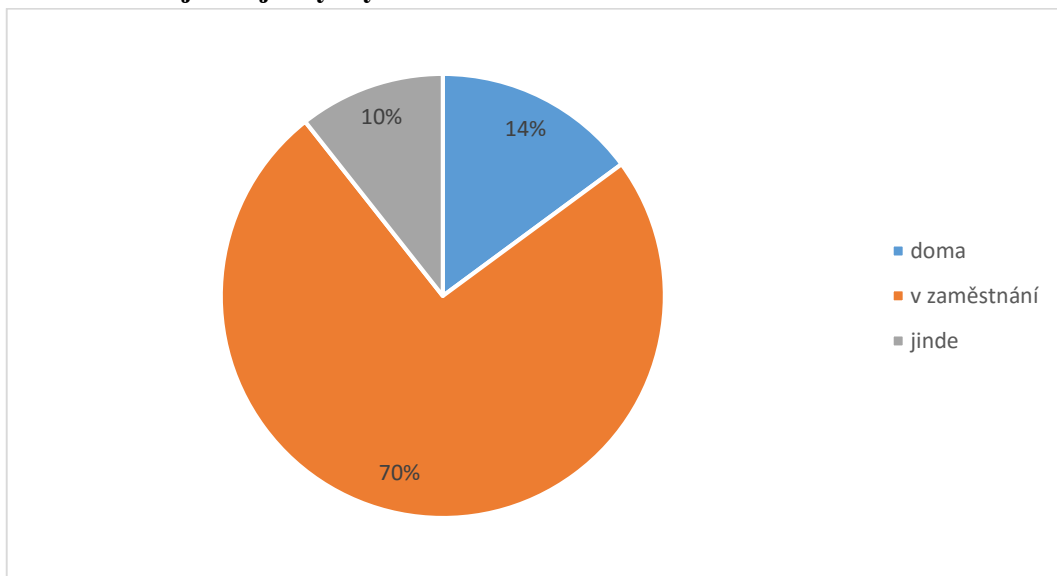
V případě ano, kde nejčastěji pociťujete stres

odpověď	počet	podíl
doma	7	14 %
v zaměstnání	35	70 %
jinde	5	10 %

Graf č. 7: Dlouhodobé stresové situace



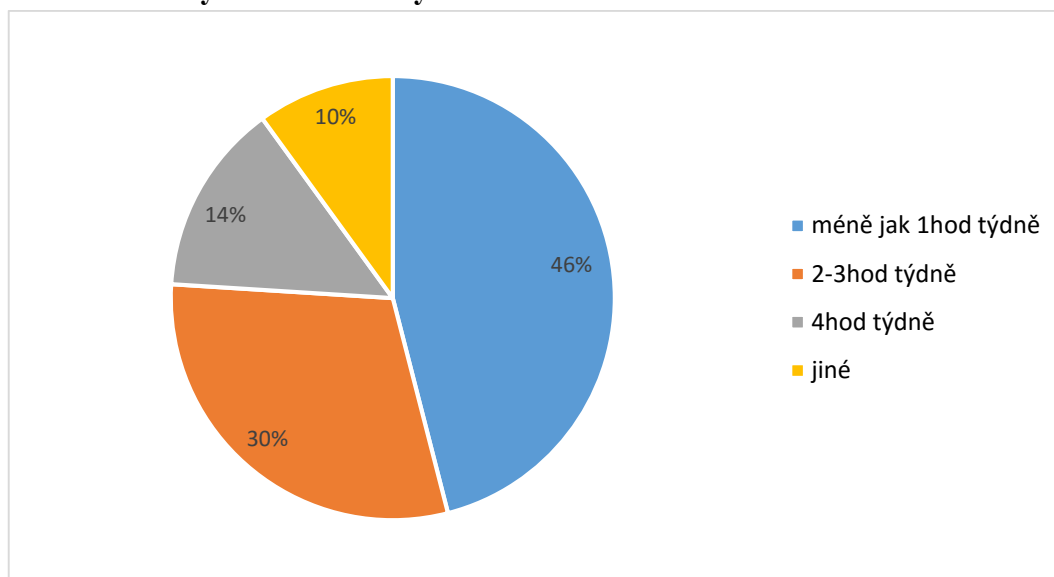
Graf č. 7: Nejčastější výskyt stresu



Z otázky ohledně stresových situací prožívá stresové situace 36 respondentů, tj. 72 %, a to hlavně v zaměstnání udává 35 respondentů, tj. 70 %, doma u 7 respondentů, tj. 14 % a jinde 5, tj. 10 %, neprožívá stres udává 14 respondentů tj. 28 %

Otázka č. 8 : Kolik času týdně věnujete pohybové aktivitě

odpověď	počet	podíl
méně jak 1hod. týdně	23	46 %
2-3 hod. týdně	15	30 %
4 hod. týdně a více	7	14 %
jiné	5	10 %

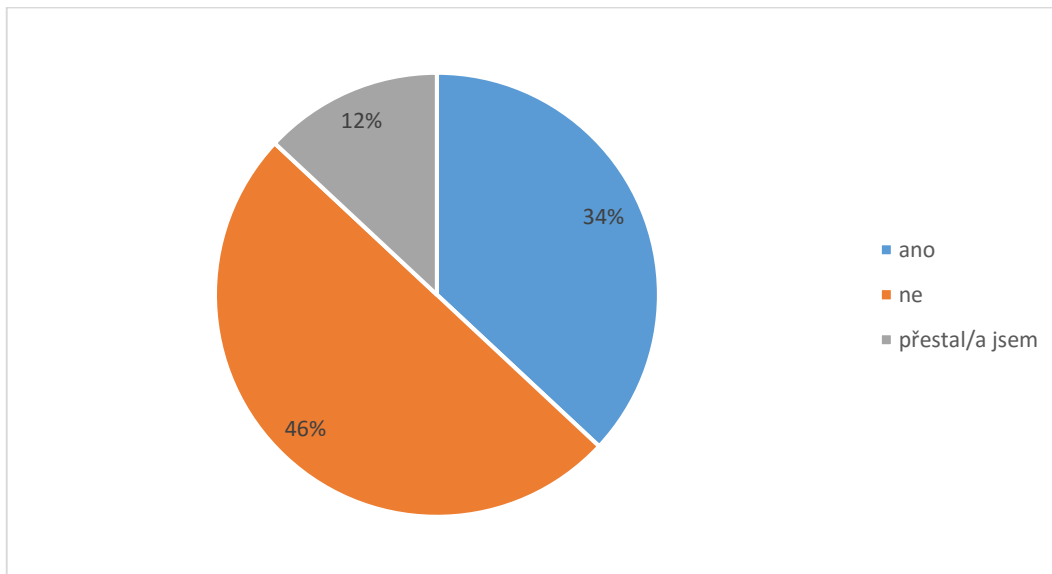
Graf č. 8: Pohybová aktivita týdně

V otázce, která se týkala pohybové aktivity uvádí 23 respondentů trávení pohybové aktivity méně jak 1hod. týdně, tj. 46 %, 2-3hod. aktivitu udávalo 15 respondentů, tj. 30 %, 7 udávalo 4 hod. týdně a více, tj. 14 % a jinou aktivitu provádí 5 respondentů, tj. 10 %

Otázka č. 9 : Kouříte

odpověď	počet	podíl
ano	17	34 %
ne	23	46 %
přestal/a jsem kouřit	6	12 %

Graf č. 9: Kouření

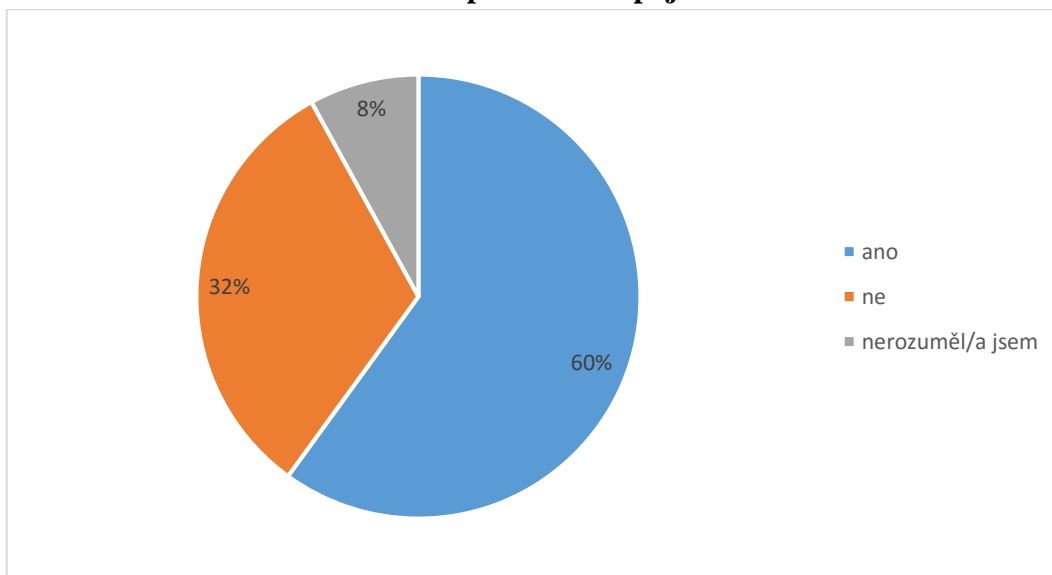


Ve zjišťovací otázce z jednoho z rizikových faktorů, které se týká kouření udává ano, kouřím 17 respondentů tj. 34 %, ne 23, tj. 46 % a 6 respondentů přestalo kouřit, tj. 12 %

