



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Role sestry v edukaci pacienta s trombofilní mutací

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Denisa Kohoutová

Školitel: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem Role sestry v edukaci u pacienta s trombofilní mutací jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování

Touto formou bych chtěla poděkovat zejména Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za ochotu, pomoc a množství času, které mé práci věnovala. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Pavlu Timrovi a Mgr. Jiřímu Kaasovi za cenné rady a jejich čas.

Role sestry v edukaci u pacienta s trombofilní mutací

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice edukace pacientů s trombofilní mutací. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s edukací sester v souvislosti s trombofilní mutací, a zmapovat edukaci pacientů s trombofilní mutací na pediatrických a gynekologických ambulancích. Pro uskutečnění cílů byly stanovené dvě následující výzkumné otázky. K naplnění cíle vedou dvě otázky: Jak na pediatrických a gynekologických ambulancích probíhá edukace pacientů s trombofilní mutací? Jaké otázky nejčastěji kladou pacienti s trombofilní mutací v rámci edukace?

K realizaci výzkumného šetření bylo zvoleno kvalitativní šetření, konkrétně metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořilo 6 probandů s diagnostikovanou trombofilní mutací. Jednalo se o dívky ve věku 20-29 let. Dalších 6 probandů tvořily všeobecné sestry, pracující na gynekologickém oddělení včetně ambulance, dětském oddělení včetně ambulance a na oddělení klinické hematologie.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že znalosti a dovednosti v oblasti trombofilní mutace jsou v osloveném výzkumném vzorku nedostačující. Výzkumné šetření dále odhalilo problém v souvislosti s edukací pacientů s trombofilní mutací. Sestry provádí edukaci o trombofilní mutaci jen v malém rozsahu a pouze v některých oblastech. Toto výzkumné šetření proto otevírá prostor pro další hlubší výzkumy zaměřené na znalosti pacientů s trombofilní mutací a postavení sestry v rámci zvyšování kvality edukace.

Klíčová slova

Trombofilní mutace; edukace; edukační proces; sestra; pacient

The role of a Nurse in Education of a Patient with Thrombophilic Mutation

Abstract

The present bachelor thesis deals with the issue of education of patients with thrombophilic mutation. The aim of this work was to find out how patients are satisfied with the education about thrombophilic mutation provided by nurses, to map education of patients with thrombophilic mutation at paediatric and gynaecologic outpatient departments. Two research questions were set to achieve the goals. How education of patients with thrombophilic mutation is performed at paediatric and gynaecologic outpatient departments? What questions are most frequently asked by patients with thrombophilic mutation within their education?

A qualitative approach was chosen to the research, namely the method of semi-structured interview. We focused on the education process implementation from the point of view of a nurse and a patient. The research sample consisted of 6 respondents with thrombophilic mutation diagnosed. There were only girls 20-29 years old. Next 6 respondents were general nurses working at the gynaecologic and paediatric departments, with the outpatient surgeries and the clinical haematology department.

The research results have shown that the knowledge and skills in thrombophilic mutation are insufficient in the addressed research sample at some departments. The research has also revealed a problem in relation to the education of patients with thrombophilic mutation. Nurses only perform education in thrombophilic mutation to a small extent and only some topics, they leave most of it up to physicians. This research gives possibilities to make a research of wider and more detailed extent focused on the knowledge among patients with thrombophilic mutation and the position of a nurse within education quality improvement.

Key words

Thrombophilic mutation; education; education process; nurse; patient

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Trombofilní mutace z pohledu medicíny	9
1.1.2 <i>Leidenská mutace</i>	10
1.1.3 <i>Mutace protrombinového genu</i>	11
1.1.4 <i>Kvalita života s trombofilní mutací</i>	12
1.1.5 <i>Léčba trombofilní mutace</i>	13
1.1.6 <i>Komplikace trombofilní mutace</i>	15
1.2 Role sestry v ošetrovatelství.....	17
1.2.1 <i>Role sestry v ošetrovatelství s trombofilní mutací</i>	17
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s komplikacemi trombofilní mutace.....	18
1.3.1 <i>Ošetrovatelská péče o pacienty s flebotrombózou</i>	18
1.3.2 <i>Ošetrovatelská péče o pacienty s akutním infarktem myokardu</i>	20
1.3.3 <i>Ošetrovatelská péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou</i>	21
1.4 Edukační proces v ošetrovatelství.....	22
1.4.1 <i>Andragogika ošetrovatelství s trombofilní mutací</i>	22
1.4.2 <i>Edukace u pacientů s onemocněním trombofilní mutace</i>	23
1.4.3 <i>Edukace v ošetrovatelské praxi</i>	24
1.4.4 <i>Sestra v roli edukátorky o trombofilní mutaci</i>	25
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	27

2.1 Operacionalizace pojmů.....	27
3. Metodika	28
3.1 Použité metody.....	28
3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru	28
3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	29
4. Výsledky výzkumného šetření.....	32
4.1 Hodnocení edukační činnosti sestry klientem s onemocněním trombofilní mutace	32
4.2 Edukační činnost sestry na gynekologickém oddělení, gynekologické ambulanci, na dětském oddělení, dětské ambulanci a na oddělení klinické hematologie	37
5. Diskuze	43
6. Závěr	49
7. Seznam použité literatury	51

Úvod

Téma bakalářské práce Role sestry v edukaci u pacienta s trombofilní mutací bylo zvoleno proto, že se čím dál častěji setkáváme s dívkami, kterým byla náhodně trombofilní mutace zjištěna a které nemají o této nemoci téměř žádné informace. Velkým problémem je neznalost klientů, především ženského pohlaví, možných rizik s tímto onemocněním spojených. Z tohoto pohledu považujeme za klíčovou efektivní edukaci pacientů ze strany sester. Ke zpracování tohoto tématu přispěla také osobní inspirace a zájem o danou problematiku.

Předpokladem je pravděpodobnost, že edukačnímu procesu není věnovaná dostatečná pozornost a pacientky tedy mají o tomto onemocnění jen nedostatečné informace. Proto je důležité, aby sestry znaly zásady správné a účinné edukace a měly dostatek informací o tomto onemocnění. Správnou edukací mohou zabránit dokonce samotnému vzniku trombózy a dalším možným komplikacím. Mezi nejčastější dvě mutace patří Leidenská mutace a mutace protrombinového genu.

Hlavním cílem bylo zaměřit se na odkrývání jevů v oblasti edukace pacientek o změně životního stylu s trombofilní mutací. Dále považujeme za důležité zjistit, jaká je edukační realita ve vzdělání pacientek na gynekologickém oddělení, gynekologické ambulanci, pediatrickém oddělení, pediatrické ambulanci a na oddělení klinické hematologie. Důležité jsou edukační metody, které sestry využívají k edukaci. Pacientek jsme se také proto ptali, co by zlepšily na přístupu sestry k pacientům v rámci této edukace.

Dostupné literární zdroje, které jsou v této práci uvedené, se věnují především ošetrovatelské péči o pacienta s komplikacemi vzniklými na základě trombofilní mutace. Další zmíněné publikace se věnují komplexně dané problematice.

1. Současný stav

1.1 Trombofilní mutace z pohledu medicíny

Jak již z názvu vyplývá, budeme se zabývat edukací pacientů s trombofilní mutací. Je důležité problematiku tohoto onemocnění přiblížit, protože mnoho lidí, především dívek, není o této diagnóze dostatečně informováno.

Navrátil et al. (2008) uvádí, že trombofilní stavy představují opak krvácivých stavů. Jejich příčina spočívá v postižení cévní stěny, destičkových funkcí, faktorů či v poruše hemodynamiky. Trombofilní stavy diagnostikujeme pomocí laboratorních vyšetření. Adam et al. (2007) uvádí, že trombofilní mutace je zvýšená náchylnost ke zrychlenému srážení krve. Češka (2010) tvrdí, že se trombofilní stavy dříve označovaly jako hyperkoagulační stavy. Mezi spouštěcí podněty patří operace, gravidita, imobilita, hormonální antikoncepce, dehydratace, ale i nádorové bujení. Dle statistiky z roku 2010 trpí tímto onemocněním v České republice přibližně 8 % obyvatel. Mezi nejčastější trombofilní stavy patří nosičství Leidenské mutace a mutace protrombinového genu. Cooper et al. (2007) udává, že tyto dvě mutace jsou dědičné. Při zjišťování těchto mutací se využívá osobní a rodinná anamnéza či laboratorní vyšetření krve.

Dle Navrátila et al. (2008) jsou trombofilní mutace vrozenou predispozicí. Jejich klinický obraz je charakterizován především žilními trombózami v neobvyklých místech (nitrolebeční žíly, vena portae a její přítokové větve). Arteriální trombózy bývají vzácnější. Havlín (2014) definuje, že toto onemocnění se dá velice dobře vystopovat z rodinné (až rodové) anamnézy, kde nacházíme zvýšený výskyt tromboembolické nemoci či stavů spojených s hyperkoagulací. Vagdatli et al. (2013) upozorňuje, že vysoký výskyt trombofilních mutací potvrzuje, že je potřebné pečlivé laboratorní vyšetření, pokud se v rodině tromboembolická nemoc vyskytla nebo pokud se objevily jiné rizikové faktory. Reitsma et al. (2007) uvádí, že po tom, co se zvýšil výskyt trombofilních mutací, se začalo pátrat po konkrétních případech.

Dle Navrátila et al. (2008) bývá u vrozených trombofilních mutací pozitivní rodinná anamnéza. Příčinou bývá defekt koagulačních faktorů (mutace faktoru V Leiden, mutace genu protrombinu). Získané trombofilní stavy pak mívají komplexnější genezi spojenou s jaterním onemocněním (chronické hepatopatie, maligní onemocnění,

chronická renální insuficience a diabetes mellitus). Češka (2010) podrobně popisuje, že při získané trombofilní mutaci dochází fyziologicky ke zvýšené produkci koagulačních faktorů, a to např. v těhotenství. U těhotných žen v 2.-3. trimestru je zvýšená hladina koagulačních faktorů a inhibitorů fibrinolýzy. Tato „hyperkoagulace“ je kompenzována řadou mechanismů, což zapříčiňuje skutečnost, že v těhotenství k trombotizaci nedochází. Při patologickém těhotenství je situace zcela jiná. V tomto případě je potřeba těhotné ženy dispenzarizovat, popř. jim po celou dobu těhotenství aplikovat profylaktické dávky nízkomolekulárních heparinů. Tato profylaxe probíhá také v šestinedělí. To se týká všech žen s diagnostikovaným dědičným nebo získaným trombofilním stavem.

Křepelka (2007) uvádí, že indikace k tomuto vyšetření jsou různá. Provádí se například u žen s preeklampsií, u žen se dvěma a více potraty, při hluboké žilní trombóze a rodinné anamnéze.

1.1.2 Leidenská mutace

Penka et al. (2011) definuje, že Leidenská mutace vznikla u zakladatele bílého kavkazského původu. Byla prokázána v severských zemích, především ve Skandinávii, ale také v severských oblastech Německa. Nejvyšší výskyt Leidenské mutace je ve Švédsku, nejnižší naopak v Itálii nebo ve Španělsku.

Dort et al. (2013) uvádí, že se Leidenská mutace nachází na genu pro faktor V na prvním chromozomu. Hovoříme o tzv. autosomálně dominantní mutaci, která vzniká na genu pro faktor V. Dochází při ní k hyperkoagulačnímu stavu, tzn. zvýšené dispozici ke krevní srážlivosti neboli trombóze. Češka et al. (2010) popisuje, že Leidenskou mutací FV trpí cca 40 % osob, které prodělaly žilní trombózu. U nositelů tohoto onemocnění vzniká až 7x vyšší riziko hluboké žilní trombózy a 4-5x větší riziko návratu. U osob s heterozygotní formou dochází k trombóze jen tehdy, když se přidruží další rizika. Cibula et al. (2009) udává, že riziko trombózy je 7x vyšší u heterozygotů a 80x vyšší u homozygotů. Pacienti s homozygotní formou Leidenské mutace musí být často léčeni doživotně antikoagulační léčbou.

Askari (2010) uvádí, že v roce 1994 Dahlbäck a kol. popsal tzv. rezistenci na aktivovaný protein C. Tato mutace vzniká záměnou nukleotidu G (guaninu) za A

(adenin) na místě 1691. Díky této substituci dochází k náhradě aminokyseliny argininu za glutamin v peptidickém řetězci koagulačního faktoru V. Tím vzniká rezistence faktoru V na protein C, tzn. APC rezistence. Penka et al. (2011) tvrdí, že protein C je inhibitor koagulační kaskády, který působí jako antikoagulant v krevní koagulační kaskádě. V plasmě se vyskytuje jako neaktivní prekurzor. Na povrchu endotelu cév způsobuje trombin navázaný na tromodulin změnu proteinu C na jeho aktivovaný stav (APC). APC spolu s proteinem S je schopen inaktivovat koagulační faktor V a VIII. Přírozený inhibitor aktivovaného faktoru V je aktivovaný protein C. V momentě, kdy je faktor V rezistentní k APC, dochází k nerovnováze v koagulační kaskádě. Rezistence k APC je jeden z rizikových faktorů, který mnohonásobně zvyšuje riziko trombotizace.

Penka et al. (2011) uvádí, že mezi rizikové faktory patří hormonální antikoncepce u dívek, dále hormonální substituční léčba, vyšší věk, obezita, kouření, nedostatečná pohybová aktivita a pozitivní rodinná anamnéza. Riziko trombózy může být 100násobné v kombinaci s dalšími mutacemi.

1.1.3 Mutace protrombinového genu

Penka (2011) říká, že protrombin neboli faktor II je činitel, který je velmi důležitý pro srážlivost krve. Poprvé byl tento jev popsán v roce 1996 dr. Swibertusem. Mutace protrombinového genu se v evropské populaci vyskytuje v heterozygotním stavu, takže je přítomna pouze jedna mutace ze dvou možných. Karetová (2007) definuje, že zvýšená hladina protrombinu je zapříčiněna mutací genu, jejímž následkem dochází k záměně glutaminu za arginin, a to v pozici 20210 G-A.

Penka (2011) uvádí, že mutace protrombinového genu představuje 2-4x větší riziko vzniku hlubokých žilních trombóz. Důsledkem je zvýšená koncentrace protrombinu v krevní plazmě. Nositelé jedné mutované alely (heterozygoti) mají hladinu protrombinu zvýšenou cca o 30 %, nositelé dvou těchto alel mají hladinu protrombinu zvýšenou cca o 70 %. Protrombin je protein, který se váže na vitamín K a je konvertován komplexem protrombinázy na trombin. Cibula et al. (2009) udává, že se mutace protrombinového genu vyskytuje u 2 % populace a zvyšuje riziko tromboembolické nemoci.

Dle Penky (2011) by testování mutace protrombinového genu mělo být navrženo lékařem, pokud se v rodině pacienta vyskytla např. hluboká žilní trombóza, plicní embolie, srdeční infarkt nebo cévní mozková příhoda v mladém věku či opakující se ztráty těhotenství nebo narození mrtvého dítěte. V heterozygotní formě postihuje 2 % kavkazské populace. V některých zemích je výskyt ještě vyšší, např. u Italů či Řeků. Vzácně se objevuje u černochoů a Asiatů. Mutace protrombinového genu v homozygotní formě se projevuje pouze vzácně.

Riziko není závislé na pohlaví a věku. V poslední době jsou frekventovaněji zveřejňována data o zvýšení rizika infarktu myokardu v nižším věku u nositelů protrombinové mutace (Penka, 2009).

