



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Postavení sestry v prevenci civilizačních chorob

Vypracoval: Mgr. Martina Pavlová
Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Postavení sestry v prevenci civilizačních chorob

Současný stav

Prevence je komplexní péče o pacienta, kdy se snažíme zabránit vzniku či rozvoji onemocnění, nebo zabránit či zmírnit jeho následky. Preventivní doporučení stanovená lékařem musí mít vědecký základ a jsou součástí všech oborů medicíny. Jejich efektivita je závislá na spolupráci pacientů a zdravotníků. Základní a nejvíce efektivní metodou prevence je podpora zdraví a s ní úzce související zdravotní výchova. Pod pojmem podpora zdraví se skrývá soubor činností a opatření k upevnění a podpoře zdraví.

Civilizační choroby jsou skupiny nemocí, které se vyznačují svým spojením s naším životním stylem. Naš organismus je stále více ohrožován nepříznivými vlivy vnějšího prostředí, jako je kvalita ovzduší, pracovní i životní prostředí, nedostatek pohybu, nesprávné stravování, kouření, alkohol. Seznam civilizačních onemocnění se mění spolu se společností a stylem jejího života. V dnešní době se mezi nejčastější řadí kardiovaskulární onemocnění, kam spadá ateroskleróza, hypertenze, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a ischemická choroba srdeční. Dále mezi civilizační choroby řadíme poruchy příjmu potravy, mezi které patří obezita, mentální anorexie a bulimie. Také diabetes mellitus 2. typu, nádorová onemocnění ale také například chronický únavový syndrom.

Cíle práce

Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle. Prvním bylo zjistit, jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob. Druhým cílem bylo zjistit, jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob z pohledu pacientů.

Metodologie

Pro výzkumné šetření provedené v této práci byla zvolena kvalitativní metoda s použitím polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti byli rozděleni na dvě části, kdy první část tvořilo 8 sester pracujících na interní a neurologické ambulanci

českobudějovické nemocnice a setra pracující v soukromé ordinaci obvodního lékaře pro dospělé. Druhou část tvořilo 8 pacientů zmíněných ordinací.

Výsledky

Podle námi zjištěných odpovědí vidí sestry a pacienti postavení sester jinak. Sestry se v prevenci nemocí spíše vidí vedle lékaře, kdy plní jeho ordinace a pokyny. S pacienty mluví jen, aby mu zdůraznily, co jim sdělil lékař a zopakovali mu nejdůležitější body. Dávají jim k dispozici letáky a brožury, nebo internetové zdroje. Naopak většina pacientů vidí sestru jako důležitější zdroj informací než je lékař. Pacienti mají pocit, že lékař na ně nemá tolik času ani ho nechtějí svými dotazy zdržovat či obtěžovat. Raději se obrátí na sestru, kterou vidí jako svého rádce a někoho komu se mohou svěřit aniž by ho obtěžovali.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zaměřit se na prevenci, na civilizační choroby a na postavení sestry v prevenci těchto chorob. Prostudovat danou problematiku, nahlédnout na ni očima pacientů a sester díky provedeným rozhovorům a analyzovat tyto informace. Z této analýzy nám vyšla doporučení pro sestry a pacienty.

Klíčová slova

Prevence, civilizační onemocnění, postavení sestry, pacient, sestra

Abstract

The Role of a Nurse in the Prevention of Diseases of Civilisation

The current state

Prevention is a complex care of a patient when we are trying to prevent from the occurrence or development of a disease, or when we want to prevent from its consequences and mitigate them. Recommendations for prevention set by a doctor must be on a scientific basis, and they must be a part of all branches of medicine. Their effectiveness depends on the cooperation between patients and medical staff. The basic and most efficient method of prevention is the health promotion and health education, which is closely associated with it. The term *health promotion* involves a set of activities and precautions for the purpose of making health better and sustaining it.

Diseases of civilisation (hereinafter “DoC”) are groups of diseases which are distinguished by their association to our lifestyles. Human body is more and more threatened from unfavourable influences of external environment, such as the quality of atmosphere, work environment and environment itself, the lack of physical movement, unhealthy diet, smoking, and alcohol consumption. The list of diseases of civilisation varies and changes together with our society and the development of our lifestyles. Among the most common or frequent diseases of current time are cardiovascular diseases, which involve atherosclerosis, hypertension, myocardial infarction, stroke and coronary artery disease. Eating disorders, such as obesity, anorexia nervosa and bulimia nervosa, also belong to diseases of civilisation, as well as diabetes mellitus type 2, cancer, or chronic fatigue syndrome, etc.

The goal of the thesis

There are two goals set for this paper. The first goal was to find out what the role of a nurse in the prevention of diseases of civilisation was. The second goal was to find out what the above mentioned role of a nurse was from the point of view of patients.

Methodology

For the purpose of the research part of this thesis, qualitative research using semi-structured interviews was carried out. Respondents were divided into two groups; the first one consisted of eight nurses working at internal medicine and neurological department of the hospital in České Budějovice and a nurse working in a private office of a general practitioner for adult patients. The second group consisted of eight patients of the above mentioned health facilities.

Results

According to our findings, nurses and patients have different opinions on the role of a nurse. Nurses in disease prevention see themselves as an equivalent to a doctor when undertaking this practice and giving guidance. The patient speaks only to the nurse who emphasized what they were told by the doctor and reiterated the main points. They make available to them leaflets and brochures or Internet resources. In contrast, most patients see a nurse as a more important source of information than the doctor. Patients have the feeling that the doctor does not have enough time or does not want to be bothered with questions. Rather the patient turns to his nurse, which they see as more appropriate and someone to whom they can confide in without bothering.

Summary

The goal of the thesis was to focus on prevention, DoC, and the role of a nurse in the prevention of such diseases, as well as to study this issue, look at it from the point of view of patients and nurses via the interviews carried out in this paper, and to analyse such information. Based on this analysis are published recommendations for nurses and patients.

Keywords

Prevention, diseases of civilisation, the role of a nurse, patient, nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 3.5.2016

.....

Martina Pavlová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí této práce, Mgr. Pavelkové, za projevenou trpělivost, odborné rady a připomínky, které byly nezbytné při zpracování bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat za spolupráci respondentům podílejícím se na výzkumné části práce.

Obsah

ÚVOD.....	11
1. SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Prevence.....	14
1.2 Civilizační choroby.....	16
1.2.1 Kardiovaskulární onemocnění.....	17
1.2.2 Poruchy příjmu potravy.....	22
1.2.3 Diabetes Mellitus 2. typu.....	25
1.2.4 Nádorová onemocnění.....	26
1.2.5 Chronický únavový syndrom	27
1.2.6 Edukace pacientů.....	28
1.2.7 Role sestry	29
1.2.8 Kompetence sester.....	29
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Cíle:.....	31
2.2 Výzkumné otázky:	31
3. METODIKA	32
3.1 Použité metody	32
3.2 Výzkumný soubor.....	33
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.1 Sestry	34
4.1.1 Kategorizace výsledků	34
4.2 Pacienti.....	39
4.2.1 Kategorizace výsledků	39
4.3 Shrnutí výsledků	44
4.3.1 Schémata výsledků rozhovorů se sestrami	44
4.3.2 Schémata výsledků rozhovorů s pacienty	47
5. DISKUZE	51
6. ZÁVĚR	55

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	56
8. SEZNAM PŘÍLOH.....	61

Seznam použitých zkratek

BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti- indikátor váhy)
cm	centimetr
CMP	cévní mozková příhoda
DM	diabetes mellitus
g	gram
hod	hodina
ICHS	ischemická choroba srdeční
KVO	kardiovaskulární onemocnění (srdečně cévní onemocnění)
min	minuta
mmHg	milimetry rtuťového sloupce (jednotka tlaku krve)

ÚVOD

Bakalářskou práci na téma Postavení sestry v prevenci civilizačních chorob jsem si zvolila jednak proto, že je mi toto téma blízké, jak z pohledu sestry, tak z pohledu prevence, a také proto, že jako člověka mě samotnou zajímá prevence těchto nemocí.

V dnešní době civilizačními chorobami trpí velké množství populace vzhledem k nezdravému a uspěchanému životnímu stylu. Za posledního půl století je, díky rozvoji různých technických technologií, průmyslu či potravinářství, jasně vidět nárůst civilizačních onemocnění. Například alergie byly před 50 lety vzácné, dnes nějakou trpí okolo 30- 40% obyvatel. Stejně strmý vzestup je patrný i u výskytu rakoviny. Před asi 100 lety měl nějakou formu rakoviny asi každý 30. člověk, dnes je to již každý 3 (Lichnovský, 2015a). Tato čísla nejsou zanedbatelná, a proto jsme se na toto téma zaměřily. Civilizačních onemocnění je celá řada, a není možné v této práci obsáhnout všechna. Vybraly jsme tedy jen ty nejčastější či nejzajímavější. Spektrum civilizačních chorob se čím dál tím víc rozrůstá. Choroby, které dříve byly diagnostikovány jen ojediněle, se v dnešní době řadí mezi civilizační. Vzhledem k osvětě a informování veřejnosti je tento nárůst nepochopitelný. Poté si můžeme položit pouze otázku, jestli se člověk nechce přizpůsobit, nebo zda je chyba v systému edukace v nemocniční péči.

Prevence je komplexní péče o pacienta, kdy se snažíme zabránit vzniku či rozvoji onemocnění, nebo zabránit či zmírnit jeho následky. Sestra se na této péči neoddělitelně podílí. Je první, s kým pacient mluví, komu se svěří. Spolupracuje s lékařem i samotným pacientem tak, aby z toho měl právě pacient největší prospěch. Prevenci můžeme dělit na několik skupin, nejčastější je dělení na primární, sekundární a terciální prevenci.

Svou práci jsem zaměřila nejen na sestry ale i na pacienty. Na jejich pocity, co jim edukace v prevenci civilizačních chorob přináší a co jim v ní chybí. Zda je přístup sester adekvátní a profesionální.

Cílem této práce bylo zjistit od sester pracujících v ambulancích nebo u praktického lékaře, jak vidí své postavení v prevenci civilizačních onemocnění. Dále

bylo cílem zjistit od pacientů navštěvujících tyto ambulance a ordinaci praktického lékaře, jaký je jejich pohled na postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění. Hlavní přínos této práce vidím především ve zmapování a porovnání názoru pacientů a sester na stejnou otázku.

1. SOUČASNÝ STAV

Základní a nejvíce efektivní metodou prevence je podpora zdraví a s ní úzce související zdravotní výchova. Pod pojmem podpora zdraví se skrývá soubor činností a opatření k upevnění a podpoře zdraví. Tato opatření lze rozdělit do tří skupin. Nejširší záběr mají opatření celospolečenská. Do této skupiny spadá vzdělání, ekonomika, legislativa a dostupnost zdravotnických informací. Další skupina opatření se zaměřuje na komunity či obce. Sem se řadí hygienické, pracovní a bytové podmínky, doprava, výchova dětí i rodičů ke zdraví či sociální služby. Poslední a neméně důležitou skupinu tvoří opatření individuální, kdy je nejdůležitější pěstování zdravého způsobu života jedince. Zdravotní výchova má za cíl pozitivně ovlivňovat obyvatelstvo k udržení a osvojení správných návyků ke zdravému způsobu života. Zdravotní výchova se zaměřuje na zdravé i nemocné jedince a má čtyři hlavní zásady. Zásada vědeckosti a odborné správnosti, zásada konkrétnosti a srozumitelnosti, zásada soustavnosti a zásada optimistického zaměření. Zdravotní uvědomění je svobodné chování člověka, které je ovlivňováno po celý život a zohledňuje zájem každého jedince a jeho rodiny. Výchova ke zdraví předává správné vědomosti k tomuto chování (Zavázalová a kol., 2004).

Preventivní péče je komplex, ve kterém se na prevenci nemocí podílí prevence zdravotnická a společenská. Ačkoli je již po staletí známo, že je lepší, účinnější i ekonomičtější, vzniku nemoci bránit, než ji později léčit, stále není snadné tyto principy prosadit. Důležitou preventivní metodou je dispenzární péče. Její náplní je aktivní vyhledávání ohrožených osob při každodenní činnosti lékaře, komplexní vyšetření, diagnostika a terapie, pravidelné sledování zdravotního stavu a úprava zdravotních, pracovních i životních podmínek obyvatelstva. Cílem dispenzární péče je upevnit a rozvíjet zdraví, předcházet komplikacím, prodloužit aktivní věk jedince a oddálit nebo zabránit vniku jakékoli nesoběstačnosti včetně invalidity a předčasnému úmrtí (Zavázalová a kol., 2004)

1.1 *Prevence*

Prevence je činnost, která směřuje k eradikaci či eliminaci nemoci, nebo k minimalizaci následků nemoci či poruch zdraví (Šejda a kol., 2005).

Preventivní doporučení stanovená lékařem musí mít vědecký základ a je součástí všech oborů medicíny. Jejich efektivita je závislá na spolupráci pacientů a zdravotníků. Dále je do budoucna nutné zlepšit spolupráci a vzájemné předávání informací, eventuálně sjednocení léčby, mezi lékaři preventivních oborů, jako je praktický lékař, gynekolog, stomatolog, ale také mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a školskými organizacemi (Fait a kol., 2008).

Prevence se dá dělit podle několika kategorií. Takovou nejzákladnější je dělení podle času, tedy primární, sekundární a terciální prevence, toto dělení proberu podrobněji v následujících podkapitolách. Dalším možným dělením je podle objektu. Kam spadá prevence hromadná, tedy zaměřená na všechno obyvatelstvo, dále selektivní, zaměřená na rizikové skupiny. A naposledy indikativní, která je zaměřena na osoby zařazené do rizikových skupin. Dále se může prevence dělit dle subjektu, který ji provádí. Do této kategorie spadá prevence společenská, kterou vykonávají státní orgány či instituce. Dále prevence osobní, která je prováděna jednotlivci a prevence zdravotnická, kam spadají sanitárně hygienické a protiepidemické intervence. A naposledy prevence dělená podle metod na úrovni jedince, například imunizace a zdravotní výchova nebo zaměřená na kolektivy, kam patří opatření legislativní, politická, organizační, technická (Holčík a kol., 2005).

Primární prevence

Primární prevence se zabývá zdravými lidmi, jejím cílem je předejít zdravotním problémům. Nejde jen o předcházení vzniku chorob, ale také o pozitivní zlepšování zdravotního stavu, což vede ke zvyšování kvality života. Zaměřuje se na vnější faktory, jako je kouření, dietní návyky, požívání alkoholu nebo pohyb. Dále eliminuje nebo se

snaží snížit expozice rizikovým faktorům a podporuje aktivity vedoucí k pozitivním změnám životního stylu (Hrubá a kol., 2001).

Je možné ji rozdělit na primordiální prevenci, která je zaměřená na předcházení vzniku a vlivu rizikových faktorů a na prevenci přímo orientovanou na určité nemoci kam se řadí očkování (Holčík a kol., 2005).

Úloha sestry v primární prevenci se ujímá a vyvíjí velmi pomalu a je založena na spolupráci s lékařem. Hlavně ve zdravotní výchově, kdy upozorňuje na nebezpečí kouření, radí se správnou výživou, různými pohybovými aktivitami, zmiňuje možnosti a formy relaxace, zvládání stresu. Také pomáhá s celkovým upevňováním zdraví a především jde svým jednáním a chováním příkladem. Prevence se však často opomíjí na úkor léčby, kvůli její naléhavosti (Hanzlíková a kol., 2007).