Otázka č. 10 : Byla jste poučena během hospitalizace o edukačních procesech na oddělení, a co celkově edukace znamená

odpověď	počet	podíl
ano	30	60 %
ne	16	32 %
nerozuměl/a jsem	4	8 %

Graf č. 10: Poučení o edukačních procesech a pojmu edukace

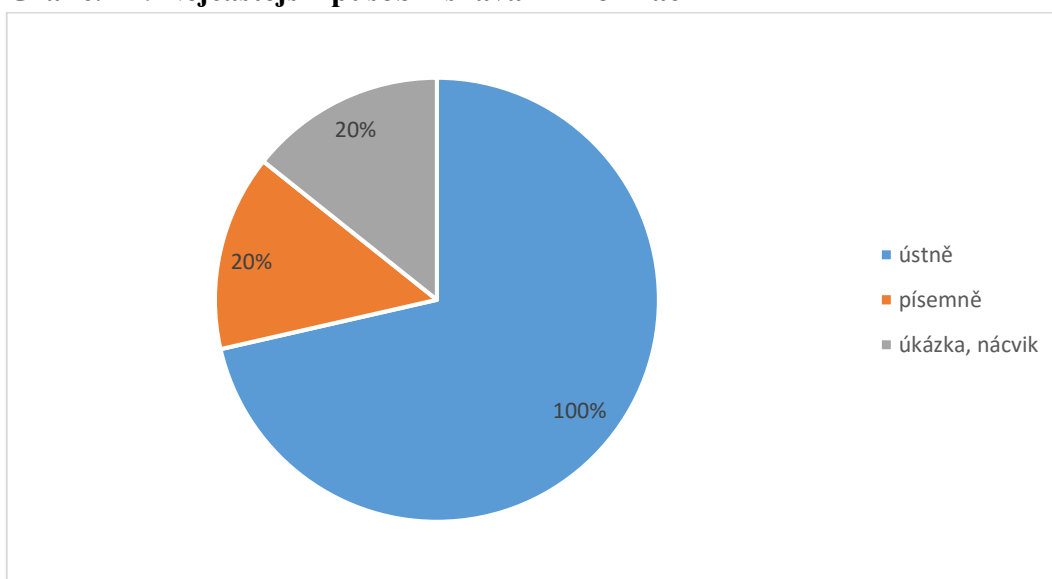


K výzkumné otázce, která se zabývala poučením o edukačních procesech a celkovém významu edukace udává ano 30 respondentů, tj. 60 %, ne- 16 respondentů, tj. 32 % a neporozumění ohledně edukace udávají 4 respondenti, tj. 8 %

Otázka č. 11: Jakým nejčastějším způsobem jste získával/a během pobytu v nemocnici informace

odpověď	počet	podíl
ústně	50	100 %
písemně	10	20 %
ukázka, nácvik	10	20 %
jiné	0	0 %

Graf č. 11: Nejčastější způsob získávání informací

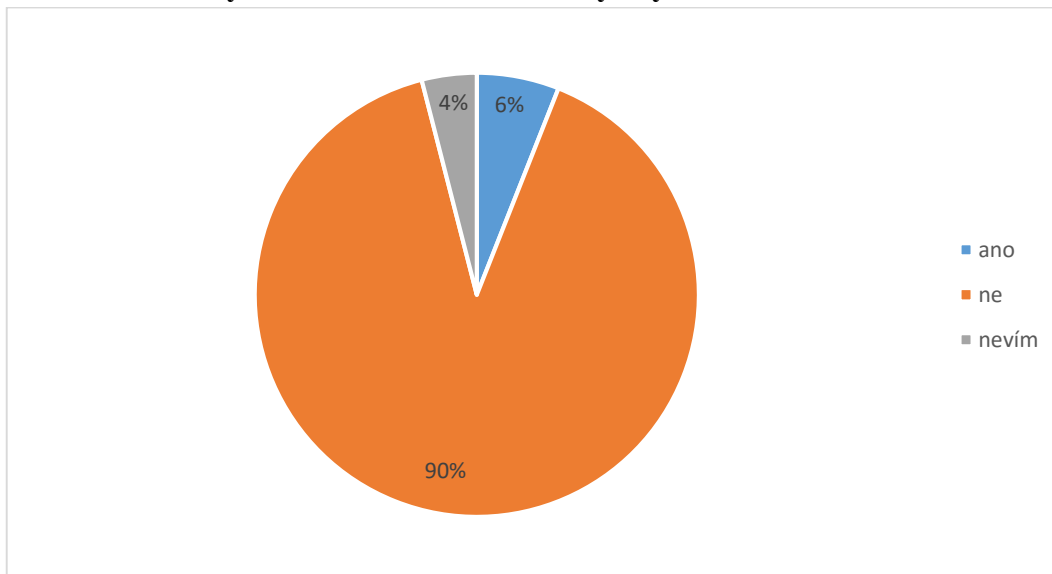


V této otázce měli respondenti možnost vyplnit více otázek, 50 respondentů udává ústní podání informací, tj. 100 %, z toho dále písemnou formu uvedlo 10 respondentů, tj. 20 %, nácvik a ukázku udává 10 respondentů, tj. 20 %

Otázka č. 12 : Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti výživy

odpověď	počet	podíl
ano	3	6 %
ne	45	90 %
nevím	2	4 %

Graf č. 12: Poskytnutí informací v oblasti výživy

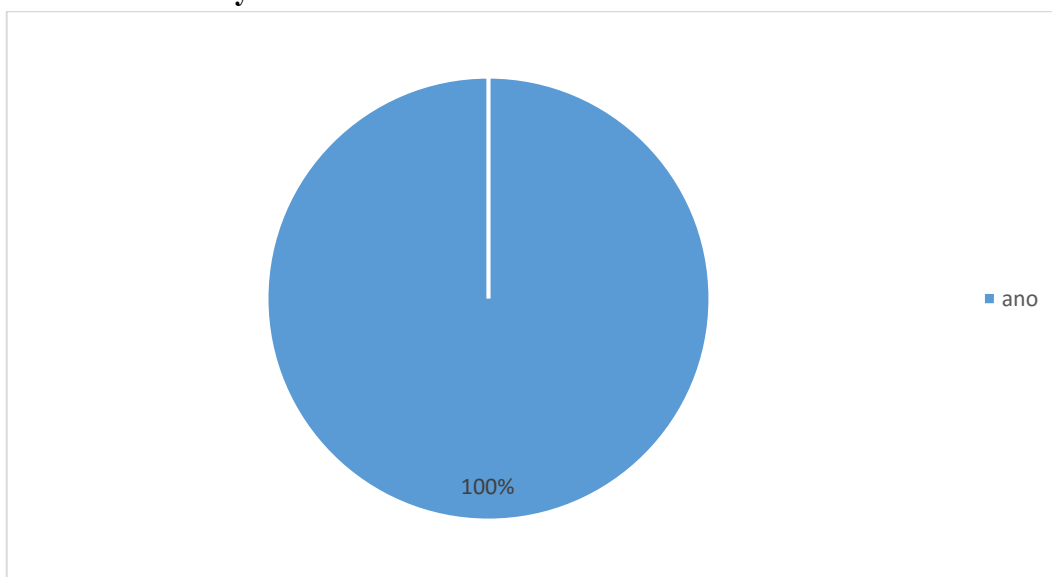


Otázka ohledně informací týkající se výživy udává ne 45 respondentů, tj. 90 %, ano 3 respondenti, tj. 6 % a 2 udávají odpověď- nevím, tj. 4 %

Otázka č. 13: Byly vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti rehabilitace

odpověď	počet	podíl
ano	50	100 %
ne	0	0 %
nevím	0	0 %

Graf č. 13 : Poskytnutí informací v oblasti rehabilitace

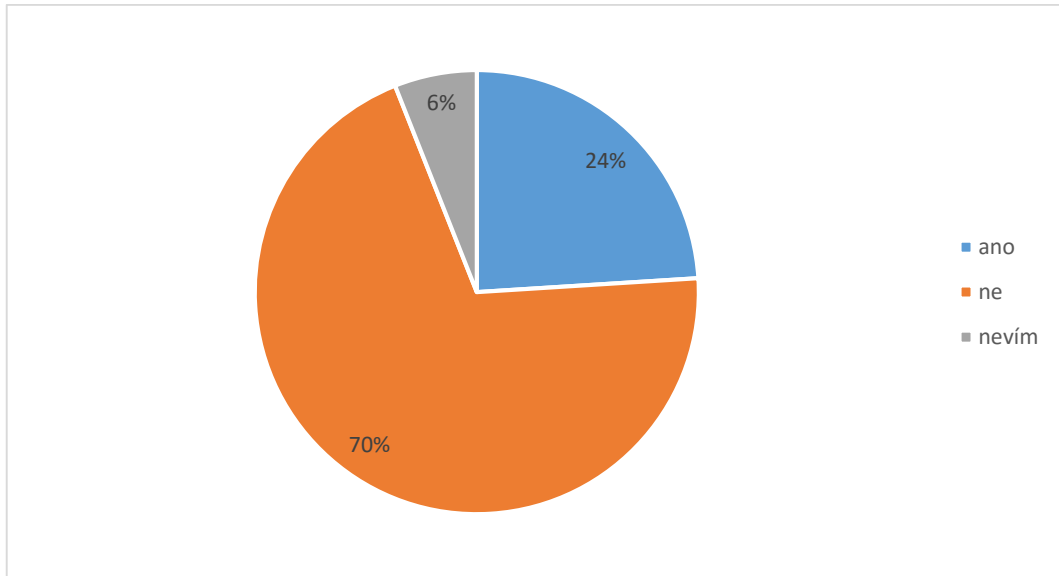


V otázce týkající se informací v oblasti rehabilitace udává všech 50 respondentů ano, tj. 100 %

Otázka č. 14: Byly vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti koagulační léčby

odpověď	počet	podíl
ano	12	24 %
ne	35	70 %
nevím	3	6 %

Graf č. 14: Poskytnutí informací v oblasti koagulační léčby

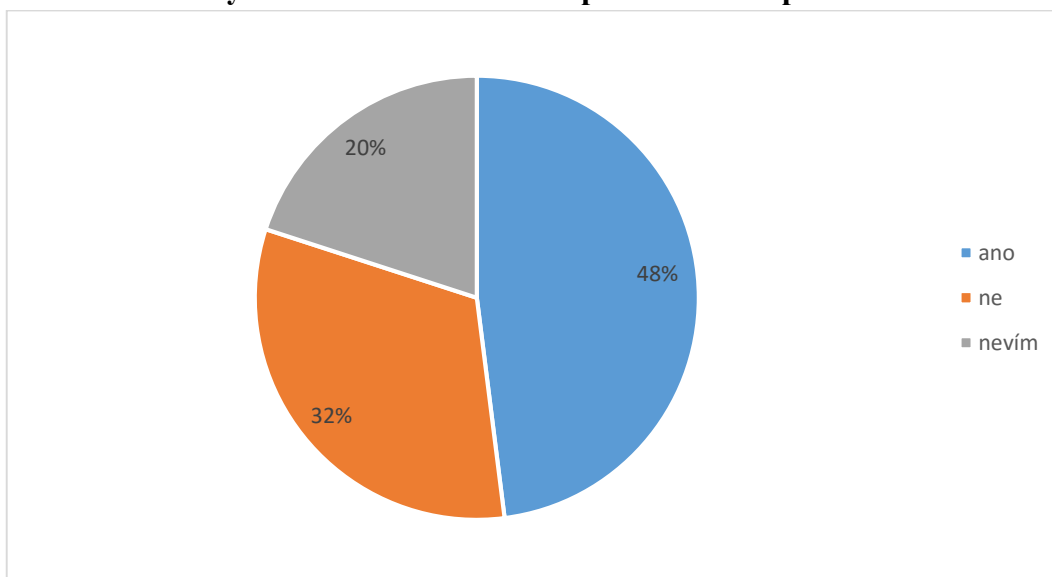


V otázce zjišťující o poskytnutí informací ohledně koagulační léčby udává odpověď ne- 35 respondentů, tj. 70 %, ano- udává 12 respondentů, tj. 24 % a nevím odpověděli 3 respondenti, tj. 6 %

