



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Využívání edukačních materiálů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Barbora Motyčáková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph.D

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Využívání edukačních materiálů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění“ 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 diplomové 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 08. 2019

.....

podpis

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení mé diplomové práce. Velké poděkování patří také všem informantům, kteří se zúčastnili našeho výzkumného šetření.

Využívání edukačních materiálů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění.

Abstrakt

Onemocnění srdce a cév představují ve světě a také v České republice jednu z nejčastějších příčin úmrtí. Včasná prevence je nutnou intervencí ke snižování incidence kardiovaskulárních onemocnění. Účinnou intervencí může být edukační činnost vedená sestrou či lékařem s využitím edukačních materiálů.

Cílem této práce bylo zjistit, jak probíhá edukace v rámci prevence kardiovaskulárních onemocnění, jaké je využití edukačních materiálů a jaké mají samotní pacienti povědomí o kardiovaskulárních chorobách.

K realizaci výzkumného šetření bylo zvoleno kvalitativního přístupu s využitím polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Rozhovory byly realizovány s lékaři, sestrami a pacienty z odborných ambulancí a ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Jihočeském kraji. Pozorování probíhalo v kardiologické ambulanci nemocnice Písek.

Výsledky výzkumu poukazují na to, že edukaci v prevenci kardiovaskulárních onemocnění provádějí zejména lékaři. Sestry pacienty needukují zejména kvůli nedostatku času a nedostatečným vědomostem. Co se týká využívání edukačních materiálů, bylo zjištěno, že je mnozí z dotazovaných nepovažují za obzvlášť důležité. A to se potvrdilo i v rámci pozorování, kde jsme zjistili, že nebyl nikomu nabídnut ani doporučen žádný edukační materiál a poptávka nebyla ani ze strany samotných pacientů či jejich rodinných příslušníků. Jelikož ale edukace neprobíhala poprvé, je pravděpodobné, že edukační materiály byly pacientům vydány či doporučeny již při první návštěvě. Dále výzkumné šetření ukázalo, že informovanost pacientů o kardiovaskulárních onemocnění není příliš vysoká, ale na druhou stranu prokázali celkem dobré znalosti v oblasti preventivního chování.

Výsledky této práce poukazují na určité nedostatky v oblasti edukace v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Námi realizované šetření naznačuje nedostatečnou edukaci ze strany sester a neefektivní využívání edukačních materiálů. Poukazují však také na to, že sami lékaři mají zájem na tom, aby se sestry do edukace zapojovaly aktivněji, i když jsou si vědomi určitých limitů. Tyto výsledky mohou sloužit jako podnět pro management zdravotnických zařízení a pro ty, kteří se zabývají profesní přípravou sester.

Klíčová slova

Kardiovaskulární onemocnění, prevence, edukace, edukační materiály

Use of educational materials in prevention of cardiovascular diseases

Abstract

Heart and vascular diseases represent one of the most common causes of death in the world and also in the Czech Republic. Early prevention is a necessary intervention to reduce the incidence of cardiovascular disease. An effective intervention can be an educational activity led by a nurse or a doctor using educational materials.

The aim of this work was to find out how education is taking place in the prevention of cardiovascular diseases, what is the use of educational materials and how patients themselves are aware of cardiovascular diseases.

To achieve the survey research we have chosen a qualitative approach with the possibility of semi-structured interviews and observation. Interviews were carried out with doctors, nurses and patients from specialist ambulances and general practitioners for adults in the South Bohemian region. Observations continued in the cardiology clinic of the Písek hospital.

The results of the research point to the fact that education in the prevention of cardiovascular disease is carried out mainly by physicians. Nurses do not particularly educate for the lack of time and lack of knowledge. As regards the use of educational materials, it has been found that many of the respondents do not particularly consider them as important. This was also confirmed in the observation, where we found out that no educational material was offered or recommended to anyone and there was no demand from the patients themselves or their family members. Since the education was not the first time, it is likely that educational materials were issued or recommended to patients at the first visit. Furthermore, the research showed that patients' awareness of cardiovascular disease is not very high, but on the other hand they have proved a fairly good knowledge of preventive behaviour.

The results of this work point to some shortcomings in the field of education in the prevention of cardiovascular diseases. Our research indicates insufficient education by nurses and inefficient use of educational materials. However, they also point out that doctors themselves have an interest in getting nurses more actively involved in education, even if they are aware of certain limits. These results can serve as an a

stimulus for the management of healthcare facilities and for those involved in nursing training.

Key words

Cardiovascular diseases, prevention, education, educational materials

Obsah:

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Charakteristika kardiovaskulárních onemocnění	11
1.1.1 Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění	13
1.1.2 Prevence kardiovaskulárních onemocnění	15
1.2 Edukace v prevenci kardiovaskulárních onemocnění	19
1.2.1 Formy edukace	21
1.2.2 Metody edukace	22
1.2.3 Sestra v roli edukátora	23
1.2.4 Edukační prostředky a pomůcky	25
1.2.5 Zásady změn chování	27
1.2.6 Edukace v oblasti výživy	28
1.2.7 Edukace v oblasti pohybové aktivity	30
1.2.8 Edukace v oblasti kouření	31
1.2.9 Edukace v oblasti krevního tlaku	33
1.2.10 Edukace v oblasti stresu	35
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky	37
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	38
4 METODIKA	39
4.1 Použitá výzkumná metoda	39
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
5.1 Výsledky - lékaři a sestry	42
5.2 Výsledky – pacienti	55
5.3 Výsledky – pozorování	61
6 DISKUZE	65
7 ZÁVĚR	73
8 SEZNAM LITERATURY	75

9 SEZNAM PŘÍLOH	84
10 SEZNAM ZKRATEK	96

ÚVOD

„Základem zdraví a štěstí je střídmost ve všem, v jídle, v pití i v jiných požitcích. To je tajemství dlouhověkosti.“

Jan Amos Komenský

Kardiovaskulární onemocnění stále patří k nemocem s velmi vysokou morbiditou a mortalitou, nejen u nás, ale také v ostatních rozvinutých zemích. I přestože máme k dispozici vysoce účinné nástroje pro primární i sekundární prevenci infarktu myokardu a dalších komplikací aterosklerózy, ischemická choroba srdeční zůstává nejčastější příčinou úmrtí. Zásadním krokem ke změně je prevence. Primární prevence by měla být doménou zejména praktických lékařů, kteří u svých pacientů vyhodnotí kardiovaskulární riziko a povedou je ke změně životního stylu. Vhodnými intervencemi a včasnou detekcí rizikových faktorů mohou významnou měrou snížit výskyt kardiovaskulárních onemocnění. Podstatnou roli hraje nekuřáctví, zdravé stravování a dostatek pohybové aktivity. Předpokladem ale zůstává dobrá informovanost a vzdělanost občanů. V dnešní moderní době má každý člověk k dispozici velké množství informačních zdrojů, zejména internet, kde ale kvalita získaných informací může být různá a nikdy nemůže nahradit informace poskytované zdravotníkem. A proto se domnívám, že vhodnou edukací a empatickým přístupem, můžeme u všech pacientů docílit pozitivních změn a vést je k zodpovědnosti za své vlastní zdraví.

Předkládaná diplomová práce bude rozdělena do dvou částí. Teoretická část bude poskytovat základní informace o kardiovaskulárních onemocnění, její prevenci a edukaci. Empirická část bude zjišťovat, za pomoci rozhovorů a pozorování, jak edukace v prevenci kardiovaskulárních onemocnění probíhá, jaké je využití edukačních materiálů a jaké mají pacienti povědomí o kardiovaskulárních chorobách a jejich prevenci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Charakteristika kardiovaskulárních onemocnění

Světová zdravotnická organizace uvádí, že kardiovaskulární nemoci mají za následek 31% úmrtí na celém světě. Každým rokem zemře následkem tohoto onemocnění celkem 17,9 milionů lidí. Spouštěčem těchto onemocnění je dle Světové zdravotnické organizace škodlivé užívání tabáku, fyzická nečinnost, nezdravá strava a nadměrné užívání alkoholu (WHO, 2017).

Kardiovaskulární onemocnění patří mezi nejčastější příčinu úmrtí nejen u nás, ale i v ostatních ekonomicky rozvinutých zemích (Bulava, 2017). Postihují muže i ženy často v nejproduktivnějším věku. Jejich vznik a vývoj lze přitom ovlivnit správnou životosprávou a omezením rizikových faktorů na minimum (Čeledová, Čevela 2017). Prevence kardiovaskulárních chorob je klíčem ke snižování srdečně-cévní nemocnosti a úmrtnosti. Zcela zásadními opatřeními jsou nekouření, prevence obezity, metabolického syndromu, prevence stresu a dalších škodlivých vlivů zevního prostředí (Mandovec, 2009). Jak uvádí Staněk (2014), kardiovaskulární onemocnění můžeme v širším slova smyslu definovat jako veškerá vrozená či získaná onemocnění srdce a cév. Často však tímto názvem označujeme pouze choroby srdečního svalu a cév, které byly způsobené kornatěním tepen takzvanou aterosklerózou. Patří mezi ně ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin a ischemická mozková cévní příhoda.

