



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Verifikace poznatků o self-managementu u pacientů se srdečním selháním

Vypracovala: Bc. Veronika Vojtěchová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Chronické srdeční selhání je onemocnění se stále se zvyšující incidencí, které vyžaduje náročnou a adekvátní péči. Nepříznivou prognózu onemocnění významně ovlivňují opakované kardiální dekompenzace. Jedním z úkolů ambulantní péče je snaha redukovat počet hospitalizací pro kardiální dekompenzaci, a to nejen komplexní diagnostikou a léčbou, ale také zajištěním důsledné edukace pacientů a jejich rodiny.

Cílem práce bylo zjistit a porovnat u pacientů s chronickým srdečním selháním jejich informovanost v péči o sebe sama v rámci sekundární prevence. K naplnění cíle byly stanoveny 3 hypotézy a 3 výzkumné otázky.

Teoretická část popisuje doporučená režimová opatření u nemocných s chronickým srdečním selháním, specifika v poskytování péče o nemocného a úlohy sestry při zajišťování výchovně-vzdělávacího procesu.

V praktické části práce jsou charakterizovány použité metody, výzkumný soubor a realizace šetření.

K naplnění výzkumného cíle byl uskutečněn sběr empirického materiálu pomocí kvantitativní a kvalitativní metody výzkumu.

V kvantitativním výzkumném šetření byli osloveni pacienti s chronickým srdečním selháním prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Celkem bylo distribuováno 260 dotazníků do šesti ambulancí srdečního selhání. K vyhodnocení bylo použito 183 relevantně vyplněných dotazníků. Získaná data byla zpracována deskriptivní statistikou. K testování hypotéz byl použit „Pearsonův Chí-kvadrát test“ a „t-test“.

Sběr kvalitativních dat se uskutečnil technikou polostrukturovaného rozhovoru na základě předem připravených otázek. Výzkumný soubor reprezentovaly všeobecné zdravotní sestry v ambulantním zdravotnickém zařízení. S tímto šetřením souhlasilo 6 z 9 oslovených respondentek. Odpovědi byly zaznamenány na diktafon, následně přepsány, kódovány a kategorizovány. Analýza dat byla uskutečněna pomocí metody „vyložení karet“.

V kvantitativní části byly zvoleny následující hypotézy:

1. Pacienti s chronickým srdečním selháním znají příznaky srdeční dekompenzace.
2. Pacienti s chronickým srdečním selháním dodržují režimová doporučení v souvislosti s následnou léčbou.
3. Pacienti s chronickým srdečním selháním si denně kontrolují v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz.

Ze šetření vyplynulo, že pacienti mají nedostatečné znalosti o příznacích možné dekompenzace srdečního selhání. Je to alarmující jev o to více, že právě tato neznalost příznaků dekompenzace srdečního selhání může způsobit nesprávné vyhodnocení závažnosti situace, nepřiměřenou reakci nemocného a tím i opoždění poskytnutí adekvátní léčby.

Při zjišťování dodržování režimových opatření dotazovaní uvedli, že neužívají tabákové výrobky a konzumují alkohol v omezené míře (nejčastěji 1 x týdně). Naprostá většina dotazovaných uvedla, že pravidelně užívá léky na srdeční selhání a zná termín následující kontroly v ambulanci. Součástí režimových doporučení jsou určitá dietní omezení, která se posuzují dle aktuálního stavu výživy nemocného. Dotazovaní preferují doporučované potraviny před nevhodnými, nedodržují však neslanou dietu ani optimální frekvenci stravování. Většina dotazovaných dle provedeného šetření také nevykonává pravidelnou fyzickou aktivitu.

Velké nedostatky byly shledány v provádění self-monitoringu. Dotazovaní si denně nemonitorují tělesnou hmotnost, krevní tlak ani pulz.

V kvalitativním šetření byly předmětem zkoumání následující otázky:

1. Učíme pacienty s chronickým srdečním selháním to, co potřebují vědět?
2. Jsme jako nelékařští zdravotničtí pracovníci schopni účinně předávat informace pacientům?
3. Jak probíhá výchovně-vzdělávací proces?

Na základě všech použitých metod bylo zjištěno, že výchovně-vzdělávací proces je ve většině případů doménou lékaře. Sestry provádí edukaci nemocného pouze v rámci svých možností.

Byly shledány nedostatky ve vedení sesterské dokumentace o edukaci, nejednotnost v podávání informací nemocnému a opomíjení důležitých oblastí při edukaci (sexuální aktivita a reprodukce, očkování, self-monitoring, konzumace alkoholu, kouření, možnost sdružování).

V průběhu výchovně-vzdělávacího procesu respondentky nedostatečně zjišťují zpětnou vazbu, cíle a představy nemocného o edukaci. Jako pozitivní aspekt edukačního procesu je naopak vyzdvížena kooperace s rodinnými příslušníky a využívání multioborové spolupráce.

Zjištěné výsledky poskytují náhled do výchovně-vzdělávacího procesu v ambulancích srdečního selhání, popisují současnou orientaci v problematice a poukazují na reálné nedostatky v edukačním procesu. Výsledky šetření budou poskytnuty ambulancím srdečního selhání a mohou být použity pro zkvalitnění péče o nemocné.

Klíčová slova: ambulantní péče, edukace, chronické srdeční selhání, ošetrovatelská péče, režimová opatření, self-care, self-monitoring

ABSTRACT

Congestive heart failure (CHF) is a disease with increasing incidence, which requires an adequate and costly management. Repeated hospitalisations due to decompensated CHF contribute to disease progression and herald dismal prognosis. An important goal of heart failure clinics is reduction in number of hospitalizations due to decompensated CHF. The main approaches to reach this aim seem to be effective diagnostics and treatment of CHF, and importantly, education of patients and their families.

We aimed to evaluate knowledge of CHF patients regarding self-care in secondary prevention of CHF. We constructed three hypotheses and three research questions to reach the goal of the project.

The theoretical part described recommended life-style interventions, pharmacologic and non-pharmacologic CHF management, and specifically, the role of nurses in education of patients with CHF.

The practical part described the methods of analysis, the study group and the process of evaluation.

To fulfil the study goal, we performed collection of data using qualitative and quantitative methods of research.

The qualitative part of the research project included a non-standardized questionnaire for patients with CHF. A total of 260 questionnaires were distributed in six heart failure clinics. 183 completed questionnaires were returned and analysed. The obtained data were evaluated using descriptive statistical methods. Pearson's chi-test and Student's t-test were applied to test the hypotheses.

Collection of qualitative data was performed using the technique of a semi-structured interview based on pre-prepared questions. The study respondents included general nurses from out-patient heart failure clinics. Six of nine contacted nurse respondents agreed to participate. Answers were recorded on Dictaphone. Data were analysed using the method of „card display“.

The quantitative part tested the following hypotheses:

1. CHF patients know symptoms and signs of decompensated CHF.
2. CHF patients follow the life-style recommendations.
3. CHF patients perform daily self-monitoring of their weight, blood pressure and pulse.

Our study revealed insufficient knowledge of patients regarding symptoms of possible CHF decompensation. This finding was alarming because suboptimal knowledge of symptoms of decompensated CHF may cause inadequate response of the patient and may delay initiation of treatment.

Assessment of compliance with life-style measures revealed that most patients did not use tobacco products and had a limited alcohol consumption. Most individuals reported a regular use of heart failure medication and knew the timing of the next follow-up in their heart failure clinic. Life-style measures included also some dietary restrictions modified by the current nutritional status. Respondents preferred recommended food over inappropriate foodstuffs, however, they did not follow neither the salt restriction nor the optimal frequency of meals. Most respondents did not report a regular exercise

A significant ignorance was found in the process of self-monitoring. Most respondents did not monitor their body weight, blood pressure and pulse.

The qualitative assessment evaluated the following questions:

1. Do we educate the CHF patients appropriately?
2. Are we able as nurses to pass correct information to CHF patients?
3. How is the process of education implemented in practice?

Based on the above mentioned methods, we found that the process of education is a domain of doctors. Nurses have only a limited role in education of CHF patients.

We demonstrated deficiencies of nursing documentation regarding education of patients, a disunity in passing information to patients and a neglect of important areas of

education (sexual activity, reproduction, vaccination, self-monitoring, alcohol and tobacco consumption, patient groups).

The nurse respondents did not evaluate the feedback of patients, education goals and anticipation of their CHF patients adequately. In contrast, cooperation with families and multidisciplinary collaboration were not ignored.

These findings provide novel insights into the process of education in heart failure clinics. They describe the current situation and identify real problems in the process of education of CHF patients. The results of our research will be provided to participating heart failure clinics to improve the quality of education in CHF patients.

Key words: outpatient care, education, chronic heart failure, nursing care, measures regimes, self-care, self-monitoring

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci 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 19. 5. 2014

.....

Bc. Veronika Vojtěchová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat Mgr. Lence Šedové, Ph.D., za odborné vedení mojí závěrečné práce, za cenné rady a konzultace. Také bych chtěla poděkovat Jiřině Tejkalové za jazykovou korekturu textu. Za pomoc při statistickém zpracování děkuji Mgr. Olze Dvořáčkové a Ing. Marku Koblihovi. Děkuji zdravotnickým zařízením za umožnění průzkumného šetření a všem respondentům za spolupráci při sběru dat.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	12
ÚVOD	14
1 SOUČASNÝ STAV ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY	15
1.1 Doporučená režimová opatření u nemocných s chronickým srdečním selháním	15
1.1.1 Dietní opatření	15
1.1.2 Restrikce soli.....	16
1.1.3 Omezení příjmu tekutin	17
1.1.4 Alkohol a kouření	17
1.1.5 Aktivita a cvičení	18
1.1.6 Očkování	19
1.1.7 Sexuální aktivita, reprodukce	19
1.1.8 Volně prodejné léky	20
1.1.9 Self-care	20
1.2 Home monitoring	22
1.3 Konfrontace nemocného s chronickým srdečním selháním	23
1.3.1 Co prožívá nemocný?	23
1.3.2 Kvalita života nemocného	25
1.3.3 Co prožívá rodina?.....	26
1.3.4 Překážky v self-managementu	27
1.4 Specifika v péči o nemocného s chronickým srdečním selháním	31
1.4.1 Koordinace zdravotnického týmu a návaznost péče o nemocného s chronickým srdečním selháním.....	31
1.4.2 Ambulantní péče o nemocné s chronickým srdečním selháním.....	33
1.4.3 Sestry specialistky v péči o nemocné s chronickým srdečním selháním..	34
1.4.4 Paliativní péče.....	35
1.5 Úloha sestry	36
1.5.1 Edukace nemocného a jeho rodiny	36
1.5.2 Subvence nemocného ve změně životního stylu	46
1.5.3 Zhodnocení nemocného – vybrané metody	49

2	ZKOUMANÝ PROBLÉM, CÍLE, HYPOTÉZY	50
2.1	Cíl práce	50
2.2	Hypotézy	50
2.3	Výzkumné otázky.....	50
3	METODIKA	51
3.1	Použité metody a technika sběru dat.....	51
3.2	Realizace kvantitativního výzkumu	52
3.3	Realizace kvalitativního výzkumu	53
3.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	53
4	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	55
4.1	Výsledky kvantitativního šetření	55
4.1.1	Popisná statistika – vyhodnocení jednotlivých položek	56
4.1.2	Statistické testování a ověřování hypotéz	71
4.2	Výsledky kvalitativního šetření	81
4.2.1	Kategorie: informační potřeby pacienta	81
4.2.2	Kategorie: informace podávané sestrou.....	83
4.2.3	Kategorie: potřeba kardiologické edukační sestry	85
4.2.4	Kategorie: vztah lékaře a sestry při podávání informací ve výchovně- vzdělávacím procesu.....	87
4.2.5	Kategorie: využívané metody edukace	88
4.2.6	Kategorie: možnost reedukace.....	89
4.2.7	Kategorie: kooperace s rodinnými příslušníky při edukaci pacienta	91
5	DISKUZE	94
5.1	Diskuze kvantitativního šetření	94
5.2	Diskuze kvalitativního šetření	101
6	ZÁVĚR	107
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	111
8	PŘÍLOHY	121

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj.	a jiné
aktualizv.	aktualizované
CINAHL	Cumulative Index to Nursing nad Allied Health Literature
č.	číslo
ČKS	Česká kardiologická společnost
dcl	decilitr
DIAL	Randomized Trial of Telephone Intervention in Chronic Heart Failure
dopl.	doplněné
g	gram
CHSS	chronické srdeční selhání
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
KCCQ	The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
kg	kilogram
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MLHFQ	Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire
např.	například
NYHA	New York Heart Association
přeproc.	přeprocované
R1 – R6	respondenti
rozš.	rozšířené
Sb.	Sbírky
SCHFI	Self Care of Heart Failure Index
SS	Srdeční selhání
str.	strana
sv.	svaté
TEN-HMS	The Trans-European Network Homecare Management System
tzn.	to znamená

tzv. tak zvaný
vyd. vydání
WHO World Health Organization

ÚVOD

Chronické srdeční selhání je mnoha autory označováno jako novodobá epidemie. V posledních 20 letech se počet nemocných strmě zvyšuje. Nárůst nemocných souvisí s prodlužováním lidského života, ale i se zlepšenou prognózou ischemické choroby srdeční (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013).

Jako sestra pracující na vysoce specializovaném pracovišti často přicházím do kontaktu s nemocnými, kteří mnohdy vlivem nedostatku informací, nepochopením nebo nerespektováním doporučených opatření jsou opakovaně hospitalizováni s příznaky dekompenzace.

Nejistá prognóza, symptomy onemocnění, nepříjemné léčebné zákroky a sociální izolace jsou pro nemocného velmi frustrující a mohou ho přivést až na pokraj jeho psychických sil.

Pacient tak často svádí boj se sebou samým. Na jedné straně je nechuť přizpůsobit své potřeby nové situaci s jistým omezením dosavadního životního stylu, na druhé straně se objevuje obava o vlastní život a nesmírná chuť žít.

Promlouvám s nemocnými a jejich rodinami. Mnozí z nich si ani neuvědomují závažnost situace a podceňují režimová doporučení. Po propuštění do domácího ošetření se opět vrací ke svému „starému“ životnímu stylu, který často může vést ke zhoršování symptomů a opakovaným hospitalizacím.

Začala jsem si klást otázky: Dostávají nemocní informace, které potřebují? Jak probíhá výchovně-vzdělávací proces v ambulantní péči? Jaké má nemocný možnosti? Kdo podává informace nemocnému v ambulantní péči? Mají nemocní dostatek vědomostí o tom, jak se o sebe starat? Dodržují v domácím prostředí doporučená režimová opatření? Participují a provádějí self-monitoring? Znají příznaky možné dekompenzace, aby mohli včas a vhodně zasáhnout?

1 SOUČASNÝ STAV ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

1.1 Doporučená režimová opatření u nemocných s chronickým srdečním selháním

Neužívání léků a nedodržení dietních opatření jsou často u velkého počtu nemocných zásadní příčinou exacerbace akutního srdečního selhání (O'Rourke, Walsh, Fuster, 2010).

1.1.1 Dietní opatření

Strava by měla být nedráždivá, rozdělena víckrát denně do menších porcí. Měla by obsahovat dostatek kalia, vitaminů a vlákniny. Pro nízký obsah natria je vhodná především čerstvá a mražená zelenina: rajčata, okurka, květák, karotka, eventuálně fazole, hrách, čočka, cibule. (Widimský, 2009) Pro snížení případné nadýmavosti se doporučuje zeleninu povařit v páře (Schejbalová, Niederle, 2004).

Vhodné jsou i tzv. odlehčovací dny, např. ovocný, rýžový, bramborový nebo mléčný (Toman, Špinarová, Špinar, 2004). Hradec a Spáčil (2001) ale odlehčovací dny a přísné neslané diety považují za zbytečné. Udávají, že jsou nemocnými špatně tolerovány a zhoršují již tak zhoršenou kvalitu života.

V počátečním období léčby (1–2 měsíce do zlepšení zdravotního stavu) srdečního selhání je důležité vyloučit kromě slaných jídel také tučná jídla, uzeniny (zvláště trvanlivé), sladké svačinkové tyčinky s obsahem cukru, pečivo z bílé mouky a průmyslově vyráběné ovocné šťávy. Pro občasné použití je povoleno celozrnné pečivo, žitot, oves, pohanka, jáhly, celozrnné těstoviny, sušené ovoce, neslané oříšky, lehce opražená semena, ryby, přirozeně sladké moučníky. Naopak k pravidelnému používání je doporučena celozrnná rýže, listová zelenina, mořské řasy, kukuřice, pšenice, zelenina

mírného pásma, zeleninové saláty, bylinky pro dochucování jídel. Z tekutin jsou doporučovány neslazené čaje a voda (Lužná, Vránová, 2007).

Doporučovány jsou také nízkotučné mléčné výrobky, zakysané a přírodní jogurty, bílé maso (kuřecí, krůtí, králičí) a ryby, nejlépe dušené, připravené na grilu nebo na olivovém oleji (Schejbalová, Niederle, 2004).

Naopak ve fázi pokročilého selhání je potřeba zabránit srdeční kachexii a zajistit optimální nutriční výživu (Widimský, 2009). Kardiální kachexie se vyskytuje u 50–70 % jedinců hospitalizovaných pro srdeční selhání. Zhoršení nutričního stavu organismu způsobuje progresi onemocnění. Při kardiální kachexii dochází ke ztrátě netukové a tukové hmoty těla s následkem poklesu svalové výkonnosti. Dochází také k výrazné redukci viscerálního proteinu, která se projevuje hypoalbuminemií, proteinurií a edémy. Absence metabolicky aktivní netukové tělesné hmoty způsobuje pokles svalové výkonnosti. Vlivem energetického deficitu se zhoršuje schopnost udržet vodní, iontovou a acidobazickou rovnováhu (Zadák, 2002).

Vhodnou pomůckou pro orientaci jsou tabulky složení potravin, které mohou pro pacienty sloužit jako vzor (Málek a kol., 2013).

1.1.2 Restrikce soli

Při srdečním selhání dochází k zadržování chloridu sodného, a proto omezení soli patří k základním léčebným postupům (Pirk, Málek, 2008). U nemocných s mírným až středním stupněm chronického srdečního selhání je důležitá restrikce soli na 5–6 g denně (Widimský, 2009). U nemocných s pokročilým srdečním selháním se příjem soli omezuje na 3–4,5 g na den (Pirk, Málek, 2008). Šerf (1996) uvádí dokonce restrikci soli na 1,5–2 g na den.

Prakticky omezení soli znamená vyřadit z jídelníčku veškeré nadměrně slané pokrmy, jako jsou například uzeniny, slané sýry, mořské ryby, slané oříšky, brambůrky, polotvary, kořenící směsi, bujóny, sojové omáčky, crackery, konzervované potraviny, olivy aj. Důležité je také omezit stravování v restauracích a jídelnách. Při přípravě pokrmů nepoužívat kuchyňskou sůl a snažit se dochucovat jinými náhražkami. Pítí

minerálních vod se kvůli vysokému obsahu soli nedoporučuje (Šerf, 1996; Málek a kol., 2013; Schejbalová, Niederle, 2004).

Nemocnému doporučíme ochucování neslaných jídel jeho náhražkami jako např. citrón, ocet, neslané koření (Hradec, Spáčil, 2001).

1.1.3 Omezení příjmu tekutin

K omezení příjmu tekutin na 1–1,5 litru za den přistupujeme u refrakterních otoků nebo u stavů spojené s hyponatremií (Pirk, Málek, 2008). Holst (2008) však upozorňuje na nutnost individuálního posouzení potřeby tekutin na základě hmotnosti nemocného, aby osoba s 50 kg hmotnosti neměla stejné omezení jako osoba s 90 kg. Pacient musí být důkladně poučen o hodnocení vlastní hydratace a předcházet stavům hypervolemie nebo naopak hypovolemie (Málek a kol., 2013).

Zvláště opatrní bychom měli být při restrikci tekutin u seniorů. Vlivem dehydratace může dojít ke zhoršení stavů zmatenosti (National Clinical Guideline Centre, 2010).

Omezení příjmu tekutin se doporučuje především ve večerních hodinách před ulehnutím a během noci, protože nemocní často trpí pocitem žízně vlivem účinku angiotensinu na centrum žízně (Šerf, 1996).

Černou kávu lze povolit, ale pouze jeden, maximálně dva šálky denně (Toman, Špínarová, Špínar, 2004).

1.1.4 Alkohol a kouření

Samozřejmá je i restrikce alkoholu na maximální dávku 30 g denně u mužů a 20 g u žen, což zhruba odpovídá jedné láhvi piva nebo 1–2 dcl vína. Prosazuje se však úplná abstinence, která je nutná zejména, pokud vznik srdečního selhání souvisí s alkoholem (Widimský, 2009; National Clinical Guideline Centre, 2010).

Nemocný by měl být poučen o skutečnosti, že i alkohol musí započítat do doporučeného množství tekutin za den (European Society of Cardiology, 2009).

Důležitý je také zákaz kouření (Widimský, 2009). Oxid uhelnatý v cigaretovém kouři ovlivňuje schopnost přenášet kyslík v krvi. Proto srdce musí velmi tvrdě pracovat, aby tělu dodalo dostatek kyslíku. Kouření navíc přispívá k riziku trombózy a vysokému krevnímu tlaku, protože napomáhá k ukládání tuků v cévách (European Society of Cardiology, 2009).

1.1.5 Aktivita a cvičení

Tělesný trénink nebyl v minulosti doporučován, ale v současnosti se považuje za důležitou prevenci tromboembolických příhod. Vhodná tělesná námaha (procházky, ježdění s nízkou zátěží na rotopedu) zlepšuje výkonnost nemocných, toleranci zátěže, kvalitu života a zároveň snižuje počet hospitalizací (Widimský, 2009; Hradec, Vítovec, Špinar, 2013). I mírná fyzická aktivita může pomoci zlepšit symptomy onemocnění, snížit napětí a dodat energii (European Society of Cardiology, 2009). Naopak nevhodná je nadměrná námaha (vyčerpávající sportovní akce) nebo těžší fyzická práce (např. na zahradě). Klidový režim je doporučován pouze při akutní fázi srdečního selhání (Widimský, 2009; Hradec, Vítovec, Špinar, 2013).

Málek a kol. (2013) doporučují přiměřenou pravidelnou aerobní fyzickou aktivitu dle individuálních možností.

Během fyzické aktivity a po jejím ukončení je třeba sledovat subjektivní potíže. Při objevení dušnosti nebo bolesti na hrudi je třeba cvičení přerušit a nesnažit se obtíže „roztrénovat“. Vhodné tempo fyzické aktivity by měl doporučit lékař na základě vyšetření. Obecně lze nemocným doporučit takové tempo, při němž jsou nemocní schopni za chůze mluvit s partnerem. Zvýšená únava po cvičení může ukazovat na předávkování tělesnou zátěží (Schejbalová, Niederle, 2004).

Pokud nemocný chce zvýšit nebo změnit typ fyzické aktivity, měl by se o tom poradit se svým lékařem, aby se vyvaroval příliš velké zátěže (European Society of Cardiology, 2009).

1.1.6 Očkování

Nemocní se srdečním selháním jsou náchylní k plicním infekcím (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013). Mezi účinná opatření zařazujeme vakcinace proti chřipce a pneumokokům (Widimský, 2009). Americká studie prokázala veliký význam této vakcinace zejména v prognóze u starších pacientů. V našich podmínkách se však kvůli „zapomínání“ provádí jen u jedné pětiny nemocných s chronickým srdečním selháním (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013).

1.1.7 Sexuální aktivita, reprodukce

Důležitá je také otázka sexuální aktivity. Pacienti se srdečním selháním a jejich partneři mohou být znepokojeni možnými riziky, proto by měli být zdravotničtí pracovníci připraveni zodpovědět všechny citlivé otázky (National Clinical Guideline Centre, 2010).

Nemocní s kardiovaskulárními chorobami tvoří převážnou část nemocných se sexuální dysfunkcí, zejména erektilní dysfunkcí, kdy se v 60 % jedná o vaskulární etiologii (Weiss a kol., 2010). Problematická může být ale i ejakulace nebo dosažení orgasmu (European Society of Cardiology, 2009).

Sexuální aktivitu nelze diktovat. Vhodné je zejména psychicky zklidnit nemocného, jeho partnera a vysvětlit rizika (Vlček, Fialová a kol., 2010). Obecně lze nemocným doporučit, aby stejně jako u jiné aktivity pohlavní styk nevykonávali, pokud se necítí dobře, pokud mají dechové obtíže nebo bolesti na hrudi (European Society of Cardiology, 2009). U vybraných nemocných může být vhodné užití nitroglycerinu před sexuální aktivitou. U nemocných, kteří dlouhodobě užívají nitráty nebo hypotenziva, je rizikové použití sildenafilu (Viagra), který může způsobit nežádoucí pokles krevního tlaku. Riziko dekompenzace stavu při sexuální aktivitě je nízké u nemocných ve funkční třídě NYHA II. a vysoké ve funkční třídě III.–IV. (Vlček, Fialová a kol., 2010).

Chronické srdeční selhání je kontraindikací pro těhotenství. Je nutné mladým ženám doporučit vhodnou antikoncepci (Toman, Špinarová, Špinar, 2004). Zvýšené riziko je u

žen s ejekční frakcí pod 40 %, extrémně riskantní u žen s ejekční frakcí 20 % (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013).

1.1.8 Volně prodejné léky

Nemocný by měl být poučen o důležitosti konzultování volně prodejných léků s odborníkem. Zejména je tu nutné u starších lidí, u nichž je častá polymorbidita a užívání většího množství farmak. U chronického srdečního selhání mohou např. nesteroidní antirevmatika (Ibalgin, Brufen, Voltaren, Diclofenac, Veral) zhoršovat otoky (Toman, Špinarová, Špinar, 2004). Způsobují totiž pokles glomerulární filtrace a zvýšení retence sodíku. Stoupá také riziko vzniku hyperkalemie (Málek a kol., 2013).

Nevhodné mohou být také některé blokátory vápníkových kanálů (Verapamil, Diltiazem), tricyklická antidepresiva a kortikosteroidy (Špinar, Vítovec, Špinarová, 2011).

1.1.9 Self-care

Self-care, sebepéče, definuje péči zajišťovanou vlastními silami. Zahrnuje tedy samostatné činnosti pacienta, které pomáhají udržovat zdraví (Trachtová a kol., 2006).

Péče o nemocné se srdečním selháním totiž není jen odpovědností lékaře, ve skutečnosti úspěch léčebného plánu závisí na aktivním zapojení nemocného. Převzetí kontroly nad svým onemocněním je klíčem k úspěchu (Heart Failure Society of America, 2003).

Samotný léčebný plán zahrnuje pečlivou monitoraci vlastních symptomů, užívání léků podle pokynů lékaře, omezení alkoholu a kouření tabákových výrobků, pravidelné očkování proti chřipce a vykonávání vhodné fyzické aktivity. Neméně důležité je také sledování příjmu tekutin a denní kontrola tělesné hmotnosti (Heart Failure Society of America, 2003).

Kontrola tělesné hmotnosti se provádí denně, ve stejnou dobu po vyprázdnění. Přírůstek tělesné hmotnosti o 1 kg ze dne na den totiž může být příčinu retence tekutin. Na tomto základě lze u spolupracujících nemocných upravit dávku diuretik. Diuretická léčba je však také závislá na dodržování neslané diety, tzn. do 5–6 g za den (Widimský, 2009; Toman, Špinarová, Špinar, 2004). Naopak postupný úbytek váhy může být projevem kardiální kachexie (Málek F., Málek I., 2013).

K hodnocení vlastní hydratace přispívá kromě sledování typických klinických projevů také kontrolní měření krevního tlaku (Málek a kol., 2013). Pravidelné sledování hodnot krevního tlaku a pulzu může být doporučeno ošetřujícím lékařem. Pro nemocného může však monitorace zajistit pocit lepší kontroly zdravotního stavu a zvyšovat důvěru nastavené léčby (European Society of Cardiology, 2009).

Neméně důležitou součástí self-care je pravidelné sledování symptomů a jejich správné vyhodnocení. Nemocný by měl být informován, v jakých případech volat okamžitě rychlou záchranou pomoc a kdy se co nejdříve obrátit na svého ošetřujícího lékaře (European Society of Cardiology, 2009).

Model self-care u nemocných se srdečním selháním (viz příloha č. 4)

Riegel (2009) self-care vymezuje jako naturalistický rozhodovací proces, který zahrnuje výběr chování udržujícího stabilitu (udržovací) a proces reagující na symptomy, pokud se objeví (řízení).

Model sebeděče nemocných se srdečním selháním autorka rozděluje na self-care péči zahrnující monitoraci symptomů a dodržování léčby a na self-care management jako aktivní a záměrný proces začínající rozpoznáním symptomů (např. dušnost nebo otoky), vyhodnocením symptomů, rozhodnutím o přijetí léčebné strategie, její provedení (např. navýšení diuretické terapie) a následné vyhodnocení implementovaného léčebného zákroku. Úspěšný proces vede k získání sebedůvěry v self-care (Riegel, 2009).

1.2 Home monitoring

Home monitoring je technologie společnosti Biotronik, která je v České republice plně funkční od roku 2002. Umožňuje sledování nemocného, včetně možnosti odhalení blížících se známek dekompenzace a progresu chronického srdečního selhání ještě před jeho klinickou manifestací. Může tak přispět k prevenci následné hospitalizace a z dlouhodobého hlediska i k významným finančním úsporám. Výhodou Home monitoringu je zabezpečení dokonalé mobility pacienta, který je na dálku sledován prostřednictvím mobilního spojení zajištěného do všech sítí operátorů. Nemocný tak může cestovat po České republice, ale také kdekoliv po světě (Novotný, 2010).

V případě „Heart Failure Monitoru“ lze na základě sesbíraných dat s předstihem upozornit lékaře na hrozící progresi srdečního selhání nemocného. Predikce je poměrně přesná, protože umožňuje sledovat čtyři různé fyziologické parametry (Novotný, 2010).

Úkolem nemocného je udržovat transmisní jednotku nabitou, jednotky mohou fungovat ve dvou variantách. První forma je mobilní, připomínající mobilní telefon, druhá forma je stacionární, kterou má nemocný většinou na nočním stolku. V případě delšího pobytu mimo domov si nemocný svou stacionární jednotku bere s sebou jako například holicí strojek (Novotný, 2010).

Součástí monitoringu je také epizodní záznamník ve formě speciální karty s elektrodami, kterou si nemocný přikládá na hrudník a může tak nahrát 30 sekundový elektrokardiogram. Kódovanou zprávu dostane lékař přímo na pracovní stůl (Friedmannová, 2013).

Andrea Štefanová však uvádí, že pacienti jsou pokaždé důrazně upozorňováni na to, že systém nenahrazuje emergentní péči. Pacient si pomoc musí vyhledat sám a nesmí spoléhat se na to, že je vybaven tímto systémem (Friedmannová, 2013).

1.3 Konfrontace nemocného s chronickým srdečním selháním

1.3.1 Co prožívá nemocný?

Subjektivní hodnocení závažnosti a následků onemocnění se může značně lišit od objektivního hodnocení profesionály (Mareš, Vachková a kol., 2011).

Po sdělení závažné diagnózy je nemocný v šoku. Snaha vyrovnat se s nepříjemnou zprávou odčerpává všechny síly. Reakce jedince je různá. Odmítá realitu, zuří, je depresivní, apatický, sklíčený, má pocit viny, studu (Grumanová, 2008).

Najednou je vše jinak. Život před zjištěním diagnózy byl celkem předvídatelný, jedinec měl na výběr. Nyní nelze předvídat nic. Objevují se pocity smutku a sklíčenosti ze ztráty budoucích plánů (Grumanová, 2008).

V myslí nemocného se stále vrací stejná myšlenka (Gurmanová, 2008). Nemocný na toto téma doslova „musí“ myslet, protože myšlenky na chorobu se objevují zcela spontánně (Křivohlavý, 2002). Opakující se myšlenky o nemoci jsou typickou odezvou na psychický otřes (Grumanová, 2008).

Nejen kognitivní (myšlenkové), ale i fyzické problémy nemocného provázejí na každém kroku (Křivohlavý, 2002).

U chronického onemocnění je z psychických oblastí nejvíce postihnuto sebepojetí nemocného. „Byl někým, než-li došlo k onemocnění. Nyní je též někým, ale někým jiným.“ (Křivohlavý, 2002, s. 131) Zasažením identity ztrácí nemocný nejen pocit schopnosti něco řešit, ale i pocit osobní úcty a ceny (Křivohlavý, 2002).