Otázka č. 15 : Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti podávání léků proti bolesti

odpověď	počet	podíl
ano	24	48 %
ne	16	32 %
nevím	10	20 %

Graf č. 15: Poskytnutí informací v oblasti podávání léků proti bolesti

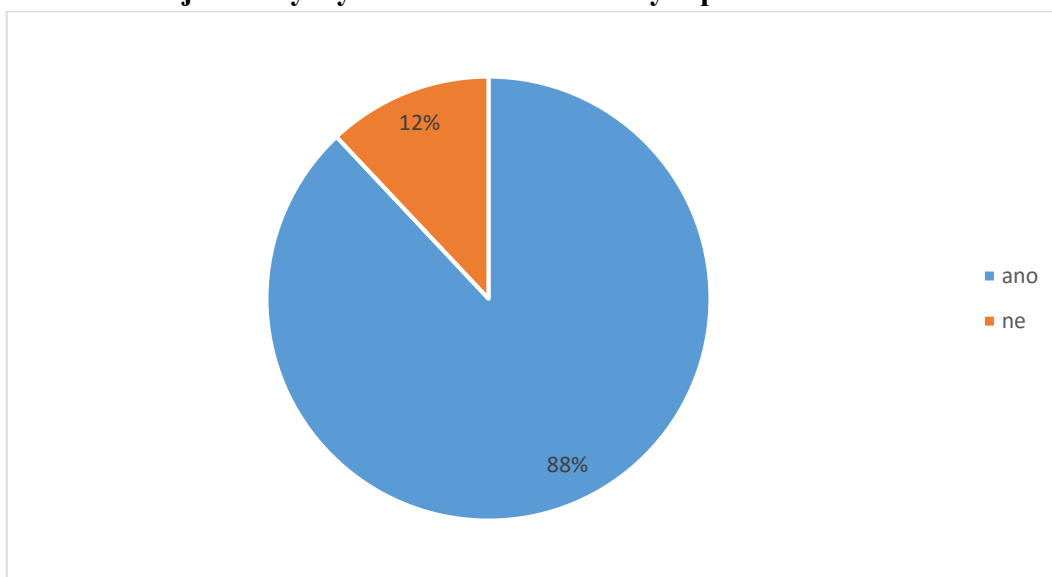


V otázce týkající se informací v oblasti podávání léků proti bolesti odpovědělo ano 24 respondentů, tj. 48 %, ne- 16 respondentů, tj. 32 % a nevím odpovědělo 10, tj. 20 %

Otázka č. 16: Ptal se Vás zdravotnický personál na výskyt bolesti v průběhu hospitalizace

odpověď	počet	podíl
ano	44	88 %
ne	6	12 %
nevím	0	0 %

Graf č. 16: Zjištění výskytu bolesti zdravotnickým personálem

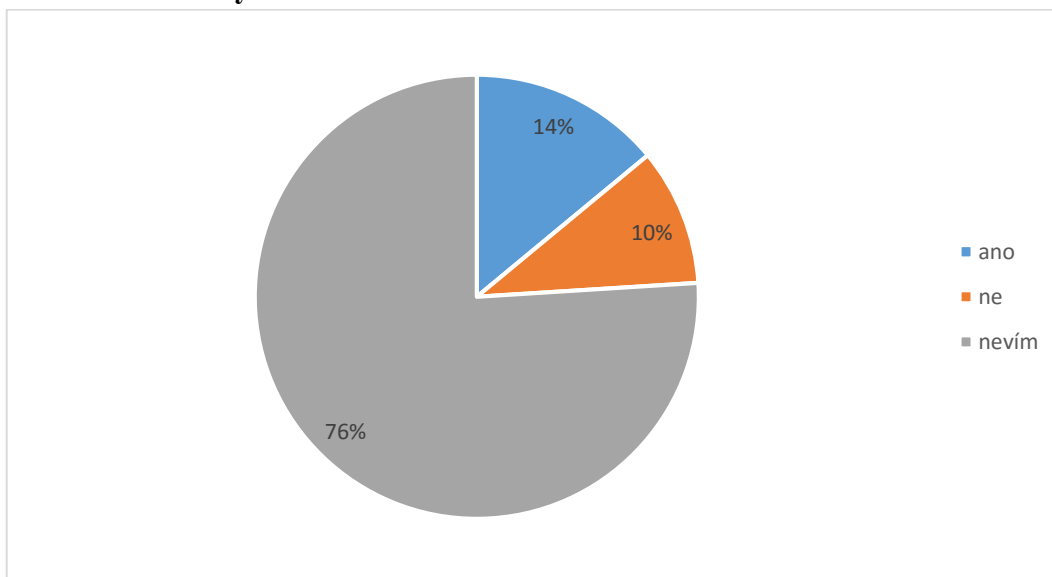


Na tu to otázku odpovědělo 44 respondentů ano, tj. 88 % a ne- 6, tj. 12 %

Otázka č. 17: Byly vám během hospitalizace poskytnuty informace o nutnosti monitorace na oddělení

odpověď	počet	podíl
ano	7	14 %
ne	5	10 %
nevím	38	76 %

Graf č. 17 : Poskytnutí informací o nutnosti monitorace

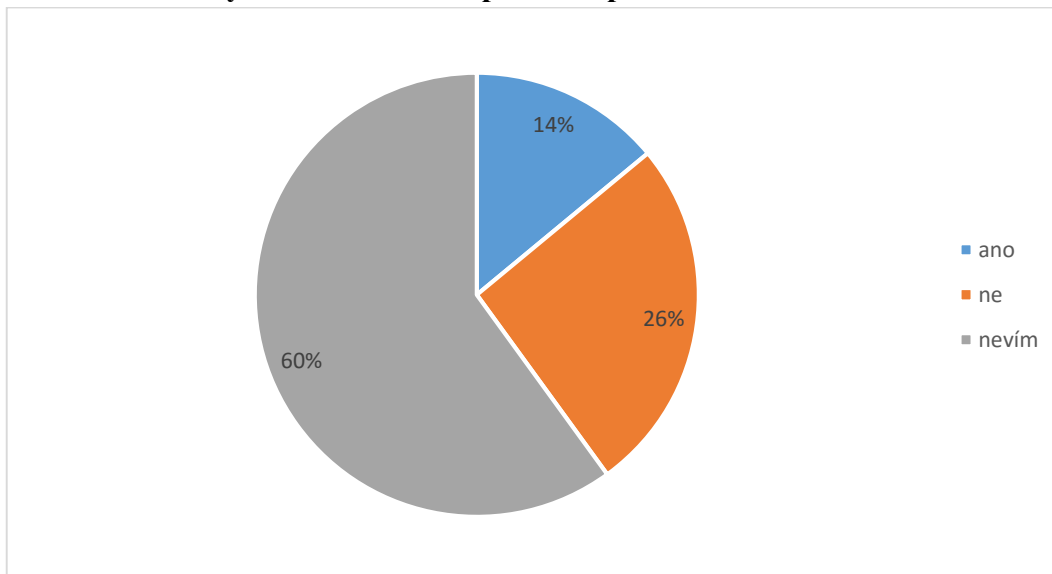


Zde respondenti udávají informace o poskytnutí informací ohledně nutnosti monitorace pacientů, zde uvedlo odpověď nevím 38 respondentů, tj. 76 %, ano- 7, tj. 14 % a ne 5, tj. 10 %

Otázka č. 18 : Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace o prevenci pádu

odpověď	počet	podíl
ano	7	14 %
ne	13	26 %
nevím	30	60 %

Graf č. 18: Poskytnutí informací o prevenci pádu

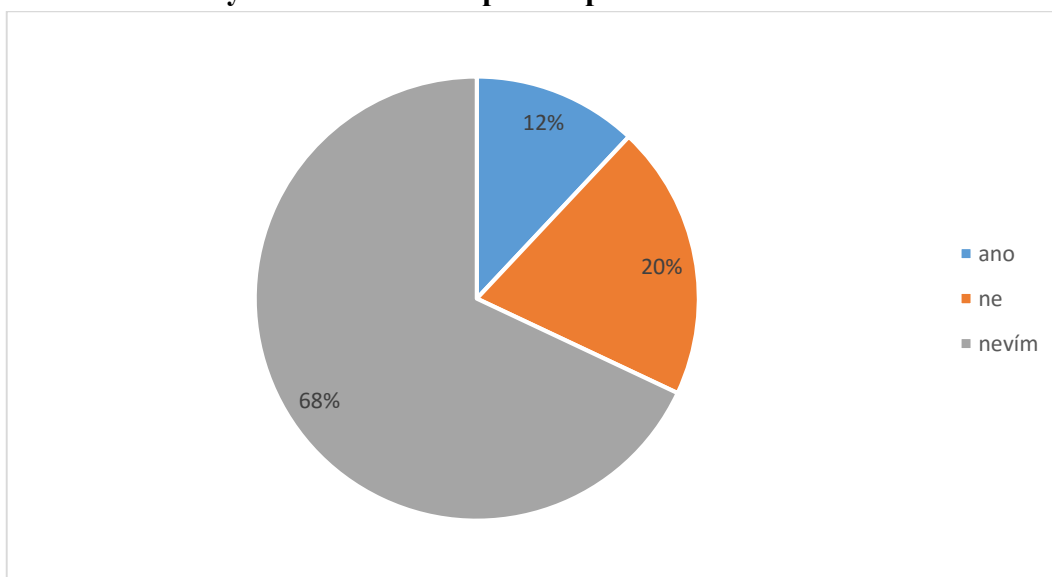


V otázce o poskytování informací o prevenci pádu, uvedlo 30 respondentů nevím, tj. 60 %, ne- 13, tj. 26 % a 7 respondentů udává odpověď ano, tj. 14 %

