

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **Spolupráce sestry a pacienta s kardiovaskulárním onemocněním v sekundární prevenci**

bakalářská práce

Autor práce: Martina Boháčová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková

Datum odevzdání práce: 13.8.2013

# **Abstrakt**

## **Spolupráce sestry a pacienta s kardiovaskulárním onemocněním v sekundární prevenci.**

### **Současný stav**

Kardiovaskulární onemocnění způsobuje téměř polovinu všech úmrtí na celém světě. Na tom se podepisuje především fakt, že mnoho lidí zanedbává správnou životosprávu. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním je lepší nezdravý způsob života ponechat a soustředit se na dodržování zásad sekundární prevence. Jejím cílem je zejména zamezení zhoršení choroby, vzniku komplikací a trvalých následků (5,6). K tomu, aby byl cíl naplněn, je nezbytná kvalitní spolupráce mezi sestrou a pacientem. Dalším přínosem je i povědomí toho, že velká část prevence leží v rukou každého z nás.

Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce se zabývá objasněním základní problematiky onemocnění, vyšetřovacími metodami v kardiologii, prevencí kardiovaskulárních onemocnění, rizikovými faktory a rolí sestry. Praktická část obsahuje zpracovaná a vyhodnocená data, získaná během výzkumného šetření.

### **Cíle práce**

Předmětem práce bylo zmapovat spolupráci mezi sestrou a pacientem s kardiovaskulárním onemocněním v rámci poskytované sekundární prevence. Pro naplnění výzkumné části bakalářské práce jsme stanovili čtyři hlavní cíle: 1. Zmapovat úlohu sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. 2. Zmapovat spolupráci ve vztahu sestra-pacient v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. 3. Zjistit očekávání pacientů od sester v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení. 4. Zjistit očekávání pacientů od sester v oblasti sekundární prevence v ambulantní péči.

V návaznosti na tyto cíle jsme si položili následující výzkumné otázky: 1. Jsou pacienti srozumění s komplikacemi, které mohou nastat při nedodržování preventivních opatření? 2. Jaký je postoj pacientů k získávání informací v oblasti preventivních opatření? 3. Jaká je úloha sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním

onemocněním? 4. Jak spolupracují sestry a pacienti v rámci sekundární prevence v kardiologii? 5. Jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení od sester? 6. Jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence v ambulantní péči od sester? Na dané výzkumné otázky lze v praktické části nalézt relevantní odpovědi.

### **Použitá metodika**

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo využito kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů prováděných v nemocnici Tábor, a.s. a Českých Budějovicích, a.s. na standardní a ambulantní jednotce kardiologie. Rozhovory se sestrami a pacienty byly uspořádány do několika částí. První část obsahuje identifikační údaje, druhá se týká úlohy sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním, dále vzájemné spolupráce mezi sestrou a pacientem a poslední část je označena jako očekávání v rámci poskytované sekundární prevence.

Na začátku rozhovorů byli všichni respondenti informováni o anonymitě výzkumu a ujištěni, že získané informace poslouží pouze pro účel bakalářské práce. Kvůli zachování anonymity byli vybraní respondenti označeni písmenem a číslicí. První skupinu výzkumného souboru tvoří pacienti (R1-R6) a druhou tvoří sestry (S1-S6). Celkem se zúčastnilo 6 všeobecných sester a 6 pacientů. Výzkum probíhal v období měsíců březen – květen 2013.

O povolení uskutečnit výzkumnou část bakalářské práce v nemocnici Tábor, a.s. byla s prosbou oslovena hlavní sestra Mgr. Helena Plocková. Následovala domluva se staniční sestrou oddělení kardiologie, která souhlasila s uskutečněním rozhovorů. V českobudějovické nemocnici byla o povolení výzkumného šetření požádána hlavní sestra Mgr. Monika Kyselová. Po schválení byla oslovena vrchní sestra Anna Vítová, která taktéž reagovala na žádost kladně.

Získaná data byla pro větší přehlednost zpracována do myšlenkových map za pomoci programu v Microsoft office Wordu 2007- Smart Art. Při interpretaci získaných dat byla použita i přímá citace respondentů bez lingvistické úpravy.

### **Výsledky**

Z výsledků rozhovorů zkoumaných skupin vyplývá, že spolupráce a vzájemná

komunikace mezi sestrou a pacientem je oblastí, v které je co zlepšovat. Z výzkumu celkově vyplývá, že vzájemná a dobrá spolupráce se významně podílí na léčbě nemocného.

Pacientům je poskytováno dostatečné množství informací. Nejčastějším zprostředkovatelem informací bývá lékař. Informace jsou nejčastěji sdělovány ústní formou nebo prostřednictvím brožur a letáčků. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti jsou dobře orientováni v dané problematice. Mají přehled o režimových opatření, lécích a komplikacích, které mohou nastat při nedodržování doporučených rad.

U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním je nevyhnutelná změna životního stylu, která jak vyplývá z výzkumného šetření, činí pacientům největší problém. Řada pacientů nedodržuje důležité zásady a ohrožuje tak své zdraví i život. Bylo zjištěno, že pacienti potřebují více podnítit a motivovat ke spolupráci.

Pacienti od sester očekávají ochotu, vstřícnost, příjemné vystupování a komunikativnost. Přáli by si více prostoru a lepší komunikaci. Sestry od pacientů předpokládají kladný vztah k získávání informací a dodržování doporučených rad.

### **Závěr**

Na výzkumné otázky jsme získali potřebný počet respondentů a odpovědí. I přesto výsledky výzkumu nelze zevšeobecňovat. Z výsledků je patrné, že došlo ke splnění předem stanovených cílů.

Předmětem práce bylo poukázat na slabá místa při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním a pomoci tak ke zkvalitnění spolupráce mezi sestrou a pacientem. V praxi může tato práce sloužit ke zvýšení informovanosti v oblasti zdravotního rizika u kardiologicky nemocných v rámci sekundární prevence. Zároveň by výsledky mohly posloužit studentům oboru ošetrovatelství jako doplněk k výuce. Výsledkem práce bylo vypracování nejdůležitějších zásad, které by měl pacient dodržovat.

### **Klíčová slova**

kardiovaskulární onemocnění, sekundární prevence, obezita, kouření, pohybová aktivita, životní styl, role sestry

# **Abstract**

## **Cooperation nurses and patients with cardiovascular disease in secondary prevention.**

### **Current situation**

Cardiovascular disease causes nearly half deaths all over the world. This is caused above all by the fact that many people do not follow correct regime. For patients with cardiovascular disease it is better to follow their unhealthy lifestyle and to concentrate on keeping the rules of secondary prevention. Its aim is mainly to prevent the disease from getting worse, the formation of complications and permanent consequences (5, 6). To fulfil this aim cooperation of quality between the nurse and the patient is necessary. Another contribution is the awareness that a great deal of prevention lies in the hands of each of us.

The thesis is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part deals with the basic issues clarification of the disease, examination methods in cardiology, prevention of cardiovascular diseases, risky factors and the nurse's part. The practical part contains processed and evaluated data, gained during the research.

### **Aims of the thesis**

The subject matter of the thesis was to map the cooperation between the nurse and the patient with cardiovascular disease within the bounds of providing secondary prevention. To fulfil the research part of the bachelor's thesis we have set four main aims: 1. To map the nurse's part in the secondary prevention by a patient with cardiovascular disease. 2. To map the cooperation in the relationship a nurse-a patient within the bounds of secondary prevention of cardiovascular diseases. 3. To find out patients' expectations from nurses in the field of secondary prevention at the inpatient ward. 4. To find out patients' expectations from nurses in the field of secondary prevention in the outpatient care.

In connection with these aims we have given the following research questions: 1. Do the patients know about possible complications which may appear if they do not

follow prevention measures? 2. What is the patients' attitude toward gaining information in the field of prevention measures? 3. What is the nurse's part in the secondary prevention by a patient with a cardiovascular disease? 4. How do nurses and patients cooperate within the bounds of secondary prevention in cardiology? 5. What expectations do the patients have in the field of secondary prevention at the inpatient ward? 6. What expectations do the patients have in the field of secondary prevention in the outpatient care from nurses? You may find relevant answers to the research given questions in the practical part.

### **Methodology used**

A qualitative research has been used for the empiric part of this bachelor's thesis. Data collection has been realised by means of half-structured dialogue carried out in the hospital of Tabor a.s. and České Budějovice a.s., at the standard and premium service wards of cardiology. Dialogues with nurses and patients have been arranged into several parts. The first part contains identification data, the second concerns the nurse's part in the secondary prevention by a patient with cardiovascular diseases, furthermore mutual cooperation between the nurse and the patient and the last part is marked as expectations within the bounds of providing secondary prevention.

At the beginning of each dialogue all respondents were informed about the anonymity of the research and assured that the information gained will only be used for the purposes of this bachelor's thesis. Due to observing anonymity the respondents chosen were labeled by numbers and letters. The first part of the research volume is formed by patients (R1-R6) and the other is formed by nurses (S1-S6). Altogether 6 general nurses and 6 patients took part. The research was carried out during March – May 2013.

The leading nurse Mgr. Helena Plocková was asked to give permission to carry out the research part of the bachelor's thesis in the hospital of Tabor a.s. An agreement with the cardiology ward sister, who agreed to realize the dialogues, followed. In the hospital of České Budějovice it was the leading nurse Mgr. Monika Kyselová to have been asked to give permission to the research. After the approval the ward nurse Anna Vítová was asked and she also agreed.

The data gained was processed into charts of thoughts to make it clearer with the help of program Smart Art in Microsoft office Word 2007. While interpreting the gained data respondents' direct quotation was used without linguistic modification.

## **Results**

From the dialogues results of the studied groups it is obvious that cooperation and mutual communication between the patient and the nurse is a field where improvements are needed. On the whole, it is obvious, from the research, that mutual and good cooperation takes part in the patient's treatment .

Patients are provided sufficient number of information. The most frequent agent of information is the doctor. Information is passed most often orally or by means of brochures and leaflets. The research shows that patients are well informed in the given problematic. They have knowledge about regime measures, cures and complications which may arrive when not observing recommended advice.

The change of lifestyle is inevitable by patients with cardiovascular diseases. However, this is the biggest problem for the patients according to the research. Many patients do not follow important principles and therefore they endanger their health and life. It was found out that patients need to be more stimulated and motivated to cooperation.

Patients expect will, helpfulness, pleasant behavior and communication from nurses. They wish for more space and better communication. On the other hand, nurses expect patients to have a positive attitude toward gaining information and observing recommended advice.

## **Conclusion**

For the research questions we have recruited the needed number of respondents and answers. Nevertheless, it is not possible to generalize the results of the research. It is obvious from the results that the aims given in advance have been fulfilled.

The subject matter of this thesis was to point out the weak spots while providing health care to patients with cardiovascular diseases and so to help quality improvements in cooperation between the nurse and the patient. In practice, this thesis may be used to improve awareness in the field of health risk by patients of cardiology within the bounds

of secondary prevention. At the same time the results could help the students of health care as a complement to teaching. The result of the thesis was working out the most important principles which the patient should follow.

**Key words**

Cardiovascular diseases, secondary prevention, obesity, smoking, movement activity, lifestyle, nurse's part



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Spolupráce sestry a pacienta s kardiovaskulárním onemocněním v rámci sekundární prevence jsem vypracovala 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 nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8.2013

.....

Martina Boháčová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Zdeňce Pavelkové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Dále děkuju všem respondentům z nemocnice Tábor, a.s. a z nemocnice v Českých Budějovicích, a.s., kteří se mnou spolupracovali na výzkumné části bakalářské práce.

V neposlední řadě bych chtěla vyjádřit upřímné díky celé své rodině a blízkým za trpělivost a podporu během mého studia.

# Obsah

ÚVOD.....	14
1 SOUČASNÝ STAV.....	15
1.1 Kardiovaskulární onemocnění.....	15
1.1.1 Hypertenze.....	15
1.1.2 Ateroskleróza.....	16
1.1.3 Ischemická choroba srdeční.....	17
1.1.3.1 Angina pectoris.....	17
1.1.3.2 Infarkt myokardu.....	18
1.1.4 Arytmie.....	19
1.2 Vyšetřovací metody v kardiologii.....	20
1.3 Prevence kardiovaskulárních onemocnění.....	23
1.3.1 Sekundární prevence.....	23
1.4 Ovlivnitelné rizikové faktory a jejich prevence.....	24
1.4.1 Behaviorální rizikové faktory.....	24
1.4.2 Hypercholesterolémie.....	24
1.4.3 Diabetes mellitus.....	26
1.4.4 Nadváha a obezita.....	27
1.4.5 Výživa jako součást prevence.....	28
1.4.6 Pohybová aktivita při kardiovaskulárním onemocnění.....	29
1.4.7 Kouření.....	30
1.4.8 Odvykání kouření.....	31
1.4.9 Lázeňské léčení.....	32
1.5 Role sestry.....	32
1.5.1 Charakteristika práce sestry na kardiologickém oddělení.....	33

1.5.2	Charakteristika práce sestry na ambulantním oddělení.....	35
1.5.3	Vztah sestra – pacient.....	36
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
2.1	Cíle práce .....	37
2.2	Výzkumné otázky.....	37
3	METODIKA .....	38
3.1	Použitá metodika.....	38
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru .....	39
4	VÝSLEDKY .....	40
4.1	Pacienti poskytující rozhovor .....	40
4.1.1	Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty .....	43
4.2	Sestry poskytující rozhovor .....	52
4.2.1	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami.....	54
5	DISKUSE .....	65
6	ZÁVĚR.....	74
7	PŘEHLED POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	76
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	81
9	PŘÍLOHY .....	82

## Seznam použitých zkratk

AST	Aminotrasferáza
BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
CK	Kreatinkináza
CK-MB	Kreatinkináza srdeční frakce, zvýšená u IM
CRP-C	Reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiogram
FW	Sedimentace erytrocytů
IM	Infarkt myokardu
INR	Protrombinový čas, test hemokoagulace, dříve Quick
HDL	Vysokodenzitní lipoprotein
LDH	Laktátdehydrogenáza
PAD	Perorální antidiabetika
PET	Pozitronová emisní tomografie
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
TK	Tlak krve
WHO	Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je spolupráce sestry a pacienta s kardiovaskulárním onemocněním v sekundární prevenci. Toto téma jsem si zvolila především proto, že mi přišlo zajímavé a tato práce mi umožní hlouběji nahlédnout do oboru kardiologie a problematiky daného tématu. Dalším důvodem mé volby byl fakt, že kardiovaskulární onemocnění je v současné době aktuálním tématem.

Kardiovaskulární onemocnění spadá mezi civilizační choroby, což je označení pro skupinu chorob vzniklých důsledkem moderního městského životního stylu a zapříčiněné dnešní uspěchanou dobou. Mnoho lidí nedbá na správnou životosprávu, kouří, pije alkohol, preferuje sedavý způsob života nebo konzumuje nezdravé potraviny. Většina dostupných statistických dat ukazuje, že kardiovaskulární choroby představují hlavní příčinu nemocnosti a úmrtnosti v České republice, každoročně u nás na toto onemocnění umírá až 60 tisíc obyvatel (47). Kardiovaskulární onemocnění je nejčastější příčinou úmrtí v Evropské unii a ročně způsobuje přibližně 40 % neboli 2 milióny úmrtí, ve světě pak tvoří až 50 % všech úmrtí (48).

Důležitou roli ke snížení výskytu kardiovaskulárních onemocnění hraje míra vlivu rizikových faktorů, změna životního stylu a medikamentózní intervence. Jednou z nezbytných podmínek úspěšnosti a účelnosti léčby, je dodržování zásad sekundární prevence, s kterou pacienti pomáhá jak lékař, tak i všeobecná sestra. Je třeba si uvědomit, že zdraví pacienta neleží jen na bedrech zdravotníků, ale i na samotném pacientovi. Záleží na jeho aktivitě, dodržování zásad, spolupráci se sestrou i celkovém přístupu k nemoci a životu vůbec.

Sestra pohlíží na pacienta nejen jako na diagnózu, ale především jako na bio-psycho-sociální celek. V očích nemocného by měla být člověkem, který má pochopení a který s tolerancí a laskavostí pomáhá při jejich řešení.

Mým cílem je odhalit slabiny ve spolupráci sestry a pacienta s kardiovaskulárním onemocněním v sekundární prevenci a napomoci tak k jejímu zkvalitnění. Práce se zaměřuje na zjištění mnoha odpovědí. Jaká očekávání mají pacienti od sester? Jaký je postoj pacientů k získávání informací? Dodržují pacienti režimová opatření? Co pacienti očekávají od sester v sekundární prevenci?

## 1 SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Kardiovaskulární onemocnění*

Nemoci oběhové soustavy patří k nejčastějším příčinám úmrtí ve vyspělých zemích západní civilizace, Českou republiku nevyjímaje. Hlavním důvodem je, že mnoho lidí nedbá na správnou životosprávu. Nejlepší formou léčby je předcházení onemocnění, to znamená prevenci a zanechání nezdravého způsobu života. K ovlivnitelným faktorům, které zhoršují kvalitu života, náleží například kouření, obezita a popíjení alkoholu.

Mezi kardiovaskulární onemocnění patří hypertenze, ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, infarkt myokardu, srdeční selhání, angina pectoris, záněty žil, chronická žilní nedostatečnost, trombóza žil a cévní mozková příhoda (5, 6).

#### *1.1.1 Hypertenze*

Hypertenzí se rozumí vysoký krevní tlak. Často se můžeme setkat s pojmem „tichý zabiják“, protože nám zprvu nečiní žádné obtíže a první projevy se mohou dostavit až po několika letech jako život ohrožující příhoda. Nemocný je ohrožen vznikem srdečního infarktu či mozkové příhody.

Za arteriální hypertenzi je podle kritérií označováno opakované zvýšení hodnot nad 140/90 mm Hg, prokazatelné ve dvou ze tří měření pořízených minimálně při dvou návštěvách u lékaře.

Příčiny vysokého krevního tlaku dělíme na primární (90-95%) a sekundární (5-10%). Sekundární hypertenze má známou příčinu, zatímco u primární hypertenze je příčina nejasná. Na vzniku se podílí mnoho faktorů. Mezi nejznámější patří genetická zátěž, věk, pohlaví, cukrovka, kouření, obezita, solení, stravování, tělesná inaktivita a porucha regulačních systémů s převahou vazokonstrikčních mechanismů nad vazodilatačními (1, 6).

U nemocného může dojít k náhlému zvýšení krevního tlaku (diastolické hodnoty dosahují až 130 mmHg i výš). Tento stav je označován jako hypertenzní krize, akutní

stav, při kterém je ohrožen život nemocného. Hypertenzní krize je doprovázena orgánovými komplikacemi (hypertenzní encefalopatií, intrakraniálním krvácením nebo levokomorovým selháním srdce). Vyžaduje relativně rychlé snížení krevního tlaku a urgentní péči na jednotkách intenzivní péče. Podle stupně orgánového poškození dělíme hypertenzi do tří stádií (viz. Příloha 3) (8).

Součástí terapie je nefarmakologická léčba, která je zaměřena na změnu životního stylu. Zahrnuje zákaz kouření, snížení příjmu kuchyňské soli, omezení pravidelného pití alkoholu, snížení tělesné hmotnosti, cvičení aerobního charakteru, úprava hladiny cholesterolu, zajištění pravidelného příjmu draslíku, vápníku a hořčiku ve stravě.

O farmakologické léčbě rozhoduje lékař. K dispozici má obrovskou škálu léků. V kardiologii se stále více objevují takzvané kombinované léky. Jejich výhodou je větší obsah účinných látek, což pro klienta znamená snížený počet léků, které denně užívá (6).

### ***1.1.2 Ateroskleróza***

Nemoci srdce a cév provází lidstvo už celá tisíciletí. Aterosklerotické změny byly poprvé popsány při pitvách mumií egyptských faraonů. Změn na cévách, které odpovídají dnešní ateroskleróze si všiml a zaznamenal italský renesanční génius Leonardo da Vinci. V díle „O sídlech příčinách a nemoci“ roku 1761 popsal Giovanni Battista Morgagni zvápenatění koronárních tepen. Dalších podrobnějších studií se nemoc dočkala až v 19. století (7).

Ateroskleróza je proces, vedoucí k poškození cévní stěny (viz. Příloha 4). Nastává nahromaděním lipidů, sacharidů, krevních buněk, vaziva a vápníku. Vzniklý plát přispívá k zúžení cévního průsvitu. Na plát mohou nasedat krevní destičky a prostřednictvím aktivace koagulačních mechanismů může dojít ke vzniku sraženiny a následně k zablokování tepny, které zapříčiní problémy v celém těle.

Příznaky se liší podle poškození jednotlivých tepen. Jestliže dojde k zužování tepny na srdci, průtok krve se zpomalí nebo zastaví. Objeví se stabilní angina pectoris, která vyvolá bolest na hrudi a dušnost.



Aterosklerotický proces se nazývá aterogeneze. Začíná již v dětství a roste s věkem. Studie uvádějí vyšší riziko u mužů nad 45 let, a u žen nad 55 let. V mladším věku může kornatění tepen způsobit vysoká hladina cholesterolu. Pro mnohé lidi je vysoká hladina cholesterolu výsledkem nezdravého životního stylu (2, 20).

### ***1.1.3 Ischemická choroba srdeční***

Ischemická choroba srdeční je onemocnění zahrnující různé projevy. Patří sem Angina pectoris, němá ischemie, srdeční selhání, infarkt myokardu, ale i náhlá smrt. Příčinou ischemické choroby srdeční je zúžení cév na srdci, jehož následkem je nedostatečné prokrvení a poškození srdečního svalu (8).

#### ***1.1.3.1 Angina pectoris***

Toto onemocnění se vyznačuje krátkodobou, obvykle vracející se bolestí na hrudi. Bolest může vystřelovat do levé ruky nebo se šířit do zad, popřípadě do břicha. Na rozdíl od infarktu myokardu dochází u anginy pectoris ke krátkodobému nedokrvení, ústupu bolesti a k rychlému zotavení srdečního svalu, aniž by byl sval dlouhodobě poškozen. Angina pectoris může být i varováním, že se srdeční infarkt blíží (8).

Poškození myokardu je závislé na délce ischemie. Zatímco krátkodobá ischemie vede pouze ke stenokardiím, u dlouhodobé dojde k nekróze, náhlému přerušení krevního zásobování části srdce a tím vzniku infarktu myokardu. Podle obtíží rozdělujeme anginu pectoris na námahovou a klidovou. Námahová angina pectoris se objeví ve chvíli zvýšené potřeby kyslíku, tedy při námaze. Vyvolávajícím momentem může být i rozčílení, přechod z tepla do chladu, chůze do schodů nebo kopce. Pokud se bolest objeví v klidu, jedná se o klidovou formu.

Nemocní s diagnostikovanou a nekomplikovanou anginou pectoris jsou v ambulantní péči. Hospitalizace přichází na řadu v případě zhoršení nebo vzniku komplikací. Cílem terapie je zpomalení aterosklerózy, zlepšení průtoku krve myokardem a zabránění vzniku trombu (2).

### 1.1.3.2 *Infarkt myokardu*

Akutní infarkt myokardu je charakterizován ložiskovou nekrózou. Za akutní formu je považován infarkt do 6. týdne od jeho vzniku (1).

Prokrvení myokardu je zajištěno dvěma koronárními arteriemi. Pokud dojde k uzávěru jedné z koronárních větví, nastává ischemie myokardu a následně se za 40 minut začne objevovat nekróza. Infarktem nejčastěji bývá postižena levá srdeční komora. Uzávěr koronární tepny způsobuje trombus, embolus, aterosklerotický plát nebo stah cévy. Zřídka kdy je příčinou poranění nebo zánět koronární tepny.

Velikost nekrózy je ovlivněná fyzickou zátěží v době infarktu a velikostí uzavřené tepny. Obecně platí, že čím větší tepna je neprůchodná, tím rozsáhlejší je nekróza. Záleží i na době trvání uzávěru a rychlosti jeho zprůchodnění. Nekrotický myokard se do 6.-8. týdne vyhojí vazivovou jizvou (4).

Známkou infarktu myokardu je ischemická bolest srdce, nazývaná stenokardie, trvající desítky minut. Nemocný cítí náhlou, šokující, svíravou, krutou bolest, lokalizovanou za hrudní kostí. Často s propagací do levé horní končetiny, do krku nebo dolní čelisti. Vzácněji se bolest šíří do břicha nebo zad. Pacient může být úzkostlivý, upocený, bledý. Další příznaky jsou: palpitace, zvracení, subfebrilie, zmatenost v důsledku hypoxie mozku, hypotenze i hypertenze a zvýšená náplň krčních žil (4). Asymptomatický infarkt, známý také jako němý infarkt, proběhne u 10% nemocných a prokáže se až náhodně při EKG nebo během pitvy (2). Nemocný by měl mít na paměti, že pokud přežije akutní infarkt, neznamená to, že již není ohrožen dalším (4).