Ateroskleróza je dlouhodobě probíhající degenerativní proces, jehož podstatou je ukládání lipidů, sacharidů, krevních buněk, fibrózních tkání a vápníku ve stěně tepny (Souček et. al. 2011). Dokonce se diskutuje i o vlivu ukládání některých bakterií a virů (Bulava 2017). Jedná se tedy o progresivní, chronické, zánětlivé onemocnění cévních stěny, kdy prvotní změny bývají patrné nejprve v oblasti hrudní nebo břišní aorty a až později v koronárních nebo periferních tepnách (Mandovec, 2008). Tuka (2018) popisuje aterosklerózu jako velmi dynamický a reaktivní proces, jehož klinická manifestace se objeví opravdu náhle, bez varovných příznaků a bohužel často i s fatálními či trvalými následky. Aterosklerotický proces, neboli aterogeneze, začíná zpravidla již v mládí a probíhá několik let bez jakýchkoliv klinických projevů. První známky orgánového poškození se mohou objevit u některých jedinců již kolem čtyřicátého roku života nebo i dříve, ale nejčastěji se projeví až po padesátém roku

života (Kolář, 2009). Závažným důsledkem je pak vznik ischemické choroby srdeční (ICHS).

Sovová, Sedlářová et al. (2014) definují ICHS, jako ischemii (nedokrevnost) myokardu, která byla způsobená patologickým procesem v koronárním řečišti. Ischemie se objeví tehdy, pokud nároky na dodávku kyslíku převáží možnosti perfúze. Zvýšené nároky na dodávku kyslíku mohou být navozeny zvýšenou fyzickou nebo psychickou aktivitou, zvýšením systolického tlaku nebo tachykardií (Bulava, 2017). Jednotlivé formy ischemické choroby srdeční se liší etiologií, klinickým obrazem, léčbou a prognózou. Z hlediska léčby a prognózy má zásadní význam rozlišovat formu akutní a formu chronickou (Kolář, 2009). Mezi akutní formy ICHS zařazujeme nestabilní anginu pectoris a akutní infarkt myokardu. Dnes souhrnně označujeme jako akutní koronární syndrom. Akutní infarkt myokardu je způsoben uzávěrem věnčité tepny s následnou nekrózou myokardu. U nestabilní anginy pectoris je mechanismus obdobný, ale průtok cévou je stále natolik dostatečný, že nedochází k nekróze srdečního svalu (Bulava, 2017). Chronická ischemická choroba neboli stabilní forma ICHS, je charakterizována epizodami reverzibilního nepoměru mezi poptávkou kyslíku a jeho nabídkou, které vznikají při zvýšené fyzické či psychické námaze. Mezi ně řadíme asymptomatickou ischemickou chorobu srdeční, námahovou anginu pectoris a stav po akutním infarktu myokardu (Sovová, Sedlářová et al., 2014).

Dalším, neméně závažným důsledkem aterosklerózy je vznik ischemická choroby dolních končetin (ICHDK). Toto onemocnění bývá zapříčiněno v 90-95 % právě aterosklerózou cév dolních končetin. K ostatním vzácným příčinám patří např. embolizace tepny, která je často příčinou vzniku akutní formy, která vyžaduje velmi časnou intervenci (Staněk, 2017). Klasifikace ICHDK vychází z původní klasifikace dle Fontaina (1954) a později byla upravena podle Puchmayera, který ji rozděluje do čtyř stádií. Někteří cévní specialisté také uvádějí klasifikaci podle Rutherforda (Karetová Vojtíšková, Roztočil, 2016). Jednotlivá stádia se rozlišují podle míry zúžené cévy. Vlček (2010) uvádí, že zúžená tepna není schopna potřebný přívod krve zajistit, sval trpí ischemií a dochází ke vzniku klaudikační bolesti. Pokud je omezení průtoku výraznější, vznikají bolesti i v klidu bez nutné fyzické námahy. Podle Piňhy (2017) lze ICHDK předcházet ovlivněním přítomných rizikových faktorů. Na první místo staví ukončení kouření a korekci diabetu. Pacienti s ICHDK mají vysoké riziko vzniku ischemické choroby srdeční a cévních mozkových příhod (Vlček 2010).

Ischemické cévní mozkové příhody (CMP) jsou ve vyspělých zemích stále významnou příčinou morbiditu (Stack, Cole 2019). Šanáček (2011) uvádí, že jsou častou příčinou nemoci a úmrtnosti i v České republice a představují tak stále velký medicínský, sociální a ekonomický problém. V posledním desetiletí došlo sice k významným změnám a to nejen v léčbě, následné rehabilitační péči a sekundární prevenci, která je zaměřená zejména na snížení rizik recidivy mozkových infarktů, tak i přesto následky CMP jsou alarmující. Přestože je diagnostika a léčba především v rukou neurologů, stanovení etiologie těchto příhod je stále přibližně z poloviny doménou kardiologů. Je to dáno tím, že kardioembolizační příhody se vyskytují především u pacientů s nemocemi srdce a věnčitých tepen. Podstatnou část tvoří pacienti s chronickou ischemickou chorobou srdeční, dále pacienti po aortokoronárních bypassech, koronárních intervencích a po náhradách srdečních chlopní. Ischemická cévní mozková příhoda neboli iktus, mozkový infarkt, je popisován jako náhle se rozvíjející klinické projevy ložiskového poškození mozku, které trvají déle než 24 hodin nebo vedou k úmrtí. Tento proces může nastat nejčastěji na základě aterosklerózy, embolizace nebo mikroangiopatie (Šanáček, et al., 2011). Projevy ischemické CMP mohou být různé. Nejčastěji se jedná o poruchy motoriky a ztrátu citlivosti na končetinách, které typicky bývá jednostranné. Postižení mají potíže s artikulací, mohou mít bolesti hlavy nebo může dojít k jednostranné poruše vidění. Odezní-li symptomy kompletně do 24 hodin, mluvíme o tzv. tranzitorní ischemické atace (TIA) (Šeblová, Knor, et al., 2018). Všechny CMP jsou hodnoceny jako urgentní stav, při jejichž léčbě má včasná přednemocniční péče svůj významný podíl. Stejně tak je významná i včasná, intenzivní a koordinovaná komplexní rehabilitace se zaměřením na maximální dosažitelnou soběstačnost pacienta (Kalvach, et al., 2010).

1.1.1 Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Po mnoho let se lékaři zaměřovali na vysokou hladinu cholesterolu jako na jediný významný rizikový faktor způsobující infarkt myokardu. Díky tomu začal být velký zájem o potraviny s nízkým cholesterolem a zdálo se, že i počet infarktů v USA klesal. Doktor Yanniose (1999) ale tehdy přišel s novým poznatkem, že přibližně polovina všech srdečních infarktů prodělali lidé, kteří neměli vysokou hladinu cholesterolu v krvi. Nový pohled v prevenci kardiovaskulárního onemocnění ukazuje, že vysoký cholesterol je pouze jedním z mnoha faktorů, který může za vznik ischemické choroby srdeční. Ale stále zůstává velmi významným rizikovým faktorem (Piscatella, Franklin,

2011). Studie FOURIER (Kazi, Penko, Coxson, et al., 2017), poukazuje na to, že čím většího snížení koncentrace hladiny LDL cholesterolu dosáhneme, tím nižší je výskyt infarktů myokardu a dalších aterosklerotických příhod a celkově dochází i k nižší mortalitě.

Vojáček (2012) označuje rizikové faktory jako vlastnosti, které jedince předurčují ke vzniku a rozvoji nemoci. Podle Světové zdravotnické organizace je až z 80 % možné těmto nemocem předcházet a to vhodnými intervencemi. Zásadním krokem je budování dobrých návyků týkající se zdravé populace, které si osvojujeme již v raném dětství a jsou spojovány s přebíráním vzorců chování od rodičů a vrstevníků. Jedná se zejména o vhodné stravovací návyky, cvičení a nekouření (WHO, 2017). Za dlouhou dobu výzkumů bylo popsáno více než 250 rizikových faktorů, které dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné (Vojáček, 2012).

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory řadíme věk, pohlaví a genetické predispozice (Češka, 2012). Tyto rizikové faktory ovlivnit neumíme, ale můžeme je eliminovat tím, že se u těchto rizikových pacientů více zaměříme na preventivní opatření a aktivní vyhledávání ostatních rizikových faktorů (Škňouřil 2018). V prevenci kardiovaskulárních onemocnění je důležité se zaměřit především na ty ovlivnitelné rizikové faktory, pomocí kterých lze významně snížit celkové riziko vzniku nemoci. Mezi standartní ovlivnitelné rizikové faktory KVO uvádí Rosolová (2013) hypercholesterolemii, arteriální hypertenzi a kouření. Škňouřil (2018) staví do popředí celkový životní styl. Změny v současném životním stylu, sebou přináší odklon od aktivního trávení času i fyzické práce, k sedavému způsobu života. Lidé pak dávají přednost spíše jízdě dopravními prostředky, trávení volného času u počítače či sledování televize na úkor aktivního odpočinku. Společně s nezdravými stravovacími návyky je to krok ke vzniku obezity, která přispívá ke vzniku hypertenze, cukrovky a vysoké hladiny cholesterolu.