Onemocnění také zasahuje do oblasti uspokojování potřeb nemocného. Dochází k redukci nebo deformaci dřívějších potřeb před objevením nemoci. Zejména při hospitalizaci tak dochází k omezení sociálního kontaktu, ke změně sociální role, k omezení v různých činnostech a ke ztrátě osobní perspektivy (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007).

Nemoc se stává součástí života jedince. U chronicky nemocného intenzitu emoční reakce vyvolávají následující aspekty:

- dochází ke ztrátě zdraví, zdraví nahrazuje trvalá přítomnost nemoci,

- na nemocného jsou kladeny požadavky (musí pochopit informace o nemoci, léčbě, naučit se nové dovednosti, osvojit si potřebné návyky),
- je nezbytné, aby nemocný dodržovat léčebný režim (nutnost pravidelného užívání medikace, dodržování léčebného režimu),
- léčba je pro nemocného náročná (diagnostické a terapeutické výkony, opakované hospitalizace, dlouhodobá rehabilitace),
- na nemocného je vyvíjen tlak ve formě aktivity a participace,
- jsou nezbytné pravidelné návštěvy u lékařů, čímž může vznikat oboustranně zatěžující, léta trvající vztah mezi nemocným a zdravotníky,
- různý průběh nemoci (stabilizovaný, rychle progredující) vyvolává nejistotu,
- jsou kladeny vysoké nároky na adaptabilitu nemocného (změny v medikaci, zpřísnění diety, nové pomůcky),
- nemocný pociťuje emoční diskomfort (strach, nejistota, obavy z budoucnosti, smutek, úzkost),
- musí se vyrovnat s komplexními důsledky nemoci,
- choroba znamená ekonomické nároky pro celou společnost, jedince, rodinu (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011).

Prožívání nemoci je však nepředvídatelné. Mechanická schémata (např. Elisabeth Kübe-Rossová) nejsou vždy použitelná. Každý jedinec totiž přináší své osobní zkušenosti a čelí konkrétním okolnostem (Grumanová, 2008).

Křivohlavý (2002) popisuje proces zvládnání nemoci ve třech stádiích.

V prvním stadiu nemocný interpretuje situaci na základě vnímání (percepce). Vnímá, cítí a subjektivně hodnotí, co na sobě pozoruje. Informace však nemocný získává také pomocí sociální komunikace (od lékaře, rodiny, přátel) a na základě těchto údajů utváří obraz situace. Z hlediska zvládnání nemoci je tato fáze velmi důležitá, protože celkový obraz nemoci je zdrojem tzv. hnacích sil k další činnosti (motivace).

Ve druhém stadiu nemocný svádí vlastní boj s nemocí. Hledá cesty, způsoby, strategie a postupy, jak problém vyřešit. Vlastní boj s nemocí je závislý na osobnosti charakteristice nemocného, ale také na mnoha dalších aspektech jako např. náladě.

Ve třetím stadiu dochází k vyhodnocení.

Zajímavé schéma typické pro chronická onemocnění přináší Raudenská a Javůrková (2011):

Nemocný v první fázi prožívá „krizi“. Objevují se symptomy nemoci, hledá úlevu u lékaře a vyhledává různé druhy pomoci podle svých možností (spirituální, užívání léků a jiných látek). Setkává se s reakcí okolních lidí – rodiny, spolupracovníků, blízkých. Mohou reagovat různě: s důvěrou, nedůvěrou, distancováním nebo odmítnutím.

Ve druhé fázi probíhá „stabilizace“. Většina symptomů se již manifestovala a jedinec je seznámen s chorobou. Nemocný se ale mnohdy snaží pokračovat v aktivitách, které dělal před objevením obtíží, což často vede k přetížení a přispívá k relapsům, rozrušení a pocitům selhání.

Ve třetí fázi je typické „rozhodování a řešení“. Dochází k recidivám relapsů. Nemocný akceptuje svoji nemoc a chápe, že se jeho stav z období před propuknutím choroby zpět už pravděpodobně nikdy nevrátí.

V poslední čtvrté fázi „integrace“ se střídají období remise a relapsů. Jedinci však jsou schopni část své původní identity integrovat.

Nemocný nicméně nemusí vůbec projít všemi uvedenými fázemi. Chronicky nemocní často ustrnou mezi první a druhou fází, kde každá krize indukuje novou destabilizaci jeho individuálního biopsychosociálního systému. Bez adekvátní podpory nemocný nemusí vůbec opustit první fázi, a tak svádí tak boj s jednou krizí za druhou (Raudenská, Javůrková, 2011).

1.3.2 Kvalita života nemocného

Pojem „kvalita života“ lze v odborném jazyce použít na popis pozitivních i negativních aspektů života (Gurková, 2011). Kvalita života ale také souvisí s uspokojováním potřeb, které jsou ryze individuální (Marková, 2010).

Samotné vnímání kvality života určují dva psychologické faktory. Prvním faktorem je očekávání nemocného, druhým faktorem je zdraví těch, se kterými se nemocní porovnávají. Nemocný se srovnává s určitou představou, jak by se podle něj měla

situace odehrávat. Spokojenost tedy ovlivňuje to, jak se události ve skutečnosti odvíjejí (Barsky, Deans, 2007).

Právě chronické srdeční selhání je často i přes moderní terapii onemocnění, které je spojováno s vysokou úmrtností a špatnou kvalitou života (Jaarsma, 2009). Faktory, které kvalitu života významně ovlivňují, jsou například:

- požadavky na self-management, kdy nemocný musí být schopný zakomponovat do svého života změny svých návyků a chování,
- celoživotní léčbu, která často pouze zmírňuje symptomy, má nepravidelný efekt a nežádoucí účinky,
- nepředvídatelnost průběhu onemocnění,
- vědomí neustálého rizika závažných následků, především v případě nedodržení léčebného režimu,
- v domácím prostředí je zodpovědnost terapie přenesena na nemocného (Gurková, 2011).

1.3.3 Co prožívá rodina?

Nemoc postihuje také celou rodinu nemocného. Její funkce je stále nenahraditelná (Kapounová, 2007). Každá rodina na onemocnění jedince reaguje odlišně. Je to dáno jedinečností každého rodinného prostředí a schopností rodiny adaptovat se na vzniklou zátěž (Gurmanová, 2008).

U chronických onemocnění rodina pociťuje stres, který je často dlouhodobý, někdy na celý život (Colorosová, 2008). Stupeň stresu v rodině závisí na závažnosti, intenzitě stresoru, zdrojích, možnostech, na psychické a fyzickém stavu členů rodiny. Neméně důležitými aspekty jsou předchozí zkušenosti, zážitky, aktuální vztahy a citová atmosféra v rodině (Sobotková, 2007).

Nemoc však bezesporu přichází neočekávaně. Radikálně mění rodinné návyky a spolehlivě přinese zmatek do zavedeného každodenního řádu. Také nepochybně nikomu nepřijde vhod (Gurmanová, 2008; Colorosová, 2008).

Onemocnění často vyvolává obavy rodiny o osud nemocného, soucit, smutek, někdy je provázeno pocity viny, selhání nebo vědomím reálného zavinění nemoci (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007).

Rodina a partneři zpočátku netuší, jak krizi zvládnou, snaží se na vzniklou situaci adaptovat po svém. Někdy mohou něco provést nebo říct, co celé situaci příliš neprospívá. Pro nemocného je však důležité vědět, že každý člen rodiny dělá to, co je v jeho silách (Grumanová, 2008).

Rodina poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu, podílí se na péči o pacienta, podporuje nemocného, připravuje domácí prostředí nebo zajišťuje další potřebnou péči (Kapounová, 2007).

Důležitá je také úloha partnera. Partner stojí na straně nemocného a může pomoci vyřizovat nutné záležitosti. Domluvit návštěvu u lékaře, docházet s nemocným na konzultace a vyšetření. Může být rovněž nápomocný při rozhodování o léčbě a při zvládnání budoucích úkolů (Grumanová, 2008). Je nutné však podotknout, že zodpovědnost za své zdraví nese vždy sám pacient (Škrlovi, 2003).

1.3.4 Překážky v self-managementu

Řada lidí se srdečním selháním i nadále pokračuje v aktivním a plnohodnotném životě, protože se o sebe naučili dobře pečovat. Dělat pozitivní změny ve svém životním stylu, v oblastech stravy, cvičení a při odvykání kouření vyžaduje znalosti a nutnost naučit se čelit různým problematickým situacím (European Society of Cardiology, 2009).

Sestra by měla nejen poskytnout znalosti, dát fakta, vysvětlit, objasnit a diskutovat, ale také pacienta učit znalosti aplikovat (Jaarsma, Nikolova-Simons, Van der Wal, 2012).

Užívání léků

Užitím léků podporujících diurézu u nemocných vzniká obava vzdálit se od domova a toalety. Zároveň se nemocní mohou potýkat s nutností se probouzet v noci a vstávat z lůžka kvůli vyprazdňování. Z těchto důvodů je důležité konzultovat s lékařem možnost úpravy dávek nebo možnosti užití tablet dříve během dne (Heart Failure Society of America, 2003).

Při užívání medikace může dojít ke vzniku vedlejších účinků. Některé vedlejší účinky se mohou v průběhu užívání zmírnit. Vždy je však nutné poradit se s ošetřujícím lékařem, který lék může změnit nebo upravit jeho dávku (Heart Failure Society of America, 2003).

Nemocný také může užití léků úplně opomenout. Pokud k této situaci dojde a nemocný se rozpomene tehdy, když má užít druhou dávku, první dávku by měl raději vynechat, aby neužil obě dávky současně. V případě, že si nemocný vzpomene do několika hodin, že si nevzal své léky, může je užít a pokračovat v dávkování dle jeho zvyklostí (Heart Failure Society of America, 2003).

Účinnou pomůckou pro pravidelné užívání léků je dávkovač léků. Dávkovač na léky nemocný naplní na začátku každého týdne a umístí ho na viditelném místě. Názvy a dávkování jednotlivých léků také může nemocný přehledně zakreslit do grafu a ten umístit na vnitřní dvířka skříně (Heart Failure Society of America, 2003). Při užívání léků v určitém časovém intervalu je výhodné si nastavit budík, který připomene užití ve správnou dobu (European Society of Cardiology, 2009).

Na zapomenutou dávku léčiv může také upozornit rodina. Proto je výhodné, aby rodina nemocného byla informována o užívání léků (European Society of Cardiology, 2009).

Problém může nastat rovněž při placení léků. Při finančních překážkách je nutné se poradit s lékařem o možnosti levnější varianty léku (Heart Failure Society of America, 2003).

Cvičení a aktivita

Nemocný může udávat nedostatek času nebo energie k vykonávání fyzické aktivity. Pro zahájení fyzické aktivity je důležité získat informace od ošetřujícího lékaře. Pokud nemocný dostane jasné pokyny, kdy může začít, začne se cvičením velmi pomalu a pozvolna může zvyšovat úroveň aktivity (Heart Failure Society of America, 2003).

Nemocný by si měl cíleně a vědomě rezervovat zvláštní čas pro cvičení a přijmout pohyb jako rutinní činnost (např. procházka každý den před večeří). Vhodné je také zapojit rodinu a přátele (Heart Failure Society of America, 2003).

Výběr doby a druhu fyzické aktivity je důležitý. Neodporčuje se cvičit hned po velkém jídle nebo naopak nalačno. Ideální naplánování fyzické aktivity je 1 – 2 hodiny po lehkém jídle. Pro začátek je vhodná aktivita chůze. Nemocný může vyzkoušet každý den chodit pro noviny nebo vystupovat z autobusu o jednu zastávku dříve. U aktivních nemocných se doporučuje plavání nebo jízda na kole (European Society of Cardiology, 2009).

Základní pravidlo při dávkování zátěže je, aby byl nemocný schopen při aktivitě mluvit s partnerem. V případě objevení dušnosti, závratě, bolesti na hrudi, nevolnosti nebo objevení studeného potu nemocný zastaví aktivitu a při přetrvávání obtíží kontaktuje lékaře (European Society of Cardiology, 2009).

Nemocný se také může obrátit s dotazem na místní rehabilitační centrum, zda se tam nabízí program pro trénink nízké intenzity (European Society of Cardiology, 2009).

Dietní opatření

Nemocní mohou mít obavy z odlišného způsobu vaření podle nových dietních opatření. Mohou mít strach z procesu vyhledání vhodných potravin, obzvláště v případě, pokud jsou finančně nedostupné. Někdy musí překonávat pokušení a chuť na jídlo, které není v dietních opatřeních doporučováno (Heart Failure Society of America, 2003).

Jeden z nejlepších způsobů, jak vydržet a dodržovat dietní opatření, je získat si pro změnu stravování rodinu, partnera nebo přátele. V opačném případě se nemocný musí aktivně podílet, naučit se jednoduché techniky přípravy jídla a vyhradit si zvláštní čas

pro nakupování. Stejně tak se musí naučit číst etikety potravin (Heart Failure Society of America, 2003).

Omezení tekutin

Někdy je pro nemocného obtížné řídit se doporučeným množstvím tekutin, jaké může za den zkonsumovat. Měl by však být řádně poučen, že do příjmu tekutin musí započítat nejen vodu, ale také džus, kostky ledu, kávu, mléko, polévky, čaj nebo šumivé nápoje (European Society of Cardiology, 2009).

Nemocný může při omezeném příjmu tekutin používat místo velkých hrnků malé šálky a snažit se rozvrhnout svůj denní příjem tekutin do celého dne. Také lze doporučit pití velmi chladných nebo velmi horkých nápojů – trvá déle, než je nemocný zkonsumuje (European Society of Cardiology, 2009).

Při zvýšeném pocitu žízně lze doporučit nemocnému cucat kostky ledu, žvýkat žvýkačky, přidávat citrónovou šťávu do čaje nebo minerální vody (European Society of Cardiology, 2009).

Odvykání kouření

Nikdy není pozdě přestat kouřit. Existuje řada různých způsobů jak se o to pokusit, včetně využití pomoci odborníků. Nemocný může mít pocit, že ne všechny rady jsou adekvátní jeho situaci, s trochou vytrvalosti však zcela určitě najde způsob, jak přestat kouřit (European Society of Cardiology, 2009).

Nemocný může zkusit produkty, které pomáhají potlačit abstinenčními příznaky (žvýkačky, inhalátory). K dispozici je také řada léčiv.

Doporučuje se vyhýbat místům, kde se kouří a seznámit se svým rozhodnutím přestat kouřit i své přátele a kolegy. Ideální je, pokud se dobrovolně zapojí i rodina, zejména ti, co kouří.

Existuje mnoho dalších rad jako čištění zubů po jídle místo zapálení cigarety (European Society of Cardiology, 2009).

Práce

Neexistuje důvod přestat pracovat jen proto, že bylo nemocnému diagnostikováno srdeční selhání. Ve skutečnosti práce může nemocnému pomoci snížit pocity izolace a deprese. Návrat do práce by měl nemocný prodiskutovat se svým lékařem, zejména z hlediska vykonávání fyzické aktivity.

Do zaměstnání, které nevyžaduje příliš fyzické aktivity, se pravděpodobně nemocný vrátí beze změn. Fyzicky nebo psychicky náročnou práci je většinou nutné upravit. V případě, že se nemocný nemůže vrátit do své obvyklé práce, je třeba téma prodiskutovat se zaměstnavatelem a vyjednat si práci na částečný úvazek (Heart Failure Society of America, 2006b).

1.4 Specifika v péči o nemocného s chronickým srdečním selháním

1.4.1 Koordinace zdravotnického týmu a návaznost péče o nemocného s chronickým srdečním selháním

V průběhu hospitalizace a po propuštění se na péči o nemocného podílí celý ošetrovatelský tým. Důležitá je jeho koordinace (Závodná, 2005).

Rozdělení úkolů je však složitá otázka z důvodů omezených pracovních sil a zdrojů. Systematická péče obsahuje především:

- sledování příznaků a symptomů umožňující včasnou identifikaci dekompenzace,
- podpora soběstačnosti nemocného,
- realizace strategií pro úpravu rizikových faktorů,
- poskytnutí poradenství v oblasti odvykání kouření,
- poskytnutí poradenství v oblasti pravidelného užívání léků, ale také v oblasti výživy a pití alkoholu,

- na základě preferencí nemocného sestavení vhodného cvičebního programu a stanovení dovolené fyzické aktivity (National Heart Foundation of Australia, 2010).

Před propuštěním nemocného je důležitá identifikace a koordinace péče po propuštění, zahrnující např. rehabilitační program nebo domácí péči (National Heart Foundation of Australia, 2010).

K zajištění individuální péče s ohledem na přidružená onemocnění (arytmie, diabetes mellitus, obezita aj.) je zapotřebí vzdělaný zdravotnický personál, vzdělané pečovatele, ale také vzdělané pacienty. Podporou může být možnost nepřetržitého telefonického poradenství a koučink (Department Of Health State Of Western Australia, 2008).

Dlouhodobým cílem ošetrovatelské péče je také monitorace kvality života nemocného. Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním je totiž velmi nízká (Málek a kol., 2013).

K dosažení zlepšení kvality života je nejdříve třeba zjistit a diagnostikovat kvalitu života jedince a teprve poté určit intervence. Intervence směřují nejen k fyzickým aspektům, jako je posilování návratu nemocných do běžného života, zvládnání denních aktivit a adekvátní využívání sociální podpory ale především také zjištění, jak vůbec nemocný vnímá své onemocnění. Jinak řečeno je třeba se také zaměřit na přístup jedince a přihlídnout k jeho specifické životní situaci (Gurková, 2011).

Klinickým nástrojem pro zhodnocení kvality života jsou dotazníky. Použití dotazníků však musí být v rámci pracoviště odsouhlaseno (Gurková, 2011).

Efektivita ošetrovatelských intervencí je založena na subjektivním hodnocení nemocným. Úkolem nemocného je evaluovat, do jaké míry vlivem intervence sestry došlo ke zmírnění dopadu onemocnění a jeho negativních vlivů (Gurková, 2011).

1.4.2 Ambulantní péče o nemocné s chronickým srdečním selháním

Současné metody intervenční kardiologie i farmakoterapie prodlužují život, což na druhé straně znamená přibývání nemocných s chronickým srdečním selháním. Pro nemocné je nesporně důležitá kvalitní nemocniční péče. Důraz je však třeba klást také na časnou posthospitalizační péči (Daniel, 2013).

Za standardní situace se po propuštění ze zdravotnického zařízení nemocný svěřuje do péče svého kardiologa. U stabilizovaného nemocného by měla proběhnout kontrola zdravotního stavu každé 3–6 měsíců (Kettner, Málek, 2009).

Bylo však dokázáno, že přibližně 25 % pacientů je opakovaně hospitalizováno během 3 měsíců po propuštění (Lazárová, Málek, Táborský, 2012). Současným trendem je zabránit opakovaným hospitalizacím, protože jsou ekonomicky náročné (Daniel, 2013). Některé faktory, které by mohly snížit počet re-hospitalizací, jsou přitom ovlivnitelné, např. zlepšení compliance (spolupráce) při pravidelném užívání medikace (Schejbalová, 2007).

Dosažení efektivního postupu ambulantního sledování je stále předmětem klinických studií. Studie The Trans-European Network Homecare Management System (TEN-HMS) například porovnávala metodu domácího telemonitoringu a telefonického kontaktu se sestrou oproti obvyklé péči lékaře primární péče. Studie ukázala, že metody monitoringu (telemonitoring i telefonický kontakt se sestrou) oproti obvyklému sledování mohou snížit mortalitu nemocných. Průkazně také došlo k lepší organizaci péče u profesionálů a ke zlepšení přístupu k pacientům (Schejbalová, 2007).

Podobná studie uskutečněná v Argentině se nazývá Randomized Trial of Telephone Intervention in Chronic Heart Failure (DIAL). Studie prokázala nižší pravděpodobnost hospitalizace a lepší hodnocení kvality života ve skupině, u které probíhala telefonická intervence, oproti běžné péči (Schejbalová, 2007).

Klady ambulantní péče jsou nezastupitelné. Umožňují pobyt nemocného v domácím prostředí, kde lépe zvládá případnou bolest, strach nebo úzkost a cítí se bezpečněji. Přítomnost rodinných členů nemocného uklidňuje a rozptyluje. Je třeba však mít na paměti i negativní faktory: doprava do ambulance, opakovaná náročná vyšetření, minulé

negativní zážitky, dlouhá doba čekání nebo nevhodné chování zdravotnických pracovníků (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007).

Ve Velké Británii, ve Švédsku i jiných zemích pracují v ambulantních zařízeních proškolené sestry, které jsou v pravidelném telefonickém i osobním kontaktu s nemocnými, a po dohodě s ošetřujícím lékařem jsou schopny samostatně upravovat nefarmakologickou i farmakologickou léčbu. Telefonický kontakt je uskutečňován minimálně jednou týdně. Součástí péče je také výchova rodinných příslušníků žijících ve stejné domácnosti (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013). U nás tato praxe není obvyklá (Málek F., Málek I., 2013).

1.4.3 Sestry specialistky v péči o nemocné s chronickým srdečním selháním

Kontakt mezi čekárnou a ambulancí zajišťuje zdravotní sestra, která zde sehrává nejdůležitější roli. Měly by zde pracovat zkušené profesionální sestry, zdvořilé, vlídné, které ovládají komunikační techniky a dokáží pozitivně ovlivnit psychický stav nemocného (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007).

Výchovou sester specialistek se zabýval doc. MUDr. Petr Niederle, DrSc., z nemocnice Na Homolce. Výchovu rozdělil na několik fází.

V první fázi by měla sestra absolvovat různě dlouhou praxi v intenzivní péči, kde se naučí rozpoznávat symptomy onemocnění, získá poznatky o diagnostice, farmakologické a nefarmakologické léčbě. Samostudiem se naučí klinické aspekty onemocnění včetně určování funkční klasifikace NYHA.

Ve druhé fázi sestra absolvuje 6–12 měsíců dlouhou praktickou výuku na specializované ambulanci, kde se učí psychologickým znalostem, dietologií a zátěžovému testování nemocných.

Po absolvování obou těchto fází je sestra schopna pracovat na ambulanci pod vedením zkušené sestry nebo lékaře a učí se indikovat vyšetřovací metody.

V poslední fázi se sestra vzdělává ve farmakologii, aby byla schopna titrovat dávky léků a upravovat dávky v závislosti na klinickém stavu nemocného (Niederle, 2003).

1.4.4 Paliativní péče

Dle definice World Health Organization (WHO) je cílem paliativní péče zlepšit kvalitu života pacienta a jeho rodiny v případě jakéhokoliv život ohrožujícího onemocnění. Paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů způsobujících utrpení a pohlíží na umírání jako na fyziologický proces. Cílem péče není urychlit ani oddálit smrt, ale nabízí systém podpory a pomoci nemocnému žít co nejaktivněji až do smrti. Holistický přístup se také zaměřuje na psychologické a duchovní aspekty péče (Jaarsma, 2009).

Srdeční selhání je závažný stav, který z hlediska symptomů a úmrtnosti odpovídá malignímu onemocnění. Přesto jen malý počet pacientů se srdečním selháním získá odbornou paliativní péči (Jaarsma, 2009).

Průběh onemocnění nelze předpovídat a někdy je obtížné identifikovat vhodnou dobu, kdy by se měla řešit otázka paliativní péče (Hradec, Vítovec, Špínar, 2013). Posouzení komplikuje také více komorbid (diabetes mellitus, renální insuficience, anemie, chronická obstrukční pulmonální nemoc, deprese), které jsou typické pro starší populaci (Jaarsma, 2009).

Pozornost by se proto měla soustředit na zlepšení kvality života, kontrolu symptomů a včasnou detekci zhoršení stavu (Hradec, Vítovec, Špínar, 2013).

Paliativní péče však v našich podmínkách není ještě vzhledem ke své komplexnosti a náročnosti optimálně zavedena a bylo by žádoucí, aby se na této péči specializované ambulance srdečního selhání podílela (Lazárová, Málek, Táborský, 2012).

Roste totiž počet pacientů, kteří žijí mnoho let po stanovení diagnózy, díky pokroku farmakologické léčby, ale také přístrojové a chirurgické léčby. Více pacientů tak dosáhne terminální fáze onemocnění a vznikne větší potřeba paliativní péče (Jaarsma, 2009).

Paliativní přístup je založen na zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny, čelí problémům spojeným s onemocněním prostřednictvím prevence, zmírnění utrpení pomocí včasné identifikace a léčby fyzických, psychosociálních a spirituálních

příznaků. Paliativní péče by měla být součástí komplexního přístupu k nemocnému se srdečním selháním po celou dobu onemocnění (Jaarsma, 2009).

1.5 Úloha sestry

Dle předpisu č. 55/2011 Sb., vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 4 všeobecná sestra mimo jiné:

- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti, projevů onemocnění a rizikových faktorů, a to i s použitím měřících technik,
- sleduje a hodnotí fyziologické funkce,
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- provádí nácvik sebeobsluhy s nemocným,
- orientačně hodnotí sociální situaci nemocného a identifikuje potřebu spolupráce se sociálním nebo zdravotně-sociálním pracovníkem a případně zprostředkuje pomoc,
- zajišťuje psychickou podporu umírajícím, jejich blízkým,
- edukuje nemocné, případně jiné osoby, a připravuje pro ně informační materiály.

1.5.1 Edukace nemocného a jeho rodiny

Účelem edukace je vysvětlit pacientovi, jeho rodinným příslušníkům a přátelům smysl dietních opatření, význam denního vážení, pohybového režimu, včasného rozpoznání a hlášení příznaků při zhoršujícím se zdravotním stavu (Niederle, 2003).

I. Edukace nemocného

Edukace je součástí profesionální role sestry. Sestra jako odborník ve své profesi stojí v čele edukačního týmu a přemýšlí, jak zapojit jednotlivé členy zdravotnického týmu. Centrem zájmu je také pacientova rodina (Nemcová, Hlinková, 2010).

Ukázalo se, že efektivnost léčebného procesu se zvyšuje, pokud pacient i jeho rodina jsou adekvátně informováni o zdravotním stavu nemocného a léčebném režimu (Svěráková, 2012). Informovanost také přispívá ke klidu a získání si nemocného ke spolupráci, zatímco neinformovanost vyvolává obavy a může oslabit průběh léčebného procesu (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007). Nemocný by měl proto o své nemoci získat co nejvíce informací. Jedině tak dokáže zodpovědně zvážit nabízené možnosti a rozhodovat se tak, aby to bylo prospěšné. Pokud nemocný nemá absolutní představu o tom, co se v jeho těle děje, nemůže ani pochopit, jakým způsobem se má podílet na léčebném režimu (Grumanová, 2008).

Edukační proces

Edukací, edukačním procesem rozumíme výchovně-vzdělávací proces. Výchovu definujeme jako proceduru záměrného působení na osobnost jednotlivce s požadavkem dosažení změny v jednotlivých složkách osobnosti. Zatímco samotná procedura orientující se na osvojení všeobecných a odborných informací se nazývá vzdělávání (Nemcová, Hlinková, 2010).

O výuce nemocných se zmiňovala již v 19. století Florence Nightingalová. Zjistila, že nestačí informace týkající se zdraví pouze získat, ale je nutné, aby je nemocní byli schopni i aplikovat. Na počátku minulého století propagovala výuku rodin pacientů Lillian Waldová. Později výuka spočinula na bedrech veřejných ošetřovatelek, které nemocné navštěvovaly doma. Až v padesátých letech se výuka přesunula převážně do ambulantních oddělení nemocnic (Škrlovi, 2003).

Mnoho zdravotnických zařízení v České republice však výuku nemocných stále považuje za určitý nadstandard (Škrlovi, 2003).

Specifika edukace u pacientů s chronickým onemocněním

Léčba chronického onemocnění vyžaduje od pacientů značnou míru vytrvalosti a disciplíny. Konzervativní terapie je pomalá a dodržování léčebných pokynů často velmi záleží na vztahu nemocného k podávanému léku (Magurová, Majerníková, 2009).

Také postoj nemocného k vlastní chorobě musíme při edukaci zohlednit, protože může být u každého jedince odlišný (Magurová, Majerníková, 2009).

Cíle edukace pacientů v rámci sekundární a terciální prevence

Edukace orientovaná na sekundární a terciální prevenci má zamezit případnému rozvoji komplikací (Svěráková, 2012).

Cílem edukace je podpora nemocného, odevzdání informací, ale také přispění k pochopení podstaty a příčiny onemocnění (Škrlovi, 2003). Úkolem je zdůraznění, jaké příznaky je nutné rozpoznat a co dělat v případě jejich objevení. Klademe důraz na dodržování farmakologické a nefarmakologické terapie (Widimský, 2009).

Pomáháme nemocnému převzít zodpovědnost za své zdraví, pomáháme při změnách chování v rámci léčebného režimu a přispíváme při opravení chybných koncepcí nemocného (Škrlovi, 2003; Svěráková, 2012).

Cíle mohou být afektivní (utváření postojů a hodnotových orientací), kognitivní (rozvoj poznávacích procesů) a psychomotorické (činnosti) (Šulistová, Trešlová, 2012).

Pomocníkem pro tvorbu a zpřesňování cílů jsou tzv. taxonomie cílů, které umožňují uvažovat o jejich náročnosti, návaznosti a komplexnosti (Vališová, Kasíková a kol., 2011).

Zásady edukace nemocného

Obsah edukace se musí shodovat s nejnovějšími poznatky v dané oblasti. Při sestavování plánu sestra dbá na zásady vědeckosti, přiměřenosti, přesvědčivosti, soustavnosti a pedagogického taktu (Závodná, 2005).

Je nezbytné uplatňovat interdisciplinární přístup a využívat vědecké poznatky z pedagogiky, psychologie, sociologie, etiky a komunikace (Svěráková, 2012).

Při edukačním procesu je důležité si získat důvěru nemocného, posoudit připravenost nemocného k výuce a vyhodnotit překážky bránící edukaci. Výuku zajišťujeme na míru tak, aby co nejvíce korespondovala s potřebami nemocného. Důležité je také zvolení vhodné výukové metody a zdrojů (Škrlovi, 2003).

K nemocnému přistupujeme individuálně. Každý jedinec má jinou smyslovou, nervovou soustavu a míru vnímavosti, která je dána vrozeně, výchovou a zkušenostmi (Barsky, Deans, 2007).

Při edukaci se orientujeme spíše na zkušenosti nemocného, snažíme se poradit a motivovat k žádoucí změně, než autoritativně přikazovat (Magurová, Majerníková, 2009).

Metody edukačního procesu

Metoda jako cílený a záměrný postup učení je volena tak, aby směřovala k danému cíli. Úkolem vybrané metody může být informování edukanta (informační), formování jeho osobnosti (formativní) nebo výchova (Šulistová, Trešlová, 2012).

- **vysvětlování** je metoda, kterou nejčastěji volíme v případě nemožnosti opřít se o předcházející zkušenosti a vědomosti posluchače (Juřeníková, 2010). Nemocnému vysvětlujeme kde, kdy, jak, proč a co se bude dělat. Výsledkem poučení musí být pochopení. Dáváme prostor k dotazům, vysvětlujeme pomalu, jasně, srozumitelně (Kelnarová, Matějková, 2010). Vysvětlování můžeme doplnit názornými pomůckami (Juřeníková, 2010),
- metodu **přesvědčování** aplikujeme v případě, pokud nebyla úspěšná metoda vysvětlování. Nemocnému předkládáme informace tak, abychom ho přesvědčili o jejich správnosti, pravdivosti a nezbytnosti. Vyvarujeme se zvýšeného hlasu, nenapomínáme, nevyhrožujeme, nepoučujeme. Předkládáme fakta a příklady (Kelnarová, Matějková, 2010),
- **rozhovor** slouží ke sběru informací, sdělení nových poznatků a k opakování získaných vědomostí. Metoda probíhá ve formě kladení otázek, které si

připravíme dopředu, abychom zajistili efektivitu (Juřeníková, 2010). Při vyskytnutí problému je možné aplikovat tzv. heuristický rozhovor, jehož cílem je naučit řešit problémy, rozvíjet myšlení a tvořivost (Magurová, Majerníková, 2009),

- **diskuze** patří mezi další didaktické metody. Umožňuje reprezentovat vlastní názory, myšlenky, znalosti, nápady. Je vhodná pro upevnění vědomostí a k procvičení učiva (Juřeníková, 2010). Posluchači se aktivně zapojují, poskytují se jim možnost poučit se ze zkušeností ostatních a rozvíjet sebevyjadřování (Armstrong, 1999). Edukátor diskuzi vede, sleduje průběh a koriguje příspěvky (Juřeníková, 2010),
- **demonstrace**, předvádění, použijeme v situaci, kdy chceme nemocného naučit soběstačnosti, sebeobsluze, nové činnosti nebo nemocného získat pro spolupráci (Kelnarová, Matějková, 2010). První předvedení provádíme normální rychlostí, jak by měl daný úkol provádět, následuje pomalé vysvětlování krok po kroku (Armstrong, 1999). Zároveň je důležité upozornit na chyby, kterých se nemocný může dopustit a popřípadě jak je řešit (Juřeníková, 2010). Ověřujeme, že nám nemocný rozumí a necháme nemocného, aby nám výkon předvedl (Kelnarová, Matějková, 2010),
- **písemné materiály** ve formě letáků, brožur, plakátů, článků, knih představují početně využívanou metodu edukace. Úkolem edukátora je nejen poskytnutí materiálů, ale i velmi dobrá orientace v problematice k poskytnutí adekvátních informací (Juřeníková, 2010). Výhodou je možnost informace prostudovat opakovaně a v klidu (Svěráková, 2012),
- **e-learning** je metodou založenou na multimediální technologii. Výuka probíhá pomocí internetových kurzů (Juřeníková, 2010). Metoda sice nemůže zcela nahradit osobní kontakt, ale může se stát jedinečnou formou edukace, a to zejména u nemocných s nějakým handicapem. Výhodou je individualizace studia a flexibilita učení (Šulistová, Trešlová, 2012).