Sekundární prevence

Sekundární prevence se zaměřuje na včasné zjištění již existujícího onemocnění a má zabránit rozvoji nemoci a určit diagnózu včas, tedy tehdy, kdy je onemocnění ještě léčitelné (Hrubá a kol., 2001).

Do sekundární prevence spadá screening. Ten je u některých diagnóz již běžný, jde o cílené vyšetřování velkých skupin obyvatelstva k zachycení daného onemocnění u osob, které si ho samy ještě nejsou vědomy (Kolektiv autorů, 2005).

Sekundární prevence plynule navazuje na primární a doplňuje a upřesňuje znalosti pacienta o jeho onemocnění. Základem pro úspěch tohoto vzdělávání pacientů je jejich vztah se sestrou. Největší význam má přímý, osobní a individuální kontakt sestry s pacientem, kdy se sestra zaměřuje přímo na konkrétní onemocnění daného pacienta a informace mu podává pro něho přijatelným a pochopitelným způsobem. Toto je možné díky častějšímu kontaktu sestry s pacientem a znalostí jeho osobnosti (Závodová, 2002).

Terciální prevence

Je zaměřena na pacienty, u kterých již nelze zabránit vzniku onemocnění (Hrubá a kol., 2001).

Terciální prevence snižuje počet a důsledky komplikací dlouhodobých nemocí a snaží se snižovat utrpení a zvyšovat naději na prodloužení života (Šejda a kol., 2005).

Terciální prevence se zabývá výchovou pacienta a jeho rodiny. Soustředí se na využití potenciálu, který pacient má, aby se zmírnily následky onemocnění a snížil se počet hospitalizací. Je poskytována v rehabilitačních ústavech či lázních (Závodová, 2002).

1.2 ***Civilizační choroby***

Civilizační choroby jsou skupiny nemocí, které se vyznačují svým spojením s naším životním stylem. Náš organismus je stále více ohrožován nepříznivými vlivy vnějšího prostředí, jako je kvalita ovzduší, pracovní i životní prostředí, nedostatek pohybu, nesprávné stravování, kouření, alkohol (Lichnovský, 2015a).

Seznam civilizačních onemocnění se mění spolu se společností a stylem jejího života. Jsou takto označovány nemoci nejvíce sužující danou společnost. Podléhají tedy vývoji v čase, kdy dochází ke změnám v klinických projevech nemocí, daných určitým vývojem společnosti konkrétně například hygienou či proočkovaností populace. Hlavní jsou však možnosti léčby daného onemocnění. Ty nejsou dány jen vývojem společnosti i v dnešní době jsou rozdíly v léčbě mezi moderní společností a například domorodými obyvateli pralesa (Adámková, 2010).

Když k tomuto přidáme neustálý stres, může docházet k rozvoji těchto onemocnění. Řadíme mezi ně především kardiovaskulární onemocnění, hlavně infarkt myokardu a mozkové mrtvice, dále předčasnou aterosklerozu, obezitu, vysoký krevní tlak, cukrovku druhého typu, různé alergie, ale také nádorová onemocnění či neplodnost (Rychterová, 2011).

1.2.1 *Kardiovaskulární onemocnění*

Kardiovaskulární onemocnění jsou nemoci postihující srdce a cévy. Jejich hlavními obecnými příčinami jsou špatná výživa, nedostatek pohybu a stres. Jsou hlavní skupinou civilizačních onemocnění a zaujímají první místo v úmrtí ve vyspělých zemích (Lichnovský, 2015b)

Na vzniku těchto chorob se podílí velmi mnoho faktorů. Dělíme je na ovlivnitelné faktory, kam patří například kouření, stravování, tělesná aktivita. A na neovlivnitelné, kam spadají genetické vlivy či pohlaví, a jejich vzájemné působení. Mezi nejčastější KVO patří ateroskleróza, hypertenze, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda a ischemická choroba srdeční. Tyto choroby budou blíže popsány v následujícím textu. (Sovová a kol., 2004).

Ateroskleróza

Ateroskleróza je jak jedním z rizikových faktorů, tak i samotným onemocněním. Je charakterizovaná ukládáním tuků na stěně cévy, ale v současnosti je za její vznik považován imunitně zánětlivý proces. Na uzávěru cévy se podílí samotné ukládání tuku, nebo na toto ukládání nasedající trombóza, která se vyskytuje u nestabilních plátů a příčinnou akutních koronárních syndromů, nestabilní anginy pectoris a infarktu myokardu (Češka a kol., 2005).

Patologický proces se dělí na tři stádia. V prvním stádiu vzniká lipidový proužek, který je zcela bez příznaků. Druhé stádium má dvě vývojová stádia, prvním je fibrózní plát, který vzniká mezi 30. - 40. rokem a již zužuje průsvit cévy, na což navazuje druhé vývojové stadium, což je aterosklerotický plát, kde jsou již přítomny příznaky zúžení cévy. Vrchní vrstva tohoto plátu může prasknout a vniká třetí stádium tedy aterosklerotický vřed, na kterém se mohou shlukovat trombocyty a může vzniknout trombus (Šafránková a kol., 2006).

Ateroskleróza může mít závažné až smrtelné následky. Může dojít k infarktu myokardu, mozkové příhody, gangrény či vzniku aneurysmat. Dále může ovlivnit život pacienta také poruchou erekce či omezením funkce ledvin (Klingerová, 2011).

Hypertenze

Nejčastěji se vyskytující kardiovaskulární onemocnění, v průmyslově vyspělých zemích jím trpí 20 - 30% dospělé populace. Je samostatnou chorobou ale také se řadí k rizikovým faktorům ICHS a CMP. Hypertenze nastává při zvýšení systolického tlaku nad 140 mm Hg nebo diastolického tlaku nad 90 mm Hg při dvou ze tří měření ve dvou různých návštěvách lékaře. Dělíme ji na esenciální neboli primární hypertenzi, kdy není známa příčina vzniku a sekundární hypertenzi, která je vyvolána orgánovými onemocněními (Klener a kol., 2001).

Na vzniku primární hypertenze se mohou vyskytovat genetické faktory, tedy rodinná zátěž, také životní styl, především stravování, tělesná aktivita, a nakonec porucha regulačních mechanismů (Sovová a kol., 2005)

Pokud je pacient správně kompenzován nedochází ke zkrácení jeho života ani zhoršení kvality. Je ale nutné brát pravidelně a zodpovědně předepsané léky, dodržovat režimová opatření. Pokud toto pacient nedodržuje, dochází ke komplikacím. Mezi ně patří krvácení z nosu, bolesti hlavy, bolesti na hrudi, arytmie. Tyto komplikace pacienta omezují v plnohodnotném prožívání života, ale dochází i ke komplikacím smrtelným, což může být akutní infarkt myokardu, mozková příhoda či prasknutí aorty (Holmannová, 2013).

Akutní infarkt myokardu

Časté onemocnění postihující stejně často obě pohlaví nad 60 let, muže častěji kolem 40. roku a u žen se začíná objevovat v průběhu menopauzy (Klener a kol., 2001).

Akutní infarkt myokardu je v 80% způsobován aterosklerotickým plátem, na který nasedá trombus, ten pak způsobí uzávěr cévy. Pro velikost nekrózy je důležitá doba a místo uzávěru, kde k němu dojde, stav kolaterálního oběhu i aktuální stav oběhu. Podle umístění ischemie vzniká nestabilní angina pectoris, nebo nekróza myokardu- akutní infarkt. Nekróza je nahrazena vazivovou jizvou. Hlavním příznakem je svíravá bolest za hrudní kostí, palpitace a dušnost (Sovová a kol., 2004).

Čtvrtina pacientů s akutním infarktem myokardu umírá ještě před transportem do nemocnice. Pokud pacient přežije, mohou se vyskytnout život ohrožující komplikace, mezi které patří mozková příhoda, srdeční selhání, nepravidelnosti srdečního rytmu či vznik aneurysmatu. V případě přežití akutního infarktu a včasného a úplného zprůchodnění tepny je šance na uzdravení. Pacient však bude doživotně omezen pravidelnými kontrolami u kardiologa, rehabilitací a nutností kompletně změnit svůj životní styl (Linder, 2016).

Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je situace, kdy dochází k přerušení dodávky krve do části mozku a tím dochází k rychlému odumírání mozkových buněk. Jsou dvě možné příčiny, ve většině případů tedy asi 80% je důvodem neprůchodnosti mozkových cév ucpaní tepny krevní sraženinou, která vzniká následkem embolizace, aterosklerózy či onemocnění srdce. Ve zbylých asi 20% případů dochází ke krvácení do mozkové tkáně nebo mezi mozkové pleny následkem prasknutí cévy. Tato forma CMP má častěji za následek smrt a je tedy životu nebezpečná. V případě ischemické i hemoragické CMP je možným následkem invalidita, částečné ochrnutí, ztráta zraku, porucha řeči v nejhorším případě smrt. K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří především genetické faktory, věk, kouření, nadměrná spotřeba alkoholu, stres, obezita, a další (Anon, 2015a).

Následky CMP závisí na rozsahu a lokalizaci poškození. Pokud je rozsah malý, je možnost, že se pacient vrátí bez postižení do běžného života. Nejčastějším následkem je ochrnutí končetin na jedné straně těla. Dále porucha řeči, změny nálad, deprese, může dojít k rozvoji demence a rozvoj epileptického syndromu (Goldmund, Reif, 2015).

Ischemická choroba srdeční

Patologický proces v koronárních arteriích způsobuje nedokrevnost myokardu, což vede k ischemické chorobě srdeční. Na vzniku ICHS se dále může podílet trombus a vzácně i spasmus věnčitých tepen, ale jsou možné i méně se vyskytující příčiny, jako je těžká arytmie u anginy pectoris (Klener a kol., 2001).

ICHS se dělí na akutní formy a chronické formy. Do akutních forem ICHS řadíme nestabilní anginu pectoris, akutní infarkt myokardu a náhlou smrt. Zde dochází k akutnímu uzávěru koronárních tepen a tedy vzniku akutního stavu, kdy dochází k ischémii myokardu a vzniku kolaterálního řečiště nebo k jeho nekróze. Mezi rizikové faktory patří hypertenze, kouření, diabetes mellitus, obezita, stres, nedostatek fyzické aktivity, rodinná anamnéza a další. Mezi chronické formy řadíme stabilní anginu pectoris, variantní angina pectoris, němá ischemie myokardu, arytmiická forma ICHS a srdeční selhání při ICHS (Šafránková a kol., 2006).

Kvalitu života pacienta s ICHS nepříznivě ovlivňují především bolesti na hrudi, snížení pracovního uplatnění, přidružená onemocnění, následná rehabilitace a v neposlední řadě poruchy erekce a psychické problémy (Štejfa a kol, 2007).

Prevence KVO

Prevence těchto onemocnění se odvíjí od rizikových faktorů. Důležité je obsáhnout všechny faktory, působit jen na některé nemá dostatečný efekt. Hlavními oblastmi prevence je tedy snížení krevního tlaku a to především nefarmakologickými metodami, mezi které patří omezení příjmu soli, redukce tělesné hmotnosti, zvýšení aerobní zátěže alespoň na 30-45 min 3-4x týdně. Omezení příjmu alkoholu, kdy jsou jiné dávky stanovené pro muže asi 30g/24 hod a pro ženy asi 15g/24 hod. V případě kuřáků je zcela jednoznačně dané přestat kouřit. Dále je nutné omezit příjem nasycených mastných kyselin v potravě a zvýšení příjmu nenasycených mastných kyselin, kdy je důležité vynechat tučné sýry, uzeniny, tučná masa a masné výrobky ale i tučné krémy, polevy a podobně u cukrárenských výrobků. Zvýšený příjem nenasycených mastných

kyselin hlavně omega 3, ovlivňuje nejen dyslipidemii, ale působí i na další složku prevence a to na obezitu, jelikož má příznivý efekt na snižování hmotnosti (Adámková, 2010).

Primární prevence

Jednu z hlavních rolí v primární prevenci KVO hrají média a stát. Tato opatření jsou zaměřená na ještě zdravou populaci, ale především na rizikové skupiny. Zahrnují vše, co se pacient může dozvědět z medií či od svého lékaře. Jmenovitě jde o režimová opatření, kam spadá dodržování zdravého životního stylu, dodržování pravidelných kontrol a preventivních prohlídek u praktického lékaře. Dále opatření zaměřená na zanechání kouření, úpravu stravovacích zvyklostí. Zde se doporučuje přejít z české kuchyně na kaloricky méně náročnou stravu, náležitě informována by měla být především matka, jelikož většinou zodpovídá za nákupy a vaření. Dalším opatřením je snížení tělesné hmotnosti a dostatečná a přiměřená pohybová aktivita (Busta, 2001).

Sekundární prevence

Jde již o klinicky manifestované onemocnění a zaměřuje se na stejná opatření jako prevence primární, ale důsledněji je uplatňuje. Navíc sem spadá léčba hypertenze, diagnostika DM a jeho možných komplikací, léčba poruch metabolismu lipidů, především farmakologická. Důležité je také vyšetřování příbuzných pacientů. Je možné sem zařadit také hormonální substituci žen s menopauzou, podávání beta blokátorů či antikoagulancií (Busta, 2001).

Terciální prevence

Kardiovaskulární rehabilitace zahrnuje možnost nácviku pohybových aktivit a dodržování doporučení sekundární prevence. Jde především o lázeňskou léčbu (Busta, 2001)

Sestra se v problematice prevence a zdravotní výchově pacientů zapojuje jako neocenitelný partner lékaře. Dle jeho požadavků může pacienty edukovat o správné životosprávě, dietních opatřeních, pitném režimu, užívání preventivních doplňků stravy či léků. Může pacientům rozdávat různě zaměřené edukační materiály, nebo je vyvěšuje v čekárně ordinace (Fait a kol., 2008).

1.2.2 *Poruchy příjmu potravy*

Prvním předpokladem pro přežití bylo zřejmě neumřít hladu. Jídlo a živiny z něho získané jsou základním zdrojem živin a ty jsou podmínkou pro správný somatický a psychický vývoj jedince. Poruchy příjmu potravy jsou mezi dospívajícími dívkami a chlapci jedním z nejčastějších onemocnění. Mají také velké somatické, psychické a sociální dopady nejen na postiženého člověka, ale i na jeho okolí. Těmito poruchami se zabývá mnoho různých medicínských oborů. Mezi hlavní patří psychiatrie, nutriční lékařství, psychologie, sociologie a další. Toto je dáno komplexním charakterem těchto onemocnění, závislost na kulturních a společenských vlivech a velmi křehká hranice mezi normou a patologií. Ač jde o velmi složitou problematiku, má základní symptomatologie svůj logický průběh. Obě poruchy, tedy mentální anorexii i mentální bulimii, spojuje řada faktorů jako je strach z tloušťky, nadměrná nepřiměřená pozornost věnovaná vlastnímu tělu, hlavně vzhledu a hmotnosti. Dále se objevuje také nízké sebevědomí, sociální problémy i somatické potíže. Rozdíl se objevují v jednotlivých příznacích závislejících na stupni podvýživy, metodách kontroly hmotnosti a samotná hmotnost nemocných (Krch a kol., 2005).

Obezita

Na přelomu tisíciletí byla obezita nejčastějším metabolickým onemocněním, závislejícím na životním stylu a životních podmínkách člověka (Hainer a kol., 2004).