Dalším důležitým rizikovým faktorem je kouření. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2017) se odhaduje, že kouření způsobuje 10 % kardiovaskulárních onemocnění po celém světě a pouhým zanecháním kouření se může snížit riziko KVO až o polovinu. Andrade, Arnett a Pinto (2015) uvádějí, že v roce 1990 se zvýšil počet úmrtí způsobených tabákem z 5,3 milionů na 6,3 milionů lidí. Tedy během deseti let, činil nárůst mortality o celý 1 milion osob. V současné době ale pozorujeme v Evropě

klesající trend kouření, s výjimkou některých skupin jako jsou mladiství, kde je kouření momentálně opět na vzestupu (Škňouřil, 2018). Světová zdravotnické organizace dále poukazuje na vliv deprese, která je předpokladem snížení délky života u osob trpícími kardiovaskulárními nemocemi (WHO, 2017). Touto myšlenkou se zabývají také Pederson, Prescott a Kerins (2017), kteří vnímají vliv psychosociálního stresu, jako je deprese, úzkost či vyhoření za velmi významného činitele, přispívajícího ke zvýšení incidence a zhoršení prognózy KVO. Na druhou stranu, ale poukazují na příznivý trend některých rizikových faktorů. V posledním desetiletí došlo v některých zemích západní Evropy k poklesu významných rizikových faktorů jako je kouření a snížení hladiny cholesterolu, ale přitom došlo ke zvýšení počtu pacientů s diabetem a obezitou. To vyvolává určité obavy, zda bude příznivý vývoj v posledních desetiletích pokračovat.

Nemůžeme opomenout ani vliv sociálních a ekonomických faktorů. Výzkumy ukázaly, že nižší socioekonomický status má vliv na vznik kardiovaskulárních nemocí. Je to důsledek vyšší prevalence kouření, nadváhy a obezity, nižší pohybové aktivity, vyššího krevního tlaku, hyperlipidémie, diabetu a nepříznivých psychosociálních faktorů a v neposlední řadě také menší ochoty nemocných řídit se pokyny lékaře v prevenci a léčbě (Lustigová et al. 2017). Světová zdravotnická organizace (2017) dokonce uvádí, že více než 80 % úmrtí na KVO se vyskytují v zemích s nízkými a středními příjmy a až trojnásobně vyšší riziko mají nekvalifikovaní lidé provádějící manuální povolání, než ty osoby, které vykonávají manažerské pozice. Preventivní kardiologie by se měla ve zvýšené míře věnovat právě sociálně slabým osobám a osobám s nízkým stupněm vzdělání (Lustigová, Čapková et al., 2017).

1.1.2 Prevence kardiovaskulárních onemocnění

Prevenci nemoci můžeme definovat jako předcházení jejímu vzniku nebo oddálení komplikací a smrti v důsledku nemoci. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. V primární prevenci se jedná o to, abychom předcházeli vzniku nemocí. Sekundární prevencí označujeme dodržování preventivních opatření u již diagnostikované nemoci a terciální prevence má za cíl omezit progresi onemocnění a zabránit opakování klinických příhod (Sovová, Sedlářová 2014). Aktuálním trendem se stává přesun z prevence sekundární, přes primární, na prevenci primordiální. Tedy na takovou prevenci, která udrží optimální rizikový profil po celou dobu života, tzn., že se

u lidí nikdy neobjeví choroby jako je např. hypertenze, diabetes apod., které jsou příčinou vzniku KVO (Tuka, 2018).

Základním cílem kardiovaskulární prevence je snížit nemocnost a úmrtnost, zlepšit kvalitu života pacientů změnami životního stylu, snížit rizikové faktory a nastavit vhodnou kardioprotektivní léčbu (Bruthans, et al. 2014). Ambulantní péči o osoby se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem, zaměřenou na primární prevenci, základní diagnostiku a léčbu, vykonávají praktičtí lékaři, v některých případech internisté. Např. pacient s diabetem mellitem bude docházet k internistovi – diabetologovi. Sekundární a terciální prevenci vykonávají kardiologové, ve spolupráci s internisty, neurology a angiology, kteří se starají o pacienty, kteří již prodělali některé kardiovaskulární onemocnění. Své pacienty dispenzarizují a koordinují u nich diagnostickou a léčebnou péči (Národní kardiovaskulární program, 2013).

Podle Škňouřila (2018) je cílem kardiovaskulární prevence snížit absolutní riziko kardiovaskulárních onemocnění v populaci i u jednotlivce. Strategií prevence KVO je ovlivnit v celé populaci faktory životního stylu a zevního prostředí. V Souhrnu Evropských doporučení pro prevenci KVO z roku 2012 je uvedeno, že účinná prevence může snížit mortalitu o více jak 50 % a to v důsledku změn v rizikových faktorech. Preventivní opatření by měla být dodržována po celý život a to od narození až po stáří. Dle Vojáčka (2012) spočívá prevence kardiovaskulárních onemocnění v aplikaci dvou strategií. První strategií je prevence prováděná na úrovni celé společnosti, která je zaměřená na ovlivnění faktorů životního stylu v celé společnosti a týká se osob, které nebyly postiženy kardiovaskulárním onemocněním. Druhý model strategie je zaměřen na jedince s vysokým rizikem KVO a má za cíl ovlivnit přítomné rizikové faktory a to prostřednictvím nefarmakologických i farmakologických postupů. Celopopulační prevence a prevence u osob s vysokým rizikem by se měla vzájemně doplňovat. Rosolová (2013) ve své knize uvádí, že prevence srdečně-cévních onemocnění je stále více propagována a věnuje se jí stále větší pozornosti než dříve. Dle Rosolové je to díky těsnějšímu spojení s informacemi vyspělého světa, ale i díky měnícímu se ekonomickému myšlení. Velký podíl na rozvoji preventivní kardiologie má také Světová zdravotnická organizace, která informovala v 50. – 60. letech o stoupající mortalitě na ICHS i u mladších věkových kategoriích a apelovala na členské státy, aby se jednotlivá ministerstva zdravotnictví postavila k řešení tohoto závažného problému.

Role sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Sestra by měla hrát v prevenci KVO u pacientů nezastupitelnou úlohu. Měla by je vést k lepšímu uvědomování vlastního rizikového chování, motivovat je ke spolupráci a poskytovat informace, které zlepšují jejich životní styl (Michálková, Olišarová, Tóthová, Šedová, 2016). Je to dáno tím, že tráví s pacientem více času než lékař a také proto, že je většinou více trpělivá při vysvětlování různých problémů (Sovová, Sedlářová 2014). Zároveň Trešlová, Šedová, Bártlová et al, (2017) poukazují na velký potenciál sester v prevenci KVO. Domnívají se, že sestry mají významné edukační schopnosti, které by mohly využít, pod záštitou lékařů, v primárních preventivních programech. Poukazují na zjištění, že efektivní edukační proces poskytovaný sestrou, vede pacienta ke zvládnutí potřebných změn, které jsou nezbytné k minimalizování rizik a vzniku KVO. Ale na druhou stranu by bylo potřeba některých změn, aby bylo dosaženo efektivních výsledků. Jako příklad dobře fungující edukace pacientů v prevenci KVO, můžeme jmenovat činnosti sestry v centrech preventivní kardiologie, kde detekce a posouzení rizika je založeno na zhodnocení anamnestických údajů a klinickém vyšetření, které z velké části sestra sama provádí. Jedná se o antropometrická vyšetření, jako je stanovení hmotnosti, výšky, výpočet BMI, měření obvodu pasu. Dále provádí měření krevního tlaku a tepové frekvence. Vilánková, Prusíková et al. (2010) dále uvádí, že sestra může samostatně provádět, na základě svých znalostí a dovedností, výpočet pro stanovení kardiovaskulárního rizika. K výpočtu používají tabulku SCORE (viz. příloha 1). K dosažení a následnému výpočtu je potřebné znát pohlaví, věk pacienta, hladinu celkového cholesterolu, hodnoty krevního tlaku a kouření. Pokud je skóre vyšší než 5%, jedná se o vysoké riziko a pokud hodnoty přesahují hodnoty 10 %, už se jedná o velmi vysoké riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Býma, Hradec, 2018).