Akutní infarkt myokardu je jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Celková úmrtnost nemocných je zhruba 50%. Nejnebezpečnější období infarktu je v prvních hodinách. Právě proto nastává největší počet všech úmrtí ještě před přijetím do nemocnice (4).

Mezi hlavní diagnostická kritéria patří klinický obraz, zahrnující souhrn objektivních a subjektivních příznaků pro danou nemoc. Elektrokardiografický obraz, zaznamenávající vývoj patologických kmitů Q na EKG křivce, minimálně ve dvou svodech. Dalším kritériem je laboratorní vyšetření krve. Průkaz nekrózy stanovíme na základě hladin kardiospecifických enzymů mezi něž patří kreatinkináza (CK) a její frakce (Ck Mb, CK Mb mass), dále troponin, myoglobin, laktátdehydrogenáza (LDH),

aminotrasferáza (AST). Biochemické vyšetření nám může ukázat i vyšší hodnotu FW, CRP a leukocytózu. Tyto hodnoty nám vypovídají o zánětlivém onemocnění (4).

Léčba srdečního infarktu zahrnuje tři etapy, a to přednemocniční terapie, nemocniční terapie a sekundární prevence (2).

Základním principem časně fáze léčby je zprůchodnění uzávěru infarktové tepny v co nejkratší době. Součástí léčby spočívá v odstranění bolesti, v léčbě arytmie a srdeční nedostatečnosti.

Výkony zajišťující obnovu průtoku krve se souhrnně nazývají reperfuční léčba. Zahrnuje tři postupy. První z nich je medikamentózní trombolýza. Druhá možnost je rozrušení trombu katetrizačně, takzvaná perkutánní koronární intervence a třetí metodou je kardiochirurgická operace (4).

#### ***1.1.4 Arytmie***

Termín arytmie znamená poruchu srdečního rytmu. Představuje jedno z nejčastějších srdečních onemocnění. Při srdečních arytmiích bývá rytmus srdce buď nepravidelný, zpomalený nebo abnormálně rychlý. Odborný termín pro pomalou srdeční činnost je bradyarytmie a pod termínem tachyarytmie se skrývá rychlá srdeční činnost. Kromě toho existují trvalé nebo jen přechodné záchvatovité arytmie.

Pro zdravé osoby nemusí arytmie znamenat žádné závažné onemocnění, ale pro nemocné s postižením srdce mohou být až životu ohrožující. Mnohé arytmie lehkého stupně nemocný nemusí ani zaznamenat. Někdy však i zcela nevýznamnou arytmií může vnímat jako velmi nepříjemný prožitek.

Příznaky jsou velmi rozmanité. Liší se podle toho, o jakou poruchu jde a jak rychle vzniká. Mezi subjektivní příznaky patří pocit na omdlení, krátkodobá ztráta vědomí, pocit nepravidelnosti srdce, pocit bušení srdce, slabost, kratší dech, závratě a točení hlavy (3, 6).

Při abnormálně rychlé srdeční akci jsou nejčastějším příznakem pocity usilovného bušení srdce takzvané palpitace. Ve většině případů jde o „vynechání“ nebo „přeskočení“ srdeční akce. Nejběžnější setrvalou tachyarytmií je fibrilace síní, při které dochází k poruše normálního šíření elektrických vzruchů v srdečních síních (3).

Příčin vzniku arytmii je celá řada a úkolem lékaře je, aby zjistil o jakou se jedná a pokud to jde, odstranil ji (6). Mechanismus původu arytmii je složitý. Příčinou je porucha tvorby vzruchu nebo jeho špatné vedení (20). Ve vzácnějších případech může být původcem arytmie onemocnění jiného orgánu. Například zvýšená činnost štítné žlázy způsobuje bušení srdce, nepravidelnost nebo zrychlení srdeční akce (6).

Rozhodující indicie pro stanovení arytmie spočívá v záznamu na EKG, nejčastěji pomocí dlouhodobého EKG, toto vyšetření se nazývá Holterovo monitorování. Se zlepšující se technologií v oblasti arytmie mohou klienti využívat mnoho přístrojů, usnadňující jejich životy. Jedním z nich jsou takzvané EKG karty. Nemocný v době obtíží aktivuje přístroj přiložením EKG karty na hrudník. Přístroj natočí záznam, který je možné pomocí telefonu odeslat k vyhodnocení příslušnému lékaři. Další vyšetřovací metodou jsou takzvané loop monitory. Jsou to malé přístroje zašité pod kůži, nejčastěji se nacházejí nad levým klíčkem. Principem loop monitorů je zpětné sledování srdeční činnosti.

Možností léčby arytmie je několik. Terapii obecně rozdělujeme na farmakologickou, která využívá léky nazývané antiarytmika a nefarmakologickou za pomoci přístrojů, jako jsou kardiostimulátory a defibrilátory (6).

### ***1.2 Vyšetřovací metody v kardiologii***

K základním kamenům při stanovení správné diagnózy neodmyslitelně patří anamnéza a fyzikální vyšetření. Sestra musí umět dobře odebírat ošetřovatelskou anamnézu a zhodnotit aktuální stav nemocného. To je důležité zejména pro stanovení ošetřovatelských diagnóz a výstupů ošetřovatelské péče.

Mezi základní vyšetřovací metodu v kardiologii patří především EKG vyšetření. Provádí se standardně při interním nebo specializovaném kardiologickém vyšetření, u klientů při preventivních prohlídkách, nebo může být indikováno při předoperačním vyšetření (1). EKG zaznamenává elektrickou aktivitu srdečního svalu, tedy vznik a šíření akčního proudu buňkami myokardu a převodním systémem srdečním. Přístroj se nazývá elektrokardiogram a křivka vzniklá zápisem biopotenciálů elektrokardiograf.

Vyšetřované osobě se přikládají na povrch těla elektrody. Buď na hrudník a končetiny nebo jen na hrudník. Snímané elektrické potenciály se zaznamenávají na speciální papír nebo je lze monitorovat na obrazovce počítače (2).

Další metodou je zátěžové vyšetření, které kombinuje zátěž organismu s EKG vyšetřením. Zátěž může být vyvolána podáním léků, například dipiridamol nebo dobutamin, dále fyzikálně pomocí chladu nebo srdeční stimulací a fyzicky. Fyzickou zátěž vyvoláme opakovaným stiskem gumového kroužku, takzvaný hand grip, chůzí na pohyblivém pásu či šlapáním na bicyklu. Nejčastěji k vyšetření slouží bicyklový ergometr. Indikací ergometrie je diagnostika, hodnocení výkonnosti srdce (po skončeném infarktu myokardu, u stabilní anginy pectoris) nebo se užívá ke zjištění účinnosti bypassů, angioplastik a farmakologické léčby. Kontraindikací je akutní infarkt myokardu, akutní zánětlivé nemoci, vážné arytmie, nestabilní angina pectoris a horečka. Sestra před vyšetřením pacienta připraví, poučí a během vyšetření kontroluje spolu s lékařem. Zátěž se provádí s postupným nebo skokovitým zvyšováním zátěže. Současně probíhá monitorování EKG, krevního tlaku a srdeční frekvence. Vyšetření se ukončuje v případě patologických známek nebo při subjektivním maximu. Během vyšetření jsou k dispozici pomůcky k okamžité resuscitaci (1, 2).

Holterovo monitorování EKG je vyšetřovací metoda umožňující 24 hodinové zaznamenávání EKG nemocného během obvyklých denních činností. Dlouhodobé přístroje jsou podle počítačového nastavení schopny zachytávat patologické sekvence EKG nebo mohou být aktivovány samotným klientem při potížích. Modernější přístroje mají schopnost transtelefonního přenosu záznamu do zdravotnického zařízení. Holterova monitorace se používá ke kontrole účinnosti léčby, k diagnostice ischemie, arytmie a kardiostimulace. Aby zařízení fungovalo tak jak má, musí obsahovat počítač se specializovaným softwarem, kabely, elektrody a monitorovací jednotku, která je připevněná na opasku.

Důležitá je příprava klienta, která spočívá v očištění kůže, nalepení elektrod, upevnění přístroje a poučení o vyplnění protokolu. Tam klient uvádí typ potíží a jejich časové souvislosti. Po stanovené době je přístroj odpojen a záznam se přehraje do počítače. Následně je vyhodnocen lékařem.

Na podobném principu funguje takzvané telemetrické monitorování EKG. S tím rozdílem, že se využívá ke sledování nemocných na standardních kardiologických

jednotkách nebo jednotkách intenzivní péče. Klient se může volně pohybovat po oddělení a v kapse má telemetrický vysílač, který přenáší informace do centrálního monitoru. Při změnách, jako je například arytmie, upozorní sestru alarm.

Základní metodou kontroly krevního oběhu je měření krevního tlaku (dále jen TK). TK můžeme měřit intraarteriálně, to znamená přímo v tepně nebo nepřímo. Přímé měření, takzvaná krvavá invazivní metoda měření TK probíhá pomocí srdečního katétru. Je využívána při operačních výkonech na srdci a cévách. K nepřímé metodě se u klienta používá rtuťový tonometr a fonendoskop.

Krevní tlak měříme na obou horních končetinách. Klient by měl být v poloze vsedě. Po 10 minutovém klidu klienta, zahájíme měření na paži s volně podloženým předloktím ve výši srdce. Po přiložení manžety, jejíž dolní okraj má být 2,5 cm nad loketní jamkou, nafoukneme tonometr. Poté položíme fonendoskop do loketní jamky a vypouštíme vzduch z manžety. První arteriální ozvy jsou hodnotou pro systolický tlak. Po vymizení ozev se odečítá hodnota diastolického tlaku. Žádoucí je změřit klienta vícekrát a ze získaných hodnot udělat průměr. Rozdíl na pažích by neměl být větší jak 20 mmHg.

Pro svou jednoduchost a spolehlivost patří mezi jednu z nejčastějších neinvazivních rentgen srdce, plíce. Nativní snímek hrudníku je schopen zaznamenat městnání v plicích u selhání levé srdeční komory ještě dříve než se objeví první klinické příznaky (1, 2).

Srdeční katetrizace a koronarografie slouží k tomu, aby lékaři onemocnění včas odhalili a vyléčili. Tyto výkony se uskutečňují v místní anestezii a jsou spojené se zavedením srdečních cévek do srdce a cév. Mezi další vyšetřovací metody využívané v kardiologii patří: echokardiografické vyšetření, doppler, transezofageální echokardiografie, dobutaminový test, nukleární zobrazovací metody, takzvaná pozitronová emisní tomografie (dále jen PET) a jednofotonová emisní tomografie (dále jen SPECT) (1, 2).

### ***1.3 Prevence kardiovaskulárních onemocnění***

Preventivní opatření v oblasti kardiovaskulárních chorob je koncipováno již na úrovni praktického lékaře pro děti a dorost. Po 19. roce věku praktickým lékařem pro dospělé. V průběhu předepsaných preventivních prohlídek by měla být zachycena hlavní rizika podílející se na vzniku kardiovaskulárních chorob.

Po zhodnocení celkového rizika navazuje řada doporučení o preventivních opatřeních, sloužící k eliminaci rizikových faktorů. Ty nám poskytuje praktický lékař. Mnohdy spolupracuje i se specialisty z jiných oborů, například dietologie, diabetologie, cévní poradny, kardiologie, interny, ortopedie, rehabilitace, neurologie a dalších.

S některými celoplošnými opatřeními přichází i změna v oblasti kardiovaskulárního zdraví. Výsledkem je zvyšující se zájem o zdravý způsob života. Opatření se týkají podpory tělovýchovy na školách, preferencí zdravých potravin, nekuřáctví a osvěty v médiích (9).

#### ***1.3.1 Sekundární prevence***

Sekundární prevence zahrnuje postupy, které mají zabránit progresi onemocnění u jedinců, trpící již některou kardiovaskulární chorobou. Sekundární prevence je úzce spjatá s prevencí primární (9). Ta obsahuje vše, co člověk může učinit sám na základě nabitých znalostí z cílené osvěty, vlastním lékařem nebo z mediální osvěty, například časopisy, televize, kurzy, rádio. Komplexní intervence primární prevence kardiovaskulárních chorob představuje režimová opatření, například zanechání kouření, doporučení stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti a pohybovou aktivitu (9).

Sekundární prevence zahrnuje téměř stejná opatření jako prevence primární. Dbá na jejich důslednější dodržování, navíc přistupuje k diagnostice a léčbě diabetu mellitu, k léčbě poruch metabolismu lipidů a k léčbě hypertenze (9).

V České republice mají kardiologičtí pacienti možnost stát se členem klubu kardiaků. Kluby kardiaků slouží občanům k přiblížení problematiky kardiovaskulárních onemocnění. Schůzky členů probíhají několikrát do roka. Nabízejí naučné populární přednášky nebo měření krevního tlaku, hladiny cukru v krvi a cholesterolu (20).

## ***1.4 Ovlivnitelné rizikové faktory a jejich prevence***

Existuje až 250 faktorů, které mají vliv na zvýšení rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Lze je rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné (viz. Příloha 5) (20).

Za hlavní ovlivnitelné rizikové faktory je považována hyperlipidemie, kouření cigaret, obezita, stres, hypertenze, diabetes mellitus, nedostatečná fyzická aktivita a další. Věk, pohlaví, genetické faktory a osobní anamnéza spadají do neovlivnitelných faktorů. Dodržováním některých pravidel můžeme snížit a ovlivnit riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění až několikanásobně (20).

### ***1.4.1 Behaviorální rizikové faktory***

U osob s vysokým rizikem rozvoje kardiovaskulárního onemocnění či u pacientů s diagnostikovaným kardiovaskulárním onemocněním, je žádoucí ba, přímo i nutné zabývat se změnou v životosprávě. Realizace doporučených změn a rad může být pro mnohé jedince velmi obtížná. Zvláště v případech, kdy se jedinci rizikovému chování vystavovali dlouhé roky. Překážkou v dosažení změn mohou být negativní emoce, zlost, hostilita, deprese nebo například nižší sociální a ekonomické poměry. Významnou roli v dosažení změn hraje podpora a zainteresovanost pacienta a jeho rodiny.

V rámci poradenství zaměřeného na chování jedince může zdravotník využít celou řadu strategických opatření. Jedná se například o vytvoření „spojenectví“ s pacientem, pomoc a podpora rodiny, změna stravovacích návyků a v neposlední řadě vypracování individuálního plánu změn životosprávy (13).

### ***1.4.2 Hypercholesterolémie***

Cholesterol je pro lidský organismus nezbytný. Podílí se na růstu lidského zárodku, tvorbě buněčných membrán a některých hormonů. Přítomnost cholesterolu je v lidském těle potřebná, ale pouze do množství pod 5,2 mmol/l (2).



Cholesterol je součástí každé potraviny živočišného původu. Vyskytuje se například v mase, uzeninách, vejcích a mléčných výrobcích, naopak v rostlinné stravě obsažen není. Látky v rostlinách, takzvané rostlinné steroly, se využívají ve funkčních potravinách jako nástroj ke snížení hladiny cholesterolu (6).

Vysoký cholesterol přispívá k urychlení procesu aterosklerózy. V krvi se můžeme setkat s mnoha druhy tuků. Za nejvýznamnější v lidském těle je považován takzvaný (low density) LDL a (high density) HDL cholesterol. LDL cholesterol znamená cholesterol o nízké hustotě. Někdy bývá přezdíván „zlým“ cholesterolem, protože jeho vyšší hodnota vede k zužování a kornatění cév. Zvýšená hodnota HDL cholesterolu naopak snižuje riziko kornatění cév a proto je znám jak cholesterol „hodný“.

O tom, že jedinec má hypercholesterolemii se většinou dozví náhodně, protože vysoká hladina cholesterolu nebolí, neobtěžuje a mnoho let nemusí mít žádné projevy.

Podle laboratorních výsledků lékař zjistí hodnoty celkového cholesterolu, LDL, HDL cholesterolu a množství triacylglycerolů (viz. Příloha 6).

Před plánovaným odběrem na změření krevních tuků by jedinec neměl dva dny pít alkohol a dva týdny měnit svůj životní styl, jinak by mohlo dojít ke zkreslení hodnot.

Při odběru krve na změření krevních tuků musí být člověk nalačno nejméně 9 hodin. Konzumace nesladkých nápojů je povolena. O frekvenci návštěv by měl rozhodovat lékař nemocného. Pokud se zahajuje léčba, měl by pacient přijít na kontrolu za tři měsíce. Při dosažení cílových hodnot nejsou kontroly už tak četné, časové rozpětí je 6 až 12 měsíců.

Na výši cholesterolu se podílí náš životní styl, pohyb, příprava a objem potravy. Základním bodem v léčbě je změna životního stylu, zahrnující konzumaci nízkocholesterových potravin, redukci příjmu nasycených tuků, u obézních pacientů snížení tělesné hmotnosti, cvičení aerobního charakteru a kontrolu přidružených onemocnění, jako například cukrovky (6).

### 1.4.3 *Diabetes mellitus*

Lidově je diabetes mellitus nazýván cukrovkou. Podstatou onemocnění je porucha metabolismu cukrů. Charakteristickým rysem pro toto onemocnění je glykosurie a chronická hyperglykemie (15).

Poměr počtu nemocných s diabetem mellitem k počtu obyvatel má setrvale vzrůstající tendenci. Diabetes mellitus vzniká nedostatkem hormonu inzulínu nebo nedostatečným účinkem v buňkách tkání (16).

Inzulín je hormon, tvořící se ve slinivce břišní, v beta buňkách Langerhansových ostrůvků. Inzulín snižuje koncentraci glukózy v krvi. Druhým hormonem slinivky břišní je glukagon, tvoří se v alfa buňkách Langerhansových ostrůvků. Zvyšuje hladinu glykémie. Má tedy opačné účinky než inzulín. V mechanismu zvýšené hladiny cukru v krvi hraje roli zvýšené štěpení glykogenu v játrech, štěpení tuků a bílkovin.

Rozeznáváme několik typů diabetu. Dle příčin se dělí na diabetes mellitus 1. a 2. typu, gestační diabetes, sekundární diabetes a sníženou glukózovou toleranci (15).

Typickými příznaky cukrovky jsou: úbytek hmotnosti, nadměrné močení, žízeň, únavový syndrom. Pacienti jsou náchylnější k zánětům močového a pohlavního ústrojí. U pacienta se objevuje celá řada dalších příznaků. Následkem cukrovky dochází k poruchám vidění, obtížím s dolními končetinami ve smyslu brnění, pálení apod. (6).

Diabetes způsobuje poškození různých orgánů, zejména cukrovka 2. typu se podílí na rozvoji kardiovaskulárního onemocnění. Riziko ischemické choroby srdeční je u diabetiků vyšší než u zdravého jedince. Časně zjištění a zahájení léčby vede ke snížení tohoto rizika (6).

Mezi opatření týkající se léčby diabetu mellitu nezastupitelně patří dieta, edukace a pohybový režim (6). Základním prvkem léčby cukrovky je vždy diabetická dieta, zaměřená na snížení hladiny glykémie, vyrovnaní hladiny lipidů a udržování přiměřené hmotnosti. Diabetická dieta splňuje nároky a požadavky zdravé výživy. Upřednostňuje vyloučení jednoduchých cukrů, konzumaci potravin s nízkým glykemickým indexem, omezení tuků, především satureovaných a konzumaci alespoň 40g vlákniny (14).

Nezbytnou součástí léčby je kontrola hladiny cukru v krvi, tedy glykémie, která se pohybuje okolo 3,3- 5,6 mmol/l. Podle hladiny cukru v krvi lékař indikuje inzulín

podávaný injekční formou nebo doporučí skupinu léků známých jako perorální antidiabetika (PAD). Diabetici s cukrovkou 1. typu jsou odkázáni na léčbu inzulinem. Diabetici 2. typu musí dodržovat dietu a pravidelně užívat předepsané léky (23, 20).

#### ***1.4.4 Nadváha a obezita***

Obezita vzniká nahromaděním tukové tkáně. Dochází k ní při pozitivní energetické bilanci. Tím se rozumí, že jedinec přijímá víc energie v potravě, než je schopen využít. Za obézního považujeme člověka, jehož BMI dosahuje 30 a výš. Obezita je rizikovým faktorem jak u kardiovaskulárních onemocnění, tak u mnohých jiných chorob (14).

Má na svědomí například pankreatitidu, diabetes mellitus, cholelitiázu, dnu, křečové žíly, kýly, nádory, degenerativní onemocnění kloubů a páteře.

Poslední průzkumy ukazují, že nadváhou (BMI 25,0-29,9) trpí až 50% světové populace vyššího a středního věku. Z toho je 20% populace obézních. Česko si ve statistice nevede vůbec dobře. Podle různých studií má obezitu 32-40% českých žen a 21-30% českých mužů. Narůstá i podíl obézních dětí (15).

Na rozvoji obezity se podílí především genetické predispozice, nevhodná výživa, snížení pohybové aktivity, psychologické faktory, ale i ekonomická situace. Geneticky podmíněný sklon k obezitě zahrnuje výběr potravin, pocit hladu a regulaci energetického příjmu a výdeje (6).

Pro klasifikaci tělesné hmotnosti lze využít mnoho metod. Nejčastějším určením nadváhy a obezity je body mass index (viz. Příloha 7 - Tabulka 1). Pro výpočet hmotnostního indexu slouží vzorec. BMI se vypočte jako podíl tělesné hmotnosti v kilogramech a vydělí se druhou mocninou výšky v metrech. Další diagnostickou metodou je měření tloušťky kožní řasy pomocí kalipera. Ke zhodnocení k predispozici kardiovaskulárním nemocem se využívá měření obvodu pasu obyčejným krejčovským metrem. Porovnává se poměr obvodu pasu a boků (viz. Příloha 7 - Tabulka 2) (15).

Za nejzávažnější typ obezity je považován mužský typ obezity, takzvaný androidní typ. Postava připomíná tvar jablka, zvýšené množství podkožního tuku je na

břiše. Naopak gynoidní typ postavy připomíná svým tvarem hrušku. Distribuce tuku je především v podbřišku, na stehnech a na hýždích (14, 15).

K dosažení optimální hmotnosti se doporučuje pravidelné provozování aerobní činnosti třikrát týdně. Při aerobní aktivitě je vhodné setrvat alespoň 30 minut. Léčba obezity spočívá ve změně životního stylu, v přebudování stravovacích a pohybových návyků (14).

#### ***1.4.5 Výživa jako součást prevence***

Správná výživa hraje obrovskou roli v prevenci, ale i léčbě civilizačních chorob. Mezi onemocnění patřící do této skupiny náleží nemoci srdce a cév, diabetes mellitus, obezita, některá onkologická onemocnění, osteoporóza a mnohá další.

Za příčinu těchto chorob je považována průmyslová velkovýroba, stres, popíjení alkoholu, nedostatek fyzického pohybu. V současné době se stává trendem stravování v rychlých občerstveních. Stoupá nadměrná konzumace jídla, příjem kaloricky bohatých potravin, jako jsou například jídla s převahou složení cukrů nebo živočišných tuků. Zvyšuje se konzumace levných, ale ne vždy kvalitních potravin (19).

Pro prevenci a léčbu civilizačních chorob se doporučuje řada opatření. Jedním z nich je udržování tělesné hmotnosti. Hlavním pravidlem je, aby denní energetický příjem nepřevyšoval energetický výdej. Snahou je dosažení a udržení limitu normální tělesné hmotnosti, dle indexu BMI do 25/kg/m<sup>2</sup> (6, 19).

Do jídelníčku se doporučují zakomponovat ryby, dostačující množství zeleniny, ovoce a luštěnin. Pozornost bychom měli dát při volbě potravin, ale i její přípravě. Upřednostňujeme zdravou úpravu. To znamená, že nesmažíme a používáme jen minimální množství tuku.

Doporučená dávka zeleniny a ovoce činí 500 g/den. Při konzumaci ovocných a zeleninových šťáv je lepší preferovat 100 % čerstvě vyrobené džusy. Další zásadou je pestré a pravidelné stravování. Vyhovující pestrý jídelníček zahrnuje dostatečné množství všech potřebných živin, vitaminů a minerálních látek.

Jídelníček je optimální rozdělit na několik porcí za den, zpravidla 5-6. Přestávky mezi jednotlivými porcemi by se měly pohybovat v rozpětí 3-4 hodin. K dalším

opatřením patří snížení konzumace cukrů a tučných potravin. Klesnout by měla spotřeba sladkých nápojů a jednoduchých cukrů, to jest potravin s vysokým glykemickým indexem (viz. Příloha 8) (19).

#### ***1.4.6 Pohybová aktivita při kardiovaskulárním onemocnění***

Většina odborníků ještě v 90. letech cvičení u pacientů se srdečním selháním zavrhovala. Zastávali názor, že je cvičení nebezpečné a ohrožuje život nemocného. V dnešní době mají odborníci zcela jiný pohled a fyzický trénink doporučují.