1.1.4 Kvalita života s trombofilní mutací

Kvalita života pacienta, který trpí trombofilní mutací, nemusí být jakkoliv omezena. Někteří lidé si ani nejsou vědomi toho, že trpí zvýšeným rizikem vzniku trombózy, a celý život žijí bez jakýchkoliv problémů. U jiných pacientů naopak může docházet k častým projevům trombózy.

Existuje několik faktorů, které ovlivňují vznik tromboembolické nemoci. Mezi nejzávažnější rizika trombofilní mutace patří užívání hormonální antikoncepce, která výrazně zvyšuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy, plicní embolie, infarktu myokardu a centrální mozkové příhody. Hormonální antikoncepce poskytuje spolehlivou ochranu před nechtěnou graviditou. Má celou řadu výhod (eliminace dysmenorey, snížení krevních ztrát při menstruaci a omezení výskytu akné). Na zvýšení rizika se podílejí složky estrogenní a progestagenní. Exogenní estrogény zvyšují produkci hemokoagulačních faktorů VII - XIII, fibrinogenu a protrombinu. Tyto složky snižují hladinu ATIII (antitrombinu) a proteinu S, čímž zvyšují rezistenci vůči aktivovanému proteinu C (Křepelka, 2007).

Musil (2009) uvádí, že mezi další faktory ovlivňující kvalitu života s trombofilní mutací patří cestování, a proto je velmi důležitá a stěžejní prevence. „*Dnes je cestovní trombóza definována jako tromboembolická nemoc, která vznikla v průběhu dlouhé cesty nebo během čtyř týdnů po ní.*“ (Musil, 2009, s. 46). Dále Musil (2009) tvrdí, že trombóza může vzniknout při jízdě automobilem, autobusem, ale i při cestování

letadlem. Čím je cesta delší, tím je riziko vzniku trombózy vyšší. Při cestování letadlem vzniká po více jak 5 hodinách letu. Obecně vzniká při delší nepohyblivosti a trombofilní mutaci (Leidenská mutace a mutace protrombinového genu), při užívání hormonální antikoncepce a stavech po těžkých operačních výkonech. Při cestování, které trvá déle než 3 hodiny, je vždy dobré vstát, projít se po letadle nebo venku při jízdě automobilem. Tím dojde ke zlepšení průtoku krve a k zamezení její stagnace v dolních končetinách. U lidí, kteří mají trombofilní mutaci či vyšší výskyt rizika vzniku trombózy, rozhodne lékař se zaměřením na hematologické projevy, zda není vhodné před cestou preventivní podání antikoagulačního léku. U lidí s trombofilii a těch, kteří současně užívají perorální antikoagulační léčbu, je riziko při cestování menší. Správnou prevencí trombózy při cestování je cvičení s dolními končetinami v cca 30 minutových intervalech, nedávání nohy přes nohu, cestování v pohodlném a volném oblečení, které nás nijak neomezuje, přijímání dostatku tekutin (ne alkoholu a kofeinu) a zvažování používání kompresivních punčoch.

Do kvality života s trombofilní mutací můžeme zahrnout také těhotenství, které je přirozeným hyperkoagulačním faktorem. Během gravidity probíhá několik změn. Snižuje se aktivita fibrinolytického systému redukcí hladiny aktivátoru plazminogenu a hladina proteinu S. Protrombinový a aktivovaný parciální tromboplastinový čas je zkrácený, krvácivost a srážlivost zůstávají nezměněny. Uvedené změny jsou přirozenou ochranou ženy při porodu. Do 2 týdnů po porodu se hladiny koagulačních faktorů normalizuje (Křepelka, 2007).

1.1.5 Léčba trombofilní mutace

Navrátil et al. (2008) uvádí, že léčba trombofilních mutací jako taková neexistuje, ale důležitá je především prevence. V rizikových situacích jsou podávána antikoagulační léčiva (Warfarin) nebo heparin. Warfarin je lék, který se užívá proti srážení krve, tzn. k ředění krve, aby nedocházelo ke krevním sraženinám. Předávkování tímto lékem by mohlo způsobit nadměrné krvácení. Yokus et al. (2010) udává, že preventivní antikoagulační léčba není jednotná, ale je doporučována, pokud se vyskytuje antifosfolipidový syndrom. Procházka (2010) tvrdí, že užívání Warfarinu je v těhotenství nebezpečné, protože přechází přes placentu a může vyvolat poškození plodu. Kojení je možné bez omezení, protože lék se do mléka dostává pouze z malé části.

Kohout et al. (2007) definuje, že hladinu Warfarinu snižuje vitamín K. Léčba proto musí být laboratorně kontrolována. Mezi další léky, které se užívají k prevenci vzniku tromboembolické nemoci, patří LMWH (Low molecular weight heparin, tj. nízkomolekulární hepariny), např. Fraxiparin nebo Clexane. Yokus et al. (2010) udává, že léčebné doporučení by u tromboembolické nemoci mělo být dáno s ohledem na trombózu, která může být získaná nebo dědičná, lokalizovaná v žilách nebo tepnách, a to s dočasnými nebo trvalými příznaky.

Navrátil et al. (2008) dále uvádí, že se LMWH podává při prevenci jednou denně v injekční formě subkutánně (pod kůží). Při léčbě se podává 2x denně též subkutánně, a to v dávkách podle hmotnosti nemocného. Délka léčby LMWH se řídí důvodem podání. Kontraindikací podání tohoto léku je vředová gastroduodenální choroba, krvácení z jícnových varixů, alergie na heparin a těžké poškození jater a ledvin.

Podle Křepelky (2007) je velice důležitá léčba trombofilní mutace u žen v těhotenství. Riziko vzniku v těhotenství značně stoupá a na příčinách jeho vzniku se podílí několik faktorů, kdy např. v I. trimestru těhotenství dochází ke změně koagulačních faktorů, zpomaluje se žilní návrat z dolních končetin kvůli rostoucí děloze a progesteronu, dále na to má vliv obezita, vyšší věk, dehydratace a imobilizace. Dulíček et al. (2011) udává, že nemocnost je rozložena na jednotlivé trimestry a nejvyšší je v období šestinedělí.

Křepelka (2007) dále popisuje, že těhotné ženy, které jsou nosičky trombofilní mutace, by měly podstoupit léčbu, která sníží riziko vzniku tromboembolické nemoci. Dulíček et al. (2013) uvádí, že k profylaxi se LMWH (nízkomolekulární heparin) podává po 38. týdnu gravidity a poté v šestinedělí, pokud se jedná o heterozygotní FV Leiden mutaci nebo mutaci protrombinu.

Program Zdraví národa nabízí dívkám a ženám bezplatné vyšetření trombofilních mutací. Tento program je určen dívkám a ženám ve věku 15 až 25 let. Zahrnuje provedení DNA analýzy krve, ze které se zjistí, zda se nevyskytuje vrozená dispozice ke zvýšení krevní srážlivosti. Jedná se o bezplatnou metodu a je vhodná pro dívky, které si chtějí nechat předepsat hormonální antikoncepci. Do léčby můžeme zahrnout prevenci možných komplikací (Soudný, 2016).

1.1.6 Komplikace trombofilní mutace

Trombofilní mutace může způsobit několik komplikací, které mohou být až život ohrožující. Hovoříme například o tromboembolické nemoci, hluboké žilní trombóze, akutním infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, plicní embolii, posttrombotickém syndromu a trombofilii v těhotenství.

Tromboembolická nemoc (dále jen TEN) vzniká v určité části žilního řečiště. Podkladem TEN je trombus. TEN tvoří dvě jednotky, flebotrombóza a plicní embolie (Češka, 2010). Cooper et al. (2007) tvrdí, že TEN spojená s hlubokou žilní trombózou nebo plicní embolií je častá nemoc s vysokou úmrtností a morbiditou.

Procházka et al. (2010) popisuje, že příznaky TEN mohou být v graviditě zkresleny těhotenskými změnami, např. otok dolních končetin může být zaměněn za ortostatický edém, který je v graviditě běžný, nemusí být odhalena bolest v lýtku z důvodu nedostatku hořčíku. Nejčastější lokalizací žilní trombózy je levá dolní končetina. U netěhotných to bývají obě končetiny stejně.

Hluboká žilní trombóza je onemocnění hlubokého žilního systému, které je způsobené částečným nebo úplným uzávěrem žíly, tzv. trombem. Šafránková (2006) a Slezáková (2012) se shodují, že flebotrombóza je trombóza hlubokých žil, která je způsobena vznikem trombu v hlubokých žilách a často je doprovázena zánětem žil. Mezi akutní komplikace patří plicní embolie.

Jednou z příčin vzniku flebotrombózy je změna srážlivosti krve, jak uvádí Slezáková et al. (2007). Mezi rizikové faktory pro vznik patří dlouhodobá imobilizace, úraz, operace dolních končetin, ale také hormonální léky. Cílem léčby je co nejdříve zmírnit obtíže pacienta, zabránit vzniku plicní embolie a navrátit pacienta do normálního způsobu života (Skalická, 2006). Slezáková et al. (2012) popisuje příznaky flebotrombózy. Jedná se o zvýšení žilní náplně, subfebrilii až febrilii, bolestivost a otok končetiny, tachykardii, ale průběh může být i asymptomatický (bezpříznakový). K diagnostice toho onemocnění se využívá anamnéza, fyzikální vyšetření – pohled, pohmat, dále odběry biologického materiálu a ultrazvuk. Cooper et al. (2007) tvrdí, že v posledních 25 letech byl žilní tromboembolismus spojován s trombofilní mutací.

Hrabica (2007) uvádí, že akutní infarkt myokardu znamená odumření srdeční tkáně, které je způsobeno nedostatečným přísunem kyslíku. Nejčastější příčinou bývá uzavření koronární (věnčité) tepny krevní sraženinou. Onemocnění může proběhnout bezpříznakově, ale většinou se objevují typické subjektivní příznaky, jako je pálivá a tlaková bolest na hrudi, která vystřeluje do lopatek, krku či do levé ruky. Mezi typické objektivní příznaky patří dušnost, bledost, opocenost a zvracení. Akutní infarkt myokardu lze diagnostikovat pomocí EKG či z krevních výsledků, především pomocí troponinu. Slezáková et al. (2012) popisuje, že se pomocí EKG změn rozlišují STEMI, kde jsou přítomny elevace ST úseku, a NonSTEMI bez elevací. Ve většině případů se jedná o život ohrožující stav. Češka (2010) udává, že nejčastěji používanými léky jsou heparin, antiagregancia, betablokátory, nitráty a opiáty.

Šafránková (2006) uvádí, že pro pacienta je velice důležitá včasná diagnostika a léčba AIM. Slezáková et al. (2012) popisuje vyšetřovací metody AIM, mezi které patří anamnéza, EKG, odběry biologického materiálu (srdeční enzymy, bílkoviny, biochemické vyšetření, krevní obraz, hemokoagulace, sedimentace) a ultrazvuk. Šafránková (2006) dále definuje, že během převozu do nemocnice lékař zahajuje léčbu k částečné úpravě vitálních funkcí a zamezení vzniku komplikací. V nemocnici léčba pokračuje konzervativně nebo chirurgicky. Jelínková (2014) popisuje hlavní diagnosticko-léčebnou metodu koronarografie. Jde o vyšetření věnčitých (koronárních) tepen, kdy se arterií femoralis (stehenní tepnou) zavádí katétr, který dosahuje až k srdečním oddílům. Do ústí věnčité tepny se aplikuje kontrastní látka. Díky rentgenovému záření, které je převedeno na obraz na monitoru, můžeme sledovat vyšetření.

Seidl (2008) definuje cévní mozkovou příhodu (CMP) jako akutně vzniklou poruchu funkci mozku, která trvá déle než 24 hodin. Toto onemocnění vyžaduje velice rychlou diagnostiku a včasné zahájení léčby. Slezáková et al. (2012) rozděluje CMP na ischemickou a hemoragickou. Ischemická CMP vzniká na základě trombózy či embolie. Vytejková (2011) uvádí, že většinou při tomto onemocnění dochází k hemiparéze (částečnému ochrnutí jedné poloviny těla) či hemiplegii (úplnému ochrnutí). Saadatnia et al. (2012) tvrdí, že je zajímavé, že účinek mutace protrombinového genu je nezávislý na výskytu žilní trombózy u lidí, kteří nemají jiný rizikový faktor.

Plicní embolie je závažné kardiovaskulární onemocnění, které je způsobené většinou hlubokou žilní trombózou. Pouze vzácně je zdrojem tuková, vzduchová či septická embolie (Indra et al., 2016). Mezi příznaky plicní embolie řadíme kašel s vykašláváním krve, cyanózu, bolest na hrudi a dušnost. Plicní embolii stanovujeme pomocí laboratorních výsledků, EKG, rentgenem hrudníku, ultrazvukem, který zobrazuje přítomný trombus v tepnách dolních končetin, nebo pomocí scintigrafického vyšetření (Slezáková, 2007).

Hanáková et al. (2015) uvádí, že trombofilní stavy v těhotenství mohou graviditu komplikovat, ale také nemusí. Když je žena těhotná a trpí trombofilní mutací, je povinností hematologického a gynekologického lékaře pacientku pravidelně kontrolovat a aplikovat profylaktické látky, naoč. heparin. Trombofilie může být rizikovým faktorem pro neúspěšné těhotenství nebo případný vznik komplikací (opakované potraty, preeklampsie a narození mrtvého dítěte).

1.2 Role sestry v ošetrovatelství

1.2.1 Role sestry v ošetrovatelství s trombofilní mutací

Plevová et al. (2011) a Zacharová (2016) se shodují v tom, že povolání sestry prošlo četnými změnami za poměrně krátkou dobu. Dále Plevová et al. (2011) uvádí, že velký význam v ošetrovatelství měla Florence Nightingaleová, která kladla důraz při vzdělávání na technickou stránku sesterské činnosti. Další změny proběhly ve 20. století, kdy Hendersonová považovala za základní funkci sestry pomoc nemocnému i zdravému člověku.

Zacharová (2016) tvrdí, že po sestrách se vyžadují nové dovednosti, hlavně co se týče sociálních problémů. Sociologické teorie se stávají součástí vzdělávání sester a podmiňují kvalitu výkonu v léčebné péči. Uvědomění si vlastní role sestry se promítá do celé její osobnosti.

Plevová et al. (2011) a Zacharová (2016) se shodují na čtyřech nejdůležitějších znacích v roli sestry, kterými jsou funkční specifita, sociocentrismus, univerzalizmus a emocionální neutralita. Funkční specifita vyjadřuje nutnost faktické a formální odborné kompetence pro výkon povolání. Plevová et al. (2011) dále uvádí, že v nemocnici je kompetence omezena horizontálně, tzn. druhem oddělení, na kterém

sestra působí (chirurgie, interna) a které je zaměřeno na diagnostiku a léčbu určitých chorob. Dále je kompetence vymezena vertikálně, to znamená, že jiné rozhodovací právo má staniční sestra a jiné vrchní sestra. Sociocentrismus neboli kolektivní orientace znamená, že sestra nevychází z potřeb svých, ale z potřeb a zájmů pacientů. S tímto názorem se shodují Plevová et al. (2011) i Zacharová (2016). Zacharová (2016) dále udává, že sestra staví blaho pacientů nad své zájmy. Univerzalismus podle (Plevové et al., 2011) znamená, že sestra je schopna zaujmout svou roli stejně vůči všem pacientům bez ohledu na svůj osobní postoj k pacientům. Tato schopnost se očekává i ve vztahu k spolupracovníkům. Plevová et al. (2011) popisuje, že emoční neutralita vyjadřuje, že sestra dokáže své emoce podřídít rozumové kontrole. Zacharová (2016) dodává, že se nejedná o bezcitnost, ale o vyjádření sympatií a porozumění bez plného rozvinutí.