Otázka č. 19 : Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v péči o operační ránu

odpověď	počet	podíl
ano	6	12 %
ne	10	20 %
nevím	34	68 %

Graf č. 19: Poskytnutí informací v péči o operační ránu

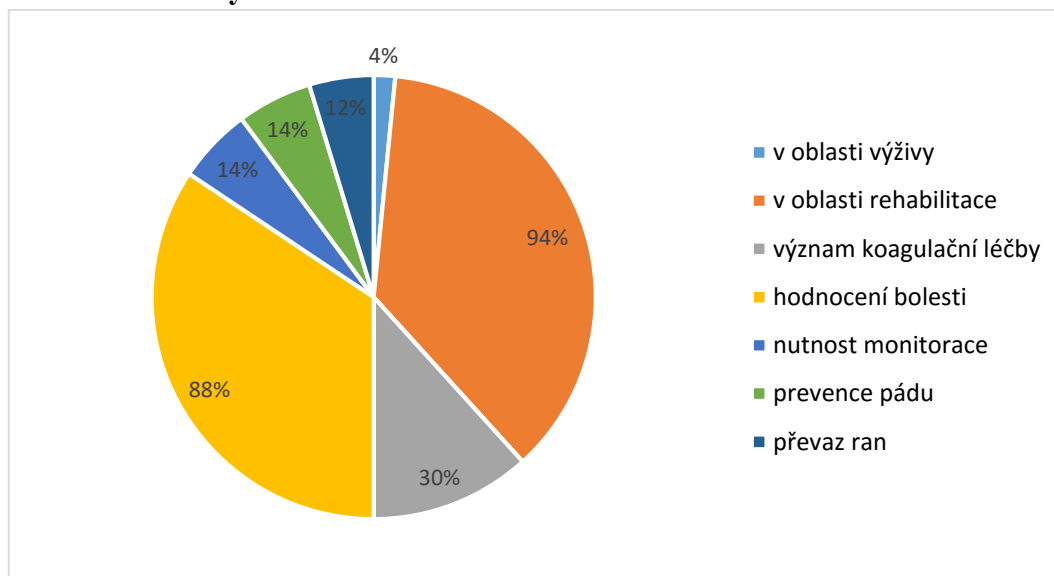


Informace poskytnuty v péči o operační ránu bylo zodpovězeno 34 respondenty nevím, tj. 68%, ne odpovědělo 10, tj. 20% a ano- 6, tj. 12%

Otázka č. 20: Pokud Vám byly informace poskytnuty, můžete zhodnotit uvedené oblasti, a kdo Vám informace poskytl

odpověď	počet	podíl
v oblasti výživy	2- sestra, zhodnocení pacientem informace nedostatečné	4 %
v oblasti rehabilitace	47- fyzioterapeut a sestra, zhodnocení dle pacientů informace dostačující	94 %
význam koagulační léčby	15- sestra, pacienti by uvítali více informací od lékaře	30 %
hodnocení bolesti	44- sestra, informace dostačující	88 %
nutnost monitorace	7- sestra, informace podané v nedostatečném rozsahu	14 %
prevence pádu	7- sestra, informace podané v nedostatečném rozsahu	14 %
převaz ran	6- sestra, nedostatečná informovanost pacienta o průběhu hojení rány	12 %

Graf č. 20: Poskytnutí informací a následné zhodnocení



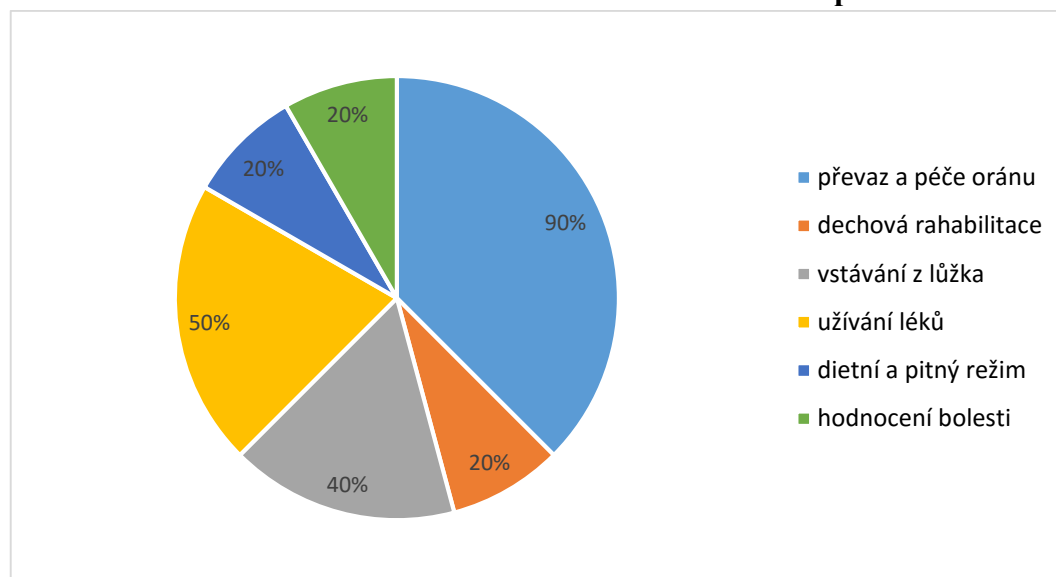
V této otázce měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí, které se týkaly hodnocení získaných informací v určitých oblastech. O tom kým byli informováni, převážná většina zapsala sestru a v oblasti rehabilitace fyzioterapeuta i sestru. Informace lékařem nezaškrtl nikdo. Z této otázky vyplývá, že převážná část edukace pacientů je na zdravotnických pracovnících. Informace ohledně výživy uvádí 2 respondenti, tj. 4 %, v oblasti rehabilitace 47, tj. 94 %, v e významu koagulační léčby 15, tj. 30 %, v hodnocení

bolesti 44,tj.88 %, monitorace 7, tj. 14%, prevence pádu také 7,tj.14 % a v převazu ran 6,tj.12 %

Otázka č. 21: V jakých oblastech jste nebyl/a podle vašeho názoru dostatečně informován/a a zpětně byste je uvítala

odpověď	počet	podíl
převaz a péče o ránu	45	90 %
dechová rehabilitace	10	20 %
vstávání z lůžka	20	40 %
užívání léků	25	50 %
dodržování dietního a pitného režimu	10	20 %
hodnocení bolesti	10	20 %

Graf č. 21: Nedostatečná informovanost v oblastech a další zpětné uvítání

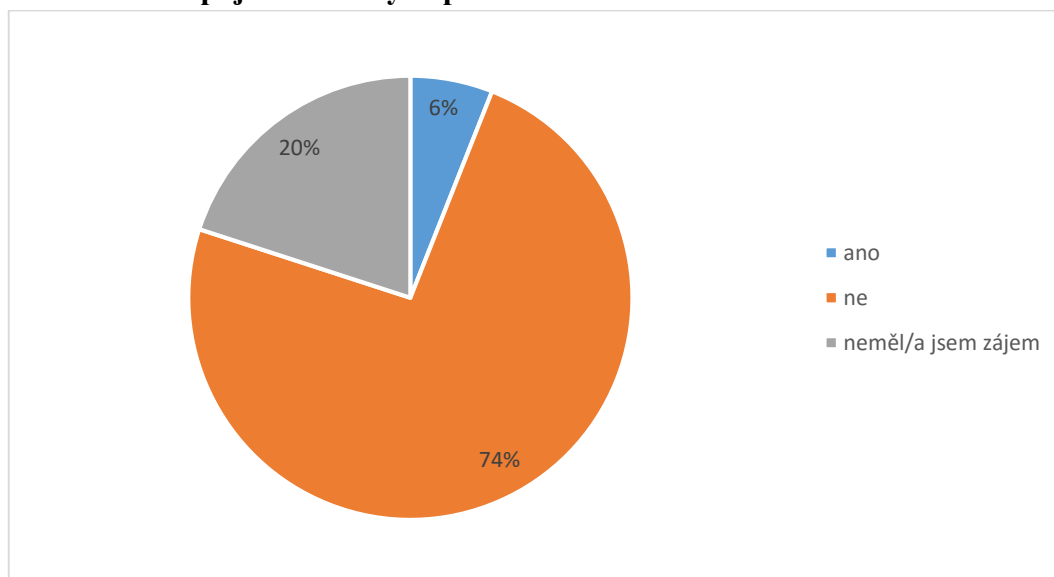


V otázce, týkající se zjišťování informací v určitých oblastech, respondenti zaškrtili více odpovědí, z 50 respondentů zaškrtilo 45 v péči o ránu, tj. 90 %, 25 udává nedostatečné informace v užívání léků, tj. 50 %, 20 zaškrtilo vstávání z lůžka, tj. 40 %, po 10 respondentů uvedlo nedostatek informací v oblasti dechové rehabilitace, dodržování dietního a pitného režimu a hodnocení bolesti, tj. po 20 %

Otázka č. 22 : Byli zapojeni do Vaší edukace rodinní příslušníci?

odpověď	počet	podíl
ano	3	6 %
ne	37	74 %
neměl/a jste vy nebo oni zájem o zapojení	10	20 %