Sportovní aktivity a fyzickou námahu řadí mezi jednu z neúčinnějších preventivních opatření kardiovaskulárních onemocnění. Za průkopníky rehabilitace a cvičení se z celosvětového hlediska považují prof. MUDr. Lenka Špinarová, Ph.D., a prof. MUDr. Jiří Toman, CSc .

Pohybová aktivita napomáhá udržet optimální hmotnost, bojuje s vysokým krevním tlakem a spaluje cholesterol. Tělesný trénink zlepšuje endotel cév a metabolismus svalů. Dochází tím ke snižování nároků organismu na přísun krve a kyslíku. Nemocný je výkonnější a má méně obtíží (6).

Aby pohybová aktivita dosáhla příznivého účelu, musí splňovat dostatečnou frekvenci, intenzitu a dobu trvání (18). Dobře vedená rehabilitace prodlužuje život a snižuje například riziko vzniku komplikací po srdečním infarktu (6).

Lékař u každého nemocného stanoví individuální doporučení pro vyvíjení fyzické aktivity. K určení správné intenzity zátěže používá lékař výsledky zátěžových testů.

Z hlediska prognózy nemoci má doporučená zátěž velký význam. Pro správný odhad přiměřené zátěže je potřeba sledovat a kontrolovat srdeční frekvenci. Tepová frekvence je závislá na věku a každý organismus může dosáhnout jen dané maximální výše. Pro stanovení tepové frekvence pro cvičení se běžně využívá následující rovnice:  $220 - \text{věk} \times 0,6$ . (6, 20).

Během tréninku by měl nemocný dodržovat několik zásad. Fyzická zátěž by se měla zvyšovat pozvolna a obsahovat relaxační prvky. Nemocný musí mít na paměti, že se každé cvičení skládá ze tří částí, zahrnující rozcvičení, cvičební fázi a relaxaci. Je vhodné střídat nejrůznější aktivity a založit si tréninkový deník, kam si bude

zaznamenávat časový interval cvičení, jeho charakter a tepovou frekvenci. Pacienti s vyšším věkem, kteří prodělali infarkt myokardu, by měli dbát na prevenci úrazů (20).

Výběr pohybové aktivity se má odvíjet od základní nemoci či problémů pacienta, jeho věku a individuálních sportovních zájmů. Například u jedinců trpící obezitou volíme takový druh aktivit, které co nejméně zatěžují páteř a kloubní aparát. Za nejvhodnější sporty je považováno plavání, vodní hry, cyklistika, běžky, bruslení, badminton, stolní tenis a tanec. Nejpřirozenějším typem cvičení jsou rychlé procházky (5-6,5 km/hod podle věku a pohlaví) (18).

#### ***1.4.7 Kouření***

Kouření patří mezi jeden z nepěkných, nemoderních a nezdravých návyků lidstva. Podle mezinárodní klasifikace nemocí WHO je závislost na tabáku a jeho kouření patologickým stavem, nemocí a diagnózou, která má své označení F17.

Kouření je významným rizikovým faktorem podílejícím se na onemocnění srdce a cév. Zvyšuje riziko i u celé řady chorob, například respirační onemocnění, zvláště rakoviny plic. Vlivem kouření dochází ve zvýšené míře k ukládání tuků v cévách, napomáhá vzniku sklerotickým plátům a zvyšuje srážlivost krve. Tím může dojít k trombóze a infarktu. U kuřáků je srdeční infarkt 3-5 krát častější než u nekuřáků. Závislost na nikotinu je v Evropě a České republice příčinou každého pátého úmrtí. Většina z nich se týká kardiovaskulárních chorob (6).

Za pravidelného kuřáka je považován jedinec, který vykouří nejméně jednu cigaretu za den. Příležitostný kuřák nekouří každý den. Ten kdo nekouří vůbec, nebo během svého života neinhaloval více jak 100 cigaret, je označován za nekuřáka. Můžeme se setkat i s bývalým kuřákem, to je jedinec, který byl dříve závislý na tabáku, ale v době šetření se u něj závislost neobjevuje (6).

Závislost na tabáku se skládá ze dvou faktorů. Prvním z nich je behaviorální závislost, tj. psychosociální závislost, kdy má jedinec spojené rituály s kouřením, které si postupem času natolik osvojí a zafixuje, až se pro něj stanou těžko postradatelnými. Druhým faktorem ovlivňující potřebu kouření je fyzická složka, zahrnující klasickou

drogovou závislost na nikotinu (17). Pro upřesnění fyzické závislosti na nikotinu se v praxi používá Fagerströmův test (viz. Příloha 9) (6).

U člověka, který přestane kouřit se může projevit abstinenční syndrom, který zahrnuje řadu příznaků: úzkost, zvýšená chuť k jídlu, nesoustředěnost, deprese, frustrace, zlost, podrážděnost, bažení po cigaretě a nespavost (6).

#### **1.4.8 Odvykání kouření**

Léčba nikotinismu zahrnuje intenzivní podporu ve specializovaných pracovištích, krátkodobou intervenci zdravotníků a farmakologickou intervenci, při níž se šance na zanechání kouření zdvojnásobuje. Krátká intervence zdravotnických pracovníků (trvajících zhruba 3-5 minut) by měla být rutinní součástí každého kontaktu s kuřákem.

Česká republika doporučuje jednoduché schéma pěti bodů, jak jednat s každým pacientem. Česká modifikovaná doporučení „5 P“ vychází z angličtiny pod metodou známou 5A: Ask – znamená ptej se, pokládání otázek ohledně kouření. Advice – porad' a doporuč kuřákům zanechat kouření. Assess – posud', zda je kuřák ochoten přestat kouřit. Assist – pomoz, nabídni pomoc těm, kdo o ni opravdu stojí. Arrange follow up – plánuj, to znamená, že sestra s klientem naplánuje jednotlivé kontroly.

Odborníci doporučují ukončit kouření ze dne na den. Sestra klientovi pomůže tím, že určí den D, od kdy si už nikdy nezapálí. Ještě než se tak stane, zhodnotí jeho dosavadní snahy a pokusy o zanechání kouření. Poté stanoví individuální plán. V rámci podpory je vhodné zapojit i rodinu a blízké osoby. Dalším způsobem, jak sestra může kuřákovi pomoci s odvykáním je, že mu doporučí některou z forem farmakoterapie (17).

Pro odvykání kouření je schváleno šest výrobků. Jedná se například o lék Bupropion. K dalším substitučním nikotinovým preparátům patří transdermální náplasti, nosní spreje, žvýkačky, pastilky a parní inhalátory (21).

Úlohou intenzivní podpory ve specializovaných zařízeních je dlouhodobá dispenzarizace kuřáků. Specializovaná pracoviště fungují od roku 2004 na plicních a interních klinikách fakultních nemocnic. Jde o centra léčby závislosti na tabáku, která

jsou podporována Českou kanceláří WHO a ministerstvem zdravotnictví. V zařízeních pracují odborní pracovníci: lékaři a sestry. Lidé zbavující se závislosti mohou využít i pomoci psychologa (17).

#### ***1.4.9 Lázeňské léčení***

V České republice existuje pět lázeňských míst zaměřených na onemocnění srdce a cév. Mnoho lidí jistě zná slogan „Na srdce jsou Poděbrady“. Tyto lázně patří pro léčbu kardiaků k nejnámějším. V léčbě oběhového ústrojí jsou proslulé i lázně v Teplicích nad Bečvou, Konstantinovy Lázně, Františkovy Lázně a Lázně Libverda. Nejvíce pacientů sem jezdí již s nějakým srdečním onemocněním. To znamená, že hlavní úloha lázeňského léčení kardiaků se týká oblasti sekundární prevence. Ústavní lázeňská rehabilitační léčba navazuje jak na hospitalizaci pacienta, tak na ambulantní rehabilitaci.

Lázeňské léčení se skládá z řízené pohybové aktivity, využívání balneologických a fyziatrických procedur a dodržování nízkocholesterolové diety, která může být spojená s redukcí hmotnosti. Důležitou součástí je také kontrola rizikových faktorů aterosklerózy. Svoje místo v lázeňském léčení má i psychoterapie a zdravotní výchova, v níž nemocní získají vědomosti o anatomii srdce, rizikových faktorech kardiovaskulárních nemocí a možnostech jejich ovlivnění a léčby.

Aby bylo dosaženo očekávaného efektu lázeňské léčby, je nutný aktivní přístup nemocného, vzájemná spolupráce a pochopení (6).

#### ***1.5 Role sestry***

V rámci své profese plní sestra řadu důležitých funkcí a úloh. Při výkonu svého povolání zastává několik rolí, které se vzájemně prolínají. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, se zájmem se podílí na upevňování zdraví a prevenci poruch, podílí se na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, získává nové informace a poznatky, které využívá například ve spolupráci s rozvojovými projekty a k tvorbě



nových standardů péče. Z toho vyplývá, že vykonává úlohu pečovatelky, edukátorky, obhájkyň nemocných, koordinátorky, asistentky a výzkumnice. Při poskytování péče sestra u nemocného vychází z jeho potřeb a dbá na řešení jeho individuálních problémů (10).

### ***1.5.1 Charakteristika práce sestry na kardiologickém oddělení***

Základními povinnostmi každé sestry je podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a také zmírnění utrpení. Sestra by měla být v očích nemocných člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí při jejich řešení. Často právě sestra prožívá s nemocnými a s jeho rodinou nejvíce času, kolikrát i mnohem více než lékař. *„Kromě profesionálních schopností poskytuje nemocnému a jeho blízkým porozumění a oporu a snaží se pečovat o jejich emocionální stav (24) (Zacharová, 2007, s. 161).“*

Sestra je nedílnou součástí zdravotnického týmu, pečuje o pacienty a nepřímo tak má vliv na kvalitu života pacienta. Pro profesi sestry je třeba mít nejen schopnost starat se o fyzickou stránku pacienta, ale také o psychickou, a to uspokojením všech bio-psycho-sociálních potřeb pacienta. Profese sestry také vyžaduje schopnost komunikace s rodinou a příbuznými na velmi profesionální úrovni. Sestra musí být schopna odpovídat na otázky, kterými se pacient trápí, a to i za předpokladu, že se nejedná o odpovědi na otázky diagnostiky, léčby a prognózy, jež jsou pouze v kompetenci lékaře. Ve všech ostatních případech by měla být schopna odpovědět klientovi sama (25).

V dnešním přetechnizovaném světě a přehlceném zdravotnictvím různými dokonalými přístroji, může vcelku lehce vymizet vřelý lidský kontakt, soucit, empatie, konejšivé slovo, vlídný pohled nebo jen obyčejné pohlazení. V oboru kardiologie má sestra možnost plně rozvinout svou osobnost a v prostředí nemocnice seznámit a provést pacienta nezvyklým, odosobněným prostředím obrazovek, hadiček, senzorů a alarmů, získat si jeho důvěru a uklidnit obavy z dalšího průběhu onemocnění (26).

Zákon č. 96/2004 sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání vymezuje ošetrovatelskou péči, která je poskytována sestrami a jinými členy ošetrovatelského týmu. Ošetrovatelskou péči dále

vymezuje Vyhláška č. 424/2004 sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (27, 28). Sestry na kardiologickém oddělení v České republice poskytují základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou ošetrovatelskou péči. Odborné způsobilosti musí odpovídat i jejich vědomosti a dovednosti. V České republice je ošetrovatelská péče kardiologickými sestrami poskytována zejména v kardiovaskulárních centrech. Místem uplatnění pro sestry v těchto centrech mohou být katetrizační laboratoře, arytmiologické sály, odborné kardiologické ambulance, oddělení následné kardiologické péče, standardní kardiologické oddělení, nebo jednotka intenzivní péče (29).

Standardní kardiologické oddělení poskytuje kardiologickou péči stabilizovaným pacientům, z nichž většina je indikována k selektivní koronarografii. Práce sestry na tomto oddělení spočívá ve sběru ošetrovatelské anamnézy, provedení základních screeningových vyšetření, odebírání krevních a jiných náběrů, odesílání klientů k vyšetření, měření a hodnocení EKG záznamů, aplikování léků, provádění předoperační přípravy u pacientů před operací srdce. Práce sestry dále zahrnuje péči o klienty po srdeční katetrizaci. Mimo to sestry provádí i mnoho jiných činností (4).

Práce sestry na standardní kardiochirurgické ošetrovací jednotce je charakteristická znalostí vyšetřovacích metod a ošetrovatelských technik pacientů s chirurgickým onemocněním srdce, znalostí technik odběrů biologického materiálu, znalostí o podávaných skupinách léků, sledování jejich efektu, interakcí a vedlejších účinků. Sestra je asistentkou lékaře, musí zvládnout náhle vzniklou situaci a dokázat poskytnout pomoc v případě ohrožení života. Součástí práce sestry je také efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace, která je vlastním samostatným záznamem sester o pacientovi, jeho pozorování, potřebách, plánu provedení a efektu ošetrovatelské péče. Sestra při své práci využívá všech prvků moderního ošetrovatelství a poskytuje péči pomocí ošetrovatelského procesu, jehož *„cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb nemocných (1) (Sovová, 2004, s. 17).“*

Na kardiologii jsou umístěni především pacienti trpící ischemickou chorobou srdeční, arytmií, hypertenzí, vývojovými vadami a kardiomyopatiemi. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči nejen těmto pacientům, ale také v akutních stavech pacientům se srdeční insuficiencí, šokovými stavy, hypertenzní krizí, tromboembolickými onemocněními, záněty srdce a syndromem dechové tísně u dospělých (4).

### ***1.5.2 Charakteristika práce sestry na ambulantním oddělení***

Ambulantní péče je základním druhem specializované kardiologické péče se zaměřením na vyšetřování, léčení a sledování nemocných s chorobami srdce a cév. Sestra na ambulantním oddělení využívá mnoho různých ošetrovatelských technik, které zahrnují regulaci příjmu a pořadí pacientů, zakládání, vyhledávání a zapisování dokumentace, asistence lékaři, provádění odběrů, měření EKG, TK a dalších fyziologických funkcí, provádění základních vyšetření, aplikování léků, udržování ordinace, objednávání pacientů k dalšímu vyšetření, doplňování zdravotnického materiálu, následné telefonické konzultace o výsledcích laboratorních vyšetření a o úpravách léčby, komunikace s rodinnými příslušníky, plánování kontrol, zvaní pacientů a tak dále. Součástí práce sestry na ambulantním oddělení je také edukace pacienta při prevenci chorob, to znamená, že radí pacientům se správnou životosprávou, identifikuje problémy, pomáhá při posilování sebeděče a při překonávání překážek a dále podporuje návrat pacienta do domácího prostředí (4, 30, 31).

Specializovaná sestra v kardiologické ambulanci provádí vstupní vyšetření pacienta, které zahrnuje zjištění anamnézy, vyhodnocení celkového kardiiovaskulárního rizika a poučení pacienta o rizikových faktorech. V kompetenci sestry je také doporučení zařazení klienta do rehabilitačního programu, vedení programu odvykání kouření, nebo odesílání nemocného k psychologovi v případě vysokého stresového skóre (32).

V některých zemích západní Evropy mají na standardních kardiologických odděleních také samostatné edukační sestry. Tyto sestry pečují o pacienty přicházející k invazivním vyšetřením nebo implantacím kardiostimulátoru. Sestra má za úkol vysvětlit pacientům průběh vyšetření, přínos specializovaných výkonů pro další léčbu, seznámení pacientů s možnými riziky vyšetření a musí být připravena kvalifikovaně odpovědět na všechny dotazy pacientů. Svou prací tak sestra pacienta na zákrok dobře připraví (33).

Není třeba zdůrazňovat, že je to sestra, která je obvykle prvním i posledním ve styku s pacientem. Mimo úkony ošetrovatelské péče by se měla sestra v kardiologické ambulanci starat o informační materiály sloužící k výchově pacientů. Nad rámec svých povinností by sestra mohla zařizovat a obměňovat výstavy informačních materiálů v čekárně a ordinaci. Informační materiály, které vydávají hlavně odborné společnosti,

farmaceutické firmy a jiné organizace, by měla sestra znát a v případě potřeby by měla být schopna pacientovi informace z takovýchto materiálů srozumitelně a souhrnně vysvětlit (34).

### ***1.5.3 Vztah sestra – pacient***

Vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem by měl být založen na partnerském přístupu. Významnou roli v tomto partnerském modelu hraje úcta a vzájemná spolupráce. Cílem při vytváření vztahu je nastolení pocitu pohody a dosažení vzájemné důvěry (6, 11).

V komunikaci s nemocným člověkem je důležité, aby sestra dovedla rozeznat jeho individuální osobitost a uměla správně přistupovat k daným problémům a řešit je.

S příchodem nemoci dochází u člověka k sociálním změnám, které přinášejí změny, a to v postavení, v profesi, v rodině i ve volném čase.

Narušení životních rolí závisí na velikosti zásahu, závažnosti onemocnění, jejich následků a možnosti léčby. Kvalita života nemocného nesouvisí jen s jeho onemocněním. Podílí se na tom celkové zázemí nemocného, reakce okolí, podpora rodiny a míra změn, které ovlivní dosavadní způsob života. Velký vliv na vyrovnání se s nemocí mají osobnostní předpoklady nemocného (12).

Péče o klienty s akutním onemocněním klade nároky na řešení mnohých psychických problémů. Jedná se například o prožívání obav, strachu a bolesti. Pacienti se musí v krátkém čase vyrovnat s náhlou změnou životního stylu. Zvýšenou zátěž pak člověk může zaznamenat v případě přechodu obtíží do chronického stádia (22).

U chronicky nemocných se zdravotníci často setkávají s odmítáním péče nebo přílišnou závislostí na pomoci druhých (12).

Odezvou na nemoc je buď přijetí nebo nepřijetí dané situace. Jinými slovy adaptivní nebo maladaptivní reakce, která se odráží v jednání nemocného a komunikaci s okolím (12).

## 2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### *2.1 Cíle práce*

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

- Cíl 1:** Zmapovat úlohu sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním.
- Cíl 2:** Zmapovat spolupráci ve vztahu sestra-pacient v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění.
- Cíl 3:** Zjistit očekávání pacientů od sester v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení.
- Cíl 4:** Zjistit očekávání pacientů od sester v oblasti sekundární prevence v ambulantní péči.

### *2.2 Výzkumné otázky*

1. Jsou pacienti srozumění s komplikacemi, které mohou nastat při nedodržování preventivních opatření?
2. Jaký je postoj pacientů k získávání informací v oblasti preventivních opatření?
3. Jaká je úloha sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním?
4. Jak spolupracují sestry a pacienti v rámci sekundární prevence v kardiologii?
5. Jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení od sester?
6. Jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence v ambulantní péči od sester?

## 3 METODIKA

### 3.1 Použitá metodika

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo využito kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkum byl proveden v Okresní nemocnici Tábor, a.s. na standardní a ambulantní jednotce kardiologie a v Krajské nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. na standardním oddělení kardiologie.

Na začátku rozhovorů byli všichni respondenti informováni o anonymitě výzkumu a ujištění, že získané informace poslouží pouze pro účel této bakalářské práce.

Jednotlivé rozhovory s respondenty byly zaznamenány do předem připravených archů, poté přepsány a podrobeny příslušné analýze. V průběhu rozhovorů bylo zapotřebí některé otázky přeformulovat nebo lépe vysvětlit. K výzkumnému účelu bylo použito dvou typů rozhovorů, pro sestry a pro pacienty.

Účast na výzkumném šetření byla zcela dobrovolná. Před zahájením jednotlivých rozhovorů byla pacientům a sestrám sdělena podstata výzkumného šetření. Rozhovory byly vždy uskutečněny se souhlasu dotazovaných. Výzkum probíhal v období březen – květen 2013.

Rozhovory se sestrami a pacienty byly uspořádány do čtyř částí. První část obsahuje identifikační údaje, druhá se týká úlohy sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním, třetí se týká spolupráce mezi sestrou a pacientem a poslední část je označena jako očekávání v rámci poskytované sekundární prevence.

Pro přehlednost byly vytvořeny myšlenkové mapy za pomoci programu Microsoft office Wordu 2007 – Smart Art. Při interpretaci získaných výzkumných dat jsem použila přímé citace respondentů bez lingvistické úpravy.

Při rozhovoru se sestrami byly zjišťovány následující vstupní údaje: věk, vzdělání, typ oddělení, na kterém pracují, délka praxe v ošetřování kardiologických pacientů a celková délka praxe. Úvodní výzkumná otázka určená sestrám zjišťovala, jaká je náplň jejich práce na standardním a ambulantním oddělení v rámci sekundární prevence (viz. Příloha 2).

Pro porovnání objektivnosti odpovědí pacientů jsem během výzkumného šetření pracovala i s jejich zdravotnickou dokumentací. Při rozhovoru byly v malém rozsahu zjišťovány identifikační údaje: věk, zaměstnání, lékařská diagnóza, délka onemocnění. Úvodní výzkumná otázka určená pacientům zjišťovala, co se jim vybaví, když se řekne slovo prevence (viz. Příloha 1).

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen celkem 12 respondenty, z toho 6 sestrami a 6 pacienty z Okresní nemocnice Tábor, a.s. a Krajské nemocnice v Českých Budějovicích, a.s. Z každé nemocnice byl uskutečněn rozhovor se 3 sestrami a 3 pacienty. Výzkumné šetření probíhalo na standardním oddělení kardiologie a v kardiologické ambulanci. Respondenti byli vybráni náhodně, kvůli své přítomnosti během probíhajícího šetření. Z důvodu odmítnutí poskytnutí rozhovorů jsem musela oslovit větší počet respondentů zejména z řad pacientů. V konečné fázi jsem získala 6 respondentů, 4 ženy a 2 muže. Z dotazovaných sester odmítla pouze jedna.

O povolení uskutečnit výzkumnou část bakalářské práce, byla v Okresní nemocnici Tábor písemně oslovena hlavní sestra Mgr. Helena Plocková. Následovala domluva se staniční sestrou oddělení kardiologie, která souhlasila s uskutečněním rozhovorů. Respondenty jsem získávala po osobní domluvě. V českobudějovické nemocnici byla o povolení provést výzkumné šetření písemně požádána hlavní sestra Mgr. Monika Kyselová. Po jejím schválení byla osobně oslovena vrchní sestra Anna Vítová, která taktéž reagovala na moji žádost kladně. Vrchní sestra byla velice vstřícná a respondenty z řad sester mi sama vybrala a poskytla klidné prostředí k uskutečnění rozhovorů.

Délka rozhovorů se pohybovala zhruba od 25 minut až do 1 hodiny. Jednotlivé rozhovory byly zapisovány do předem připravených pracovních archů a následně zpracovány.

## 4 VÝSLEDKY

V této části práce jsou zpracovány získaná data. Výsledky jsou umístěny do myšlenkových map pomocí programu Smart Art. Pro přehlednost je každá mapa následně popsána. Během interpretace dat jsou použity i přímé citace respondentů bez lingvistické úpravy. Výzkumný soubor je rozdělen do dvou skupin. První skupinu tvoří pacienti (R1-R6) a druhou sestry (S1-S6).

### 4.1 Pacienti poskytující rozhovor

Jako první je prezentováno výzkumné šetření ve skupině pacientů. Pro lepší orientaci byla vytvořena níže uvedená tabulka, která obsahuje identifikační údaje pacientů. Je zde znázorněno číslo respondenta, věk, zaměstnání, lékařská diagnóza a délka trvání kardiovaskulárního onemocnění.

**Tabulka 1 - Identifikační údaje pacientů**

číslo respondenta	pohlaví	věk	zaměstnání	lékařská diagnóza	délka kardio-vaskulárního onemocnění
1	žena	49	učitelka odborného výcviku	Takotsubo kardiomyopatie	13 let
				Esenciální hypertenze	
				Obezita	
2	žena	62	v důchodu, dříve dělnice	Hypertrofická kardiomyopatie	30 let
				Diabetes mellitus 1. typu	
3	muž	55	v důchodu, dříve skladník	Arteriální hypertenze	1 rok
				Diabetes mellitus 2. typu	
				Skolióza páteře	



**Tabulka 1 - Identifikační údaje pacientů (pokračování)**

4	žena	67	v důchodu, dříve manipulantka v provozu zámečnické firmy	Esenciální hypertenze	8 let
				Mitrální regurgitaci I. – II. stupně	
				Obezita	
5	žena	70	v důchodu, dříve švadlena	Paroxysmální fibrilace síní	4 roky
6	muž	53	kuchař	Esenciální hypertenze	3 roky
				Stav po infarktu myokardu	
				Dyslipidémie	

**Prvním respondentem (R1)** je žena, ve věku 49 let, která pracuje jako učitelka odborného výcviku. Pacientka je sledována v ambulanci kardiologa Tábor pro hypertenzní chorobu. V květnu minulého roku byla hospitalizovaná v budějovické nemocnici s diagnózou kardiomyopatie: Takotsubo. S vysokým krevním tlakem se prý léčí už asi 13 let. Mimo jiné trpí obezitou, která pacientku trápí a snaží se proto dodržovat nejrůznější diety. Rozhovor s respondentkou probíhal v čekárně ambulantního lékaře. Rušnější prostředí nám ale nebránilo uskutečnit rozhovor. Respondentka byla přátelská a odpověděla na všechny položené otázky. Rozhovor trval zhruba 35 minut.