Vilánková, Prusíková et al. (2010) popisují, že jsou sestry po zaškolení, schopny provádět i některé zobrazovací metody k diagnostice aterosklerotického postižení tepen dolních končetin. I v edukaci pacienta hraje sestra velmi významnou úlohu. Každý pacient s rizikem KVO prochází důslednou a opakovanou edukací o změnách dosavadního životního stylu. K ní dochází po předchozím rozboru současného životního stylu se zaměřením na stravu a pohyb, kouření a užívání alkoholu. Závěrem edukace sestra stanovuje průběžné cíle zaměřené na jednotlivé složky režimových opatření, které pacient do příští návštěvy musí splnit. Současně stanovuje i dlouhodobý cíl a při

každých dalších kontrolách vyhodnocuje úspěchy a neúspěchy pacienta a motivuje ho k dalším pozitivním výsledkům (Vilánková, Prusíková et al. 2010).

Role lékařů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Kardiologie je jedním z oborů, který za posledních několik desetiletí prošel obrovským rozvojem. Významným stimulem byly a jsou negativní statistiky týkající se četných úmrtí způsobeným KVO. Během posledních třiceti let došlo k rozvoji zobrazovacích technik, novým léčebným postupům, lékům a k nástupu katetrizačních technik, díky nimž došlo ke snížení úmrtnosti pacientů i zkrácení doby hospitalizace (Aschermann, 2018). I přes obrovský pokrok, ale zůstává úmrtnost na KVO příliš vysoká. Stále více se do popředí dostává nutnost zaměřením se na prevenci, kterou lidé stále podceňují (Tuka, 2018).

Praktické lékařství je medicínský obor, který každoročně ošetří největší počet pacientů. Obor, který také slouží jako měřítko úrovně zdravotnického systému. Dle Světové zdravotnické organizace se zdravotnictví státu určuje podle toho jakou má primární péči. Péče praktického lékaře představuje linii prvního kontaktu s pacientem a zahrnuje činnosti související s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, ošetřováním, léčbou, rehabilitací a domácí péčí. Primární prevence KVO by měla být převážně doménou praktických lékařů a sekundární prevence by měla být založena především na spolupráci praktických lékařů, internistů, kardiologů, neurologů a angiologů (Košta, 2013). Dle Býmy a Hradce (2009) je úloha praktických lékařů v primární prevenci nezastupitelná. Praktický lékař je hlavní osobou, která vyhledává a zajišťuje dlouhodobé sledování pacientů v prevenci KVO. Sehrává zásadní úlohu při vyhledávání jedinců s kardiovaskulárním rizikem a s doposud neprodělanými kardiovaskulárními příhodami. Posuzuje a nastavuje vhodné intervence podle jejich profilu rizika. Primární prevence v ordinacích PL by měla být zaměřena na boji proti kouření, včetně pasivního, ovlivňování stravovacích návyků, podporu zdravého životního stylu s pravidelnou pohybovou aktivitou a na monitorování výskytu kardiovaskulárních rizik a prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Dále Býma, Hradec (2018) doplňují nefarmakologická opatření KVO o udržování BMI mezi 20-25 kg/m² a zabránění centrální obezity. Obvod pasu u žen by měl být menší než 80 a u mužů menší než 94 cm. Co se týká pohybové aktivity, doporučení vychází z pravidelné fyzické aktivity a to nejlépe 30-60 minut denně, 5 dní v týdnu na úrovni střední aerobní intenzity. Býma, Hradec (2009) uvádí, že

pokud má být prevence účinná, musí být také multifaktoriální a musí být příznivě ovlivněny všechny rizikové faktory současně. Ke stanovení kardiovaskulárního rizika používají praktičtí lékaři různé algoritmy. V současné době je nejpoužívanější algoritmus SCORE, který byl vypracován na základě projektu Evropské kardiologické společnosti. Absolutní kardiovaskulární riziko se vyjadřuje jako pravděpodobnost, že pacient v následujících deseti letech zemře na kardiovaskulární onemocnění na aterosklerotickém podkladě, nebo na ischemickou cévní mozkovou příhodu. Pro ČR byl vytvořen specifický algoritmus, který vychází z národních údajů o kardiovaskulární úmrtnosti a z údajů o prevalenci hlavních rizikových faktorů. Jedná se o studie MONICA a postMONICA (Býma, Hradec 2009). Podle nových doporučení v prevenci KVO (Býma, Hradec, 2018), by se kardiovaskulární riziko v ordinacích praktických lékařů mělo stanovovat na základě požádání pacienta nebo v rámci preventivních či jiných vyšetření a to minimálně jednou za 5 let, jestliže se jedná o kuřáka středního věku, pacienta trpícího obezitou nebo pokud má jeden nebo více rizikových faktorů anebo jsou již zřejmé příznaky KVO. Dále se kardiovaskulární riziko stanovuje u mužů nad 40 let a u žen po 50 let nebo i dříve s nástupem menopauzy. Býma, Hradec (2009) v publikaci naráží na fakt, že jsou vytvářena doporučení pro praktické lékaře v prevenci KVO, které by mohly lékařům pomáhat při rozhodování v denní klinické praxi, ale ve skutečnosti se praktičtí lékaři těchto doporučení příliš nedrží. Mnozí je považují za příliš komplexní a obtížně aplikovatelné pro denní praxi.

1.2 Edukace v prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Po celou dobu existence zdravotnictví bylo úkolem lékařů, sester a rehabilitačních pracovníků nejen pacienty léčit a pečovat o ně, ale také je do jisté míry poučovat, vzdělávat a vychovávat, tedy jedním slovem, edukovat. Edukace by měla být zaměřena i na zdravé občany. Je důležité, aby se lidé orientovali v jednotlivých chorobách, znali zásady zdravého způsobu života a nezanedbávali prevenci. To klade velké nároky na zdravotníky, ale také na samotné pacienty. Je důležité, aby předkládané rady a informace přijímali, ptali se na věci, kterým nerozumí a hlavně, aby se podle navržených doporučení řídili. Je zřejmé, že v posledních letech došlo k přátelštějšímu vztahu mezi pacienty a zdravotníky, což vede k lepší spokojenosti pacientů i k lepšímu zdravotnímu stavu. Pacienti přestávají být pouhými pasivními příjemci informací a sami mají zájem dozvědět se co nejvíce a svými činy přispět ke svému lepšímu zdraví (Bělunek, 2007).

Svěráková (2012) označuje edukaci jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, který má za cíl navodit pozitivní změny ve smyslu posílení jeho vědomostí, postojů, návyků a dovedností. Efektivní výchova a vzdělávání pacientů přináší mnoho benefitů. Jednak vede ke snížení nákladů na zdravotní péči, protože zpravidla aktivní přístup vede k úspěšnější léčbě a kratší rekonvalescenci, ale také k lepší spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým týmem. Motivovat pacienta ke změně chování není jednoduché. Zvláště pak u dospělých pacientů, kteří mají určité zvyklosti pevně zafixovány a jejich odhodlání docílit nějaké změny, musí být dostatečně silné (Svěráková, 2012).

Edukace v prevenci kardiovaskulárních onemocnění by měla přispět k předcházení KVO, k udržení či navrácení zdraví a měla by vést ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou úlohu v rámci primární, sekundární i terciární prevence. Edukace v primární prevenci by měla být zaměřena zejména na boj proti kouření, podporu zdravého životního stylu, zvýšení fyzické aktivity a ovlivnění stravovacích návyků. Jedná se o proces, do kterého by měl být zapojen lékařský i nelékařský zdravotnický personál, ale i zdravotní pojišťovny. V neposlední řadě také stát a samotní občané, kteří by měli přebírat zodpovědnost za své zdraví (Olišarová, Tóthová, Šedová et al. 2018).

Edukace v sekundární prevenci probíhá u již nemocných jedinců, u kterých je nutné ovlivnit jeho vědomosti a postoje k tomu, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a zabránění vzniku komplikací. Edukace je převážně zaměřená na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění (Holubová, 2010). Při propuštění z nemocnice např. u nemocného po IM, který byl ošetřen primární angioplastikou se zavedením stentu, je potřebné pacienta řádně edukovat ohledně změny životního stylu. Dále by měl být poučen o dietních opatřeních a možnostech rehabilitačních programů. V neposlední řadě by měla edukace pacienta směřovat také na dodržování léčebného režimu v oblasti farmakoterapie. Po propuštění z nemocnice je pacient poučen o návštěvě praktického lékaře, která by měla nastat co nejdříve od propuštění. Další návštěvy jsou indikovány jeden měsíc od propuštění a po návratu z lázeňské léčby. Kardiolog má nemocného vidět 3x ročně a má být konzultován při každém zhoršení či změně zdravotního stavu. V rámci těchto kontrol je důležité hodnotit nejen zdravotní stav, rizikové faktory a jejich léčbu, ale také pacienta opětovně edukovat a hodnotit dodržování opatření ohledně změn životního stylu (Vítovec,

Špinarová, Špinar, 2011). Úlohou sestry v sekundární prevenci je, podané informace lékařem konkretizovat, rozšiřovat a pomáhat k lepšímu pochopení. Často je nutné podané informace opakovat a pomoci pacientovi je zařadit do každodenního života (Vilánková, Prusíková, 2010).