Dále Plevová et al. (2011) uvádí, že sestra se stala rovnocennou členkou zdravotnického týmu. Sestra dnes zastává několik rolí jako pečovatelka, edukátorka nemocného a jeho rodiny, obhájkyň nemocného, koordinátorka, asistentka a výzkumnice. Všechny tyto role se navzájem prolínají.

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s komplikacemi trombofilní mutace

Nejčastější komplikací tohoto onemocnění je tromboembolická nemoc. Nejdůležitější pro zabránění jejího vzniku je prevence. Imobilita zvyšuje riziko vzniku, proto se klid na lůžku omezuje na nezbytně nutnou dobu. Do prevence patří bandáže dolních končetin, dostatečný pitný režim a včasná mobilizace po operacích (Šafránková, 2006).

Brůhová (2011) uvádí, že důležitou roli sestra zastává při edukaci režimových opatření trombofilních stavů, která zahrnují pitný režim, nekuřáctví, konec užívání hormonální antikoncepce, kompresivní terapii (bandáž DK), omezení velké fyzické zátěže, dlouhého stání či nošení břemen a kontrolu krevních hodnot.

1.3.1 Ošetrovatelská péče o pacienty s flebotrombózou

Sestra by měla znát příznaky flebotrombózy, včetně příznaků komplikací (plicní embolie). Slezáková et al. (2007) popisuje příznaky flebotrombózy, které by sestra měla bez problému umět rozeznat a kterými jsou zvýšená žilní náplň, bolestivost končetiny, zvýšená teplota až horečka, tachykardie (zrychlený tep) a otok končetiny. Petejová

(2013) doplňuje, že by sestra měla umět rozpoznat příznaky plicní embolie, kterými jsou náhlá dušnost, úzkost, tachykardie, pocení, neklid, tachypnoe (zrychlený dech), poruchy vědomí, zmatenost, kašel a bolest na hrudi.

Navrátil (2008) uvádí, že se flebotrombóza nemusí projevit výše zmíněnými příznaky a že prvním a nebezpečným příznakem může být plicní embolie. Proto před operací a při pooperační péči sestra podává antikoagulační léky. Na některých odděleních sestra provádí bandáže pomocí elastických obinadel nebo speciálních elastických punčoch. Vytečková et al. (2015) popisuje specifika aplikace antikoagulancií. Udává, že je doporučováno, aby ve stříkačce byla ponechána vzduchová bublinka. Díky tomu se naplní jehla vzduchem a zabrání se úniku antikoagulancia při vytahování jehly. Dále by měla sestra znát místa vpichu antikoagulancií. Nejvhodnějším místem pro aplikaci je oblast břicha, eventuálně hluboké tukové tkáně nad hřbetem kyčelní kosti. Aplikace se neprovádí do hematomů, do lokálního zánětu, enantémů. Místa vpichu je nutné pravidelně střídat.

Pacient je hospitalizován na interním oddělení. S tímto tvrzením se shoduje Šafránková et al. (2006), která ještě navíc popisuje, že v době postižení je pacient upoután na lůžko, kde musí zaujmout polohu se zvýšenou dolní končetinou (elevace DK). Dlouhá imobilizace není vhodná. Úkolem sestry je zabezpečit základní ošetrovatelskou péči a uspokojování základních potřeb pacienta. Dále sestra musí pravidelně kontrolovat otok dolních končetin (DK), barvu DK, bolestivost DK, výsledky odběru krve, celkový fyzický a psychický stav pacienta i příznaky vzniku krvácení. Sestra by se měla postarat i to, aby byla správně provedena bandáž DK.

Burda et al. (2016) uvádí, že bandáž dělíme na tzv. vysokou (do třísel) a nízkou (pod koleno). Její účel je preventivní (před vznikem tromboembolické nemoci) a léčebný (při zánětu žil, při bércových vředech). Sestra by měla umět správným způsobem provést bandáž dolních končetin. Je nutné ji provést ještě před tím, než pacient svěsí nohy z lůžka dolů. Pokud klient lůžko již opustil, musí se končetina, na které se bandáž bude provádět, dát do zvýšené polohy minimálně na 20 minut. Tím dochází k pevnému obepnutí končetiny, k zúžení rozšířených cév a zvýšenému proudění krve. Burda et al. (2016) a Janíková et al. (2013) se shodují v popisu přiložení bandáže. Sestra by měla začínat základní otočkou pod prsty. Dále by měla pokračovat klasovými

otočkami kolem kotníku, přes patu, kde by měl být největší tlak, poté tlak zmírnit. Následující otočka by vždy měla překrývat cca polovinu předešlé otočky. Výšku přiložené bandáže indikuje lékař. Správně provedenou bandáž sestra pozná tak, že nepadá pacientovi z končetiny a nezařezává se do podkoží. Burda et al. (2016) ještě navíc doplňuje, že místo elastického obinadla je možné používat elastické punčochy, které se liší podle velikosti a tlaku, jenž je vyvíjen na končetinu. Výhodou punčoch je, že při chůzi nepřestanou plnit svou funkci, ale nevýhodou je, že silnější lidé mají problém s velikostí a ro některé pacienty je obtížné si tyto punčochy vůbec natáhnout.

Petejová (2013) uvádí, že pacienti s tímto onemocněním vyžadují určitá specifika ošetrovatelské péče. Role sestry je velice důležitá nejen při plnění ordinací lékaře, ale také při pečlivém monitorování pacientů a rozpoznání hrozících příznaků plicní embolie nebo krvácivých stavů.

Šafránková et al. (2006) tvrdí, že do terapie flebotrombózy patří studené obklady několikrát denně, komprese dolních končetin, mobilizace, antikoagulancia a trombolytika. Cílem ošetrovatelské péče je obnova průchodnosti žil, obnova tělesné aktivity a poučení pacienta o prevenci. Slezáková et al. (2007) uvádí, že po propuštění pacienta do domácí péče je úkolem sestry, aby ho edukovala o nevhodnosti dlouhého stání a naučila ho správným způsobem přikládat bandáž DK.

1.3.2 Ošetrovatelská péče o pacienty s akutním infarktem myokardu

Šafránková (2006) uvádí, že cílem ošetrovatelské péče je ulevit nemocnému od bolesti pomocí léků, udržovat vitální funkce, zajistit dobrý psychický stav nemocného, zajistit kontakt s rodinou a informovat nemocného. Pacient je nejčastěji převezen na jednotku intenzivní péče. Poté, co je uložen na lůžko, je napojen na monitorovací zařízení, kde sestra sleduje EKG, puls, dech a krevní tlak. Výhodou monitorovacího zařízení je, že ho sestra může sledovat z inspekčního pokoje. Slezáková et al. (2012) uvádí, že sestra pravidelně měří tělesnou teplotu a kontroluje příjem a výdej tekutin. Sleduje bolest, hodnoty krevních vyšetření (koagulaci a srdeční enzymy). Dále sleduje stav vědomí, barvu kůže, pocení, účinky oxygenoterapie a neverbální projevy pacienta. Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace.

Jelínková (2014) udává, že sestra má důležitou úlohu při vyšetření koronarografie během přípravy pacienta na vyšetření a péče po vyšetření. Před vyšetřením je nutná krátkodobá hospitalizace, podpis k souhlasu s vyšetřením. V den výkonu musí být nemocný lačný, jsou mu podávána sedativa a antikoagulancia. Lačnění platí u plánované SKG, pacient s AIM musí na sál, i kdyby před chvílí jedl. Tříslo musí být vyholené. Sestra zjišťuje alergie nemocného, především na jód, náplasti a léky. Pokud je alergický na jód, podává se před vyšetřením Dithiaden. Nemocný nesmí mít šperky, ani zubní protézu. Po výkonu je nemocný napojen na monitor EKG, kde sestra kontroluje fyziologické funkce. Dále sleduje místo vpichu, bolestivost a barvu končetiny. Poučí nemocného o dostatečném příjmu tekutin, aby se vyloučila kontrastní látka z těla. Na místě vpichu má pacient přiložený pytlík s pískem po dobu 2 hodin, aby nedošlo ke krvácení. Po tuto dobu pacient dodržuje klid na lůžku v poloze na zádech, nesmí krčit DK, kde byl vpich proveden, ani se otáčet na bok.

Slezáková (2007) se ve většině shoduje s Šafránkovou (2006), ale podrobněji popisuje ošetrovatelský proces. Je podle ní velice důležité, aby pacient věděl o své diagnóze a možných komplikacích. Je nutné, aby sestra zvolila vhodnou formu komunikace a edukace. Díky dostatečné a vhodné komunikaci eliminuje strach a úzkost pacienta, který jeho stav výrazně zhoršují. Když je pacient po stabilizaci stavu propuštěn do domácí péče, je informován o možném navrácení onemocnění. Je informován o tom, že by měl pravidelně navštěvovat ošetřujícího lékaře, zná rizika kouření (nikotin způsobuje zúžení cév).

1.3.3 Ošetrovatelská péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou

Vytejčková (2011) uvádí, že velice důležitou roli při vzniku této komplikace hraje mobilizace pacienta. Brzká aktivizace by měla směřovat ke snížení spasticity, riziku kontraktur, riziku vzniku dekubitů (proleženin) a pomáhá v sebeobslužných činnostech. Mikula et. al (2008) dodává, že úkolem sestry je umět správně polohovat pacienta po CMP. S polohováním by se mělo začít co nejdříve. Polohu pacienta by sestra měla měnit každé 2 hodiny. Dále by měla sestra znát uspořádání pokoje a měla by si být vědoma toho, že pacient po CMP má problémy s vnímáním postižené strany, proto by např. noční stolek měl být umístěn na postižené straně, protože se tím zlepšuje

sebeobsluha tím, že se pacient snaží na stolek dosáhnout zdravou rukou a nutí ho to otáčet se na postižený bok.

Bar a Chmelová (2011) popisují péči o pacienty s tímto onemocněním. Pacienti po CMP jsou pozorováni na neurologickém oddělení. Mikula et al. (2008) uvádí, že lůžko pacienta by mělo být prostorné, rovné a přiměřeně tvrdé. Komplexní péče zahrnuje sekundární prevenci, léčbu psychických, kognitivních a motorických následků a zhodnocení posudků pro míru poklesu pracovní schopnosti.

Slezáková et al. (2012) uvádí, že úkolem sestry je sledování výsledků vyšetření, příznaků onemocnění, stavu vědomí, monitorace fyziologických funkcí a jejich pravidelné zapisování, sledování účinku podávaných léků, denní diurézy, bilance tekutin, stavu kůže a sliznic, vyprazdňování. Všechny žádoucí a nežádoucí změny by měla hlásit lékaři.

1.4 Edukační proces v ošetřovatelství

1.4.1 Andragogika ošetřovatelství s trombofilní mutací

V následující kapitole se budeme zabývat důležitostí vzdělávání dospělého člověka, neboť se výskyt pacientů s diagnostikovanou trombofilní mutací zvyšuje. „*Andragogika je vědní a studijní obor zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých.*“ Beneš (2014, s. 11). Další definici uvádí Zítková et al. (2015) „*Andragogika je věda o výchově dospělých, vzdělávání dospělých a péči o dospělé, respektující všestranné zvláštnosti dospělé populace a zabývající se její personalizací, socializací a enkulturací.*“ (Zítková et al., 2015, s. 117).

Beneš (2014) dále uvádí, že pojem andragogika je velice podobný pojmu pedagogika. Rozdíl spočívá v tom, že v pedagogice se spíše jedná o sloužícího, ne pouze o samotného učitele. V andragogice jde o doprovázení člověka při jeho vzdělávání, chápání a poznávání světa.

Beneš (2014) popisuje, že v dřívějších letech andragogika využívala termín „vzdělávání“, ale v posledních letech se hlavním pojmem stává „učení se dospělých“. Průcha (2014) se shoduje v definici s Benešem (2014), ale ještě navíc doplňuje, že se

andragogika zabývá učením ve čtyřech rovinách, a to z hlediska makrosociálního, institucionálního a organizačního zázemí, z didaktiky a z hlediska individua.

Podle Beneše (2014) jsou výše uvedené roviny ovlivněny andragogickou realitou, potřebami a záměry. Blíže toto tvrzení neobjasňuje. Průcha (2014, s. 19) definuje, že andragogickou realitu „je nutno chápat jako všechna ta prostředí a situace, v nichž jsou začleněny dospělé subjekty do nějakých procesů edukace (učení a vzdělávání) a v nichž se používají nějaké edukační konstrukty a vznikají nějaké vzdělávací výsledky a efekty.“ (Průcha, 2014, s. 19)

1.4.2 Edukace u pacientů s onemocněním trombofilní mutace

Konečná (2005) uvádí, že pacient by měl být seznámen s výsledky vyšetření a s tím, co toto onemocnění obnáší a jaké může mít dopady na jeho zdravotní stav. Nejdůležitější informací pro pacienta je ta, že není nutné měnit životní styl úplně od základů. Musí být ale vybaven kartičkou „Pacient s trombofilií“, kterou předkládá při každé návštěvě jakéhokoliv lékaře. Musil (2009) uvádí, že na riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) by měl myslet každý ošetřující lékař. Podnět ke zlepšení konkrétní ochrany před TEN u pacientů musí být založen na správné edukaci zdravotníků. Hirmerová (2015) uvádí, že je nutná edukace odborné i laické společnosti a zavedení oprávněných preventivních opatření v určitých profesích. Konečná (2005) dodává, že dále je důležité, aby dotyčný byl seznámen s tím, že musí dodržovat pitný režim, tj. 2-3 litry za den, v rizikových situacích (dlouhodobá imobilizace, sádrová fixace, cestování letadlem) je nutná aplikace nízkomolekulárních heparinů, dále dívky by se pokud možno měly úplně vyvarovat hormonální antikoncepce, nebo alespoň při užívání volit šetrnější hormonální preparáty, a lékaře je nutno vždy upozorňovat na toto onemocnění.

Petejová (2013) uvádí, že velice významná je edukační činnost sestry v prevenci flebotrombózy. Dle Hirmerové (2006) je při rozhodování o ambulantní léčbě flebotrombózy nutné zvážit zdravotní a sociální faktory. Nejdůležitější podmínkou léčby je správná edukace pacienta. Petejová (2013) popsala edukaci u pacientů s dietním opatřením, která se zaměřuje na obsah vitamínu K. Ten snižuje aktivitu antikoagulační terapie. Sestra naučí pacienta trpícího touto nemocí nebo jeho příbuzné, jak v rámci prevence správně aplikovat elastické punčochy či bandáže dolních končetin, a že základem je dostatek pohybu, ať už se jedná o procházky, turistiku, cyklistiku,

gymnastiku nebo plavání. Úkolem sestry je naučit pacienta aplikaci LMWH (nízkomolekulárního heparinu). Je velice důležité, aby se nemocnému ukázal praktický nácvik a aby si ho sám vyzkoušel. Musí si být jistý, že aplikaci zvládne opravdu sám.

1.4.3 Edukace v ošetrovatelské praxi

Edukace v ošetrovatelství je realizována sestrou a ostatními zdravotnickými pracovníky prostřednictvím edukačních procesů (Bastable, 2008). Edukace jsou všechny činnosti jedince, při kterých se jeden učí a druhý vyučuje (Nemcová et al., 2010). Edukace v ošetrovatelství se využívá hlavně při předcházení nemoci, udržování zdraví nebo jeho navrácení (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukantem ve zdravotnictví je osoba, která se učí, především nemocný. V ošetrovatelství je využíváno hlavně učení záměrné, které může probíhat v prostředí nemocnice, u praktického lékaře nebo ve škole. Dá se použít i v rámci vzdělávacích kurzů pro veřejnost (Bastable, 2008). Edukace neboli vzdělání a výchova jsou velice důležitou součástí ošetrovatelské péče, a proto je důležité, aby sestra uměla tuto dovednost ovládat. Učení je proces, který probíhá vědomě či nevědomě. Jedinec získává nové dovednosti a znalosti, čímž se mění jeho myšlenky, postoje a činy (Šulistová, Trešlová, 2012).