**Druhým respondentem (R2)** je žena, ve věku 62 let. Je v důchodu a dříve pracovala jako dělnice. Pacientka je hospitalizována pro hypertrofickou kardiomyopatii v nemocnici Tábor. Ze zdravotnické dokumentace se dozvídám, že záznamy o jejím kardiovaskulárním onemocnění sahají až do roku 83. Z osobní anamnézy bych dále vyzdvihla diabetes mellitus na inzulinu (5let) a hypertenzi (9 let). Rozhovor probíhal na plně obsazeném třílůžkovém pokoji. Informace byly sbírány 1 hodinu. Na jednotlivé otázky klientka odpovídala pečlivě a s rozvahou.

**Třetím respondentem (R3)** je muž, ve věku 55 let, důchodce, který dříve pracoval jako skladník. Pacient byl hospitalizován v budějovické nemocnici pro arteriální hypertenzi. Z vedlejších diagnóz bych uvedla skoliózu páteře a diabetes mellitus 2. typu. S vysokým krevním tlakem se léčí 1 rok. Rozhovor trval 1 hodinu. Pro

vytvoření většího soukromí byl rozhovor uskutečněn v jídelně kardiologického oddělení. Respondent odpovídal velmi stroze a atmosféra byla lehce napjatá.

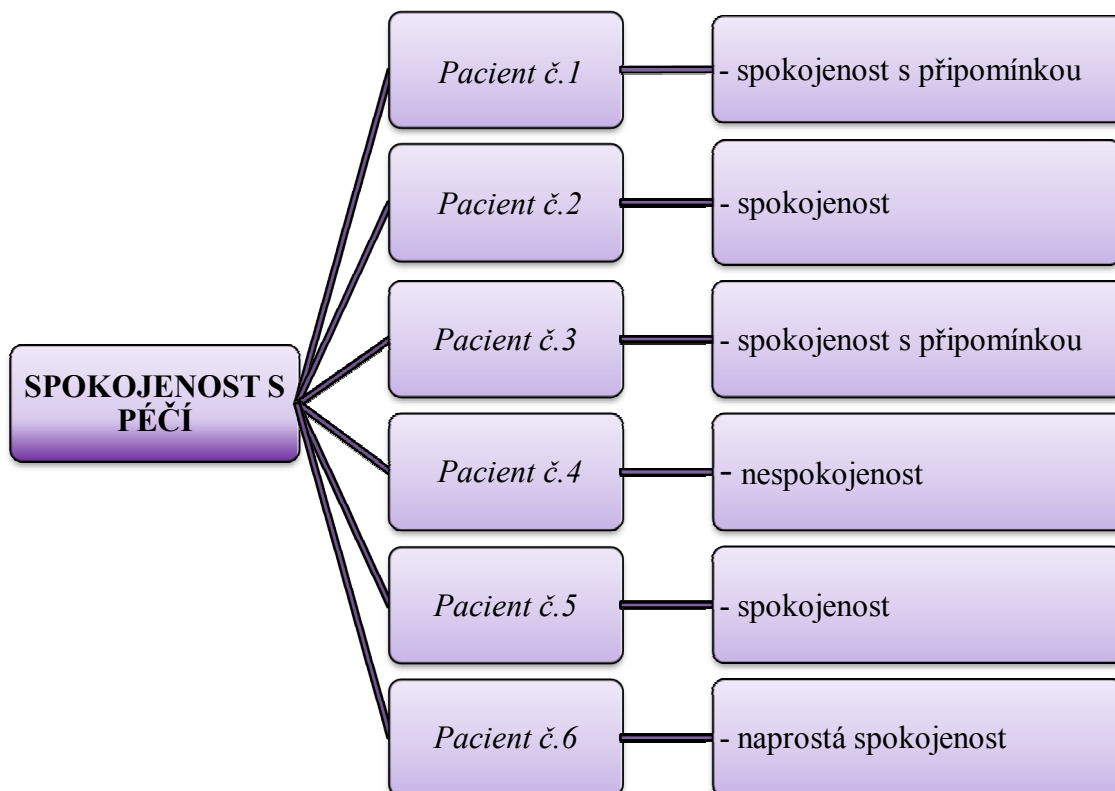
**Čtvrtým respondentem (R4)** je žena, věk 67 let, vdova, nezaměstnaná. Dříve pracovala v zámečnické firmě jako manipulanka provozu. Ze zdravotnické dokumentace zjišťují, že pacientka byla přijata pro srdeční selhání, které bylo hodnoceno jako plicní edém při hypertenzní krizi. Po řadě vyšetření byla diagnostikována těžká plicní hypertenze. Z vedlejších diagnóz bych uvedla obezitu a mitrální regurgitaci I.-II. stupně. Problémy s vysokým tlakem se u klientky objevily před 8 lety. Pacientka je nyní v péči ambulantního kardiologa. Uvádí, že je silná kuřačka. Rozhovor s respondentkou probíhal v českobudějovické nemocnici přímo na jejím pokoji. I přesto, že si klientka opakovaně stěžovala na bolesti kyčelních kloubů, které jí omezují v denním životě, byla velice ochotná. Náš rozhovor shledala jako zajímavý a přínosný. Celkový čas rozhovoru se pohyboval okolo 45 minut.

**Pátým respondentem (R5)** je žena, věk 70 let, v důchodu, dříve pracovala jako švadlena. Již 4 roky se léčí s paroxysmální fibrilací síní. Taktéž v péči ambulantního kardiologa. Pacientka byla plánovaně přijata do budějovické nemocnice k provedení radiofrekvenční katérové ablace. Před výkonem pacientka pociťovala časté bušení srdce. Rozhovor probíhal na třílůžkovém pokoji. Během rozhovoru se respondentka cítila značně unavená. Informace byly získávány pouhých 25 minut.

**Šestým respondentem (R6)** je muž, ve věku 53 let, pracuje jako kuchař v pizzerii. Pacient je sledován v ambulanci kardiologa. Před 2 roky byl hospitalizován v českobudějovické nemocnici pro infarkt myokardu. S vysokým krevním tlakem se léčí necelé 3 roky. Jako další vedlejší diagnózu bych uvedla dyslipidémii. Dle zdravotnické dokumentace byl tento pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče v nemocnici Tábor pro hypertenzní krizi. Naměřené hodnoty krevního tlaku dosahovaly 220/110 mmHg. Po zlepšení stavu byl následně přeložen na standardní kardiologické oddělení. Rozhovor probíhal na pokoji klienta, který obýval sám. Během našeho setkání panovala pozitivní atmosféra. Respondent byl velice komunikativní a sdílný a poskytl mi rozsáhlé odpovědi na všechny otázky. Rozhovor byl dokončen po 40 minutách.

#### 4.1.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

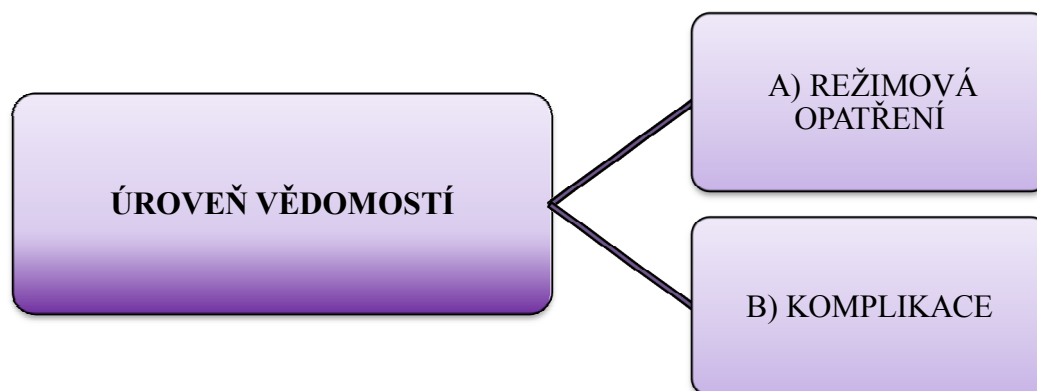
Myšlenková mapa 1: Spolupráce se sestrou z pohledu pacienta



Tato myšlenková mapa poukazuje na spokojenost s poskytovanou péčí a na spolupráci sester z pohledu pacienta. Myšlenková mapa se vztahuje k otázkám, které zní: „*Jak hodnotíte spolupráci mezi vámi a sestrou? Jak vnímáte momentální péči a jste s ní spokojen/a?*“ Dva respondenti ze všech tázaných uvedli, že jsou spokojeni s péčí. Další dva se shodli, že jsou spokojení, ale zároveň vyjádřili drobnou nespokojenost nebo připomínku. Jeden z tázaných respondentů vyjádřil nespokojenost. Naprostou spokojenost uvedl pouze jeden respondent. R1: „*Můžu říct, že zatím nemám žádnou negativní zkušenost. Jediné, co mi vadí je, že sestry v ambulancích nedodržují pořadí pacientů. Téměř vždy, když jsem objednaná na určitý čas, tak mě vezmou až s hodinovým zpožděním.*“ R2 uvedla: „*Když jsem něco potřebovala, tak jsem se tu ještě nesešla s neochotou, všichni se ke mně zatím chovali hezky a byli vstřícní. Špatné zkušenosti s péčí osobně nemám. Jen jednou jsem se setkala se sestřičkou, která byla*

dost mrzutá a jízlivá, ale to bylo v arytmiologické ambulanci. V čekárně bylo hodně lidí a sestřička nevěděla, kde jí hlava stojí.“ R3 uvedl: „Kdybych měl známkovat jako ve škole, tak bych péči hodnotil chvalitebně. Přístup zdravotníků moc neřeším. Už jsem si zvykl, že sestry na mě nemají tolik času, kolik bych si představoval.“ Následující respondentka uvedla, že má neblahé zkušenosti s poskytovanou péčí. „V kardiologické ambulanci mi byly dány nepřesné informace ohledně nadcházejícího zákroku radiofrekvenční ablace. Jsem nespokojená jak s komunikací, tak s přístupem sestry, která byla nepříjemná a arogantní. Sestra se mě vůbec nezeptala, jestli zákroku rozumím, nebo jestli nechci ještě něco lépe vysvětlit. Kdybych věděla, co budu muset všechno absolvovat, nikdy bych do toho nešla.“ R5: „Zatím jsem měla s péčí pouze pozitivní zkušenosti. Sestřičky jsou ve směrsměs komunikativní a příjemné. Sem tam se najde nějaká, která je zamračená a chová se podrážděně, ale každý den přece nemůže být růžový.“ Poslední respondent uvedl: „Na péči si nemůžu stěžovat. Během celé hospitalizace mě provází bezproblémová komunikace a profesionální přístup.“

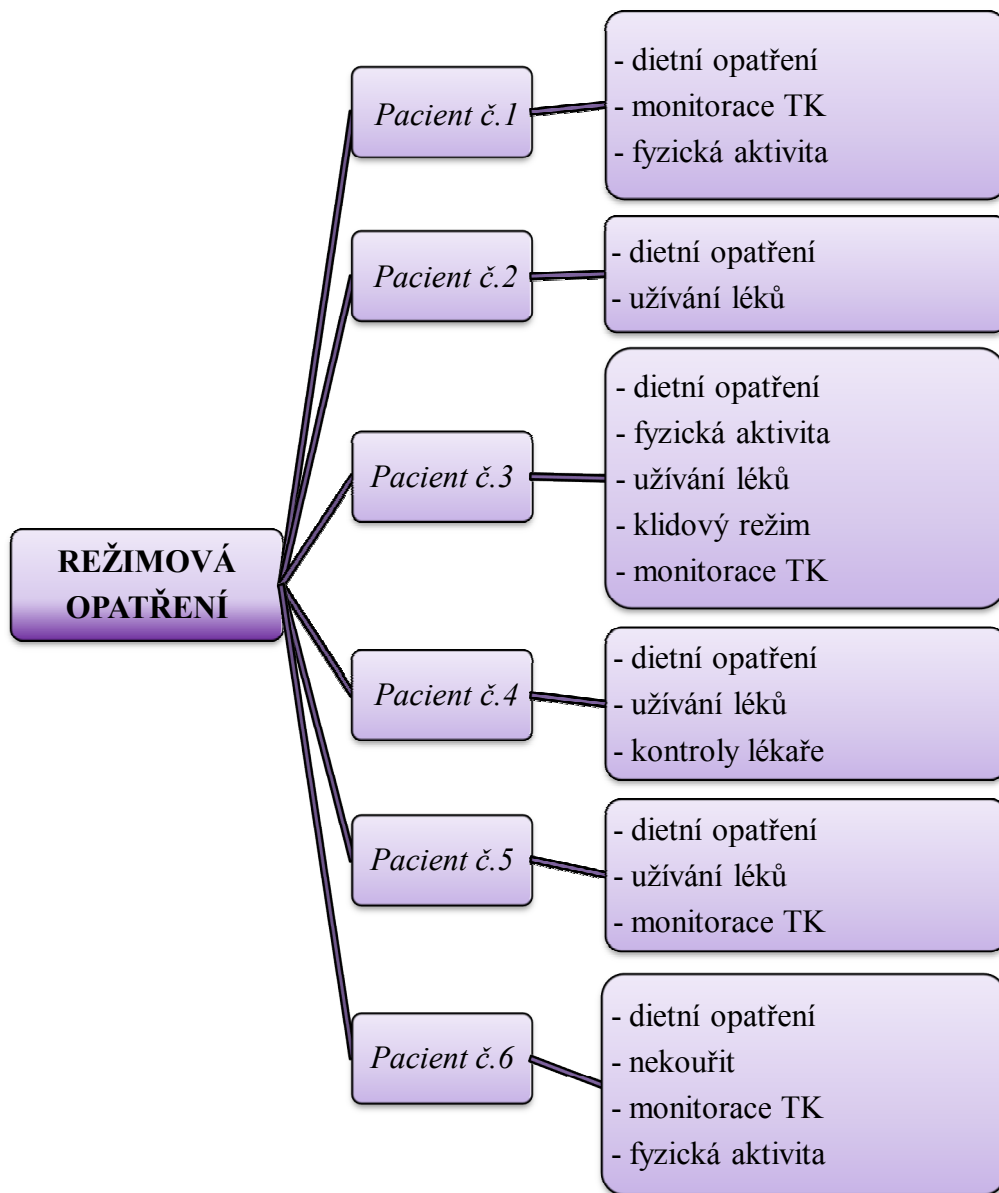
### Myšlenková mapa 2: Úroveň vědomostí



Myšlenková mapa 2 „Úroveň vědomostí“ obsahuje dvě oblasti, které byly vytvořeny za účelem zodpovězení výzkumných otázek. První oblast je nazvaná jako režimová opatření, druhá oblast je pojmenována jako komplikace.

Uvedené jednotlivé oblasti jsou na základě rozhovorů s respondenty dále podrobně rozpracovány v myšlenkových mapách s popisky.

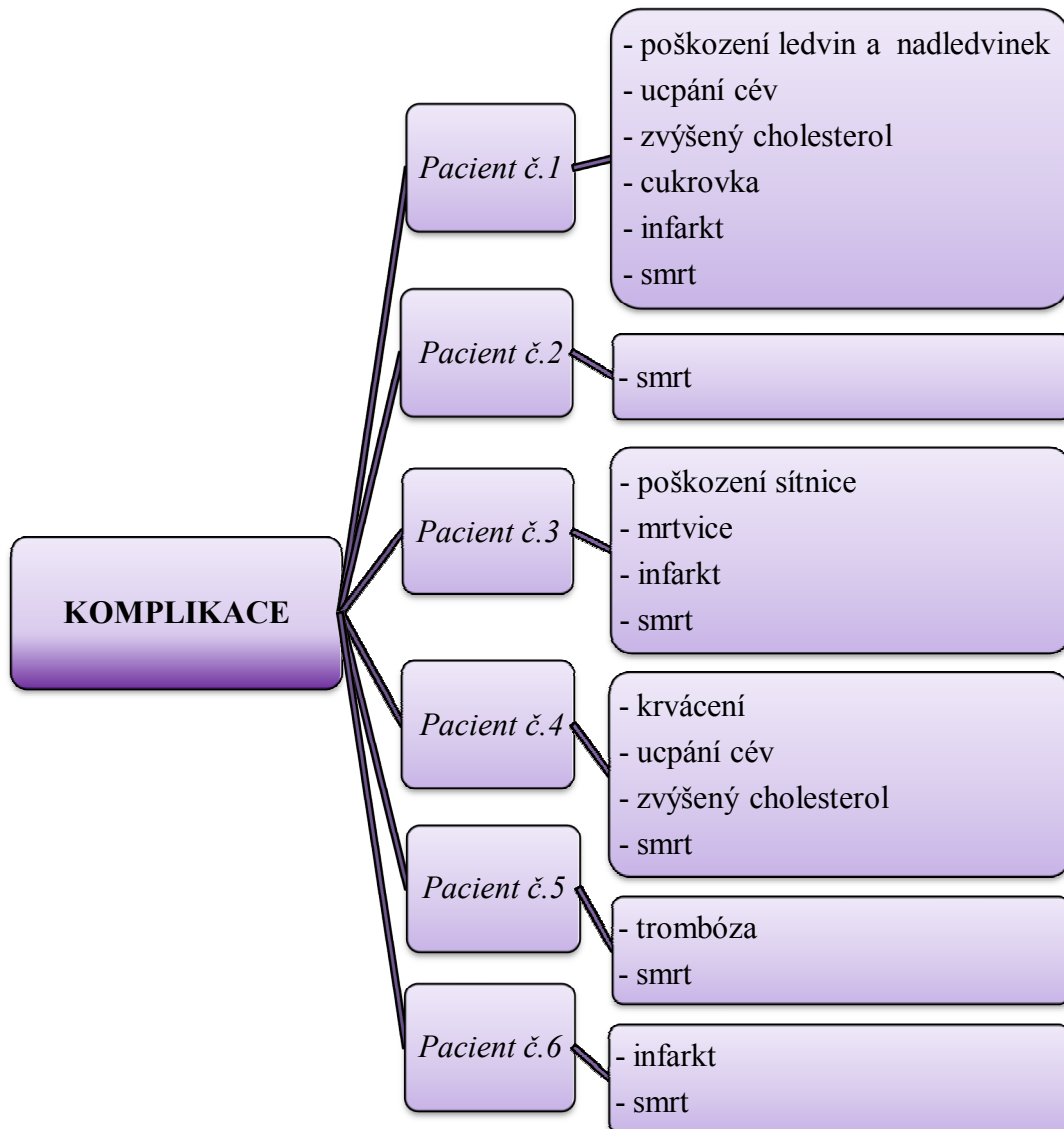
**Myšlenková mapa 2A): Informovanost pacientů s kardiologickým onemocněním ohledně režimových opatření**



Myšlenková mapa 2 a) znázorňuje úroveň vědomostí u klientů s kardiologickým onemocněním týkajících se režimových opatření. Respondenti odpovídali na otázku: „Jaká doporučení či informace vám sestra poskytla v rámci režimových opatření vzhledem k vašemu onemocnění?“ Nejčastější zmiňovanou oblastí, o které dostávají nejvíce informací, se stala dietní opatření. Během rozhovoru respondenti uváděli na pravou míru od koho informace dostávají, tedy kdo sehrává hlavní roli informátora.

Nadpoloviční většina respondentů se shodla, že největší podíl ve sdělování informací sehrává lékař. R1 uvedla, že informace dostává většinou jen od lékaře. Od něj obdržela rady a doporučení ohledně dietních opatření. *„Prý bych měla zhubnout, méně solit a nepít minerální vody. Dále mi bylo doporučeno, abych si pořídila tlakoměr a že je žádoucí nejméně jednou týdně si krevní tlak změřit. Nejlépe ráno a večer, třikrát po sobě a z naměřených hodnot udělat průměr. Nejvhodnějším tělocvikem pro kardiaky je prý turistika s trekingovými holemi.“* Jiná režimová opatření už klientku nenapadají. R2 uvedla, že jí veškeré teoretické znalosti byly předány lékařem. *„Prý se jedná o vrozené onemocnění a prevence téměř neexistuje. Bylo to moc informací najednou a spoustu z nich jsem zapoměla. Podle doktora bych se měla šetřit, brát léky, málo solit a pít magnézii.“* R3: *„Sestřičky tady mi nakázaly klid na lůžku a dietu. Hodně informací mám už z dřívějšíka. Například jaké léky užívat a jak si správně měřit krevní tlak.“* R4 uvedla, že byla poučena při pravidelných kontrolách svým kardiologem. Rady se týkaly především užívání léku warfarinu. Respondentka ví, že nejčastější komplikací této léčby je krvácení. Při nasazení warfarinu dostala letáčky s pokyny ohledně dodržování diety, které pak byly pro lepší srozumitelnost doplněny ústně, sestrou. *„Vím, že bych se měla vyhybat konzumaci bylinných, zelených čajů a v menším množství jíst například sušené švestky, mango, kiwi a listovou zeleninu.“* R5 uvedla, že byla poučena hlavně lékařem a že čeká, že zbytek informací dostane při propuštění domů. Většina informací jí dále byla poskytnuta skrze praktického lékaře a lékaře v kardiologické ambulanci. Doporučení se týkala především kontroly fyziologických hodnot (krevního tlaku), užívání warfarinu, diety a redukce tělesné hmotnosti. R6: *„Doporučeních jsem dostal tolik, až mi z toho jde hlava kolem. Měl bych dodržovat dietu, méně solit, nekouřit, nepřetěžovat se, měřit si krevní tlak, užívat pravidelně léky a docházet na kontroly ke svému kardiologovi. Dále mi bylo řečeno, že každá fyzická aktivita se přičítá mému zdraví. Bylo mi doporučeno plavání, jízda na kole nebo delší procházky, alespoň 30 minut denně.“*

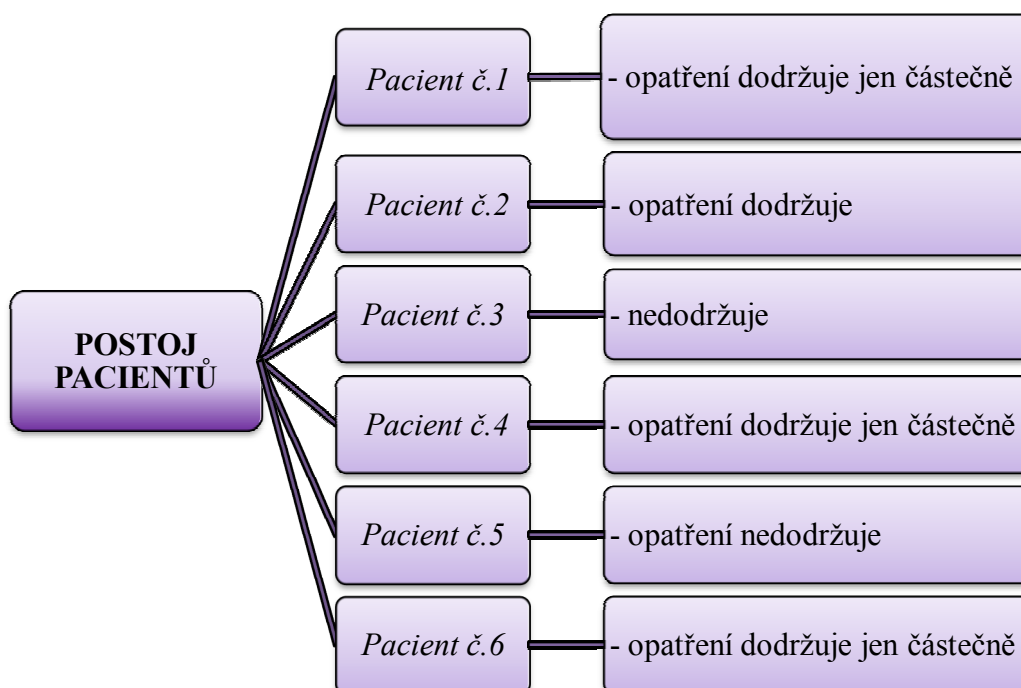
## Myšlenková mapa 2B) : Informovanost pacientů ohledně komplikací



Z myšlenkové mapy 2 b) vyčteme, jaké povědomí pacienti mají o komplikacích, které mohou nastat při nedodržování preventivních opatření. Odpověď smrt se u respondentů stala prvotně zmiňovanou oblastí. Tato odpověď byla uvedena všemi 6 tázanými respondenty. R1: „Při vysokém krevním tlaku mohou onemocnět ledviny a nadledvinky a může dojít k ucpání cév, při nedodržování diety. Člověk může mít vysoký cholesterol a rozvinout se u něj cukrovka. Také může dostat infarkt a umřít.“ R2 odpověděla jednoznačně: „Smrt.“ Žádná jiná související odpověď na otázku, zda ví, jaké

komplikace mohou nastat při nedodržování preventivních opatření respondentku nenapadají. R3 přehled o komplikacích prokazuje bez zaváhání: „*Při nedodržování preventivních opatření může dojít k poškození sítnice, mrtvici, infarktu a smrti.*“ R4 odpovídá jako většina respondentů, smrt. Následně uvádí, že se při nedodržování předepsané diety může objevit zvýšená krvácivost, ale to jen v případě, že pacienti užívají lék warfarin. Dále zmiňuje zvýšený cholesterol a ucpání cév. R5 uvedla trombózu a smrt. R6: „*O komplikacích, které mohou nastat, jsem poučen byl. Infarkt už jsem prodělal a to nejhorší mě naštěstí nepotkalo.*“