V oblasti terciální prevence KVO je edukace zaměřena především na pacienty se srdečním selháním, kteří mají již trvalé a nezvratné změny ve svém zdravotním stavu. Edukace je v tomto případě zaměřená na zlepšení kvality života a předcházení vzniku komplikací (Juřeníková, 2010).

1.2.1 Formy edukace

Formami edukace rozumíme uspořádání vnějších organizačních stránek a podmínek, které volíme tak, aby edukátor mohl ve výuce optimálně realizovat stanovené specifické výukové cíle v podmínkách daného zdravotnického či sociálního zařízení. Existuje celá řada organizačních forem výuky. Forma individuální, hromadná, skupinová, individualizovaná, projektová, diferencovaná, týmová a otevřená. Ale pro potřeby edukace ve zdravotnictví se využívají především formy individuální, hromadné a skupinové (Kuberová, 2010). Formy edukace podle Juřeníkové (2010), můžeme rozdělit také podle časového uspořádání, organizačního uspořádání studujících, vyučovacího prostředí, interakce lektor a posluchač a stavu systému, v němž vzdělávání probíhá. Ve zdravotnickém prostředí se setkáváme nejčastěji s formou interakce edukátora k posluchači.

Individuální forma edukace patří stále mezi nejpoužívanější formy edukace ve zdravotnictví. Zdravotník je tady ve velmi úzkém kontaktu s klientem a obsah edukace je stanoven na základě jeho individuálních potřeb. Při této formě edukace se nejčastěji používají edukační metody vysvětlování, rozhovoru a instruktáže s praktickým cvičením (Juřeníková, 2010). Nemcová, Hlinková (2010) doplňují, že je tato forma také vhodná pro edukanty s poruchami učení, se sníženou gramotností a pozitiva přináší také při edukaci s emocionálně nestabilními pacienty. Na druhou stranu nevýhodou této metody je izolace od ostatních pacientů, kteří tak ztrácejí možnost předávat si mezi sebou získané informace a zkušenosti.

Skupinová forma edukace je taková edukace, která využívá jednotlivé skupiny edukantů. Můžeme ji využít jak u zdravých, tak i chronicky nemocných pacientů. Ve

zdravotnictví se nejvíce využívá v lázeňské péči a svépomocných skupinách, kdy jednotlivec předává vlastní zkušenosti ostatním pacientům ve skupině, které spojuje stejný problém (Juřeníková, 2010). Optimální počet pro skupinovou formu edukace je 2-5 členů, aby mohlo dojít k potřebnému nácviku dovedností. Střední skupiny v počtu 6-30 lidí se nejčastěji používají např. pro nácvik relaxačních technik nebo kurzů zaměřených na léčbu obezity. Důraz musí být kladen na respektování interpersonálních vztahů uvnitř dané skupiny (Magurová, Majerníková, 2010). Při této formě výuky můžeme využít metody diskuze či beinwritingu (Juřeníková, 2010).

Hromadná forma edukace je třetím nejčastěji využívaným typem výuky. Je zaměřená na širší skupinu osob. Ve zdravotnictví se využívá tam, kde chceme edukovat více osob najednou a sdělit edukantům stejný obsah. Typickou metodou pro hromadnou formu edukace je přednáška. Jako příklad můžeme jmenovat např. preventivní programy zaměřené na zdravou výživu (Nemcová, Hlinková, 2010).

1.2.2 Metody edukace

Pojem metoda, je slovo odvozené z řeckého slova *meta hodos*, a znamená cestu směřující k cíli. Označujeme tím určité prostředky, postupy a návody, s jejichž pomocí můžeme dosáhnout určitého cíle, a to v kterékoliv činnosti (Zormanová, 2014). Kuberová (2010) popisuje edukační metody jako jisté strategie, způsoby a postupy práce sestry, která umožňuje edukantům osvojovat si získané vědomosti, dovednosti a návyky a uplatňovat je v praxi. Edukace pacienta či jeho rodiny, jejich učení, prohlubování vědomostí a nácvik praktických dovedností je v ošetrovatelství mnohem více, nežli jen výklad nebo přednáška. Aby bylo učení efektivní, musí se pacient aktivně zapojit do edukačního procesu. Jeho aktivity lze dosáhnout také prostřednictvím vhodné edukační metody, která bude pro něj nějakým způsobem zajímavá a vzbudí jeho pozornost (Nemcová, Hlinková et al., 2010). V preventivní kardiologii se zdají být velmi účinné metody krátkých intervencí. Jedná se o mezinárodně uznávané a nenáročné metody edukace, které byly navrženy Světovou zdravotnickou organizací. Podstatou krátkých intervencí jsou edukační a motivační rozhovory s pacientem, zaměřené na ovlivňování postojů a chování jedinců ve prospěch zdravého životního stylu (Hamplová, 2016).

Všeobecně platí, že neexistuje jediná správná nebo univerzální vyučovací metoda (Nemcová, Hlinková et al., 2010). Juřeníková (2010) uvádí, že při volbě jednotlivých

edukačních metod, musíme vždy přihlížet k osobnosti samotného pacienta, jeho vědomostem, dovednostem a zkušenostem. Dále pak také ke stanoveným cílům, obsahu a zvolené formě edukace. Výběr efektivní a vhodné metody musí respektovat také aktuální zdravotní, ale i psychický stav pacienta a prostředí, ve kterém bude edukace probíhat.

Edukační metody Juřeníková (2010) dělí na metody teoretické, teoreticko – praktické a praktické. Mezi teoretické metody řadí klasickou přednášku, přednášku s diskuzí, cvičení a seminář. Mezi teoreticko – praktické metody patří metody diskuzní, programová výuka, diagnostické a klasifikační metody a projektové metody. Mezi praktické, instruktáž, coaching, neboli koučování, asistování, rotace práce, stáž a exkurze. Nemcová, Hlinková et al. (2010) rozdělují vyučovací metody užívané při edukaci v ošetrovatelství podle aktivit edukátora a edukanta, a to na metody tradiční a alternativní. K tradičním metodám řadí metodu rozhovoru, přednášku, vysvětlování, diskuzi a demonstraci. Mezi alternativní metody pak patří například metody her, simulace, či programové učení. Dále je dělí podle cíle edukace na metody zaměřené na dosahování cíle v kognitivní, afektivní a psychomotorické oblasti. Také se rozlišují podle určitých ošetrovatelských diagnóz. Zde se vyučovací metody zaměřují na řešení problému deficitu vědomostí a deficitu zručností. A v neposlední řadě se také rozlišují podle věku pacienta. Jiné vyučovací metody jsou voleny pro dětské, dospělé a geriatrické pacienty. Mezi nejčastěji využívané metody ve zdravotnictví, Juřeníková (2010) uvádí přednášku, rozhovor, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení.

1.2.3 Sestra v roli edukátora

V současné době jsou kladeny stále vyšší požadavky na edukaci pacienta. Těmto požadavkům se musí přizpůsobit i sestra, která plní roli edukátora. Pro úspěšné vykonávání edukace, by sestra měla oplývat jistými předpoklady. Mezi ně určitě patří pozitivní charakterové vlastnosti, jako je trpělivost, tolerance, důstojnost, zodpovědnost a svědomitost. Dále musí mít potřebné intelektové a senzomotorické vlastnosti. Je zapotřebí, aby zvládala operativně řešit problémy a měla potřebnou zručnost a obratnost. Také je nutné, aby zaujímal pozitivní vztah k lidem, uměla komunikovat a měla potřebné vědomosti a dovednosti. Nejen ve svém oboru, ale právě i v oblasti edukace. Je důležité mít přehled a dokázat to vše efektivně využívat v praxi (Juřeníková, 2010).

Nemcová, Hlinková et al. (2010) vnímá edukační roli sestry, jako základní kompetenci všech sester v oblasti péče o zdraví a nemoci. Mezinárodní sesterská organizace dlouhodobě podporuje edukační roli sestry jako základní součást poskytování ošetrovatelské péče. Plnění edukační role sestrou, se v současné době považuje za jednu z velmi důležitých kompetencí a zodpovědností sestry. Od sester se očekává, že budou poskytovat kompetentní a koordinovanou péči, zapojovat pacienty a jejich rodiny do zdravotní péče a budou poskytovat pacientům a jeho rodinám poradenství v oblasti prevence a podpory zdravého životního stylu. Nemcová, Hlinková et al. (2010) dále rozlišují specifické role sestry a dělí je na poradce, konzultanty a pedagogy. Sestra v roli poradce radí pacientům v oblasti jejich konkrétního onemocnění. Vede ošetrovatelské záznamy, dokumentaci, dispenzarizaci a organizuje poradnu pro pacienty a jejich rodiny. Radí jim v oblasti zdraví, psychosociální a duševní pomoci. Dále zabezpečuje pomůcky, zdravotnickou techniku, spolupracuje s ošetrovatelským týmem a vytváří systém individuální péče pro každého pacienta. Sestra v roli konzultanta je zde jako odborný poradce. Konzultuje problémy s pacienty a jinými odborníky. A sestra jako pedagog neboli učitel, edukátor, připravuje individuální edukační plán a realizuje tak komplexní edukaci a reedukaci pacienta a jeho rodiny. Sestra jako edukátorka by měla pro zkvalitnění své práce provádět sebereflexi. Správná sebereflexe může sestřím pomoci vyvarovat se chyb a zkvalitnit tak jejich práci (Juřeníková, 2010).