Obezita neboli otylost se vyznačuje zvýšeným obsahem tuku v organismu. Fyziologické množství tuku je dáno pohlavím, věkem a etnikem. Metod měření či

hodnocení stupně otylosti je mnoho, nejčastěji se využívá index tělesné hmotnosti, tedy BMI. Rozdělení otylosti podle charakteru rozložení tuku je dvojí. Otylost mužského typu neboli androidní, či viscerální, kdy se tuk hromadí v oblasti břicha a hrudníku a je s ní spojen vysoký výskyt metabolických a hlavně kardiovaskulárních komplikací. U otylosti ženského typu tedy gynoidní se tuk ukládá v oblasti hýždí a stehen. Tento typ nemá zvýšený výskyt komplikací. Oba typy se měří pomocí krejčovského metru a výši rizika vzniku KVO udává poměr mezi obvodem pasu a boků. Vysoké riziko je u mužů poměr větší než 1 a u žen větší než 0,85. Nyní se užívá již jen obvod pasu, kdy se zvýšené riziko KVO udává u mužů s obvodem pasu větším než 94 cm a u žen více než 80 cm. Vysoké riziko KVO pak vzniká u mužů s obvodem pasu nad 102 cm a u žen nad 88 cm (Hainer a kol., 1997).

Největším rizikovým faktorem obezity je genetická výbava jedince, která se na ní podílí až 70%. Zbývajících 30% představuje nesprávné chování. Tedy nedostatek pohybu, vyhledávání kalorických, ale výživově chudých potravin, což je způsobeno stále se zlepšující ekonomickou situací a stěhováním populace do měst. Prevence těchto faktorů by měla začínat již v dětství a měla by být celospolečensky zaměřená. V opačném případě jsou pacienti s obezitou vlastně nuceni chovat se abnormálně a to v důsledku snižuje jejich odhodlání. Prevence se zaměřuje především na zvýšení pohybové aktivity, zejména u pacientů se sedavým stylem zaměstnání, na změnu stravovacích návyků a životního stylu jako takového (Hainer a kol., 2004).

Sestra v tomto případě vystupuje jako informátorka o vhodných možnostech pohybové aktivity, také může podat informace či letáky s radami jak změnit jídelníček či s vhodnou dietou (Fait a kol., 2008).

Mentální anorexie

Tato porucha je charakterizována hlavně úmyslným snižováním hmotnosti. Nechutenství však může být až sekundárním projevem dlouhodobého hladovění, ale nemusí být přítomný u všech nemocných. Tito pacienti neodmítají jídlo z důvodu, že by neměly hlad či chuť, ale protože nechtějí jíst. K diagnostikování mentální anorexie musí

být splněny tyto podmínky, aktivní udržování nezvykle nízké hmotnosti, strach z tloušťky i přes zřetelnou hubenost a amenorea u žen (Krch a kol., 2005).

Je možné odlišit dva typy mentální anorexie. Restriktivní, nebulimický typ, kdy u nemocného nedochází k záchvatům přejídání. Na rozdíl od purgativního, bulimického typu, kdy se nemocný přejídá a následně zvrací či užívá laxativa. Pro stanovení diagnózy je nutné vyloučit jinou somatickou či psychickou chorobu, která by mohla vysvětlit nechutenství či nízkou hmotnost (Hainer a kol., 2004).

Proč vlastně anorexie vzniká, není možné přesně stanovit, jsou pouze obecné předpoklady, mezi které spadá z části genetika, dále také nízké sebevědomí, stres, kladná odezva okolí na chtěné či neúmyslné zhubnutí pacienta, nebo naopak zvýšení hmotnosti. Rizikové může být také zaměstnání, sportovci, modelky či herečky jsou pod větším tlakem, co se vzhledu týká. Riziková je také puberta, kdy je největší snaha se zalíbit, vyrovnat se modelkám v časopisech či televizi. Také samotné držení diet je rizikem. Prevence v těchto případech je velmi těžká, je nutné nezlehčovat možné příznaky a snažit se nemocného navést když ne ke změně k lepšímu, tak alespoň k vyhledání odborné pomoci (Anon, 2015b).

Mentální bulimie

Mentální bulimie můžeme charakterizovat jako strach z tloušťky. Jsou pro ni typické opakující se záchvaty přejídání, zvracení a přehnaná kontrola váhy. Jak narůstají počty nemocných bulimií, tak se také častěji vyskytují netypické příznaky. Součástí mentální bulimie mohou být také různé diety, nízké sebevědomí a přejídání se. Diety mohou stát na počátku problému, kdy se nemocný snaží zhubnout a stále drží všemožné diety. Pak stačí jakákoliv odchylka od stanoveného jídelníčku a pacient má výčitky, kolik toho snědl. Tím si navodí pocit, že je přejedený, ač tomu tak být nemusí, může se jednat o zcela normální porci, pouze si pocit sytosti zamění za pocit přejedení. Ale každý člověk se jednou za čas přejí. Ovšem bulimičky to řeší buď užíváním projímadel, léků na odvodnění, zvracením, nebo kombinací všeho zmíněného, dále nadměrným cvičením i zneužíváním dalších léků (Krch, 2008).

Bulimie vzniká z mnoha různých příčin, může být reakcí na stres u náchylných osob, také může být vyvolána nepřiměřenými nároky na vzhled u sportovců, modelek či tanečnic, může vzniknout u osob v nepříznivých životních situacích, nebo negativním hodnocením vlastního těla (Arndt, 2010).

V závislosti na zneužívaných lécích a jiných formách vyrovnávání se s přejídáním se u nemocných bulimií vyvíjí další komplikace. Díky opakovanému zvracení dochází k nerovnosti vnitřního prostředí těla a objevují se křeče, kardiovaskulární příznaky, jako je dušnost, hypotenze, bolesti v oblasti srdce, je zvýšené riziko aspirace zvratků a tím i riziko vzniku bronchopneumonie. Také se mohou objevit další komplikace v oblasti trávicího traktu, jako jsou žaludeční vředy, je zde možnost, že může vlivem opakovaného zvracení dojít k ruptuře jícnu. Také dochází vlivem agresivní kyseliny chlorovodíkové na sklovinu, při častém zvracení, k její erozi. Pokud dochází k zneužívání diuretik, mohou být postiženy i ledviny. Dále se mohou objevit psychické potíže, jako jsou změny nálad, stálé myšlenky na jídlo, úzkosti, většinou spojené s jídlem. Bulimie má dopad i soukromý i společenský život nemocného, cítí se osamělý, mohou se objevit vztahové potíže (Hanzlovský, 2014).

Vznik a příčiny mentální bulimie jsou totožné s mentální anorexií. I zde se na vzniku podílejí faktory biologické, psychické i sociální. Do prevence můžeme zařadit to, aby se již od dětství děti učily správné stravovací návyky a kladné hodnocení svého těla (Anon, 2015c).

1.2.3 ***Diabetes Mellitus 2. typu***

Jde o nejčastější metabolickou poruchu, kdy dochází k nedostatečnému využití glukózy v organismu. Jedná se o porušení sekrece inzulínu v kombinaci s inzulínovou rezistencí cílových tkání (Rybka a kol., 2006).

DM 2. typu je chronické onemocnění a je často zjištěn náhodně, či u pacienta, který přichází již s komplikacemi. Toto je možné vzhledem k vývoji onemocnění. Inzulínová rezistence nejprve zvyšuje spotřebu inzulínu nutnou k průchodu glukózy do tkání a

buněk. Když dojde k vyčerpání β - buněk projevuje se DM 2. typu. Na jeho vzniku se podílí kromě dědičnosti také obezita, nedostatek pohybu, stres, kouření či nevhodná životospráva. Kdy obezitou trpí až 90% diabetiků, dalšími rizikovými faktory může být hypertenze, hyperlipidémie nebo věk. Léčba inzulinem se u tohoto typu zavádí až po vyčerpání inzulinových rezerv, první volbou je nasazení diety, vhodné pohybové aktivity a pokud je to nezbytné také perorálními antidiabetiky. Nejčastějšími příznaky je žízeň, časté močení, hubnutí, únava, ztráta chuti k jídlu, zhoršení zraku, poruchy vědomí v různé míře (Bělobrádková a kol., 2006).

Nejzávažnější na diabetu jsou jeho komplikace. Je jich celá řada počínaje kardiovaskulárním postižením, přes nervová, ledvinová a jiná poškození až po syndrom diabetické nohy. Slepota je nejčastější komplikací diabetu. Dále může vést k amputacím dolních končetin či ICHS. Zkracuje život až o 30 - 50 % (Rybka a kol., 2006).

Základem primární prevence DM 2. typu je prevence obezity, sekundární prevence se zaměřuje na oddálení vzniku komplikací, čehož se snaží dosáhnout udržením normálních hodnot glykémie, krevního tlaku a hmotnosti a také léčba hyperlipidemií (Anděl a kol., 2001).

Sestra se zde uplatňuje jako edukátorka pacientů o energetické a nutriční hodnotě potravin, především slazených nápojů či alkoholu, které mohou v případě zvýšené konzumace krýt i více než čtvrtinu denního příjmu kalorií (Adámková, 2010).

1.2.4 ***Nádorová onemocnění***

Maligní nádory při růstu poškozují okolní tkáň, vytváří metastázy a celkově se odrážejí v organismu. Benigní nádory rostou ohraničeně, nepoškozují okolní tkáň a netvoří metastázy, ale může utlačovat okolní tkáň a tak způsobit poškození organismu (Koukal, 2010).

Nádorová onemocnění jsou charakterizována nekontrolovatelným bujením vlastní tkáň a je zde možnost rozšíření do dalších tkání či orgánů, což může vést až ke smrti. Dnes je již možné u mnoha pacientů, při včasné diagnóze, nemoc zcela zastavit či

alespoň zpomalit její průběh a zajistit tak pacientovi lepší kvalitu života a stejně tak při remisi je možné nabídnout účinnou léčbu. Možnosti ovlivnění nemoci však závisí na mnoha faktorech a ne vždy se daří zasáhnout včas nebo dostatečně účinně (Foretová a kol., 2005a; Foretová a kol., 2005b).

Nejčastějšími zhoubnými nádory jsou v České republice u mužů nádor prostaty, kolorektální karcinom, karcinom plic či kožní melanom. U žen je na prvním místě zhoubný nádor prsu, nádor těla děložního a vaječníku, kolorektální karcinom či karcinom plic nebo kožní melanom (Adámková, 2010).

V případě karcinomu prsu, těla děložního, prostaty či kolorektálního je z hlediska prevence nejdůležitější cílený screening těchto onemocnění, u prsu také samovyšetření. Dále genetická zátěž, zdravotní výchova, pravidelné kontroly rizikových skupin, úprava stravovacích návyků, zdravý životní styl. Role sestry zde sestává z plánování zvaní rizikových pacientů na kontroly, podávání informací, či nabízení informačních letáků (Komárek a kol., 2000).

1.2.5 *Chronický únavový syndrom*

Tento syndrom je charakterizován náhlou únavou, která je neadekvátní zatížení organismu a trvá déle než 6 měsíců. Při vyšetření pacienta nenajdeme přímé příznaky onemocnění, objeví se nespecifické poruchy imunitního systému, funkční poruchy trávicího traktu či hormonální změny. Může nastoupit po prodělaném chřipkovém onemocnění, po porodu či operacích (Marek a kol., 2003).

Únava je velmi obecným pojmem, který najdeme u řady onemocnění, chronický únavový syndrom se řadí do multisystémových onemocnění (Šíma, 2009).

Mezi symptomy tohoto onemocnění patří bolesti svalů, hlavy, kloubů, ochromující únava, silné vyčerpání, zvýšená tělesná teplota, snížená schopnost koncentrace. Na vzniku onemocnění se významně podílí poruchy imunitního systému, pokud jsou včas a správně rozpoznány a léčeny, mohou předejít dalším psychosociálním problémům (Hilgers a kol., 1996).

Rovněž oslabuje imunitu, objevují se dýchací a oběhové obtíže. Jeho etiologie zatím není přesně stanovená, a také nelze přesně diagnosticky stanovit (Šíma, 2009).

Mnoho lékařů, ke kterým se pacienti s tímto syndromem dostanou, s ním nemají zkušenosti a tak léčí symptomy, místo toho aby se zaměřili na celkový pohled na pacienta a vyšetřili imunitní systém. Díky včasné a správné léčbě imunitního systému a tím i chronického únavového syndromu, je možné zabránit některým chronickým onemocněním, jako jsou chronické záněty nervového systému, roztroušené sklerózy, revmatické choroby či některých autoimunních onemocnění, přejít do chronického stádia (Rybka a kol., 2006).

1.2.6 *Edukace pacientů*

Edukace neboli výchova nemocného k odpovědnosti a samostatné péči o vlastní zdraví. Je samozřejmou součástí ošetrovatelského procesu. Jedná se o proces, kdy se pacient učí novým poznatkům a sestra v roli edukátorky mu toto umožňuje a zprostředkuje. Vychází z potřeb pacienta a záleží na něm, zda tyto informace přijme a bude je využívat. Pacient by tyto poznatky ale také dovednosti měl pochopit a umět je využít v praxi, tedy ve svém životě. Edukace má několik fází. První fází je posuzování, tedy sběr dat o nemocném. Dále edukační diagnózy, což zahrnuje specifikaci vědomostí, dovedností a návyku, které by měl pacient mít. Plánování, kdy si sestra zvolí priority edukace, metody, plánuje učivo a stanoví cíle edukace. Ve fázi realizace dochází k předání nových vědomostí pacientovi. Poslední fází je zhodnocení, sestra zjišťuje, zda si pacient osvojil požadované dovednosti a vědomosti. (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukaci ve zdravotnictví lze rozdělit na základní, kdy jsou pacientovi předávány nové vědomosti a dovednosti při nově stanovené diagnóze. Při reedukaci se opakují základní informace a poskytují se nové při změnách podmínek. Komplexní edukace se většinou provádí v rámci edukačních kurzů. Cílem edukace je předcházet poškození zdraví, udržovat zdraví, navracet zdraví a zkvalitnit život nevyléčitelně nemocným.

Edukace se tedy dá rozdělit také na primární, kdy jsou cílem zdraví jedinci, a jejím cílem je prevence vzniku zdravotních problémů a zlepšovat zdraví populace.

Sekundární edukace se zaměřuje na nemocné a na možnosti čelit nemoci, zabránit rozvoji komplikací a obnovovat zdraví. Terciální edukace se snaží zkvalitnit život umírajícím (Juřeníková, 2010).

1.2.7 ***Role sestry***

S rozvojem ošetrovatelství se měnila i role sestry. Sestra vykonává velké množství, stejně důležitých rolí. Kvalitní sestra by měla být všestranná a měla by se držet etických norem. Nezastává jen jednu roli, ale hned několik najednou. V současnosti zastává nejčastěji roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, kdy se zohledňuje prostředí a zdraví jedince v zájmu uspokojování potřeb a to i v případě preventivní péče. Dále sestra manažerka, která působí v řízení organizací. Sestra edukátorka soustavně vzdělává a ovlivňuje chování pacienta, například v otázkách civilizačních onemocnění. Sestra v roli advokáta obhajuje práva pacienta a jeho zájmy. Sestra nositelka změn, tato role by měla být hnací silou každé sestry vzhledem k neustálému vývoji zdravotnictví a ošetrovatelství. Sestra výzkumnice je důležitou rolí, vzhledem k tomu, že se v dnešní době ošetrovatelství stává vědeckou profesí. Sestra mentorka zodpovídá za klinický dohled nad studenty ošetrovatelství (Farkašová, 2005).

1.2.8 ***Kompetence sester***

Všeobecná sestra může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech praxe v oboru. Do té doby musí mít odborný dohled. Pokud všeobecná sestra absolvovala vysokoškolské vzdělání s ošetrovatelským zaměřením nebo získala odbornou způsobilost k výkonu zdravotnickému povolání (zákon č. 96/2004 Sb.).