### Myšlenková mapa 3: Postoj pacientů k dodržování režimových opatření

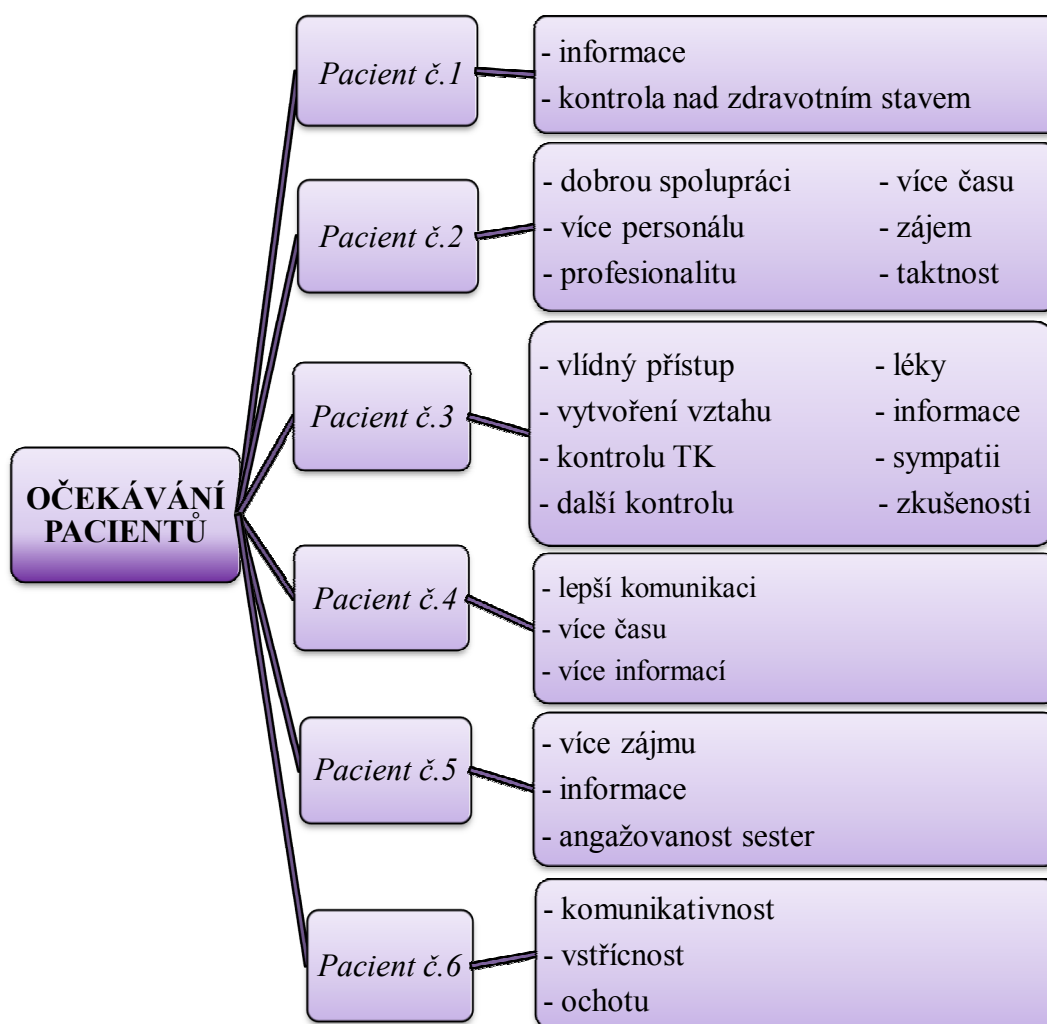


Z myšlenkové mapy 3 můžeme vyčíst, jaký postoj mají pacienti k dodržování režimových opatření. Odpovědi respondentů týkající se přístupu byly rozmanité. Byly získány jak kladné tak záporné odpovědi. R1 si dle doporučení pravidelně měří krevní tlak, vždy jednou týdně nebo když má nepříjemný pocit hučení v uších. Se stravovacími návyky má prý problémy, trpí obezitou, a proto se snaží dodržovat nejrůznější diety. Podle jejích slov už to občas, ale není k vydržení a sem tam zhřeší. Léky užívá dle předpisu. Předem si je připravuje do lékovky, protože se jí prý občas stane, že při



denním shonu zapomene, jestli si léky vzala nebo ne. O zdravý životní styl se zajímá a správnou životosprávu se snaží dodržovat v rámci svých možností. R2 odpověděla obdobně, uvádí, že režimová opatření dodržuje, současně ale přiznává, že dříve na rady doktora moc nedbala. Nyní se snaží dělat vše správně a dbát na rady lékaře. Nevystavuje se stresu, zbytečně nesolí a užívá pravidelně léky. Přiznává, že pro ni bylo na denním pořádku vykouřit až 20 cigaret denně. Před lety kouřit přestala, kvůli srdíčku a financím. Ví, že musí dodržovat dietu, kvůli užívání warfarinu. „*Vyhýbám se konzumaci bylinných čajů a listové zelenině.*“ R3 odpověděl velmi stroze: „*Léky беру podle předpisu a svého kardiologa navštěvuji pravidelně, ale stává se mi, že na kontrolu zapomenu, tak se pak přeobjednám. Záleží na tom, jak moc to hoří. Krevní tlak jsem si doma nikdy neměřil, myslím, že to nebylo potřeba, cítil jsem se dobře.*“ Z rozhovoru se dozvídám, že respondent nikdy zvláštní životosprávu nedodržel. „*Jedl jsem, na co jsem měl chuť a sportu se věnoval jen sporadicky*“ (R3). R4 uvedla, že režimová opatření dodržuje. Jejím přáním je se spadnout. „*Dříve jsem sledovala pořad: Jste to, co jíte s doktorkou Kateřinou Cajthamlovou, kde jsem se dozvěděla hodně receptů na zdravou výživu. Tak jsem je párkrát zkusila. Jenže vím, že s dodržováním diety je to hlavně o pevné vůli a tu já nemám,*“ říká. S fyzickou aktivitou je to podle ní také horší, téměř každý pohyb těla je pro ni prý bolestivý. „*Poslední dny mě začaly brát záda, kdybych na tom nebyla zdravotně tak špatně, věnovala bych se jízdě na kole nebo turistice.*“ Z rozhovoru s R5 vyplynulo, že doporučené rady nedodrží. Uvedla: „*Na pravidelné kontroly nechodím. Lékaře jsem navštěvovala podle toho, jak jsem se cítila.*“ Na otázku zda užívá pravidelně léky odpověděla: „*Léky беру, ale sem tam se mi stane, že si je zapomenu vzít.*“ Během rozhovoru dále zmínila, že si krevní tlak nemonitoruje a životní styl nějak neřeší. Respondentka je toho názoru, že člověk se může snažit sebevíc, ale stejně nemoci nezabrání. R6 se domnívá, že pokud pacient dodržuje vše jak má, nevyskytne se u něj žádný problém. „*Před infarktem jsem na rady lékařů nedbal. Teď když jsem znovu v nemocnici, musím dodržovat jakýsi řád. Prakticky mi nic jiného nezbyvá. Musím dodržovat dietu a nekouřit.*“ Přiznává, že doporučení ohledně diety v domácím prostředí nedodrží. „*Když mám na něco chuť, tak to prostě neřeším. Kdyby se člověk měl omezovat ve všem, tak z toho života nic nemá.*“

#### Myšlenková mapa 4: Očekávání pacientů od sester v oblasti sekundární prevence



Z myšlenkové mapy 4 vyčteme, jaká očekávání a požadavky mají pacienti od sester v oblasti sekundární prevence. Odpovědi byly rozmanité. Nejčastěji respondenti zmiňovali vlastnosti a povahové rysy, jaké by sestra měla mít. Z odpovědí je zřejmé, že respondenti od sester očekávají komunikativnost a předání informací. Na tom se shoduje většina dotazovaných respondentů. R1: „*Přednostně od sestry očekávám, že mi vysvětlí vyšetření a postup léčby.*“ Dále z odpovědi vyplývá, že respondentka očekává kontrolu nad svým zdravotním stavem. „*Když chodím na pravidelné kontroly, mám jakýsi klid na duši.*“ R2 uvedla: „*Uvítala bych, kdyby sestřičky měly více času na pacienty, ale je to pouze můj názor. Myslím, že kdyby zaměstnali víc personálu, tak by péče byla úplně o něčem jiném. Kdybych to měla rozvést dál, tak očekávám*

*profesionální přístup, taktnost a dobrou spolupráci. Hlavní je, aby sestra dělala svou práci s láskou a měla zájem o pacienty.“ R3: „Jako samozřejmost беру vlídný přístup. Každá sestra by měla mít ke svému pacientovi určitý vztah. Měla by být zkušená, sympatická a ochotná. Přístup sester v nemocnici není leckdy takový, jaký by měl být. Při návštěvě svého kardiologa očekávám, že mi sestra změří tlak, odpoví na dotazy, předepíše léky a objedná na další kontrolu.“ R4 udává, že zvláštní očekávání nemá. „Jediné co mi asi vadí je komunikace, sestry mají málo času na pacienty. Pořád tady někdo lítá, každý den vidím jiné tváře, ale nikdo se u mě nezdrží víc jak pět minut. Chtěla bych, aby si ke mně někdo sednul a v klidu mi nevysvětlil co a jak. Sestry se pohybují jako vítr, občas to působí vážně chaoticky. Pro tyto sestry jsem našla zvláštní pojmenování: sestry rychloběžky.“ Podobného názoru je i další respondentka. R5 uvádí, že očekává více zájmu a času na předání informací. Sestřičky by se prý měly více angažovat v péči o pacienty. R6 uvedl, že očekávání od sester v oblasti sekundární prevence nemá. Po zamyšlení jmenuje vlastnosti a představy o ideální sestře: „Sestra by měla být především milá, komunikativní, vstřícná a ochotná.“*

#### 4.2 Sestry poskytující rozhovor

V této části je prezentováno výzkumné šetření ve skupině sester. Pro přehlednost je vytvořena Tabulka č. 2, která zobrazuje identifikační údaje sester. Je zde znázorněno číslo respondenta, věk, dosažené vzdělání, typ oddělení, délka praxe v ošetřování kardiologických pacientů a celková délka praxe.

**Tabulka 2 - Identifikační údaje sester**

číslo respondenta	věk	dosažené vzdělání	typ oddělení	délka praxe v ošetřování kardiologických pacientů	celková délka praxe
1	28	magisterské	standardní	2,5 roku	5 let
2	42	středoškolské	ambulantní	12 let	23 let
3	50	středoškolské	ambulantní	9 let	15 let
4	26	bakalářské	standardní	2 roky	2 roky
5	30	středoškolské	standardní	4 let	6 roky
6	35	bakalářské	standardní	2 roky	16 let

**Prvním respondentem (S1)** je žena, věk 28 let, pracující na standardním oddělení kardiologie v Českých Budějovicích jako všeobecná sestra. Do zaměstnání nastoupila po dokončení bakalářského studia. Její nejvyšší dosažené vzdělání je magisterské, které získala formou kombinovaného studia. Dva a půl roku pracovala na interním oddělení, poté byla přeřazena na dosavadní pracoviště. Celková délka praxe u lůžka respondentky činí 5 let. S prací je spokojená a v současné době by jí neměnila. Rozhovor se sestrou probíhal na denní místnosti a trval zhruba 30 minut.

**Druhým respondentem (S2)** je žena, věk 42 let, která již 12 let pracuje v kardiologické ambulanci nemocnice Tábor. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Celková dosavadní praxe sestry činí 23 let. Po maturitě nastoupila do domova důchodců, kde pracovala jako všeobecná sestra, ale kvůli snižování stavu byla nucena práci opustit. Rozhovor se sestrou probíhal v klidném prostředí, na vyšetřovně.

Respondentka byla během něj odměřená a rozhovor, proto probíhal v nepříjemné atmosféře. Sběr informací se pohyboval okolo 35 minut.

**Třetím respondentem (S3)** je žena, 50 let, která pracuje taktéž v kardiologické ambulanci nemocnice Tábor. Zde pracuje 9. rokem. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Po dokončení studia byla na mateřské dovolené. Několik let pracovala ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na 3. interní klinice. V současné době pracuje v Táboře na ambulantní jednotce kardiologie. Rozhovor se sestrou probíhal na vyšetřovně. Informace jsem získávala zhruba 25 minut. Respondentka byla při odpovídání otázek stručná. Dle mého názoru mohla do rozhovoru vložit více zkušeností.

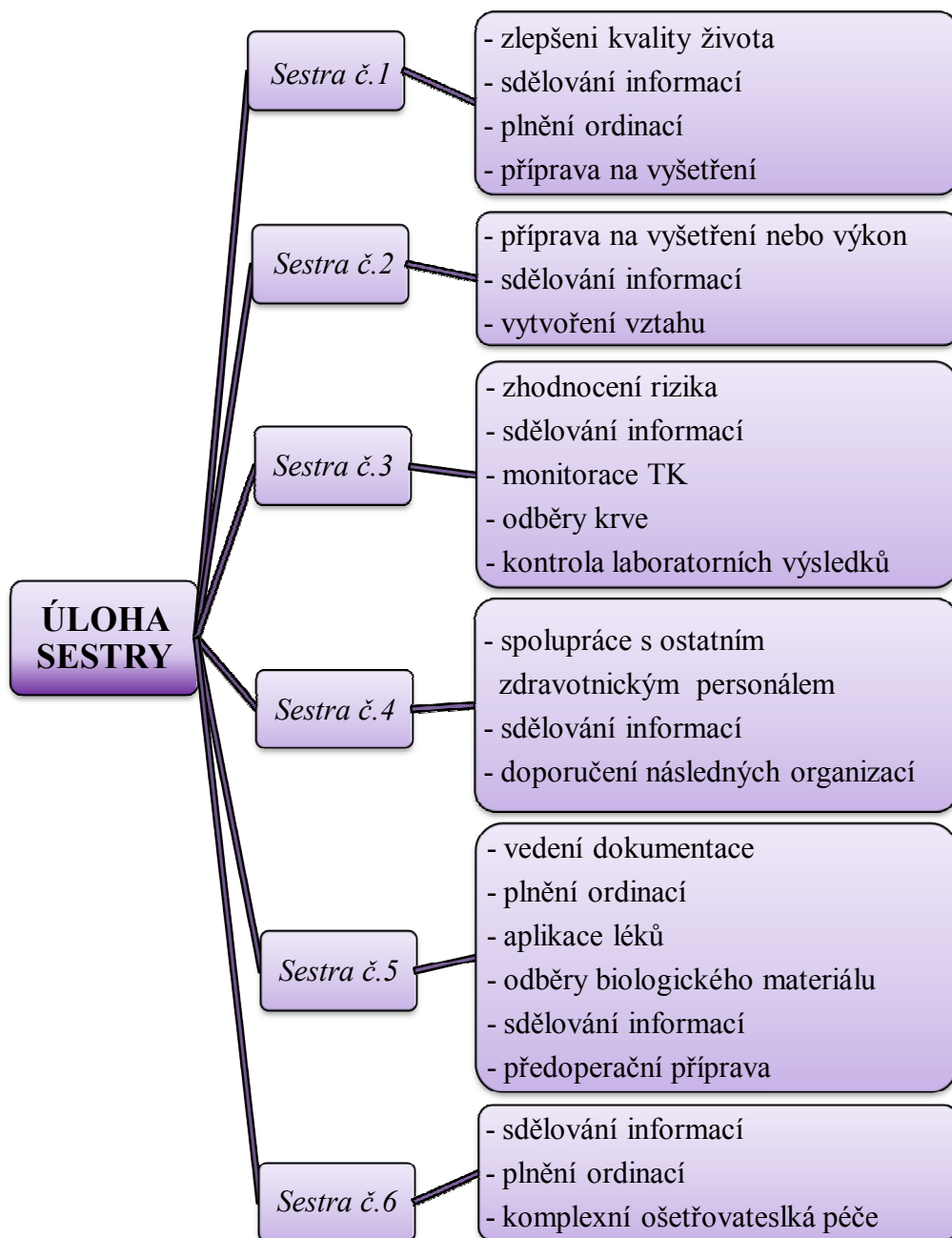
**Čtvrtým respondentem (S4)** je žena, 26 let, která pracuje na standardním oddělení kardiologie v nemocnici České Budějovice. Na oddělení nastoupila po dokončení bakalářského studia. Pracuje zde od roku 2011. Na oddělení byla přiřazena hlavní sestrou, jako záskok za mateřskou dovolenou. Rozhovor se sestrou probíhal v přátelské atmosféře, na denní místnosti. Respondentka mi poskytla rozsáhlé informace, jejichž sběr trval přibližně 40 minut.

**Pátým respondentem (S5)** je žena, 30 let, která pracuje na standardním oddělení kardiologie v nemocnici České Budějovice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Po získání maturity nastoupila na mateřskou dovolenou. Celková délka praxe u lůžka je 6 let. Z toho 2 roky pracovala jako všeobecná sestra na urologii. Pro nedostatek personálu byla přeložena na kardiologické oddělení, kde působí již čtvrtým rokem. Během celého rozhovoru panovala dobrá atmosféra. S respondentkou jsem strávila na denní místnosti okolo 35 minut. Rozhovor s ní byl velice zajímavý, protože se snažila nahlížet na problém převážně očima pacientů.

**Šestým respondentem (S6)** je žena 36 let, která pracuje druhým rokem na standardním oddělení kardiologie nemocnice Tábor. Její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské, které získala v roce 2012 formou kombinovaného studia. Motivací pro získání vyššího vzdělání, byla touha po změně a získání nových vědomostí. Celková délka praxe respondentky u lůžka je 16 let. Od roku 1999 pracovala na oddělení následné péče. Rozhovor se sestrou byl uskutečněn v době služby, během poledne, kdy na oddělení chyběl dostatek personálu. Plynulost rozhovoru byla proto narušována povinnostmi sestry. Získání informací trvalo necelou hodinu.

#### 4.2.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

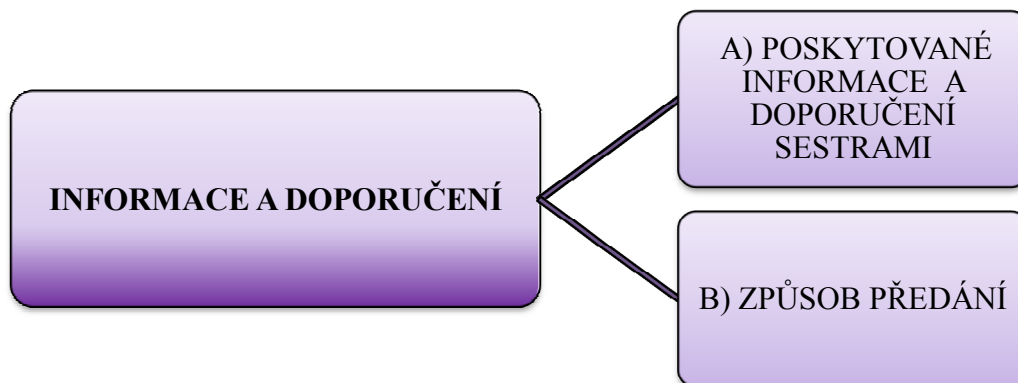
**Myšlenková mapa 1: Úloha sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním**



Myšlenková mapa 1 znázorňuje, jaké činnosti sestra vykonává v rámci sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Respondenti zde popisují celou řadu úkonů, které provádějí. Prvotně zmiňovanou odpovědí na otázku:

„Jaká je náplň vaší práce na standardním/ambulantním oddělení v rámci sekundární prevence?“, bylo poskytování informací, kterou uvedlo všech 100% dotazovaných respondentů. V popředí se objevovala také odpověď plnění ordinací lékaře. S1 říká: „Myslím, že hlavní cíl a náplň práce každé sestry spočívá ve snaze o zlepšení kvality života nemocného. Sdělování informací, plnění ordinací, příprava na vyšetření je denním chlebem každé sestry.“ Na tom se shoduje i S2: „Náplň mojí práce se týká přípravy pacientů na výkon nebo vyšetření. Například katérovou ablaci, angiografii cév, bicyklovou ergometrii a mnohá další. Před zahájením je nutné provést celkové vyšetření nemocného. Přípravu bych rozdělila na stránku psychickou a edukační. Popisují pacientům postup a seznamuju je s opatřeními, které by měli dodržovat před a po výkonu. Zdůrazním jim nutnost dodržování léčby a okrajově zmíním i komplikace, které mohou nastat.“ S3 klade důraz na zhodnocení rizika vzniku komplikací. „Na vzniku onemocnění se podílí mnoho faktorů, některé jsou ovlivnitelné a některé nikoliv. Obezita patří mezi jeden z rizikových faktorů s kterým pacienti můžou něco dělat. K diagnostice nadváhy a obezity používám vzorec BMI. Po vyhodnocení indexu pacientovi většinou doporučím změnu životosprávy. K pravidelným návštěvám každého pacienta patří měření krevního tlaku. U pacientů, kteří užívají antikoagulační léčbu je nutností pravidelná kontrola srážlivosti krve.“ S4 přikládá důraz na spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky. Popisuje jak je důležitá spolupráce s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a praktickým lékařem. Poukazuje i na následné organizace zabývající se sekundární prevencí. „Zapojit se do těchto organizací by měl každý nemocný, protože to pomůže zlepšit jeho zdravotní stav a nám to odlehčí práci. Většinou o ni ale nejví zájem, jen o lázeňské pobyty. Pacientům doporučuju svaz kardiaků v Táboře, Sdružení pacientů s civilizačními chorobami v Českých Budějovicích a VŠTJ-rekondiční centrum.“ S5 uvedla, že k výkonu její práce je nezbytné vedení ošetrovatelské dokumentace: „Záznam sester o pacientovi vede k realizaci ošetrovatelského plánu a k efektivní léčbě. Díky dokumentaci sestra může plnit ordinace lékaře, aplikovat správné léky, provádět odběry biologického materiálu, předoperační přípravu nebo edukovat pacienta o chystaném vyšetření.“ S6 uvedla: Úkolem sestry je edukace, plnění ordinací a komplexní péče o nemocného.“

## Myšlenková mapa 2: Informace a doporučení

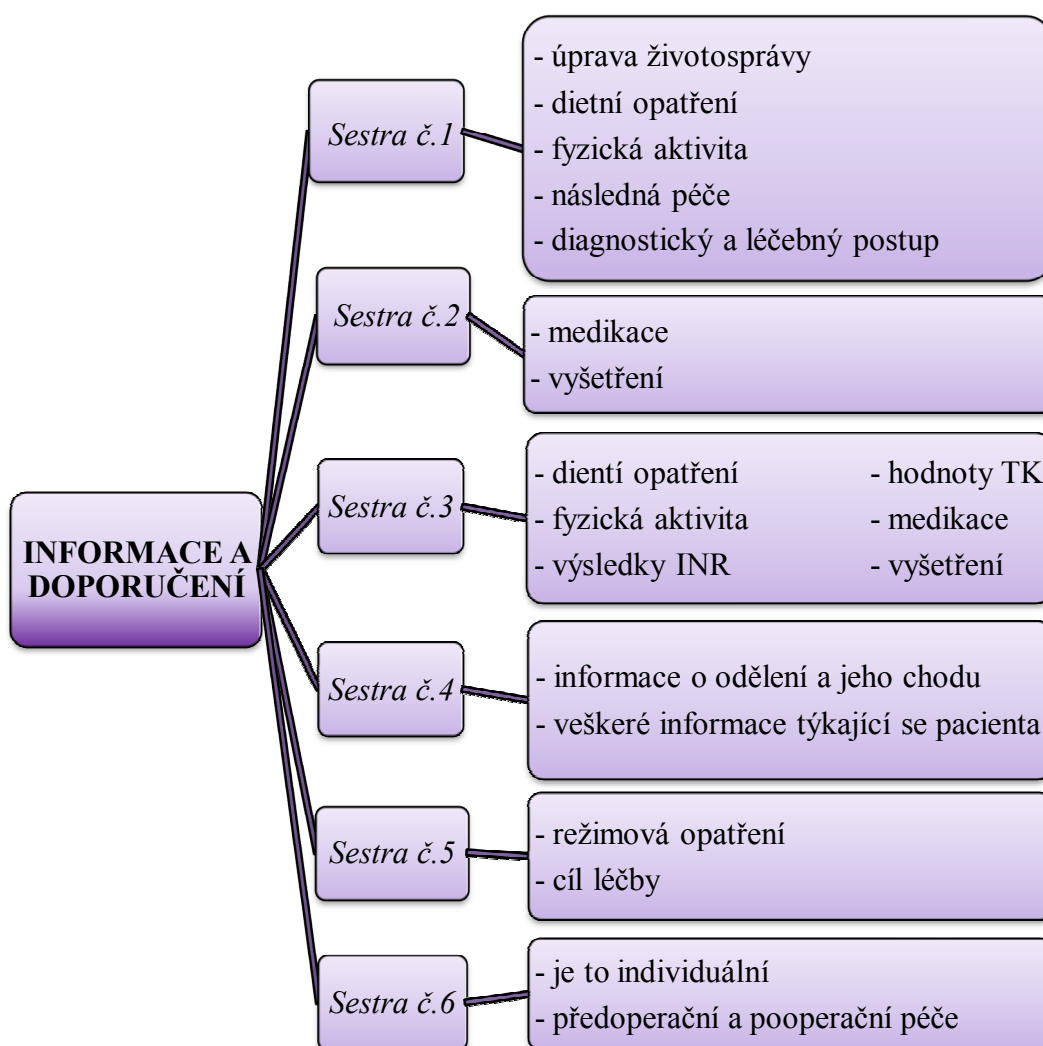


Myšlenková mapa 2 „Informace a doporučení“ obsahuje dvě oblasti, které byly vytvořeny za účelem zodpovězení výzkumných otázek. První oblast je nazvaná jako poskytované informace a doporučení sestrami, druhá oblast je pojmenována jako způsob předání.