Pochybení při edukaci nemocného ze stran personálu

Při edukaci je důležité vést komunikaci nejen s nemocným ale také v pracovním týmu, aby nedocházelo ke stálému opakování „nového“, ale ke kontinuální výuce (Škrlovi, 2003).

Aktivně vyhledáváme známky únavy, abychom nemocného nepřetížili informacemi, a vždy se přesvědčujeme, zda nemocný informacím porozuměl, např. tím, že nemocného požádáme o zopakování toho, co se naučil (Škrlovi, 2003).

Edukátor/ka musí přijmout fakt, že pacient má právo odmítnout výuku nebo podané informace. Chybou je také ignorování prostředí a finanční situace nemocného, ve které se momentálně nachází (Škrlovi, 2003).

Edukace musí být vždy srozumitelná. Medicínské termíny vždy vysvětlujeme a používáme terminologii, která je pochopitelná i pro pacienta (Škrlovi, 2003). Z tohoto důvodu je třeba vyhranit si čas, aby výchova a vzdělávání neprobíhala ve spěchu, nebo při rychlé dimisi (Svěráková, 2012). Nesprávná je také absence evaluace (Škrlovi, 2003) a celkové podcenění edukačního procesu ze stran zdravotnického personálu (Svěráková, 2012).

Aspekty ovlivňující edukační proces

Edukační proces významně ovlivňují kognitivní (např. inteligence, vzdělání), afektivní (postoje, motivace aj.) a biologické vlastnosti (věk, potřeby aj.) ale také vlastnosti sociokulturní a spirituální (Kuberová, 2010).

Z hlediska pohlaví je třeba brát v potaz, že ženy často lépe akceptují vznik dané situace a jsou většinou zodpovědnější v péči o své zdraví (Škrlovi, 2003).

Vzdělání nám může napovědět o tom, jak svou řeč optimálně přizpůsobit (Škrlovi, 2003).

U seniorů je vhodné volit jednoduché informace (Škrlovi, 2003). Očekáváme horší schopnost adaptace, pokles vitality, psychomotorické zpomalení, změny v myšlení, motivaci, zájmových a hodnotových sférách. Každá změna jedince traumatizuje, ten se

stává více emocionálně labilnější (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007). K věku také přihlížíme vzhledem k problémům se zrakem, sluchem a manuální zručností (Svěráková, 2012). U seniorů je vhodné integrovat do edukačního procesu zároveň rodinné příslušníky (Magurová, Majerníková, 2009).

Proces učení negativně ovlivňuje bolest, působení akutního onemocnění, ale i celkové rozpoložení jedince, např. úzkost nebo deprese (Škrlovi, 2003).

Bariérou edukačního procesu může být obava z neúspěchu a nepřipravenost ze strany nemocného (Škrlovi, 2003).

Pacient také může popřít potřebu edukace nebo vykazovat nízkou míru motivace (Svěráková, 2012).

Z hlediska prostředí může negativně proces učení ovlivnit také hluk, příliš přetopená nebo chladná místnost, špatné osvětlení atd. (Magurová, Majerníková, 2009).

Realizace edukačního procesu

Fáze edukačního procesu

1. Vyhodnocení současnosti (posouzení) – systematicky získáváme údaje, které třídíme a analyzujeme. Informace můžeme získat rozhovorem, pozorováním, dotazníkovou metodou nebo pomocí dokumentace (Kuberová, 2010). Zároveň zjišťujeme potřeby a možnosti nemocného, jeho dosavadní znalosti, dovednosti, hodnotíme jeho připravenost pro edukaci a odhodlání přijmout změnu dosavadního životního stylu (Škrlovi, 2003; Svěráková, 2012). Zjišťujeme, jaké prvky lze využít pro motivaci nemocného. Vyhodnocujeme také ekonomickou situaci nemocného (Svěráková, 2012).

2. Diagnostika – obsahuje stanovení edukační diagnózy vymezující problémy a potřeby jedince. Edukátor/ka se zamyslí nad příčinami a faktory, které tyto problémy podmiňují, a doplní jejich přesnou charakteristiku (Kuberová, 2010). Záleží na situaci, zda budeme edukovat nově diagnostikovaného nemocného, nebo nemocného, který se

opakovaně dopouští stejných chyb (Svěráková, 2012). Diagnózy se dělí podle důležitosti vždy s přihlédnutím k pacientovi (Kuberová, 2010).

3. Plánování, příprava edukačního plánu – ve spolupráci s nemocným dochází ke stanovení očekávaných cílů (očekávání edukátora/ky, očekávání nemocného), stanovení strategie, definicí úkolu, rozsahu výuky a stanovení priorit. Formuluje se záměr edukace, který obsahuje dlouhodobé důvody pro získání vědomostí, zatímco cíl je specifický a vztahuje se k momentální potřebě nemocného. Do plánování patří i stanovení rozsahu, obsahu výuky, definice harmonogramu, organizace a stanovení pomůcek (Škrlovi, 2003; Závodná, 2005; Svěráková, 2012).

4. Realizace plánu – dochází k implementaci strategie výuky, vyzkoušení připravenosti nemocného, rozdělení úkolů do menších celků, aplikování výukových metod a pomůcek. Vždy je nutné brát zřetel na kulturní pozadí pacienta (Škrlovi, 2003). V případě neúspěšného postupu či selhávání v dosahování cílů je nutné edukanta posilovat a motivovat (Šulistová, Trešlová, 2012).

5. Hodnocení edukace – posoudíme, zda nemocný dosáhl stanovených cílů, porovnáváme skutečné znalosti s očekávanými. Provedeme revizi plánu (Škrlovi, 2003). Velký význam má sebehodnocení, používáme reflexi a zpětnou vazbu (Šulistová, Trešlová, 2012).

Hodnocení edukačního procesu

V průběhu a na závěr hodnotíme nemocného, jak změnil své chování a jednání. Vyhodnocujeme, co se nemocný naučil nového a do jaké míry dosáhl stanovených cílů.

Záměrně k hodnocení nevolíme metodu, která by nemocného stresovala nebo demotivovala jako např. písemný test. Nejvhodnější metodou je rozhovor nebo diskuze. Při rozhovoru je třeba nejdříve vystihnout pozitiva, pochválit, povzbudit nemocného a teprve později kritizovat (Kuberová, 2010).

Snažíme se být konkrétní. Součástí hodnocení je také navržení opatření nebo dalších změn (Kuberová, 2010). Doporučení na zlepšení je důležitou součástí hodnocení a je základním pravidlem při udělování kritiky (Tate, 2005).

Při hodnocení edukace a zpětné vazby můžeme také využít písemné dotazníkové metody. Nemocný dostane za úkol podle škály ohodnotit výukový proces. Posuzuje např. ochotu edukátora/ky, zda byly informace dostačující a zda informacím porozuměl (Škrlovi, 2003).

Dokumentace

Součástí edukačního plánu je také záznam o edukaci. Poskytuje údaje všem členům ošetrovatelského týmu, zajišťuje návaznost a soustavnost edukace, zabraňuje duplicitnímu předávání informací a zároveň poskytuje doklad o provedení výuky (Svěráková, 2012; Magurová, Majerníková, 2009).

Záznam by měl být opatřen podpisem edukanta a edukátora. Pomáhá tak nemocnému uvědomit si závažnost edukace a zodpovědnost za své chování (Svěráková, 2012).

Dokumentace obsahuje téma, výstup, dosažené výsledky a popis reakce nemocného na edukaci (Svěráková, 2012).

II. Edukace rodiny

Rodina nemocného je aktivním činitelem při vytváření podmínek v zajištění léčebných podmínek (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007).

Pokud rodina není dostatečně seznámena s léčebným procesem a nemocný tak u nich nenajde podporu a pochopení, může dojít k odcizení. Většina rodinných příslušníků není připravena na problémy, které nastanou, a snaží se metodou pokusu a omylu najít způsob, jak s nemocným vyjít, což může zavinit postupnou ztrátu kontaktu (Magurová, Majerníková, 2009).

Rodinní příslušníci často mají zájem přispět k uzdravení nebo poskytnutí pomoci ke zlepšení kvality života svého blízkého, ale mnohdy nevědí, jak to udělat. V tomto momentu je doménou sestry poskytnout rodině edukaci zahrnující:

- navrhnout vhodné komunikační techniky,

- zdůraznění vlivu haptiky a pasivní komunikace,
- vysvětlení režimových opatření včetně úpravy životosprávy,
- poskytnutí informací o nutnosti užívání léků,
- poskytnutí informací o možnosti využití agentury domácí péče, sociální nebo pečovatelské služby,
- poučení o dispenzarizaci (Kapounová, 2007).

Úkolem zdravotnických pracovníků je získat si rodinou nemocného, pravidelně s nimi hovořit a zajistit si je pro vzájemnou spolupráci. Kooperace zdravotnického týmu a rodinných příslušníků může mít na léčebný proces velmi pozitivní vliv (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007).

Konkrétní intervence pro rodinu a přátele popisuje brožurka vydaná Heart Failure Society of America (2004) pod názvem „Tips for family and friends“. Rodina nebo přátele mohou nemocnému pomoci:

- při monitoraci symptomů – ptejte se, všimněte si změn v symptomech, kolik polštářů nemocný používá, aby se vyvaroval dechovým obtížím v noci,
- při dodržování dietních opatření – zjistěte u ošetřujícího lékaře, jaká jsou omezení, kolik je povolené množství sodíku, hovořte s nemocným o tom, co mu chutná v rámci neslané diety, naučte se číst etikety tak, abyste byli schopni vypočítat obsah sodíku, zapojte nemocného do plánování jídelníčku, hledejte vhodné recepty, naučte se připravovat jídlo tak, aby obsahovalo méně sodíku, připravujte jídlo s nižším obsahem sodíku i tehdy, pokud se plánuje návštěva rodiny nebo sváteční akce,
- při aktivitách a cvičení – podporujte nemocného být aktivní, podílejte se na aktivitách (např. procházky),
- při vyplňování zásobníku na léky,
- ve správném dodržování léčebného režimu – podpořit nemocného,
- při denních aktivitách – ved'te komunikaci o cílech, potřebách a přáních nemocného,

- emocionální a sociální podpora – diskutujte o léčebném plánu, dejte vědět, že jste si všimli, jak nemocný správně dodržuje léčebný režim, podporujte nemocného v sociálních oblastech (návštěvy, telefonování, různé akce, pomozte při návratu do práce, podpořte sociální síť lidí se stejnými problémy),
- při finančních záležitostech – vyjádřete možnost finanční podpory při hospitalizaci, po propuštění, při pořizování medikamentů nebo zdravotnických pomůcek, obraťte se na sociální služby, v případě, že byl nemocný hlavní živitel rodiny, počítejte s různými finančními změnami,
- při komunikaci se sestrou a lékařem.

Někteří nemocní se nerozpakují požádat o pomoc druhé. Jiní na poskytování pomoci nejsou zvyklí a je pro ně nesmírně obtížné o ni požádat. Je důležité mluvit o nemoci a zapojit svoji rodinu a přátele tak, aby poskytli podporu, sílu a uklidnění. Pomáhá to, aby se nemocní necítili vyděšení a zbytečně tak nepřicházeli o svoji energii. Někdy nemocní nejsou připraveni svůj zdravotní stav sdělovat druhým a nikomu o tom neřeknou, je to jejich volba (Grumanová, 2008).

1.5.2 Subvence nemocného ve změně životního stylu

Změna návyků nemocného je důležitou součástí léčebného programu. Zejména chronické srdeční selhání je onemocnění vyžadující dlouhodobou léčbu. K dosažení nejlepších výsledků je nezbytně nutná připravenost nemocného na určité změny životního stylu (European Society of Cardiology, 2009).

Návyky nebo zvyky pocházejí ze způsobu výchovy. Formují se v dětství, jiné v pozdější době. Lze je definovat jako způsob myšlení a jednání, který je získán v minulosti (Holoubková, 2008). Jedná se o součinnost dobrovolného chování a životní situace (Machová, Kubátová a kol., 2009). Ke změně návyků je třeba překonat strach z reakcí okolí (Holoubková, 2008).

Změna je charakterizována jako nová stabilní poloha, jinak řečeno měníme určitý zaběhlý stereotyp. Období změny je často vnímáno jako období zmatků do té doby, dokud opět nedojde ke stereotypu (Kamp, 2000).

Reakce na změnu

Samozřejmě je rozdílné, pokud si změnu zvolíme sami, nebo je změna vynucená danou situací. Standardní reakce na změnu je odpor, který se může projevovat různými způsoby (Kamp, 2000):

- negace,
- hledání důvodů, proč to nepůjde,
- zavádění změny pomalé, neobratné a těžkopádné,
- udělání pouze minimální a jinak setrvání ve starém modelu,
- vykonání nejnutnějšího bez nadšení nebo iniciativy.

Manažer si musí uvědomit, že odpor je standardní a vedoucí reakce na změnu (Kamp, 2000). Důvodem je skutečnost, že je pohodlnější nedělat nic nového. Navíc v sobě nové nese jisté riziko neúspěchu (Veber a kol., 2002). Objevují se obavy z neznámého a nečekaného (Yeung, 2009).

Fáze změny

1. Nemocný si uvědomuje existenci problému (Škrlovi, 2003). Je seznámen s diagnózou a uvědomí si nutnost změnit své chování. V této fázi je velmi důležitá motivace (Svěráková, 2012). Velmi účinná je vnitřní motivace, především uvědomění, kdy změny vycházejí ze samotného jedince, jeho iniciativy a jeho vlastního zájmu (Šulistová, Trešlová, 2012).

2. Nemocný začíná shánět informace, aktivně čte, vyhledává údaje, snaží se situaci pochopit (Škrlovi, 2003). Je vhodné požádat o pomoc a získat skutečný názor jiné osoby (Yeung, 2009).

3. Nemocný si představuje novou situaci a zároveň zvažuje její klady a zápory, získává pohled na věc (Škrlovi, 2003). Je důležité si zodpovědět otázky a své odpovědi si zaznamenat. Ptáme se: Jaké výhody a nevýhody změna přinese? Jaké jsou výhody současného stavu? Jaké jsou nevýhody a náklady, které změna přinese? Jaké nevýhody přinese setrvání v současném stavu (Yeung, 2009)?

4. Nemocný zkouší nové chování, které je provázeno nespokojeností. Důležité je vytrvat (Škrlovi, 2003). Úspěch spočívá v pravidelném provádění malých kroků, nikoliv ve snaze udělat občas velký skok dopředu. Správný směr postupu je podstatnější, než rychlost, jakou se změna uskutečňuje (Yeung, 2009).

5. Nové chování. Pokud v něm nemocný pokračuje, stane se naučeným (Škrlovi, 2003). Dochází k postupné stabilizaci změny, změna je následně zařazena do vlastního systému hodnot (Svěráková, 2012). Za dosažený úspěch náleží odměna nemocnému, která udržuje motivaci (Yeung, 2009).

Přijímání změny

Nucení nemocného do změny může vést ještě k většímu nárůstu odporu. Manažer proto musí dát prostor pro odpor, nechat ho vyjádřit obavy, starosti a námitky. Překonání odporu je proces, který nelze uspěchat, a který je nepostradatelný při přijímání změny (Kamp, 2000).

V této fázi poskytujeme příležitost vyslovení lítosti, co bude jedinec ze starého způsobu postrádat (Kamp, 2000).

Manažer se v této fázi snaží zjistit, v čem bude užitečné pokračovat, a vede diskuzi o tom, čeho by se jedinec rád zbavil. Vyjádřením obav nemocného získáme informaci o tom, jakým směrem budeme vést změnu (Kamp, 2000).

1.5.3 Zhodnocení nemocného – vybrané metody

Specifické nástroje byly vytvořeny s cílem zjistit, jaké následky mají jednotlivá onemocnění na denní aktivity nemocného, psychosociální aspekty života a jiné oblasti (Gurková, 2011).

Pro pacienty se selháním srdce se používá Minnesotský dotazník života se selháním srdce (MLHFQ), pomocí kterého lze zhodnotit dopad srdečního selhání na důležité fyzické, sociální a duševní aspekty života (Gurková, 2011).

Kansas City kardiomyopatie dotazník (KCCQ) je 23položkový dotazník sloužící ke spolehlivému zhodnocení kvality života u chronického srdečního selhání. Dotazník hodnotí 6 domén: fyzická omezení, symptomy, stabilitu symptomů, sociální omezení, účinnost self-care a kvalitu života (Störk, Angermann, 2004).

Index self-care srdečního selhání (SCHFI) je nástroj pro měření self-managementu srdečního selhání. Osahuje 3 základní sekce: péči (maintenance), management a sebedůvěru (konfidence). V sekci A (maintenance) se hodnotí např. zda se nemocní váží, kontrolují si otoky kotníků, zda cvičí a dodržují dietu s omezením soli. V sekci B (management) nemocní hodnotí, jak rychle rozpoznali symptom srdečního selhání a jakým způsobem situaci řešili. V sekci C (konfidence) nemocní hodnotí jistotu v self-managementu, např. zda se nemocný řídí pokyny léčebného procesu, zda dokáže rozpoznat změnu svého zdravotního stavu atd. (Riegel, 2009).

2 ZKOUMANÝ PROBLÉM, CÍLE, HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit a porovnat u pacientů s chronickým srdečním selháním jejich informovanost v péči o sebe sama v rámci sekundární prevence.

2.2 Hypotézy

V souladu s cílem práce jsme si zvolili následující hypotézy:

1. Pacienti s chronickým srdečním selháním znají příznaky srdeční dekompenzace.
2. Pacienti s chronickým srdečním selháním dodržují režimová doporučení v souvislosti s následnou léčbou.
3. Pacienti s chronickým srdečním selháním si denně kontrolují v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz.

2.3 Výzkumné otázky

1. Učíme pacienty s chronickým srdečním selháním to, co potřebují vědět?
2. Jsme jako nelékařští zdravotničtí pracovníci schopni účinně předávat informace pacientům?
3. Jak probíhá výchovně-vzdělávací proces?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a technika sběru dat

Pro účely kvantitativního šetření jsme vytvořili originální nestandardizovaný dotazník (viz příloha č. 5).

Dotazník obsahuje celkem 20 očíslovaných položek. V úvodu jsme respondenty seznámili s účelem šetření. Vzhledem k povaze jednotlivých položek jsme respektovali důvěrnou povahu informací a zvolili jsme anonymní dotazování.

Zdůrazněním anonymity lze totiž získat podrobnější a pravdivější údaje, lze zvýšit návratnost a zároveň tím také naplnit i podmínky profesionální etiky (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Zachování soukromí dotazovaného jsme podpořili přiložením zalepovací obálky ke každému dotazníku s tím, že dotazovaný měl možnost dotazník do obálky vložit, zalepit a odevzdat tak, aby bylo zachováno jeho naprosté soukromí.

Jednotlivým položkám předcházejí jednoduché pokyny k vyplňování. Dotazník je sestaven z uzavřených a polootevřených položek a z jedné položky otevřené, kde nabízíme alternativu k vyjádření názoru respondenta.

Kvalitativní sběr dat probíhal technikou polostrukturovaného rozhovoru pomocí předem připraveného souboru otázek (příloha č. 6). Soubor otázek jsme stanovili v souladu s výzkumnými otázkami.

3.2 Realizace kvantitativního výzkumu

Šetření probíhalo v časovém horizontu listopad 2013 – únor 2014. Dotazníky jsme distribuovali do vybraných zdravotnických zařízení na základě udělení písemného souhlasu ředitele a náměstka pro ošetrovatelskou péči.

Původně jsme oslovili celkem 7 ambulancí srdečního selhání. Zdravotnická zařízení v Plzni a Olomouci s provedením šetření nesouhlasila z důvodu přetížení dotazníkovými akcemi.

Na základě těchto vyjádření jsme sběr dat uskutečnili v následujících zdravotnických zařízeních:

Tabulka č. 1 – Sběr dat ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnické zařízení	Předaných dotazníků
Fakultní nemocnice Brno	30
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	30
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	50
Fakultní nemocnice v Motole	50
Nemocnice Na Homolce	50
Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM)	50
Celkem	260

Celkem jsme distribuovali 260 dotazníků. Před samotnou distribucí dotazníků jsme vždy oslovili jako kontaktní osoby vrchní sestry všech ambulancí a požádali je o spolupráci. Do Brna jsme po předchozí domluvě dotazníky zaslali poštou, v Praze jsme je předali osobně.

Po uplynutí výše zmíněného časového horizontu jsme si dotazníky na všech pracovištích osobně vyzvedli.

Z provedeného šetření se nám vrátilo celkem 183 relevantně vyplněných dotazníků.

Dotazníky byly vyplněny anonymně a dobrovolně.

Na statistickém zpracování se podílela Mgr. Olga Dvořáčková a Ing. Marek Koblíha.

3.3 Realizace kvalitativního výzkumu

Pro sběr kvalitativních dat jsme oslovili celkem 9 respondentů, z nichž 3 odmítli odpovídat pro pracovní vytíženost.

Sběr dat probíhal formou rozhovorů, které jsme realizovali ve zdravotnických zařízeních v období leden – březen 2014 na základě písemného souhlasu ředitele a náměstka pro ošetrovatelskou péči.

Tyto rozhovory probíhaly zcela individuálně bez přítomnosti jiných osob. Před každým dotazováním jsme se vždy seznámili s účastníkem rozhovoru. Vysvětlili jsme cíl, smysl, účel šetření a způsob využití získaných informací. Respondenty jsme vždy ujistili o zajištění jejich anonymity. Zároveň jsme každého účastníka rozhovoru požádali o souhlas s provedením nahrávky.

Rozhovor jsme zahájili pomocí úvodních otázek. Následovaly otázky mapující problematiku, které měli vést k naplnění výzkumného cíle. Posledním typem otázek byly odlehčovací otázky. Dotazy v rozhovoru byly tvořeny základními výzkumnými a tazatelskými otázkami, dále byly dle nutnosti či potřeby rozšířeny o otázky specifické.

Získané odpovědi jsme zaznamenávali na diktafon. Následně jsme zvukové záznamy přepsali. Od všech respondentů jsme získali elektronický kontakt, který jsme poté využili k možnosti zaslání přepsaného rozhovoru. Všichni respondenti nabídky zaslání přepsaného rozhovoru využili a jeden respondent posléze přepsaný rozhovor ještě doplnil.

Vzhledem k ochraně anonymity jsme při vyhodnocování dat učinili opatření – neuvedli jsme konkrétní pracoviště a jména respondentů.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor kvantitativní části výzkumu tvořili pacienti s chronickým srdečním selháním, kteří docházeli z domova na kontrolní vyšetření k lékaři. Centrem

pozornosti se tedy staly ambulance srdečního selhání. V našem výzkumném šetření šlo o záměrný výběr.

Respondenty kvalitativního šetření zastupovaly zdravotní sestry pracující v ambulancích srdečního selhání. Údaje respondentek kvalitativního šetření jsme zaznamenali do tzv. záznamového archu, který jsme vytvořili cíleně pro tyto účely. Originální tiskopis obsahoval data o pohlaví, věku, délce praxe a vzdělání respondentek. Součástí archu byl také elektronický kontakt na respondentku, údaje o pracovišti respondentky a datum uskutečněného rozhovoru. Posledním komponentem záznamového archu byl souhlas s nahráváním rozhovoru. Základní informace jsme shrnuli v Tabulce č. 25.

Tabulka č. 2 – Respondentky kvalitativního šetření

Respondentky	Věk	Délka praxe	Pohlaví	Vzdělání
Respondentka 1	47	25	žena	SZŠ
Respondentka 2	61	43	žena	SZŠ, ARIP
Respondentka 3	52	30	žena	SZŠ
Respondentka 4	49	30	žena	SZŠ
Respondentka 5	56	35	žena	SZŠ
Respondentka 6	39	20	žena	vysokoškolské

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole prezentujeme výsledky kvantitativního a kvalitativního šetření ze získaných dat v souladu se stanoveným cílem práce.

4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Získaná data a výsledky jsme zpracovali v programu Microsoft Office Excel 2007.

Celkem jsme vyhodnotili 183 dotazníků. Nevyplněné položky všech dotazníků nikdy nepřesáhly 50 % chybějících údajů. Po konzultaci se statistikem bylo možné dotazníky použít.

Podíl mezi dodanými a akceptovanými dotazníky u jednotlivých položek, které jsme využili pro statistické zpracování hypotéz, se průměrně pohyboval v hodnotě 98,5 %.

U každé položky je tak uveden počet dotazovaných, kteří danou položku zodpověděli.

Jednotlivé položky jsme zpracovali pomocí deskriptivní statistiky v absolutní a relativní četnosti. Ke statistickému zpracování hypotéz jsme použili Pearsonův Chí-kvadrát test:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(P - O)^2}{O}$$

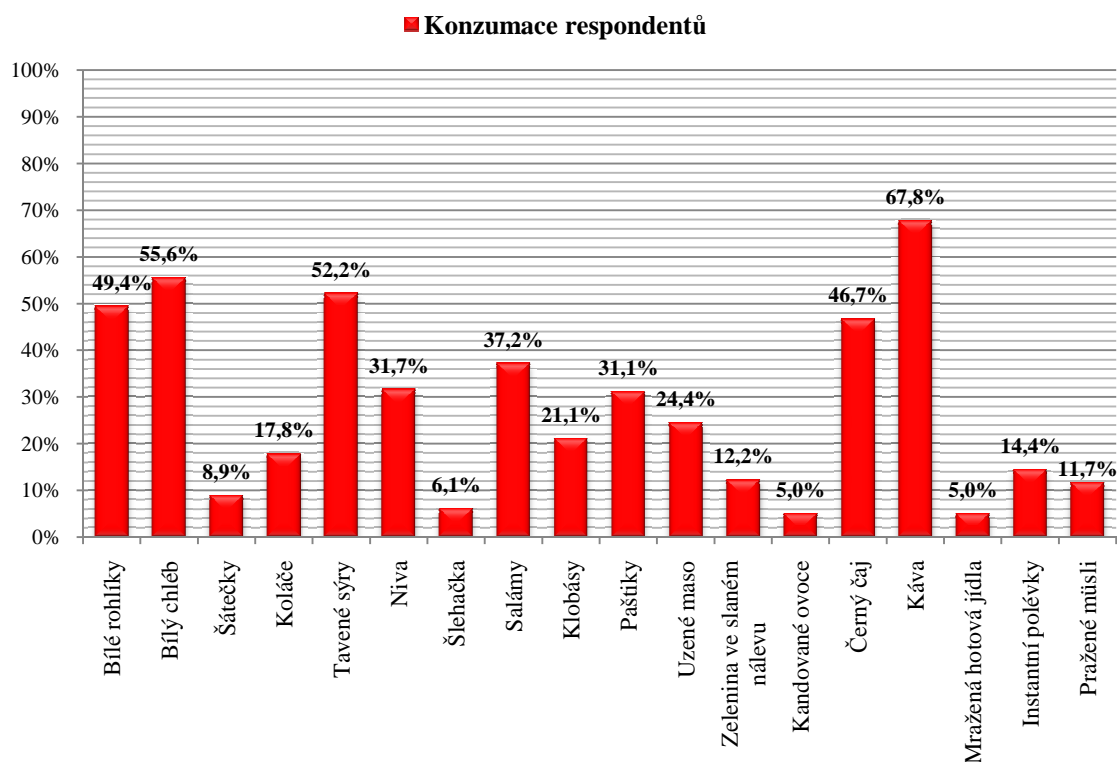
V položce č. 1 jsme použili t-test:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{(n-1)s_1^2 + (m-1)s_2^2}{n+m-2} \sqrt{\frac{1}{n} + \frac{1}{m}}}}$$

4.1.1 Popisná statistika – vyhodnocení jednotlivých položek

V následujícím oddílu popisujeme jednotlivé položky dotazníku.

Graf č. 1 – Konzumace nedoporučovaných potravin

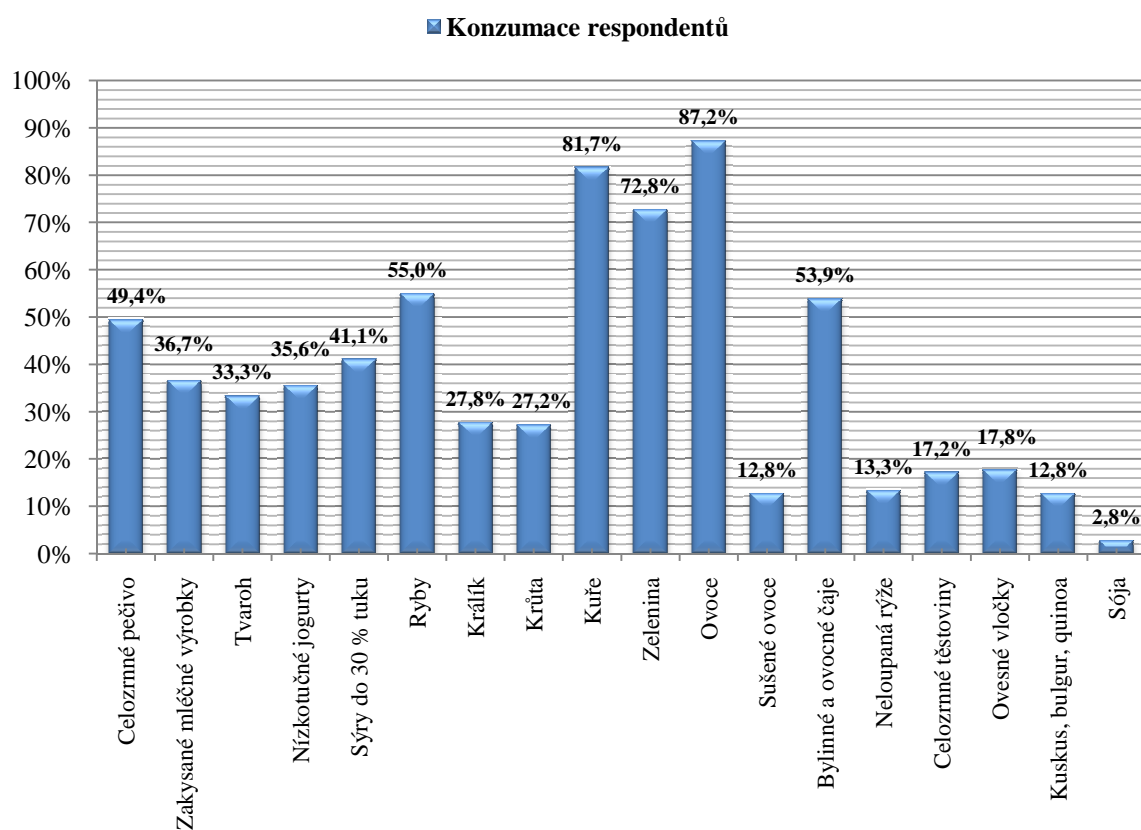


Na položku č. 1 odpovědělo celkem 180 dotazovaných.