Všeobecná sestra poskytuje s odborným dohledem zdravotní péči dle právních předpisů, pracuje s dokumentací a s informačním systémem. Sestra bez odborného

dohledu a bez indikace kromě toho ještě dodržuje hygienicko-epidemiologický režim, vede zdravotnickou dokumentaci. Dále poskytuje pacientovi informace dle pokynů lékaře a v souladu se svou způsobilostí. Podílí se na vzdělávání studentů zdravotních škol, kurzů a přípravě standardů. V souladu se stanovenou diagnózou poskytuje a zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu. Tedy může vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevy onemocnění, rizikové faktory pomocí různých testů. Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce, pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta. Zajišťuje herní aktivity dětí. Může zajišťovat a vyšetřovat biologický materiál, zajištěný neinvazivní cestou a kapilární krve, diagnostickými proužky. Provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích, hodnotí a ošetřuje porušenou integritu kůže, chronické rány, stomie, centrální a periferní žilní vstupy. Ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí rehabilitační ošetřování jako je polohování, posazování či dechová cvičení. Také může s pacientem nacvičovat sebeobsahu, edukuje pacienty a rodinu, orientačně hodnotí sociální situaci pacienta. Přijímá a propouští pacienty, psychicky podporuje umírajícího pacienta a jeho rodinu a pečuje o tělo zemřelého. Manipuluje s léčivými látkami i návykovými a se zdravotnickými prostředky a prádlem. Při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům, které dle indikace lékaře provádí či při nich asistuje a zajišťuje během a po nich ošetrovatelskou péči. V těchto případech podává léčivé přípravky, zavádí kyslíkovou terapii, provádí screeny, odebírá biologický materiál. Ošetřuje akutní a operační rány, včetně drénů. Vyměňuje a ošetřuje tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické sondy, pečuje o ně a aplikuje do nich výživu. Provádí výplach žaludku. Pod dohledem lékaře aplikuje krevní deriváty, asistuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a samostatně ji ukončovat (Vyhláška 55/2011 Sb.).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 *Cíle:*

C1: Zjistit jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob.

C2: Zjistit jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob z pohledu pacientů.

2.2 *Výzkumné otázky:*

V1: Jak pacienti chápou postavení sestry v prevenci civilizačních chorob?

V2: Jak sestry vidí své postavení v prevenci civilizačních chorob?

3. METODIKA

3.1 *Použité metody*

Ve výzkumné části této práce byl použit kvalitativní výzkum, formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkum byl proveden v měsíci březen roku 2016. Do výzkumného šetření byly zařazeny všeobecné sestry z Nemocnice České Budějovice a.s. na ambulancích interního a neurologického oddělení a také v soukromé ordinaci obvodního lékaře pro dospělé. Vše se souhlasem daných institucí (viz Příloha 1, Příloha 2). Sestrám bylo položeno 18 otázek, na které mohly zcela otevřeně odpovídat (viz Příloha 3). Další část výzkumného souboru tvořili pacienti navštěvující ambulanci nervového a interního oddělení českobudějovické nemocnice a již zmíněnou ordinaci pro dospělé. Pacienti byli vybráni dle hlavních onemocnění, se kterými se léčí. Bylo jim položeno 17 otázek, ve kterých mohli volně hovořit o svých problémech či názorech (viz Příloha 4).

Všichni respondenti byli náležitě informováni o tématu bakalářské práce, účelu a způsobu provedení rozhovorů a byli poučeni o naprosté anonymitě v případě poskytnutí rozhovoru. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon s ústním souhlasem dotazovaných a poté přepsány a přiloženy k této práci (viz Příloha 3).

3.2 *Výzkumný soubor*

Výzkumný soubor byl o velikosti 8 pacientů a 8 sester. Sestry byly vybrány z ambulantních provozů nemocnice a ordinace praktického lékaře, protože se zde většinou jako první setkávají s pacientem a jeho problémy. Z ambulance nervového oddělení byly dotazovány 3 sestry, v ambulanci interního oddělení 4 sestry a u praktického lékaře jedna sestra. Rozhovory se sestrami byly, kvůli anonymitě, označeny S1- S8.

Pacienti byli nejprve požádáni o spolupráci, a pokud souhlasili, byl s nimi rozhovor proveden. V interní ambulanci souhlasili 3 pacienti, v neurologické ambulanci 2 pacienti a u praktické lékařky 3 pacienti. Rozhovory s pacienty byly, kvůli anonymitě, označeny P1- P8.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 *Sestry*

Tabulka 1: Údaje o respondentech

Respondent	Věk	Ambulance oddělení/ praktický lékař	Praxe na ambulanci	Celková praxe ve zdravotnictví	Dosažené vzdělání
S1- Sestra 1	45 let	INT	4 roky	20 let	SZŠ
S2- Sestra 2	31 let	INT	6 let	6 let	VŠ- Bc.
S3- Sestra 3	27 let	INT	2 roky	5 let	VŠ- Mgr.
S4- Sestra 4	54 let	INT	12 let	30 let	SZŠ
S5- Sestra 5	52 let	NEO	5 let	20 let	VOŠ
S6- Sestra 6	42 let	NEO	8 let	15 let	SZŠ
S7- Sestra 7	38 let	NEO	10 let	18 let	VOŠ
S8- Sestra 8	49 let	PL	12 let	22 let	SZŠ

Tabulka 1 znázorňuje základní informace o sestrách, s nimiž byl realizován rozhovor. Věk sester se pohybuje od 27 do 54 let. Praxe na ambulanci je v rozmezí 2 roky až 12 let a celková praxe ve zdravotnictví 5 - 30 let. Čtyři sestry uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, dvě sestry uvedly vyšší odborné a po jedné sestře udaly vysokoškolské bakalářské a magisterské studium.

4.1.1 Kategorizace výsledků

Kategorie 1 Postavení sestry v prevenci civilizačních chorob

V této kategorii bylo rozhovory se sestrami na ambulanci a u praktického lékaře zjišťováno jaká onemocnění se u nich nejčastěji zachytí jako první, a jaký je v tomto případě postup. Dále byly zjišťovány nejčastější příznaky, se kterými chodí pacienti, jaká onemocnění podle sester patří do skupiny civilizačních onemocnění. Také bylo zjišťováno, jakým způsobem se sestra podílí na prevenci onemocnění, jakou v ní hraje roli, jak probíhá sekundární prevence, jakou prevenci sestra na ambulanci či u praktického lékaře provádí nejčastěji a zda upřednostňuje primární prevenci. Zjišťovali jsme také, jakým způsobem sestra podává pacientovi informace o jeho onemocnění. A naposledy bylo dotazováno jak sestra pacienty edukuje, zda to pacientům vyhovuje a jak reagují na danou formu edukace. V této kategorii bylo stanoveno sedm podkategorií a to: Nejčastější prvotní záchyt onemocnění z pohledu sester, Postup při prvním záchytu onemocnění, Nejčastější potíže pacientů, Onemocnění patřící do skupiny civilizačních onemocnění z pohledu sester, Prevence civilizačních onemocnění, Role sestry v prevenci civilizačních onemocnění, Edukace pacientů v prevenci civilizačních onemocnění.

Podkategorie 1 Nejčastější prvotní záchyt onemocnění z pohledu sester

Nejčastěji sestry uvedly, že se setkávají s onemocněními cév, hypertenzí, Diabettem či vysokou glykemií (S1, S2, S3, S4, S5). Jako další uváděly různé neuropatie, bolesti zad či hlavy, vysoký cholesterol (S1, S2, S3, S5, S6, S7). Sestra z ordinace praktického lékaře uvedla: „*Nejčastěji zachytíme běžná onemocnění, jako jsou angíny, chřipky, rýmy, různé bolesti. Vzhledem k tomu, že většina našich pacientů je v důchodovém věku, setkáváme se s různými kloubními, srdečními a jinými potížemi (S8).*“ Sestry také zmínily Roztroušenou sklerózu (S5, S7).

Podkategorie 2 Postup při prvním záchytu onemocnění

Většina sester uvedla, že při prvním záchytu onemocnění nahlásí výsledky lékaři a provedou záznam do dokumentace, pokud je to možné zopakují měření, a dále dle ordinace lékaře vyplňují žádanky na další vyšetření, předávají pacienty na specializované ambulance a pacienta edukují (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8). Sestra z interní ambulance k tomu řekla: „*Lékař musí nastavit léčebný režim a na mě je, abych pacienta dostatečně motivovala k jeho dodržování, zajistila mu dostatečné informace a další vyšetření dle indikace lékaře (S4)*“.

Podkategorie 3 Nejčastější potíže pacientů

Všechny dotazované sestry (S1-S8) se shodují, že nejčastějším příznakem onemocnění se kterým se setkávají, jsou bolesti. Od bolesti hlavy, krku, končetin až po bolest zad. Také se sestry (S1, S2, S3, S4) shodly, že se často objevuje hypertenze či vysoká glykémie, eventuálně cholesterol, ale s těmito příznaky pacienti přicházejí již s doporučením od praktického lékaře. Sestry S5, S6 a S7 se zase shodly na nevolnostech, točení hlavy a brnění prstů či končetin. Sestra S7 uvedla: „*Jak jsem již řekla, jsou to bolesti zad dále brnění či mravenčení končetin, ztráta citlivosti v prstech. Také se zde setkáváme s pacienty s prvotními příznaky roztroušené sklerózy, kteří jsou posíláni od obvodního lékaře a my je zas dále předáváme na specializovanou ambulanci.*“

Podkategorie 4 Onemocnění patřící do skupiny civilizačních onemocnění z pohledu sester

Všechny sestry (S1-S8) správně uvedly, že do civilizačních onemocnění patří infarkt myokardu. Téměř všechny se také shodly na cévní mozkové příhodě (S1- S7). Většina uvedla také hypertenzi (S2-S4, S6-S8) a obezitu (S1, S3-S7). Správně uvedly také nádory (S2-S5), sestra S8 zmínila jen nádory tlustého střeva. Ischemickou chorobu srdeční zařadily sestry S1-S3, S6- S7. Sestra S2 chybně zmínila i ischemickou chorobu dolních končetin. Také Diabettes mellitus zařadily sestry S1, S2, S6-S8 správně. Dále byly zmíněny alergie (S2-S4), Ateroskleróza (S3-S5). Jako jediná uvedla sestra S4

únavový syndrom, který se také počítá mezi civilizační choroby a sestra S6 jako jediná odpověděla Mentální anorexie. Mentální bulimii nezmínil nikdo.

Podkategorie 5 Prevence civilizačních onemocnění

Sestry pracující na ambulanci shodně uvádějí, že se nejčastěji setkávají s prevencí sekundární (S1-S7). Sestry S3, S5-S7, k ní připojili i prevenci terciální. Primární prevenci uvedla především sestra S8, pracující v ordinaci praktického lékaře a sestra S5 uvedla že se setkává se všemi druhy prevence. Z tohoto také vyplývá, že většina dotázaných sester upřednostňuje sekundární prevenci před primární, jelikož se s ní setkávají častěji, kromě již zmíněné S8. Dvě z dotazovaných sester udaly, že i když ji neupřednostňují, tak pokud se s primární prevencí setkají, snaží se podat co nejlepší informace. S5 k tomu řekla: *„Snažíme se provádět včas primární prevenci jak u pacientů, tak u příbuzných a blízkých.“*

Průběh sekundární prevence popsaly sestry podobným způsobem jako S1: *„Podle diagnózy, kterou stanoví lékař a podle jeho dalších poznámek, předávám pacientovi edukační materiály, které mám k dané diagnóze k dispozici. Poptám se pacienta, zda už o tom onemocnění má nějaké informace. Pokud ano, zeptám se jaké a snažím se mu ještě doplnit pár základních informací a hlavně vyvracím nesmysly, které „někde“ slyšel, nebo četl. Napíšu mu internetové stránky, které jsou ověřené a nechám ho, aby se sám ptal, na co ještě potřebuje. Dále předávám většinu pacientů do specializované ambulance, máme ambulanci diabetologie, revmatologie, endokrinologie, podiatrie, osteologie, angiologie a spoustu dalších, teď si je všechny nevybavím.“* Sestra S3 ještě uvedla, že pokud si to lékař přeje, zopakují se daná vyšetření. Také se sestry S6 a S7 shodly, že je nutné pacientovi vše lidsky vysvětlit a motivovat ho k dodržování předepsaného režimu.

Odpověď na otázku, jakou formou předává sestra pacientovi informace, se dá u všech dotazovaných sester shrnout do tří bodů. Ústně podávají pacientům nejdůležitější

informace, povídají si s nimi. Písemně dají pacientovi seznam ověřených internetových zdrojů či knih a dají jim k dispozici letáky a brožurky. Sestry S1 a S7 také uvedly, že vyvrací zažité mýty.

Sestry pracující na ambulanci se také shodly, že se na prevenci onemocnění nejčastěji podílí edukací a plněním ordinací lékaře a také motivací pacienta (S1- S7). Sestra z ordinace praktického lékaře k tomu říká: *„Hlídám preventivní prohlídky a zvu na ně pacienty. Provádím vyšetření, která jsou v mojí kompetenci, ostatní zařizuji podle ordinace lékaře. Starám se o pacienty, povídám si s nimi, dávám jim informace o jejich nemoci.“*

Podkategorie 6 Role sestry v prevenci civilizačních onemocnění

Jako nejdůležitější roli, kterou zastává sestra v prevenci onemocnění a na které se shodly všechny dotazované sestry, je edukační, nebo předávající informace. Také role vyšetřovací (provádějící vyšetření) a plnění ordinací lékaře je podle sester častá (S1, S3, S5, S6, S7, S8). Některé sestry zmínily i roli „hromosvodu“ či „fackovacího panáka“ (S1 a S7).

Podkategorie 7 Edukace pacientů v prevenci civilizačních onemocnění

Ve většině případů uvedly sestry, že pacienty edukují ústně, písemně a pomocí letáků (S1-S6 a S8). *„Tak, aby tomu rozuměli. Zdůrazňuji ta potřebné a důležité pro ně konkrétně (S7).“*

Podle sester pacientům nejvíce vyhovuje edukace formou letáků a brožurek (S1-S8), sestra S5 to shrnula takto: *„Pacienti mají nejradši letáky, je tam shrnuto jen to nejdůležitější, je to barevné a je to zadarmo.“* Na druhém místě se objevila osobní rozhovor s pacientem (S6 – S8). Také dvě ze sester uvádí, že pokud jde o mladší pacienty, tak ti nejradši využívají internetové zdroje (S1 a S3).

Sestry se 100% shodly, že pacienti na jimi zvolenou formu edukace, což jsou většinou letáky nebo brožury, reagují pozitivně.

4.2 *Pacienti*

Tabulka 2: Údaje o respondentech

Respondent	Věk	Vzdělání	Zaměstnání
P1- Pacient 1	64 let	SŠ	důchodce
P2- Pacient 2	72 let	SOU	důchodce
P3- Pacient 3	37 let	VOŠ	pracovník ve výrobě
P4- Pacient 4	57 let	SŠ	invalidní důchodce
P5- Pacient 5	48 let	VŠ- Bc.	učitelka
P6- Pacient 6	30 let	SŠ	sekretářka
P7- Pacient 7	48 let	SOU	prodavačka
P8- Pacient 8	52 let	SŠ	technik

Tabulka 2 ukazuje věkové zastoupení dotazovaných pacientů, které se pohybovalo v rozmezí 30 – 72 let. Dále zde zjistíme dosažené vzdělání pacientů, kdy převažuje středoškolské vzdělání u čtyř dotazovaných, dva pacienti udali odborné vyučení, jeden dotazovaný dosáhl vyššího odborného vzdělání a jeden vysokoškolského. Také zde zjistíme zaměstnání pacientů, které je velmi různorodé, i když převažují důchodci.