Graf č. 22: Zapojení rodinných příslušníků do edukace

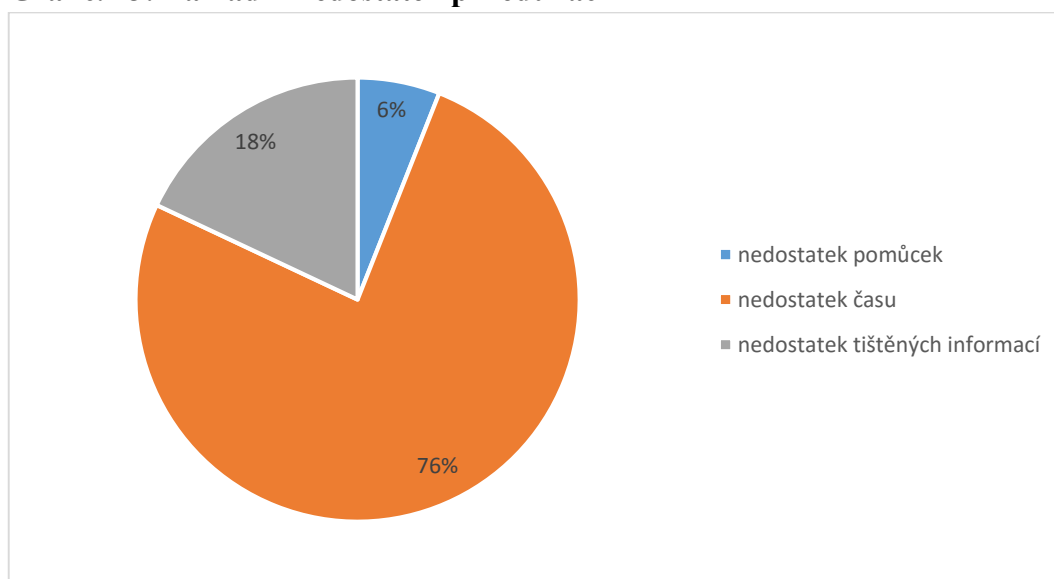


Zde se respondenti vyjádřili k zapojení rodinných příslušníků k edukaci, odpověď ne – udává 37 respondentů, tj. 74 %, nezájem udává 10, tj. 20 % a ano- 3, tj. 6 %

Otázka č. 23 : Co jste vnímal/a jako zásadní nedostatek při edukaci

odpověď	počet	podíl
nedostatek pomůcek	3	6 %
nedostatek času zdravotníků	38	76 %
nedostatek tištěných přehledných informací	9	18 %
jiné	0	0 %

Graf č. 23: Základní nedostatek při edukaci

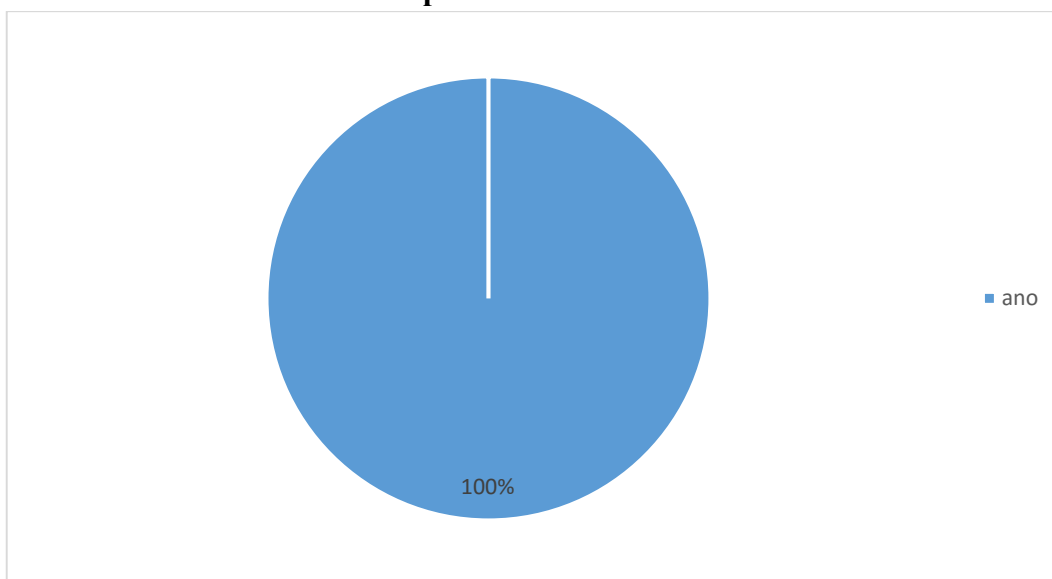


V té to výzkumné otázce respondenti udávali, v čem hlavně shledávali zásadní nedostatek v edukaci. Nejvíce respondentů 38 udávalo nedostatek času zdravotníků, tj. 76 %, 9 udalo nedostatek tištěných přehledných informací, tj. 18 %, nedostatek pomůcek shledali 3 respondenti, tj. 6 %

Otázka č. 24: Byl/a jste informována o možnosti lázeňské léčby a následné rehabilitaci

odpověď	počet	podíl
ano	50	100 %
ne	0	0 %
nevím	0	0 %

Graf č. 24: Možnosti následné péče

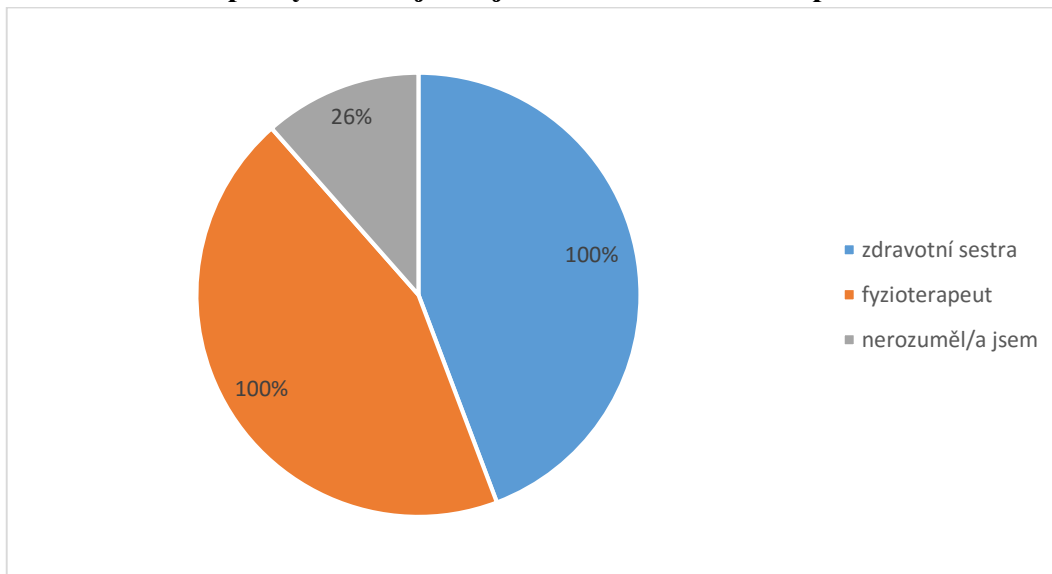


V této výzkumné otázce všech 50 respondentů uvedlo odpověď ano, tj. 100 %

Otázka č. 25: Kdo Vám poskytoval podle vašeho názoru informace během hospitalizace nejčastěji?

odpověď	počet	podíl
zdravotní sestra	50	100 %
lékař	0	0
fyzioterapeut	50	100 %
nikdo mi informace neposkytl	0	0
nerozuměl/a jsem tomu, co mi říkali	13	26 %
jiné	0	0

Graf č. 25: Kdo poskytoval nejčastěji informace během hospitalizace

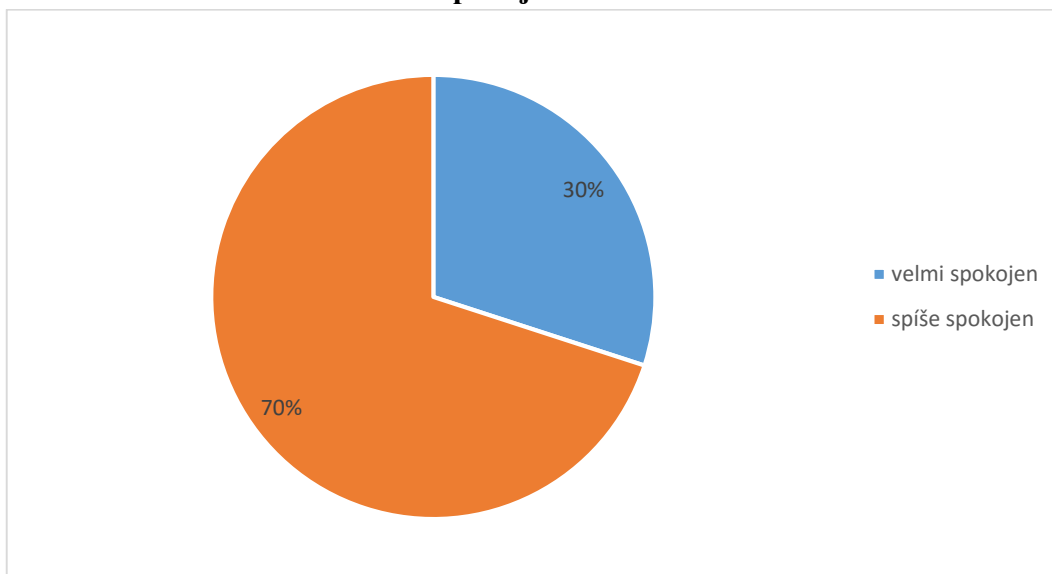


V této otázce respondenti opět uvedli více jak jednu odpověď, všech 50 respondentů uvedlo získávání informací od zdravotníků a fyzioterapeutů, tj. 100 %, ale 13 respondentů dále uvedlo nedostatečné porozumění podaných informací, tj. 26 %

Otázka č. 26: Kdyby jste měl/a zhodnotit celkově spokojenost s komunikací a s poskytováním informací v průběhu hospitalizace ze strany zdravotnického personálu

odpověď	počet	podíl
Velmi spokojen	15	30 %
Spíše spokojen	35	70 %
Spíše nespokojen	0	0 %
Velmi nespokojen	0	0 %

Graf č. 26: Zhodnocení celkové spokojenosti s komunikací

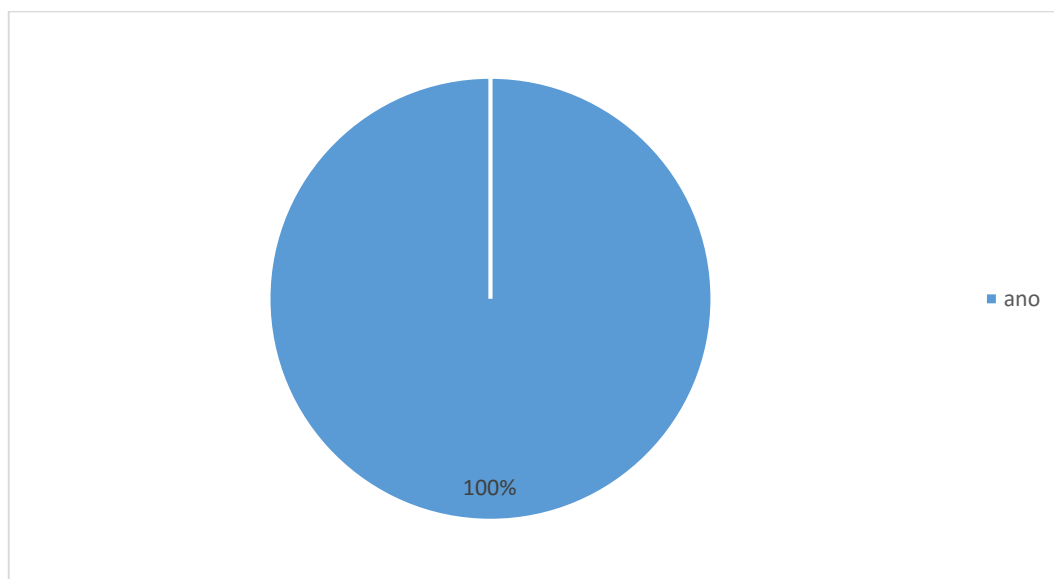


V hodnocení celkové spokojenosti udává 35 dotazovaných spíše spokojen, tj. 70 % a 15 udává velmi spokojen, tj. 30 %

Otázka č. 27: Věříte, že Vám prodělaná operace pomůže, zapojit se zpět do běžného života

odpověď	počet	podíl
ano	50	100 %
ne	0	0 %
nevím	0	0 %

Graf č. 27: Návrat do běžného života



Všech 50 dotazovaných respondentů, tj. 100 % spoléhá na to, že se po prodělané operaci opět zapojí do běžného života.