V provedeném šetření 122 dotazovaných (67,8 %) uvedlo, že pravidelně konzumuje kávu. Černý čaj konzumuje pravidelně 84 dotazovaných (46,7 %). Z bílého pečiva konzumuje pravidelně 100 dotazovaných (55,6 %) bílý chléb a 89 dotazovaných (49,4 %) bílé rohlíky. 32 dotazovaných (17,8 %) pravidelně konzumuje koláče a 16 dotazovaných (8,9 %) šátečky. Tavené sýry pravidelně konzumuje 94 dotazovaných (52,2 %). Sýr Niva pravidelně konzumuje 57 dotazovaných (31,67 %). Pravidelnou konzumaci šlehačky uvedlo 11 dotazovaných (6,1 %). Salámy pravidelně konzumuje 67 dotazovaných (37,2 %). Klobásy konzumuje 38 dotazovaných (21,1 %). 56

dotazovaných (31,1 %) uvedlo pravidelnou konzumaci paštik. Uzené maso pravidelně konzumuje 44 dotazovaných (24,4 %). Zeleninu ve slaném nálevu konzumuje pravidelně 22 dotazovaných (12,2 %). Konzumaci kandovaného ovoce uvedlo 9 dotazovaných (5 %). Mražená hotová jídla pravidelně konzumuje 9 dotazovaných (5 %). Pravidelnou konzumaci instantních polévek uvedlo 26 dotazovaných (14,4 %). Konzumaci praženého müsli uvedlo 21 dotazovaných (11,7 %).

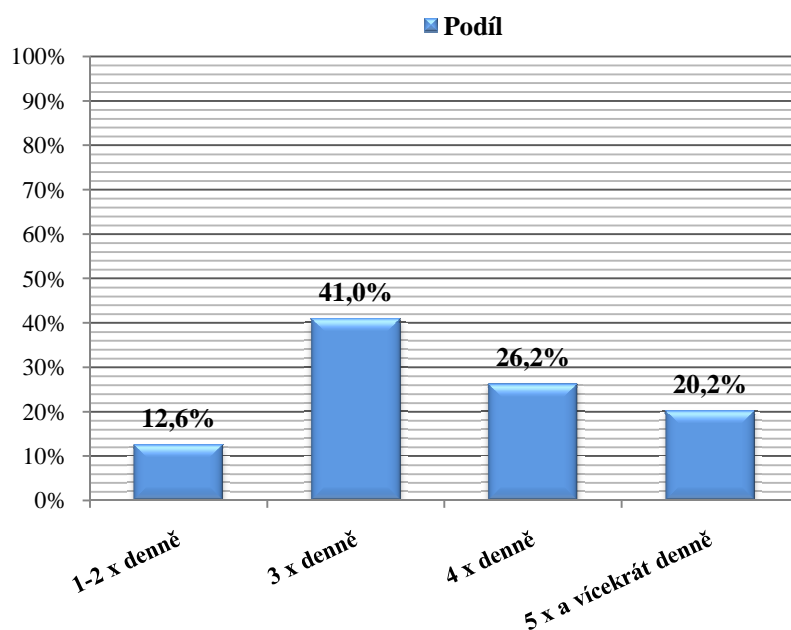
Graf č. 2 – Konzumace vhodných potravin



Na položku odpovědělo celkem 180 dotazovaných. Pravidelnou konzumaci celozrnného pečiva uvedlo 89 dotazovaných (49,4 %). Zakysané mléčné výrobky pravidelně konzumuje 66 dotazovaných (36,7 %). Tvarohy pravidelně konzumuje 60 dotazovaných (33,3 %). Nízkotučné jogurty 64 dotazovaných (35,6 %) a nízkotučné sýry 74

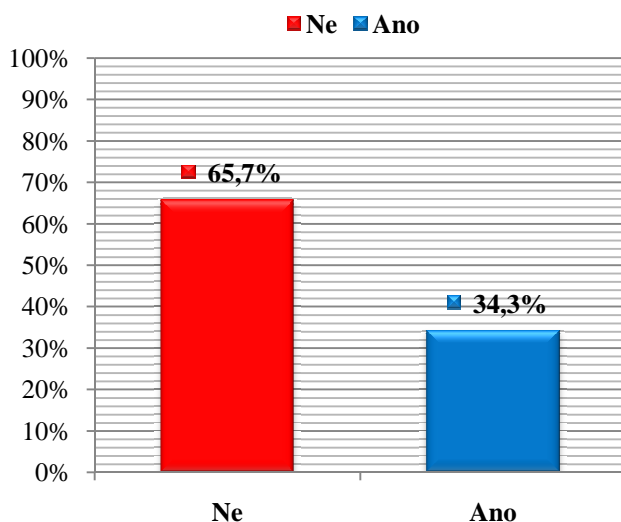
dotazovaných (41,1 %). Z bílého masa respondenti uvedli pravidelnou konzumaci ryb, a to 99 dotazovaných (55 %), 50 dotazovaných (27,8 %) uvedlo králíka, krůtu pravidelně konzumuje 49 dotazovaných (27,2 %) a kuře 147 dotazovaných (81,7 %). 131 dotazovaných (72,8 %) pravidelně konzumuje zeleninu. Ovoce pravidelně konzumuje 157 dotazovaných (87,2 %). Konzumaci sušeného ovoce uvedlo 23 dotazovaných (12,8 %). Ovocné a bylinné čaje pravidelně konzumuje 97 dotazovaných (53,9 %). 31 dotazovaných (17,2 %) uvedlo konzumaci neloupané rýže, celozrnné těstoviny pravidelně konzumuje 32 dotazovaných (17,8 %). Kuskus, bulgur a quinou pravidelně konzumuje 23 dotazovaných (12,8 %). Sójové výrobky konzumuje pravidelně 5 dotazovaných (2,8 %).

Graf č. 3 – Frekvence stravování



Na položku odpovědělo celkem 183 dotazovaných (100 %). Ve frekvenci 3 x denně se stravuje 75 dotazovaných (41 %). Celkem 48 dotazovaných (26,2 %) se stravuje 4 x denně. Variantu 5 x a vícekrát denně, ale s podmínkou menších porcí, zvolilo 37 dotazovaných (20,2 %). Stravování 1–2 x denně uvedlo 23 dotazovaných (12,6 %).

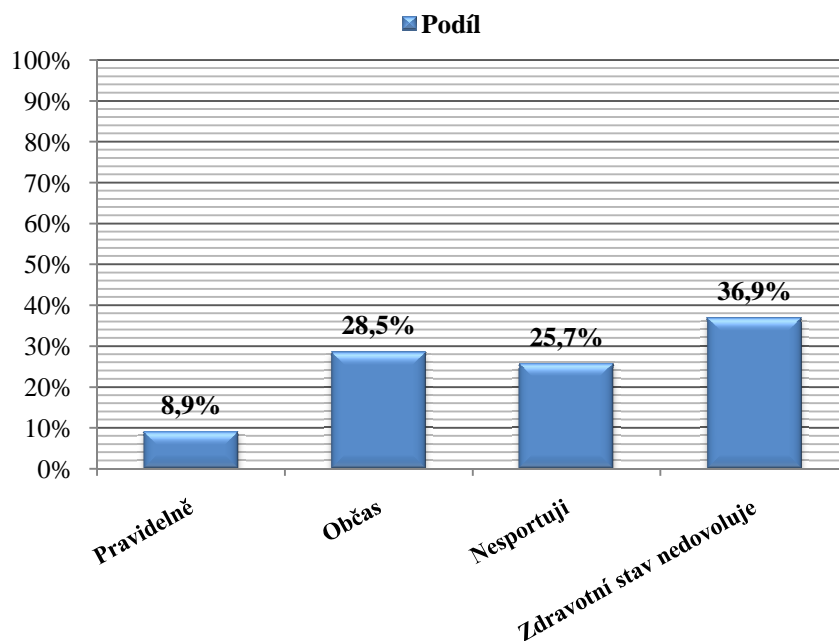
Graf č. 4 – Dodržování dietních opatření



Na uvedenou položku odpovědělo 178 dotazovaných. Z celkového počtu celkem 61 dotazovaných (34,3 %) dodržuje dietní opatření, zatímco 117 dotazovaných (65,7 %) konzumuje vše a žádná dietní opatření nedodržují.

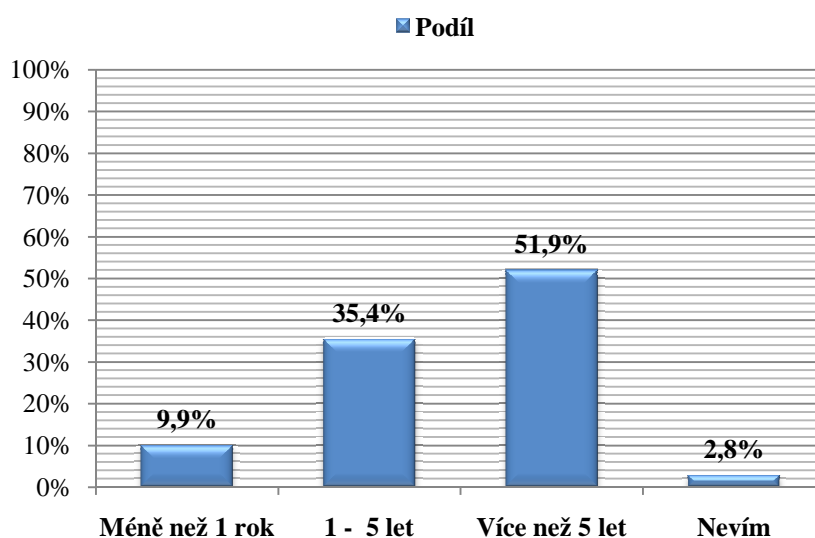
Z 61 dotazovaných (100 %), kteří uvedli, že dodržují dietní opatření, celkem 25 (41 %) uvedlo, že dodržuje diabetickou dietu. Následovala dieta s omezením tuků, kterou uvedlo 13 dotazovaných (21,3 %). Dodržování dietních opatření při antikoagulační léčbě uvedlo 6 dotazovaných (9,8 %). Dietu s omezením soli uvedli 2 dotazovaní (3,3 %). Ostatní, v počtu 15 dotazovaných (24,6 %), omezení nespecifikovali, nebo uváděli omezení konkrétních potravin, např. omezení koření, mléčných výrobků, smažených pokrmů, dělená strava.

Graf č. 5 – Sportování



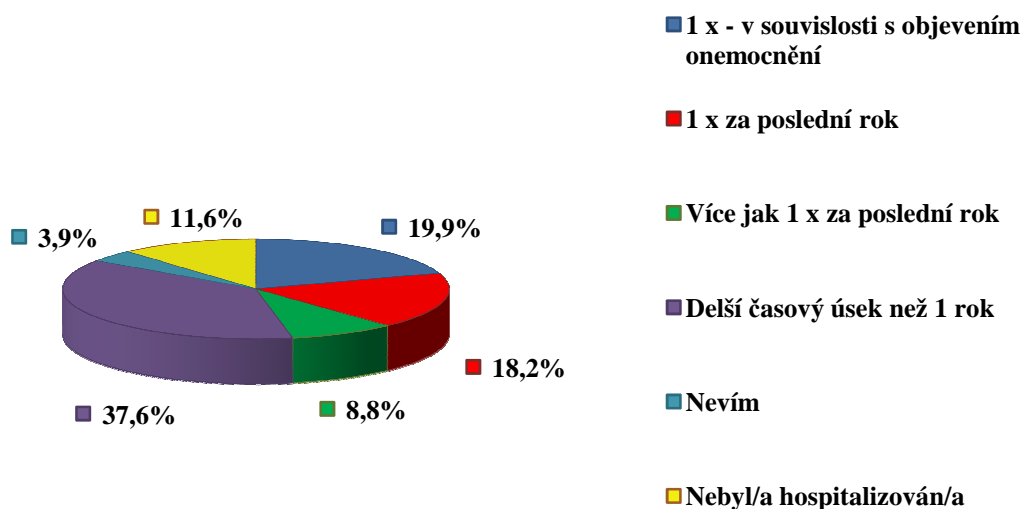
Z celkového počtu 179 dotazovaných, kteří odpověděli, 66 dotazovaných (36,9 %) uvedlo, že jejich zdravotní stav jim nedovoluje vykonávat žádný druh sportu. Celkem 46 dotazovaných (25,7 %) z nějakého důvodu nesportuje. Občas sportuje 51 dotazovaných (28,5 %). Pravidelné sportování uvedlo 16 dotazovaných (8,9 %).

Graf č. 6 – Délka léčby srdečního selhání



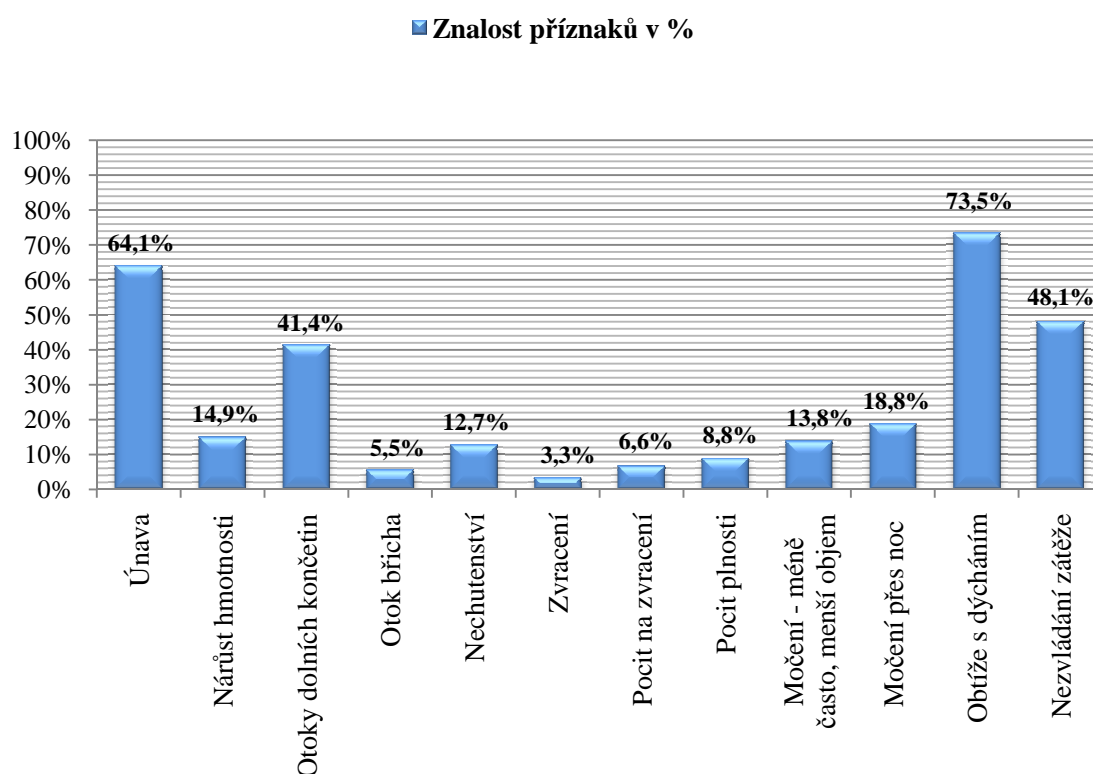
Ze 181 dotazovaných, kteří odpověděli na položku, se 94 dotazovaných (51,9 %) se srdečním selháním léčí více než 5 let. Celkem 64 dotazovaných (35,4 %) se léčí se srdečním selháním 1–5 let. Méně než 1 rok léčby uvádí 18 dotazovaných (9,9 %). Na délku léčby srdečního selhání si 5 dotazovaných (2,8 %) nevzpomnělo.

Graf č. 7 – Počet hospitalizací za poslední rok



Na položku odpovědělo 181 dotazovaných, z nichž 68 dotazovaných (37,6 %) bylo naposledy hospitalizováno v delším časovém úseku než 1 rok. Celkem 36 dotazovaných (19,9 %) bylo hospitalizováno pouze 1 x, a to v souvislosti s objevením onemocnění. V posledním roce bylo 33 dotazovaných (18,2 %) hospitalizováno 1 x. Více než 1 x za poslední rok bylo hospitalizováno 16 dotazovaných (8,8 %). 21 dotazovaných (11,6 %) v posledním roce nebylo vůbec hospitalizováno. 7 dotazovaných (3,9 %) nevědělo.

Graf č. 8 – Znalost příznaků srdeční dekompenzace

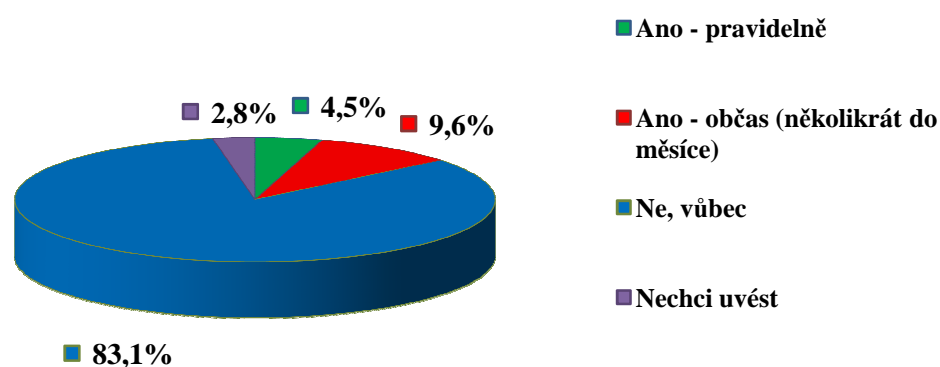


K vyhodnocení položky jsme použili celkem 181 relevantních dotazníků.

Dotazovaní v největším počtu uváděli jako příznak dekompenzace srdečního selhání obtíže s dýcháním, tento příznak uvedlo 133 dotazovaných (73,5 %). 116 dotazovaných (64,1 %) uvedlo jako druhý nejčastější příznak dekompenzace srdečního selhání únavu. Nezvládnání zátěže vnímalo jako příznak dekompenzace srdečního selhání 87 dotazovaných (48,1 %). Otoky dolních končetin shledalo za příznak dekompenzace

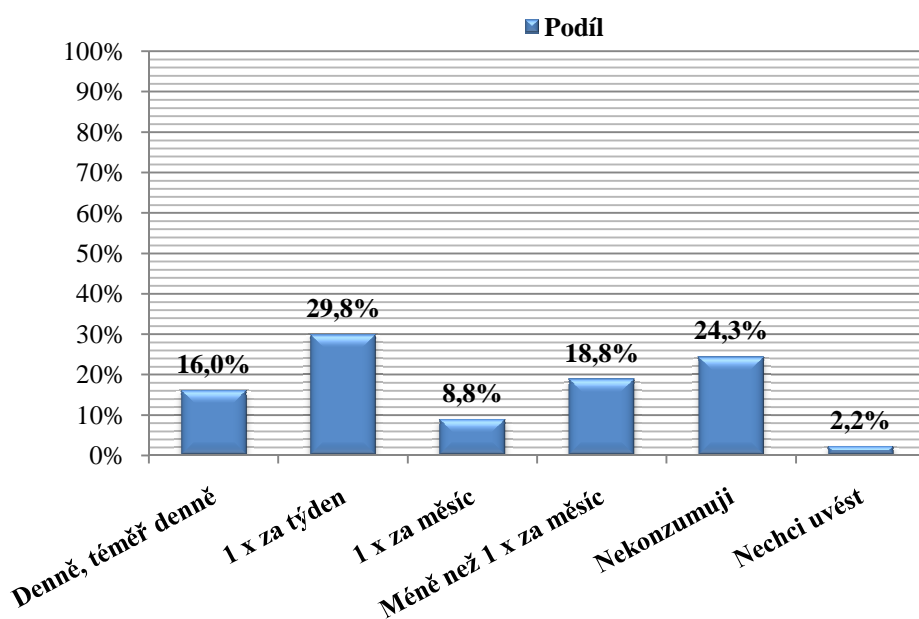
srdečního selhání 75 dotazovaných (41,4 %), zatímco otok břicha 10 dotazovaných (5,5 %). Močení v noci uvedlo jako možný příznak dekompenzace srdečního selhání 34 dotazovaných (18,8 %). 25 dotazovaných (13,8 %) shledalo za příznak dekompenzace srdečního selhání změny v močení, a to méně časté močení nebo menší objem močení. Neopodstatněný a rychlý nárůst hmotnosti jako možný příznak srdeční dekompenzace označilo 27 dotazovaných (14,9 %). Dotazovaní dále hodnotili dyspeptické obtíže. Jako možný příznak dekompenzace srdečního selhání uvedlo nechutenství 23 dotazovaných (12,7 %) a zvracení 6 dotazovaných (3,3 %). Pocit na zvracení stanovilo 12 (6,6 %) respondentů a pocit plnosti 16 dotazovaných (8,8 %).

Graf č. 9 – Užívání tabákových výrobků



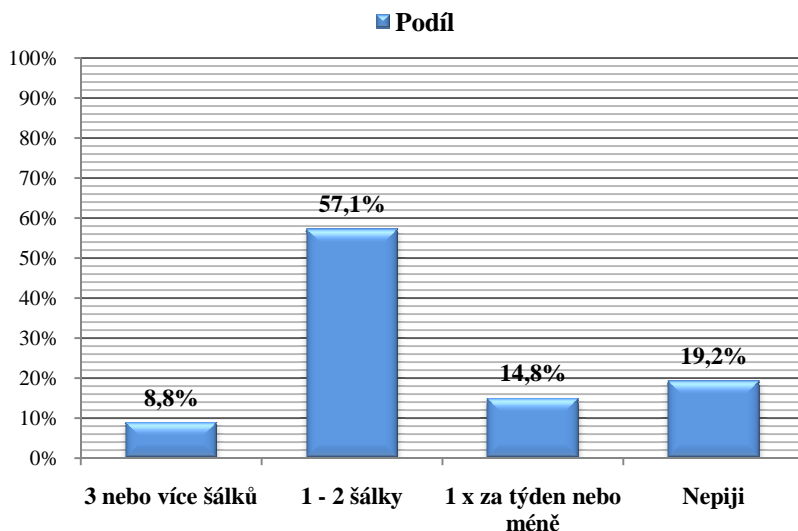
Položku vyplnilo 178 dotazovaných, z nichž 5 (2,8 %) nechtělo uvést údaj. Žádné tabákové výrobky neužívá 148 dotazovaných (83,1 %). Pravidelné užívání tabákových výrobků uvedlo 8 dotazovaných (4,5 %), zatímco občasné užívání tabákových výrobků (několikrát do měsíce) uvedlo 17 dotazovaných (9,6 %).

Graf č. 10 – Konzumace alkoholických nápojů



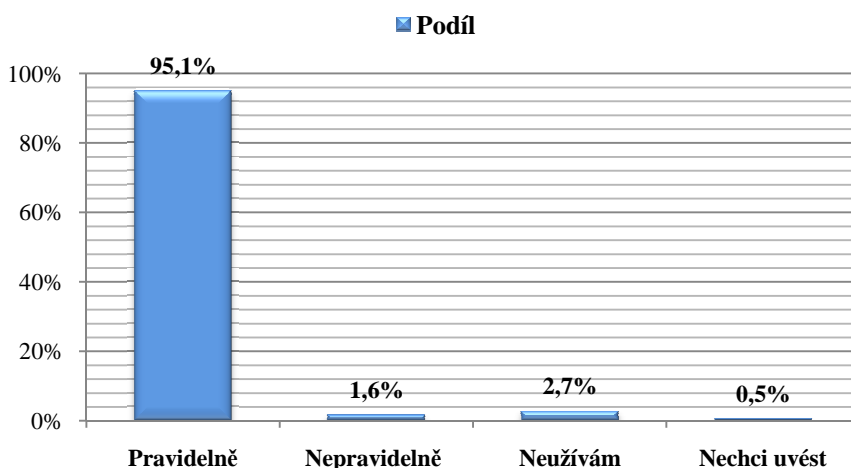
Z celkového počtu 181 nekonzumuje alkoholické nápoje 44 (24,3 %) dotazovaných. Denně nebo téměř denně alkoholické nápoje konzumuje 29 dotazovaných (16 %). Konzumaci alkoholických nápojů 1 x týdně uvedlo 54 dotazovaných (29,8 %), zatímco 1 x za měsíc 16 dotazovaných (8,8 %). Méně než 1 x za měsíc konzumuje alkoholické nápoje 34 dotazovaných (18,8 %). Celkem 4 dotazovaní (2,2 %) nechtěli uvést žádnou z nabízených variant.

Graf č. 11 – Konzumace černé kávy



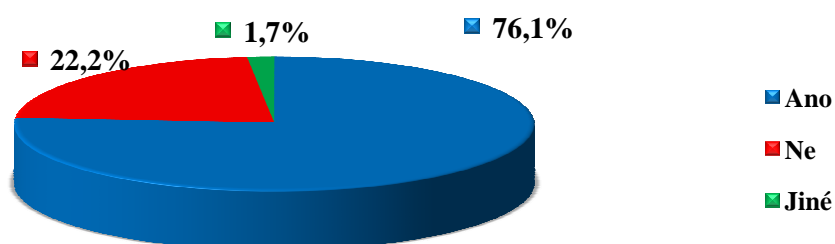
Ze 182 dotazníků, které byly zvoleny jako relevantní, 35 dotazovaných (19,2 %) nepije černou kávu vůbec. Nejčastěji dotazovaní uváděli pití černé kávy v množství 1–2 šálků za den, a to v počtu 104 (57,1 %). Konzumaci 3 nebo více šálků za den uvedlo 16 dotazovaných (8,8 %). Kávu 1 x za týden nebo méně často konzumuje 27 dotazovaných (14,8 %).

Graf č. 12 – Užívání léků v souvislosti s onemocněním



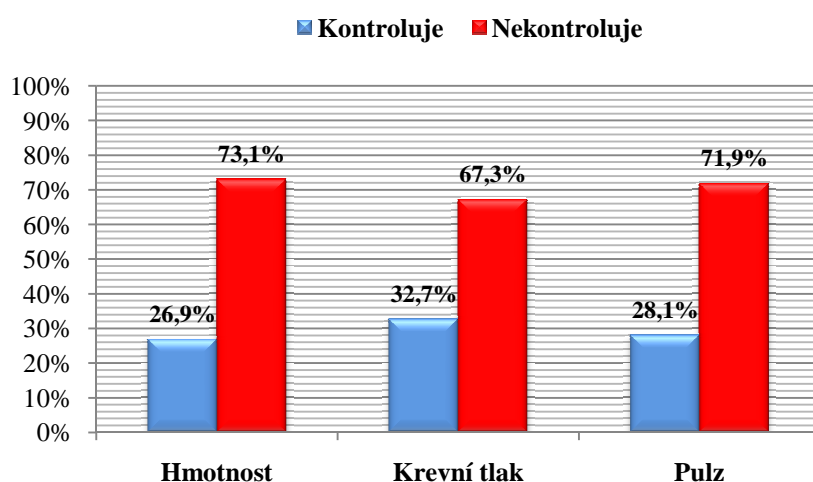
Z celkového počtu 182 dotazovaných pravidelné užívání léků uvedlo 173 (95,1 %). Nepravidelné užívání léků uvedli 3 dotazovaní (1,6 %). Celkem 5 dotazovaných (2,7 %) uvedlo, že léky v souvislosti se srdečním selháním neužívá. 1 dotazovaný (0,5 %) nechtěl odpovědět.

Graf č. 13 – Znalost termínu kontrolní návštěvy v ambulanci



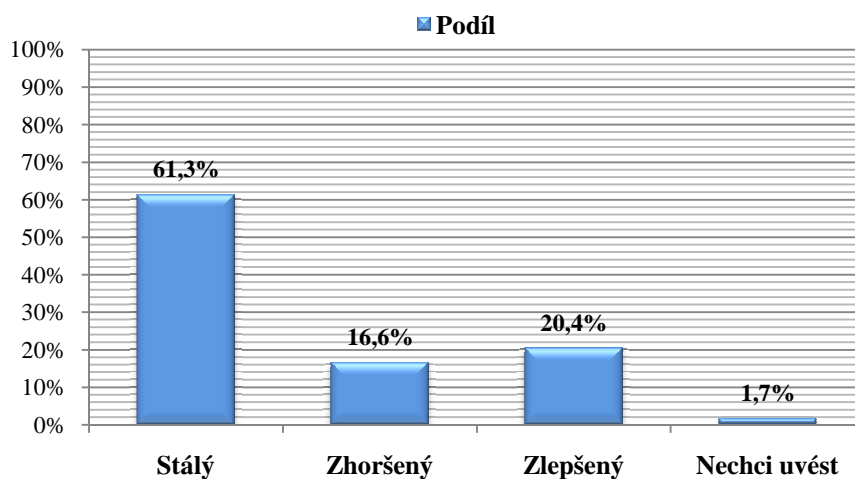
Na položku odpovědělo celkem 176 dotazovaných. Z tohoto počtu 134 dotazovaných (76,1 %) znalo přesný termín kontroly v ambulanci srdečního selhání. Přesné datum příští kontroly nevědělo naopak 39 dotazovaných (22,2 %). Variantu „jiné“ zvolili 3 dotazovaní (1,7 %).

Graf č. 14 – Provádění domácího self-monitoringu



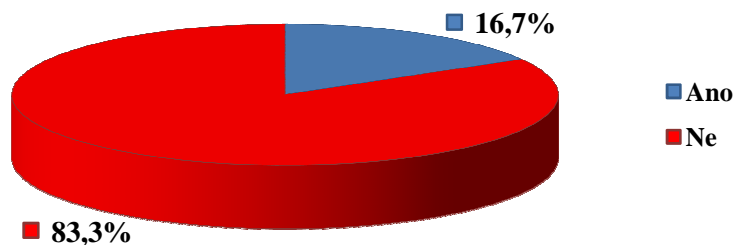
Položku označilo 171 dotazovaných, z nichž 46 (26,9 %) si každý den kontroluje tělesnou hmotnost. Krevní tlak si denně monitoruje 56 dotazovaných (32,7 %) a pulz 48 dotazovaných (28,1 %).

Graf č. 15 – Subjektivní hodnocení zdravotního stavu



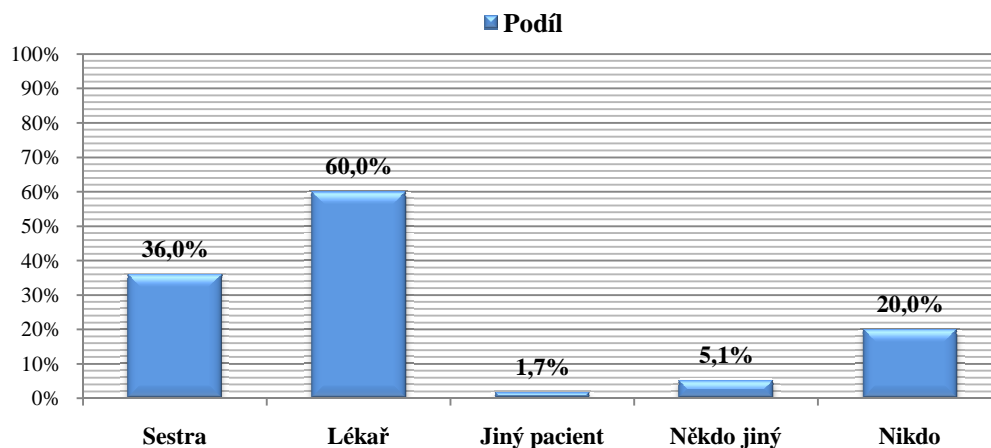
Položku zodpovědělo celkem 181 dotazovaných. 111 (61,3 %) hodnotilo svůj současný zdravotní stav jako stálý. Zlepšený zdravotního stavu uvedlo 37 dotazovaných (20,4 %), zatímco zhoršený zdravotní stav 30 dotazovaných (16,6 %). Celkem 3 dotazovaní (1,7 %) z nějakého důvodu svůj zdravotní stav nechtěli hodnotit.