4.2.1 Kategorizace výsledků

Kategorie 1 Postavení sestry v prevenci civilizačních chorob z pohledu pacienta

V této kategorii bylo rozhovory s pacienty zjišťováno, s jakým onemocněním se na dané ambulanci či u praktického lékaře léčí, jak dlouho se s daným onemocněním léčí a kdy se u nich objevily první příznaky. Dále se zjišťovala znalost pacientů v oblasti civilizačních onemocnění a to otázkami směřovanými na jejich onemocnění, a zda si pacient myslí, že patří do civilizačních onemocnění a jaká další onemocnění tam podle nich patří. Také bylo dotazováno, kde pacienti sehnali první informace o jejich onemocnění, jak tyto informace vnímali, zda jim je sestra srozumitelně doplnila, zda jim byly také podány lékařem a jestli by potřebovali ještě další informace o onemocnění. Dále jsme zjišťovali pacientův názor na pomoc sestry, postavení sestry a na edukaci pacienta v prevenci civilizačních onemocnění. V této kategorii bylo stanoveno osm podkategorií a to: Onemocnění s nímž se pacient léčí na ambulanci či u praktického lékaře, Doba navštěvování ambulance či praktického lékaře s daným onemocněním a doba objevení prvních příznaků, Civilizační onemocnění z pohledu pacienta, První informace o onemocnění a reakce na ně, Informace o onemocnění, Další pomoc sestry pacientovi, Prevence civilizačních onemocnění z pohledu pacienta a Edukace pacientů v prevenci daného onemocnění.

Podkategorie 1 Onemocnění s nímž se pacient léčí na ambulanci či u praktického lékaře

Z odpovědí pacientů vyplývá, že se nejčastěji léčí s vysokým tlakem (P6-P8) a s cukrovkou (P1, P8). Mezi další uvedená onemocnění patří onemocnění žil dolních končetin (P2), vysoký cholesterol (P3), vnitřní protruze meziobratlové ploténky (P4), tenisový loket (P5) a pacient P8 udal mimo vysokého tlaku a cukrovky i tloušťku.

Podkategorie 2 Doba navštěvování ambulance či praktického lékaře s daným onemocněním a doba objevení prvních příznaků

Doba po kterou pacient navštěvuje ambulanci či praktického lékaře s daným onemocněním se pohybuje v rozmezí první návštěvy (P2, P3, P5) až po 15 let (P8). Pacient P1 navštěvuje lékaře se svým onemocněním 5 let, stejně tak P7, P4 již 11 let, P6 2 roky, P8 udal: „*S cukrovkou asi 4 roky, s vysokým tlakem a tloušťkou asi 15 let.*“

Objevení prvních příznaků většinou alespoň přibližně koresponduje s dobou léčení na ambulanci či u praktického lékaře, jako u pacienta P1, který udává první příznaky také na 5 let zpět jako dobu léčení. Další pacienti udali první příznaky na dva týdny před vyšetřením (P2, P3), 11 a půl roku (P4), 10 let před stanovením diagnózy (P5), necelé 3 roky (P6), 6 let (P7). Pacient P8 odpověděl, že první příznaky cukrovky se objevily asi před 4 lety, ale první příznaky vysokého tlaku si již neuvědomuje.

Podkategorie 3 Civilizační onemocnění z pohledu pacienta

Pacienti trpící vysokým tlakem a cukrovkou správně zařadili své onemocnění do skupiny civilizačních onemocnění (P1, P6- P8). Pacientka s vysokým cholesterolem dokonce uvedla: „*Vysoký cholesterol? Ten ne, ale co jsem našla na internetu, tak cholesterol může způsobit aterosklerózu a ta prý už je civilizační chorobou (P3).*“ Ostatní pacienti správně uvedli, že jejich onemocnění nepatří do civilizačních (P2, P4, P5).

Pacienti byli dotazováni na onemocnění, která podle nich spadají do skupiny civilizační onemocnění. Nejčastější odpovědí byla cukrovka (P1- P6, P8), obezita (P1, P3- P8), infarkt (P1- P3, P5, P7- P8), vysoký tlak (P3, P4, P6- P8) a nádory (P3, P4, P7, P8). Pacientka P3 uvedla: „*Co jsem četla, tak tam kromě aterosklerózy patří infarkt, mozková příhoda, nádory, obezita, anorexie, vysoký tlak, cukrovka a na víc si nevzpomenu.*“ Pacient P1 uvedl jako jediný nesprávnou odpověď a to žaludeční vředy.

Podkategorie 4 První informace o onemocnění a reakce na ně

Většina dotázaných uvedla, že první informace o svém onemocnění získala od lékaře (P1, P2, P3, P5, P7, P8). Mezi další uvedené zdroje patřil soused (P1), internet (P3) a rodina (P4, P6, P8). Pacient P8 uvedl také média. Pacient P4 řekl: „*Manželka dělá ve zdravotnictví, takže jsem měl informace hned.*“

Pacienti vnímali první podané informace většinou negativně (P1, P5, P6, P7, P8). Pacient P1 ještě dodal, že informací na něj bylo najednou moc. P2 uvedla: „*Lekla jsem se, aby mi nechtěli řezat nohu, ale to mě doktor uklidnil, že nehrozí.*“ Pacientka P3 zase uvedla: „*No já jsem to vnímala celkem klidně, protože lékař mi neřekl, jaký všechny důsledky to může mít.*“ „*Jako fakt, se kterým já toho moc asi nenadělám.*“ odpověděl P4.

Podkategorie 5 Informace o onemocnění

Všichni dotázaní pacienti se shodli, že jim sestra doplnila potřebné informace, srozumitelně jim zformulovala informace, kterým nerozuměli a pacienti P1, P3, P5 a P8 také uvedli, že jim ještě sestřička doporučila internetové zdroje nebo jim dala informační letáky.

Na otázku, zda jim potřebné informace o jejich onemocnění sdělil také lékař, odpověděli všichni pacienti kladně. Také shodně udali, že jim tyto informace podal hned při prvních potížích nebo při stanovení diagnózy.

Další informace k svému onemocnění by nepotřebovali pacienti P3- P8, pacient P1 uvedl: „*Potřeboval bych vědět, jak nemít cukrovku. Protože mám moc rád dorty a buchty.*“ Pacientka P2 zase: „*Ještě bych potřebovala vědět, co mám dělat, abych ty potíže neměla, ale to mi ještě určitě řeknou.*“ Pacient P7 ještě dodal: „*Myslím, že informací mám dost, sestřička mi dala nějaké letáky, kde jsou popsány i komplikace, když se nedodrží režim, takže mám i dostatečnou motivaci.*“

Podkategorie 6 Další pomoc sestry pacientovi

V této podkategorii byli pacienti dotazováni na to, jak jim ještě sestra pomáhá. Nejčastější odpovědí byla komunikace ohledně zajištění návštěvy ambulance nebo

vyšetření (P4, P5, P7), dále pacienti udávali, že si s nimi sestra povídá (P1, P5), překládá jim informace od lékaře (P3, P7) a zajišťuje recepty (P6, P7). Pacient P2 uvedl, že ho sestra uklidňuje a P8, že mu poradí a je ochotná.

Podkategorie 7 Prevence civilizačních onemocnění z pohledu pacienta

Dotazovaní pacienti uvedli, že podle toho, jak oni chápou postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění, je pro ně sestra velmi důležitá (P1- P5, P7). Je podle nich nezastupitelná (P8), víc lidská a povídává než lékař (P2), má víc trpělivosti (P8), podává srozumitelnější informace (P3), je nedocenená (P7). Pacientka P6 uvedla, že neví.

A podle toho si pacienti myslí, že je postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění velmi důležité (P4, P5, P7, P8), nedocenené (P1, P2, P7), také se objevil názor, že je sestra potřebná (P8) a málo uznávaná (P3). Pacientka P6 uvedla: *„To je dosti podobné jako ta předchozí otázka moc se o to nezajímám, hlavně že mi někdo pomůže.“*

Podkategorie 8 Edukace pacientů v prevenci daného onemocnění

Všichni pacienti se shodli, že byli sestrou edukováni. Srozumitelné to bylo pro pacienty P2- P5, P7 a P8. Pacienti P4- P6 také dostali různé letáčky, či brožury nebo odkazy na internet. Pacient P1 uvedl: *„Bylo toho hrozně moc najednou, ale dostal jsem ty letáky. A moje sestřička si o tom se mnou povídá při každé návštěvě, tak si pokaždé něco zapamatuji.“*

4.3 *Shrnutí výsledků*

V této podkapitole byly shrnuty nejdůležitější výsledky výzkumného šetření. Pro přehlednost byla vytvořena schémata vybraných výsledků.