3.1.5 Výsledky výzkumu

V dotazníkovém šetření jsem se zaměřila na orientaci pacientů ve významu edukace, zda dostatečně znají pojem edukace, co znamená ve významu k jejich onemocnění a také s tím související rizikové faktory, dále o následných základních edukačních procesech, které probíhají v rámci hospitalizace na oddělení kardiovaskulární chirurgie.

Cílovou otázkou číslo 1- zjistit do jaké míry probíhá edukace na oddělení, zda pacienti znají pojem edukace a význam rizikových faktorů na jejich onemocnění.

Díličím cíli č. ohledně znalosti edukace odpovídá otázka č. 10, ke zjišťování rizikových faktorů směřuje otázka č. 6, 7, 8, 9, dále k následným edukačním procesům probíhajícím na oddělení odpovídají otázky č. 12, 13,14,15,17,18,19.

Na začátku výzkumu jsem předpokládala, že alespoň 50% zná pojem edukace nebo o něm někdy slyšeli. Z výzkumu vyplývá, že o edukaci a edukačních procesech probíhajících na oddělení je seznámeno 60 % respondentů, což je podle mne menší procento, než by mělo

být. Vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění je na vzestupu, je velmi důležitá pro snížení mortality sekundární prevence, pacienti by měli znát nejdůležitější rizikové faktory, jako je kouření, vysoký krevní tlak, porucha lipidového spektra, obezita nízká pohybová aktivita. (Sovová, 2010).

V souvislosti s nejčastějším rizikovým faktorem ovlivňující kardiovaskulární onemocnění, odpovědělo 34 % ano kouřím. V České republice zemře ročně cca 100 000 lidí, z toho na nemoci, které jsou ve velké míře spojené s kouřením, je to cca 18 000 lidí – pětina všech úmrtí je způsobena kouřením, dvě třetiny lidí kteří zemřeli na nemoci z kouření cigaret jsou mladší 65 let. (Česká televize: Mých posledních 150 000 cigaret, 2013)

U sportovních aktivit uvádí 30 % respondentů 2-3 hod. fyzické aktivity týdně, vzhledem k věku operovaných pacientů je toto číslo přiměřené. V otázce stresových situací pociťuje 72 % a to 70 % v zaměstnání. Bohužel ty to situace u pracujících respondentů nelze nijak ovlivnit. Dále u otázky týkající se zjišťování váhy, vyšlo zvýšené BMI u 70 % respondentů.

Cílovou otázkou č. 2- zjistit v jakých edukačních procesech jsou pacienti nejčastěji edukováni, nakolik jsou chápány dle pacienta a kterých oblastech nebyli dostatečně informováni

Dílčímu cíli č. 2 odpovídají otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21,

Vzhledem ke skladbě našich pacientů, kteří již mají určité zkušenosti s nemocničním prostředím jsem předpokládala přibližně 50 % s určitými znalostmi, které se týkají procesů na oddělení. V otázce která se týkala edukačního procesu v oblasti výživy 90 % respondentů nebylo dostatečně informováno, lze z toho předpokládat, že podání informací ohledně výživy a diety neshledává personál jako dostatečně důležitý.

Dále v edukačním procesu kdy byly zjišťovány informace, které se týkají rehabilitace odpovědělo ano všech 50 respondentů což je celých 100 %, zde je zřejmý dostatečný přístup k edukaci v rámci rehabilitace podaný od rehabilitačních pracovníků, kteří v rámci předávání informací týkající se rehabilitace mají větší zkušenosti.

V otázce z edukačního procesu koagulační léčby, odpovědělo 70 % ne. V tom to případě je edukace nedostačující, musíme přihlížet k tomu, že také mnoho pacientů, není schopno pojmout nové informace, s kterými se ještě nesešli. A v tom to případě, by měl být povinen lékař podat dostačující informace. Ale bohužel ve své praxi jsem se setkala s přístupem od lékaře v rámci edukace spíše s negativním přístupem. Lékaři v tom to spoléhají na sestry, které tráví s pacienty více času. Pacienti sami se spíše obrazejí na sestry v rámci nejasných odpovědí od lékaře, na otázku proč jste se nezeptal lékaře odpoví „já jsem se bál/a zeptat“. Dále ve zjišťovací otázce z oblasti podávání léku proti bolesti vychází, že 48 % bylo informováno, zde toto procento je také nedostačující s výskytem bolesti se setkává na našem oddělení většina pacientů. V rámci edukace by měli být všichni pacienti dostatečně informováni o možnostech podání léku proti bolesti.

Ve zjišťování výskytu bolesti v průběhu hospitalizace odpovídá 88 % ne, to to procento je vysoké a souvisí s předcházejícím zjištěním. V nutnosti monitorace na oddělení odpovědělo 76 % nevím, v tom to edukačním procesu nacházím také zřejmé nedostatky, pacient by měl být dostatečně seznámen s významem monitorace a dalšího měření. Vědět

o hodnotách svých fyziologických funkcí. V otázce o prevenci pádu odpovídá 60% pacientů neví, v tom to směru je edukace také nedostačující, zdravotnický personál by měl chránit pacienta před možným poškozením, a s tím je i související riziko pádu, pacient by měl být dostatečně informován, proč nemůže momentálně vstávat, mít při ruce signalizační zařízení a označení s rizikem pádu. V informovanosti ohledně péče o ránu vychází 68 % pacientů s odpovědí neví. V tom to směru pacienti také nejsou dostatečně informováni.

V další části mé zjišťovací otázky jsem chtěla zjistit, v kterých oblastech pacienti nebyli dostatečně informováni a zpětně by informace uvítali. V péči o ránu odpovědělo 90 % dále v užívání léků jen uvedeno 50 %, vstávání z lůžka 40 %, a po 20% odpověděli pacienti ohledně dechové rehabilitace, dodržování diety a pitného režimu a hodnocení bolesti.

Cílová otázka č. 3- zjistit jaký je nejčastější způsob, kterým sestra předává informace a jaké jsou nejčastější bariery

Dílčí úkol č. 3 odpovídají otázky č. 11, 22, 23,

V otázce způsobu předávání informací odpovědělo 100 % ústně a po 20 % ukázka a písemný materiál. Dle výzkumu vychází ústní podání jako nejčastější způsob, neví dostatečně, jak jsou pacienti dále schopni vnímat podané informace zřejmě by jsme se měli jako edukatelé více zaměřit na zpětnou vazbu od pacienta. Pomocí kladení kontrolních otázek související s podáním informací a následným odhalením nepochopení od pacientů, kteří se bojí zeptat a říci „já jsem nerozuměl“ aby nevypadali hloupě. Dále ohledně zapojení rodinných příslušníků do edukace odpovídá ne 74 %, zřejmě nemají zájem sami pacienti o edukaci se svými rodinnými příslušníky. Dále shledávám, že poskytnutí edukace rodinným příslušníkům cítí jako další omezení ve svém životě. Osobně jsem se setkala s odmítnutím se zapojením do edukace manželky od samotného pacienta, nechtěl, aby manželka měla informace o podaných informacích. Zřejmě by to cítil v budoucnu jako velké omezení.

Ze strany nejčastější bariery v rámci edukace shledává 76 % dotazovaných nedostatek času zdravotníků. V tom to směru, bychom měli být aktivnější, najít více času pro pacienta, informace podávat v klidu a beze spěchu, vzhledem k věku a vnímání pacientů, kteří tvoří převážně již starší lidé.

Cílová otázka č. 4- zjistit zda mají pacienti dostatek informací o dalších možnostech léčby, zda jsou informace dostatečné

Dílčí úkol č. 4 odpovídají otázky č. 20, 24, 25, 26,

V otázkách zjišťovacích, které se týkají podávání informací o další léčbě a lázeňského pobytu odpovídá všech 50 respondentů ano tj. 100 %, v podávání informací ve všech edukačních procesech vyplývá nejčastější odpovědí sestra, zde je vidět jak je důležitý vztah pacient- sestra. Většina pacientů, s kterými jsem se dosud ve své praxi setkala, spoléhá více na svoji ošetřující sestru, jako na někoho kdo mu podá dostatečné odpovědi na jeho otázky. Vzhledem k tomu, že sestra stráví více času s pacientem než lékař, který se objeví na ranní vizitě, koukne do dokumentace, řekne si něco sám pro sebe a odejde. Mnoho lékařů bere edukaci jako podřadnou činnost a čas zabírající zbytečnou věc. Ale pro pacienty je velmi důležité podání jakékoli informace. Ve zjišťovací otázce týkající se

spokojenosti s komunikací a poskytnutím informací odpovídá spíše spokojen 70 % respondentů, toto číslo je dostačující a vypovídá o průměrné spokojenosti pacientů, ale přesto si myslím, že by mohlo být větší. Vše záleží na ošetřujícím personálu, s kterým se každodenně pacient setkává.