Cílem sestry je dospět k tomu, aby jedinec pochopil, že to, co mu předává, působí ve prospěch jeho zdraví (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukovaný jedinec se většinou aktivněji zajímá o své zdraví a vyhýbá se rizikovým faktorům než jedinec, který není edukovaný a není si vědom toho, že si kvůli špatným návykům ničí zdraví (Svěráková, 2012). *„Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace – vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování.“* (Bastable, 2008, s. 11)

Šulistová a Trešlová (2012) popisují, že edukační proces je často porovnáván s procesem ošetrovatelským. Rozdíl mezi těmito procesy je takový, že ošetrovatelský proces se zaměřuje na zhodnocení a diagnostiku fyzických a psychosociálních potřeb pacienta, ale edukační proces je zaměřen na plánování a realizaci vyučování, které je založeno na zhodnocení pacienta a určení priorit jeho učebních potřeb.

Nejprve je potřeba zjistit, koho a proč máme edukovat. K úspěšnosti této fáze je potřeba kontakt s pacientem, abychom mu správně porozuměli, tzn. zjistit, v jaké je zdravotní a životní situaci, jakou má mentální úroveň a psychomotorickou schopnost. Na podkladě těchto informací edukátor stanovuje cíle edukace. Sestra by měla vědět, jakým způsobem bude edukanta edukovat. Dále společně s edukantem stanoví cíle a naplánuje další kroky, kterými se bude edukace pacientů ubírat. Poté již dochází k procesu edukace, kdy se využívají vybrané metody a pomůcky. Sestra sleduje a hodnotí, jak edukant postupuje v učení. Mohou se objevit i nějaké komplikace, které mohou přijít ze strany edukanta. Povinností sestry je vymyslet pro pacienta „hnací sílu“, která mu bude pomáhat zvládat úspěšné zakončení edukačního procesu. V poslední fázi edukačního procesu se hodnotí splněné cíle a dosažené výsledky. Je vhodné použít reflexi a zpětnou vazbu (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukace by měla zahrnovat všechny pracovníky zdravotnického týmu. V závěru zhodnocuje výsledky pacient i osoba, která edukovala. Hodnocením se zjišťuje efektivita edukace, proto je vhodné použít reflexi a zpětnou vazbu. Sestra by měla umět zhodnotit i sama sebe, zda z její strany nedocházelo k chybám (Kuberová, 2010).

1.4.4 Sestra v roli edukátorky o trombofilní mutaci

V této podkapitole se budeme zabývat rolí sestry edukátorky, která je nutná pro prevenci vzniku komplikací souvisejících s trombofilní mutací.

Pro správné naplnění role sestry edukátorky, která je velice náročná, je důležité disponovat znalostmi a schopnostmi nejen z ošetrovatelství, ale i psychologie, pedagogiky a didaktiky.

Zásadní je i osobnost dané sestry. Je podstatné, aby se dokázala samostatně rozhodnout, chovat se empaticky a uměla správně komunikovat. Měla by dostatečně ovládat problematiku trombofilní mutace. Dále by měla být důvěryhodná, zodpovědná, měla by mít schopnost organizace a dostatečné kompetence (Bastable, 2008).

Šulistová a Trešlová (2012) popisují, že primární péče se zaměřuje především na podporu zdraví pacienta a je prováděna především v domácím nebo v ambulantním prostředí. Jejím cílem je výchova ke zdraví celé populace. S ohledem na téma této práce lze konstatovat, že primární edukace nemůže probíhat, protože pacienti se s trombofilní

mutací již narodí. Svěráková (2012) uvádí, že sekundární péči představuje výchovně vzdělávací činnost zdravotníků. Edukace je v případě trombofilní mutace prováděna u již nemocných pacientů, kterým se snažíme předávat informace, vědomosti a postoje, které jsou určené k dodržování správného léčebného režimu a zabránění možných komplikací. V oblasti terciální péče se pomocí správné edukace snažíme předcházet komplikacím nemoci a udržení co nejvyšší míry pohody pacienta. Plevová et al. (2011) tvrdí, že pro správnou spolupráci sestry a pacienta je potřebné, aby se sestra uměla dostatečně vcítit do pocitů pacienta. Edukace je mnohem méně účinná, pokud sestra k pacientovi nepřistupuje dostatečně empaticky. Pozitivní empatie vyvolává pacientovu důvěru k sestře. Sestra musí nejprve pochopit pacientovo psychické rozpoložení a poté může být empatická. Kvapil (2011) popisuje několik fází, které se týkají reakce nemocného na sdělení závažné diagnózy. Jedná se o fáze popření skutečnosti, vzbouření, smlouvání, deprese a akceptování. Dále (Kvapil, 2011) uvádí, že dobrý edukátor by měl sledovat vývoj psychiky pacienta. Při provádění sekundární a terciální zdravotní péče je hlavním úkolem edukátora rozpoznat, v jaké fázi se nemocný nachází. Měl by umět vyhodnotit emoční ladění edukovaného, podle kterého pak bude vytvářet taktiku a cíle edukace tak, aby byly co nejvíce efektivní. U každého jedince je rychlost přechodu určitých fází individuální, proto je nezbytně nutné umět naslouchat. Pokud se pacient například nachází ve fázi smíření, není vhodné ho edukovat o tom, jak má správně pečovat o své zdraví. Edukátor by mu měl dát prostor pro to, aby mohl svůj stav pochopit a smířit se s ním. Až posléze bude schopen zastávat roli edukovaného (Kvapil, 2011).

Kuberová (2010) udává, že překážkou v edukaci ze strany pacientů může být stres, popření potřeby edukace, nízká motivace nebo jazykové, etnické a kulturní bariéry. Ze strany sester jde o absenci lidského přístupu, ignorování pacientových potřeb nebo nevhodnou komunikaci s pacientem.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

V této kapitole si představíme cíle a výzkumné otázky, které byly pro tuto bakalářskou práci stanoveny.

Cíl 1: Zjistit spokojenost pacientů ženského pohlaví trpících trombofilní mutací s edukací sester.

Cíl 2: Zmapovat na pediatrických a gynekologických ambulancích realizaci edukace pacientů s trombofilní mutací.

V návaznosti na stanovené cíle jsme si určili tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak na pediatrických a gynekologických ambulancích probíhá edukace pacientů s trombofilní mutací?

Výzkumná otázka 2: Jaké otázky nejčastěji kladou pacienti s trombofilní mutací v rámci edukace?

2.1 Operacionalizace pojmů

Tato kapitola slouží k vysvětlení pojmů, které jsou využity v cílech a výzkumných otázkách bakalářské práce.

Nejdříve definujeme pojem trombofilní mutace. Adam et al. (2007) uvádí, že trombofilní mutace je zvýšená náchylnost ke zrychlenému srážení krve. Navrátil et al. (2008) tvrdí, že trombofilní stavy představují opak krvácivých stavů.

Další stěžejní pojem je edukace. Edukace neboli vzdělání a výchova je velice důležitou součástí ošetrovatelské péče, a proto je důležité, aby sestra uměla tuto dovednost ovládat (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukace zahrnuje všechny činnosti jedince, při kterých se jeden učí a druhý vyučuje (Němcová et al., 2010).

3. Metodika

V této kapitole se budeme zabývat metodami použitými v našem výzkumném šetření a charakteristikou polostrukturovaného rozhovoru a námi vybraného výzkumného vzorku.

3.1 Použité metody

S ohledem na stanovené cíle práce byl pro výzkumné šetření této bakalářské práce stanoven kvalitativní přístup. Výzkumnou metodou byl polostrukturovaný rozhovor se sestrami a dívkami. Výzkumné šetření bylo realizováno v jedné z nemocnic v Jihočeském kraji na gynekologickém a pediatrickém oddělení, včetně ambulancí, a na oddělení klinické hematologie. Zvukový záznam nebyl pořizován, protože dívky a sestry si nepřály být nahrávány. Z toho důvodu mělo zaznamenávání formu přímého přepisování. Každý proband byl vždy seznámen se zachováním anonymity, což bylo ve všech případech dodrženo.

Kutnohorská (2009) uvádí, že kvalitativní výzkum je v ošetrovatelství vhodnější, protože se snažíme o zjištění pacientových pocitů ve vztahu k nemoci. Dle Hendla (2016) patří mezi výhody kvalitativního výzkumu především zkoumání jedince v jeho přirozené prostředí, umožnění navrhování teorií a získávání podrobného popisu jedince.

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

V naší bakalářské práci bylo výzkumné šetření vedeno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl zvolen kvůli jednoduchosti a možnosti dalšího rozvíjení dotazů. Připravena byla osnova otázek pro dívky i sestry. Tyto otázky byly polouzavřené, což umožňovalo doptat se na další informace v případě nejasností nebo změny jejich pořadí, a to vždy podle toho, jak se rozhovor vyvíjel.

Rozhovory byly vedeny s probandy, kteří mají diagnostikovanou trombofilní mutaci, v klidném domácím prostředí. Všechny rozhovory byly předem dohodnuté a naplánované. Otázky byly předem připravené podle stanovených cílů této bakalářské práce. S každým probandem bylo před zahájením rozhovoru domluveno, zda může být při provádění rozhovoru pořízena zvuková nahrávka. Pokud proband nesouhlasil, byl rozhovor zaznamenáván třetí osobou do notebooku pomocí programu Microsoft Word.

Rozhovory trvaly většinou 15-30minut. Ze začátku byly probandi trochu nervózní, ale díky příjemné atmosféře je nervozita po pár minutách přešla, takže se mohli rozprávět. Vždy jsme probandy ujistili, že jejich anonymita bude zachována.

Sběr informací od sester byl mnohem složitější a náročnější než sběr informací od dívek. Jen jedna sestra odmítla poskytnout rozhovor, a to z důvodu časové tísně. Před zahájením výzkumného šetření bylo potřeba získat povolení k rozhovorům od hlavní sestry a poté od vrchní sestry daného oddělení. Většinou byly dotazované sestry ve stresu a měly strach z toho, že nebudou umět na kladené otázky odpovědět, ale jinak byly milé a ochotné odpovědět na všechny otázky. Všechny sestry byly proti pořizování zvukové nahrávky, a tak byl rozhovor též zaznamenáván třetí osobou pomocí programu Microsoft Word v notebooku. Rozhovory většinou trvaly 10-15 minut. Rozhovory se sestrami probíhaly vcelku rychle, jejich odpovědi byly stručné, ale i během tohoto krátkého času se podařilo získat všechny potřebné informace.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zaměřit se na odkrývání jevů v rámci edukace pacientů s trombofilní mutací v oblasti životního stylu. Připravena byla struktura otázek, která se odvíjela podle rozhovoru s daným probandem.

V závěru nás zajímala znalost dané problematiky ze strany sester i pacientů, přístup sester k edukaci i pohled pacienta jako edukanta. Dále nás zajímalo, zda vůbec dochází k edukačnímu procesu při diagnostice trombofilní mutace, a pokud ano, tak do jaké hloubky. Informace od každého výzkumného vzorku byly zpracovány otevřeným kódováním.

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládá z 6 pacientek s diagnostikovanou trombofilní mutací a z 6 sester. Jedna sestra pracuje na gynekologickém oddělení, jedna sestra na gynekologické ambulanci, další sestra na pediatrickém oddělení, jedna sestra na pediatrické ambulanci a dvě sestry na klinické hematologii. Ve výzkumném šetření mělo být zahrnuto i šetření v centru lékařské genetiky, ale po zamítnuté žádosti bylo od toho odstoupeno. Rozhovory byly uskutečňovány od února 2017 do dubna 2017. Výzkumné šetření bylo vedeno vždy osobně.

Nejprve bylo potřeba schválení hlavní sestry k výzkumnému šetření. Zprvu jsme komunikovali pomocí e-mailové komunikace a poté jsme si domluvili osobní schůzku. Po získání písemného souhlasu k provedení výzkumného šetření jsme vše konzultovali se staniční sestrou příslušného oddělení, se kterou jsme si domluvili osobní setkání, a následně mohlo dojít k získávání informací od sester. Staniční sestra byla velice ochotná a vstřícná.

K výzkumné části posloužily rozhovory se záměrně vybranými pacientkami. Podmínkou byla diagnostikována trombofilní mutace. Souhlas s výzkumným šetřením není součástí bakalářské práce z důvodu zachování anonymity. Je ale k dispozici u autorky.

Pro větší přehlednost je předložena tabulka pacientek (tab. 1) i sester (tab. 2). V tabulce najdeme označení probanda a u sester i jejich pracoviště.

Tabulka 1 Identifikační tabulka pacientek

Identifikační tabulka pacientek				
Proband	Označení	Typ mutace	Místo diagnostiky	Zjištěno před
Pacientka 1	P1	Leidenská mutace	Lékařská genetika	4 lety
Pacientka 2	P2	Leidenská mutace	Gynekologie	3 lety
Pacientka 3	P3	Leidenská mutace	Gynekologie	2 lety
Pacientka 4	P4	Leidenská mutace	Lékařská genetika	1 rokem
Pacientka 5	P5	Mutace protrombinu	Lékařská genetika	5 lety
Pacientka 6	P6	Mutace protrombinu	Lékařská genetika	1 rokem

Zdroj: vlastní

Pacientka 1 bude v této práci označována jako P1, pacientka 2 bude označována jako P2, pacientka 3 jako P3, čtvrtá pacientka bude označována jako P4, pacientka 5 jako P5 a pacientka 6 bude označována jako P6.

Ve druhé tabulce je uvedeno označení sester.

Tabulka 2 Identifikační tabulka sester

Identifikační tabulka sester		
Proband	Označení	Pracoviště
Sestra 1	SG1	Gynekologické oddělení
Sestra 2	SGA2	Gynekologické oddělení - ambulance
Sestra 3	SD3	Dětské oddělení
Sestra 4	SDA4	Dětské oddělení - ambulance
Sestra 5	SKH5	Klinická hematologie
Sestra 6	SKH6	Klinická hematologie

Zdroj: vlastní

Označení SG je označení pro sestru pracující na gynekologickém oddělení. SGA je označení určené pro sestru pracující na gynekologické ambulanci, SD pro sestru pracující na dětském oddělení, SDA pro sestru na dětské ambulanci a SKH je označení pro sestru pracující na oddělení klinické hematologie.

Sestra 1 bude v naší práci označována jako SG 1, sestra 2 bude označována jako SGA 2, třetí sestra bude označována jako SD 3, čtvrtá sestra jako SDA 4. Sestra 5 bude v této práci označována jako SKH 5 a sestra 6 jako SKH 6.