4.3.1 *Schéματα výsledků rozhovorů se sestrami*

Schéma 1 kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

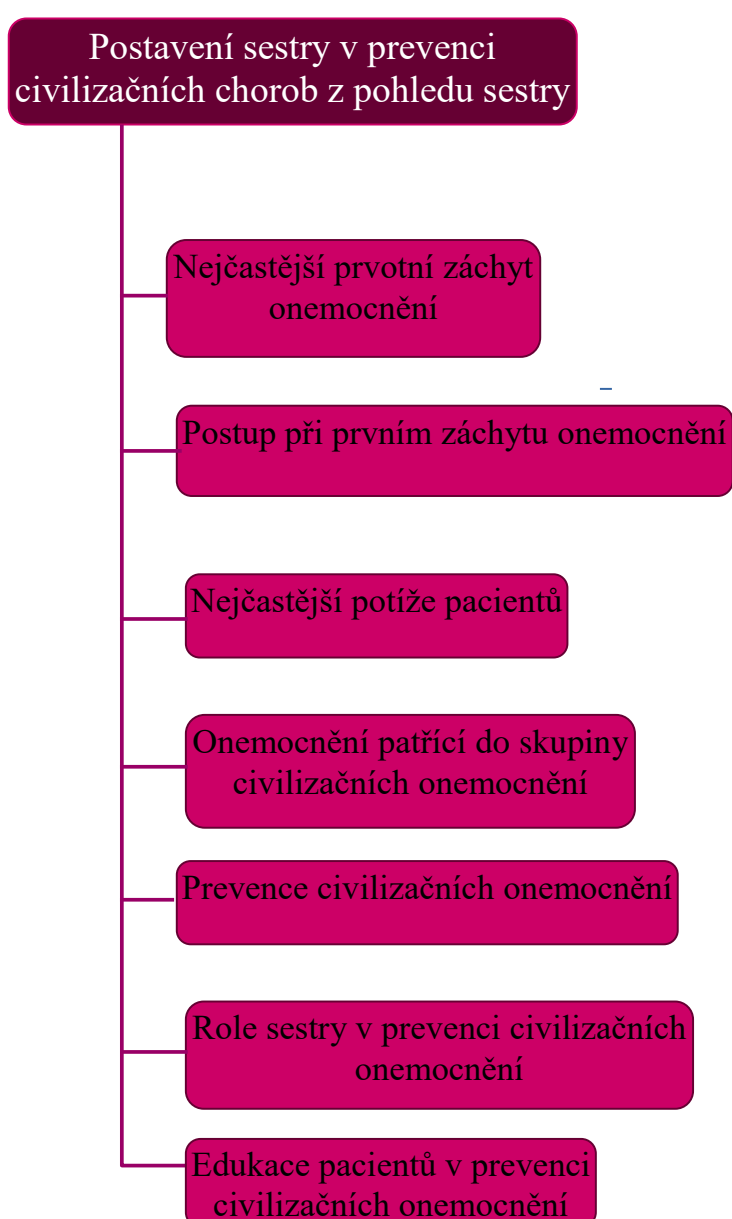


Schéma 2 Prevence civilizačních onemocnění

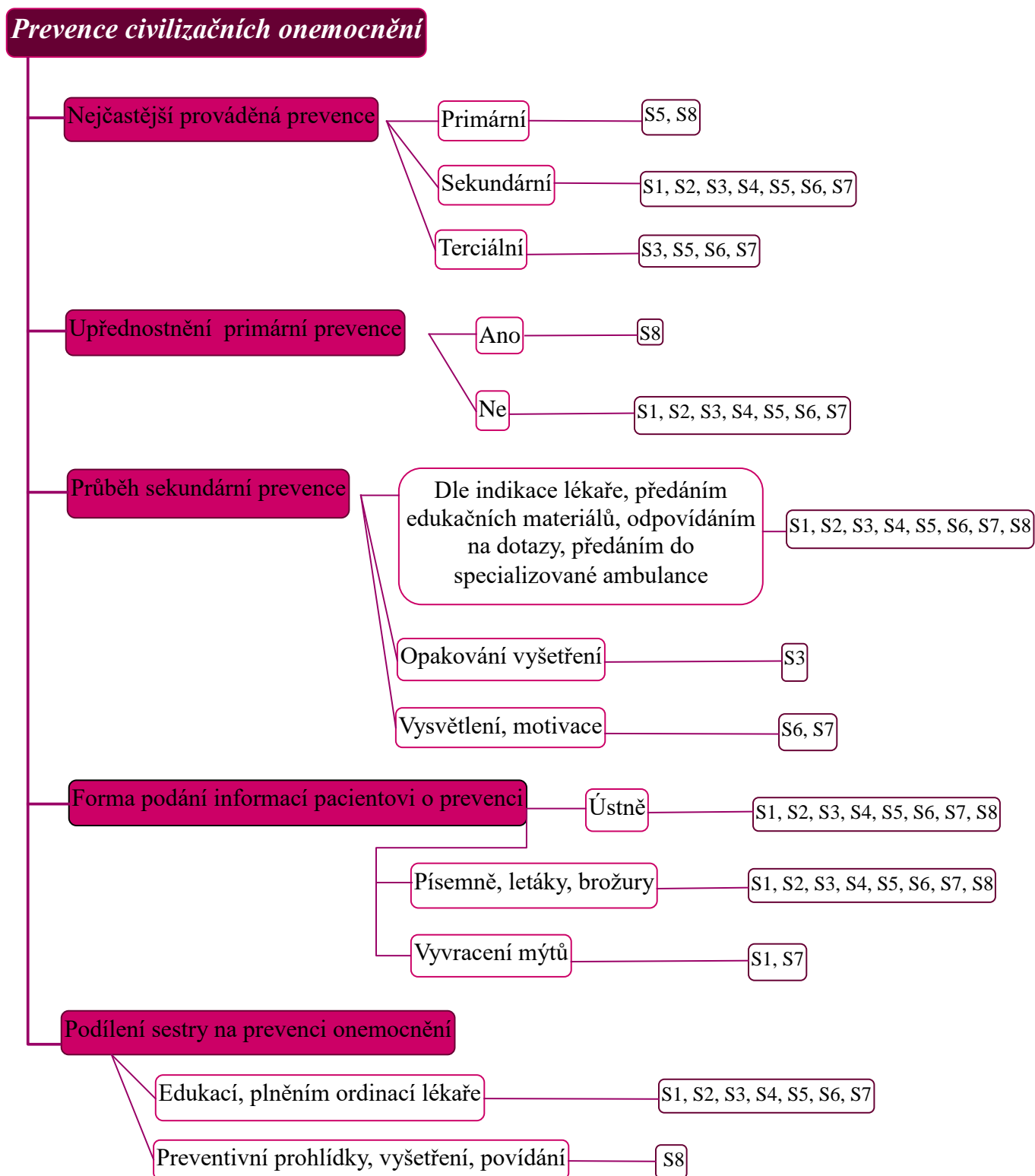


Schéma 3 Role sestry v prevenci civilizačních onemocnění

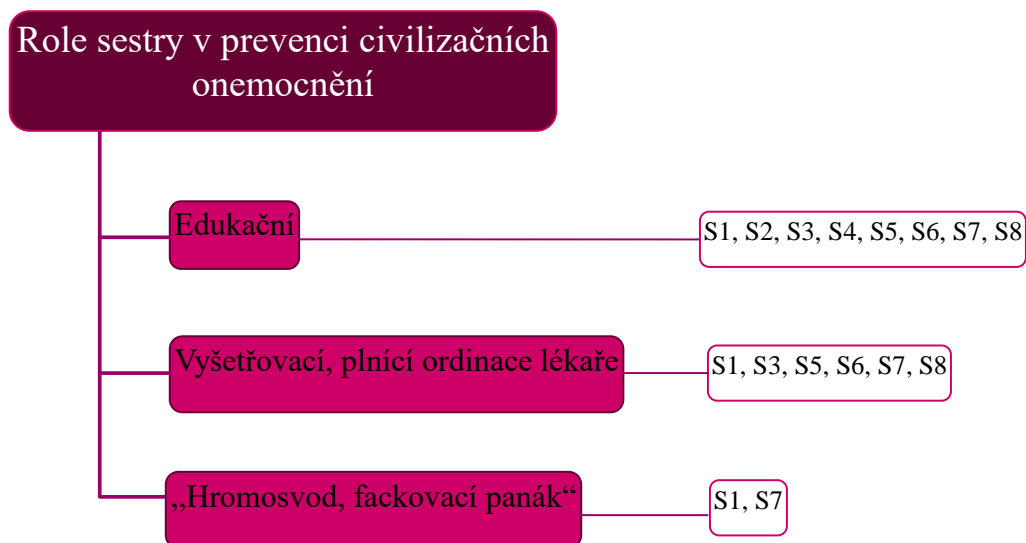
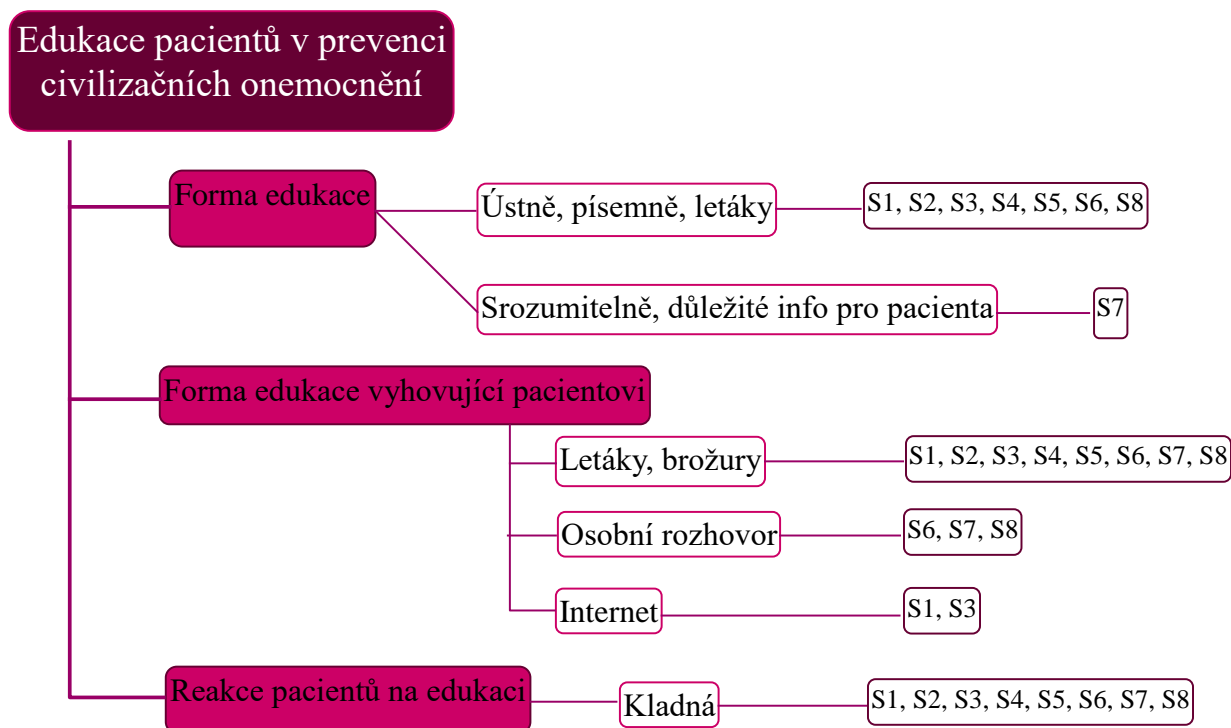


Schéma 4 Edukace pacientů v prevenci civilizačních onemocnění



4.3.2 Schémata výsledků rozhovorů s pacienty

Schéma 5 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

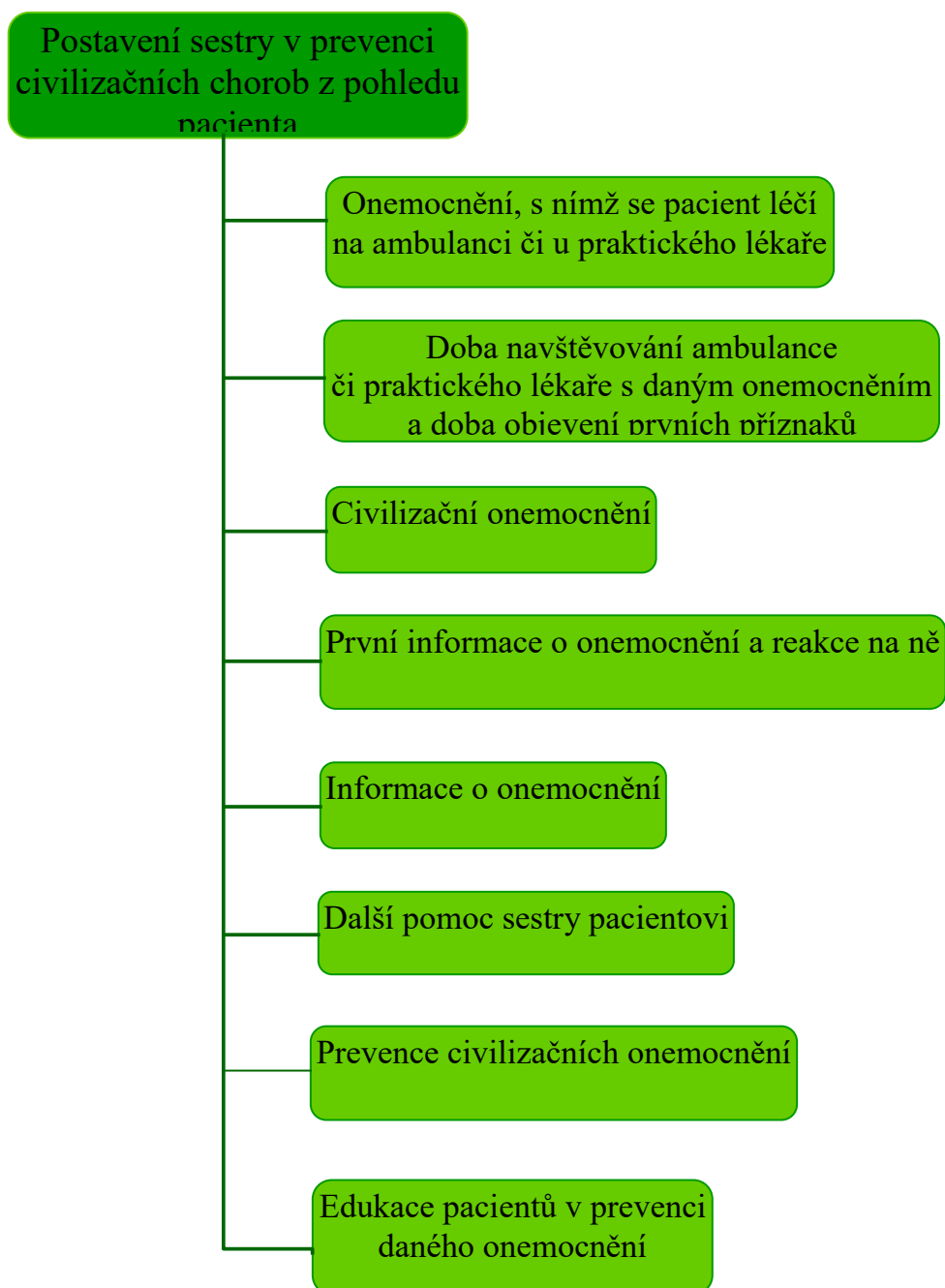


Schéma 6 Informace o onemocnění

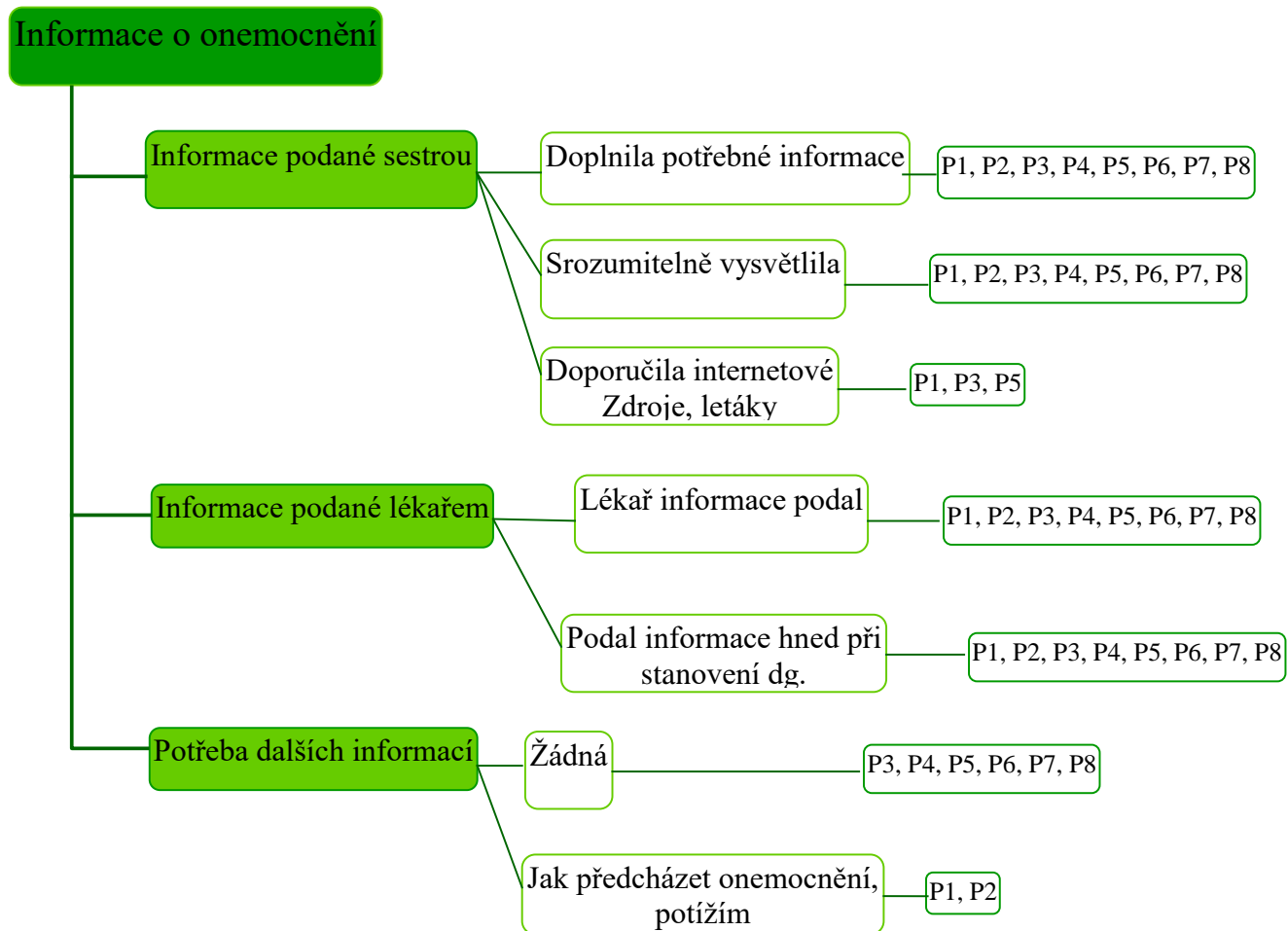


Schéma 7 Prevence civilizačních onemocnění z pohledu pacienta

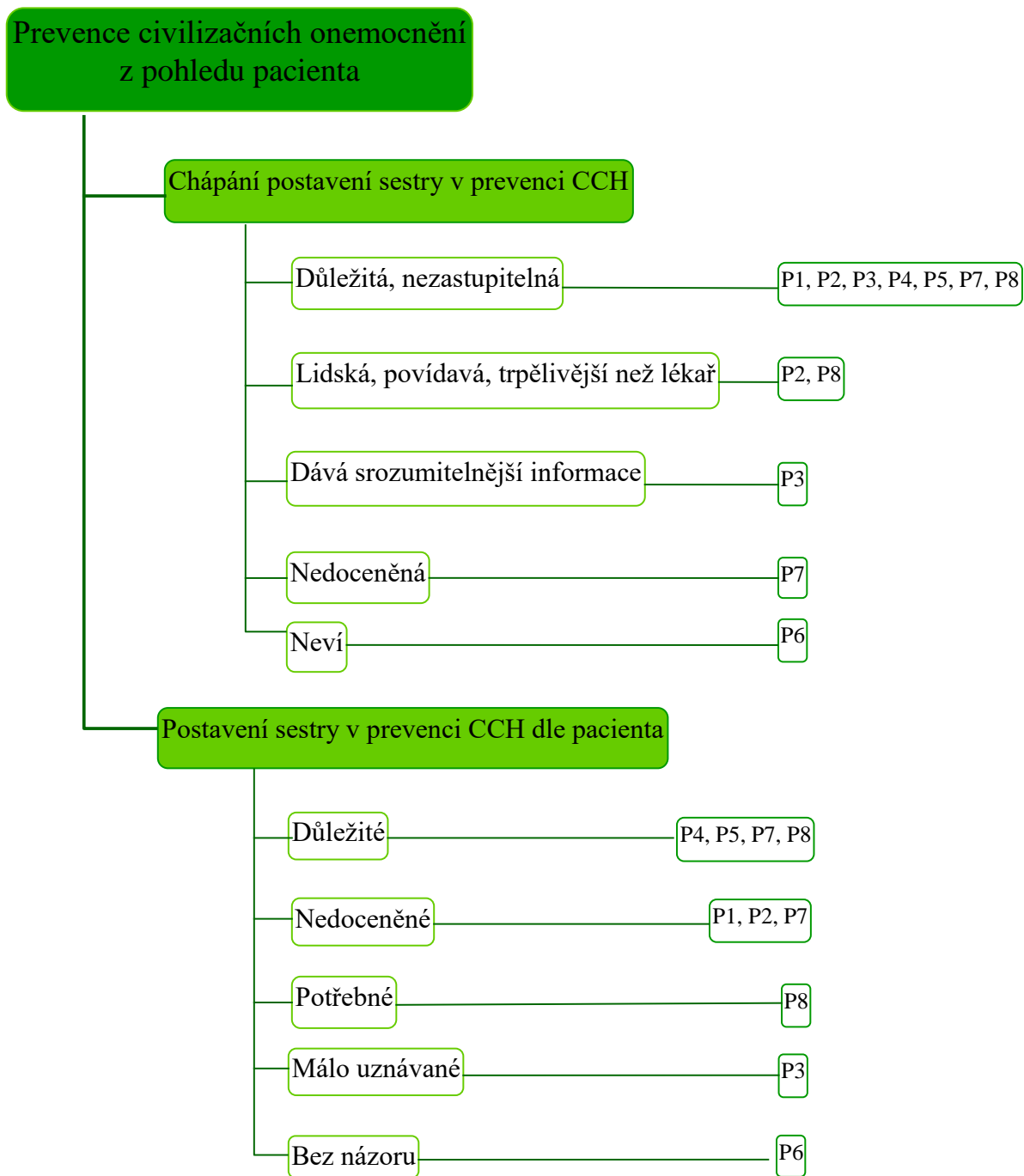
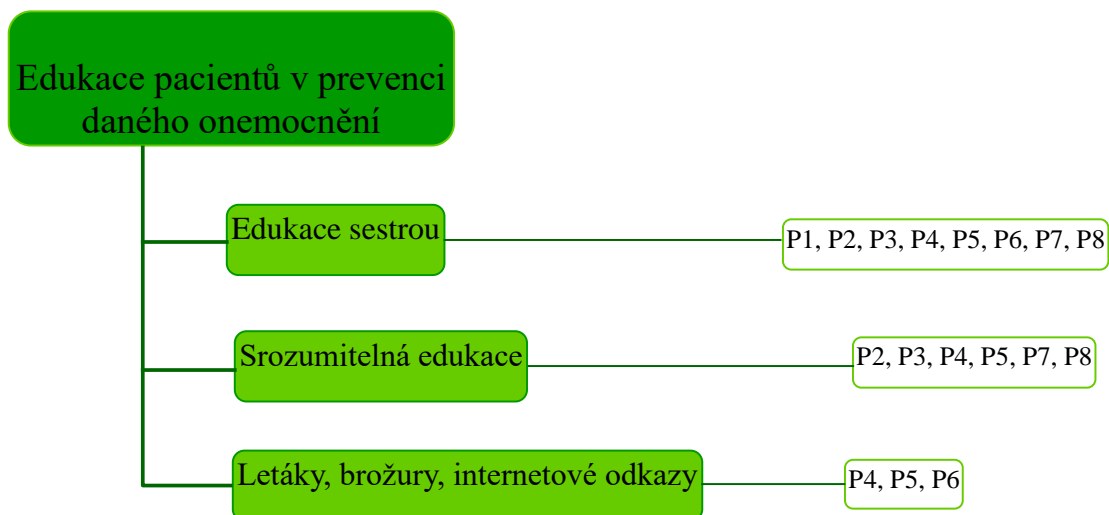