4 Diskuze

V této části mé bakalářské práce bych ráda shrnula výsledky mého výzkumného šetření. Ke sběru dat byla použita kvantitativní metoda technikou anonymního dotazníku, který se převážně týkal seznámení a zjištění co znamená pro hospitalizované pacienty pojem

a význam edukace jako taková a význam dalších edukačních procesů, se kterými se pacienti setkali. Sběr dat probíhal na oddělení kardiiovaskulární chirurgie v rozmezí začátku měsíce ledna až konec února 2016. Edukace, jak je patrné z mého šetření, je nejčastěji na sestře. Edukace musí obsahovat i velmi podrobné vysvětlení, co vlastně je současné onemocnění a jaké jsou jeho příčiny, rizikové faktory ovlivňující onemocnění

a dále je nezbytný celkový rozbor současného životního stylu. Dostatečná informovanost je pouze prvním krokem, další kroky jsou již na samotném pacientovi a jeho rozhodnutí

(Medicína pro praxi, 2010). Rizikové faktory uvádí tabulky a grafy č. 7, 8, 9. V otázkách týkajících se rizikových faktorů byla zjišťovací otázka, zda pacienti kouří, odpovědělo 36 % ano, nejsem si dostatečně jistá, zda po proběhlé operaci bude dostatečné procento schopno přestat kouřit. V tom to směru jsou lidé celkově ovlivněni reklamami a dalšími osobnostmi našeho politického a kulturního života, kde jsou při jakékoli příležitosti zachyceni s cigaretou v ruce. Také probíhající laxní přístup k zákonu o zákazu kouření v restauracích zřejmě neposune dále otázku proč přestat kouřit.

Vím, jak jsou kuřáci hákliví na otázku ohledně kouření a záleží pouze na přístupu dané osoby, zda je schopna přijmout fakta týkající se edukačního programu zaměřeného na škodlivost kouření. I dlouhodobý kuřák může dostatečně ovlivnit svůj zdravotní stav včasným skončováním s kouřením. Hitem současnosti je tzv. e- cigareta jako pomocný prostředek k odvykání kouření, jak omezit a postupně zcela opustit závislost na kouření. Od roku 2008 byly provedeny toxikologické studie, na základě jejich výzkumu bylo potvrzeno, že e- cigareta skutečně obsahuje méně škodlivých látek než tabák z cigaret. Avšak v září 2008 Světová zdravotnická organizace vydala prohlášení, ve kterém se uvádí, že e- cigareta není dostatečně vhodný prostředek k odvykání kouření. Hlavně proto, že nejsou k dispozici dostatečné množství seriózních studií. (e- cigareta: pomáhá, nebo spíše škodí?, 2013).

Dále zjištění pohybové aktivity nepřináší dostatečně vhodné odpovědi. Převážné procento respondentů bylo 45-59 let tj. 46 % a 60 a více tj. 30 % uvedlo, že pohybové aktivitě nevěnují víc jak 1 hod. týdně. V této oblasti by měli být pacienti edukováni v rámci tzv. sekundární edukace, kdy by měl být kladen důraz na pohybovou aktivitu. Pacienti by měli být obeznámeni s vhodným cvičením, rehabilitačním programem po proběhlé operaci. Myslím, že v dnešním světě plném informací, kdy si lidé mohou vyhledat nepřeberné množství informací, které se vztahují jak k onemocnění tak možnosti další léčby hrají určitou nezastupitelnou roli média a další sdělovací prostředky. Dle studie Cook DJ et. al. (2014), „Patient education self- management during recovery“ kdy byli edukačnímu programu podrobeni pacienti okolo 68 let za pomoci moderní technologie např. za pomoci iPad, tabletu a dalších, vyplývá, že věk není omezení k přístupu k edukaci za pomoci moderní technologie. Dále jak vyplývá ze zahraničního výzkumu dle studie Parry et. al (2009) „Cardiac home education and support trial“ jsou schopni zastat velký význam v edukaci i vyškolení speciální pracovníci, kteří jsou speciálně vyškoleni k podávání

informací po telefonu i do odlehlých částí státu, kdy je snížen přístup k informačním zdrojům. Dle Boháčové a její bakalářské práce (2015) na téma: Kvalita života s epilepsií, bych ráda vyzdvihla, že nemoc na fyzickém podkladě může být hodně ovlivněna psychikou a proto bychom jako osoby se zdravotnickým vzděláním měli více komunikovat a naslouchat obavám druhých.

Hlavnímu cíli mé práce odpovídají tabulky a grafy č. 10,12,13,14,15,16,17,18,19, které se týkají edukace a edukačních procesů na oddělení. Z výzkumného šetření, zda respondentům byl vysvětlen pojem edukace a probíhající procesy na oddělení odpovědělo ano 60 % respondentů. Dále jsem došla k závěru, že edukace v určitých oblastech byla dostačující, což se týkalo zjištění edukace v oblasti rehabilitace, kdy odpovědělo 100 % respondentů kladně, v dalších oblastech, které se zaobíraly výživou, koagulační léčbou a podáváním léku na bolesti, nutnost monitorace, prevence pádu a péče o operační ránu, převážné procento odpovědělo neví, z toho vyplývá, že edukace probíhá ale zřejmě bez následného efektu. Kdy hlavním výsledkem má být dostatečně informovaný a spolupracující pacient. Edukace v těch to oblastech by měla být zlepšena, podávána dostatečně srozumitelně a posuzována na základě zpětné vazby ve formě kontrolních otázek. Zjištěním jak je určitý pacient schopen přijmout nové informace. Někomu stačí pouze tištěné informační letáky, další vnímají spíše podané informace ústní cestou. Jistě by bylo vhodné vyškolení určité sestry edukátorky, která by měla na starost probíhající edukaci na oddělení. Podání edukace může být dále zkresleno nedostatečnou komunikací mezi sestrou a pacientem. Někdo podcení vnímavost pacienta, zkrátí čas vhodný k edukaci, nepodá dostačující informace apod. Proto si myslím, že edukace jako celek by měl být aplikován pouze danou určitou osobou, aby se pacient stal vzdělaným a spolupracujícím, se zájmem o své zdraví. Myslím, že by bylo zajímavé se v další práci zabývat tím to tématem. Zaměřit se na větší skupinu respondentů. Zjistit např. při kontrolních návštěvách co si pamatují po propuštění z nemocnice. Dalším přínosem by byl celkový leták zaměřený na rizika, do kterých spadá obezita, kouření, aktivity apod.

5 Závěr

Účelem mé práce bylo celkové pochopení pacienta při hospitalizaci, jeho vnímání a pocitu. Myslím, že jsem si zvolila aktuální téma, protože edukace pacienta se stále bere v zdravotnických zařízeních něco jako určitý nadstandard a kdy není vedena dostatečně systematicky, oproti edukaci v cizině, kde je kladen větší důraz na informovanost a kdy i sami pacienti se nebojí informovat více o svém zdravotním stavu a dalších postupech v léčbě. Naštěstí se v posledních letech mění přístup k edukačnímu programu, edukace jako samostatný předmět je již vyučován na zdravotnických školách a dále na vysokých školách. V rámci edukace je důležité vyhledání určité vhodné metody, které pacientovi můžou ukázat vhodné změny v životním stylu a které dále důsledně ovlivní vývoj jeho zdravotního stavu. Přesto v domácí literatuře je nedostatek literatury k tématu, o čemž jsem se přesvědčila při mém vyhledávání rešerží. Je to důkaz toho, že se k tématu u nás moc nepsalo a v zahraničí se o tématu edukace začalo více publikovat až od roku 2008. Myslím, že význam edukace má velký přínos pro každého z nás. Je velmi důležité, abychom začali sami u sebe a našich rodinných příslušníků, zhodnotili svůj způsob života, zdravotní stav a snažili se o zlepšení kondice.

6 Seznam použité literatur

Alkubati,Sa., Al-Zaru Im, Khater W., Ammouri A., *Perceived learning needs of Yemeni patients after bypass graft surgery*, Clin Nurs, 2013 Apr., 10.1111/j. 1365-2702.2012.04177, 2012 Jul 12

Boháčová, E., *Kvalita života*, [online]. Praha, 2015,[cit. 5. 5. 2016]
Dostupné na internetu:[https:// is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/156651/](https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/156651/)

Brejchová, E., *Edukace v primární péči*, [online] Praha, 2012, [cit. 18. 5. 2016]
Dostupné na internetu: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100157/>

Cook DJ. et al., *Patient education self-management during surgical recovery*, Telemedicine and -eHealth, 2014 Apr., vol.20, No.4

Češka, R. et. al, *Interna*, Praha: Triton, 2010, str. 350, ISBN 978-80-7387-423-0

Danker R. et al., *The effect of an education on coronary artery bypass graft surgery patients, participation programs: a controlled health care trial*, Cardiovasc Nurs., 2011, Oct 8, doi: 10.1186/1471-2261-11-60

Doupalová, P., *Edukace pacientů s kardiovaskulárním onemocněním*, Cor et vasa,2008,roč. 50, č. 9, str. 170, ISSN 0010-8650

Fujanová, P., *Kvalita života mladších nemocných po prodělaném infarktu*, Cor et vasa, Kardio, 2013, roč. 55, č. 6, str. 698-700, ISSN 0010-8650

Fredericks, S., *Coaching in the cardiovascular surgical population*, Can J Cardiovasc Nurs., 2011, 21(3):30-3

Gurková, E., *Hodnocení kvality života*, Praha: Grada, 2011, str. 223, ISBN 978-80- 247-3625-9

Heřmanová, J., Marek Vácha, Hana Svobodová, Marie Zvoníčková, Jan Slovák, *Etika v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada, 2012, str. 92, ISBN 978-80 247-3469-9

Jarošová, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, vyd. 1. Praha: Grada, 2007, str. 99, ISBN- 978-80-247

Jarošová, D., Renata Zeleníková, *Ošetrovatelství založené na důkazech*, Praha: Grada, 2014, str.85, ISBN 978-80-247-5345-4

Juřeníková, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada, 2010, str. 80, ISBN 978-80-247-2171-2

Kolář, J. et. al, *Kardiologie pro sestry v intenzivní péči*, Praha: Galén, 2009, str. 471, ISBN 80-247-1148-6

Kuberová, H., *Didaktika ošetrovatelství*, vyd.1., Praha: Portál, 2010, str. 248, ISBN 978-80-7367-684-1

Kulhavá, M., *Základy obecné didaktiky*, [online] Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2009 [2. 5. 2016] Dostupné na internetu: [https:// el. lf1.cuni.cz/p/41600723/](https://el.lf1.cuni.cz/p/41600723/)