Graf č. 16 – Podávání informací o reprodukci a sexuálních aktivitách



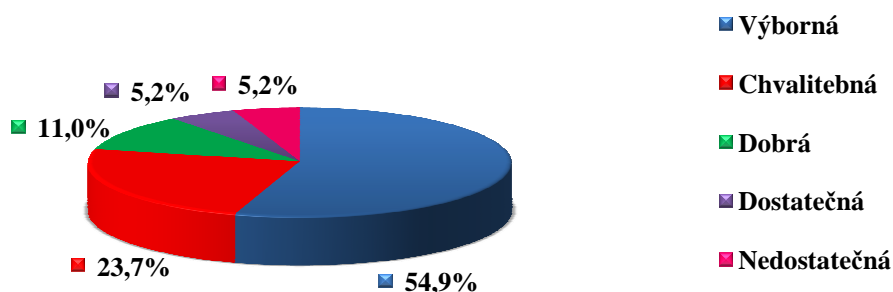
Na uvedenou položku odpovědělo 168 dotazovaných. Informace o sexuálních aktivitách a reprodukci v rámci svého onemocnění nedostalo 140 dotazovaných (83,3 %). Informace o uvedené oblasti obdrželo 28 dotazovaných (16,7 %).

Graf č. 17 – Zdroje informací



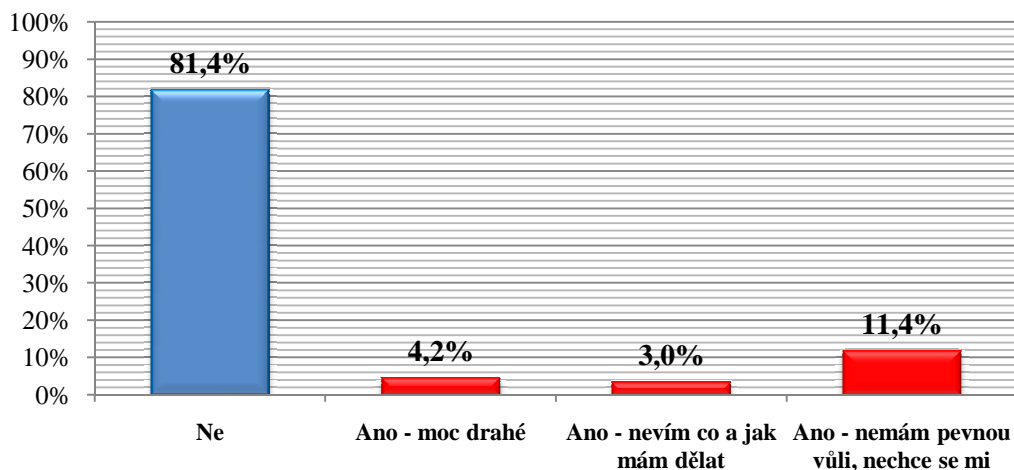
Na položku odpovědělo 175 dotazovaných. Celkem 105 dotazovaných (60 %) uvedlo za zdroj informací lékaře. Sestru jako zdroj informací označilo 63 dotazovaných (36 %). Získání informací od jiného pacienta uvedli 3 dotazovaní (1,7 %). Někoho jiného za zdroj informací uvedlo 9 dotazovaných (5,1 %). 35 dotazovaných (20 %) nezískalo žádné informace.

Graf č. 18 – Spokojenost s formou podávaných informací



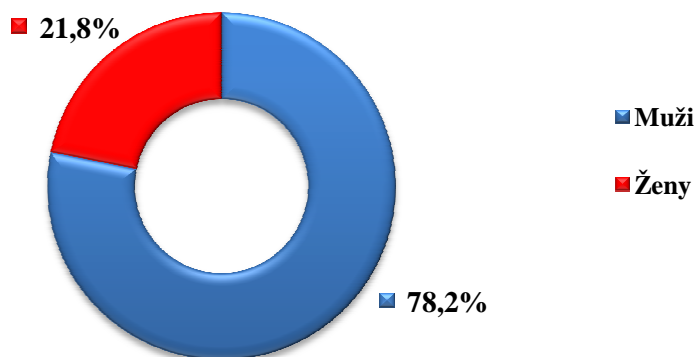
Průměrná známka od 173 dotazovaných, kteří na položku odpověděli, dosáhla hodnocení 1,80. Jedničkou (výborně) ohodnotilo formu podávaných informací 95 dotazovaných (54,9 %). Dvojkou (chvalitebně) hodnotilo 41 dotazovaných (23,7 %). Trojku (dobře) udělilo 19 dotazovaných (11 %). Čtyřkou (dostatečně) ohodnotilo podávané informace 9 dotazovaných (5,2 %). Pětku (nedostatečně), tedy nejhorší hodnocení, udělilo 9 dotazovaných (5,2 %).

Graf č. 19 – Bariéry v dodržování režimových opatření



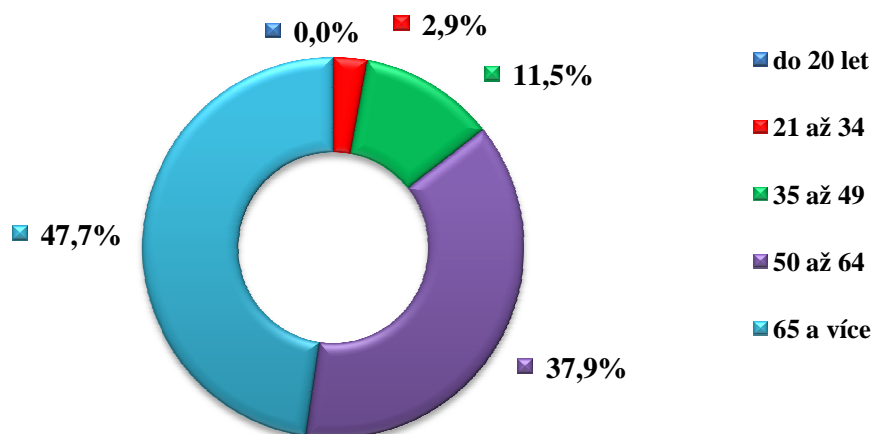
Z celkového počtu 167 dotazovaných 136 (81,4 %) nevnímá žádné překážky v dodržování režimových opatření. Slabou vůli a nechuť uvedlo jako překážku v dodržování režimových opatření 19 dotazovaných (11,4 %). Finanční bariéry při dodržování režimových opatření vnímalo 7 dotazovaných (4,2 %). Celkem 5 dotazovaných (3 %) přiznalo, že nevědí, co a jak mají dělat.

Graf č. 20 – Pohlaví dotazovaných



Pohlaví uvedlo celkem 174 dotazovaných. Statistický vzorek reprezentuje 136 mužů (78,2 %) a 38 žen (21,8 %).

Graf č. 21 – Věk dotazovaných



Z celkového počtu 174 dotazovaných zastupuje 5 dotazovaných (2,9 %) věkovou kategorií 21–34 let, 20 dotazovaných (11,5 %) kategorií 35–49 let, 66 dotazovaných (37,9 %) kategorií 50–64 let a 83 dotazovaných (47,7 %) kategorií 65 let a více.

4.1.2 Statistické testování a ověřování hypotéz

H₁: Pacienti s chronickým srdečním selháním znají příznaky srdeční dekompenzace.

H₀: Znalost příznaků uvádí 75 % respondentů.

Hypotézu jsme testovali dotazníkovou položkou číslo 7. Dotazovaní dostali za úkol zakroužkovat příznaky, u kterých se domnívali, že mohou být známkou zhoršení srdečního selhání. Vybírali z celkem 12 symptomů.

Tabulka č. 3 – Znalost příznaků možné dekompenzace

Znalost příznaků	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	0	0	135,8	75	< 0,1 %
Ne	181	100	45,3	25	
Celkem	181	100	181,0	100	

Tabulka č. 3 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 181 dotazovaných jsme předpokládali, že 75 % dotazovaných odpoví správně, tj. zaškrtně všech 12 symptomů.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je menší než 5 %, pro předpoklad 75:25. **Zamítáme testovanou H_0 : znalost příznaků uvádí 75 % respondentů.**

Pozorované (skutečné) počty se liší od očekávaných proto, že odpověď „ano“ je mnohem méně zastoupená.

Stanovenou H_1 : Pacienti s chronickým srdečním selháním znají příznaky srdeční dekompenzace zamítáme.

H_2 : Pacienti s chronickým srdečním selháním dodržují režimová doporučení v souvislosti s následnou léčbou.

H_0 : Pacienti preferují vhodné potraviny nad nedoporučovanými.

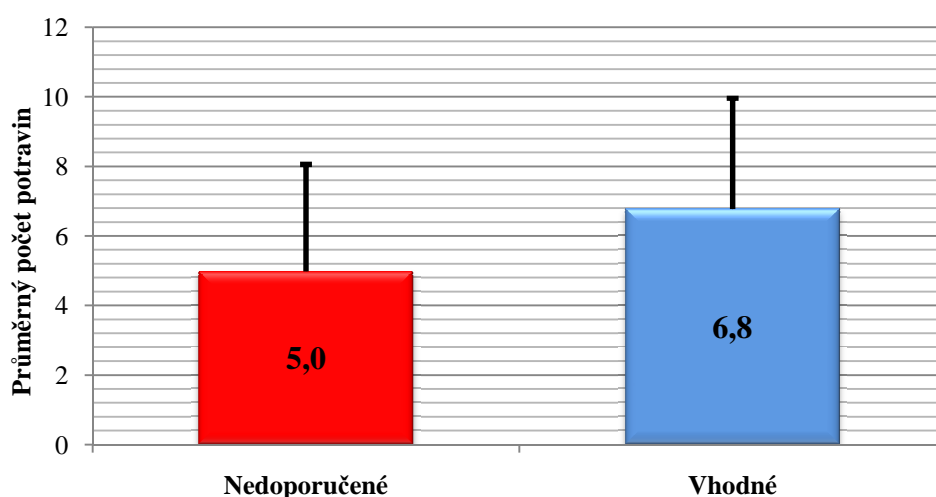
Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí položky dotazníku č. 1.

Tabulka č. 4 – Preference potravin

Potraviny	Průměr	Směrodatná odchylka	t-test
Nedoporučené	5	3,1	< 5 %
Vhodné	6,8	3,2	

Porovnávali jsme, kolik dotazovaných si průměrně vybere vhodné a nedoporučované potraviny. Oproti očekávání se preference respondentů liší (dosažená hladina významnosti v dvouvýběrovém t-testu $p < 5 \%$). Zaznamenaný rozdíl je statisticky významný. Preference existují.

Graf č. 22 – Průměrné preference vhodných a nedoporučovaných potravin



Vhodné potraviny označilo v průměru jen 68 respondentů ze 180. Chybová úsečka odpovídá směrodatné odchylce. Její délka vypovídá o značné variabilitě v odpovědích respondentů.

H_0 : 75 % pacientů se stravuje 5 x denně, s podmínkou menších porcí.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 2. Do odpovědi „ano“ jsme zahrnuli všechny dotazované, kteří se stravují 5 x denně s podmínkou menších porcí. Odpovědi 1–2 x denně, 3 x denně a 4 x denně jsme zahrnuli do četnosti „ne“.

Tabulka č. 5 – Doporučená frekvence stravování

Doporučená frekvence stravování	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	37	20,2	137,25	75	< 0,1 %
Ne	146	79,8	45,75	25	
Celkem	183	100	183	100	

Tabulka č. 5 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 183 dotazovaných jsme předpokládali, že 75 % dotazovaných odpoví správně, tj. stravují se 5 x a vícekrát denně, s podmínkou menších porcí.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je menší než 5 %, pro předpoklad 75:25. **Zamítáme testovanou H_0 : 75 % pacientů se stravuje 5 x denně s podmínkou menších porcí.**

H_0 : 75 % pacientů dodržuje dietní opatření.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 3.

Tabulka č. 6 – Dodržování dietních opatření

Dietní opatření	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	61	34,3	133,5	75	< 0,1 %
Ne	117	65,7	44,5	25	
Celkem	178	100	178	100	

Tabulka č. 6 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 178 dotazovaných jsme předpokládali, že 75 % dotazovaných dodržuje dietní opatření.

Předpokládali jsme, že 75 % dotazovaných uvede, že dodržují dietní opatření.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je menší než 5 %, pro předpoklad 75:25. **Zamítáme testovanou H_0 : 75 % pacientů nedodržuje dietní opatření.**

H_0 : 75 % pacientů, kteří nejsou limitováni onemocněním, pravidelně sportuje.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 4. Z testování jsme vyřadili dotazované, kteří odpověděli, že jim jejich zdravotní stav sportování nedovoluje. Do odpovědi „ano“ jsme zahrnuli dotazované, kteří uvedli, že pravidelně sportují. Do odpovědi „ne“ jsme zařadili nesportující a sportující jen občas (několikrát do měsíce).

Tabulka č. 7 – Pravidelné sportování

Pravidelně sportuji	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	16	14,2	84,75	75	< 0,1 %
Ne	97	85,8	28,25	25	
Celkem	113	100	113	100	

Tabulka č. 7 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 113 dotazovaných jsme předpokládali, že 75 % dotazovaných, které neomezuje zdravotní stav, pravidelně sportují.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je menší než 5 %, pro předpoklad 75:25. **Zamítáme testovanou H_0 : 75 % pacientů, kteří nejsou limitováni onemocněním, pravidelně sportuje.**

H_0 : 80 % pacientů neužívá tabákové výrobky.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 8. Do odpovědi „ano“ jsme zařadili odpovědi „ano – pravidelně“ a „ano – občas“.

Tabulka č. 8 – Užívání tabákových výrobků

Užívání tabákových výrobků	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	25	14,5	34,6	20	6,8 %
Ne	148	85,5	138,4	80	
Celkem	173	100	173	100	

Tabulka č. 8 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 173 dotazovaných jsme předpokládali, že 80 % dotazovaných neužívá tabákové výrobky. Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je větší než 5 %, pro předpoklad 80:20. **Testovaná H_0 : 80 % pacientů neužívá tabákové výrobky platí.**

H_0 : 80 % pacientů nekonzumuje alkoholické nápoje.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 9. Do odpovědi „ano“ jsme zařadili dotazované, kteří odpověděli, že konzumují alkohol denně, týdně nebo měsíčně. Do odpovědi „ne“ jsme začlenili odpovědi „méně než 1 x za měsíc“ a alkohol „nekonzumují vůbec“.

Tabulka č. 9 – Konzumace alkoholických nápojů

Konzumace alkoholu	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	99	55,9	35,4	20	< 0,1 %
Ne	78	44,1	141,6	80	
Celkem	177	100	177	100	

Tabulka č. 9 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 177 dotazovaných jsme předpokládali, že 80 % dotazovaných nekonzumuje alkoholické nápoje.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je menší než 5 %, pro předpoklad 80:20. **Zamítáme testovanou H_0 : 80 % pacientů nekonzumuje alkoholické nápoje.**

H_0 : 75 % pacientů konzumuje kávu maximálně 1–2 x denně.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 10. Do odpovědi „ano“ jsme zařadili dotazované, kteří odpověděli, že konzumují černou kávu 1–2 x denně nebo jeden šálek za týden. Do odpovědi „ne“ jsme zahrnuli dotazované, kteří uvedli, že černou kávu konzumují v množství 3 nebo více šálků denně. Z testování jsme vyřadili všechny dotazované, kteří uvedli, že černou kávu nepijí.

Tabulka č. 10 – Konzumace kávy

Konzumace kávy 1–2 x denně	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	131	89,1	110,25	75	< 0,1 %
Ne	16	10,9	36,75	25	
Celkem	147	100	147	100	

Tabulka č. 10 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 147 dotazovaných jsme předpokládali, že 75 % dotazovaných konzumuje kávu maximálně 1–2 x denně.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je menší než 5 %, pro předpoklad 80:20. **Zamítáme testovanou H_0 : 75 % pacientů konzumuje kávu maximálně 1–2 x denně.** Pozorované (skutečné) počty se liší od očekávaných proto, že odpověď „ano“ je četnější.

H_0 : 80 % pacientů pravidelně užívá léky.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 11. Při vyhodnocení jsme do statistického testu nezahrnuli dotazované, kteří léky neužívají anebo se k položce nechtěli vyjadřovat.

Tabulka č. 11 – Pravidelné užívání léků

Pravidelné užívání léků	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	173	98,3	140,8	80	< 0,1 %
Ne	3	1,7	35,2	20	
Celkem	176	100	176	100	

Tabulka č. 11 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 176 dotazovaných jsme předpokládali, že 80 % dotazovaných pravidelně užívá léky.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je menší než 5 %, pro předpoklad 80:20. **Zamítáme testovanou H_0 : 80 % pacientů pravidelně užívá léky.** Pozorované (skutečné) počty se liší od očekávaných proto, že odpověď „ne“ je mnohem méně zastoupená.

H_0 : 75 % pacientů zná další termín kontroly v ambulanci srdečního selhání.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 12.

Tabulka č. 12 – Znalost termínu další kontroly v ambulanci

Znalost termínu	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	134	77,5	129,75	75	45,6 %
Ne	39	22,5	43,25	25	
Celkem	173	100	173	100	

Tabulka č. 12 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 173 dotazovaných jsme předpokládali, že 75 % dotazovaných zná termín další kontroly v ambulanci srdečního selhání.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je větší než 5 %, pro předpoklad 75:25. **Testovaná H_0 : 75 % pacientů zná další termín kontroly v ambulanci srdečního selhání platí.**

Stanovenou H_2 : Pacienti s chronickým srdečním selháním dodržují režimová doporučení v souvislosti s následnou léčbou jsme zjistili, že existuje u dotazovaných preference vhodných potravin oproti nedoporučovaným. Dotazovaní se nestravují 5 x denně s podmínkou menších porcí a nedodržují dietní opatření. I když dotazovaní nejsou limitováni zdravotním stavem, pravidelně nesportují. Dotazovaní konzumují alkoholické nápoje a neužívají tabákové výrobky. Dále jsme zjistili, že dotazovaní znají termín další kontroly v ambulanci srdečního selhání. Nepotvrdilo se pravidelné užívání medikace v poměru 80:20 % a konzumace kávy v maximálním množství do 1–2 šálků denně v očekávaném poměru 75:25 %.

H_3 : Pacienti s chronickým srdečním selháním si denně kontrolují v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz.

H_0 : 75 % pacientů si denně kontroluje v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz.

Nulovou hypotézu jsme testovali pomocí dotazníkové položky č. 13. Do odpovědi „ano“ jsme zahrnuli dotazované, kteří uvedli, že si denně monitorují všechny tři hodnoty. Odpověď „ne“ vypovídá o tom, že si respondenti denně nemonitorují krevní tlak, puls ani hmotnost.

Tabulka č. 13 – Denní kontrola hmotnosti, krevního tlaku a pulzu

Kontrola všech hodnot	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	21	12,3	128,25	75	< 0,1 %
Ne	150	87,7	42,75	25	
Celkem	171	100	171	100	

Tabulka č. 12 obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu. Z celkového počtu 171 dotazovaných jsme předpokládali, že 75 % dotazovaných si denně monitoruje v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrátu testu je větší než 5 %, pro předpoklad 75:25. **Zamítáme testovanou H_0 : 75 % pacientů si denně kontroluje v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz.** Pozorované (skutečné) počty se liší od očekávaných proto, že odpověď „ano“ je mnohem méně zastoupená.

Stanovenou H_3 : Pacienti s chronickým srdečním selháním si denně kontrolují v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz zamítáme.

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Kvalitativní data jsme analyzovali pomocí otevřeného kódování s využitím metody „papír-tužka“. Přepsaný rozhovor jsme si rozdělili na jednotky (odstavce) a následně jim přiřadili kód pomocí tzv. návodných otázek. Vytvořený seznam kódů jsme seřadili do kategorií a k výslednému zpracování využili techniku „vyložení karet“.

Kategorie jsme uspořádali do přehledných obrazců Mind map (myšlenkových map) v pomocném programu XMind.

4.2.1 Kategorie: informační potřeby pacienta

Ze seznamu kódů získaných na základě rozhovorů s respondentkami jsme vytvořili kategorii **informační potřeby pacienta**. V kategorii jsme stanovili 5 podkategorií. Konkrétní odpovědi respondentek jsou pro názornost uvedeny v malém čtverečku pod každým pojmem ve schématu č. 1.

Podkategorii č. 1 jsme nazvali **diagnóza**. Podkategorií znázorňujeme potřebu pacientů seznámit se s jednotlivými aspekty onemocnění. Do této podkategorie jsme zařadili 4 základní témata, která respondentky popisovaly jako základní rámec podávání informací. První téma jsme charakterizovali jako *etiologii onemocnění*. Nemocní by měli být informováni o tom, „proč to vzniklo“ a „proč tady jsou“. Druhé téma jsme nazvali *symptomy*. Podle respondentky by měl být pacient informován nejen o příčině svého onemocnění, ale také o jejich příznacích. Třetí téma jsme popsali jako *prognózu*. Respondentka uvedla, že by pacienti měli vědět o tom, „co je čeká a nečeká“. Čtvrté téma jsme charakterizovali jako *prevenci*. Oblast prevence respondentka charakterizovala jako vlastní chování, kterým může pacient předcházet komplikacím.

Podkategorii č. 2 jsme vymezili jako **režimová opatření**. Podkategorie pojednávající o potřebě informací z oblasti režimových opatření byla respondentkami v této kategorii skloňována nejčastěji. Respondentky hovořily o 4 tématech. První téma, o kterém hovořily 2 respondentky, zahrnovalo *užívání léků*. Pacient „musí brát léky“.

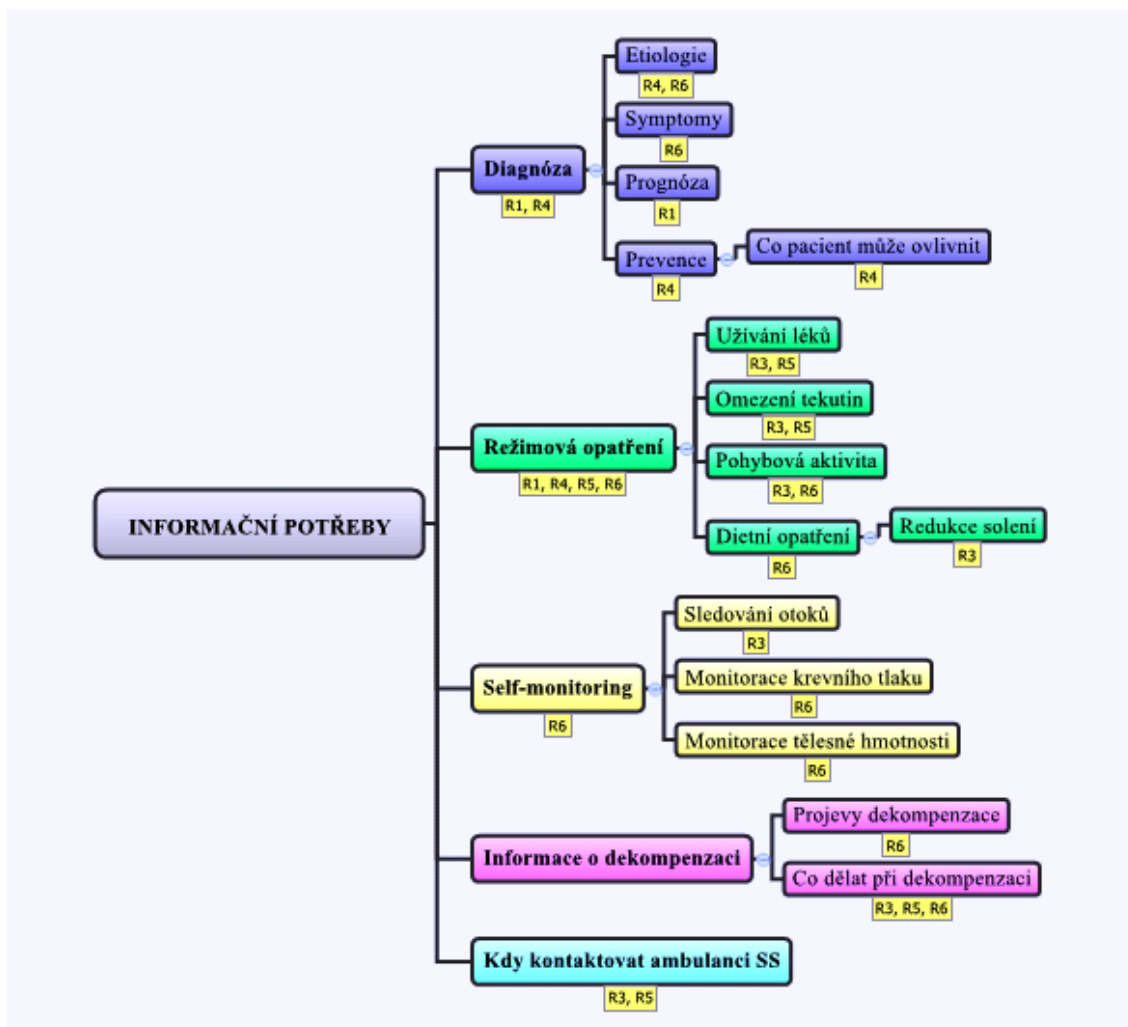
Druhá respondentka doplňuje užívání léčiv o důležitou informaci: „přesně dle lékaře“. Ve druhém tématu druhé podkategorie, které jsme nazvali *omezení tekutin* respondentky hovoří o tom, že by pacient měl být informován o pitném režimu. Jedna z respondentek omezení tekutin, dokonce striktně specifikovala na 1,5 litru denně, avšak dodává: „samozřejmě v závislosti na stadiu onemocnění“. Třetí téma jsme stanovili jako *pohybovou aktivitu*. Podle respondentek by pacienti měli vědět to, „jak moc se můžou zatěžovat“ a jaký dodržovat pohybový režim. Čtvrtým tématem, o kterém respondentky hovořily, jsme nazvali *dietní opatření*. Pacient by měl být podle respondentek informován o dietních opatřeních „co má a nemá jíst“ ale také o redukci soli ve stravě.

Podkategorii č. 3 jsme souhrnně označili pojmem **self-monitoring**. Informace o provádění self-monitoringu uvedly dvě respondentky. Do podkategorie zařadily respondentky 3 témata, a to *kontrolu otoků*, *monitoraci krevního tlaku* a *monitoraci tělesné hmotnosti*.

Podkategorii č. 4 jsme charakterizovali jako **informace o dekompenzaci**. Podle respondentek by měli být pacienti informováni o dvou hlavních tématech. První téma uvedené podkategorie jsme pojmenovaly jako *projevy dekompenzace*. Podání informací pacientovi o tom, „jak to vypadá, když se zdekompenzuje“ uvedla jedna respondentka. Druhé téma jsme nazvali *co dělat při dekompenzaci*. Respondentky hovořily o souboru intervencí a správném vyhodnocení známek možné dekompenzace. Když se zdravotní stav pacienta zhorší, měl by mít informace o tom, „že si má zavolat sanitku a že se musí nechat odvézt na akutní příjem.“

Podkategorii č. 5 jsme nazvali **kdy kontaktovat ambulanci srdečního selhání (SS)**. Pacient by podle respondentek měl být informován o tom, v jakých případech by měl kontaktovat svého praktického lékaře a kdy se obrátit na svoji ambulanci srdečního selhání.

Obrázek č. 1 – Informační potřeby pacienta



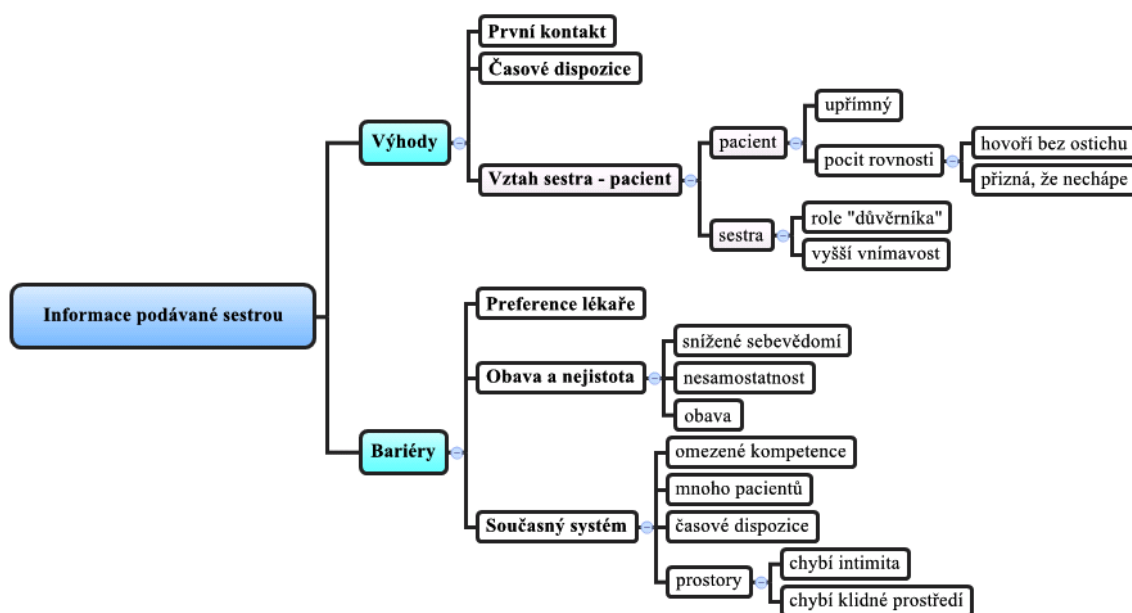
4.2.2 Kategorie: informace podávané sestrou

Kódování kategorie **informace podávané sestrou** na základě odpovědí respondentek nebylo zcela jednoznačné. Některé respondentky hovořily o pozitivěch při podávání informací sestrou, další respondentky se vyjadřovaly negativně a popisovaly bariéry, které brání jejich realizaci. Z tohoto důvodu jsme rozdělili kategorie do dvou následujících podkategorií.

Podkategorii č. 1 jsme nazvali **výhody** podávání informací sestrou. Podkategorie zahrnuje 3 základní témata. První téma, které jsme nazvali *první kontakt*, souvisí s následující skutečností. Ve všech případech je při prvním kontaktu s pacientem, který přichází k ambulantní kontrole, právě sestra. Druhé téma, které jsme nazvali *časové dispozice* souviselo s rozložením časového plánu. Respondentky uváděly, že lékař má ve srovnání se sestrou omezené časové dispozice, takže sestra má více času na pacienta. Třetí téma *vztah sestra – pacient* jsme charakterizovali souhrn odpovědí respondentek, které odrážely vztahové vlastnosti sestry a pacienta při podávání informací a výchovně-vzdělávacím procesu. Respondentky se zmiňovaly o tom, že se pacienti sestře více svěřují a mnohdy jsou upřímnější k sestře než k lékaři. Sestra tak často zastává funkci důvěrníka. Pacient má také podle respondentek se sestrou větší pocit rovnosti, hovoří před ní bez ostychu a je schopen přiznat, že něco nechápe, něčemu nerozumí nebo něco nedodrжуje. „Pacienti toho na sebe i víc řeknou. Nemusí si ani dávat pozor na to, jak mluví, aby nevypadli hloupě, nestyděli se za něco, že něčemu nerozumí.“ Podle respondentek jsou sestry k pacientům také vnímavější.

Předávání informací pacientovi nelékařským zdravotnickým pracovníkem je však také zastřeno mnoha negativy. Podkategorii č. 2 jsme nazvali **bariéry** při podávání informací sestrou. Podkategorie obsahuje 3 základní témata. V prvním tématu *preferance lékaře* respondentky uváděly, že někteří pacienti nejsou zvyklí na samostatnou činnost sestry a preferují při předávání informací raději lékaře. *Obava a nejistota* sester je druhým tématem podkategorie. Některé respondentky subjektivně vnímaly nekompetentnost a nedůvěru ve vlastní schopnosti. Při podávání informací pacientovi vyžadovaly dohled lékaře. Objevila se také obava z poškození pacienta při podání nekompletních informací. Negativně respondentky rovněž vnímaly *současný systém* (třetí téma podkapitoly), který charakterizovaly jako překážku při podávání informací. Uváděly omezené kompetence sester, příliš mnoho pacientů přicházejících ke kontrole a malé časové dispozice na poučení pacienta. Negativním aspektem pro edukaci jsou také prostory. Respondentky nemají k dispozici klidné prostředí, které by při edukaci zajišťovalo intimitu.

Obrázek č. 2 – Informace podávané sestrou



4.2.3 Kategorie: potřeba kardiologické edukační sestry

Kategorii **potřeba kardiologické edukační sestry** jsme sestavili z kódů jednotlivých rozhovorů, z nichž jsme vytvořili 3 podkategorie.