Role sestry jako edukátorky, v oblasti preventivní kardiologie, hraje důležitou roli. Sestra by měla každého rizikového pacienta opakovaně edukovat o zásadách změn životního stylu, které by vedlo ke snížení jeho kardiovaskulárního rizika. Edukace by měla obsahovat také řádné vysvětlování o tom, co vlastně kardiovaskulární nemoci jsou a co je způsobuje (Vilánková, Prusíková, 2010). Doležal, Jarošová (2017) poukazují na řadu výzkumů, kde je zřejmé, že efektivní edukace vedená sestrou, přinesla pozitivní výsledky a stala se tak impulsem k vytvoření edukačního manuálu pro sestry u pacientů po infarktu myokardu. Jak ale vyplývá z práce Doležala, Pavelkové (2012) je zřejmé, že ošetrovatelská péče se u nás stále vyznačuje nedostatkem specializovaných a kompetentních sester, které by edukaci prováděly. V budoucím časovém horizontu vidí řešení v lepším systému vzdělávání specializovaných kardiosester a přípravě celostátně platné učebnici ošetrovatelství v kardiologii.

1.2.4 Edukační prostředky a pomůcky

Zormanová (2014) popisuje edukační prostředky a pomůcky jako veškeré předměty a jevy, které slouží k dosažení vytyčených cílů. Zahrnují vše, co vede ke splnění výchově-vzdělávacích cílů. Edukační prostředky jsou veškeré předměty materiální povahy, které slouží ve výuce jako podpůrný prostředek k dosažení edukačních cílů. A to tím, že přispívají ke zprostředkování obsahu učiva v názorné podobě. Průcha (2017) uvádí taxonomii zahrnující osm druhů učebních pomůcek. Mezi ně můžeme jmenovat různé modely, přístroje, obrazy a projekce, programy pro vyučování a literární pomůcky, jako jsou učebnice, příručky a jiné texty. Při používání edukačních prostředků a pomůcek musíme brát v úvahu skutečnost, že člověk přijímá 80 % informací zrakem, 12 % informací sluchem, 5 % informací prostřednictvím hmatu a 3 % přijímáme ostatními smysly (Juřeníková, 2010). Většina autorů, včetně Kuberové (2010), rozděluje didaktické prostředky při edukaci na materiální a nemateriální povahy. K nemateriálním řadí vyučovací metody a organizační formy vyučování. Mezi materiální edukační prostředky řadí předměty, které zajišťují, podmiňují a zefektivňují průběh vyučovacího procesu.

Edukační pomůcky

Podle Juřeníkové (2010), plní tyto učební pomůcky několik funkcí. A tou je funkce motivační, informačně-logická, názorná, aktivizační, rozšiřující a doplňující a v neposlední řadě dochází k propojování teoretických a praktických postupů. Při práci s edukačními pomůckami je nutné znát a dodržovat určité zásady. Zormanová (2014) považuje za nutné, se s danou pomůckou dokonale seznámit a umět s ní pracovat. Dále je zapotřebí ověřit její funkčnost, vyřadit pomůcky zastaralé a při práci s pomůckou dodržovat bezpečnost práce a ochranu zdraví.

V současné době je na trhu celá řada edukačních pomůcek. Ve zdravotnictví se můžeme nejčastěji setkat s pomůckami textovými, vizuálními, auditivními a audiovizuálními (Juřeníková, 2010).

Textové učební pomůcky patří mezi ty úplně nejčastěji využívané pomůcky ve zdravotnictví. Mezi ně patří učebnice, letáky, brožury, pracovní listy, časopisy a noviny. Pro cílenou edukaci je ale nutné, aby nebyly používány samostatně, ale v kombinaci s pomůckami jinými. Zejména pak doplněny o edukaci hovořeného slova. Velkou

výhodou těchto pomůcek je zajisté jejich dostupnost a snadná manipulace. Psaný text si může pacient lépe zapamatovat a kdykoliv se k němu vrátit. Nevýhodou ale zůstává neefektivní zpětná vazba mezi edukantem a edukátorem (Juřeníková, 2010).

Další, často využívanou pomůckou, jsou vizuální učební prostředky. Mezi ně řadíme fotografie, pohlednice, modely, nástěnné obrazy a plakáty, diapojektor, zpětný projektor aj. (Kuberová, 2010). Tyto edukační pomůcky se využívají zejména tam, kde potřebujeme zprostředkovat určitou dovednost nebo vědomost. Jsou dobře využitelné i u většího počtu edukantů současně, ale na druhou stranu nemá edukant, ve většině případů, možnost se k prezentovanému materiálu vrátit (Juřeníková, 2010).

Auditivní učební pomůcky jsou pomůcky, kde využíváme sluchového vnímání. A stejně tak jako se využívají ve školních podmínkách, můžeme se s nimi setkat i v edukaci ve zdravotnictví (Kuberová, 2010). Ale jak uvádí Juřeníková (2010) jsou ve srovnání s těmi ostatními, používané mnohem méně. Mezi tyto pomůcky řadíme prostředky a pomůcky auditivní techniky. Např. CD přehrávač, magnetofon, magnetofonová nahrávka, rozhlas a sluchová souprava ve specializované učebně (Kuberová, 2010). Juřeníková (2010) považuje za výhodu tohoto prostředku jeho snadnou použitelnost a přesnost. Jako nevýhodu uvádí chybějící vizualizaci a pasivitu edukantů.

Poslední, nejčastěji používanou pomůckou, můžeme jmenovat audiovizuální učební pomůcky. Jak uvádí Kuberová (2010), stává se rozšířenou a oblíbenou učební pomůckou a v dnešní době můžeme říci, že se používá poměrně často. Jako příklad můžeme jmenovat různé filmové promítací přístroje, televizory, videa, DVD přehrávače, domácí kina apod. Juřeníková (2010) shledává výhody těchto pomůcek v tom, že dochází k současnému zapojování vícero smyslů. A to zraku a sluchu. Dále uvádí poutavost a využitelnost pro větší počet edukantů současně. Určitou nevýhodou však může být jeho cenová náročnost.

Využití internetu v edukaci

Dnes má tato pomůcka v rámci edukace nezastupitelné místo. Má velmi široké využití podle záměrů a potřeb uživatele. Klade ale velké nároky na informační gramotnost. Ta zahrnuje znalosti, dovednosti a porozumění potřebné k efektivnímu používání informačních a komunikačních technologií v procesu učení (Kuberová, 2010).

Masové rozšíření internetu sehrálo zásadní roli ve využití technologií v edukaci. Dnes díky dobré dostupnosti internetového připojení a dostupnosti internetu v mobilních zařízeních, se jedná o informační zdroj, který je neustále při ruce a poskytuje tak širokou škálu informací. Může se jednat jak o informace pro odbornou veřejnost, tak pro veřejnost laickou. Problémem však může být kvalita poskytovaných informací. Velice nebezpečná a informačně nepřesná může být zejména kvalita informací poskytována ze sociálních sítí (Štěchová, 2017). Na druhou stranu ale musíme říci, že v dnešní době, zejména pro mladší ročníky, je to základní zdroj informací a bezesporu má své výhody. Juřeníková (2010) uvádí jako výhodu svobodnou volbu učebního tempa a širokou škálu informací.

Moderní informační a komunikační technologie v edukaci

Kuberová (2010) popisuje moderní informační a komunikační technologie jako moderní didaktické prostředky, které zaujímají v posledních letech nezastupitelné místo. Jedná se o technologie, které souvisejí se sběrem, záznamem a výměnou informací za pomocí osobního počítače s multimediální podporou, prostředky k digitalizaci, řízení, měření a snímání, internet a jeho služby, e-mail, média a integrované edukační programy. Informační a komunikační technologie přinášejí velký učební potenciál. Poskytují velké množství informací a klasické informační technologie jim v tom nemohou konkurovat. Vytvořené interaktivní a integrované edukační prostředí umožňuje oboustrannou a aktivní komunikaci a vede k podpoře a rozvoji kritického myšlení. Moderní informační a komunikační technologie přinášejí nové možnosti práce a tvorby. Dovolují zvolit si vlastní tempo práce a vlastní strategii učení a významně zvyšují motivaci v procesu učení a učení se (Kuberová, 2010).