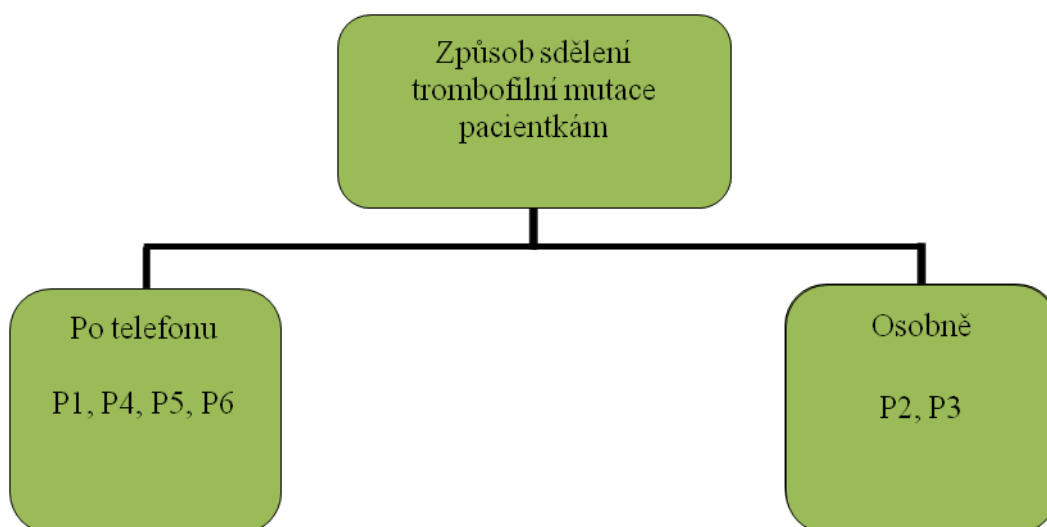
4. Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole budou představeny výsledky výzkumného šetření. Při jejich vyhodnocování budeme vycházet z informací, které nám poskytly probandi při rozhovorech.

4.1 Hodnocení edukační činnosti sestry klientem s onemocněním trombofilní mutace

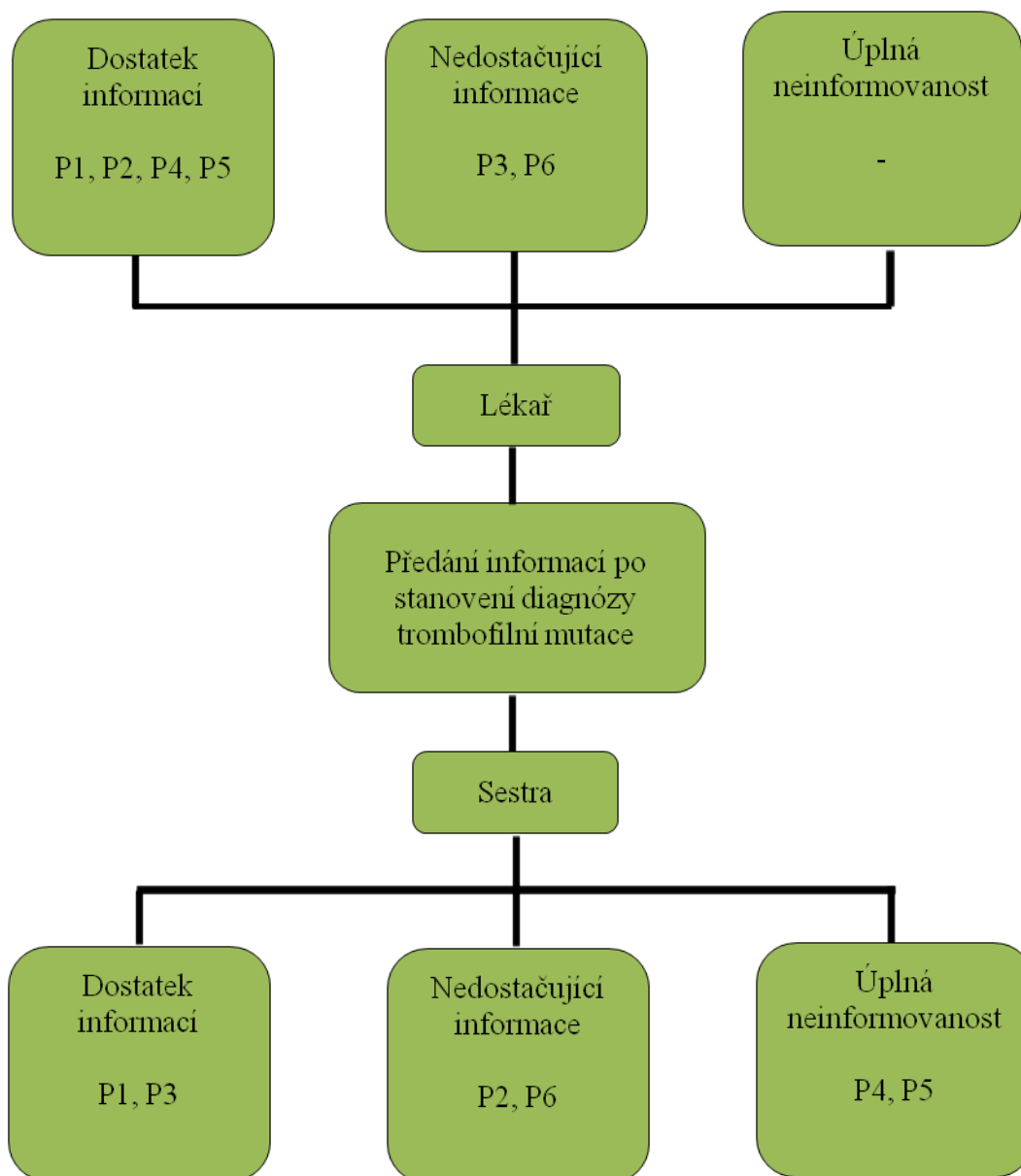
V této části jsou představeny pasáže z rozhovorů s pacientkami, které měly za cíl zjistit spokojenost pacientů ženského pohlaví trpících trombofilní mutací s edukací sester.

Kategorii číslo 1 (obr. 1) jsme nazvali **Způsob sdělení diagnózy trombofilní mutace pacientkám**. Na tuto otázku nám odpověděly 4 pacientky, že jim byla diagnóza sdělena po telefonu. „*Že mám mutaci protrombinového genu, mi zavolali z Centra lékařské genetiky v době, když jsem byla na procházce se psem v lese.*“ (P5) „*Jednou mi volalo neznámé číslo, a když jsem to zvedla, zjistila jsem, že mi volají z Centra lékařské genetiky, a sdělili mi, že se mi potvrdila Leidenská mutace.*“ (P1) Zbylé 2 pacientky se shodovaly v odpovědi, že je kontaktovali z nemocnice, konkrétně z gynekologické ambulance, a domluvili si s ní schůzku pro sdělení diagnózy. „*Jednoho dne mi volali z nemocnice z gynekologického oddělení a domluvili si se mnou termín, kdy se mám dostavit, aby mi sdělili výsledky krve. Na schůzce mi doktor řekl, že mám Leidenskou mutaci.*“ (P2) Většina dotazovaných uvedla, že jim toto onemocnění bylo diagnostikováno na základě výskytu v jejich rodině.



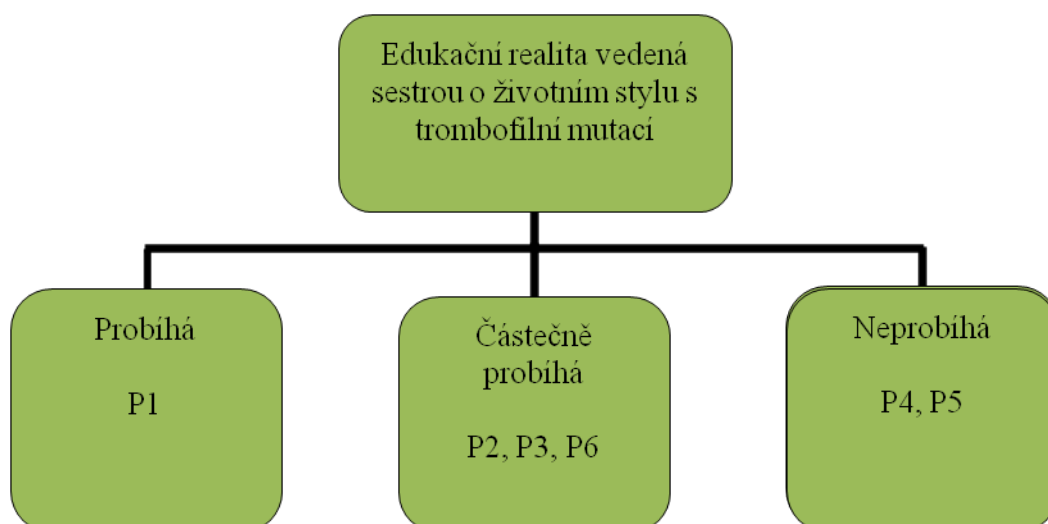
Obrázek 1 Způsob sdělení diagnózy trombofilní mutace pacientkám

Kategorii číslo 2 (obr. 2) nazveme **Předání informací sestrou/lékařem po stanovení diagnózy trombofilní mutace**. V této kategorii nás zajímalo, co bylo obsahem prvního rozhovoru po stanovení diagnózy. Nejčastěji pacientky zmiňovaly informace o těhotenství a o hormonální antikoncepci. Na podporu tohoto tvrzení dokládáme několik odpovědí pacientek. „*A pokud budu těhotná, tak navštívit hematologa a domluvit se s ním na dalším postupu.*“ (P1) „*Dále mi bylo řečeno, že pokud budu těhotná či budu mít jakékoliv zranění zejména dolních končetin, tak mám přijít.*“ (P4) A další odpověď: „*Informovali mě o nevhodnosti užívat hormonální antikoncepci, ale navrhli mi jako náhradní řešení kontracepci, která má i své nevýhody, ale je bezpečná.*“ (P5) Pacientky číslo 3 a 6 uvedly, že bylo použito mnoho odborných výrazů, kterým nerozuměly a které si po rozhovoru musely samy vyhledat. Pacientka číslo 2 uvedla zcela odlišnou odpověď od ostatních: „*Jelikož mi to bylo zjištěno díky tomu, že jsem měla trombózu, spíš mě lékař informoval o tom, proč a jak mi trombóza vznikla a jak ji mám léčit. Sestra mě pak v rychlosti naučila aplikovat si Fraxiparine, i přesto, že jsem studentskou střední zdravotnické školy.*“ (P2)



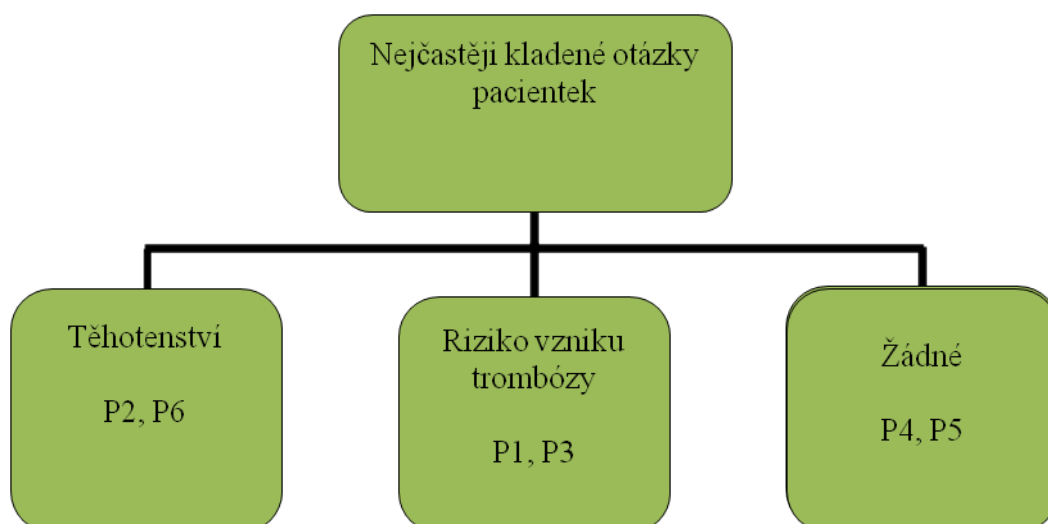
Obrázek 2 Předání informací po stanovení diagnózy trombofilní mutace – sestra, lékař

Kategorii číslo 3 (obr. 3) jsme nazvali **Edukační realita vedená sestrou ohledně životního stylu s trombofilní mutací**. V této kategorii nás zajímalo, zda vůbec dochází k edukačnímu procesu mezi sestrou a pacientkou. Polovina pacientek uvedla, že sestra jim nějaký čas věnovala. „Sestra mi věnovala asi 10 minut, aby mi v rychlosti vysvětlila, jak si aplikovat Fraxiparine a jelikož věděla, že mám praxi, neměla potřebu mi to dál vysvětlovat.“ (P2) „Sestra se se mnou bavila během a po odběru krve.“ (P3) S negativní odpovědí jsme se také setkali: „Sestra mi nic nesdělila.“ (P5) Od všech jsme se dozvěděli, že edukaci prováděl lékař. „Lékař mi věnoval cca 60 minut.“ (P1)



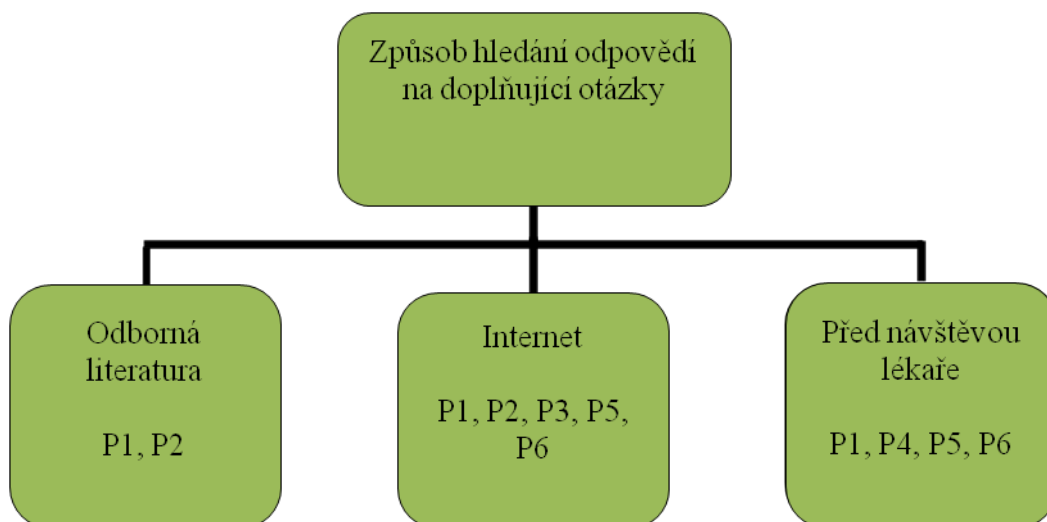
Obrázek 3 Edukační realita vedená sestrou ohledně životního stylu s trombofilní mutací

Kategorii číslo 4 (obr. 4) jsme nazvali **Nejčastější kladené otázky patientek**, kde nás zajímalo, na jaké otázky se nejčastěji pacientky sester ptají. 2 dotazované pacientky se shodovaly v dotazu na těhotenství. „*Nejvíce mě zajímalo, jak to bude s těhotenstvím.*“ (P2) „*Zajímalo mě, jak to bude v těhotenství nebo například jestli mi hrozí nějaké riziko při cestování.*“ (P6) Ostatní pacientky uvedly odlišné odpovědi. Jedna z tázaných patientek studovala střední zdravotnickou školu a vykonávala praxi ve zdravotnictví, proto neměla potřebu se doptávat na doplňující otázky. „*Jelikož jsem zdravotník, tak jsem o této nemoci už mnohé věděla.*“ (P4) Další z dotazovaných patientek uvedla doslovně tuto odpověď: „*Zajímalo mě, jak vysoké je riziko vzniku trombózy.*“ (P3)