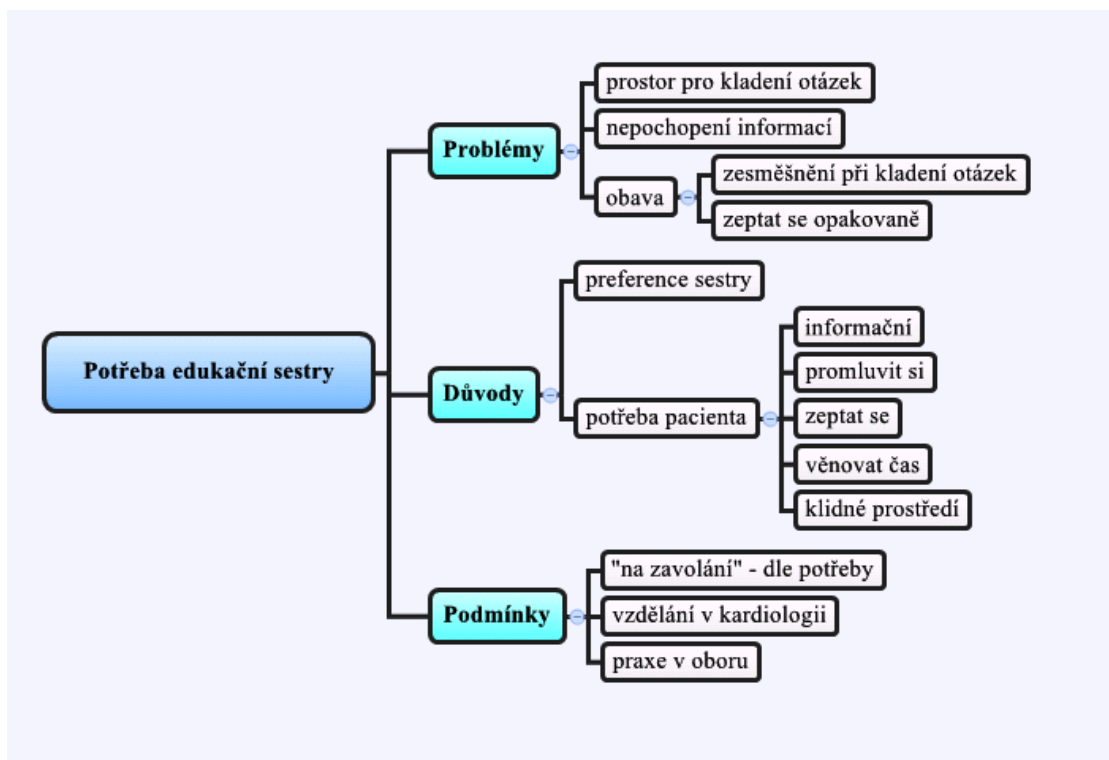
Podkategorií č. 1 nazvanou **problémy** znázorňujeme reálné problematické situace, které respondentky popisovaly na základě své praktické zkušenosti. První téma *prostor pro kladení otázek* odráží odpovědi respondentek, které uváděly, že pacienti mají nedostatek prostoru pro kladení otázek. „Někteří pacienti by si opravdu potřebovali sednout, mít čas promluvit si, vyptat se. Pokud totiž pacient vidí, že tu máme hodně karet a je tu chaos, tak říkají: Já vás nebudu obtěžovat, vidím, že máte plno...“ Druhé téma jsme nazvali *nepochopení informací* a odráží situaci, kdy pacient nepochopil předaným informacím. *Obava* je třetím zmiňovaným tématem podkategorie. Nastihuje situaci, kdy má pacient strach ze zesměšnění a zdráhá se opakovaně zeptat. „Myslím si, že oni se i bojí říct, když něčemu nerozuměli. Někdy vidím, jak pacient kouká...tak

poznám, že asi něco nepochopil, tak řeknu: „Rozuměl jste tomu? Zeptejte se znovu lékaře.“ Někdy se ptají znovu... ale spíše se bojí zeptat.“

Podkategorií č. 2 nazvaná **důvody** popisujeme, proč vznikla potřeba edukační sestry. První téma podkategorie jsme nazvali *preference sestry*. Jak uvádí respondentka: „Pacienti někdy hovoří raději s lékařem, ale někdo raději se sestrou... myslím si, že pro většinu, více než polovinu pacientů by bylo lepší si promluvit se sestrou.“ Druhé téma se věnuje *potřebám* pacienta. Edukační sestra by podle respondentek byla výhodou pro pacienty, kteří potřebují více informací, než dostanou při ambulantní kontrole. V případě informačních potřeb respondentka uvádí: „Je fakt, že někomu informace stačí, pochopí to a je mu to jasný, někdo ale potřebuje domluvit víc.“ Podle respondentek vnímají pacienti nedostatek času a mají potřebu promluvit v klidu o svých obtížích a zeptat se na různé informace v klidném prostředí.

Edukace prováděná edukační sestrou by však měla mít podle respondentky určité *podmínky*, které jsou třetím tématem podkategorie. Edukační sestra by měla být vzdělaná v kardiologii a měla by mít určitou praxi v oboru. Jejích služeb by sestry využívaly pouze na základě jejich posouzení, tedy dle adekvátní potřeby a na zavolání.

Obrázek č. 3 – Potřeba edukační sestry



4.2.4 Kategorie: vztah lékaře a sestry při podávání informací ve výchovně-vzdělávacím procesu

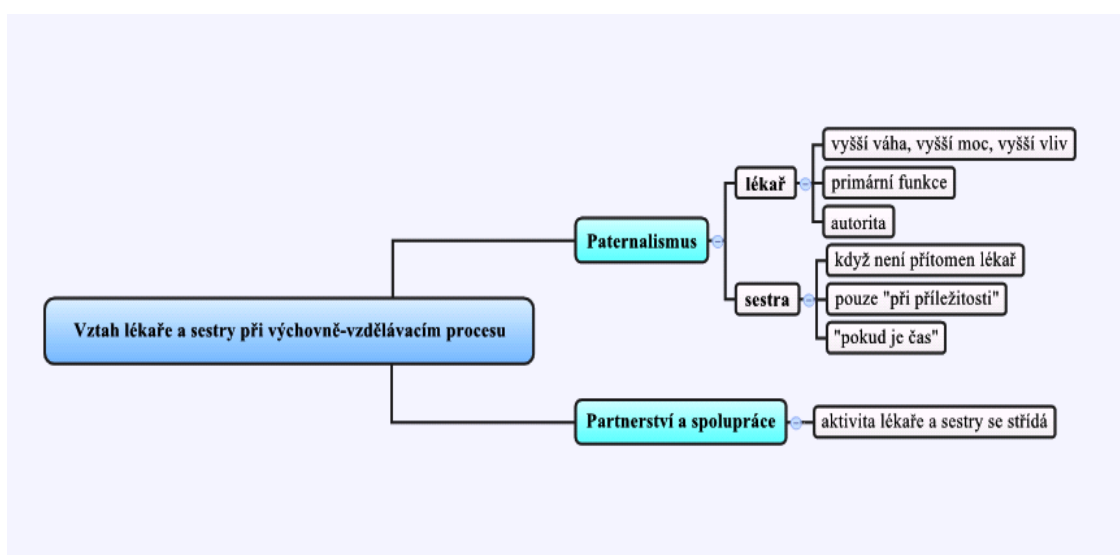
Z kategorie **vztah lékaře a sestry při podávání informací ve výchovně-vzdělávacím procesu** jsme stanovili dvě podkategorie, pomocí kterých zobrazujeme dva přístupy, které se vyskytují při podávání informací pacientům.

Podkategorii č. 1 jsme nazvali **paternalismus**. V odpovědích respondentek převažuje paternalismus. Prvním tématem podkategorie je *lékař*. Lékař, který je považován za dominantní osobu, zajišťuje primární funkci v edukaci, určuje průběh a množství podávaných informací. Respondentkami je vnímán jako autorita, má vyšší moc, váhu a vliv. „Oni přece jen ti pacienti dají více na toho lékaře než na sestru... Můžu je poučit, ale doktor je doktor.“ *Sestra* (druhé téma podkapitoly v paternalistickém modelu) edukuje pouze v případě, pokud je čas a příležitost, tedy např. když není přítomen lékař. „Povídáme s pacienty, když se s nimi dostanu do styku

mimo ambulanci, třeba když přijdou na odběry a podobně. Ale takhle v ambulanci podává informace spíše lékař.“ Další respondentka vysvětluje: „Sedíme (sestry) s lékařem v jedné místnosti, takže to vůbec nejde, abychom se do rozhovoru motaly.“

Objevuje se však také partnerský přístup. V podkategorii č. 2, kterou jsme nazvali **partnerství a spolupráce** výchovně-vzdělávací proces provádí jak lékař, tak i sestra a jejich aktivita při edukaci se střídá. „Než přijde lékař, tak si je odeberu, potom s nimi mluvím nějakou dobu, dostanou brožurky a pak jdou vlastně k lékaři... anebo někdy jsme tam oba dva, to znamená, že já něco říkám a pan doktor to doplní.“

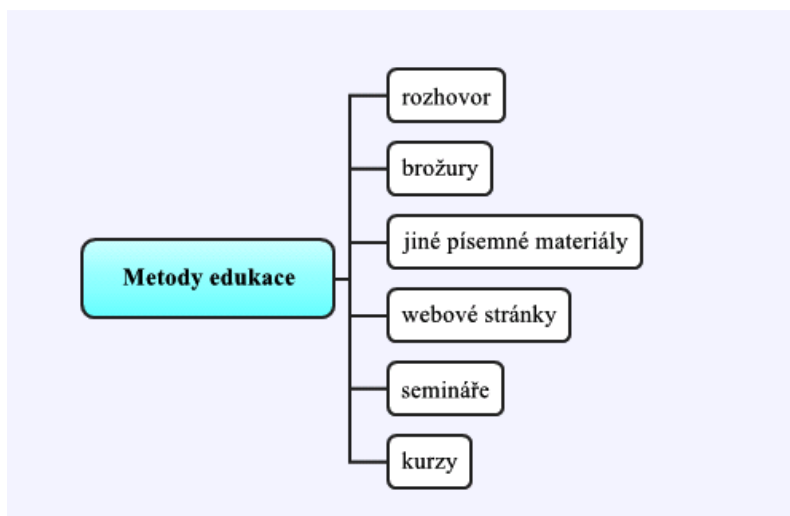
Obrázek č. 4 – Podávání informací



4.2.5 Kategorie: využívané metody edukace

Kategorie **využívaných metod edukace** vypovídá o používání konkrétních metod při edukaci pacienta. Nejčastější metodou využívanou ve výchovně-vzdělávacím procesu je metoda dialogická – rozhovor. Následují písemné materiály ve formě brožur a jiných tištěných textů. Poté následovaly metody práce s internetem. Objevila se také monologická metoda – kurz a seminář.

Obrázek č. 5 – Využívané metody edukace



4.2.6 Kategorie: možnost reedukace

Kategorie **reedukace** se skládá z 3 podkategorií, v nichž charakterizujeme situace, ve kterých se reedukace provádí.

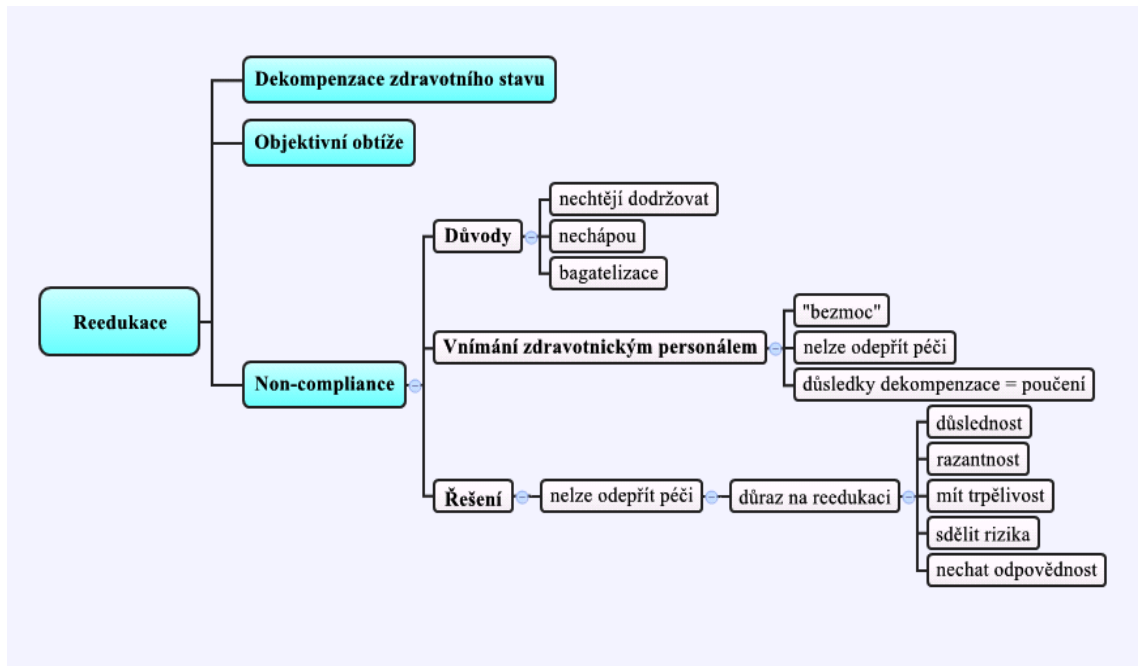
Podkategorii č. 1 jsme nazvali **dekompenzace zdravotního stavu**. Respondentky uvedly, že se opakovaný výchovně-vzdělávací proces uskutečňuje v případě, že dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. „Když pacient přijde s nárůstem obtíží a viditelným zhoršením stavu, tak se mu věnuje více času. Právě je to o tom, že se opakuje edukace.“

V podkategorii č. 2, kterou jsme pojmenovali **objektivní obtíže**, jsou druhým důvodem reedukace pacienta.

K reedukaci respondentky také přistupují v případě, že pacient nedodrží režimová opatření. Podkategorii č. 3 jsme proto pojmenovali **non-compliance**. První téma podkategorie jsme pojmenovali jako *důvody*. Důvodem nedodržování režimových opatření je podle respondentek nechuť pacientů se omezovat, či udělat změnu ve svém životním stylu, nepochopení jednotlivých kroků anebo bagatelizace situace ze strany pacienta. „Když prostě nechce (pacient), tak je to těžký. Nemůžeme všechny

přemlouvat, aby dodržovali něco, co nechtějí.“ Další respondentka uvádí: „Pacient tomu často nepřikládá takovou důležitost. Třeba zrovna příjmu a výdeji tekutin... Oni nevidí ten důvod, proč by měli pít méně, nechápou, že srdíčko to nepřecherpá... někomu to řeknete, pochopí to, někdo se musí poučit znovu a stejně to nechápe...“ Druhým tématem situaci popisujeme z pohledu *vnímání zdravotnického personálu*. Zdravotnický personál nedodržování režimu ze strany pacienta vnímá jako určitou bezmoc. Nemohou odepřít nebo snížit kvalitu poskytované péče. Mohou jen doufat, že se pacient při prodělání dekompenzace dostatečně poučí. „Pokud se zhorší jejich potíže, tak mají strach o svůj vlastní život. Je to tak strašně nepříjemný, když najednou nemůžou dýchat, v noci je budí nedostatek dechu, musí se posadit, prodýchat... Takže oni velice rádi poslechnou rady, co mají dělat, aby se jim ulevilo.“ Třetím tématem podkategorie nazvaným *řešení* pojednáváme o tom, jak respondentky při zjištění non-compliance jednájí. Situaci respondentky řeší opakovanou edukací. Podmínkou je trpělivý přístup, ale zároveň dostatečná důslednost a razantnost při sdělování rizik, kterých se pacient dopouští. Dle odpovědí respondentek je třeba zdůraznit všechna rizika a ponechat pacientovi zodpovědnost za zdravotní stav, který si svým jednáním může přivodit. „Domlouvát, domlouvát... Nic jiného nemůžete dělat...“

Obrázek č. 6 – Možnost reedukace



4.2.7 Kategorie: kooperace s rodinnými příslušníky při edukaci pacienta

V kategorii **kooperace s rodinnými příslušníky při edukaci pacienta** jsme stanovili 4 základní podkategorie, pomocí kterých jsme uceleně zachytili problematiku. Kooperace s rodinnými příslušníky při předávání informací pacientovi je podle výpovědi respondentek velmi důležitá.

Podkategorii č. 1 jsme nazvali **přínos**. Obzvláště přínosná kooperace s rodinnými příslušníky je v případě, pokud se jedná o pacienta v seniorském věku, nedoslýchavého pacienta nebo pacienta, který může být vlivem působení různých faktorů při kontrole v ambulanci rozrušený.

Podkategorií č. 2 jsme pojmenovali **pozitivní vliv** a charakterizovali jsme významnost spolupráce. Stanovili jsme si dvě témata. Pozitivní vliv *pro zdravotnický personál* a pozitiva směřující k *pacientovi*. Respondentky uvádějí, že může být s rodinnými příslušníky mnohdy i lepší spolupráce než se samotným pacientem.

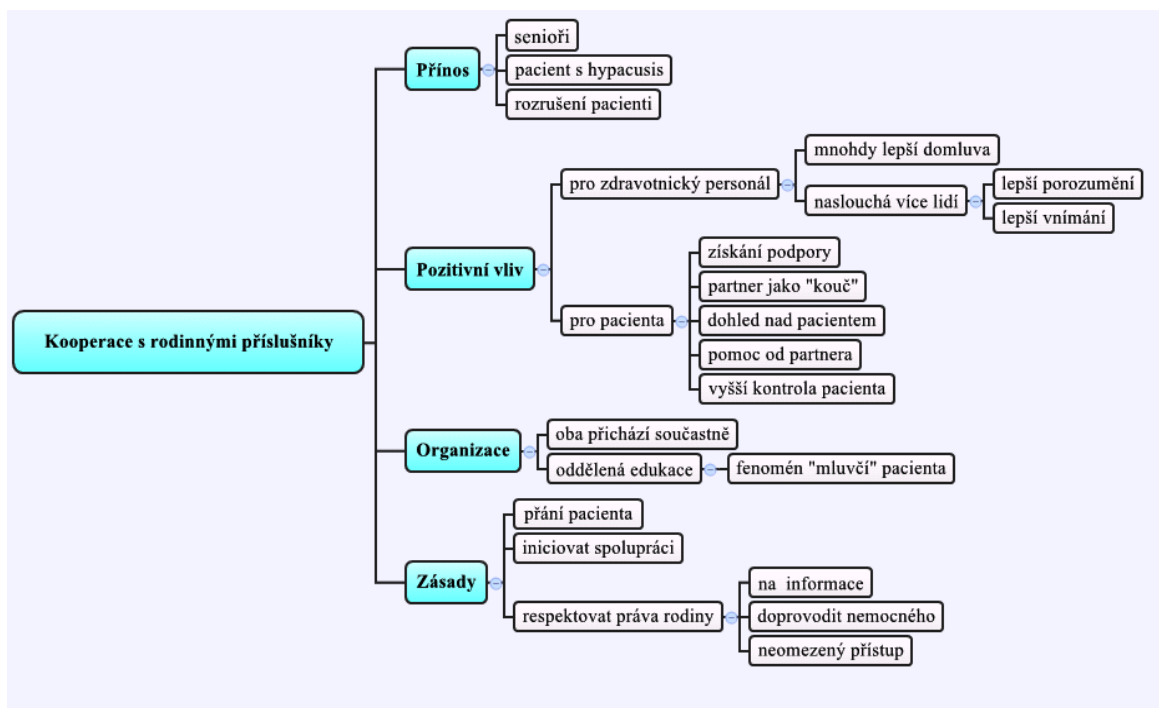
Přítomností rodinného příslušníka se také zajistí naslouchání sdělovaného nejen pacientem, ale rovněž druhou osobou, která může zachytit více informací. Pro pacienta spolupráce rodinných příslušníků při výchovně-vzdělávacím procesu může přinést získání jejich podpory a pomoci při dodržování režimových opatření. Partner se může uplatnit jako kouč, může pacienta motivovat, dohlížet a kontrolovat správné dodržování všech doporučení.

Podkategorii č. 3 jsme označili pojmem **organizace**. Podkategorie obsahuje dvě témata, která popisují organizaci při výchovně-vzdělávacím procesu. Při edukaci většina ambulancí preferuje systém organizace, kdy pacient přichází *s rodinnými příslušníky současně*, a vnímají stejné informace. V jedné ambulanci však preferují jiný postup, který jsme nazvali *oddělená edukace*. Nejdříve přichází pacient sám, poté pacient současně s rodinnými příslušníky. Vysvětlením je fenomén „mluvčí“ pacienta, kdy má často rodinný příslušník tendenci hovořit za pacienta.

Podkategorie č. 4 pojednává o principu spolupráce s rodinnými příslušníky. Podkategorii jsme nazvali pojmem **zásady**. První téma nazvané *přání pacienta* popsaly respondentky shodně. Uvádějí, že je vždy důležité respektovat přání pacienta a nechat rozhodnutí přizvat si k edukaci rodinné příslušníky čistě na něm samotném. Někdy se totiž ze strany pacienta objevuje odmítavý postoj a on si nepřeje, aby rodinní příslušníci byli o něčem informováni. „Někteří pacienti s sebou rodinu mají, ale nechtějí, aby byli přizváni do ambulance s pacientem. Ptám se pacientů, když s sebou mají manželku, jestli ji nechce vzít s sebou a někteří odmítají.“ Druhým tématem nazvaným *iniciovat spolupráci* rozumíme podnět ze strany zdravotnického personálu k pozvání rodinných příslušníků, který přichází tehdy, když je špatná nebo neefektivní spolupráce s pacientem. „Když vidíme, že je tam problém v komunikaci, tak si přizveme rodinu i sami.“

Vždy je však třeba zabývat se i třetím tématem podkategorie č. 5 a **respektovat práva rodiny**. Rodina má právo na informace o pacientovi, možnost pacienta doprovodit. Zdravotnický personál by neměl omezovat její přístup k pacientovi.

Obrázek č. 7 – Kooperace s rodinnými příslušníky při edukaci pacienta



5 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit a porovnat u pacientů s chronickým srdečním selháním informovanost v péči o sebe sama v rámci sekundární prevence.

5.1 Diskuze kvantitativního šetření

Prevalence srdečního selhání se prudce zvyšuje v závislosti na věku (Špinar et al., 2012), což také potvrzuje naše šetření. Pouhým 5ti dotazovaným (2,9 %) bylo 21–34 let, 20ti dotazovaným (11,5 %) bylo 35–49 let. Ve věkovém rozmezí 50–64 let odpovídalo 66 dotazovaných (37,9 %). Nejpočetnější skupina dotazovaných byla starších 65 let a to v počtu 83 (47,7 %).

Pohlaví dotazovaných s naprostou převahou zastupovali muži v počtu 136 (78,2 %). Opačné pohlaví zastupovalo 38 (21,8 %) žen.

V první hypotéze jsme chtěli zjistit, zda **pacienti s chronickým srdečním selháním znají příznaky srdeční dekompenzace**. Hypotézu jsme testovali dotazníkovou položkou číslo 7.

Dotazovaní dostali za úkol zakroužkovat příznaky, u kterých se domnívali, že mohou být známkou zhoršení srdečního selhání. Vybírali z celkem 12 symptomů, které jsme cíleně modifikovali s předpokladem střetu s laickou veřejností: únava, neopodstatněný a rychlý nárůst hmotnosti, otoky dolních končetin, otok břicha, nechutenství, zvracení, pocit na zvracení, pocit plnosti, porucha močení (méně často i menší množství), močení přes noc, obtíže s dýcháním, nezvládnutí zátěže.

Předpokládali jsme, že 75 % dotazovaných úspěšně označí všech 12 symptomů. Hypotézu jsme však zamítli. Z celkem 12 symptomů dotazovaní průměrně označili 3,12 % příznaků.

7,7 % dotazovaných z celkového počtu 181 neuvedlo žádný příznak. Může se jednat o absolutní a alarmující neznalost příznaků možné dekompenzace srdečního selhání.

Dotazovaní nejčastěji označovali typické symptomy pro srdeční selhání: obtíže s dýcháním (73,5 % dotazovaných), únavu (64 % dotazovaných) a nevládání zátěže (48,1 % dotazovaných). Otoky kotníků, které také mohou signalizovat dekompenzaci srdečního selhání a patří podle Widimského, Lefflerové a Sedláčka (2013) mezi typické symptomy, však označilo pouze 41,4 % dotazovaných. Přitom v době, kdy se periferní otoky již objeví, je v těle retinováno několik litrů (3–5 litrů) extracelulární tekutiny (Špinar et al., 2012).

Také nykturii, typický příznak chronického srdečního selhání, způsobenou zvýšeným prokrvením ledvin v poloze vleže (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013) označilo pouze 18,8 % dotazovaných.

Stoupající hmotnost jako důležitý příznak retence soli (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013) uvedlo jako příznak srdečního selhání pouhých 14,9 % dotazovaných.

Změny v množství nebo obsahu vylučované moči jako příznak možné dekompenzace srdečního selhání shledalo jen 13,8 % dotazovaných.

Dyspeptické obtíže dotazovaní s možnou dekompenzací srdečního selhání téměř nespojovali. Nechutenství vyhodnotilo jako příznak dekompenzace pouze 12,7 % dotazovaných, pocit plnosti 8,8 % dotazovaných, pocit na zvracení 6,6 % dotazovaných a příznak zvracení pouhých 3,3 % dotazovaných.

Možným důvodem, proč dotazovaní reagovali uvedeným způsobem je, že příznaky mohli hodnotit pouze na základě osobní zkušenosti se symptomy, nikoliv na základě svých znalostí o onemocnění. Z šetření totiž vyplývá, že vzorek dotazovaných, kteří se na šetření podíleli, jsou převážně dobře kompenzováni a jsou ve stabilní fázi onemocnění. O zmíněném faktu vypovídá položka číslo 6, kde zjišťujeme počet hospitalizací za poslední kalendářní rok. 37,6 % dotazovaných uvedlo, že bylo naposledy hospitalizováno v delším časovém úseku, než je jeden kalendářní rok. O skutečnosti vypovídá také položka číslo 14, kdy se dotazujeme na subjektivní zhodnocení svého zdravotního stavu. 61,3 % dotazovaných uvedlo, že svůj zdravotní

stav subjektivně vnímají jako stálý a dokonce 20,4 % dotazovaných vnímá nyní svůj zdravotní stav jako zlepšený.

Ve druhé hypotéze jsme zjišťovali, zda **pacienti s chronickým srdečním selháním dodržují režimová doporučení v souvislosti s následnou léčbou**. Hypotézu jsme testovali s pomocí položek číslo 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12.

Základem dietních opatření je racionální vyrovnaná strava s dostatkem všech živin, s cílem udržet optimální hmotnost (Špinar et al., 2012). Zjistili jsme, že dotazovaní z našeho výčtu potravin zvolili vhodné potraviny v 37,7 %, oproti nedoporučovaným potravinám, které dotazovaní označili pouze ve 27,7 %. Preferenci vhodných potravin jsme potvrdili i statistickým testováním.

Z nedoporučovaných potravin (zejména pro skrytý obsah soli) zdůrazňujeme konzumaci tavených sýrů, kterou uvedlo 52,2 % dotazovaných, salámů (37,2 % dotazovaných) a paštik (31,1 % dotazovaných). Dotazovaní také preferovali bílé pečivo.

Pozitivní a překvapující je vysoká konzumace ovoce (87,2 %) a zeleniny (72,8 %), které obsahují vlákninu, důležité vitaminy a draslík. Vysoký počet dotazovaných také konzumuje bylinné a ovocné čaje (53,9 %) a ryby (55 %).

Lze říci, že respondenti alespoň tuší, jaké potraviny mají konzumovat a jaké omezovat. Zjistili jsme však i rezervy v konzumaci zdravých a výživově hodnotných potravin. Konkrétně v konzumaci krůtího masa, sóji, neloupané rýže, kuskusu, bulguru a quinoi, ale také v konzumaci ovesných vloček a celozrnných těstovin.

Optimální frekvence stravování je dle guidelines České kardiologické společnosti (dále ČKS) 5–6 x denně v menších dávkách (Špinar et al., 2012). Zjistili jsme, že se dle doporučení ČKS nestravuje ani 75 % dotazovaných. Doporučení respektuje pouze 20,2 % dotazovaných. Nejčastěji se dotazovaní stravují 3 x denně (41 %), 4 x denně se stravuje 26,2 % respondentů.

Zjišťovali jsme také, zda dotazovaní dodržují nějaká režimová opatření. Málek F. a Málek I. (2013) doporučují pacientům omezit příjem kuchyňské soli. Sůl v potravě nejenže zadržuje tekutiny v těle a podporuje vznik otoků, ale také vede k překrvení orgánů a větší námaze srdce (Schejbalová, Niederle, 2004).

Předpokládali jsme, že dietní opatření dodržuje 75 % dotazovaných, což se nepotvrdilo. Žádná dietní opatření nedodržuje celkem 65,7 % dotazovaných.

V konzumaci potravin se omezuje 34,3 % dotazovaných, a to nejčastěji v souvislosti s jiným onemocněním (diabetes mellitus), v rámci redukční diety nebo v rámci užívání antikoagulancií. Dietu s omezením soli uvedli pouze dva dotazovaní.

Fyzická aktivita je doporučována nemocným ve všech stádiu onemocnění kromě období dekompenzace a velmi pokročilého srdečního selhání (Málek F., Málek I., 2013). Stejný názor uvádí i ČKS, kdy je u stabilizovaných nemocných bez maligních komorových arytmií a jiných kontraindikací doporučeno cvičení ve frekvenci 3–5 x týdně 20–30 minut dynamické zátěže na individuální úrovni, doplněné rytmickou rozvíčkou (Špinar et al., 2012). K provádění každodenní fyzické a volnočasové aktivity, které nevyvolávají symptomy onemocnění, vybízejí i Wal, Jaarsma a Veldhuisen (2005). Přes veškeré rady podle provedených studií v Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (dále jen MEDLINE) a Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (dále jen CINAHL) nejsou doporučení následována 41–58 % pacientů (Wal, Jaarsma, Veldhuisen, 2005).

Stanovili jsme si předpoklad, že 75 % dotazovaných, kterým nebrání zdravotní stav vykonávat fyzickou aktivitu, pravidelně sportuje. Hypotéza se nepotvrdila. Šetření však ukázalo, že přestože 61,3 % dotazovaných uvedlo, že svůj zdravotní stav subjektivně vnímají jako stálý a dokonce 20,4 % dotazovaných vnímá nyní svůj zdravotní stav jako zlepšený, celkem 36,9 % dotazovaných uvedlo, že jim jejich zdravotní stav sportování nedovoluje.

28,5 % dotazovaných uvedlo, že sportuje občas. Pravidelné fyzické aktivitě ve formě turistiky, procházek, jízdy na kole a plavání se věnuje pouze 8,9% dotazovaných. Dotazovaní, kteří mohou vykonávat fyzickou aktivitu, ale z nějakého důvodu ji nevykonávají je 25,7 %.

U dotazovaných jsme také zjišťovali, zda užívají návykové látky.

Užívání tabákových výrobků je zakázáno (Špinar et al., 2012). V šetření jsme zjistili, že 83,1 % dotazovaných neužívá tabákové výrobky. Skutečnost jsme potvrdili i ve statistickém testování, kde jsme předpokládali, že 80 % dotazovaných neužívá

tabákové výrobky. V zahraničních studiích vyhledaných v MEDLINE a CINHALL bylo nekuřáků přibližně 90 % (Wal, Jaarsma, Veldhuisen, 2005).

Nedoporučuje se ani nadměrný příjem alkoholických nápojů (Wal, Jaarsma, Veldhuisen, 2005). Maximální denní limit pro konzumaci alkoholu je 40 g pro muže a 30 g pro ženy (Špinar et al., 2012). Vhodnější je však úplná abstinence (Widimský, 2003). Statistickým testováním jsme zjistili, že dotazovaní alkohol konzumují. Náš předpoklad, že 80 % dotazovaných nekonzumuje alkoholické nápoje nebo je konzumuje maximálně 1 x za měsíc nebo či méně se nepotvrdil. Nejčastější frekvence konzumace alkoholu v provedeném šetření je 1 x týdně. Skutečnost uvedlo 29,8 % dotazovaných. Denní konzumaci alkoholu přiznalo 16 % dotazovaných. Úplnou abstinenci uvedlo 24,3 % dotazovaných.