1.2.5 Zásady změn chování

Nejdůležitějšími činiteli v péči o zdraví jsou, a stále budou, samotní lidé. Jejich způsob života a ochota účinně se podílet na péči o své zdraví. Machová, Kubátová et al. (2015) uvádí, že největší vliv na zdraví člověka má jeho způsob života, tedy životní styl. Každý se může rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Dále poukazují na to, že rozhodování člověka o jeho chování nebývá zcela vždy tak svobodné. Závisí na rodinných zvyklostech, tradicích společnosti, ekonomické situaci a v neposlední řadě také na věku, vzdělání, temperamentu, příjmu, zaměstnání, pohlaví, hodnotové orientaci a postojích každého

člověka. Člověk se může správně rozhodnout tehdy, má-li dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví podporuje a co mu škodí. Škodlivost některých forem chování, které vedou k poruchám zdraví, lze často velmi dobře odvodit z rozboru příčin nemocnosti a úmrtnosti. V případě chorob s vysokou nemocností a úmrtností, jako jsou i kardiovaskulárních choroby, vyplývá, že zdraví nejvíce poškozuje kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nesprávná výživa, nízká fyzická aktivita a nadměrná psychická zátěž. Pozitivním působením na tyto rizikové faktory může docházet ke změnám životního stylu. A právě nefarmakologické intervence v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, se stávají jejím těžištěm. Bylo prokázáno, že edukační činnost v oblasti změny stravování, navýšení pohybové aktivity a zanechání kouření je vysoce účinná a do budoucna je nutné ji stále rozvíjet (Doležal, Jarošová, 2015).

Cífková, Aschermann et al. (2014) popisují metody a doporučení, které mohou pomoci osobám usilující o změnu ke zdravému životnímu stylu. Jako příklad uvádějí možnost motivačních rozhovorů s pacienty a v případě potřeby doporučují zapojení specializovaných pracovníků. Jako jsou nutriční terapeutky, psychologové, zdravotní sestry apod. U jedinců s velmi vysokým rizikem pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění jsou doporučovány intervence zahrnující edukaci pacientů ohledně správné životosprávy, pravidelného cvičení a zvládání stresu. Důležité je pacienty správně motivovat, povzbuzovat, věnovat jim dostatek času, aby došlo k vytvoření důvěrného vztahu. Někdy může rozhodnout i pár minut navíc.

1.2.6 Edukace v oblasti výživy

Piscatela, Franklin (2011) považují stravovací návyky za významný faktor při ovlivňování kardiovaskulárního rizika, a to zejména lipidů, hmotnosti, krevního tlaku a diabetu. A spíše, než abychom si vybírali potraviny podle jejich nutriční hodnoty, se rozhoduje většina populace na základě pohodlí, reklam, chuti a tužeb. Základním problémem ve výživě, podle Zprávy o zdraví obyvatel České republiky (2014) je nevyvážená skladba stravy, nadměrný energetický příjem, nedostatek ovoce a zeleniny, vysoká konzumace soli, nepravidelné stravování a poměrně častá nevhodná úprava jídel, jako je smažení a fritování. Při srovnání s výživovými cíli Světové zdravotnické organizace, byl u všech populačních skupin zjištěn zvýšený příjem tuků a jednoduchých cukrů. Zejména pak u mužů i vysoký cholesterol a zvýšená hladina sodíku.

Cílem zdravotníka je naučit pacienta chápat principy zdravého stravování tak, aby byl schopen sám svůj jídelníček plánovat a vytvářet. Je nezbytné vždy vycházet ze vstupních stravovacích návyků pacienta a jednotlivé změny provádět postupně, aby se s nimi pacient dokázal sžít. Tím se samozřejmě zvýší i šance na zlepšení a vytrvalost (Tuka, 2018). Dále uvádí, že jakákoli dieta má být nastavena individuálně a na základě podrobné anamnézy. Prvním krokem je detailní záznam jídelníčku pacienta po dobu alespoň 1 týdně. Je nutné, aby pacient zapisoval potraviny ihned po konzumaci, včetně požitých nápojů. Do záznamu také uvádí své pocity a nálady, které mu konzumace určitého jídla a pití přináší. Takto dobře provedený a ověřený zápis jídelníčku je podmínkou kvalitní spolupráce nutričního terapeuta a pacienta a umožní nastavení takové diety, která bude pro pacienta dlouhodobě udržitelná (Tuka, 2018).

Dnes je na trhu velké množství edukačních materiálů zaměřených na správnou výživu a snižování hladiny cholesterolu. Záleží jen na zdravotnických pracovnících, které pacientům doporučí. Velkou škálu nabízí internet nebo je mohou využít v tištěné formě, a to ve formě letáků, či brožur. Některé edukační materiály rozdělují potraviny do skupin, které jsou barevně odlišeny a dělí je na potraviny vhodné, méně vhodné a nevhodné. Jiné je dělí do jednotlivých skupin, jako je ovoce, zeleniny, obiloviny, maso, mléčné výrobky apod. a k tomu uvádějí doporučené množství porcí za den. Nejméně přehlednými edukačními materiály jsou ty, které uvádějí doporučené množství spotřebovaných kalorií za den, s daným množstvím sacharidů, tuků a bílkovin. Na internetových stránkách můžeme najít také mnoho doporučení pro správné stravování kardiaků nebo pacientů s kardiovaskulárním rizikem. Ty nabízejí širší informace nejen o potravinách, ale často zde najdeme i ukázky sestavených jídelníčků a doporučení co číst na etiketách potravin při jejich nákupu (UPMC, Heart-Healthy Eating, © 2019).

Podle Souhrnu Evropských doporučení pro prevenci KVO v klinické praxi (2012) je důležité v rámci redukčního režimu udržování BMI indexu pod 25 kg/m^2 . Strava by měla obsahovat 200 g zeleniny a ovoce na den (2-3 porce), ryby by se měly v jídelníčku objevit alespoň 2x týdně, soli v potravě nesmí být více než 5 g/den. Nasycené mastné kyseliny nemají přesáhnout 10 % z celkového energetického příjmu a doporučují jejich hrazení polysaturovanými mastnými kyselinami. Povolené množství nenasycených mastných kyselin by nemělo přesáhnout 1 % za den. Dle doporučení je povolena konzumace alkoholických nápojů a to na dvě sklenky denně u mužů, což činí 30g

alkoholu za den. U žen je v toleranci 10 g alkoholu za den. Tato hodnota odpovídá 1 sklenice denně. Doporučenou skladbu potravin, zobrazuje příloha 2.

1.2.7 Edukace v oblasti pohybové aktivity

Pravidelná fyzická aktivita a cvičení jsou velmi důležité pro snižování rizika úmrtí a kardiovaskulárních příhod. Zachariah, Alex (2017) považují sedavý životní styl za jeden z hlavních rizikových faktorů pro vznik těchto onemocnění. Uvádějí, že nečinnost člověka má velký podíl na vzniku infarktu myokardu, a to z více než 25 %. Tuka (2018) považuje pohyb za jednu ze základních známek našeho života. Pravidelná pohybová aktivita představuje velmi účinný prostředek v prevenci kardiovaskulárních chorob, které ale není doposud věnováno tolik pozornosti. Jak uvádí i Piscatela, Franklin (2011), cvičení je důležité zejména proto, že přímo i nepřímo ovlivňuje kardiomarkery. Různé studie ukazují, že lidé, kteří cvičí, sníží riziko infarktu až o 50 %, což je více než dokážou léky na cholesterol. Fyzická nečinnost je naopak přímo spojena se zvýšeným rizikem kardiovaskulárního onemocnění. Pravidelné cvičení prospívá srdci. Když se srdeční sval trénuje, stává se silnějším a výkonnějším. Pravidelné cvičení zlepšuje schopnost srdce transportovat a využívat kyslík. Čím je kardiovaskulární systém zdatnější, tím více kyslíku srdce přivede ke svalům a tím snáze dokážou svaly kyslík z krve extrahovat. Pravidelné cvičení také snižuje pravděpodobnost extrémně rychlého srdečního pulsu v důsledku fyzického či emocionálního stresu. Studie také ukázali, že pravidelným cvičením se zvyšuje hladina HDL cholesterolu, která má pozitivní účinky na zdravé srdce. Pravidelným cvičením lze dosáhnout i optimálních hodnot krevního tlaku a redukci hmotnosti (Piscatela, Franklin, 2011).

Aby bylo možné správně a bezpečně pohybovou aktivitu indikovat, je zapotřebí pohybovou aktivitu pacienta změřit. Dotazníky jsou jednou z nejjednodušších forem hodnocení pohybu. Pohybová anamnéza by měla být součástí každého vyšetření v prevenci kardiovaskulárního onemocnění. Tuka (2018) uvádí celou řadu používaných dotazníků. V Evropské unii se nejčastěji využívá Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě a je znám ve zkrácené a dlouhé verzi. Další možnou a relativně dobře finančně dostupnou metodou k hodnocení pohybové aktivity jmenuje Tuka (2018) krokoměry a akcelerometry. Krokoměry ale poskytují pouze orientační odhad množství pohybové aktivity a nevypovídají o intenzitě pohybu. Akcelerometry jsou důmyslnější přístroje, které měří pohyb ve třech rozměrech a existuje přímá úměra mezi akcelerací a

intenzitou zátěže. Nevýhodou krokoměrů a akcelerometrů je, že není možné zachytit a vyhodnotit aktivity, kdy nedochází k velkému pohybu horní poloviny těla, jako je jízda na kole a plavání. Z dotazníků a anamnézy lze zjistit, kteří pacienti mohou bezpečně zahájit pravidelné pohybové aktivity. U těžších kardiaků je předtím nutné provést zátěžové vyšetření.