Uvedené jednotlivé oblasti jsou na základě rozhovorů s respondenty dále podrobně rozpracovány v myšlenkových mapách s popisky.



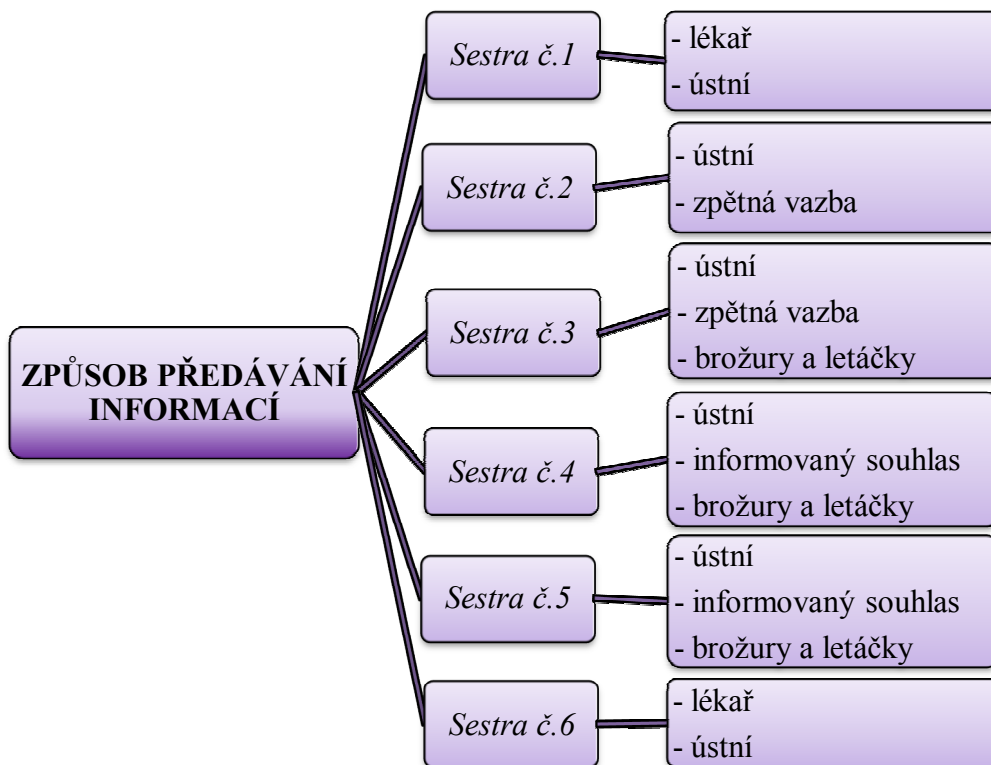
## Myšlenková mapa 2A): Poskytované informace a doporučení



Z myšlenkové mapy 2 a) vyčteme čeho se obecně týkají informace a doporučení, které sestry poskytují svým pacientům. Předávané informace jsou většinou totožné. Závisí na druhu onemocnění a na individuálních potřebách pacienta. Ústřední otázkou na kterou respondenti odpovídali zněla: „Čeho se obecně týkají doporučení a jaké informace předáváte kardiologickým pacientům?“ S1: „Převážná část edukace se týká úpravy životosprávy. Například pohybové terapie a diety. Při propuštění pacienta se pak řeší, jaká bude následná péče. Pacient dostane informace a doporučení o dalším diagnostickém a léčebném postupu.“ S2 odpověděla: „Je to taková rutina, pacient musí být seznámen s medikací a s vyšetřeními.“ Je evidentní, že respondentka dbá na podrobný popis vyšetření. „Teď jsem tady měla například pacienta, kterého jsem poučovala o monitoraci krevního tlaku pomocí holtera. Zprvu pacientovi ukážu, jak se

přístroj nasazuje a z jakých částí se skládá. Dále ho seznámím s frekvencí měření. V průběhu dne se tlak měří po 15 minutách. V nočních hodinách je to po půl hodině. Monitorace trvá 24 hodin.“ S3 sdílí podobný názor jako S1 a S2. Uvedla, že předávané informace se zaměřují na dietu, pohybovou aktivitu a léky. Zmínila, že předávané informace se týkají hlavně vyšetření. „S pacientem musím rozebrat výkony, které u něj budu provádět. Seznámím ho s hodnotami krevního tlaku a výsledkama INR.“ S4 informuje pacienty o tom jak je oddělení situované o jeho chodu a vnitřním řádu. Dále uvedla, že pacient musí být poučen o všem, co se s ním bude dít. S5: „S pacienty hovořím o tom, jaká režimová doporučení by měli dodržovat a jak jim to pomůže.“ Poslední respondentka odpověděla: „Informace, které dávám pacientům jsou různé. Záleží na onemocnění a přidružených chorobách. Záleží i na tom jak dlouho se pacient s onemocněním léčí a jaké má znalosti. Podle toho se odvíjí náš rozhovor. Obecně se informace v nemocnici týkají předoperační a pooperační péče“ (S6).

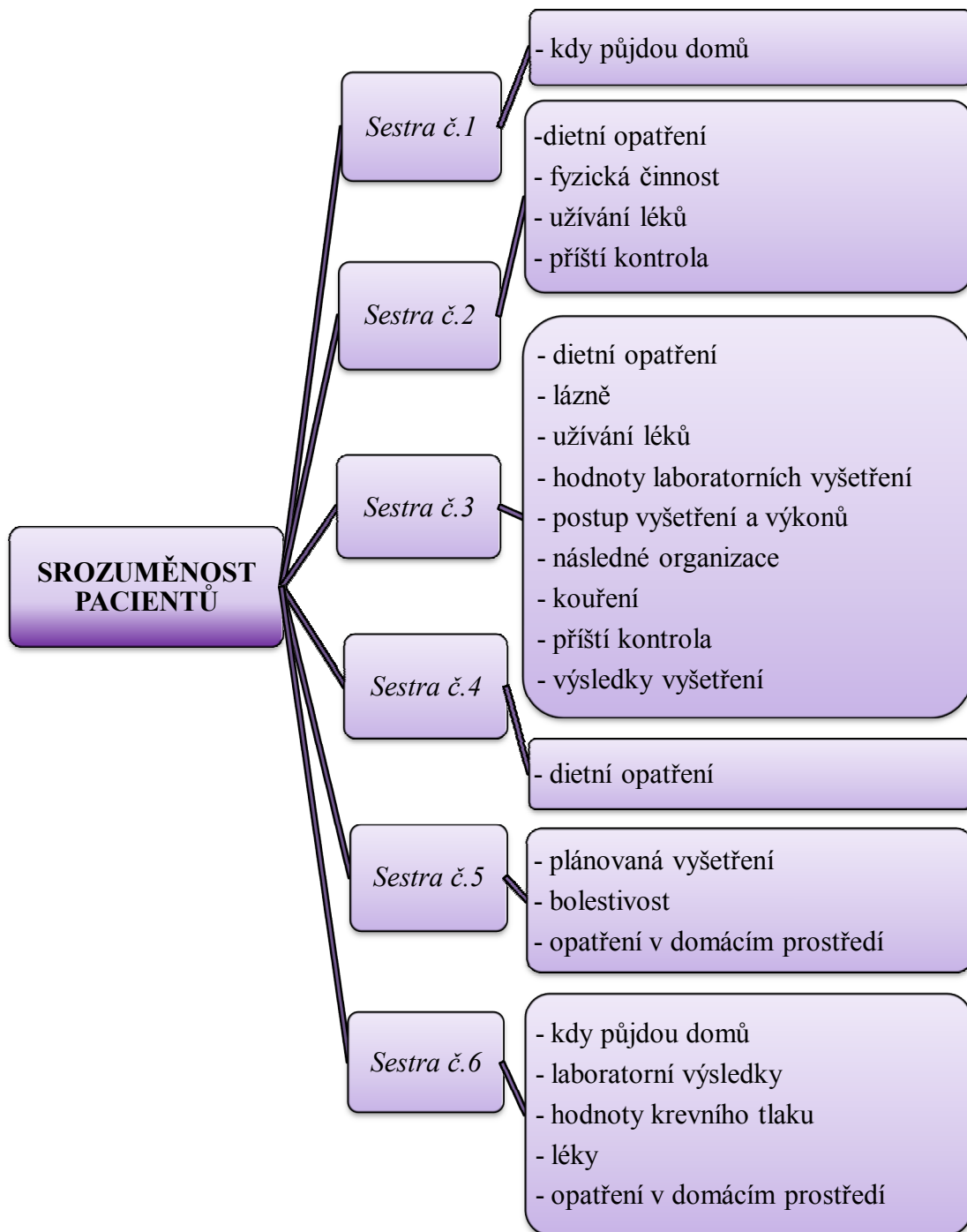
#### Myšlenková mapa 2B): Způsob předávání informací



Myšlenková mapa 2b) je zaměřena na způsob, jakým sestry předávají informace svým pacientům. S1 je toho názoru, že většinu informací sděluje lékař. Dodává, že se

nejčastěji jedná o ústní formu. S2 uvádí, že pacienty informuje ústně. Při své práci klade důraz na zpětnou vazbu. „Někdy se mi stane, že i přestože pacienta poučím sebevíc, obsah informací si nepamatuje nebo dokonce ani neví, o čem se předešlých pár minut hovořilo. Někdy se cítím marně. Snažím se vést rozhovor tak, abych se ujistila, že pacient všemu rozumí. Lidem dělá problém zapamatovat si nové informace. Věci neustále opakuju a prověřuju je zpětnou vazbou. Párkrát už se mi stalo, že mi pacienti všechno odkývali a prakticky ničemu nerozuměli, bohužel se na to přijde až pozdě. Jednou jsem měla i pacienta, který také na všechno kývnul a pořád se usmíval. Byla jsem ráda, že jsme vše rychle vyřešili a při odchodu jsem zjistila, že je téměř neslyšící. Od té doby si dávám větší pozor. Je to ale náročné. Hlavně kvůli času, který nemám.“ S podobnou odpovědí se ztotožňuje i S3. Zároveň k tomu dodává, že k obohacení a doplnění informací využívá edukační materiál. „Pacienti si mohou přečíst různé letáčky nebo brožury, které se nachází volně v čekárně. Myslím si, že k dispozici je velké množství. Ve většině případů pacientům předávám letáčky osobně. Je to praktické, pro obě strany. Ve velké míře pak záleží na pacientech, jak s nimi naloží. Někdo je schová do tašky a zapomene na ně, někdo si je se zájmem přečte v klidu domova. Postoj pacientů k získávání informací je různý. Je to individuální, ale někdy bývám až příjemně překvapena.“ S4 informuje pacienty ústně, pomocí informovaného souhlasu. „Sdělování informací začíná s příchodem pacienta na oddělení. Pacienta seznámím s prostory a chodem oddělení. Pacientům popisuju úkony, které u nich provádím, postup a přípravu na vyšetření, prostě vše co se s pacientem bude dít. Pacient musí být náležitě poučen a seznámen se zákrokem. Při své práci se řídím informovaným souhlasem. Ten nechám pacientům přečíst a poskytnu jim prostor k vyjádření dotazů.“ S tímto postupem souhlasí i S5. „Většinu informací sděluje pacientovi lékař, ten se, ale zaměřuje víc na medicínskou část. Zpozorovala jsem, že pacienti k lékařům mají větší respekt. Během rozhovoru s nimi, se ale ostýchají a bojí zeptat na věci, kterým neporozuměli. Určitě na to má vliv neznámé prostředí, prožívání obav a kvanta informací, kterými jsou pacienti zahlcováni. Na rozdíl od lékaře sestry s pacientem tráví mnohem více času a to je důvod, proč se k nám obracejí s prosbou o radu“ (S6).

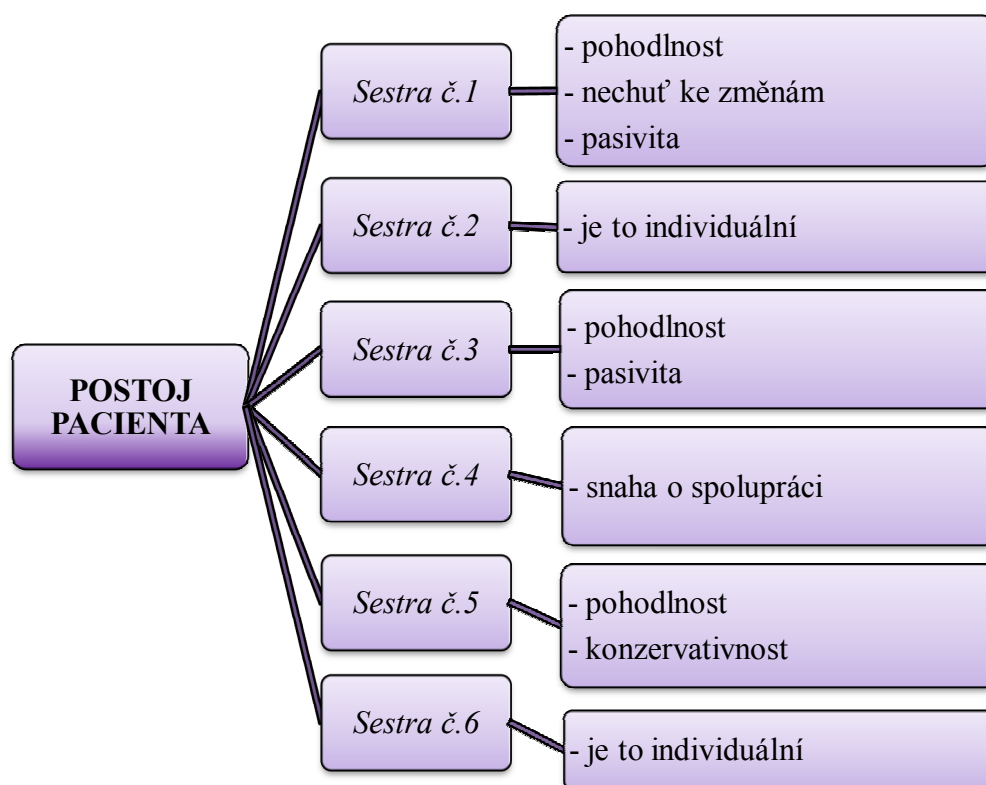
### Myšlenková mapa 3: Nejčastější dotazy pacientů



Myšlenková mapa 3 znázorňuje nejčastější dotazy pacientů směřované ke zdravotnickému personálu. Respondenti odpovídali na otázku: „Na co se nemocní ve vaší péči nejčastěji ptají v rámci sekundární prevence?“ S1: „Je to úsměvné, ale jakmile pacienti pocítí úlevu, jejich otázkou, kterou slyším dnes a denně je: „Sestřičko

nevíte, kdy už půjdu domů? A dostanu sanitu?’ Každý usiluje o to, aby byl co nejdříve doma. Podstata hospitalizace jim uniká. Většinu informací pak nahání od praktického lékaře, na internetu nebo od známých.“ Další dotazy už respondentka nekonkretizovala. S2: „Nejčastější dotazy od pacientů jsou, co mají jíst, jakou fyzickou činnost mohou provozovat, jak užívat léky a kdy se mají dostavit na další kontrolu.“ S3 odpověď na mou otázku podrobně rozvedla: „Někdy za mnou přijdou pacienti, že se na něco chtěli zeptat, ale v tu ránu zapomenou, co to bylo. Ale to jde spíš o starší pacienty. Proto jim třeba důležité informace píšu ještě stranou na kartičku. Třeba datum další kontroly, jak brát léky a podobně. S novými pacienty je mnohem víc práce, většinou mají v hlavě pěkný guláš. Hrne se na ně moc informací a chápu, že chvíli člověku trvá, než si je všechny přebere. Ptají se pak prakticky na všechno. Jenže s plnou čekárnou lidí musí práce odsejpat a tak jim některé informace sdělím ústně a některé jen pomocí letáčků. U stálých pacientů už je to taková klasika, zajímá je hodnota krevního tlaku, výsledky INR, EKG, cholesterolu glykémie, postup vyšetření a výkonů. Pacienti se na mě obrací i o rady a prostředky jak přestat kouřit. Ptají se, jestli mají nárok na lázně a v poslední době se začali zajímat o organizované programy pro kardiaky.“ S4 ve své odpovědi zmiňuje, že se pacienti zajímají převážně o dietní opatření: „Pacienti se nejčastěji ptají, proč musí mít předepsanou dietu a v čem jim to pomůže. Řeší, proč ostatní pacienti jedí tohle a oni nemůžou. Občas se mi stane, že se snaží i smlouvat, aby dostali normální stravu. Důležité je, aby si uvědomili, že to nedělají pro nás, ale pro sebe.“ S5: „Nejčastěji se pacienti zajímají o to, jaká vyšetření musí ještě podstoupit a jestli budou bolestivá. Další dotazy se týkají opatření po propuštění domů. Navazující péči má v rukou kardiolog a obvodní lékař, ty pacientovi poskytnou detailnější informace.“ S6 se ztotožňuje s odpovědí S1. Uvádí: „Největší starostí pacientů je, kdy půjdu domů. Valnou většinu pak zajímá laboratorní výsledky, hodnota krevního tlaku, názvy léků, které užívají a rady ohledně propuštění do domácího prostředí.“

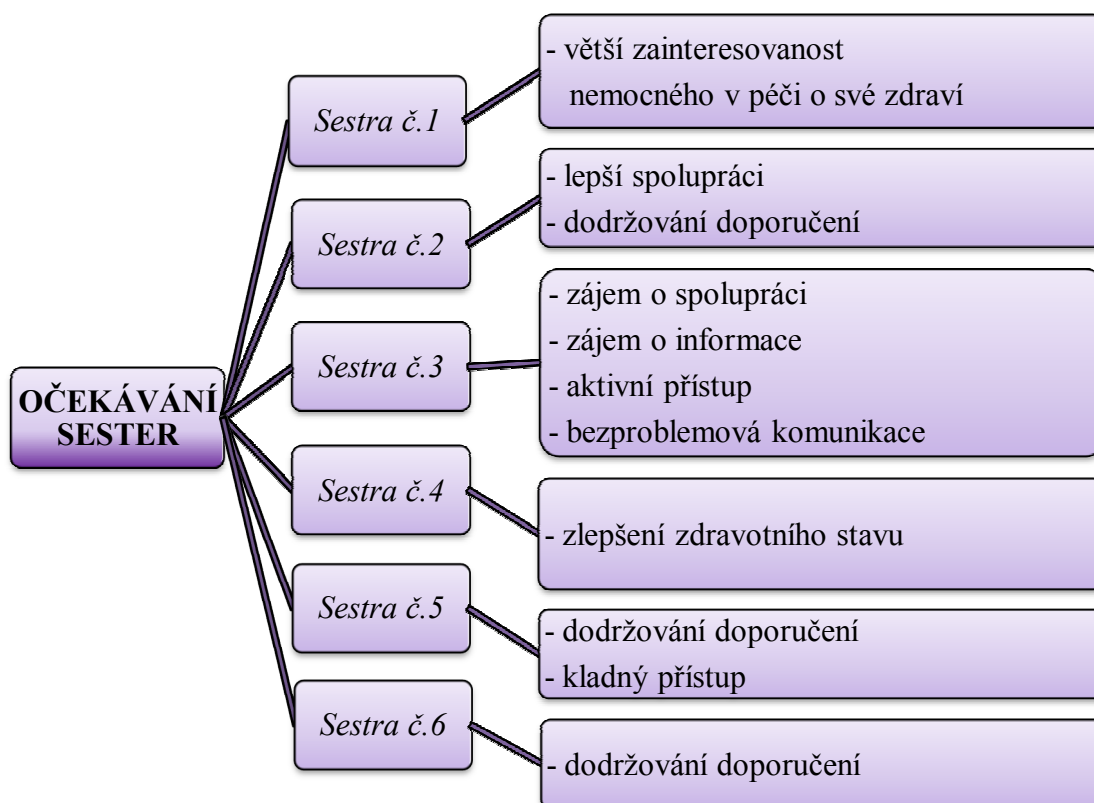
#### Myšlenková mapa 4: Spolupráce pacientů z pohledu sestry



Myšlenková mapa 4 znázorňuje spolupráci pacientů se sestrou, vzájemnou komunikaci a postoj pacientů ohledně dodržování režimových opatření z pohledu sestry. Tři z dotazovaných respondentů si myslí, že hlavní úskalí v dodržování rad a doporučení tkví v pohodlnosti a pasivitě nemocného. S1: „*Postoj pacientů je různý, záleží na konkrétním člověku. Kdybych měla zhodnotit tak ze 2/3 mají pacienti o informace zájem a doporučené rady dodržují. Hlavním cílem a motivací je většinou ukončení hospitalizace a odchod domů. Během hospitalizace zpravidla pacienti spolupracují, ale po vymizení obtíží se vrací do zajetých kolejí.*“ S2 uvedla, že spolupráce s pacientem je individuální. „*Závisí na člověku, na jeho charakteru a postoji ke zdraví. Někdo je ochotný spolupracovat a dodržovat všechna opatření, někdo nikoliv.*“ S3 si myslí, že hlavní překážkou v dosažení změn v životosprávě je slabá vůle, neukázněnost, pasivita a pohodlnost pacientů. „*Pacienti mají zájem o nové poznatky a informace. Edukaci si rádi vyslechnou. Horší je to pak s realizací. Někdy mám pocit, že se snažím zbytečně. Nedávno jsem pacientovi sdělovala hodnoty cholesterolu v krvi a poučovala ho o dietních omezeních. Na to se na mě obrátil se slovy: ,Bůček je bůček, za*

*to mi infarkt stojí.‘ Nemůžu, ale všechny pacienty házet do stejného pytle. Najdou se i světlé výjimky.“ Odlišný názor má S4. „V praxi se setkávám s pacienty, co mají zájem o své zdraví a aktivně se zapojují do léčebného procesu. Zapojení pacientů odpovídá mým představám. Na druhou stranu vždycky je co zlepšovat. Osobně se mi nelíbí, když mě tlačí čas a musím na pacienta chrlit jednu informaci za druhou, aniž by je stačil vstřebat.“ S5: „Očekávám, že alespoň někteří pacienti si vezmou mou edukaci k srdci a budou se jí řídit i doma. Pacienti jsou moc pohodlní, myslí si, že stačí, když budou pravidelně užívat léky. Největší problém je v tom, že nemají chuť ke změnám.“ Dle S6 je spolupráce pacienta a jeho postoj k dodržování režimových opatření individuální. „U pacientů, kteří jsou u nás hospitalizováni podruhé nebo potřetí je spolupráce lepší než u pacientů, kteří jsou tu poprvé. Každý pacient je jiný, má jinou povahu a reaguje jinak. S někým je spolupráce snazší, s někým horší. Je to o přístupu.“*

#### **Myšlenková mapa 5: Očekávání sestry od pacienta v oblasti sekundární prevence**



Myšlenková mapa 5 prezentuje očekávání sester od pacientů během jejich spolupráce v oblasti sekundární prevence. Jedna z otázek v rozhovoru, na kterou

respondenti odpovídali, zněla: *„Jaké očekávání máte vy jako sestra od pacienta při poskytování sekundární prevence?“* Tři respondenti by uvítali větší zájem pacientů o informace. Další tři respondenti se shodli na přání většího úsilí ze stran pacientů v oblasti dodržování doporučení. S1: *„Očekávám kladný přístup, a větší zainteresovanost pacientů v péči o své zdraví, bohužel se v praxi setkávám spíše s pasivním přístupem.“* S2 odpověděla: *„Určitě bych si přála lepší spolupráci, ale musí to být oboustranné. Obě strany přece usilují o totéž. To by si měli neukáznění pacienti uvědomit. Pokud nebudou dodržovat režimová opatření, tak se můžeme donekonečna snažit jak chceme a stejně naše úsilí přijde vniveč.“* S3 je obdobného názoru: *„Očekávám zájem o spolupráci, o informace, aktivní přístup a bezproblémovou komunikaci.“* S4 uvedla: *„Stejně tak jako hospitalizovaní pacienti i já doufám a očekávám zlepšení jejich zdravotního stavu.“* Následující respondentka poukazuje na přístup pacientů slovy: *„Očekávám, že alespoň někteří pacienti vezmou mou edukaci na vědomí a budou se mými radami řídit i doma“* (S5). S6 odpověděla: *„Očekávám, že pacienti budou dodržovat doporučené rady a opatření i po propuštění z nemocnice. Často se setkávám s lidmi, kteří až po infarktu přestávají pít alkohol, kouřit, omezují se v konzumaci tučných jídel a podobně. Pozdě, ale přece. Některým to vydrží, ale jen chvíli, když jim otrne, vrací se k předešlému životnímu stylu a do zaběhnutých kolejí.“*



## 5 DISKUSE

Pojem prevence (z latinského *praevenire* – předcházet něčemu) představuje v širším smyslu soubor opatření proti samotnému vzniku a rozvoji onemocnění i přidružených komplikací, dalšímu zhoršování projevů nebo rekurenci choroby (35). Právě prevence všechna tato rizika významně snižuje. Lidé si dnes konečně začínají uvědomovat, že zdraví není samozřejmost, ale že je třeba o něj pečovat a chránit ho.