Kutnohorská, J., *Výzkum v ošetrovatelství*, Praha: Grada, 2009, str. 176, ISBN 978- 80-247-2713-4

Medicinská databáze u Lékaře: Stop-kouření [online Meditorial 2013, dostupné z [http:// www.stop-koureni.cz/novinky/e-cigareta-pomaha-nebo-spis-skodi-78](http://www.stop-koureni.cz/novinky/e-cigareta-pomaha-nebo-spis-skodi-78) [cit. 5.5.2016]

Naňka, O., Miloslava Elišková, *Přehled anatomie*, Praha: Galén, 2009, str. 398, ISBN 978-80-7262-612-0

Portál ČT 24: Kouření v souvislostech [online] Portál ČT24 2013, dostupné z [http:// www.ceskatevize.cz/porady/10427122043-mych-poslednich-150-000-cigaret/31229434019/6791 kouření-v-souvislostech/](http://www.ceskatevize.cz/porady/10427122043-mych-poslednich-150-000-cigaret/31229434019/6791-koureni-v-souvislostech/) [cit. 5. 5. 2016]

Parry, M., Watt-Watson I., Tranmer J., Hodnett E., Brooks D., *Cardiac home education and support trial*, Can J Cardiol., 2009 Dec., 25(12), e 393-8

Perlík, F., *Základy farmakologie*, Praha: Galén, 2011, str. 171, ISBN 978-80-7262-759-2

Rosová, H., a M. Matoušek, *Metabolický syndrom a prevence srdečně-cévních onemocnění*, Praha: Mladá fronta a.s., 2012, str. 27, ISBN 978-80-204-2546-1

Szabová, I. *Edukace pacienta po akutním infarktu myokardu*, [online] Hradec Králové, 2008, [cit.15.5 2016] Dostupné na internetu:<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/58295/>

Sovová, E., *Pamatují si naši pacienti rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění?*, Praktický lékař, 2010, roč. 90, č. 2, str. 90-92, ISSN 0032-6739

Svěráková, M., *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*, vyd.1., Praha: Galén, 2012, str. 63, ISBN 978-80-7262-845-2

Vachková, E., *Pacientovo pojetí nemoci a edukační proces*, vyd.1., Brno: MSD, 2010, str. 60, ISBN 978-80-7392-150-7

Vilánková, A., *Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárního onemocnění*, Medicína pro praxi, 2010, roč. 7, č. 12, str. 501-503, ISSN 1214-8687

Vráblík, M., *Otazníky kardiovaskulární prevence*, Brno: Facta Medica, 2009, str. 158, ISBN 978-80-904260-2-3

Veselka, J. et al., *Kardiovaskulární medicína*, [online: pdf], Facta Medica, 2015, [cit.17. 3. 2016], dostupné na internetu: <http://www.kv-medicina.eu/kardiovaskularni-medicina/>, ISBN 978-80-88065-00-3

7 Seznam použitých zkratek

FN- fakultní nemocnice

DM-diabetes mellitus

LDL- lipoprotein s nízkou hustotou

HDL- lipoprotein s vysokou hustotou

FiS- fibrilace síní

CABG- koronární arteriální bypass

OPCABG- off- pump koronární arteriální bypass na bijícím srdci bez použití mimotělního oběhu

BMI- body mass index

EKG- elektrokardiogram

8 Přílohy

Příloha č. 1- grafů

Graf č. 1 – Pohlaví

Graf č. 2- Dosažené vzdělání

Graf č. 3- Věk

Graf č. 4- Typ operace

Graf č. 5- Charakter operace

Graf č. 6- Zjištění výšky, váhy

Graf č. 7- Dlouhodobé stresové situace, nejčastější výskyt stresu

Graf č. 8- Pohybová aktivita

Graf č. 9- Kouření

Graf č. 10- Poučení o edukačních procesech a pojmu edukace

Graf č. 11- Nejčastější způsob získávání informací

Graf č. 12- Poskytnutí informací v oblasti výživy

Graf č. 13- Poskytnutí informací v oblasti rehabilitace

Graf č. 14- Poskytnutí informací v oblasti koagulační léčby

Graf č. 15- Poskytnutí informací v oblasti podávání léků proti bolesti

Graf č. 16- Zjištění výskytu bolesti zdravotnickým personálem

Graf č. 17- Poskytnutí informací o nutnosti monitorace

Graf č. 18- Poskytnutí informací o prevenci pádu

Graf č. 19- Poskytnutí informací v péči o ránu

Graf č. 20- Poskytnutí informací a následné zhodnocení

Graf č. 21- Nedostatečná informovanost v oblastech a další zpětné uvítání

Graf č. 22- Zapojení rodinných příslušníků do edukace

Graf č. 23- Základní nedostatek při edukaci

Graf č. 24- Možnosti následné léčby

Graf č. 25- Kdo poskytoval nejčastěji informace během hospitalizace

Graf č. 26- Zhodnocení celkové spokojenosti s komunikací

Graf č. 27- Návrat do běžného života

Příloha č. 2- Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Štěpánka Laubeová a jsem studentkou 3. ročníku 1. LF UK v Praze v oboru všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Edukace pacientů s kardiovaskulárním onemocněním.“ Dotazník **je zcela anonymní** a jeho vyplnění Vám nezabere více než 10 minut. Vyplněním dotazníku dává účastník souhlas se zpracováním dat, jehož výsledky budou použity pouze pro potřeby bakalářské práce. Pokud není uvedeno jinak, volte vždy jen jednu odpověď. Za Váš čas předem děkuji.

1. Jakého jste pohlaví?
 - A) Žena
 - B) Muž

2. Nejvyšší dosažené vzdělání
 - A) Základní
 - B) Středoškolské bez maturity (vyučen/a)
 - C) Středoškolské s maturitou
 - D) Vyšší odborné
 - E) Vysokoškolské

3. Váš věk
 - A) 18-29 let
 - B) 30- 44 let
 - C) 45-59 let
 - D) 60 let a více

4. Jaký typ operace jste podstoupil/a ?
 - A) BYPASS- uměle vytvořené cévní spojky na koronárních tepnách
 - B) Operace chlopně
 - C) Jiné

5. Jakého charakteru byla Vaše operace?
 - A) Akutní
 - B) Plánovaná
 - C) Jiná:.....

6. Jaká je Vaše výška?
.....
Jaká je Vaše váha?
.....

7. Máte pocit, že jste vystaveni ve svém životě dlouhodobě stresovým situacím?
A) Ano
B) Ne

V případě, že jste odpověděli ano, kde nejčastěji pociťujete stres

- A) Doma
B) V zaměstnání
C) Jinde:.....(doplňte)
8. Kolik času týdně věnujete pohybové (sportovní) aktivitě?
A) Nedělám žádnou pohybovou aktivitu
B) Méně jak 1 hod. týdně
C) 4 hod. týdně a více
D) Jiné:.....
9. Kouříte?
A) Ano- kolik cigaret denně.....
B) Ne
C) Přestal/a jsem kouřit
10. Byl/a jste poučena během hospitalizace o edukačních procesech na oddělení a o tom co celkově edukace znamená?
A) Ano
B) Ne
C) Nerozuměl/a jsem co mi sestra povídala
11. Jakým nejčastějším způsobem jste získával/a během pobytu v nemocnici informace?
A) Ústně
B) Písemně (informační leták, souhlas)
C) Ukázka nebo nácvik
D) Jiné:.....
12. Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti výživy? (dietní omezení, význam hydratace)
A) Ano
B) Ne
C) Nevím

13. Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti rehabilitace?
(používání pomůcek a další průběh RHB)
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím
14. Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti koagulační léčby?
(užívání léku WARFARIN)
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím
15. Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v oblasti podávání léků proti bolesti?
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím
16. Ptal se Vás zdravotnický personál na výskyt bolesti v průběhu hospitalizace?
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím
17. Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace o nutnosti monitorace na oddělení? (měření fyziologických funkcí, monitorace srdeční křivky a další)
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím
18. Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace o prevenci pádu?
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím
19. Byly Vám během hospitalizace poskytnuty informace v péči o operační ránu, převaz?
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím

20. Pokud Vám byly informace poskytnuty, můžete zhodnotit uvedené oblasti a kdo Vám informace poskytl?
- A) Informace v oblasti výživy
 -
 - B) Informace v oblasti rehabilitace.....
 -
 - C) Informace o významu koagulační léčby.....
 -
 - D) Informace o podávání analgetik a opiátů, hodnocení bolesti.....
 -
 - E) Informace o nutnosti monitorace na oddělení.....
 -
 - F) Informace o prevenci pádu.....
 -
 - G) Informace o převazu ran.....
 -
21. V jakých oblastech jste nebyl/a podle Vašeho názoru dostatečně informována a zpětně byste informace uvítal/a?
- A) Převaz a péče o ránu
 - B) Dechová rehabilitace
 - C) Vstávání z lůžka
 - D) Užívání léků
 - E) Dodržování dietního a pitného režimu
 - F) Prevence pádu
 - G) Hodnocení bolesti
22. Byli zapojeni do Vaší edukace i rodinný příslušníci?
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Neměl/a jste Vy nebo ono zájem o zapojení
23. Co jste vnímal/a jako zásadní nedostatek při edukaci?
- A) Nedostatek pomůcek
 - B) Nedostatek času zdravotníků
 - C) Nedostatek tištěných přehledných informací
 - D) Jiné:.....

24. Byl/a jste informován/a o možnosti lázeňského pobytu a následné rehabilitaci?
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím
25. Kdo Vám poskytoval podle Vašeho názoru informace během hospitalizace nejčastěji?
- A) Zdravotní sestra
 - B) Lékař
 - C) Fyzioterapeut
 - D) Nikdo mi informace neposkytl
 - E) Nerozuměl/a jsem tomu, co mi říkali
 - F) Jiné:.....
26. Kdyby jste měl/a zhodnotit celkově spokojenost s komunikací a s poskytováním informací v průběhu Vaší hospitalizace ze strany zdravotnického personálu, jste:
- A) Velmi spokojeni
 - B) Spíše spokojeni
 - C) Spíše nespokojeni
 - D) Velmi nespokojeni
27. Věříte, že Vám prodělaná operace pomůže zapojit se zpět do běžného života?
- A) Ano
 - B) Ne
 - C) Nevím



FN MOTOL

Kardiochirurgická klinika

Fakultní nemocnice v Motole
a 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Čeká mě operace **SRDCE**



INFORMACE NEJEN PRO PACIENTY