Schéma 8 Edukace pacientů v prevenci daného onemocnění



5. DISKUZE

Tato práce je zaměřena na postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění. Civilizační onemocnění jsou onemocnění, která souvisí s životním stylem člověka a se životním, pracovním i sociálním prostředím, v kterém se pohybuje (Lichnovský, 2015a). Mohou se tedy týkat každého z nás. Je tedy důležité se tímto tématem zabývat a dále je zajímavé zjišťovat pohled odborníků, tedy sester a laiků, pacientů.

Jednou z hlavních rolí všeobecné sestry je role edukátorky, kdy vzdělává pacienta a ovlivňuje jeho chování (Farkašová, 2005). Tato role je v oblasti prevence nejčastější. Je však otázkou jak tuto roli vnímá samotná sestra a jak jí vnímá pacient, který je edukaci vystaven. Je také důležité, jakou formou je pacient edukován a jaké informace mu sestra o prevenci sdělí. Jestli pacienta správně motivuje k dodržování preventivních opatření, k dodržování léčebného režimu, nastaveného lékařem. Proto jsme se v této práci, jejímž tématem je Postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění, zabývaly, jak názory sester, tak názory pacientů.

Výzkumná část této práce byla provedena pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti v našem šetření byli rozděleni do dvou skupin. První skupinu tvořily všeobecné sestry pracující na ambulancích nervového a interního oddělení českobudějovické nemocnice. Kdy z nervového oddělení byly dotazovány 3 sestry a z interního 4. Dále jsme do rozhovoru zapojily sestru z ordinace praktického lékaře pro dospělé. První část souboru tedy tvořilo 8 sester. Druhou část tvořilo také 8 respondentů. Tuto skupinu tvořili pacienti zmíněných ambulancí a ordinace.

Pro výzkumné šetření této práce jsme stanovily dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob. Druhým cílem bylo zjistit, jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob z pohledu pacientů.

K těmto cílům se vztahují 2 výzkumné otázky, na které jsme hledaly odpovědi ve výzkumné části práce. První výzkumná otázka byla zaměřená na pacienty a zněla: „*Jak pacienti chápou postavení sestry v prevenci civilizačních chorob?*“ K odpovědi na tuto

otázku se vážou otázky a odpovědi pacientů z podkategorie 7 Prevence civilizačních onemocnění z pohledu pacienta a 8 Edukace pacientů v prevenci daného onemocnění.

Ptali jsme se pacientů, jak oni chápou postavení sestry v prevenci civilizačních chorob. Dle jejich odpovědí vyšlo najevo, že si většina dotázaných pacientů (7 z 8) myslí, že sestra je v prevenci velmi důležitá a její postavení je nezastupitelné. Fait ve své publikaci (2008) uvádí, že sestra se v problematice prevence a zdravotní výchově pacientů zapojuje jako neocenitelný partner lékaře. P8 k tomu řekl: „*Nezastupitelně, lékaři nemají většinou tolik trpělivosti.*“ Z vlastní zkušenosti bych se s tímto tvrzením ztotožnila, ale u každého lékaře je to jinak. Jsou lékaři, kteří jsou více zaneprázdnění a potom si s pacientyovídají více sestry, pacienti se jí nebojí zeptat na věci, na které by se lékaře zeptat styděli, nebo ho tím nechtějí obtěžovat. Ale stejně jako na lékaři záleží stejně i na sestře. Když je sestra milá, slušná, mají k ní pacienti mnohem více důvěry.

Na otázku: „*Jaké si myslíte, že je postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění?*“ odpověděla opět většina pacientů, že si myslí, že je důležité, nedocenené a málo uznávané (P1- P7). To koresponduje s odpověďmi na předcházející otázku. Pacienti příliš nerozlišují mezi tím, jak chápou oni postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění a mezi tím, jaké si myslí, že skutečně je. Já si myslím, že je to způsobeno neinformovaností lidí o této problematice. O tom, jaké má sestra postavení v prevenci, se moc nemluví, jak uvedla P6: „*To je dosti podobné jako ta předchozí otázka moc se o to nezajímám, hlavně že mi někdo pomůže.*“ Pro přehlednost bylo k těmto otázkám vytvořeno schéma 7.

Posledním článkem týkajícím se této výzkumné otázky je otázka směřující opět k pacientům: „*Edukovala Vás všeobecná sestra ohledně Vašeho onemocnění? Byla Vám její forma jasná a srozumitelná?*“ Juřeníková (2010) píše, cílem edukace je předcházet poškození zdraví, udržovat zdraví, navracet zdraví a zkvalitnit život nevyléčitelně nemocným. Odpovědi na tuto otázku měly ukázat jestli pacienti chápou nutnost edukace v prevenci a důležitou roli sestry v ní. Všichni dotázaní pacienti se shodli, že je sestra edukovala a pro většinu to bylo srozumitelné (P2- P5, P7, P8). Schéma 8 uvádí přehledné odpovědi.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřená na všeobecné sestry a zněla: „*Jak sestry vidí své postavení v prevenci civilizačních chorob?*“ K této otázce se vztahují odpovědi na otázky z podkategorií 5, 6 a 7.

Sestry byly dotazovány otázkami týkajícími se prevence. Hrubá (2001) uvádí, že primární prevence se zabývá zdravými lidmi, jejím cílem je předejít zdravotním problémům. Nejde jen o předcházení vzniku chorob, ale také o pozitivní zlepšování zdravotního stavu, což vede ke zvyšování kvality života. Přesto tuto formu prevence provádí častěji pouze sestra v ordinaci praktického lékaře. Ostatní sestry S1- S7 uvedly, že se nejčastěji zabývají prevencí sekundární, eventuálně terciální. Jak uvádí Hrubá (2001), sekundární prevence se zaměřuje na včasné zjištění již existujícího onemocnění a má zabránit rozvoji nemoci a určit diagnózu včas, tedy tehdy, kdy je onemocnění ještě léčitelné. Dle Šejdy a kol. (2005) terciální prevence snižuje počet a důsledky komplikací dlouhodobých nemocí a snaží se snižovat utrpení a zvyšovat naději na prodloužení života. Průběh sekundární prevence popsaly sestry tak, že plní indikace lékaře, předávají edukační materiály, odpovídají na dotazy, předávají pacienty dále do specializovaných ambulancí. Také se snaží pacientovi vše vysvětlit a motivovat ho k dodržování léčebného režimu. V rámci této prevence také pacientům předávají informace a to buď formou letáků, brožurek, povídají si s nimi, či jim sepisují internetové zdroje. A podílí se na dané prevenci edukací, motivací a plněním ordinací lékaře. Otázky týkající se prevence jsou přehledně popsány ve schématu 2. Závodová (2002) na toto téma píše, sekundární prevence plynule navazuje na primární a doplňuje a upřesňuje znalosti pacienta o jeho onemocnění. Základem pro úspěch tohoto vzdělávání pacientů je jejich vztah se sestrou. Největší význam má přímý, osobní a individuální kontakt sestry s pacientem, kdy se sestra zaměřuje přímo na konkrétní onemocnění daného pacienta a informace mu podává pro něho přijatelným a pochopitelným způsobem. Toto je možné díky častějšímu kontaktu sestry s pacientem a znalostí jeho osobnosti.

Pokud jde o role, které sestra zastává v prevenci, je nejčastější edukátorka, na které se shodly všechny sestry. Mezi další zmíněné role patří vyšetřovatelka či role plnící ordinace lékaře. Role, které sestry udaly, že zastávají jsou zpracované ve schématu 3.

Všechny tyto role zastává sestra najednou, což se shoduje s tvrzením Farkašové (2005), s rozvojem ošetrovatelství se měnila i role sestry. Sestra vykonává velké množství, stejně důležitých rolí. Kvalitní sestra by měla být všestranná a měla by se držet etických norem. Nezasťává jen jednu roli, ale hned několik najednou.

Edukace z pohledu sester probíhá nejčastěji formou ústního pohovoru, formou letáků a brožurek (7 z 8 sester). Jedna ze sester uvedla: „Tak aby tomu rozuměli. Zdůrazňuji ta potřebné a důležité pro ně konkrétně (S7)“. Na druhém místě uvedly sestry osobní pohovor s pacientem a dvě sestry udaly také předávání internetových zdrojů. Podle všech dotazovaných sester vyhovují pacientům nejvíce letáky a brožury, na které mají sestry také nejlepší odezvu. Tyto odpovědi byly přehledně zpracovány ve schématu 4. Šulistová, Trešlová (2012) uvádějí, že edukace je proces kdy se pacient učí novým poznatkům a sestra v roli edukátorky mu toto umožňuje a zprostředkuje. Vychází z potřeb pacienta záleží na něm zda tyto informace přijme a bude je využívat. Pacient by tyto poznatky ale také dovednosti měl pochopit a umět je využít v praxi, tedy ve svém životě.

Když porovnáme odpovědi obou skupin respondentů, vychází nám, že podle námi zjištěných odpovědí, vidí sestry a pacienti postavení sester jinak. Sestry se v prevenci nemocí spíše vidí vedle lékaře, kdy plní jeho ordinace a pokyny. S pacienty mluví jen, aby mu zdůraznily, co jim sdělil lékař a zopakovaly mu nejdůležitější body. Dávají jim k dispozici letáky, brožury nebo internetové zdroje. Naopak většina pacientů vidí sestru jako důležitější zdroj informací než je lékař. Pacienti mají pocit, že lékař na ně nemá tolik času ani ho nechtějí svými dotazy zdržovat či obtěžovat. Raději se obrátí na sestru, kterou vidí jako svého rádce a někoho komu se mohou svěřit, aniž by ho obtěžovali.

Sestry měly na rozhovor velmi málo času a během jejich odpovědí mi přišlo, že spíše odříkávají naučené standardy, než že by popisovaly skutečný stav věcí. Ačkoliv to samozřejmě neplatí vždy. U pacientů jsem naopak zjistila, že mají lepší pocit z rozhovoru s lékařem, ale jeho vysvětlení pořádně nerozuměli. Proto byly rádi, že jim sestra vysvětlí co lékař přesně měl na mysli, co je z toho pro ně konkrétně nejdůležitější, zopakuje jim při opakovaných návštěvách nejdůležitější body a dá jim letáky.

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění. Stanoveny byly dva cíle. První cíl byl zjistit, jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob. Druhý cíl byl zjistit, jaké je postavení sester v prevenci civilizačních chorob z pohledu pacientů. Pro stanovení těchto cílů byl zvolen kvalitativní postup sběru dat. Byly provedeny polostrukturované rozhovory s pacienty a sestrami. Z každé skupiny bylo dotazováno osm respondentů. Pro každou skupinu byla stanovena jedna kategorie otázek a v případě pacientů osm a v případě sester sedm podkategorií.

Výzkumným šetřením, které bylo provedeno k objasnění daných cílů, bylo zjištěno, že pacienti i sestry mají rozdílný názor na postavení sester v prevenci. Sestry mají pocit, že jsou více partnerem lékaře, ovšem otázkou zůstává, nakolik byly jejich odpovědi pravdivé a přesné. Pacienti v těchto případech vnímali sestru více jako někoho, kdo jim dá potřebné informace o prevenci a jejich onemocnění než lékaře.

V této práci byly splněny oba stanovené cíle. Pomocí výzkumného šetření bylo možné si odpovědět na obě výzkumné otázky, které byly stanoveny pro účel této práce. Všichni respondenti byli poučeni o anonymitě prováděného výzkumu.