Onemocnění srdce a cév je onemocněním, které je v dnešní době aktuální. Dosud se o tuto problematiku zajímalo mnoho odborníků (Špinar, 2007; Kolář, 2009). Důvodem, proč se o dané téma zajímá tolik specialistů a studentů zdravotnických oborů je několik, je to dáno například zvyšující se incidencí nemoci nebo četností úmrtnosti spojené s touto chorobou. V popředí zájmu stojí i komplikace a deficity, které v souvislosti s onemocněním vyvstávají.

Tato bakalářská práce zaměřuje svou pozornost na sekundární prevenci, při níž se nejen pacienti, ale i zdravotnický personál, nejbližší a rodina snaží, respektive, měli by se snažit, zabránit opětovnému propuknutí či progresi onemocnění, které již někdy v minulosti proběhlo. Bakalářská práce míří svou pozornost především na spolupráci mezi sestrou a pacientem.

Cíle práce vycházejí ze současného stavu v reálné praxi, protože i přes všechna poučení a rady odborníků, řada pacientů důležité zásady nedodrží a ohrožuje tak své zdraví i život. V rámci mezinárodní studie, která se svým rozsahem řadí mezi jedny z největších (účast 22 států), bylo v souboru všech 8966 vyšetřovaných jedinců identifikováno 17 % kuřáků, 35 % obézních a více než polovina s neléčenou hypertenzí. Kromě toho, 51 % pacientů mělo zvýšený cholesterol a 25 % trpělo cukrovkou (36).

Na začátku práce jsme si stanovili celkem čtyři dílčí cíle. Prvním cílem bylo zmapovat úlohu sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. Druhým cílem bylo zmapovat spolupráci ve vztahu sestra-pacient v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Třetím cílem bylo zjistit očekávání pacientů od sester v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení. Čtvrtým a zároveň posledním cílem bylo zjistit očekávání pacientů od sester v oblasti sekundární prevence v ambulantní péči.

K položeným dílčím cílům se vztahují následující výzkumné otázky:

1. Jsou pacienti srozumění s komplikacemi, které mohou nastat při nedodržování preventivních opatření?
2. Jaký je postoj pacientů k získávání informací v oblasti preventivních opatření?
3. Jaká je úloha sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním?
4. Jak spolupracují sestry a pacienti v rámci sekundární prevence v kardiologii?
5. Jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení od sester?
6. Jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence v ambulantní péči od sester?

Na základě podrobného rozboru polostrukturovaných rozhovorů si lze na předešlé výzkumné otázky odpovědět, shrnout je, diskutovat o nich a vyvodit několik závěrů:

1. Pacienti jsou s komplikacemi, které mohou nastat při nedodržování preventivních opatření, srozumění dobře a zcela adekvátně tomu, aby si dané riziko uvědomovali.

Pacienti mají právo vědět veškeré informace o svém zdravotním stavu, možných terapeutických metodách a následné péči. Toto právo ustanovuje zákon č. 20/1966 Sb., zákon o péči a zdraví lidu a dále jej zajišťuje též Úmluva o lidských právech a Biomedicině. Všichni pacienti by proto měli být se svými právy seznámeni lékařem nebo sestrou, a měli by být řádně informováni o sekundární prevenci (38).

Jak je tomu s poskytováním informací v praxi? Jednou z oblastí, na kterou jsme se zaměřili během našeho šetření byla i oblast edukace. Bylo zjištěno, že pacientům je poskytováno velké množství informací. Ve velké části případů respondentů s kardiovaskulárním onemocněním je povědomí o problematice velmi dobré. Pacienti jsou v dostatečné míře informováni jak o režimových opatřeních tak i komplikovaných stavech, které mohou nastat při nedodržování rad a doporučení.

Jak jsou pacienti obeznámeni, o komplikacích, které mohou nastat nás informuje myšlenková mapa 2 b). Při rozhovorech na otázku: „Víte, jaké komplikace mohou nastat při nedodržování preventivních opatření?“ Lidé nejčastěji reagovali: „Smrt“.

Není to zcela adekvátní odpověď hodná poučeného pacienta, který by měl znát svá rizika, protože smrt nastává z nějaké příčiny a obvykle jí u srdečních chorob předcházejí různé průvodní signály typu vysoký cholesterol, vysoký krevní tlak, trombóza, a podobně, o nichž by měli pacienti vědět. Avšak nedá se říci, že by tato odpověď byla zcela špatná, naopak, bohužel je velmi často i pravdivá. V praxi bývá při kardiovaskulárním onemocněním důvodem smrti ve většině případů infarkt myokardu.

Se znalostí komplikací souvisí i vědomosti ohledně režimových opatření. Myšlenková mapa 2 a) nám znázorňuje úroveň vědomostí u klientů s kardiologickým onemocněním týkajících se režimových opatření. Nejčastěji zmiňovanou oblastí se stala dietní opatření. Právě dodržování diety, dělá problém většině respondentů. To je zřejmé z většiny odpovědí. R4: *„Vím, že s dodržováním diety je to hlavně o pevné vůli a tu já nemám.“* R6: *„Když mám na něco chuť, tak to prostě neřeším. Kdyby se člověk měl omezovat ve všem, tak z toho života nic nemá.“*

Mnozí nemocní musejí od základu změnit svůj jídelníček a změnit své stravovací návyky. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že povědomí o problematice je velmi dobré, avšak problém je spíše v nedisciplinovanosti nemocných. Zda za to může lenost, vzdor či laxnost je diskutabilní, pravdou je, že všichni pacienti ve vyšetřovaném souboru byli dostatečně poučeni. Zacharová ve své publikaci uvádí, že postoj nemocných k nemoci je různý, záleží na osobnosti jedince a na situaci, ve které se právě nachází. Nemoc vyžaduje určitou míru adaptace a nemocný člověk musí přijmout některá omezení, která značně působí na jeho psychický stav (24).

Většina sester je toho názoru, že úskalí v nedodržování doporučených rad tkví v pohodlnosti a pasivitě nemocného. Zároveň se, ale shodují, že spolupráce s pacienty je individuální. *„Závisí na člověku, na jeho charakteru a postoji ke zdraví. Někdo je ochotný spolupracovat a dodržovat všechna opatření, někdo nikoliv“ (S2).*

Myslím si, že řešením, které by mohlo ovlivnit postoj nemocných k léčbě, spočívá ve změně přístupu sester k nemocným. Především v oblasti komunikace a edukace. Sestry by se měly víc snažit vtáhnout pacienta do léčby, získat ho ke spolupráci, motivovat ho a umět jej pochválit. Právě motivace je hybnou silou téměř veškerého lidského jednání. V oblasti edukace, by sestry neměly zapomínat na existenci různých spolků a klubů, které sdružují nemocné s onemocněním srdce a cév. Do

budoucná by bylo dobré podpořit vznik podobných organizací, tak aby byly dostupné pro všechny nemocné.

Bártlová ve své knize vymezuje zdraví jako: *„jev, který se vztahuje nikoliv na samotně existující individuum, nýbrž na individuum neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím. Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. Zdraví lidí je podmíněno tím, do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních i v celé společnosti (37) (Bártlová, 2005, s. 21).“*

V současné době se v moderních zdravotnických zařízeních rozšiřuje koncepce multidisciplinární spolupráce, a to v podobě týmu několika specialistů různých oborů. Informace tak poskytuje nejen ošetřující lékař nebo sestra, ale například též fyzioterapeut, nutriční terapeut, a podobně. Společnou cestou mohou odborníci lépe zhodnotit zdravotní i psychický stav pacienta a posoudit, zda bude podané informace vnímat, zda je pochopí a správně jim porozumí, eventuálně, jakým alternativním způsobem by mohly být vhodněji předány (39).

2. Postoj pacientů k získávání informací v oblasti preventivních opatření je různý, někteří pacienti jsou až na drobné výhrady s edukací spokojeni a v problematice se orientují dobře, jiní kvůli množství nových informací nikoliv.

Pracovní skupina doktorky Horanské v rámci svého výzkumu prevence kardiovaskulárního onemocnění a ischemické choroby srdeční vyšetřovala, zda sestry poskytují svým pacientům dostatek relevantních a srozumitelných informací o prevenci tohoto onemocnění a jak pacienti edukaci vnímají. Zjistili, že téměř polovina slovenských respondentů navrhuje zaměřit pozornost sester především na prevenci a změnu životního stylu, zatímco srovnatelné množství respondentů z České republiky by preferovalo spíše informace o léčbě onemocnění (40).

Při našem průzkumu byly mimo jiné dotazy zaměřeny také na konkrétní informace a fakta, které sestry pacientům někdy i jejich rodinám poskytují. Ukázalo se, že většinu informací sděluje ošetřující lékař. Ten se však až na výjimky zaměřuje na zdravotní stav nemocného, medikaci, terapeutické možnosti a léčbu aktuálních potíží. Řeší tedy současný stav, zatímco sestry se soustředí na budoucnost, což působí na pacienta pozitivněji a pozitivní myšlení je v prognóze pacienta neocenitelné. Je pravdou, že sestry tráví s nemocným mnohem více času než lékař. *„Kromě*

*profesionálních schopností poskytuje nemocnému a jeho blízkým porozumění a oporu a snaží se pečovat o jejich emocionální stav (24) (Zacharová, 2007, s. 161).“*

Bylo zjištěno, že pokud pacienti něčemu neporozumí, ostýchají se zeptat lékaře a mnohem častěji oslovují právě sestru. To vyplívá i z odpovědi S6: *„Zpozorovala jsem, že pacienti k lékařům mají větší respekt. Během rozhovoru s nimi, se ale ostýchají a bojí zeptat na věci, kterým neporozuměli. Na rozdíl od lékaře sestry s pacientem tráví mnohem více času a to je důvod, proč se k nám obracejí s prosbou o radu.“*

S edukací souvisí i zpětná vazba. Pro účely edukace je nezbytné používání zpětné vazby a její aplikace do praxe je nepochybně důležitá. Sestry se s tímto názorem ztotožňují, to je patrné i z daného výroku S2, která uvedla: *„Někdy se mi stane, že i přestože pacienta poučím sebevíc, obsah informací si nepamatuje nebo dokonce ani neví, o čem se předešlých pár minut hovořilo. Někdy se cítím marně. Snažím se vést rozhovor tak, abych se ujistila, že pacient všemu rozumí. Lidem dělá problém zapamatovat si nové informace. Věci neustále opakují a prověřuju je zpětnou vazbou.“*

Svůj výklad sestry orientují z největší části na úpravu životosprávy. Předávané informace jsou většinou totožné. Závisí na druhu onemocnění a na individuálních potřebách nemocného. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry zdůrazňují zdravý životní styl, jakým jsou zásady zdravého stravování eventuálně vhodná dietní opatření, tělesný pohyb, nekuřáctví a vyvarování se stresu.

Dále bylo zjištěno, že sestry předávají informace ústně, někdy pacientům darují leták nebo brožuru, které mají k dispozici. Způsob předávání informací prezentuje myšlenková mapa 2 b). Bylo zjištěno, že kromě obohacení na výkladu pomocí edukačního materiálu, sestry v praxi využívají i způsob předávání informací ve formě informovaného souhlasu. Sestry dávají pacientům informované souhlasy do rukou, k přečtení a podpisu. Kozierová ve své publikaci uvádí, že se jedná o zcela nevhodný postup (44).

Informovanost je nesmírně důležitá. Špinar je toho názoru, že důkladné poučení a informovanost pacientů je nejlepší formou léčby (6).

Svou pozornost sestry upínají také na další zásady a doporučení, které jsou přehledně shrnuty v myšlenkové mapě 2 a): *„Poskytované informace a doporučení sestrami“*.

Vzhledem k tomu, že v prostředí domova není žádný dohled a vštěpování zásad je méně intenzivní, pacienti pomalu zapomínají a přestávají se řídit některými radami odborníků. Jinými slovy, myslí si, že je vše v pořádku a přestanou na prevenci dbát.

„*Během hospitalizace zpravidla pacienti spolupracují, ale po vymizení obtíží se vrací do zajetých kolejí*“ (S1). Proto je nutné, aby edukace byla kvalitní a přesvědčivá, zkrátka, aby pacienta „chytla za srdce“ a obsah sdělení se pro něj stal samozřejmostí.

Informace sdělené jednotlivými pracovníky, kteří jsou do edukace pacienta zapojeni, by se neměly vzájemně vylučovat nebo být protichůdné. Myslím si, že přijatelnější je, pokud se lékaři i další zdravotníci opakují a sdělují to samé. V žádném případě nemarní čas svůj ani pacientův a neplýtvají zbytečně silami, protože opakování je matka moudrosti a vzhledem k tomu, že množství informací, které pacient vyslechne, je značné, není v jeho silách všechny si zapamatovat natož později uvědomit a řídit se podle nich. Toto zjištění lze potvrdit i na základě R2, která konstatovala: „*Bylo to moc informací najednou a spoustu z nich jsem zapomněla.*“

Rozcházejí-li se některá poučení nebo jiné informace mezi jednotlivými zdravotními pracovníky, není to profesionální a v pacientovi takový personál a jeho rady i péče vyvolává nedůvěru. Pacient pak zásady sekundární prevence většinou nedodrжуje a co hůř, není výjimkou, že dotyčný nenavštěvuje pravidelně lékaře a nechodí na pravidelné preventivní prohlídky.

Z toho důvodu personál ve větších zdravotnických komplexech pracuje podle Standardů ošetrovatelské péče zpracovaných na základě nejnovějších poznatků. Díky přesně popsaným instrukcím je poskytovaná péče v nemocnicích a jiných akreditovaných zařízeních jednotná (41).

3. Hlavní úloha sestry v sekundární prevenci kardiovaskulárního onemocnění je především pomáhat pacientům nabývat, udržovat a navracet zdraví a samozřejmě nemocné edukovat o preventivních opatřeních i zdravotních potížích při nedodržování zásad.

Všechny sestry bez výjimky při popisu svých pracovních činností shodně uvedly poskytování informací pacientům a téměř každá zmínila i plnění rutinních povinností v ordinaci. Úloha sestry a činnosti, které sestra vykonává v rámci sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním jsou zaznamenány v myšlenkové mapě č.1. Sestry pomáhají při vstupním vyšetření pacienta, samostatně provádějí některá

měření a analýzy a podílejí se též na stanovení pacientova rizika. Aktivně každého nemocného edukují o základních pilířích zdravého způsobu života, monitorují následné dodržování doporučených opatření a zásad, případně navrhují jejich aktuální modifikaci dle individuálních potřeb každého jedince.

Na první pohled je zřejmé, že sestry mají řadu povinností i mnoho úkolů. Spíše než povolání je práce setry posláním, ale odměnou za těžkou práci je dlouhodobý terapeutický úspěch a zdraví pacienta, což je často právě zásluhou sester (42).

4. Spolupráce sester a pacientů v rámci sekundární prevence v kardiologii spočívá ve vzájemné důvěře, úctě a otevřenosti. Pacienty je hodnocena rozličně (spokojenost, spokojenost s připomínkou, nespokojenost), sestry ji charakterizují jako individuální s častým upozorněním na lenost nemocných.

Na vztahu pacienta a sestry je závislá jejich vzájemná spolupráce, která se dle poznatků současného světového výzkumu významně podílí na celkové léčbě nemocného. Je-li uvedený vztah kladný, založený na důvěře, bývá spolupráce většinou dobrá a přináší „své ovoce“. V opačném případě, bez úcty a respektu, jakákoliv spolupráce vážne a cesta k uspokojivému zdravotnímu stavu pacienta bez dalších komplikací je trnitá.

Profesionální povinnosti dané zákonem, a to jsou práva jedinců na soukromí, důvěrnost, sebeurčení a autonomii, sestra musí plnit. Vedle toho existuje řada nepsaných pravidel, která by měla sestra dle vlastního uvážení a svědomí dodržovat, jako například ctít jedinečnost každého pacienta bez ohledu na jeho původ, stáří, zdravotní stav, sociální statut, náboženství, politické vyznání, a podobně.

Stěžejním předpokladem efektivní spolupráce mezi sestrou a pacientem je vzájemná komunikace. Slova ale musí sestra volit uváženě a cíleně, protože s jejich pomocí sice pacienty edukuje, motivuje a povzbuzuje, ale naopak nevhodně vybraná slova mohou vést ke ztrátě motivace, k nedodržování správné životosprávy i dalších preventivních opatření, pesimistické náladě, beznaději a duševní nepohodě. To vše zhoršuje psychický stav dotyčného, což je v tomto případě jen předstupeň velmi brzkého špatného zdravotního stavu i budoucí prognózy. Sestra si musí uvědomovat, že na zraňující slova pacient pravděpodobně nikdy nezapomene (43).

Sestra v ambulanci zná konkrétní pacienty, ale měla by spolupracovat také s jejich rodinami. To je nesmírně důležité, neboť si může získat důvěru i dalších

rodinných příslušníků a ti mohou významně pomoci například v motivaci nemocného člena, protože i přes dostatečné množství informací o zásadách sekundární prevence, se jimi řada pacientů neřídí.

5. Očekávání pacientů v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení se týká především charakteru sestry, jejích povahových rysů a vlastností, konkrétněji komunikativnost, vstřícnost a ochotu.

Z odpovědí je zřejmé, že kvalitní sestra by měla být nejen profesionálem, ale současně zůstat též člověkem. Chovat k pacientovi úctu, respektovat jeho potřeby a snažit se pochopit jeho jednání. Lidský přístup totiž dokáže častokrát nemocné podpořit ze všeho nejvíce a mnohým jedincům napomáhá získat k takové sestře důvěru. I Špinar zdůrazňuje, že lidský kontakt, porozumění a pochopení jsou důležitou součástí v léčbě pacienta (6). Sestra by měla mít i jistou dávku empatie a umět se vžít do pocitu nemocného člověka, protože vážné onemocnění bývá příčinou nejen řady fyzických změn, ale také změn v pacientově myšlení i chování, a to od menších výkyvů nálad a občasných pocitů úzkosti, přes přehodnocení žebříčku životních hodnot, postupných změn osobnostních rysů, až po hluboké deprese, agresivní chování a nenávisť.

Zkušená sestra by proto měla umět pacienta psychicky podpořit, vnést do jeho života naději a pozitivitu, protože psychický i fyzický stav jsou propojené nádoby a psychická nepohoda zhoršuje pacientův stav (43).

6. Očekávání pacientů v oblasti sekundární prevence v ambulanci jsou více méně stejná, jako u pacientů na lůžkovém oddělení.

Mohlo by se zdát, že ambulantní pacienti nebudou mít od sester na ambulanci taková očekávání, jako pacienti hospitalizovaní na lůžkovém oddělení, neboť ambulantní nemocní se po návštěvě lékaře vrací domů, kde jsou zvyklí a mohou se opět vidět se svou rodinou či blízkými, jít kdykoliv ven a dělat více méně „co chtějí“. Zatímco hospitalizovaní pacienti musí ležet na lůžku v nemocničním zařízení, nemají blízké kolem sebe ani domácí komfort a pohodu. Vzhledem k tomu, že jsou v celodenním kontaktu se sestrami na oddělení, dalo by se předpokládat, že by měli logicky mít více požadavků na informace o onemocnění a prevenci, ovšem není tomu tak. Horanská a kol. zjistili (40), že slovenští respondenti z ambulance byli překvapivě informováni více, než pacienti hospitalizovaní.



Je milé zjištění, že si většina respondentů péči ošetřujícího personálu chválí a jsou s ní spokojeni. V rozhovorech z řad pacientů v ambulantní péči, můžeme shlédnout, ale i záporné odpovědi, konkrétně nespokojenost s řízením a organizací ambulance. To vyplývá z odpovědi R1, která konstatovala: „*Jediné, co mi vadí je, že sestry nedodržují pořadí pacientů. Téměř vždy když jsem objednaná na určitý čas, tak mně vezmou až s hodinovým zpožděním.*“ Tento fakt, lze potvrdit i další výpovědi respondentky. „*V čekárně bylo hodně lidí a sestřička nevěděla, kde jí hlava stojí*“ (R2). Řešením je systém objednávání, který bohužel v praxi nefunguje přesně, tak jak by měl.

Vhodným řešením, jak pacientům ulehčit a zkrátit prožitý čas v čekárně, je vytvořit příjemně působící prostředí. Čistá, esteticky vypadající čekárna ovlivňuje prožitky nemocného. S tím souhlasí i Zacharová, je toho názoru, že by prostředí čekárny mělo být vybaveno vhodnou formou latáků, brožur a osvětovou literaturou. Tvrdí, že vhodné prostředí sníží negativní prožitky a napětí nemocného. Zacharová dále ve své publikaci uvádí, že nejdůležitější roli sehrává sestra, která by k pacientům měla být milá, vlídná, zdvořilá a která by měla umět správně jednat s lidmi (24).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že i přestože sestry mají nedostatek času a nemohou zajistit vždy 100% péči, přistupují k pacientům individuálně a snaží se jim co nejvíce ulevit od jejich potíží a uspokojit všechny potřeby.

Pacienti podotýkají na nedostatek času. „*Uvítala bych, kdyby sestřičky měli více času na pacienty, ale je to pouze můj názor. Myslím, že kdyby zaměstnali víc personálu, tak by péče byla úplně o něčem jiném. Kdybych to měla rozvést dál, tak očekávám profesionální přístup, taktnost a dobrou spolupráci. Hlavní je, aby sestra dělala svou práci s láskou a měla zájem o pacienty*“ (R2). S touto odpovědí se nám nabízí návrh i možné řešení, jak získat větší prostor a čas sester na pacienty.

Rozdílná očekávání mají sestry, které od pacientů očekávají kladný a aktivní přístup, zainteresovanost, zájem o informace a spolupráci. Z výzkumného šetření vyplynulo, že zlepšení zdravotního stavu nemocného a jeho dlouhodobé zdraví je přáním všech, jak sester tak pacientů. Toto tvrzení potvrzuje i výpověď S4: „*Stejně tak jako hospitalizovaní pacienti i já doufám a očekávám zlepšení jejich zdravotního stavu.*“ Podobného názoru je i Špinar, který ve své publikaci uvádí: „*Přáním každého z nás je dožít se co nejvyššího věku, pokud možno bez větších zdravotních potíží.*“ (6) (Špinar, Vítovec, 2007, s. 12).

## 6 ZÁVĚR

Důležitou a nedílnou součástí léčebné péče je ošetřovatelství se svou vlastní koncepcí a vědeckou základnou. Nezastupitelnou úlohu v něm mají lékaři, sestry i pracovníci všech nelékařských oborů a vyšetřovacích složek nemocnice, kteří společně ovlivňují kvalitu poskytované péče. Hlavním principem ošetřovatelství je člověk – pacient se svými potřebami na jedné straně, na straně druhé pak sestra, jejímž úkolem je identifikovat problémy nemocného, stanovit jejich závažnost a najít nejvhodnější řešení. Sestra se musí zaměřit nikoliv nejen na výkon, ale na člověka a jeho individualitu.

Předmětem práce bylo zmapovat spolupráci mezi sestrou a pacientem s kardiovaskulárním onemocněním v rámci poskytované sekundární prevence. Součástí námi stanovených cílů, bylo i zmapovat úlohu sestry v sekundární prevenci a zjistit jaká očekávání pacienti mají od sester v oblasti sekundární prevence na standardním oddělení a v ambulantní péči. Na začátku práce bylo sestaveno šest výzkumných otázek, na které jsme během výzkumného šetření získali relevantní odpovědi.