Pravidelnou konzumaci černé kávy přiznává okolo 80 % populace (Vítek, 2008). V provedeném šetření konzumaci černé kávy uvedlo celkem 67,8 % dotazovaných. Černá káva je podle ČKS pacientům povolena v omezeném množství, a to 1–2 šálky denně (Špinar et al., 2012). Ve statistickém testování jsme předpokládali, že 75:25 % dotazovaných uvede konzumaci černé kávy do 1–2 šálků denně. Test se nepotvrdil, protože pozorované (skutečné) počty četnosti konzumace kávy byly mnohem četnější. Doporučené množství dodržuje více jak polovina dotazovaných (57,1 %). Větší konzumaci kávy za den přiznává pouze 8,8 % dotazovaných.

Správné užívání léků je základem léčby nemocných se srdečním selháním (Wal, Jaarsma, Veldhuisen, 2005). Uvádí se, že 20–50 % nemocných neužívá přesně medikaci (Málek F., Málek I., 2013). V provedeném šetření jsme předpokládali 80 % adherenci oproti 20 % nespolupráci při pravidelném užívání medikace. Ve skutečnosti byla adherence mnohem větší, a to v počtu 95,1 % dotazovaných, kteří uvedli, že medikaci užívají pravidelně.

Také jsme se dotazovali na znalost dalšího termínu kontroly v ambulanci srdečního selhání. Předpokládali jsme, že termín další kontroly zná 75 % dotazovaných, což jsme pomocí statistické metody potvrdili. Termín kontroly v ambulanci zná zcela přesně 76,1 % dotazovaných. 22,2 % dotazovaných přiznalo, že svůj termín další kontroly neznají.

Někteří muži se ospravedlňovali tím, že termín další návštěvy zná jejich manželka. Jiní argumentovali tím, že dostanou pozvánku do domovní schránky.

V souvislosti s dodržováním všech doporučení jsme se pacientů dotazovali, zda vnímají subjektivně nějaké překážky, které jim brání v dodržování režimu.

81,4 % dotazovaných uvedlo, že žádné překážky nevnímají. Z 31 dotazovaných (18,6%) uvedlo celkem 19, že nemají pevnou vůli a nechce se jim se omezovat, 7 subjektivně vnímalo jako bariéru finanční aspekty a 5 uvedlo, že přesně nevědí, co a jak mají v dodržování režimových opatření dělat.

Neméně důležité jsou informace o reprodukci a sexuální aktivitě. Samozřejmě, jak uvádí Špinar et al. (2012), nelze nemocnému sexuální aktivitu diktovat. U žen ve fertilním věku s pokročilým selháním je těhotenství vysoce rizikové a doporučuje se antikoncepce. U mužů může být rizikové užití sildenafilu (Viagry) nebo vysoké riziko dekompenzace srdečního selhání ve funkční třídě NYHA III-IV. Přestože nemocní a jejich partneři mohou být z celé situace značně úzkostní (Špinar et al., 2012), z šetření vyplynulo, že 83,3 % dotazovaných informace tohoto druhu od svého lékaře vůbec nedostalo.

V souvislosti s dodržováním režimových opatření jsme dotazovaným dali za úkol oznámkovat jako ve škole od 1 do 5 spokojenost s formou podávaných informací. Zjistili jsme, že 54,9 % dotazovaných, hodnotí formu podávaných informací na výbornou a udělili jedničku. 23,7 % dotazovaných ohodnotilo formu podávaných informací na dvojku. Známkou dobře hodnotilo celkem 11 % dotazovaných. Vyskytlo se však i hodnocení s dostatečnou známkou u 5,2 % dotazovaných a ve stejném počtu i nedostatečné hodnocení. Průměrně respondenti ohodnotili formu podávaných informací na 1,80.

Informace podává nejčastěji lékař, což uvedlo v položce č. 16 celkem 60 % dotazovaných. 36 % dotazovaných uvedlo jako zdroj informací sestru. Překvapující je ale fakt, že 20 % dotazovaných uvedlo, že jim informace nepředal nikdo.

Ve třetí hypotéze jsme chtěli zjistit, zda si **pacienti s chronickým srdečním selháním denně kontrolují v rámci self-monitoringu hmotnost, krevní tlak a pulz.**

Získání nemocného ke spolupráci, kdy si nemocný základní parametry sleduje sám v mezidobí kontrol, má zásadní význam (Málek F., Málek I., 2013).

Hypotézu jsme testovali pomocí 13. položky dotazníku, kde jsme se dotazovaných ptali na každodenní kontrolu hmotnosti, krevního tlaku a pulzu v rámci domácího self-monitoringu. Dotazovaní vybírali z variant „ano“ nebo „ne“.

Náš předpoklad, že si 75 % dotazovaných denně monitoruje hmotnost, krevní tlak a pulz jsme zamítli. Z šetření vyplynulo, že denní monitoraci tělesné hmotnosti neprovádí 73,1 % dotazovaných. Přitom z dostupné literatury víme, že již nárůst hmotnosti o 1 kg za den může svědčit o zadržování tekutin v těle (Widimský, Lefflerová, Sedláček, 2013). Důležitost denní kontroly tělesné hmotnosti jako součást denního režimu pacienta uvádí také Schejbalová a Niederle (2004, s. 33); „Pravidelným sledováním tělesné hmotnosti můžete sami zjistit, zda nedochází k nahromadění tekutin v těle – pokud zjistíte přírůstek hmotnosti více než 2 kg za týden, je třeba kontaktovat lékaře.“ Jedině tak lze zachytit již první známky dekompenzace ještě v době, kdy se dají zvládnout ambulantně ve spolupráci se specialistou na léčbu srdečního selhání (Lazárová, Málek, Táborský, 2012). Naopak progredující úbytek váhy může být známkou kardiální kachexie (Málek F., Málek I., 2013).

V provedeném šetření v databázích MEDLINE a CINAHL od roku 1988 do června 2003 autoři uvádějí, že 40 % pacientů monitoruje tělesnou hmotnost každý den (Wal, Jaarsma, Veldhuisen, 2005). V našem šetření to bylo pouhých 26,9 % respondentů.

Medikace používaná v léčbě srdečního selhání mnohdy může způsobit výkyvy krevního tlaku a pulzu, proto se doporučuje tyto hodnoty monitorovat. Např. inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (ACEI) mohou vést ke snížení krevního tlaku, stejně tak betablokátoři mohou způsobovat hypotenzi a pomalý pulz. Digitalis může vést ke zpomalení tepu. I vazodilatancia mohou způsobit pokles krevního tlaku (Schejbalová, Niederle, 2004).

Pacienti, kteří si sami doma dle doporučení monitorují krevní tlak, se mohou lépe podílet na optimální titraci medikace, a zlepšit tak i adherenci k léčbě (Homolka a kol., 2010).

Z šetření však vyplývá, že denní monitoraci krevního tlaku provádí 32,8 %, a tedy zároveň neprovádí 67,3 % respondentů. Pulz nesleduje 71,9 % respondentů.

Důvodem těchto výsledků může být z části i skutečnost, že ambulance srdečního selhání mají rozdílné preference v podávání informací (viz diskuze kvalitativního šetření) a některé ambulance denní monitoraci nemocné vůbec neučí.

Při prezentaci výsledků jsme si vědomi toho, že existují potenciaální zdroje chyb. Kvantitativní metody, jak uvádí Bártlová, Sadílek a Tóthová (2008) nezachycují souvislosti šetření.

První potenciaální zdroje zkreslení výsledků mohou být způsobeny nesprávným postupem pověřených osob při distribuci dotazníků. Při zpětném odběru byly některé vyplněné dotazníky bez obálky nebo v nezalepené obálce. Bohužel se tak stalo i přes řádné vysvětlení, které jsme zajistili ústním jednáním i písemnými instrukcemi při předávání dotazníků každé pověřené osobě.

Dalším potenciaálním zdrojem zkreslení výsledků může být i skutečnost, kterou jsme se dozvěděli od jedné z respondentek. Část pacientů po zhlédnutí obsahu jednotlivých konkrétních položek dotazník odmítla vyplnit. Dbali jsme však na zachování dobrovolnosti při vyplňování dotazníků a respektovali jsme možnost odmítnutí dotazovaných.

Zkreslení výsledků může být způsobeno menším vzorkem dotazovaných z důvodu odmítnutí šetření na některých pracovištích.

5.2 Diskuze kvalitativního šetření

V kvalitativním šetření jsme si stanovili tři základní výzkumné otázky.

První oblast zahrnuje zjišťování, zda **pacienty s chronickým srdečním selháním učíme to, co potřebují vědět.**

Respondentky nejčastěji hovořily o režimových opatřeních, které by měl pacient dodržovat. Pouze 2 respondentky hovořily o provádění self-monitoringu. Zcela bez povšimnutí zůstala oblast sexuální aktivity a reprodukce. Stejně tak nikdo nehovořil o

možnosti očkování, což se shoduje s Widimským, Lefflerovou a Sedláčkem (2013), kteří uvádějí, že se v našich podmínkách na očkování „zapomíná“ a provádí se jen u jedné pětiny nemocných s chronickým srdečním selháním. Přitom z dostupné literatury víme, že věk nad 50 let a současné chronické onemocnění včetně srdečního selhání zvyšuje riziko vzniku pneumokokového onemocnění a následných komplikací (Chlíbek, 2013).

Žádná z respondentek neuváděla informace o užívání tabákových výrobků nebo o konzumaci alkoholu. Můžeme se pouze domnívat, že respondentky považují omezení v užívání tabákových výrobků a v konzumaci alkoholu za samozřejmost.

Rezervy jsme také pocítili u možnosti sdružování. S výjimkou jedné respondentky ostatních pět nenabízela nemocným žádnou možnost sdružování.

Rozhodli jsme se také zmonitorovat, zda **jsme jako nelékařští zdravotničtí pracovníci schopni pacientům účinně předávat informace.**

Sestra má být připravena na roli edukátorky a měla by ovládat základní poznatky z pedagogiky (Magurová, Majerníková, 2009). Šetření však ukázalo, že přestože respondentky shodně uvádějí, že mají dostatek vědomostí a schopností potřebných k edukaci pacientů, některým stále chybí dostatek sebevědomí, domnívají se, že jsou zatížené nejistotou a obavami. *„Já sama za sebe jsem raději, když za sebou mám toho lékaře, že to dělám dobře... Mám stále výčitky, jestli jsem to udělala správně (edukaci) a neopomenula nějaké věci.“*

Většina respondentek uznává lékaře jako dominantní osobu při podávání informací. A to i v případě, když respondentky vzápětí samy přiznávají, že sestra má více času než lékař, je vnímavější k pacientům a pacient se jí často svěřuje, protože má se sestrou větší pocit rovnosti. *„Lidé jdou za tou sestrou, protože mají pocit, že jim je sestra rovnější než lékař. Pacienti toho na sebe i víc řeknou a nemusí si dávat pozor na to, jak mluví, aby nevypadali hloupě a nestyděli se za něco, že něčemu nerozumí.“*

Šetřením jsme zjistili, že respondentky využívají multioborové spolupráce. V případě potřeby zajišťují poradenství s nutričními specialisty a s psychology. Opomíjena je však kooperace mezi jednotlivými ambulancemi srdečního selhání. Chybí angažovanost sester a využití spolupráce při vytváření programů pro nemocné a

předávání zkušeností. Získané informace pomocí provedeného šetření se tak shodují s Tomanovou (2002), že edukační role sestry je závislá na její angažovanosti.

Polovina dotázaných respondentek by uvítala specializovanou pomoc edukační sestry, která by mohla vyplnit informační deficit pacienta. „*Je vidět, že pacienti potřebují více času, aby se ještě mohli zeptat na různé věci. Potřebovali by někoho, kdo by se jim věnoval.*“ Podmínkou je vzdělání v oblasti kardiologie a praxe v oboru. Edukační sestra by dle představ respondentek působila na lůžkovém oddělení a docházela by na ambulanci v případě potřeby. Touto myšlenkou se zabývají také Šulistová a Trešlová (2012), podle nichž by se určená osoba měla možnost se důkladně věnovat všem fázím edukačního procesu včetně zvážení všech motivačních prvků a bariér.

Na některých pracovištích se objevil velmi pozitivní systém služeb a intervencí pro nemocné, které popisuje také Zafarová (2013). Jedná se o 24hodinovou telefonickou podporu s možností konzultace včetně zařízení hospitalizace, elektronickou komunikaci, pořádání kurzů a seminářů. Dobrým námětem, který uváděla jedna respondentka, je příprava internetového diskuzního fóra pro nemocné. Systém péče o nemocného s chronickým srdečním selháním bohužel nefunguje ve všech ambulancích srdečního selhání.

V šetření jsme se zároveň zaměřili na to, **jak probíhá výchovně-vzdělávací proces** v ambulancích srdečního selhání. Edukace pacienta totiž hraje primární roli v úpravě životního stylu (Špinar et al., 2012).

Ve výchovně-vzdělávacím procesu ve většině případů zastupuje primární roli lékař, což se shoduje i s Málkem F. a Málkem I. (2013), kteří lékaře popisují jako ústřední postavu v péči o nemocného.

Převažuje paternalistický přístup, kdy je lékař nadřazený, považovaný za autoritu, zatímco sestra ustupuje do pozadí. Sestra edukuje pacienty neřízeně, pouze když je příležitost nebo čas.

I když je partnerství lékaře a sestry při výkonu povolání vyžadováno evropskou legislativou, praxe za tímto racionálním požadavkem značně zaostává (Linhartová, 2007). Skutečnost potvrzuje i naše šetření. Participace a kooperace sestry s lékařem při

výchovně-vzdělávacím procesu se objevuje pouze ve dvou případech, kdy sestra provádí edukaci pacienta, lékař naslouchá a případně informace doplňuje.

Časový plán na jednoho pacienta při kontrole v ambulancích srdečního selhání se pohybuje v rozmezí minimálně 15 minut a maximálně 60 minut. Jedna respondentka uváděla, že časové dispozice přizpůsobují situaci.

V případě, že dojde k dekompenzaci zdravotního stavu, nemocný má objektivní obtíže nebo nemocný nedodrží režimová opatření, zdravotnický personál přistupuje k reedukaci.

Při nespolupráci, ze strany nemocného zdravotnický personál trpělivě ale důsledně, razantně a bez zastírání sdělí rizika jeho chování a zároveň mu ponechá odpovědnost za jeho zdraví. Zvolené řešení také shodně popisuje Jaarsma, Nikolova-Simons a Van der Wal (2012). Pacient by měl být zodpovědný za svoje chování, aby si mohl vážit sám sebe a udělat změny proto, že chtěl, nikoliv proto, že mu to řekla sestra.

Nespoluprací nemocného však může dojít i k nárůstu obtíží, které, jak uvádí jedna respondentka, jsou účinnou satisfakcí a vedou k ponaučení nemocného. *„Když se zhorší jejich stav, mají potíže, tak je to pro ně docela silné ponaučení, aby si příště dali pozor a dodržovali doporučený režim.“* Jak shodně vystihuje souhrn studií provedených v USA autory Harkness, Spaling, Currie et al. (2014). Tuto situaci je důležité využít pozitivně k poučení nemocného. Problémy, které vznikly z vlastních rozhodnutí pacienta, lze využít jako příležitost k učení, růstu a ke zdůraznění pozitivního učení. Pravděpodobně více se pacient naučí zkušenostmi v situaci, kdy self-management prováděl neúspěšně, než z abstraktního učení.

Shledali jsme také nedostatky v metodách edukace. Přestože si z toho co slyšíme, zapamatujeme pouze 5–10 % informací (Šulistová, Trešlová, 2012) nejpoužívanější metodou je rozhovor. Dalšími pomůckami jsou brožury a jiné písemné materiály, které podle našeho zjištění, vznikají z vlastní iniciativy konkrétních pracovišť.

Brožury a písemné materiály, které jednotlivé specializované ambulance předávají pacientům, si sestavují pracoviště sama, nebo informace převezmou od jiného autora a nejsou ve všech směrech zcela jednotná. V případě, že je pacient odkázán na individuální samostudium, je otázkou, zda dokáže v informacích určit prioritu a

závažnost podaných doporučení. Tedy zda je schopen se v informacích zorientovat i v případech, že je např. vlivem dekompenzace odkázán na jiné pracoviště, kde vyzdvihují jako dominantní rozdílná doporučení.

Vedení dokumentace o provedené edukaci je stále velmi opomíjeno, přestože dokumentace o provedené edukaci je základem edukačního procesu (Magurová, Majerníková, 2009). Zaručuje totiž systematickou a navazující edukaci, umožňuje revizi výukových strategií, zaznamenává pokroky, dosažené cíle a hodnocení.

Dokumentaci o provedené edukaci pomocí schváleného tiskopisu má zavedeno pouze 1 z 6 pracovišť. Ve 2 pracovištích provádí lékař jenom krátký záznam o poučení pacienta do dekurzu. Formálně tedy neprobíhá posuzování, diagnostika, plánování edukačního procesu, nedochází ani k hodnocení edukačního procesu a k monitoraci pokroků, úspěchů a znalostí edukovaného. Právě hodnocení znalostí a motivace pacienta ke změně jeho chování však může vést k žádoucímu a individuálnímu přizpůsobení intervencí (Jaarsma, Nikolova-Simons, Van der Wal, 2012).

Zpětnou vazbu od pacienta zjišťuje cíleně pouze jediná respondentka formou dotazníku v rámci studií. Stejně tak sestry nezjišťují, co od edukačního programu nemocný očekává, vnímáme to jako chybu.

Kooperace s rodinnými příslušníky při edukaci pacienta je respondentkami shledána za přínosnou a je zdravotnickými pracovníky ve většině případů podporována a někdy dokonce i iniciována. Ve všech případech respondentky hovořily o individuálním rozhodnutí pacienta a respektování jeho přání, protože ne vždy pacient projevuje zájem o edukaci rodinných příslušníků. *„Někteří pacienti s sebou mají rodinu, ale nechtějí, aby byla přizvána do ambulance s pacientem.“*

Limity bránící probíhání edukace ze strany zdravotnického personálu jsou jednoznačně časové a prostorové dispozice. Jako bariéra se také objevila obava edukátora z příliš velké zodpovědnosti nebo bagatelizující přístup ze strany pacienta. *„Pacient tomu často nepřikládá takovou důležitost. Třeba zrovna u příjmu a výdeji tekutin. Oni nevidí ten důvod, proč by měli pít méně, nechápou, že srdíčko to nepřečerpá...“* Respondentky také hovořily o současném systému, který je orientovaný

na rychlost a výkon, kdy jsou zároveň omezené sesterské kompetence a omezené možnosti edukace.

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce a předmětem šetření bylo zmapovat a porovnat u pacientů s chronickým srdečním selháním informovanost v péči o sebe sama v rámci sekundární prevence.

Stanovili jsme si 3 hypotézy, které jsme testovali kvantitativní metodou dotazníku. Výzkumným souborem se stali pacienti s chronickým srdečním selháním docházející k ambulantní kontrole.

V první hypotéze jsme chtěli zjistit, zda pacienti s chronickým srdečním selháním znají příznaky srdeční dekompenzace. Zjistili jsme, že pacienti mají ve znalostech značné rezervy. Více než polovina dotazovaných nepokládala za příznak možné dekompenzace srdečního selhání: otoky dolních končetin a břicha, rychlý a neopodstatněný nárůst hmotnosti, dyspeptické obtíže ani jakékoli změny v močení (v objemu, množství nebo močení přes noc).

Ve druhé hypotéze jsme zjišťovali, jak pacienti dodržují režimová doporučení v souvislosti s následující léčbou. Zjistili jsme, že dotazovaní až na výjimky cíleně omezují nedoporučované potraviny a konzumují více vhodných a prospěšných potravin. Zároveň však stále panuje zdrženlivost v konzumaci zdravých a výživově hodnotných potravin.

Dále jsme zjistili, že dotazovaní nedodržují optimální doporučenou frekvenci konzumace potravin, nejčastěji se stravují 3 x denně. Také jsme zjistili, že dotazovaní nedodržují neslanou dietu.

Rezervy jsou i v otázce pohybové aktivity. Dotazovaní až na výjimky nedodržují pravidelnou pohybovou aktivitu.

Zjistili jsme však i pozitivní aspekty self-care. Dotazovaní nekouří, konzumují alkohol nejčastěji 1 x týdně a dodržují doporučené množství konzumace kávy.

Také naprostá většina dotazovaných užívá pravidelně léky a zná termín následující kontroly u svého lékaře.

Poslední stanovenou hypotézou jsme chtěli zmonitorovat, zda si pacienti s chronickým srdečním selháním denně v rámci self-monitoringu kontrolují hmotnost, krevní tlak a pulz. Zjistili jsme, že ani polovina dotazovaných respondentů si denně nemonitoruje hmotnost, krevní tlak ani pulz. Nemocní by měli být o této problematice více informováni a více motivováni v péči o vlastní zdraví.

Kvalitativní šetření probíhalo pomocí metody rozhovoru se sestrami v ambulancích srdečního selhání. Stanovili jsme si tři výzkumné otázky.

V první výzkumné otázce jsme chtěli zmapovat, zda pacienty s chronickým srdečním selháním učíme to, co potřebují vědět.

Zjistili jsme, že se respondentky vůbec nezmiňovaly o oblastech sexuální aktivity a reprodukci, o možnostech očkování, konzumaci alkoholu a užívání tabákových výrobků.

Opomíjená je také oblast self-monitoringu. I když respondentky učí nemocné sledování hmotnosti, krevního tlaku a pulzu, shledali jsme absolutní nejednotnost ve frekvenci a druhu oblastí sledování. Některé respondentky oblast self-monitoringu obohatily o sledování otoků, dušnosti a jiných obtíží, jiné respondentky o důležitosti self-monitoringu vůbec nehovořily. Nejednotnost podávaných informací je zapříčiněna tím, že jsou jednotlivá pracoviště odkázána na vlastní angažovanost a aktivitu při tvorbě edukačních materiálů.

Opomíjena je také oblast sdružování nemocných. Možnost využití podpůrných skupin nemocným nabízela pouze jedna z šesti oslovených respondentek.

Druhou výzkumnou otázkou jsme se dotazovali, zda jsme jako nelékařští zdravotničtí pracovníci schopni účinně předat informace pacientům.

Ukázalo se, že některé sestry stále oplývají nedostatkem sebevědomí při edukaci nemocných a je potřeba jejich sebejistotu posílit, např. doplněním vzdělání formou kurzů a seminářů specializovaných na zmíněnou problematiku.

Zjistili jsme, že funguje mezioborová spolupráce, ale bylo by také žádoucí začít kooperovat na úrovni ostatních ambulancí srdečního selhání (předávat si materiály, zkušenosti, brožurky). Zajímavou myšlenkou, kterou podpořila polovina dotazovaných,

je funkce edukační kardiologické sestry, která by zajistila edukaci nemocných v případě potřeby tak, jak ji zajišťují i jiné obory (např. diabetologie).

Také je třeba zkvalitnit služby a intervence pro nemocné na všech úrovních ambulancí, jako např. e-mailová komunikace, možnost 24hodinové konzultace s odborníky.

Třetí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, jak probíhá výchovně-vzdělávací proces. Zjistili jsme, že v ambulancích srdečního selhání existují dva základní přístupy. V prvním přístupu je při edukaci dominantní lékař a sestra edukuje neorganizovaně, pouze při vyskytnutí příležitosti. Ve druhém případě dochází při edukaci nemocného mezi lékařem a sestrou ke spolupráci a sestra tedy má vlastní pole působnosti.

Myslíme si, že je třeba posílit a zdokonalit metody edukace s využitím kombinace rozhovoru a vzdělávacích materiálů ve formě knih, informačních bulletinů, videí, CD, webových stránek nebo počítačových programů.

Edukátoři by se také měli více zaměřit na holistické poskytování péče a metody edukace více přizpůsobit „na míru“ nemocnému a dotazovat se na jeho představy a možnosti při self-managementu. Jejich úloha je nezastupitelná při pochopení překážek, které brání nemocnému v self-managementu a nasměrování žádoucí pomoci k jejich překonání.

Edukace by se měla více orientovat na zjišťování zpětné vazby a kvality života nemocného s využitím měřících technik, např. minnesotského dotazníku.

Shledali jsme nedostatky v oblasti vedení sesterské dokumentace o provedené edukaci. Sesterskou dokumentaci o edukaci vede pouze jedno pracoviště z šesti oslovených.

Jako pozitivní jsme shledali přístup k rodině nemocného. Spolupráce s rodinou při edukaci nemocného probíhá a je respondentkami převážně vítána.

Nejčastější omezení, která respondentky subjektivně vnímaly jako překážky, bránící jim v edukaci, jsou omezené časové dispozice a prostory.

Samozřejmě víme, že každý nemocný je jedinečná a neopakovatelná osobnost s individuální strukturou vlastností a schopností. Každý má jiné možnosti a představy o self-managementu. Nelze proto očekávat, že dosáhneme 100 % adherence k léčbě.

Proč ale nezvýšit vzdělanějším personálem, dokonalejší orientací v problematice a větším pochopením situace nemocného k dosažení lepších výsledků?

Proč bychom pomocí poskytnutí většího množství edukačních materiálů, rad, intervencí nemohli dát šanci těm, kteří mají zájem podílet se na péči o své zdraví a chtějí dosáhnout lepší kvality života?

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

ARMSTRONG, Michael, 1999. *Personální management*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-614-5.

BARSKY, Arthur J. a Emily, DEANS, 2007. *Jak lépe žít se zdravotními problémy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-298-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ, 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-311-2.

BÁRTLOVÁ S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-467-2.

COLOROSOVÁ, Barbora, 2008. *Krizové situace v rodině*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-1027-7.

DANIEL, David, 2013. Srdeční selhání jako terminální stadium kardiovaskulárních onemocnění. *Mladá fronta: Zdravotnické noviny ZDN* [online]. 3. 6. 2013 [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/srdecni-selhani-jako-terminalni-stadium-kardiovaskularnich-onemocneni-470697>.

DEPARTMENT OF HEALTH STATE OF WESTERN AUSTRALIA, 2008. *Heart Failure Model of Care* [online]. Australia: Cardiovascular Health Network, 2008 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Heart_Failure_Model_of_Care.pdf.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2009. *Heart failure matters* [online]. 22. 6. 2009 [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: <http://www.heartfailurematters.org>.

FRIEDMANNOVÁ, S., 2013. Telemedicína [televizní magazín]. In: *TEP 24*. i-vysílání, ČT24, 16. 2. 2013. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10315080042-tep-24/video/>.

GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA, M. RYMEŠ a kol., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.

GRUMANOVÁ, Jessie, 2008. *První dny s vážnou diagnózou*. Praha: Euromedia Group, k. s. – Ikar. ISBN 978-80-249-1164-9.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HARKNESS, K., M. A. SPALING, K. CURRIE et al., 2014. A Systematic Review of Patient Heart Failure Self-care Strategies. *Journal of Cardiovascular Nursing* [online]. Canada: 18. 3. 2014 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: doi: 10.1097/JCN.0000000000000118.

HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA, 2003. *Self-care: Following Your Treatment Plan and Dealing with Your Symptoms*. Educational Modules on Heart Failure: Available Modules On Heart Failure [online]. St. Paul, MN: 14. 2. 2003, Reprinted 2006 [cit. 2013-12-13]. Dostupné z: <http://www.hfsa.org/pdf/module4.pdf>.

HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA, 2006a. *Tips for Family and Friends*. Educational Modules on Heart Failure: Available Modules On Heart Failure [online].

St. Paul, MN: 22. 2. 2004, Reprinted 2006 [cit. 2013-12-13]. Dostupné z: <http://www.hfsa.org/pdf/module7.pdf>.

HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA, 2006b. *Exercise and Activity*. Educational Modules on Heart Failure: Available Modules On Heart Failure [online]. St. Paul, MN: 2003, Reprinted 2006 [cit. 2014-04-13].

HOLOUBKOVÁ, Miroslava, 2008. *O svém životě si rozhodujeme sami*. 2. vyd. Praha: nakladatelství Miroslavy Holoubkové. ISBN 978-80-904026-0-7.

HOLST, Marie, 2008. *Self-care behaviour and daily life experiences in patients with chronic heart failure* [online]. Holmbergs, Malmö: Faculty of Health and Society Doctoral Dissertation 2008:3. [cit. 2012-11-02]. ISBN 978-91-7104-215-6. ISSN 1653-5383. Dostupné z: <http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/6101/Holst%20MUEP.pdf?sequence=1>.

HOMOLKA Pavel a kolektiv, 2010. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2896-4.

HRADEC, Jaromír a Jiří SPÁČIL, 2001. *Kardiologie, angiologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7262-106-8.

HRADEC, J., J. VÍTOVEC a J. ŠPINAR, 2013. Summary of the ECS Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Cor et Vasa* [online]. Czech Society of Cardiology, *Cor et Vasa* 55, 2013, e25-e40 [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865013000040>.

CHLÍBEK, Roman, 2013. Očkování rizikových skupin pacientů proti pneumokokovým infekcím. *Medical tribune CZ: Medicína po promoci* [online]. 1, 2013 [cit. 2014-04-12].

Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/29228-ockovani-rizikovych-skupin-pacientu-proti-pneumokokovym-infekcim>.

JAARSMA, Tiny et al, 2009. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure* [online]. European Society of Cardiology, 2009, 11 [cit. 2013-12-10]. Dostupné z: <http://m.eurjhf.oxfordjournals.org/content/11/5/433.short>.

JAARSMA, T., M. NIKOLOVA-SIMONS, M. HL. VAN DER WAL, 2012. Nurses' strategies to address self-care aspect related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* [online]. 2012, 41, 6 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: doi:10.1016/j.hrtlng.2012.03.003.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAMP, Di, 2000. *Manažer 21. století*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0005-0.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KETTNER, J. a I., MÁLEK, 2009. Srdeční selhání. In: BYTEŠNÍK, J., J. VOJÁČEK, J. KETTNER a kolektiv. *Klinická kardiologie*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2009. ISBN 978-80-87009-58-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

LAZÁROVÁ, M., F. MÁLEK a M. TÁBORSKÝ, 2012. Péče o pacienty s pokročilým chronickým srdečním selháním. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14 (6 a 7), 2012 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/06/02.pdf>.

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.

LUŽNÁ, Dagmar a Dagmar VRÁNOVÁ, 2007. *Makrobiotický léčebný talíř, aneb, Nemoc není nepřítel II*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-421-7.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.

MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ a kolektiv, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.

MÁLEK, Filip a kolektiv, 2013. *Speciální problémy u chronického srdečního selhání*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2879-0.

MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK, 2013. *Srdeční selhání*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2238-5.

MAREŠ, J., E. VACHKOVÁ a kolektiv, 2011. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-191-0.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE, 2010. *Chronic heart failure: the management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care* [online]. London: National Clinical Guideline Centre, 2010 [cit. 2013-11-03]. Dostupné z: <http://guidance.nice.org.uk/CG108/Guidance/pdf/English>.

NATIONAL HEART FOUNDATION OF AUSTRALIA, 2010. *Multidisciplinary care for people with chronic heart failure: Principles and recommendations for best practice* [online]. Australia: National Heart Foundation of Australia for the information of health professionals, 2010, [cit. 2012-10-20]. ISBN 978-1-9211226-90-8. Dostupné z: <http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/Multidisciplinary-care-for-people-with-CHF.pdf>.

NEMCOVÁ, J., E. HLINKOVÁ a kolektiv, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-9063-321-9.

NIEDERLE, Petr, 2003. Řízená péče o nemocné s chronickým srdečním selháním. 2003. In: WIDIMSKÝ Jiří a kolektiv. *Srdeční selhání*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-385-7.

NOVOTNÝ, Tomáš, 2010. Home monitoring ještě nevyčerpal svůj potenciál. *Medical Tribune*. Tribuna lékařů a zdravotníků [online]. 7. 6. 2010, 14/2010 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18087-home-monitoring-jeste-nevycerpal-svuj-potencial>.

O'ROURKE, R. A., R. A. WALSH a V. FUSTER, 2010. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3175-9.

PIRK, J., I. MÁLEK a kolektiv, 2008. *Transplantace srdce*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1606-3.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.

RIEGEL Barbara, 2009. *Self Care of Heart Failure Index* [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.self-careofheartfailureindex.com/>.

SCHEJBALOVÁ, Marcela, 2007. Ambulantní péče o nemocné s chronickým srdečním selháním – současný pohled na management choroby. *Medical tribune CZ: Medicína po promoci* [online]. 5/2007 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/11160>.

SCHEJBALOVÁ, Marcela a Petr NIEDERLE, 2004. *Chronické srdeční selhání: příručka pro nemocné*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-487-X.

SOBOTKOVÁ, Irena, 2007. *Psychologie rodiny*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.