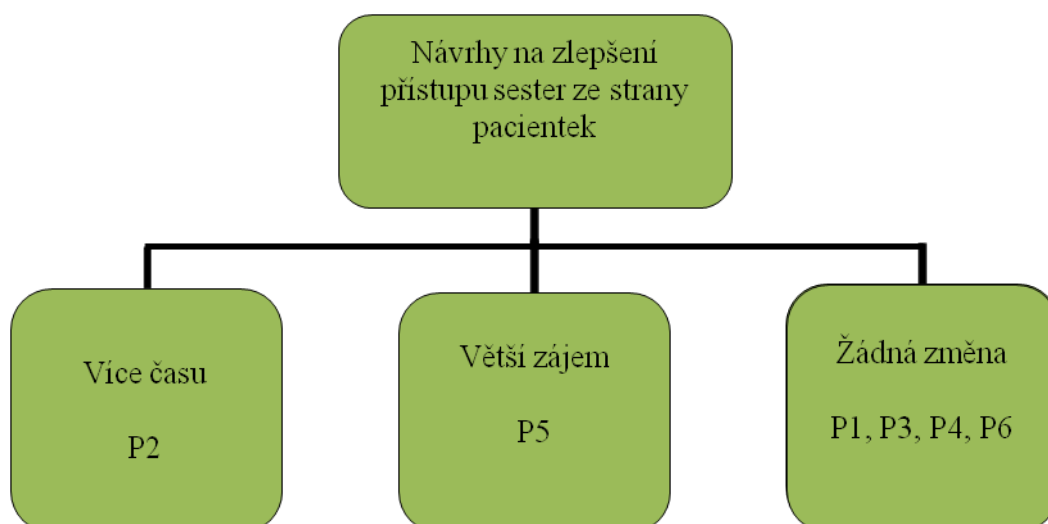
Obrázek 4 Nejčastěji kladené otázky patientek

Kategorii číslo 5 (obr. 5) jsme nazvali **Způsob hledání odpovědí na doplňující otázky**. V této kategorii jsme zkoumali, kde nejčastěji pacientky hledaly odpovědi na doplňující otázky. Velmi frekventovanou odpovědí byl internet. „*A teď, když mě něco napadne, informace hledám většinou na internetu.*“ (P6) Pacientka číslo 1 hledala informace nejenom na internetu, ale i v odborné literatuře. „*Neuměla jsem si stále odpovědět na otázku, která mě zajímala, a tak jsem hledala informace hlavně na internetu v diskuzích a v odborné literatuře.*“ (P1) Další tázaná hledala informace již před návštěvou lékaře. „*Informace jsem si zjišťovala ještě před návštěvou lékaře.*“ (D4)



Obrázek 5 Způsob hledání odpovědí na doplňující otázky

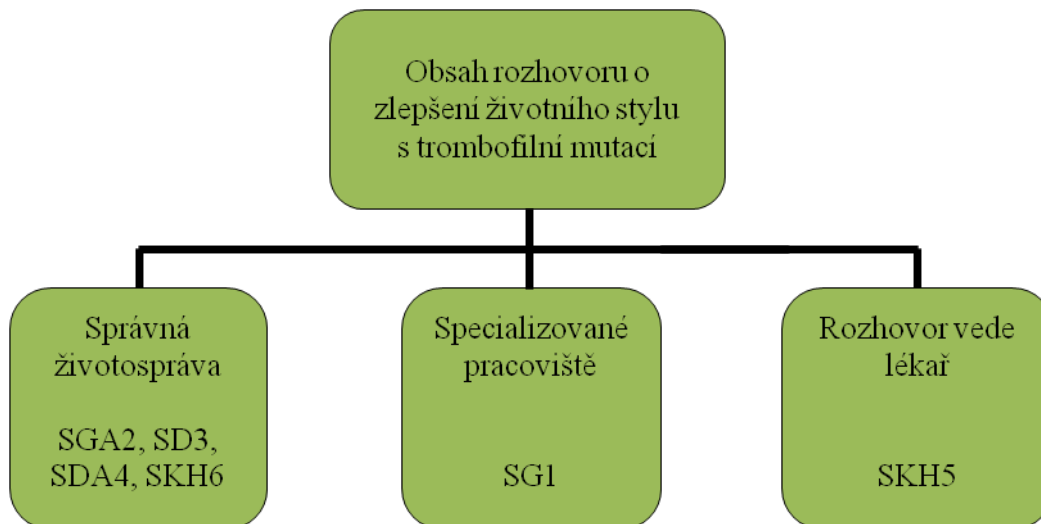
Kategorii číslo 6 (obr. 6) jsme nazvali **Návrhy na zlepšení přístupu sester ze strany pacientek**, kdy jsme zkoumali, co by pacientky zlepšily v přístupu sester směrem k nim. Polovina dotazovaných byla s přístupem sester spokojená a nic by neměnila. „*S informacemi od sestry jsem byla spokojená.*“ (P1) Další odpověď zněla: „*Já osobně jsem s přístupem sestry byla spokojená.*“ (P6) Dvě pacientky odpověděly, že by byly radši, kdyby sestra měla více času. „*Určitě bych byla radši, kdyby sestry měly více času se pacientům více věnovat v učení aplikace Fraxiparinů.*“ (P2) Pacientka číslo 5 odpověděla: „*Ze strany sestry bych zlepšila větší zájem o pacienty a snahu vysvětlení toho, co od lékaře pacienti nepochopí.*“ (P5)



Obrázek 6 Návrhy na zlepšení přístupu sester ze strany pacientek

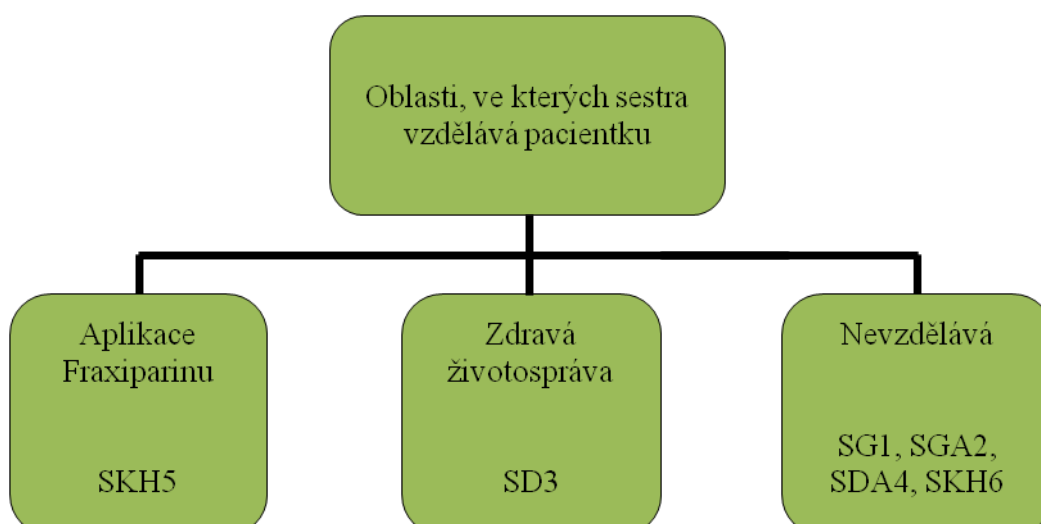
4.2 Edukační činnost sestry na gynekologickém oddělení, gynekologické ambulanci, na dětském oddělení, dětské ambulanci a na oddělení klinické hematologie

Kategorii číslo 7 (obr. 7) jsme nazvali **Obsah rozhovoru o zlepšení životního stylu s trombofilní mutací**. Zajímalo nás, zda sestra edukuje pacientku o možném zlepšení životního stylu s trombofilní mutací a co je obsahem edukace. Ve většině případů se sestry shodovaly v odpovědích. „*Že by se nemělo kouřit, nepít alkohol, mít dostatek pohybu, dodržovat zdravý životní styl, nebrat antikoncepci.*“ (SDA 4) „*Hlavně zdravá životospráva, kam patří dostatek tekutin, zdravá strava, dostatek pohybu, nekouřit, nepít alkohol, nevhodnost antikoncepce, nejlépe ji nebrat.*“ (SD 3. Dvě sestry uvedly odlišné odpovědi od ostatních. „*Zde edukujeme pacientky pouze v bodech a poté je odkážeme na specializované pracoviště.*“ (SG 1) „*Prevence trombózy či embolie, správná životospráva, ale většinou vede rozhovor lékař.*“ (SKH 5)



Obrázek 7 Obsah rozhovoru o zlepšení životního stylu s trombofilní mutací

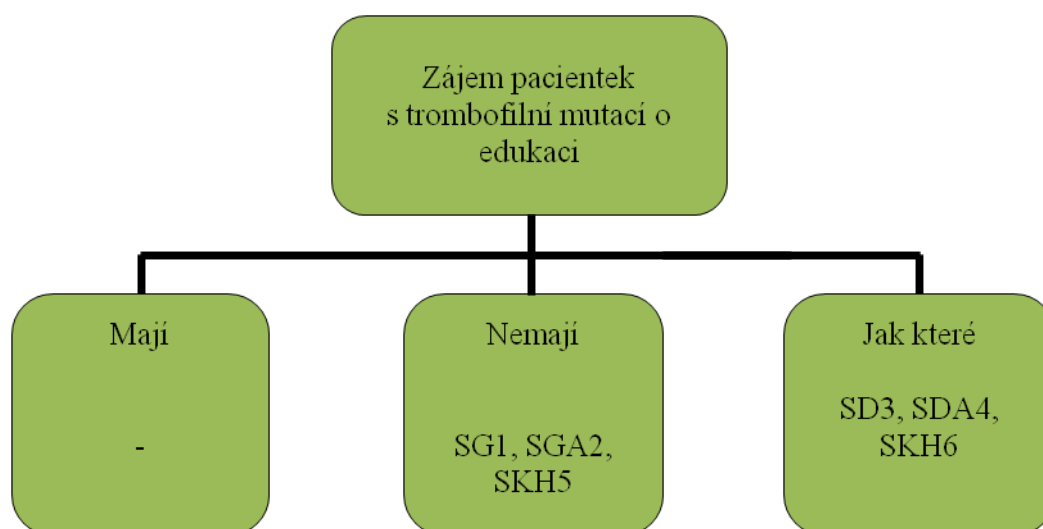
Kategorii číslo 8 (obr. 8) jsme nazvali **Oblasti, ve kterých sestra vzdělává pacientku.** V této kategorii nás zajímalo, v jaké oblasti sestra pacientku vzdělává. Byly uvedeny zcela odlišné odpovědi, z nichž jsme zjistili, že některé sestry pacientku vůbec nevzdělávají a nechávají vše na lékařích. „Edukaci provádí hlavně lékař.“ (SDA 4) „Nevzdělávám, od toho je specializované pracoviště.“ (SG 1) Pouze dvě sestry odpověděly kladně. „Pacientku vzdělávám hlavně při aplikaci Fraxiparinu v domácím prostředí a vzdělávám ji praktickým nácvikem.“ (SKH 5) „V oblastech, které jsem řekla v předchozí otázce, takže se to týká hlavně zdravé životosprávy.“ (SD 3)



Obrázek 8 Oblasti, ve kterých sestra vzdělává pacientku

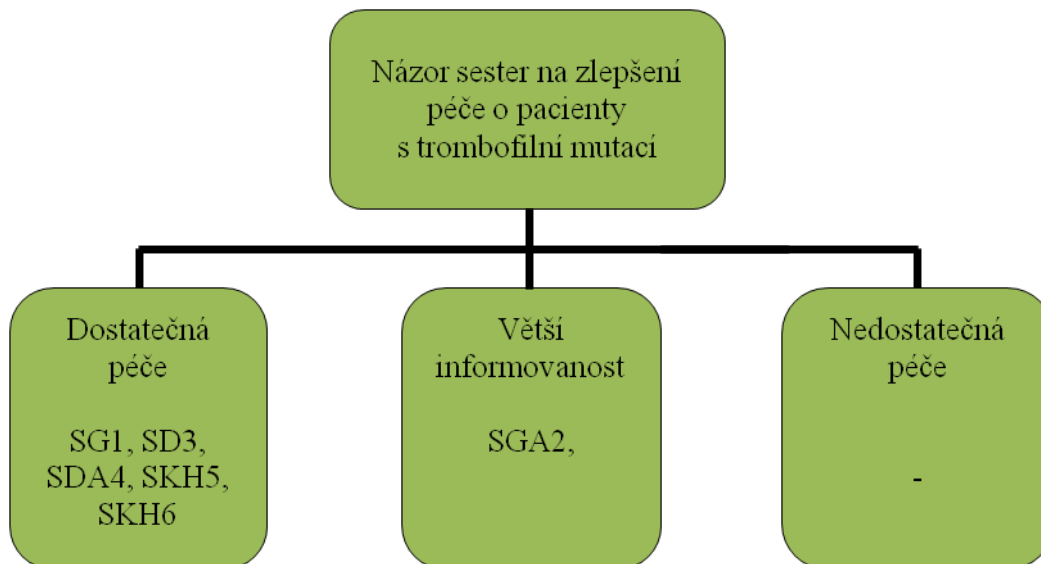
Kategorii číslo 9 (obr. 9) jsme nazvali **Zájem patientek s trombofilní mutací o edukaci.** Zajímalo nás, jak moc pacientky s trombofilní mutací stojí o vzdělání a jaký

přístup k nim zaujímají sestry. Ve většině odpovědí sestry uvádějí, že pacientky zájem nemají nebo vše řeší s lékařem. „Nemají zájem, nebo alespoň se mnou jako se sestrou nic neřeší.“ (SG 1) „Ve většině případů pacientky řeší potíže s lékařem.“ (SGA 2) Některé sestry se shodly, že záleží na pacientkách, některé mají a některé nemají zájem o vzdělávání. Dále uváděly, na jaké největší problémy narážejí. „Jak které, největším problémem je antikoncepce, kdy jim musím vysvětlit, že jsou i jiné možnosti ochrany při styku. Pak je problém kouření.“ (SD 3) „Zájem je individuální, některé pacientky mají problém dodržovat doporučení lékaře, jako třeba zákaz kouření nebo užívání antikoncepce“ (SDA 4) Jedna sestra odpověděla zcela odlišně. „Vzhledem k informacím dostupným na internetu jsou vzdělané až dost.“ (SKH 5)



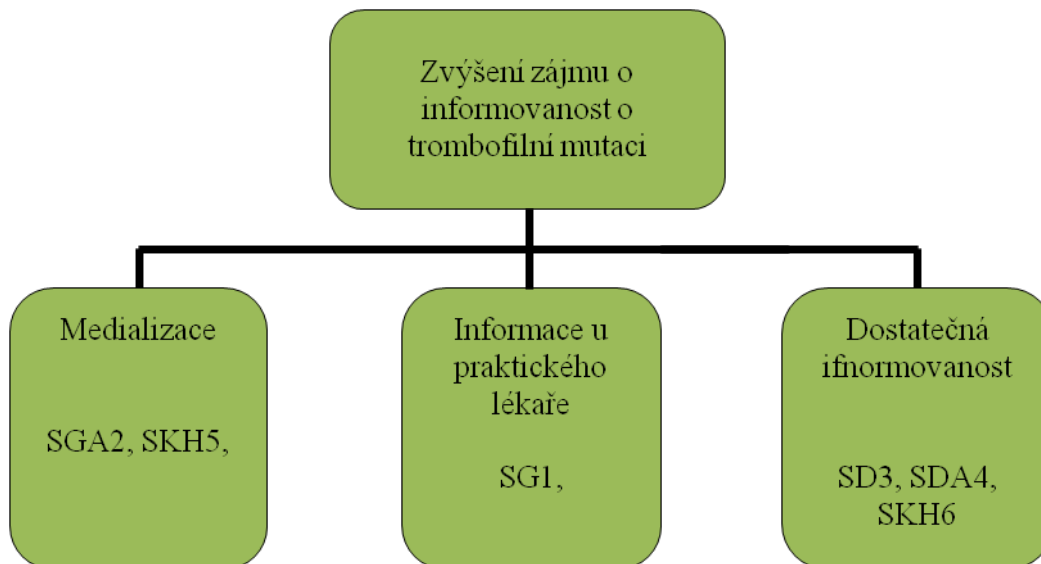
Obrázek 9 Zájem pacientek s trombofilní mutací o edukaci