První výzkumná otázka se zabývala zjištěním, do jaké míry jsou pacienti srozuměni s komplikacemi, které mohou nastat při nedodržování preventivních opatření. Díky informacím od lékařů, ale i sester, jsou pacienti schopni porozumět svému onemocnění. K předání informací sestry využívají letáčky, které pak pacientům ještě ústně doplní. Z rozhovorů s pacienty se podařilo zjistit, že jsou dostatečně poučeni a informace, které k nim proudí, jsou pro ně po obsahové stránce vyhovující. Problém tedy není v neinformovanosti, ale ve velké míře tkví v nedisciplinovanosti v dodržování režimových opatření, pasivitě, v nedostatečné motivaci pacienta nebo nechuti ke změnám. Toto tvrzení je však diskutabilní. Edukaci sestry berou jako jednu z významných úloh. Zároveň ale přiznávají fakt, že poskytování informací je denním chlebem jejich práce a předávání rad a doporučení se pro ně stalo rutinní záležitostí. I přes to sestry nezapomínají na zpětnou vazbu.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na postoj pacientů k získávání informací v oblasti preventivních opatření. Nemůžeme čekat, že postoj a zájem o nové informace bude u všech pacientů stejný. V odpovědích respondentů nacházíme vesměs kladný přístup. Podle sester si pacienti edukaci rádi vyslechnou, ale zásady sekundární prevence pak většinou nedodržují. Pacienti jsou s edukací spokojeni a v problematice se

orientují dobře, jiní kvůli množství nových informací nikoliv. Množství informací, které si pacient vyslechne, je značné a není v jeho silách všechny si zapamatovat, natož později uvědomit a řídit se podle nich. Ukázalo se, že pacienti v prostředí domova pomalu zapomínají a přestávají se řídit některými radami odborníků. Intenzivněji prožívají pobyt v nemocnici, kde jsou pod neustálou kontrolou zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelská péče a pomoc sester jim lépe umožní zvládat jejich problémy a dodržovat daná doporučení.

Třetí výzkumná otázka se zabývala úlohou sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. Na základě rozhovorů se sestrami vyplynulo, že mají řadu povinností a úkolů. Spíše než povolání je práce sestry poslání.

Čtvrtá výzkumná otázka měla ozřejmit, jak spolupracují sestry a pacienti v rámci sekundární prevence v kardiologii. Efektivní spolupráce sester a pacientů nepochybně souvisí s jejich vzájemnou důvěrou, úctou a otevřeností. Pacienti spolupráci hodnotili rozličně. Nejčastěji poukazovali na problémy v komunikaci nebo chování sester. Přáli by si více prostoru, k vyjádření svých pocitů a obav.

Pátá výzkumná otázka se zabývala zjištěním, jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence na lůžkovém oddělení od sester. Šestá a zároveň poslední výzkumná otázka se zabývala otázkou, jaká očekávání mají pacienti v oblasti sekundární prevence v ambulantní péči od sester. Bylo zjištěno, že hlavním přáním obou skupin respondentů je zlepšení zdravotního stavu. Sestry očekávají především aktivní přístup pacientů, zájem o informace a spolupráci. Obdobná očekávání mají i pacienti. Kromě většího zájmu a více času na předání informací se nejčastěji zmiňovanou oblastí staly vlastnosti a představy o ideální sestře.

V předkládané práci byly splněny všechny stanovené cíle, podařilo se provést výzkumné rozhovory s pacienty i se sestrami a získat podrobné odpovědi, které byly analyzovány a komparovány s obdobnými tuzemskými i zahraničními studiemi. Práce tak přispívá k osvětlení úlohy sester v sekundární prevenci u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Informace získané z výzkumu poskytují názory pacientů a sester na vzájemnou spolupráci a její problematiku. Na základě výzkumného šetření, jsme vytvořili myšlenkovou mapu, která shrnuje rady a doporučení, na které by pacient s onemocněním srdce a cév neměl zapomínat (viz. Příloha 10).

## 7 PŘEHLED POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. SOVOVÁ, E, ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. 156 s. ISBN 978-80-247-1009-9.
2. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
3. PEICHL, P. Poruchy srdečního rytmu – Arytmie. *Zdravotnické noviny* [online] 2010 [cit. 2012-11-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/poru-chy-sr-decni-ho-rytmu-arytmi-e-449455>.
4. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Čtvrté, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-726-2604-5.
5. ŠMÍDOVÁ, J. Ateroskleróza jako následek špatného životního stylu. *Zdravotnické noviny* [online] 2011 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/aterosklerozajako-nasledek-spatneho-zivotniho-stylu-462715>.
6. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 254 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
7. Historie nemocného srdce. *KardioChirurgie.cz* [online] 2013 [cit. 2012-11-05]. Dostupné z: <http://www.kardiochirurgie.cz/novinky/historie-nemocneho-srdce-207>.
8. NAVRÁTIL, L. a kolektiv. *Vnitřní lékařství - Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
9. BUSTA, F. Primární a sekundární prevence kardiovaskulárních chorob v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Zdravotnické noviny* [online] 2001 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/primarni-a-sekundarni-prevence-kardiovaskularnich-chorob-v-ordin-141198>.

10. PLEVOVÁ, I. a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
11. *Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámec komunikace* [online] 2005. [cit.2012-11-5]. Dostupné z: <http://www.optimahealth.cz/novinky.php?id=5526733868216111369>
12. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
13. ČÍFKOVÁ, R. a kolektiv. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Společné doporučení českých odborných společností. *Nadační fond Naděje pro Vaše srdce* [online] 2005 [cit. 2012-11-05]. Dostupné z: <http://www.vasesrdce.cz/kardiovaskularni-rizika/prevence-kardiovaskularnich-onemocneni-v-dospelem-veku#kat8>.
14. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora - praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
15. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006, 211 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
16. VOJTÁŠKOVÁ, A., PALUZGOVÁ, R. Diabetes mellitus s mnohočetnými komplikacemi. *Sestra* [online] 2010 [cit. 2012-11-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/diabetes-mellitus-s-mnohocetnymi-komplikacemi-454256>.
17. ROSLOVÁ, H., PETRLOVÁ, B. Kouření jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění - možnosti terapie. *Postgraduální medicína* [online] 2007 [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/koureni-jako-rizikovy-faktor-kardiovaskularnich-onemocneni-mozno-300327>.
18. RUCKI, Š., VÍT, P. *Kardiologické minimum pro praktické dětské lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. 140 s. ISBN 978-80-247-1120-1.

19. ZDEŇKOVÁ-KROUŽKOVÁ, P. Civilizační choroby a výživa. *Sestra* [online] 2009 [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/civilizacni-choroby-a-vyziva-448161>.
20. SOVOVÁ, E., LUKL, J. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 117 s. ISBN 978-80-247-1166-9.
21. DeFELICE, E. *Prevention of Cardiovascular Disease: Atherosclerosis, Carotid Artery Disease, Cerebral Artery Disease/Stroke, Coronary Artery Disease, Peripheral Artery Disease and Hypertension*. iUniverse, Inc., 2005. 154 p. ISBN 978-0595368846.
22. MOROVICSOVÁ, E. Nemoc v prožívání člověka. *Sestra*. Praha 2006, č.4, s.13-14. ISSN 12-10-04-04.
23. LICHNOVSKÝ, J. *Současná léčba diabetu* [online] 2013 [cit. 2013-13-02]. Dostupné z: <http://www.lich.cz/diabetes-mellitus/soucasna-lecba-diabetu/>.
24. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4.
25. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
26. JAKŠOVÁ, M., BĚLOHLÁVEK, J. Novinky v ošetrovatelské péči o pacienty s akutními koronárními syndromy. *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 2, s. 27 – 28. ISSN 1210-0404.
27. Vyhláška č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Sbírka zákonů ČR*. Částka 139. Roč. 2004.
28. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů MZ ČR*, č. 30, 2004. S. 1452-1479.
29. *Věstník Ministerstva životního prostředí: Kardiovaskulární péče v ČR*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009, 16 s.

30. ČERNÝ, J., HRADEC, J., ROZTOČIL, K. Národní kardiovaskulární program. *Česká kardiologická společnost, o. s.* [online] 2000 [cit. 2013-02-24]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>.
31. SCHNEIDEROVÁ, P. Ambulantní péče o pacienty po transplantaci srdce z pohledu sestry. *Česká kardiologická společnost, o. s.* [online] 2012 [cit. 2013-02-24]. Dostupné z: [http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/391\\_AmbTransplSrdce.pdf](http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/391_AmbTransplSrdce.pdf).
32. LESO, J. Pracovní skupina Ošetřovatelství v kardiologii. *Sestra* 2006, č. 4. s. 5. ISSN 1210-0404.
33. KLEMSOVÁ, L. Rubrika kardiologických sester: Odborná činnost kardiologických sester na severní Moravě. *Časopis České kardiologické společnosti CoretVasa*. 2009, č. 11-12, s. 831-832. ISSN 0010-8650.
34. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická Etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. 153 s. ISBN 978-80-247-1024-2.
35. Lékařský slovník. Definice výrazu. [online] 2013 [cit. 2013-07-22]. Dostupné z: <http://www.zdrave.cz/slovník>.
36. KOTSEVA, K, WOOD, D, De BACKER, G, De BACQUER, D, PYORALA, K, KEIL, U, EUROASPIRE Study Group. *EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries*. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009. Apr;16(2):121-37.
37. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing a. s., 2005, s.188. ISBN 80-247-1197-4.
38. Úplné znění zákona. 20/1966 Sb., Zákon o péči a zdraví lidu. [online] 2013 [cit. 2013-07-23]. Dostupné z: <http://www.pravnik.cz/plna-zneni/spravni-pravo>.
39. FIŠEROVÁ, L. Informovanost pacientů po infarktu myokardu o sekundární prevenci. Disertační práce. Lékařská fakulta Masarykovy university: Katedra ošetřovatelství. 2012. 80 s.

40. HORANSKÁ, V., KALANIN, P., SIMOČKOVÁ, V. *Úloha ošetrovatelství při prevenci ICHS*. Sestra, 2011. roč. 21, č. 12, s. 55-56. ISSN 1210-0404.
41. Ministerstvo zdravotnictví. Standardy ošetrovatelské péče. [online] 2013 [cit. 2013-07-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/standardy-oseetrovatelske-pece>.
42. VILÁNKOVÁ, A., PRUSÍKOVÁ M., VRABLÉK, M., ČEŠKA, R. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha.
43. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Grada Publishing a.s. 2011. 278 s.
44. KOZIEROVÁ, B. et al *Ošetrovatel'stvo I, 2*. 1. slovenské vyd., Martin: Osvěta, 2004, 836 s. ISBN 8021705280.



## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Kardiovaskulární onemocnění

Sekundární prevence

Obezita

Kouření

Pohybová aktivita

Životní styl

Role sestry

## **9 PŘÍLOHY**

**1 Příloha** - Otázky k rozhovorům s pacienty

**2 Příloha** - Otázky k rozhovorům se sestrami

**3 Příloha** - Hypertenze – souhrn

**4 Příloha** - Ateroskleróza v cévách / progrese aterosklerózy

**5 Příloha** - Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

**6 Příloha** - Hranice normy plazmatických lipidů

**7 Příloha** - Klasifikace tělesné hmotnosti

**8 Příloha** - Potravinová pyramida

**9 Příloha** - Fagerströmův test nikotinové závislosti

**10 Příloha** - Jak pečovat o své srdce

## **Příloha 1 Otázky k rozhovorům s pacienty**

### **Identifikace pacienta**

Kolik Vám je let?

Jaké je Vaše povolání?

Jaká je Vaše lékařská diagnóza?

Jak dlouho se léčíte s kardiologickým onemocněním?

### **Úloha sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním**

Co se Vám vybaví, když se řekne slovo prevence?

Co si představíte pod pojmem sekundární prevence?

Jaká si myslíte, že je náplň práce sestry v péči o kardiologické pacienty na standardním/ambulantním oddělení v rámci sekundární prevence?

Jaká doporučení či informace Vám sestra poskytla v rámci režimových opatření vzhledem k Vašemu onemocnění?

Co podle Vás všechno zahrnují režimová opatření? Jaká z nich dodržujete?

Víte, jaké jsou rizikové faktory mající vliv na kardiovaskulární onemocnění?

Víte, jaké komplikace mohou nastat při nedodržování preventivních opatření?

Jakou formou Vám sestra nejčastěji poskytuje informace?

Jaké zdroje jste využil/a k získání informací o vhodných preventivních opatření při kardiovaskulárním onemocnění?

Ujišťuje se sestra, zda jste porozuměl/a všem informacím?

Víte o nějaké následné péči, či organizacích, které se zabývají sekundární prevencí?

Navštěvujete některé?

Víte o existenci organizace Kardio Klubu Tábor? Jak jste se o spolku dozvěděl/a?

Navštěvujete lázeňská zařízení?

### **Spolupráce mezi sestrou a pacientem v rámci sekundární prevence**

Myslíte si, že jste dostatečně zapojen/a do péče o své zdraví? Kdo Vás zapojil do péče a jakým způsobem?

Chodíte na pravidelné prohlídky ke svému lékaři?

Monitorujete si pravidelně krevní tlak?

Znáte názvy svých léků? Užíváte je pravidelně?

Zajímáte se o zdravý životní styl?

Je podle Vás komunikace mezi Vámi a sestrou dostatečná?

Máte prostor na kladení dotazů?

Jaký je Váš postoj k získávání informací v oblasti režimových opatření?

Jak hodnotíte spolupráci mezi Vámi a sestrou?

Čím je podle Vás ovlivněna spolupráce mezi sestrou a pacientem?

Máte nějaké negativní zkušenosti s poskytovanou péčí?

**Očekávání pacienta od sestry v oblasti sekundární prevence**

Jaká očekávání máte od sester v oblasti sekundární prevence?

Jak vnímáte zájem sester o Vaše zdraví?

Jak vnímáte momentální péči sester v táborské/českobudějovické nemocnici a jste s touto péčí spokojen/a?

Co by jste chtěl/a na péči změnit?

**Zdroj:** Vlastní

## **Příloha 2 Otázky k rozhovorům se sestrami**

### **Identifikace sestry**

Kolik Vám je let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Na jakém oddělení pracujete?

Jaká je délka Vaší praxe v ošetřování pacientů s kardiologickým onemocněním?

Jaká je Vaše celková dosavadní praxe?

### **Úloha sestry v sekundární prevenci u pacienta s kardiovaskulárním onemocněním**

Jaká je náplň Vaší práce na standardním/ambulantním oddělení v rámci sekundární prevence?

Jaká je role sestry v péči o kardiologické pacienty při poskytování sekundární prevence?

Co podle Vás všechno zahrnuje sekundární prevence?

Jaký je podíl Vaší péče na zlepšení zdravotního stavu pacienta?

Jakým způsobem poskytujete informace pacientovi o režimových opatřeních?

Čeho se obecně týkají doporučení a jaké informace předáváte kardiologickým pacientům?

Jak by jste zhodnotila snahu pacientů v získávání nových poznatků a informací?

Na co se nemocní ve Vaší péči nejčastěji ptají v rámci sekundární prevence?

Víte o nějaké následné péči, či organizacích, které se zabývají sekundární prevencí?

Doporučujete je svým pacientům?

### **Spolupráce mezi sestrou a pacientem v rámci sekundární prevence**

Co si myslíte, že je hlavní překážkou v dosažení změn v životosprávě?

Jaká je spolupráce pacientů při léčbě na svém onemocnění?

Jak by jste celkově zhodnotila spolupráci mezi Vámi a pacienty?

Čím je podle Vás ovlivněna spolupráce mezi sestrou a pacientem?

Jak by jste zhodnotila komunikaci mezi Vámi a pacienty?

Jaký je postoj pacientů k získávání informací v oblasti preventivních opatření?

### **Očekávání sestry od pacienta v rámci poskytování sekundární prevence**

Jaká očekávání máte Vy jako sestra od pacienta při poskytování sekundární prevence?

Odpovídá zapojení pacientů ve Vaší péči Vaším představám?

**Zdroj:** Vlastní

### Příloha 3 Hypertenze – souhrn

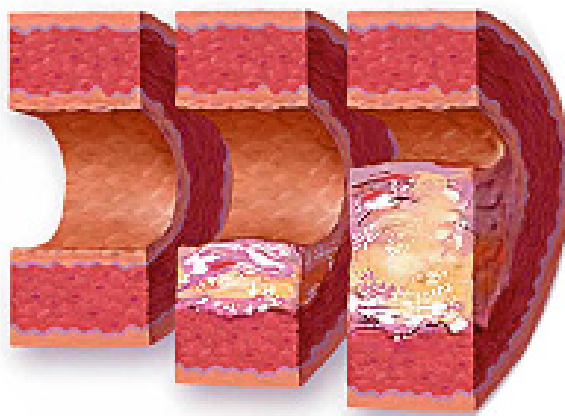
<i>Stupeň</i>	<i>Poškození</i>	<i>Poškozené orgány</i>	<i>Porušené funkce</i>	<i>Klinický obraz</i>
<b>I.</b>	<b>bez orgánových změn</b>	0	0	Většinou probíhá bezpříznakově a zjistí se náhodně. Může se vyskytnout bolest hlavy, únava, palpitační, poruchy koncentrace, paměti, spánku a neurotické obtíže. Objektivní vyšetření je negativní.
<b>II.</b>	<b>orgánové změny bez funkčních poruch</b>	<b>srdce:</b> hypertrofie LK <b>oční pozadí:</b> vinuté arterie, komprese venul, edém papily. <b>ledviny:</b> mírná proteinurie, zvýšený plazmatický kreatinin. <b>cévy:</b> ateroskleróza		Subjektivní příznaky jako v I. stupni, ale objektivně bývá zjištěn: zvedavý úder hrotu, na EKG a při echokardiografii koncentrická hypertrofie (ECHO) a přetížení levé komory srdeční (vzniká levostranné srdeční selhání).
<b>III.</b>	<b>orgánové změny s funkčními poruchami</b>	srdce, oční pozadí, ledviny, CNS	LSS, AP, retinopatie až krvácení do sítnice, insuficience, hypertenzní encefalopatie, CMP	Námahová, později klidová <b>dušnost</b> až asthma cardiale s plicním edémem a <b>dilatace levé komory srdeční</b> (na rtg rozšíření srdečního stínu s klenutou levou komorou a známkami plicního intersticiálního až alveolárního edému) a <b>urychlení aterosklerózy</b> : různé formy ICHS, tranzitorní ischemické ataky (parézy, ataxie, amaurózy, afázie) demence až cévní mozková příhoda (u hypertoniků je riziko CMP 5x vyšší než u normotoniků), nefroskleróza – proteinurie, snížení glomerulární filtrace, erytrocyturie, hyperurikemie až chronická renální insuficience a selhání ledvin (u maligní hypertenze dochází k nekróze arteriol, retinopatii až edému papily).
<b>IV.</b>	<b>orgánové selhání*</b>	dtto	hrozí hypertenzní encefalopatie a kardiální i renální selhání	Je nezbytná hospitalizace na JIP s monitorováním. Jde o urgentní stav.

\*-klidová dušnost až asthma cardiale a plicní edém

#### Zdroj:

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5

#### Příloha 4 Ateroskleróza v cévách / progrese aterosklerózy



#### Zdroj:

<http://www.kompava.sk/sk/odborne-clanky/odborne-info/ateroskleroza.html>

<http://priznakynemoci.com/ateroskleróza>

## Příloha 5 Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Rizikové faktory		
Ovlivnitelné		Neovlivnitelné
Hyperlipidemie (zvýšené hladiny krevních tuků)	Hypertenze (zvýšený krevní tlak)	Věk (muž na 45 let, žena nad 55 let)
Kouření cigaret	Diabetes mellitus (cukrovka)	Pohlaví (muž)
Obezita	Nedostatek fyzické aktivity	Genetické faktory
Stres	Jiné	Osobní anamnéza

### Zdroj:

SOVOVÁ, E. a LUKL, J. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1166-4



## **Příloha 6 Hranice normy plazmatických lipidů**

<b>Celkový cholesterol</b>	<b>&lt; 5,0 mmol/l</b>
<b>LDL- cholesterol</b>	<b>&lt; 3,0 mmol/l</b>
<b>Triglyceridy</b>	<b>&lt; 2,0 mmol/l</b>
<b>HDL- cholesterol</b>	<b>&gt; 1,0 mmol/l</b>

### **Zdroj:**

[http://www.euromise.cz/health/recommendation/GuidelinesPR/dyslipedie\\_2004.html](http://www.euromise.cz/health/recommendation/GuidelinesPR/dyslipedie_2004.html)

## Příloha 7 Klasifikace tělesné hmotnosti

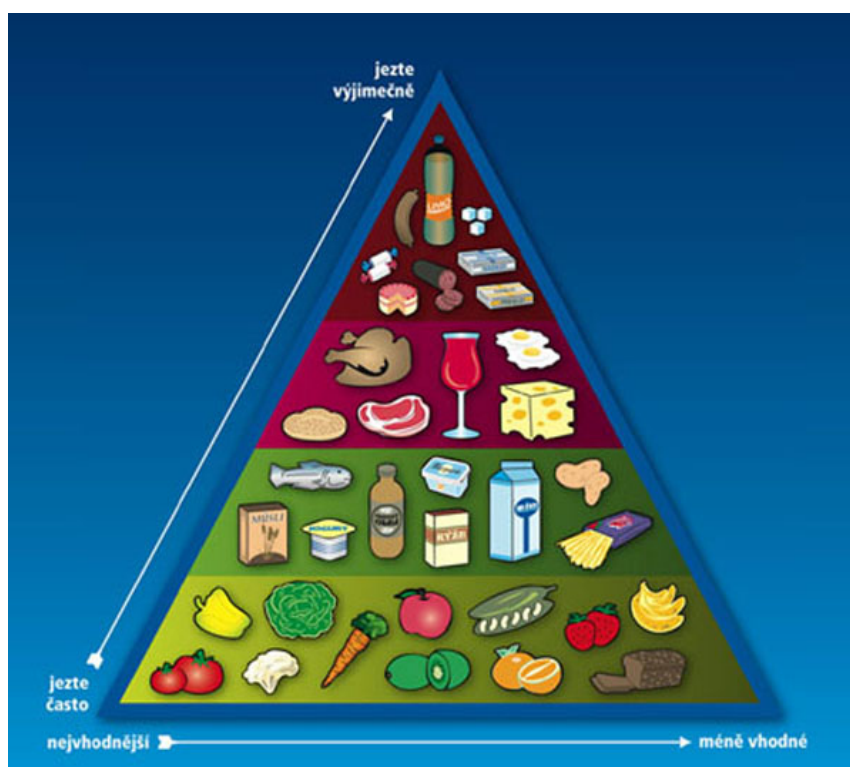
Tabulka 1: Klasifikace obezity		
Klasifikace	BMI	Riziko vzniku onemocnění souvisejících s obezitou
podváha	menší než 18,5	malé (ale riziko jiných zdravotních problémů)
normální hmotnost	18,5–24,9	průměrné
nadváha	25,0–29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0–34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,0–39,9	dosti zvýšené
obezita III. stupně	více než 40	velmi zvýšené

Tabulka 2: Obvod pasu a prevence vzniku zdravotních komplikací	
Obvod pasu	Doporučení
Muži nad 94 cm, ženy nad 80 cm	změnit svou životosprávu
Muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm	redukovat hmotnost

### Zdroj:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nadvaha-a-obezita-450965>

## Příloha 8 Potravinová pyramida



### Zdroj:

<http://www.nazeleno.cz/bio/zdrava-vyziva-2/biopotraviny-zdravi-ztloustnout-lze-i-po-organickem-jidle.aspx>

## Příloha 9 Fagerströmův test nikotinové závislosti

### 1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- a) Do 5 minut.....3 body
- b) Za 6-30 minut.....2 body
- c) Za 31-60 minut.....1 bod
- d) Po 60 minutách.....0 bodů

### 2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- a) Ano.....1 bod
- b) Ne.....0 bodů

### 3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a) První ráno.....1 bod
- b) Kteroukoli jinou.....0 bodů

### 4. Kolik cigaret denně kouříte?

- a) 0-10.....0 bodů
- b) 11-20.....1 bod
- c) 21-30.....2 body
- d) 31 a více.....3 body

### 5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano.....1 bod
- b) Ne.....0 bodů

### 6. Kouříte i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- a) Ano.....1 bod
- b) Ne.....0 bodů

### Součet bodů:

- 0-1.....žádná nebo velmi malá závislost
- 2-4.....střední závislost
- 5-10.....silná závislost na nikotinu

### Zdroj:

[http://www.drogyinfo.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/banka\\_evaluacnich\\_nastroju/fagerstroemuv\\_test\\_nikotinove\\_zavislosti\\_ftnd](http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/fagerstroemuv_test_nikotinove_zavislosti_ftnd)

## Jak pečovat o své srdce ?