Výsledky by mohly posloužit, jako motivace pro sestry, aby se ještě více zajímaly o své pacienty, věnovaly větší pozornost jejich potřebám, vyhradily si více času na rozhovor s nimi a lepší edukaci, neboť pacienti je vnímají jako nepostradatelné v oblasti prevence a to nejen civilizačních onemocnění. Také by bylo dobré, aby si pacienti i sestry uvědomili naprostou nutnost včasné prevence a edukace o ní, aby bylo možné co nejlépe civilizačním chorobám ale i dalším nemocem účinně předcházet a lépe a včas zahájit potřebnou léčbu. Toto bych shrnula v doporučeních pro sestry a pacienty. Pro sestry by se vztahovala k tomu aby si vyšetřily více času na pacienta a jeho správnou a řádnou edukaci. Pacientská doporučení by se vztahovala k upozornění na nezbytnost dodržovat lékařská doporučení a zásady prevence.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADÁMKOVÁ, V., 2010, Civilizační choroby- žijeme spolu, Praha: Triton, 1. vydání, s. 117, ISBN 978-80-7387-413-1

ANDĚL, M., a kol., 2001, Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu, Praha: Galén, 1. vydání, s. 210, ISBN 80-7262-047-9

Anon, 2015a, Cévní mozková příhoda- iktus, IKTA.CZ, [online]. [cit 2015-9-30]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/index.php?pg=home--cevni-mozkova-prihoda-iktus>

Anon, 2015b, Anorexie, Vitalon, [online]. [cit 2015-10-22]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/anorexie/>

Anon, 2015c, Mentální bulimie, ACADEMY spektrum zdraví, [online]. [cit 2015-10-22]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/academy/mentalni-bulimie>

ARNDT, T., 17.2.2010, Bulimie, In: Celostnimedicina.cz- informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny, [online]. [cit. 2015-10-06]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/bulimie.htm>

BĚLOBRÁDKOVÁ, J., BRÁZDOVÁ, L., 2006, Diabetes mellitus, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 1. vydání, s 161, ISBN 80-7013-446-1

BUSTA, F., 2001, Primární a sekundární prevence kardiovaskulárních chorob v ordinaci praktického lékaře pro dospělé, In: Lékařské listy, č. 50, [online]. [cit. 2016-01-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/primarni-a-sekundarni-prevence-kardiovaskularnich-chorob-v-ordin-141198>

ČEŠKA, R., a kol., 2005, Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií, Praha: Triton, 1. vydání, s. 343, ISBN 80-7254-738-0

FAIT, T., VRABLÍK, M., ČEŠKA, R., a kol., 2008, Preventivní medicína, Praha: Maxdorf, 1. vydání, s. 551, ISBN 978-80-7345-160-8

FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2005, Ošetrovatel'stvo-téorie, Martin, SK: Osveta, 1. vydání, s.215, ISBN 80-8063-182-4

FORETOVÁ, L., a kol., 2005a, Prevence nádorových onemocnění pro muže po čtyřicítce, Brno: Masarykův onkologický ústav, 2. vydání, s. 40, ISBN 80-238-6228-6

FORETOVÁ, L., a kol., 2005b, Prevence nádorových onemocnění pro ženy po čtyřicítce, Brno: Masarykův onkologický ústav, 3. vydání, s. 40, ISBN 80-238-6227-8

GOLDEMUND, D., REIF, M., 2015, Co je mozková příhoda, Cerebrovaskulární ambulance, [online]. [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: <http://www.cmp-brno.cz/Co-je-mozkova-prihoda-mrtvice.html>

HAINER, V., a kol., 2004, Základy klinické obezitologie, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 356, ISBN 80-247-0233-9

HAINER, V., KUNEŠOVÁ, M., a kol., 1997, Obezita, Praha: Galén, 1. vydání, s. 126, ISBN 80-85824-67-1

HANZLÍKOVÁ, A., a kol., 2007, Komunitní ošetrovatel'ství, Martin, SK: Osveta, 1. české vydání, s. 272, ISBN 978-80-8063-257-1

HANZLOVSKÝ, M., 4.4.2014, Mentální bulimie a její následky, In: Celostnimediceina.cz- informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny, [online]. [cit. 2015-10-06]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/mentalni-bulimie-a-jeji-nasledky.htm>

HILGERS, A., HOFMANNOVÁ, I., 1996, Chronický únavový syndrom, Praha: Ivo Železný, 1. vydání, s. 172, ISBN 80-237-2970-5

HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P., PRUDIL, L., 2005, Systém péče o zdraví a zdravotnictví- východiska, základní pojmy a perspektivy, Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 1. vydání, s.186, ISBN 80-7013-417-8

HOLMANNOVÁ, D., 2013, Hypertenze, In: Symptomy, [online]. [cit. 2016-01-09]. ISSN 2336-6540, Dostupné z: <http://www.symptomy.cz/nemoc/hypertenze>

- HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H., 2001, Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění, Brno: Masarykův onkologický ústav, 1. vydání, s.77, ISBN 80-238-7618-X
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010, Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 80, ISBN 978-80-247-2171-2
- KLENER, P., a kol., 2001, Vnitřní lékařství II, Praha: Informatorium, 1. vydání, s. 225, ISBN 80-86073-76-9
- KLINGEROVÁ, S., 2011, Ateroskleróza, In: uLékaře.cz, [online]. [cit. 2016-01-08]. Dostupné z:<http://www.ulekare.cz/clanek/ateroskleroz-a-14657>
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2005, Prevence nádorových onemocnění pro ženy po čtyřicítce, Brno: Masarykův onkologický ústav, 3. vydání, s.40, ISBN 80-238-6227-8
- KOMÁREK L., DRBAL, J., KERNOVÁ, V., a kol., 2000, Prevence nádorových onemocnění v primární péči, Praha: Státní zdravotní ústav, 3. rozšířené a upravené vydání, s. 39, ISBN 80-7071-155-8
- KOUKAL, M., 17.4.2010, Civilizační nemoci od A do Ž, In: 21. století, [online]. [cit. 2015-11-06]. Dostupné z: <http://21století.cz/2010/04/17/civilizacni-nemoci-od-a-do-z/>
- KRCH, F., D., 2008, Bulimie, jak bojovat s přejídáním, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 200, ISBN 978-80-247-2130-9
- KRCH, F., D., a kol., 2005, Poruchy příjmu potravy, Praha: Grada Publishing, 2. vydání, s. 256, ISBN 80-247-0840-X
- LICHNOVSKÝ, J., 2015a, Civilizační choroby, [online], Ostrava, [cit. 6.února 2015]. Dostupné z: <http://www.lich.cz/uvod/>
- LICHNOVSKÝ, J., 2015b, Kardiovaskulární choroby, In: Civilizační choroby, [online]. [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.lich.cz/cevy/>
- LINDNER, J., 2016, ICHS, In: Kardiochirurgie.cz, , [online]. [cit. 2016-01-09]. ISSN 1803-8212, Dostupné z:<http://www.kardiochirurgie.cz/ichs>

- MAREK, J., a kol., 2003, Chronická únava II, Praha: Triton, 1. vydání, s. 122, ISBN 80-7254-318-0
- RYBKA, J., a kol., 2006, Diabetologie pro sestry, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 288, ISBN 80-247-1612-7
- RYCHTEROVÁ, V., 12.9.2011, Předějte civilizačním onemocněním, dokud je čas, [online], [cit. 6.února 2015]. Dostupné z: <http://www.medispot.cz/civilizacni-choroby-1/predejete-civilizacnim-onemocnenim-dokud-je-cas.html>
- SOVOVÁ, E., LUKL, J., 2005, 100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 120, ISBN 80-247-1166-4
- SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., 2004, Kardiologie pro obor ošetrovatelství, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 156+ 8 str. barevné přílohy, ISBN 80-247-1009-9
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006, Interní ošetrovatelství I, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 280, ISBN 80-247-1148-6
- ŠEJDA, J., ŠMERHOVSKÝ, Z., GÖPFERTO VÁ, D., 2005, Výkladový slovník epidemiologické terminologie, Praha: Grada Publishing, 1. vydání, s. 120, ISBN 80-247-1068-4
- ŠÍMA, P., 5.10.2009, Civilizační nemoci aneb Nemoci západního životního stylu, In: Lékařské listy, č. 16, [online]. [cit. 2015-11-06]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/civilizacni-nemoci-aneb-nemoci-zapadniho-zivotniho-stylu-447075>
- ŠTEJFA, M. a kol., 2007, Kardiologie 3, Praha: Grada Publishing, 3. přepracované vydání, s. 760, ISBN 978-80-247-1385-4
- ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012, Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky, Č. Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 1. vydání, s.192, ISBN 978-80-7394-246-5

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

ZAVÁZAKOVÁ, H. A kol., 2002, Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, Praha: Karolinum, 2. vydání, s. 154, ISBN 80-246-0467-1

ZÁVODOVÁ, V., 2002, Pedagogika v ošetrovatel'stve, Martin, SK: Osveta, 2. přepracované a doplněné vydání, s.118, ISBN 80-8063-193-X

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Souhlas s provedením výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s.

Příloha 2 Souhlas s provedením výzkumného šetření v ordinaci MUDr. Macha

Příloha 3 Otázky k rozhovorům pro všeobecné sestry

Příloha 4 Otázky k rozhovorům pro pacienty

Příloha 5 Doporučení pro sestry

Příloha 6 Doporučení pro pacienty

Příloha 7 Přepisy rozhovorů s jednotlivými respondenty na CD

Příloha 1 Souhlas s provedením výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s.

Nemocnice České Budějovice a.s.
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Kyselová Monika, MBA

Pavlová Martina
K. Chocholy 24,
České Budějovice, 37005

Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s. zaměřeného na postavení sester v prevenci civilizačních onemocnění


Vážená paní magistro, jsem studentkou 3. ročníku JCU- ZSF kombinované formy oboru všeobecná sestra a zároveň zaměstnankyní této nemocnice. Pracuji na 2. oddělení následné péče stanice A jako zdravotní sestra. Obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s.

jako podkladu pro mou bakalářskou práci s názvem „Postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění“. Výzkumné šetření by probíhalo formou rozhovorů na interní a neurologické ambulanci a to v období 1.- 31.3. 2016.

Za kladné vyřízení děkuji

S pozdravem

Martina Pavlová

.....


V Českých Budějovicích dne •.....

SOUHLASÍM


Mgr. Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 2 Souhlas s provedením výzkumného šetření v ordinaci MUDr. Macha

MUDr. Ota Mach
Zdravotní středisko Dubné
Dubné 34

Pavlová Martina
K. Chocholy 24
České Budějovice, 37005

Zádost o svolení k provedení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře pro dospělé zaměřeného na postavení sester v prevenci civilizačních onemocnění

Vážený pane doktore, jsem studentkou 3. ročníku JCU- ZSF kombinované formy oboru všeobecná sestra a zároveň zaměstnankyní Nemocnice České Budějovice a.s. Pracuji na 2. oddělení následné péče stanice A jako zdravotní sestra. Obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření ve Vaší ordinaci jako podkladu pro mou bakalářskou práci s názvem „Postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění“. Výzkumné šetření by probíhalo formou rozhovorů s pacienty a sestrou, a to v období
1.- 31.3. 2016.

Za kladné vyřízení děkuji

S pozdravem

Martina Pavlová

.....



V Dubném dne :

1. 3. 2016

Příloha 3 Otázky k rozhovorům pro všeobecné sestry

1. Kolik je Vám let?
 2. Na jakém oddělení pracujete?
 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 4. Jaká je Vaše celková praxe ve zdravotnictví?
 5. Jak dlouho pracujete na ambulanci (u praktického lékaře)?
 6. Jaká onemocnění zde zachytíte nejčastěji jako první?
 7. S jakými příznaky pacienti přicházejí nejčastěji?
 8. Jaká onemocnění podle Vás spadají do skupiny civilizačních onemocnění?
 9. Jaký je postup při prvním záchytu onemocnění ze sesterského pohledu?
 10. Jakou prevencí se nejčastěji zabýváte (primární, sekundární, terciální)?
 11. Upřednostňujete, ve Vaší ambulanci, primární prevenci?
 12. Jak, z Vašeho pohledu, probíhá sekundární prevence?
 13. Jakou roli v prevenci civilizačních onemocnění hrajete Vy?
 14. Jakou formou podáváte pacientovi informace o preventivních opatřeních jeho onemocnění?
 15. Jak se podílíte na prevenci onemocnění?
 16. Jak edukujete pacienty (ev. rizikové pacienty) o prevenci civilizačních onemocnění?
 17. Jaká forma edukace, podle Vás, nejvíce vyhovuje pacientovi, a jaká je její efektivita?
 18. Jak pacienti reagují na Vámi zvolenou formu edukace?
- Zdroj: Vlastní

Příloha 4 Otázky k rozhovorům pro pacienty

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké je Vaše zaměstnání?
4. S jakým onemocněním se léčíte?
5. Jak dlouho navštěvujete ambulanci (praktického lékaře) s tímto onemocněním?
6. Kdy se u Vás objevily první potíže?
7. Spadá, podle Vás, toto onemocnění do skupiny tzv. civilizačních onemocnění?
8. Jaká onemocnění, podle Vás do této skupiny patří?
9. Kde jste sehnal první informace o těchto potížích a onemocnění?
10. Jak jste tyto informace, které jste získal, vnímal?
11. Doplnila Vám všeobecná sestra znalosti o onemocnění a jeho prevenci? Podala Vám je tak, abyste jim lépe porozuměl?
12. Byly Vám tyto informace a další potřebné poznatky vysvětleny také lékařem?
Jak, kdy?
13. Potřeboval byste ještě další informace, které Vám nebyly podány? Jaké?
14. Jak Vám ještě pomáhá všeobecná sestra?
15. Jak chápete postavení sestry v prevenci civilizačních chorob.
16. A jaké si myslíte, že je postavení sestry v prevenci civilizačních onemocnění?
17. Edukovala Vás všeobecná sestra ohledně Vašeho onemocnění? Byla Vám její forma jasná a srozumitelná?

Zdroj: Vlastní

Příloha 5 Doporučení pro sestry

DOPORUČENÍ PRO SESTRY V PREVENCI CIVILIZAČNÍCH CHOROB

Cílem edukace je předcházet poškození zdraví, udržovat zdraví, navracet zdraví a zkvalitnit život nevyléčitelně nemocným.

K primární prevenci chorob se vztahuje primární edukace, kdy jsou cílem zdraví jedinci, a jejím cílem je prevence vzniku zdravotních problémů a zlepšovat zdraví populace.

Jedná se o proces, kdy se pacient učí novým poznatkům a sestra v roli edukátorky mu toto umožňuje a zprostředkuje. Vychází z potřeb pacienta a záleží na něm pak, zda tyto informace přijme a bude je využívat. Pacient by tyto poznatky ale také dovednosti měl pochopit a umět je využít v praxi, tedy ve svém životě.

1. nejdůležitější součástí edukace je vyhrazení si dostatečného času pro rozhovor s pacientem

2. edukace začíná sběrem dat o pacientovi

3. sestra si musí jasně stanovit co by měl pacient po jejím edukování znát a ovládat

4. sestra by si měla stanovit formu edukace, která bude nejlépe vyhovovat danému pacientovi

5. edukace by měla probíhat v klidu a na alespoň trochu příjemném místě

6. vždy by si sestra měla zkontrolovat, zda pacient jejím informacím rozumě

7. měla by si vždy ověřit jestli nemá nějaké dotazy a ty případně zodpovědět

Zdroj: Vlastní

Příloha 6 Doporučení pro pacienty

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY V PREVENCI CIVILIZAČNÍCH CHOROB

Prevence je komplexní péče o pacienta, kdy se snažíme zabránit vzniku či rozvoji onemocnění, nebo zabránit či zmírnit jeho následky.

Civilizační choroby jsou skupiny nemocí, které se vyznačují svým spojením s naším životním stylem.

Náš organismus je stále více ohrožován nepříznivými vlivy vnějšího prostředí, jako je kvalita ovzduší, pracovní i životní prostředí, nedostatek pohybu, nesprávné stravování, kouření či alkohol.

Proto je nezbytné dodržovat pár základních rad, jak se těmto nemocem vyvarovat, nebo je alespoň zachytit včas a úspěšně léčit.

- 1. dodržovat pravidelné preventivní prohlídky u lékaře**
- 2. vyvarovat se rizikovým faktorům: kouření, drogy, alkohol, nedostatek pohybu, kaloricky vydatná strava, stres**
- 3. nepodceňovat příznaky: únava, nechtěný úbytek na váze, nadměrné pití a močení, bolest za hrudní kostí, zvracení, i několik minut trvající neobratnost, porucha řeči, porušené vidění, bolest hlavy, poruchy vědomí, obezita, déle trvající průjem či zácpa**
- 4. dodržovat doporučení lékaře**
- 5. dodržovat nařízený léčebný režim**
- 6. nezatajovat před lékařem a sestrou žádné příznaky či potížemi**

Zdroj: Vlastní