STÖRK, Stefan, Christiane E. ANGERMANN, 2004. Der Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) – ein neues krankheitsspezifisches Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität bei chronischer Herzinsuffizienz. *Psychother Psych med 2005* [online]. On-line publikation 16. December 2004, 55 [cit. 2014-04-10]. ISSN 0937-2032. Dostupné z: doi:10.1055/s-2004-834597.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠERF, Boris, 1996. *Chronická srdeční nedostatečnost: Diagnostika a terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-29-9.

ŠKRLOVI, Petr a Magda, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPINAR, J. et al., 2012. Doporučený postup České kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání – ČKS 2011. *Cor et Vasa* [online]. 2012, 54 (2) [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/475_161-182.pdf.

ŠPINAR, J., J. VÍTOVEC, L. ŠPINAROVÁ, 2011. Farmakoterapie chronického srdečního selhání po prvních 10 letech 21. století. *Vnitřní lékařství* [online]. 2011, 57 (11), 959-965 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/vnitni-lekarstvi-clanek/farmakoterapie-chronickeho-srdecniho-selhani-po-prvnich-10-letech-21-stoleti-36536?confirm_rules=1.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči: pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: JČU v ČB, ZSF. ISBN 978-80-7394-246-5.

TATE, Peter, 2005. *Příručka komunikace pro lékaře: Jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0911-2.

TOMAN, J., L. ŠPINAROVÁ a J. ŠPINAR, 2004. Klinická kardiologie: Srdeční selhání a plicní edém. In: ASCHERMANN, Michael a kolektiv. *Kardiologie*. Praha: Galén. svazek 2. ISBN 80-7262-290-0.

TOMANOVÁ, Dana, 2002. Edukační kompetence zdravotní sestry. In: HOLEŠINSKÁ, Pavla. *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství: Neperiodická recenzovaná publikace: Mezinárodní konference ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv, 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.

VALIŠOVÁ, A., H. KASÍKOVÁ a kolektiv, 2011. *Pedagogika pro učitele*. 2. rozš. a aktualizov. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3357-9.

VEBER, Jaromír a kolektiv, 2002. *Management: základy, prosperita, globalizace*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-029-5.

VÍTEK, Libor, 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2247-4.

VLČEK, J., D. FIALOVÁ a kolektiv, 2010. *Klinická farmacie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3169-8.

Vyhláška č. 55/2011 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011[cit. 2014-02-23], částka 20, ISSN 1211-1244. Dostupné z: [www.http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886).

WAL, JAARSMA, VELDHUISEN, 2005. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *European Journal of Heart Failure*. Oxford Journals [online]. Oxford University Press, 2005, 7 (1). [cit. 2014-02-13]. Doi: 10.1016/j.ejheart.2004.04.007. Dostupné z: <http://www.eurjhf.oxfordjournals.org/content/7/1/5.long>.

WEISS, Petr a kolektiv, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

WIDIMSKÝ, Jiří, 2009. *Selhání srdce*. 5. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-295-3.

WIDIMSKÝ Jiří, 2003. Léčba srdečního selhání. In: WIDIMSKÝ Jiří a kolektiv. *Srdeční selhání*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-385-7.

WIDIMSKÝ, J., K. LEFFLEROVÁ a K. SEDLÁČEK, 2013. *Srdeční selhání*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-680-7.

YEUNG, Rob, 2009. *Sebedůvěra: umění získat cokoliv chcete*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3127-8.

ZADÁK, Zdeněk, 2002. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0320-3.

ZAFAROVÁ, Zuzana, 2013. Nemocný s chronickým srdečním selháním si zaslouží pečlivý přístup. *Cor et Vasa* [online]. 2013, 55 (5), [cit. 2014-03-10]. ISSN 1803-7712. Dostupné z: <http://www.e-coretvasa.cz/casopis/view?id=5403>.

ZACHAROVÁ, E., J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2007. *Psychologie pro zdravotnické obory: Vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-334-4.

ZÁVODNÁ, Vlasta, 2005. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

8 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Seznam tabulek

Příloha č. 2: Seznam grafů

Příloha č. 3: Seznam obrázků

Příloha č. 4: Model self-care

Příloha č. 5: Dotazník

Příloha č. 6: Seznam otázek rozhovoru

Příloha č. 7: Přepis rozhovorů

Příloha č. 1: Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Sběr dat ve zdravotnických zařízeních	52
Tabulka č. 2 – Respondentky kvalitativního šetření.....	54
Tabulka č. 3 – Znalost příznaků možné dekompenzace	72
Tabulka č. 4 – Preference potravin	72
Tabulka č. 5 – Doporučená frekvence stravování.....	74
Tabulka č. 6 – Dodržování dietních opatření.....	74
Tabulka č. 7 – Pravidelné sportování.....	75
Tabulka č. 8 – Užívání tabákových výrobků	76
Tabulka č. 9 – Konzumace alkoholických nápojů.....	76
Tabulka č. 10 – Konzumace kávy.....	77
Tabulka č. 11 – Pravidelné užívání léků.....	78
Tabulka č. 12 – Znalost termínu další kontroly v ambulanci	78
Tabulka č. 13 – Denní kontrola hmotnosti, krevního tlaku a pulzu.....	80

Příloha č. 2: Seznam grafů

Graf č. 1 – Konzumace nedoporučovaných potravin	56
Graf č. 2 – Konzumace vhodných potravin	57
Graf č. 3 – Frekvence stravování	58
Graf č. 4 – Dodržování dietních opatření	59
Graf č. 5 – Sportování	60
Graf č. 6 – Délka léčby srdečního selhání	61
Graf č. 7 – Počet hospitalizací za poslední rok	61
Graf č. 8 – Znalost příznaků srdeční dekompenzace	62
Graf č. 9 – Užívání tabákových výrobků	63
Graf č. 10 – Konzumace alkoholických nápojů	64
Graf č. 11 – Konzumace černé kávy	65
Graf č. 12 – Užívání léků v souvislosti s onemocněním	65
Graf č. 13 – Znalost termínu kontrolní návštěvy v ambulanci	66
Graf č. 14 – Provádění domácího self-monitoringu	66
Graf č. 15 – Subjektivní hodnocení zdravotního stavu	67
Graf č. 16 – Podávání informací o reprodukci a sexuálních aktivitách	67
Graf č. 17 – Zdroje informací	68
Graf č. 18 – Spokojenost s formou podávaných informací	69
Graf č. 19 – Bariéry v dodržování režimových opatření	70
Graf č. 20 – Pohlaví dotazovaných	70
Graf č. 21 – Věk dotazovaných	71
Graf č. 22 – Průměrné preference vhodných a nedoporučovaných potravin	73

Příloha č. 3: Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Informační potřeby pacienta.....	83
Obrázek č. 2 – Informace podávané sestrou	85
Obrázek č. 3 – Potřeba edukační sestry	87
Obrázek č. 4 – Podávání informací.....	88
Obrázek č. 5 – Využívané metody edukace.....	89
Obrázek č. 6 – Možnost reedukace	91
Obrázek č. 7 – Kooperace s rodinnými příslušníky při edukaci pacienta.....	93

Self-Care of Heart Failure Model



Zdroj: Riegel, 2009

Příloha č. 5: Dotazník

Vážená paní / Vážený pane,

jako studentka posledního ročníku Zdravotně sociální fakulty bych Vás ráda požádala o pomoc při vyplnění následujících otázek. Prostřednictvím tohoto dotazníku sbírám cenné poznatky do své diplomové práce. Dotazník je dobrovolný a zcela anonymní. Vaše odpovědi poskytnou důležité informace. Pokuste se, prosím, odpovědět na každou otázku. Získané údaje použiji výhradně pro účely své závěrečné práce. Jednotlivým položkám předchází stručné vysvětlení. Dbám na zachování Vaší intimity. Vyplněný dotazník vložte do připravené obálky, zalepte a předejte sestře.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Sestra a studentka Jihočeské univerzity Bc. Veronika Vojtěchová.

1. Zakroužkujte libovolný počet potravin, které jsou pravidelnou součástí Vašeho jídelníčku:

Bílé rohlíky – bílý chléb – celozrnné pečivo – šátečky – koláče – tavené sýry – niva – zakysané mléčné výrobky (acidofilní mléko, zákys, kefír, podmáslí) – šlehačka – tvaroh – nízkotučné jogurty – sýry do 30 % tuku – salámy – klobásy – ryby – paštiky – králík – uzené maso – krůta – kuře – zelenina (cibulová, listová, kořenová, salát) – zelenina ve slaném nálevu – ovoce (jablka, hrušky, peckoviny, citrusy, exotické ovoce, hroznové víno, meloun) – sušené ovoce – kandované ovoce – černý čaj – bylinné a ovocné čaje – káva – neloupaná rýže – mražená hotová jídla – celozrnné těstoviny – instantní polévky – ovesné vločky – pražené müsli – kuskus, bulgur, quinoa – sója.

Označte jednu správnou odpověď (pokud nebude uvedeno jinak):

2. Kolikrát denně jíte (hlavní jídlo včetně svačiny)?

- 1–2 x denně
- 3 x denně
- 4 x denně
- 5 x a vícekrát denně, ale menší porce

3. Dodržujete nějaká dietní opatření?

- Ne
- Ano (prosím uveďte jaká)

4. Sportujete? (běh, plavání, jízda na kole)

- Pravidelně
- Občas (několikrát do měsíce)
- Nesportuji
- Zdravotní stav mi sportování nedovoluje

5. Jak dlouho se léčíte se srdečním selháním?

- Méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- Více než 5 let
- Nevím

6. Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a za poslední rok pro zhoršení srdečního selhání?

- 1 x – v souvislosti s objevením onemocnění
- 1 x za poslední rok
- Více jak 1 x za poslední rok, (prosím uveďte kolikrát)
- Byl/a jsem hospitalizován/a v delším časovém úseku, než 1 rok

- Nevím
- Nebyl/a jsem hospitalizován/a

7. Prosím, zakroužkujte příznaky, u kterých se domníváte, že mohou být známkou zhoršení srdečního selhání:

Únava – neopodstatněný a rychlý nárůst hmotnosti – otoky dolních končetin – otok břicha – nechutenství – zvracení – pocit na zvracení – pocit plnosti – močení (méně často i menší objem) – močení přes noc – obtíže s dýcháním – nezvládnutí zátěže.

Označte jednu správnou odpověď (pokud nebude uvedeno jinak):

8. Užíváte tabákové výrobky?

- Ano – pravidelně
- Ano – občas (několikrát do měsíce)
- Ne – vůbec
- Nechci uvést

9. Jak často konzumujete alkoholické nápoje (včetně piva)?

- Denně nebo téměř denně
- 1 x za týden
- 1 x za měsíc
- Méně než 1 x za měsíc
- Nekonzumuji vůbec
- Nechci uvést

10. Pijete černou kávu?

- 3 nebo více šálků denně
- 1–2 šálky denně
- 1 šálek za týden nebo méně
- Nepiji vůbec

11. Užíváte léky v souvislosti s onemocněním srdce?

- Pravidelně
- Nepravidelně (občas zapomenu)
- Neužívám
- Nechci uvést

12. Vzpomínáte si, kdy přesně máte další kontrolu v ambulanci srdečního selhání u svého lékaře?

- Ano
- Ne
- Jiné (prosím, uveďte)

Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte:

13. Kontrolujete si každý den:

Hmotnost	ano – ne
Krevní tlak	ano – ne
Pulz	ano – ne

Označte jednu správnou odpověď (pokud nebude uvedeno jinak):

14. Jak subjektivně hodnotíte Váš současný zdravotní stav?

- Stálý
- Zhoršený
- Zlepšený
- Nechci uvést

15. Hovořil s Vámi lékař o početí, reprodukci, sexuálních aktivitách v souvislosti se srdečním selháním?

- Ano
- Ne

16. Která z uvedených osob s Vámi hovořila o oblastech zmíněných v předešlých otázkách tohoto dotazníku? (lze zaškrtnout i více odpovědí)

- Sestra
- Lékař
- Jiný pacient
- Někdo jiný (prosím, uveďte kdo)
- Nikdo

17. Vyhovuje Vám forma podávání informací o Vašem onemocnění? (oznámkujte jako ve škole)

1 2 3 4 5

18. Vnímáte nějaké překážky, které brání dodržování režimových opatření (sledování krevního tlaku, pulzu, hmotnosti, dietních opatření)?

- Ne
- Ano – je to moc drahé
- Ano – nevím, co a jak mám přesně dělat
- Ano – nemám pevnou vůli, nechce se mi
- Jiné (prosím, uveďte jaké)

19. Vaše pohlaví

- Muž
- Žena

20. Váš věk:

- do 20 let
- 21 – 34 let
- 35 – 49 let
- 50 – 64 let
- 65 a více let

Prostor pro Vaše připomínky:

Příloha č. 6: Seznam otázek rozhovoru

- Jaké informace podle Vás potřebuje pacient s chronickým srdečním selháním?
- Jaké informace pacientovi skutečně podáváte?
- Máte pocit, že mají pacienti dostatek informací o léčebném režimu, o vzniku a průběhu onemocnění, užívání léčiv?
- Vrací se podle Vás pacienti opakovaně se stejným problémem?
- Podporujete možnost pacientů se sdružovat v podpůrných skupinách?
- Myslíte si, že máte dostatek schopností a dovedností k předávání informací?
- Myslíte si, že máte dostatek vzdělání na předávání informací pacientům?
- Jakou formu vzdělání byste uvítal/a?
- Co jste schopna udělat pro vyšší kvalifikaci ve zmíněné oblasti?
- Jaký je Váš subjektivní názor na účinnost předávání informací?
- Máte určeného pracovníka (edukační sestru), který pacientovi předává informace?
- Byl by pracovník zabývající se edukací podle Vás přínosem?
- Zajímáte se, jakých cílů v edukaci chce dosáhnout pacient?
- Podle čeho stanovujete cíle edukace?
- Dotazujete se na bariéry, které brání pacientovi v dodržování léčebného režimu?
- Sledujete, jak na překážky pacienti reagují?
- Dokážete se zjištěnými informacemi pracovat dále?
- Zjišťujete, kdo je oporou pacienta v dodržování léčebného režimu?
- Dokážete motivovat pacienta v dodržování léčebného režimu?
- Zjišťujete aktuální potřeby v edukaci pacienta?
- Zjišťujete, jaké jsou jeho skutečné dovednosti a znalosti?
- Modifikujete podle zjištěných dovedností a znalostí edukační plán?
- Zjišťujete, zda je pacient připravený k edukaci?

- Jak postupujete, když pacient „selže“ v dodržování režimových opatření?
- Kdo provádí výchovně-vzdělávací proces?
- Kolik času věnujete pacientovi?
- Jaké možnosti výuky jsou k dispozici?
- Jakou metodu volíte?
- Podle čeho metodu určujete?
- Jsou pacientovi nabídnuty různé formy edukace?
- Má pacient možnost uplatnit a plánovat své představy o sebeděči?
- Má pacient možnost uplatnit a plánovat své představy o edukaci?
- Vycházíte při edukaci z aktuálních potřeb pacienta?
- Pokud se prokáže, že pacient edukaci nerozuměl, je možnost edukaci opakovat?
- Vedete dokumentaci o edukaci?
- Jakým způsobem probíhá hodnocení?
- Hodnotíte, co se pacient naučil nového?
- Hodnotíte a zaznamenáváte pokroky pacienta?
- Hodnotíte, jak byl pacient úspěšný?
- Plánujete další edukaci s pacientem?
- Jaká je odezva pacientů na edukaci?
- Je možné k edukaci přizvat rodinu pacienta?
- Jaké vnímáte limity při edukaci?
- Jsou pacienti spokojeni s organizací a postupem edukace?
- Jaký názor na edukaci máte vy?
- Máte nápady pro vylepšení?

Příloha č. 7: Přepis rozhovorů

Respondentka 1

Pacienti by měli být informováni; „*o svém zdravotním stavu, co mohou a nemohou, jaký by měli dodržovat režim a výhledově co je čeká a nečeká.*“ Informace v ambulanci srdečního selhání podává lékař. Sestra pouze v případě, pokud se setká s nemocným před kontrolou v ambulanci. „*Povídáme, když se dostanu s pacienty do styku mimo ambulanci, třeba když přijdou na odběry a podobně.*“

Informací podle respondentky mají pacienti dostatek. Vzápětí však poukazuje na skutečnost, že předávání informací závisí také na osobnosti lékaře. „*Některý lékař je sdílný, akurátní, opravdu těm pacientům vysvětluje. Někdo to tak trošku proběhne.*“

Pacienti jsou sami iniciativní a zajímají se o problematiku.

Časový prostor v ambulanci při kontrole pacienta je omezený na 15 – 30 minut. Hlavní a jedinou metodou edukace je rozhovor.

Spolupráce s rodinou není zdravotnickým personálem automaticky vyžadována. Je ponechána ryze na individuálním posouzení a zájmu nemocného. „*Vesměs pánové sebou berou automaticky manželky... Někteří pacienti s sebou rodinu mají, ale nechtějí, aby byli přizváni do ambulance s pacientem. Ptám se pacientů, když s sebou mají manželku, jestli ji nechtějí vzít s sebou a někteří odmítají.*“

Subjektivní vnímání vlastních schopností respondentky při edukaci nemocného má dvě roviny. „*Řekla bych, že zatím se mi nestalo, že bych narazila na něco, na co bych nedokázala odpovědět. Za ta léta se to člověk naučí...*“ Samostatnost při edukaci však respondentce přináší obavy a nejistotu. „*Já sama za sebe jsem raději, když za sebou mám toho lékaře, že to dělám dobře... Mám stále výčitky, jestli jsem to udělala správně a neopomenula nějaké věci.*“ Respondentka přiznává, že by ochotně absolvovala seminář o dané problematice.

Překážky, které brání edukaci, jsou časové dispozice a prostorové možnosti.

Respondentka 2

Veškeré informace by podle respondentky měl nemocný získat na spádovém pracovišti. *„Pacienti přijdou již z kardiologie, musejí být poučeni již tam.“* Respondentka vysvětluje specifikum jejich pracoviště; *„Přicházejí k nám pacienti, kteří jsou již vhodní k transplantaci. Pokud je pacient vhodný, tak se objednává vyšetření a rozjíždí se vyšetřování k zařazení do transplantáčního programu. Fungujeme jako nástavba.“*

Pacienti komunikují při ambulantní kontrole pouze s lékařem. Sestra se nezapojuje. *„Sedíme s lékařem v jedné místnosti, takže to vůbec nejde, abychom se do rozhovoru motaly lékařům, když se někdo na něco ptá.“* Vzápětí však přiznává, že by sestra měla mít také prostor pro rozhovor s pacientem. *„Pacient někdy řekne více sestře, když jsou o samotě, ale někdy lékaři... Také si myslím, že pro většinu, více než polovinu pacientů, by bylo lepší promluvit si se sestrou.“*

Na otázku, zda existují překážky, které brání podávání informací respondentka udává: *„Musela bych jako sestra jít s pacientem mimo poradnu. Natočit mu EKG a jít s ním někam... I když čas by se asi našel, když čekají na lékaře.“*

Časový prostor pro návštěvu ambulance je přibližně 30–60 minut na každého pacienta.

Respondentka 3

Pacient by měl být informován: *„Jaký má mít pitný režim, po přesném užívání medikace je to pro ně úplně to nejdůležitější, protože většina selhaných pacientů má omezený příjem tekutin.“* Dále by měli být informováni: *„Proč jim narůstají otoky, co to pro ně znamená a kdy to mají začít řešit se svým lékařem. Další důležitou věcí je, aby věděli, že mají při objevení potíží volat nám, nikoliv svému obvodnímu lékaři.“* Respondentka dále udává: *„Pacient by měl také vědět o omezení příjmu soli ve stravě. Dále by měl vědět v rámci pohybové aktivity, jak moc se může zatěžovat a co mají dělat, když začnou mít dechové obtíže.“*

Pacienti docházející na kontroly mají podle respondentky informace dostatek: „Na 100 %.“

Informace nemocnému předává zejména lékař. V prvním kontaktu s nemocným je sestra, která nemocného pozve dál a fyzikálně ho vyšetří. „Fyzikální vyšetření pacienta sestrou dřív byla úplně běžná praxe. Pacient si odloží, já již vidím... Prohmatám kůži na kotnících, jestli je tam nárůst otoků, poslechnu plíce, jestli jsou tam „vrzoty“. Takže i já umím posoudit, jestli tam dochází k zadržování tekutin.“

Lékař má nezastupitelnou funkci v edukaci nemocného. Respondentka však připouští, že pacienti někdy k řešení problémů preferují sestru. „Zase na druhou stranu, lidé jdou za tou sestrou, protože mají pocit, že jim je sestra rovnější, než lékař.“ Respondentka se domnívá, že toho na sebe pacienti i více řeknou. „Nemusí si ani dávat pozor na to, jak mluví, aby nevypadali hloupě, nestyděli se za něco, že něčemu nerozumí, tak k té sestře mají blíž.“

Pacienti mají o informace zájem. „Staví se k tomu pozitivně. Ulehčí jim to život, když přesně vědí, jak mají sami se sebou pracovat, aby se nedostávali do těch horších stavů.“

Časové dispozice pro návštěvu pacienta v ambulanci jsou 30–60 minut.

Z edukačních metod kromě rozhovoru využívají brožury a internetové stránky „anamnéza“.

Spolupráce s rodinou je podle respondentky důležitá. Pokud se ukáže, že nemocný informacím zcela neporozuměl, iniciují pozvání rodinných příslušníků. „Když vidíme, že je tam problém v komunikaci, tak si přizveme rodinu i sami.“

Po edukaci respondentka zaznamenává průběh výchovně-vzdělávacího procesu do speciálního listu, který zakládá do dekurzu. Měřítkem pro zhodnocení nemocného je, jak dodržuje režim, udává respondentka: „To my vidíme při další kontrole. Pro nás je kritérium, v jakém stavu člověk je, a pak vidíme, jestli dodržoval naše rady. To je pro nás hodnocení.“

V případě, že nemocný nespolupracuje, eventuálně nedodržuje režim a dojde k dekompenzaci stavu, je to podle respondentky pro nemocného poučení. „Když se

stane, že se zhorší jejich stav, mají potíže, tak je to pro ně docela silné ponaučení, aby si příště dali pozor a dodržovali doporučený režim.“

Při objevení problému je respondentka připravena s nemocným hledat řešení a poskytnout nemocnému osobní nebo telefonické poradenství. Podle respondentky je k tomu potřeba, aby se zdravotničtí pracovníci sami individuálně vzdělávali. *„V zájmu sestry, která pracuje na takhle specializované ambulanci, je posbírat si sama pro sebe informace, vědět, o čem to je, a tím pádem může předávat informace dál.“*

Překážky, které respondentka vnímá v procesu edukace, jsou na straně nemocného. *„Jedinou bariéru, kterou vnímám, je to, že pacient tomu často nepřikládá takovou důležitost... Třeba zrovna příjmu a výdeji tekutin. Oni nevidí ten důvod, proč by měli pít méně, nechápou, že srdíčko to nepřečerpá.“*

Denní monitoring krevního tlaku, hmotnosti a bilance tekutin je podle respondentky nutný pouze v případě, když se pacient necítí dobře nebo subjektivně vnímá zhoršení obtíží.

Respondentka 4

Pacienti by podle respondentky měli vědět: *„Co jim je, proč tady jsou, jestli se tomu dá nějak předcházet a jak se mají chovat poté. Jestli svým chováním mohou ovlivnit svůj stav.“*

Informace nemocným podává lékař. Respondentka však uvádí, že pacienti nemají dostatek informací. *„Myslím si, že jim ty informace chybí. Výjimečně si lékař dá tu práci s tím, aby pacientovi vhodně vše vysvětlil.“* Respondentka vysvětluje: *„Někteří lékaři si myslí, že o to ani ti nemocní nestojí. Myslím si, že podceňují ty pacienty v tom, že si myslí, že by tomu ani nerozuměli.“*

Na dotaz, jestli jsou nemocní spokojení s formou edukace, reaguje respondentka: *„Nesetkáváme se s tím, že by si pacienti stěžovali, že jim lékař nic nevysvětlil nebo neřekl. Myslím si, že oni se i bojí říct, kdyby něčemu nerozuměli. Někdy vidím, jak pacient kouká, tak poznám, že asi něco nepochopil, tak řeknu: „Rozuměl jste tomu? Zeptejte se znovu lékaře.“ Někdy se zeptají znovu, ale spíše se bojí sami zeptat.“*

Časový prostor ambulantní návštěvy je přibližně 30 minut. K edukaci využívají rozhovor, a pokud mají pacienti kardiomyopatii, ICHS nebo hypertenzi, nemocným věnují informační brožury.

Přizvání rodiny k návštěvě ambulance považuje respondentka za „absolutní základ“. *„Rodinní příslušníci by měli mít neomezený přístup k těm svým blízkým. To jsem prosazovala vždy.“*

O provedené edukaci lékař většinou provádí záznam do dekurzu.

Hlavní překážkou bránící edukačnímu procesu ze strany zdravotnického personálu je podle respondentky nedostatek času: *„Systém je nastaven tak, že pacient jde jeden za druhým. Není čas, aby sestra edukovala.“* Další bariérou jsou prostory. *„Není prostor. Jedině na chodbě. Máme nedostatek prostoru.“*

V dodržování režimu podle respondentky také pacientovi brání finanční aspekty. *„Zdravá strava je drahá.“*

Respondentka 5

Nemocný by měl znát: *„Hlavně režimová opatření, která musí dodržovat. Musí brát léky. Pak informace o tom, když se stav zhorší, že si má zavolat sanitku, že se musí nechat odvézt na akutní příjem anebo že jsme spolu v kontaktu a může kdykoliv zavolat.“*

Informace podává primárně lékař, poté sestra. Lékař je podle respondentky v edukaci nezastupitelný. *„Oni přece jen ti pacienti dají více na toho lékaře než na sestru. Já se to pacientům také snažím říct, můžu je poučit, ale doktor je doktor.“*

Sestra je první, kdo je s nemocným v kontaktu a posuzuje stav nemocného. *„Když je vidím, tak už člověk pozná, jestli je zhoršený, nebo není, také už je znám delší dobu. Nebo natočím EKG, vidím změnu od minule a mohu začít problémy nějak řešit sama, třeba jít pro doktorku dřív. Také se stane, že pacient přijde v takovém stavu, že ho rovnou odvezeme na akutní příjem.“*

Časové rozmezí pro ambulantní návštěvu není omezené. *„Je to různé... Jak který den. Dnes, jak to tady je, 13 (pacientů) je jich u doktora, 10 u doktorky, takže toho času moc není.“*

Metody edukace vyjma rozhovoru respondentka využívá tištěného dokumentu, kde je popsán režim nemocných se srdečním selháním. V případě užívání Warfarinu respondentka doporučuje internetové stránky. Využívají také multioborové spolupráce (psychologická péče, dietní sestra).

Spolupráci s rodinou respondentka popisuje jako „výhodnou“, avšak dodává: *„Oni lékaři to nemají zrovna moc rádi... Nejdřív si pacienta vyšetří sami, chtějí od něj vědět věci, pak si teprve vezme paní doktorka někoho z rodiny.“* Málokdy přicházejí nemocní sami. *„Mají většinou mluvčí – svoje manželky... Minule tady byla paní, za kterou zase mluvil manžel... Někdy je to výhoda, že člověk se s nimi může spíše domluvit než s tím pacientem.“* Někteří nemocní doprovod rodiny odmítají, podle respondentky je to zcela individuální.

Pokud nemocný nespolupracuje, situaci řeší lékař. Podle respondentky jsou k nemocným trpěliví a často jsou nuceni být velmi razantní. *„Někteří kouří, bojují s alkoholem. Doktorka má docela velikou trpělivost, ale někdy jim to musí říct natvrdo.“*

Provedenou edukaci nikam nezaznamenávají.

Domácí monitoring krevního tlaku nemocní provádí podle instrukcí průběžně. Denní monitoraci hmotnosti vyžadují pouze u pokročile selhaných pacientů.

Respondentka 6

Nemocní potřebují vědět: *„Proč to vzniklo, příznaky srdečního selhání, to znamená, když se dekompenzuje, jak to vypadá, co má dělat... Že si má měřit tlak, že se má každý den vážit, co má a nemá jíst, jaký je pohybový režim.“*

Informace dostává nemocný od lékaře a sestry, někdy hovoří sestra a lékař pouze doplňuje. První kontakt zajišťuje sestra. Se současným modelem edukace, která probíhá primárně lékařem a poté sestrou, je spokojená. Vysvětluje: *„Ne všichni pacienti jsou*

zvyklí na to, že by byla sestra až tak samostatná.“ S odmítáním sestry nemocným se respondentka nesetkala. „Oni (pacienti) jsou zvyklí, že ten doktor nemá moc času.“

Ambulantní kontrola probíhá 15–20 minut.

Kromě rozhovoru z edukačních metod využívá respondentka brožurky, které si na ambulanci sami vytvořili. Edukace probíhá prostřednictvím seminářů a kurzů. Respondentka také prozrazuje plány do budoucna: *„Anebo spíše, co jsem si myslela, udělat nějaké internetové stránky a nějaké diskuzní fórum otevřít pro ty, co jsou schopni vládnout internetem.“*

Dále nemocným zajišťují non-stop služby. *„Když mají nějaký problém, tak mají telefonní číslo na nás, kde můžou zavolat kdykoliv, nebo e-mailovou adresu ambulance srdečního selhání, kde přímo můžou psát svoje dotazy, a buď odpovídám já, nebo pan doktor, podle závažnosti... Když je jim blbě, tak volají na mobil, někdy i o víkendu, je to ale vždy z vážných důvodů, nikdy to nebylo nic, co by nebylo podstatné... A my jsme schopni zařídit hospitalizaci u nás na klinice v podstatě i o víkendu, když tu nejsme.“*

Spolupráci s rodinou respondentka vítá a podporuje. *„My jsme rádi, když to slyší více lidí, i protože zvlášť když jsou to chlapi, tak ty ženy je více ohlírají.“*

Záznamy o průběhu edukace na ambulanci nedělají. Návaznost edukace zajišťují cíleně pomocí návodných otázek a také pomocí dotazníku, kde se nemocní vyjadřují o svém zdravotním stavu.

V případě, že nemocný nespolupracuje, respondentka uvádí, že nemá smysl nemocné přesvědčovat. *„Když prostě nechce, tak je to těžké. Nemůžete všechny přemlouvat, aby dodržovali něco, co nechtějí... Máme pacienty, že kdybyste jim to říkala každý den a prosila je, tak to dodržovat prostě nebudou, protože nechtějí.“* Dodává: *„Záleží na osobnosti toho pacienta, jak je vnímavý k těm informacím a jak je chce dodržovat.“*

Při nerespektování režimových opatření je podle respondentky chyba v pacientovi. *„Ti pacienti informace opakovaně mají, téměř každou návštěvu jim to zdůrazňujeme a ptáme se jich na váhu, na výkyvy váhy... A stejně...“*

Respondentka podporuje domácí monitoring a dává pacientům záznam, kde si zapisují konkrétní naměřené hodnoty. *„Ze začátku, pokud měníme léčbu, tak po nich*

chceme, aby si to (krevní tlak) měřili každý den v jinou dobu, abychom věděli, jestli je dostatečná hladina léku po celý den a potom když už mají stabilní tlak, tak stačí třeba jednou týdně, ale zase pokaždé v jinou dobu, abychom věděli, jestli je tlak dostatečně korigovaný během celého dne. Pacienti mají v tabulce také váhu, záznam o dušnosti, to znamená při nějaké činnosti, jestli se zhoršuje dušnost, mají si sledovat otoky dolních končetin.“ K monitoraci nemocní však přistupují nezodpovědně. „Musím říct, že velmi špatně chápou, že se mají vážit ne kvůli tomu, jestli tloustnou, protože se přejídají, ale kvůli tomu, že je hromadění tekutin. Málokdo z těch pacientů to takhle dodržuje... Řeknou: nó, já jsem se vážil před tejdnem... Stejně jim to stále opakujeme dokola, že se váží ne kvůli tomu, jestli tloustnou, ale kvůli tomu, jestli rychle nepřibírají na váze.“

Při požadavku self-monitoringu se setkává u nemocných s finančními bariérami. *„Když se s nimi bavíme o tom, že si mají měřit tlak, tak ohledně zakoupení tonometru, což samozřejmě není levná záležitost, tak víme, že to je problém.“*

Konkrétní překážky v edukačním procesu respondentka vnímá v potřebě více času, větších prostor a v množství materiálů pro pacienty v českém jazyce.