Kategorii číslo 10 (obr. 10) jsme nazvali **Názor sester na zlepšení péče o pacienty s trombofilní mutací**. Zjišťovali jsme, co si sestry myslí, že by se mělo zlepšit v péči o pacienty s touto mutací. Polovina dotazovaných sester se shodovala, že péče je dostatečná a nic se měnit nemusí. „Myslím, že nic.“ (SKH 6) „Nic mě v tuto chvíli nenapadá.“ (SDA 4) Druhá polovina sester odpověděla kladně. „Zlepšit by se měl včasný záchyt, ještě dřív, než dívky začnou brát antikoncepci.“ (SG 1) „Zlepšit by se měla určitě dostupnost informací k této problematice,“ (SGA 2) nebo „informovanost gynekologů, protože ne všichni souhlasí s názorem, že antikoncepce není vhodná u pacientek s trombofilní mutací.“ (SD 3)



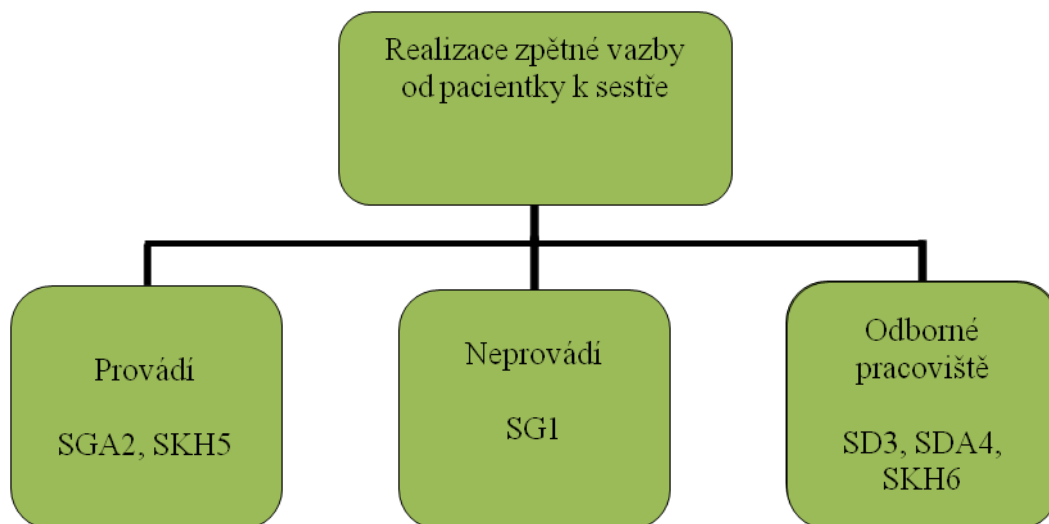
Obrázek 10 Názor sester na zlepšení péče o pacienty s trombofilní mutací

Kategorie číslo 11 (obr. 11) byla nazvána **Zvýšení zájmu o informovanost o trombofilní mutaci**. Zajímalo nás, jestli si sestry myslí, že je informovanost dostatečná, popř. jak by ji zvýšily. Polovina dotazovaných se shodovala v tom, že informovanost je dostatečná. „Řekla bych, že informovanost je dostatečná. Kdo má zájem, informace má, kdo nemá zájem, nebude je mít ani s naším maximálním přispěním.“ (SD 3) „Myslím, že informovanost je dostatečná. Plno informací se najde na internetu, v brožurkách nebo v médiích.“ (SKH 6) Ostatní sestry uvedly odlišné odpovědi. „Asi by se mělo více edukovat z pozice praktického lékaře.“ (SG 1) „Asi by se mělo více mluvit o trombofilních mutacích, takže nějakým způsobem to medializovat.“ (SGA 2). „Asi by se mělo toto onemocnění více zviditelnit, ale jak k tomu přispět, to netuším.“ (SKH 5)



Obrázek 11 Zvýšení zájmu o informovanost o trombofilní mutaci

Kategorii číslo 12 (obr. 12) jsme nazvali **Realizace zpětné vazby od pacientky pro sestru**. Zpětná vazba je důležitá z toho důvodu, že se zdravotní sestra ujistí, zda pacientka všemu porozuměla a nemá v informacích zmatek. V této kategorii jsme zjistili, že většinou zpětnou vazbu provádí lékař. „Při edukaci se lékař ptá, klade otázky, čímž zjistí, zda bylo vše dobře pochopeno.“ (SD 3) „Kontrola se provádí při návštěvě odborné ambulance a provádí ji většinou lékař.“ (SKH 6) Dvě sestry odpověděly, že edukaci neprovádí. „Neprovádím, od toho je specializované pracoviště.“ (SG 1) „Tato otázka se týká spíše lůžkové části, protože tady na ambulanci nemáme možnost ověření, pokud pacientka nedochází opakovaně.“ (SGA 2) Pouze jedna sestra odpověděla, že realizuje zpětnou vazbu od pacientek. „Opakované kontroly, zvláště v počátcích onemocnění.“ (SKH 5)



Obrázek 12 Realizace zpětné vazby od pacientky sestře

5. Diskuze

V této části bakalářské práce jsou shrnuty výsledky, které jsme získali a vyhodnotili pomocí výzkumného šetření uskutečněného s pacientkami a se zdravotními sestrami. Cílem této kapitoly je dát do kontextu výsledky empirické části bakalářské práce s částí teoretickou. Před zahájením výzkumného šetření bylo důležité získat dostatek kvalitních informací z odborné literatury, která se týká trombofilní mutace, ošetrovatelské péče o pacienty s komplikacemi vzniklými na základě trombofilní mutace a edukací.

Na základě stanovených cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Prvním stanoveným cílem bylo *Zjistit spokojenost pacientů ženského pohlaví s trombofilní mutací s edukací sester*. Tento cíl jsme hodnotili pouze z pohledu pacientek. Je důležité vědět, jak jsou pacientky spokojeny s edukací sester, protože tím sestry dostanou důležitou zpětnou vazbu. K tomuto cíli se váže výzkumná otázka *Jaké otázky kladou pacienti s trombofilní mutací v rámci edukace nejčastěji?*

Provedené výzkumné šetření můžeme rozdělit do dvou částí. První část byla realizována pomocí rozhovorů s probandy, kteří mají diagnostikovanou trombofilní mutaci. Z důvodu teoretického nasycení vzorku, kdy se empirického šetření zúčastnilo 6 probandů, nebylo nutné provádět rozhovory s dalšími probandy. Naším cílem bylo zjistit, jak jsou pacientky spokojené s edukací ze strany sester. Vzhledem k určeným cílům byl zvolen kvalitativní výzkum skrze polostrukturovaný rozhovor. V teoretické části této práce jsme se dozvěděli, že rizikovou skupinou pro vznik komplikací spojených s trombofilní mutací jsou dívky a ženy, které užívají hormonální antikoncepci, jsou těhotné, jsou po operaci nebo nedodržují správnou životosprávu. Dle Křepelky (2007) patří mezi nejzávažnější rizika trombofilní mutace užívání hormonální antikoncepce, která výrazně zvyšuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy, plicní embolie, infarktu myokardu a centrální mozkové příhody. Dle Konečné (2005) by se dívky, po diagnostice trombofilní mutace, měly úplně vyvarovat užívání hormonální antikoncepce nebo při užívání volit šetrnější hormonální preparáty. S touto informací můžeme po provedení výzkumného šetření souhlasit. V našem výzkumném šetření jsme zjistili, že pět probandů z šesti po diagnostikování trombofilní mutace přestalo hormonální antikoncepci užívat. Pouze jeden proband uvedl, že stále užívá šetrnější hormonální antikoncepci, protože má řadu výhod. Výhody se shodují s informacemi,

kteře jsme získali z odborné literatury. Dle Křepelky (2007) mezi výhody hormonální antikoncepce patří snížení krevních ztrát při menstruaci, omezení výskytu akné a spolehlivá ochrana před nechtěnou graviditou. Ačkoliv má hormonální antikoncepce spoustu výhod, myslíme si, že probandi s diagnostikovanou trombofilní mutací by ji užívat neměli, protože pro ně není vhodná. Zároveň by měli být seznámeni se všemi jejími možnými riziky.

Dalším cílem a výzkumnou otázkou bylo zmapování edukační reality vedené sestrou na jednotlivých zdravotnických pracovištích. Tento cíl jsme hodnotili z pohledu sester i pacientek. Je důležité, aby se u pacientek neprojevoval nedostatek určité potřeby. Považujeme za důležité podávat pacientkám informace o jejich diagnóze, možných komplikacích a doporučení, jak komplikacím předcházet.

V našem šetření se ukázalo, že dívky edukuje především lékař o tom, co je správné a co nesprávné. Ve většině případů si dívky musely informace dohledat na internetu, v brožurkách nebo v odborné literatuře. Setkali jsme se s odpověďmi od pacientek, že ze strany sester k edukaci příliš často nedochází, a to z důvodu jejich časové tísně nebo proto, že nemají zájem. V odborné literatuře dle Kuberové (2010) k edukaci ze strany sester nedochází proto, že u nich dochází k absenci lidského přístupu, ignorování pacientových potřeb nebo nevhodnou komunikaci s pacientem. V tomto ohledu, co se týče ignorování pacientčinych potřeb, se empirická část shoduje s teoretickou částí. Sestry nejeví zájem o potřeby pacientky v oblasti informovanosti o trombofilní mutaci. Proto jsme se v rámci rozhovorů pacientek ptali, zda jim sestra poskytuje dostatek informací o správném životním stylu při diagnóze trombofilní mutace. Z obrázku číslo 2 je zřejmé, že P1 a P3 dostaly od sestry dostatek informací, dále P2 a P6 dostaly nedostačující a nesrozumitelné informace a P4 a P5 vůbec žádné informace od sestry nedostaly. Většina z probandů dostala dostatek informací od lékaře, jak je patrné také z obrázku číslo 3. I přesto si myslíme, že edukace o změně životního stylu by měla být povinností ošetřující sestry, protože jsou to právě ony, ke kterým mají pacientky bližší vztah a na které se mohou obrátit s dotazy, které od lékaře nepochopily. Šafránková, Nejedlá (2006) uvádí, že plánování ošetrovatelské péče zahrnuje informovanost pacienta o změně životního stylu. Proto každá sestra pracující na gynekologickém oddělení, pediatrickém oddělení nebo na oddělení klinické hematologie by měla mít přehled o této problematice. V rámci rozhovorů jsme se pacientek ptali, co by zlepšily

na přístupu k pacientům ohledně trombofilní mutace ze strany sestry. Jak je vidět na obrázku číslo 7, polovina probandů by na přístupu sester nic neměla, ale proband P5 uvedl, že by zvýšil zájem sestry o pacientky s touto diagnózou. P2 by zlepšila časovou tíseň sester. V teoretické části Bastable (2008) tvrdí, že by se sestra měla umět sama rozhodnout chovat se empaticky a měla by umět správně komunikovat. Toto tvrzení se vztahuje ke zvýšení zájmu sestry o pacientky s trombofilní mutací. Domníváme se, že největší problém spočívá v tom, že sestry většinou nemají zájem o podávání informací pacientkám. Spoléhají na to, že se vše dozví na specializovaném pracovišti. Dále nás zajímalo, jaké jsou nejčastěji kladené otázky ze strany pacientek. Dle odborné literatury uvedené v teoretické části jsme uvedli principy kvalitního života s trombofilní mutací, kdy jsme zmínili problém užívání hormonální antikoncepce, cestování a těhotenství, na které se pacientky nejčastěji dotazují. Dle Křepelky (2007) je důležitá léčba trombofilní mutace u těhotných žen, protože v tomto stavu riziko vzniku tromboembolické nemoci značně stoupá.

Dále bylo naše výzkumné šetření realizováno se sestrou na gynekologickém oddělení, gynekologické ambulanci, pediatrickém oddělení, pediatrické ambulanci a na oddělení klinické hematologie, a to na základě schválení od hlavní sestry v jednom nemocničním zařízení Jihočeského kraje. Plánovaný počet byl 1-2 sestry z každého pracoviště. Uskutečněn byl jeden rozhovor se sestrou z gynekologického oddělení, jeden rozhovor se sestrou z gynekologické ambulance, jeden rozhovor z pediatrického oddělení, jeden rozhovor z pediatrické ambulance a dva rozhovory z oddělení klinické hematologie. Opět došlo k teoretickému nasycení vzorku. Vzhledem k určeným cílům byl zvolen kvalitativní výzkum, prováděný pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním záměrem empirického šetření bylo odkrývání jevů v oblasti edukace pacientů s diagnostikovanou trombofilní mutací v oblasti změny životního stylu.

Druhým stanoveným cílem bylo *zmapovat na pediatrických a gynekologických ambulancích realizaci edukace pacientů s trombofilní mutací*. Tento cíl jsme hodnotili z pohledu sester. K tomuto cíli se váže výzkumná otázka, *Jak na pediatrických a gynekologických ambulancích probíhá edukace pacientů s trombofilní mutací?*

Také sestrám jsme pokládali otázku, zda podávají informace o zlepšení životního stylu pacientkám s trombofilní mutací. Sestry nám na tuto otázky odpovídaly různými

způsoby. Čtyři sestry uvedly, že dochází pouze k předání informací, ne k edukačnímu procesu. SG 1, SD 3, SDA 4 a SKH 6 odpověděly, že k edukačnímu procesu dochází v odborných ambulancích a provádí ho lékař. Pouze jedna sestra uvedla, že k edukačnímu procesu z její strany dochází při opakovaných kontrolách, zvláště v počátku onemocnění (SKH 5), a to proto, že pacientky si sice vyslechnou informace od zdravotníka o tom, že by neměly kouřit, užívat antikoncepci apod., ale ihned za dveřmi myslí na to, jak si zapálí cigaretu. Proto považujeme za důležité, aby sestry z gynekologického oddělení včetně ambulance, pediatrického oddělení včetně ambulance a z oddělení klinické hematologie pacientky upozorňovali na to, že při dodržování určitých zásad se může předejít několika možným komplikacím spojených s trombofilní mutací. Odpověď SKH 5 se shoduje s tvrzením Šafránkové a Nejedlé (2006) v odborné literatuře, které uvádí, že cílem ošetrovatelské péče je vhodně motivovat pacienta s tímto onemocněním, aby dodržoval správnou životosprávu a docházel na kontroly k lékaři. Myslíme si, že je důležité a vhodné, aby byly pacientky informovány o správném životním stylu, protože správnou edukací se může předejít vzniku možných komplikací.

Dle Šulistové a Trešlové (2012) je edukace neboli vzdělání a výchova velice důležitou součástí ošetrovatelské péče, a proto je důležité, aby sestra uměla tuto dovednost ovládat. S touto informací můžeme po provedení výzkumného šetření souhlasit. Na položenou otázku, zda si sestry myslí, že je edukace pacientek důležitá, odpověděly všechny sestry kladně a shodně. To hodnotíme velmi kladně, protože edukace je důležitá při jakémkoliv onemocnění, ne jen u trombofilní mutace. Dále se empirická část práce shoduje i s tvrzením Petejové (2013), která uvádí, že nejdůležitější podmínkou léčby je správná edukace pacienta. Dle Konečné (2005) je důležité, aby dotyčný s trombofilní mutací byl seznámen s tím, že musí dodržovat pitný režim, tj. 2-3l za den, že v rizikových situacích, jako je dlouhá imobilizace nebo sádrová fixace, je nutná aplikace nízkomolekulárních heparinů a že by se měly vyvarovat užívání hormonální antikoncepce. Dle Petejové (2013) by měla sestra naučit pacienta s trombofilní mutací správnou aplikaci elastických punčoch v rámci prevence tromboembolické nemoci. Měla by také umět vysvětlit, že základem prevence je dostatek pohybu, ať už ve formě procházky nebo cyklistiky. Jejím úkolem je také naučit pacienta aplikaci nízkomolekulárních heparinů, tak, že pacientovi ukáže praktický

nácvik a vyzve ho, aby si sám aplikaci vyzkoušel. Brůhová (2011) tvrdí, že důležitou roli sestra zastává při edukaci režimových opatření trombofilních stavů, což se týká pitného režimu, nekuřáctví, ukončení užívání hormonální antikoncepce, kompresivní terapie (bandáž DK), omezení velké fyzické zátěže, dlouhého stání či nošení břemen a kontroly krevních hodnot. Tyto informace se nám potvrdily pouze ve dvou odpovědích, a to u SKH6, která uvedla, že pacientku učí aplikaci Fraxiparinu, a SD 3, která odpověděla, že vzdělává pacientku v oblasti správné životosprávy. SG 1, SGA 2, SDA 4 a SKH 6 uvedly, že pacientky nevzdělávají, protože jsou k tomu určená specializovaná pracoviště. Myslíme si, že edukace sestrou by měla probíhat na všech odděleních, kde se setkají s pacientkami, které mají diagnostikovanou trombofilní mutaci, ne pouze na specializovaných pracovištích. Čím více informací pacientky uslyší, tím více se zamyslí nad svým životním stylem.

Proč tedy dochází k absenci edukačního procesu u pacientů s trombofilní mutací ze strany sester? Jedním z vysvětlení, které se během výzkumného šetření objevovalo, bylo, že existují specializovaná pracoviště, kde mohou být pacientky edukovány nebo kde je edukuje lékař. Dalším důvodem byl nedostatek času a zájmu ze strany sester. Z odborné literatury dle Kuberové (2010) jsme zjistili, že důvodem k absenci edukačního procesu dochází nejen ze strany sester, ale i ze strany pacientů kvůli stresu, popření potřeby edukace nebo nízká motivace.

Díky výzkumnému šetření jsme došli k zajímavému zjištění. Ptali jsme se probandů, jak jim bylo sděleno, že mají diagnostikovanou trombofilní mutaci. Více než polovina probandů nám odpověděla, že jim tato informace byla sdělena pouze telefonicky. Zbylí probandi odpověděli, že měli domluvenou schůzku, kde jim diagnóza byla sdělena osobně.

Po dokončení výzkumné šetření jsme přesvědčeni o tom, že sestry edukaci převážně neprovádí, když nemusí, předávají pouze informace o správném životním stylu při diagnóze trombofilní mutace. I přesto si myslíme, že by se pomocí zvýšení zdravotní gramotnosti dívek mohl výskyt vzniklých komplikací spojených s trombofilní mutací výrazně snížit. Informace získané z odborných zdrojů se nám po provedeném výzkumném šetření potvrdily.

Narazili jsme ale na rozpor mezi materiály, ze kterých vycházela teoretická část této bakalářské práce, a informacemi, které jsme zjistili v empirické části práce. Totiž že edukace většinou ze strany sester neprobíhá. Dochází často pouze k předání informací ohledně správného životního stylu.

6. Závěr

V dnešní době se setkáváme s narůstajícím počtem pacientek s diagnostikovanou trombofilní mutací. Proto se domnívám, že edukace pacientek o změně životního stylu s trombofilní mutací je aktuálním tématem.

V teoretické části této bakalářské práce jsme se snažili shrnout všechny důležité informace o trombofilní mutaci a informace o problematice edukace pacientů s tímto onemocněním. Zabývali jsme se charakteristikou onemocnění, kvalitou života s tímto onemocněním, komplikacemi trombofilní mutace, léčbou vzniklých komplikací spojených s trombofilní mutací, ošetrovatelskou péčí o pacienta s tímto onemocněním a edukací.

V empirické části jsme se zaměřili na odkrytí jevů v oblasti edukace pacientů s diagnostikovanou trombofilní mutací v oblasti změny životního stylu. Stanovili jsme si dva cíle: Zjistit spokojenost pacientů ženského pohlaví trpících trombofilní mutací s edukací sester a zmapovat na pediatrických a gynekologických ambulancích realizaci edukace pacientů s trombofilní mutací. Na každý určený cíl jsme si stanovili jednu výzkumnou otázku: Jak na pediatrických a gynekologických ambulancích probíhá edukace pacientů s trombofilní mutací? Jaké otázky nejčastěji kladou pacienti s trombofilní mutací v rámci edukace? Záměrem této práce bylo zjistit, zda edukace probíhá na jednotlivých pracovištích účinně a s přínosem pro pacienty.

Pro empirickou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro pokrytí zkoumané oblasti byly stanoveny dvě výzkumné otázky, podle kterých jsme připravovali otázky do polostrukturovaného rozhovoru pro vybrané probandy. Z rozhovorů byly získány informace, které nám umožnily najít odpovědi na výzkumné otázky.

Z výsledků výzkumného šetření této bakalářské práce je patrné, že edukační proces většinou neprobíhá tak, jak by měl, ale dochází pouze k předávání informací pacientům od sester. Pouze jedna sestra ze šesti dotazovaných uvedla, že edukaci pacientek provádí v oblasti aplikace Fraxiparinu. Sestry jako nejčastější důvod uvádějí, že k edukaci dochází na specializovaných pracovištích. Někteří probandi z řad pacientů

tvrdí, že sestry nemají čas a zájem. Zajímavým zjištěním bylo, že více jak polovině probandů-pacientek byla diagnóza trombofilní mutaci sdělena telefonicky.

Autorka této bakalářské práce jistě využije informace vyplývající z této práce při seberealizaci ve své profesi a bude se sama podílet na edukaci pacientek trpících trombofilní mutaci o správném životním stylu.

7. Seznam použité literatury

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., et. al., 2007. *Hematologie pro praktické lékaře*. Praha: Galén, spol. s.r.o., 314 s. ISBN 978-80-7262-453-9 .
2. ASKARI, A. T., LINCOFF, A. M., 2010. *Antithrombotic Drug Therapy in Cardiovascular Disease*. Dordrecht: Springer. 475 s. ISBN: 978-1-60327-234-6.
3. BAR, M., CHMELOVÁ, I., 2011. *Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě* [online]. Postgraduální medicína. [cit. 2016-10-19]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
4. BASTABLE, S., 2007. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-4643-8.
5. BENEŠ, M., 2014. *Andragogika*. 2. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
6. BRŮHOVÁ, H., 2011. *Hluboká žilní trombóza u mladých žen (poznámky pro praktického lékaře)* [online]. *Angiologie, I. interní klinika FN v Plzni*. [cit. 2016-08-23]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/02/09.pdf>
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 228s. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
9. CIBULA, D., PETRUŽELKA, L., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
10. COOPER, P. C., REZENDE, S. M., 2007. An overview of methods for detection of factor V Leiden and the prothrombin G20210A mutations. *International journal of laboratory hematology*. [online]. 29 (3), 153-162. [cit. 2017-03-03]. DOI: 10.1111/j.1751-553X.2007.00892.x. ISSN: 1751-5521.

11. ČEŠKA, R., TESAŘ, V., DÍTĚ, P., ŠTULC, T., 2010. *Interna*. Praha: Triton, 2010. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
12. DORT, J., DORTOVÁ, E., JEHLIČKA, P., 2015. *Neonatologie*. Univerzita Karlova. 118 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
13. DULÍČEK, P., PENKA, M., BINDER, T., UNZEITIG, V., 2006. *Návrh antitrombotické profylaxe a péče o trombofilní stavy v gynekologii a porodnictví*. Vnitřní lékařství. Praha: Ambit Media. 52(S1), 58-62. ISSN 0042-773X.
14. HANÁKOVÁ, T., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Albatros Media a. s. 50s. ISBN: 978-80-264-0755-3
15. HAVLÍN, M., 2014. *Hormonální antikoncepce mladistvých a riziko tromboembolické nemoci* [online]. ADC Sanatorium, Praha. [cit. 2016-12-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hormonalni-antikoncepce-mladistvych-a-riziko-tromboembolicke-nemoci-475416>
16. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
17. HIRMEROVÁ, J., 2006. *Ambulantní a následná léčba hluboké žilní trombózy* [online]. II. interní klinika LFUK a FN Plzeň. [cit. 2016-07-27]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/9129-ambulantni-a-nasledna-lecba-hlubo-ke-zilni-trombozy>
18. HIRMEROVÁ, J., 2015. *Dlouhé sezení – nový a podceňovaný rizikový faktor žilního tromboembolismu* [online]. II. interní klinika LFUK a FN Plzeň. [cit. 2016-07-29]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/03/03.pdf>
19. HRABICA, M., 2007. *Co nám tělo říká aneb po stopách nemocí*. 2. vydání. Hrabica: Hrabicová Eva. 447 s. ISBN: 978-80-902322-7-3
20. INDRA, T., KUDLIČKA, J., 2016. *Plicní embolie – stále závažné kardiovaskulární onemocnění s vysokou mortalitou*. [online]. Praha: interní klinika VFN a 1. LF UK v Praze. [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/39162-plicni-embolie-stale-zavazne-kardiovaskularni-onemocneni-s-vysokou-mortalitou>

21. JANÍKOVÁ, E., ZELÉNÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256s. ISBN 978-80-247-4412-4.
22. JELÍNKOVA, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 160s. ISBN 978-80-247-5093-4.
23. KARETOVÁ, D., 2007. *Trombofilní stavy - indikace vyšetření, interpretace výsledků, dopady na preventivně léčebné postupy*. Postgraduální medicína, Praha: Mladá fronta, 9(4), 356-360. ISSN 1212-4184.
24. KOHOUT, P., KESSLER, P., RŮŽIČKOVÁ, L., 2007. *Dieta při antikoagulační léčbě*. Praha: Forsapi. 59 s. ISBN 978-80-903820-1-5.
25. KONEČNÁ, L., 2005. *Pacient a trombofilie*. *Sestra*, 15(7-8) s. 15-16. ISSN: 1210-0404.
26. KŘEPELKA, P., 2007. *Trombofilie a hormonální kontracepce*. [online]. Praha: Ústav pro péči o matku a dítě. [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/trombofilie-a-hormonalni-kontracepce-285068>
27. KŘEPELKA, P., 2007. *Trombofilie a těhotenství*. *Postgraduální medicína*. 9(1), 87-90. ISSN 1212-4184.
28. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 97880-7367-684-1.
29. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4
30. KVAPIL, M., 2011. *Edukace není možná bez empatie* [online]. *Medical Tribune*. [cit. 2016-11-21]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23239-edukace-neni-mozna-bez-empatie>
31. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. 96s. ISBN 978-80-247-2043-2.

32. MUSIL, D., 2009. *Rizika a prevence tromboembolické nemoci* [online]. Interní a cévní ambulance, Olomouc. [cit. 2016-08-14]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/02.pdf>
33. MUSIL, D., 2009. *Jak se vyhnout cestovní trombóze?* In: Léto v ordinaci praktického lékaře. Olomouc: Solen, s. 44-48. ISBN 978-80-8732714-2.
34. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 9788024723198.
35. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Osveta. 260s. ISBN 978-80-8063-321-9.
36. PENKA, M., BINDER, T., DULÍČEK, P., 2013. *Antitrombotické zajištění těhotných ten podle rizika tromboembolické nemoci (TEN) - doporučený postup*. Česká gynekologie. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, roč. 78, supplementum, s. 34-36. ISSN 1210-7832.
37. PENKA, M., BULIKOVÁ, A., 2009. *Neonkologická hematologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-2299-3.
38. PENKA, M., TESAŘOVÁ, et. al., 2011. *Hematologie a transfuzní lékařství*. Praha: Grada. 421 s. ISBN: 978-80-247-3459-0.
39. PETEJOVÁ, S., 2013. *Péče o pacienta s flebotrombózou DKK* [online]. Centrální operační sál, FN Ostrava. [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-s-flebotrombozou-dkk-472276>
40. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80247-3558-0.
41. PROCHÁZKA, M., 2010. *Antitrombotická terapie v graviditě* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc, Porodnicko-gynekologická klinika. [cit. 2016-12-13]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/antitromboticka-terapie-v-gravidite-449545>

42. PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
43. REITSMA, P. H., ROSENDAAL, F. R., 2007. Past and future of genetic research in thrombosis. *Journal of Clinical & Experimental Investigations / Klinik ve Deneysel Arastirmalar Dergisi* [online]. 5 (1), 264-269. [cit. 2017-02-15]. DOI: 10.1111/j.1538-7836.2007.02502.x. ISSN: 1538-7933.
44. SAADATNIA, M., SALEHI, M., AMINI, G., MIRI, N. S. A., 2012. The impact of prothrombin (G20210A) gene mutation on stroke in youths. *ARYA Atherosclerosis Journal* [online]. 8 (1), 9-11. [cit. 2017-03-03]. ISSN: 1735-3955.
45. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada Publishing. 168s. ISBN 978-80-247-2733-2.
46. SKALICKÁ, L., 2006. Hluboká žilní trombóza – klinická manifestace a diagnostika. *Postgraduální medicína*. 8(4), 415. ISSN 1212-4184.
47. SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
48. SLEZÁKOVÁ, L., at al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II. Pediatrie, Chirurgie*. 2. Vyd., Grada Publishing. 264s. ISBN 978-80-247-3602-0.
49. SOUDNÝ, Z., 2016. *Zdraví národa: ženy, dívky, ověřte si, zda je pro vás hormonální antikoncepce bezpečná* [online]. Synlabianer odborný magazín pro lékaře. [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: http://www.synlabianer.cz/clanky/zdravi-naroda-zeny-divky-overte-si-zda-je-pro-vas-hormonalni-antikoncepce-bezpecna_4
50. SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
51. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
52. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.

53. VAGDATLI, E., SERAFIMIDOU, O., PANTZIARELA, E., TSIKOPOULOU, F., MITSOPOULOU, K., PAPOUTSI, A., 2013. Prevalence of thrombophilia in asymptomatic individuals with a family history of thrombosis. *Haematology Laboratory, Department of Medical Laboratory Studies, Alexander Technological Educational Institution of Thessaloniki, Greece* [online]. 17 (4), 359-362. [cit. 2017-02-15]. ISSN: 1108-4189.
54. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256s. ISBN 978-80-247-3419-4.
55. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. Speciální část*. Praha: Grada Publishing. 308s. ISBN 978-80-247-9742-7.
56. YOKUŞ, O., BALÇIK, Ö. S., ALBAYRAK, M., 2010. Diagnosis and treatment strategies of thrombophilic risk factors. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. [online]. 1 (2), 125-133. [cit. 2017-03-03]. ISSN: 1309-8578.
57. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128s. ISBN 978-80-271-0156-6.
58. ZÍTKOVÁ, M., POKORNÁ, A., MIČUDOVÁ, E., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing. 168s. ISBN 978-80-247-5094-1.