Při volbě pohybové aktivity vždy musí zdravotník přihlížet individuálním možnostem každého pacienta. Obecně se doporučuje vyvážený program zahrnující aktivity každodenního života, jako je chůze navíc, venčení psa, chůze po schodech apod. Dále jsou doporučovány aktivity aerobního cvičení k posílení kardiovaskulární vytrvalosti a spalování tuků a to o frekvenci 3-5x týdně. Jako jsou dlouhé procházky, rekreační sport, jízda na kole a plavání. 2-3x týdně je doporučováno protahování, silová cvičení zaměřené na budování síly a snižování požadavků srdce. A také strečink, díky němuž je možné předcházet zranění a usnadňovat aerobní cvičení a posilování (Piscatela, Franklin, 2011). Doporučený plán pohybové aktivity můžeme vidět v příloze 3.

1.2.8 Edukace v oblasti kouření

Kouření tabáku má historické kořeny u amerických indiánů. Do Čech se tabák dostal na sklonku 16. století a cigarety, jaké známe dnes, se začaly vyrábět v polovině 19. století. Ještě na počátku 20. století bylo kouření považováno za důkaz dobrého společenského postavení, a tak kouřil téměř každý. Až v druhé polovině 20. století byla prokázána souvislost kouření se vznikem kardiovaskulárních a nádorových onemocnění (Rosolová, 2013). Kouření tak zůstává hlavním rizikovým faktorem kardiovaskulárních nemocí (Tuka, 2018).

Cigaretový kouř obsahuje mnoho chemických látek. Dvě z těchto látek, které nám škodí, je nikotin a oxid uhelnatý. Tyto látky mají velký vliv na srdce a cévy. Díky účinkům nikotinu, srdce spotřebovává více kyslíku, zvyšuje se srdeční frekvence, krevní tlak, zužují se cévy a snižuje se průtok krve cévami. Oxid uhelnatý snižuje množství kyslíku přenášeného v krvi. Oxid uhelnatý a nikotin poškozují stěny tepen. Na jejich vnitřních stranách se hromadí mastné usazeniny, které zužují cévy a dochází ke vzniku aterosklerózy (UPMC - Smoking and Your Heart, © 2019).

Pasivní a příležitostné kouření také zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních chorob. Jak uvádí Cífková, Aschermann et al. (2014), u pasivních kuřáků, kteří jsou

vystavovány kouři např. v domácím prostředí, se zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob až o 30%. U kuřáků je riziko až pětinasobně vyšší než u nekuřáků.

Tuka (2018) dále uvádí, že zanechání kouření je neúčinnějším preventivním opatřením před i po infarktu myokardu a jeho zdravotní přínos je prakticky okamžitý. Do 20 minut od poslední cigarety poklesne srdeční frekvence a krevní tlak na normální úroveň. Během 8 hodin klesne hladina oxidu uhelnatého a hladina kyslíku začne stoupat na normální úroveň. Během 24 hodin se sníží riziko vzniku infarktu myokardu. Dále během 1 měsíce může docházet ke snižování hladiny cholesterolu. Během 1 roku se riziko srdečního infarktu sníží o 50 % a během několika let může být riziko srdečního onemocnění srovnatelné jako u člověka, který nikdy nekouřil. Stejný prospěch budou mít po zanechání kouření i pacienti, kteří infarkt prodělali. Zanecháním kouření sníží riziko dalšího infarktu až o 50 % (UPMC - Smoking and Your Heart, © 2019).

Závislost na tabáku se řadí mezi psychosociální/behaviorální a drogové/fyzické závislosti. Důsledkem obou složek závislosti jsou abstinenční příznaky. Tuka (2018) uvádí na prvním místě zlost, úzkost, smutek, touhu kouřit a obtížné soustředění. Dále pak zvýšenou chuť k jídlu, nespavost, netrpělivost, zácpu, závratě, kašel a nevolnost. Pro posouzení míry závislosti na tabáku je v praxi užíván Fagerströmův test nikotinové závislosti (viz. příloha 4). Orientačně lze říci, že kuřák, který si zapaluje první cigaretu do hodiny po probuzení a kouří více než 15 cigaret denně, je pravděpodobně velmi závislý. Cífková, Aschermann et al. (2014) vnímají zanechání kouření za velmi obtížnou záležitost. K podpoře o zanechání kouření je zapotřebí pacienty důsledně motivovat a podporovat. Často je ale zapotřebí nabídnout i poradenství, náhradní terapii nikotinem a farmakoterapii. Tuka (2018) popisuje v léčbě závislosti na tabáku psychobehaviorální intervence, které mají za cíl rozebírat a plánovat náhradní řešení pro typické kuřácké situace. Jedná se o nácvik denních stereotypů bez tabákových výrobků. Každý lékař by měl v praxi uplatňovat minimálně krátké intervence v boji proti kuřáctví. To znamená ptát se na kouření, doporučovat zanechání kouření a nabízet vhodnou léčbu. Pacienty, kteří zatím léčbu odmítají, je ale možné stále motivovat. To znamená opakovat výhody, zmiňovat možné odměny apod. Ke zvládnutí závislosti na tabáku, mohou také přispět specializovaná centra léčby závislosti na tabáku. Výčet specializovaných center lze nalézt na stránkách Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (© 2006-2019). Pro další informace z problematiky prevence kouření mohou

odborníci i laici využít internetových stránek zaměřených na odvykání kouření (SLZT, © 2006-2019).

1.2.9 Edukace v oblasti krevního tlaku

Zvýšený krevní tlak neboli hypertenze, představuje jeden z hlavních rizikových faktorů pro vznik kardiovaskulárních onemocnění (Cífková, Aschermann, 2014). Jak je uvedeno také ve Zprávě o zdraví České republiky (2014), hypertenze je jeden z nejvýznamnějších globálních rizikových faktorů vůbec. Prevalence hypertenze je odhadována přibližně na 30-40 % z celkového počtu populace, která má tendence se stále zvyšovat. Na vzniku primární hypertenze má podíl genetika, nadměrný příjem sodíku v potravě, nízká fyzická aktivita, obezita, nadměrný přísun alkoholu, socioekonomický status a chronický stres (Filipovský, Widimský, Špinar, 2014).

Arteriální hypertenzi, jak uvádí Rosolová (2013), můžeme definovat jako zvýšení krevního tlaku nad 140/90 mmHg, přičemž je nutné brát v úvahu vždy průměr minimálně dvou měření při dvou různých návštěvách ordinace. Dle naměřených hodnot lze klasifikovat hypertenzi do tří stupňů. A to hypertenzi mírnou, středně závažnou a závažnou. Pro hodnocení kardiovaskulárního rizika lze klasifikovat krevní tlak také na optimální, normální a vysoký, přičemž jedinci s optimálními hodnotami, mají nejnižší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Rosolová, 2013). Je důležité krevní tlak pravidelně kontrolovat. Zlatým standardem v měření, stále zůstává auskultační metoda za pomoci rtuťového tonometru a fonendoskopu. Dnes ale stále více nabývají na významu tonometry, které rtuť neobsahují. Jedná se zejména o elektronické přístroje pracující na oscilometrickém principu. Problém ale může nastat u pacientů s poruchami rytmu, jako je fibrilace síní nebo při přítomnosti komorových či supraventrikulárních extrasystolií, kdy přístroj není schopen krevní tlak správně detekovat. Elektronické přístroje je nutné pravidelně kontrolovat a validovat podle standardizovaných protokolů (Tuka, 2018).

Aby se dosáhlo validních hodnot při měření krevního tlaku, je nutné krevní tlak měřit pravidelně a za určitých postupů. Samotný klinický krevní tlak nemusí být v diagnostice dostačující, proto se využívá i měření v domácím prostředí. Ten se stává velmi užitečným nástrojem v diagnostice a léčbě arteriální hypertenze. Pomocí této metody lze odhalit fenomén bílého pláště nebo maskovanou hypertenzi, která je opakem hypertenze bílého pláště. Charakterizuje se normálními hodnotami krevního tlaku

v ordinacích lékařů, ale vysokými hodnotami při domácím či ambulantním 24 hodinovém měření. V neposlední řadě také domácí měření umožňuje sledování účinnosti antihypertenzní léčby (Cífková, Aschermann, 2014). Měření krevního tlaku v ordinacích lékařů podléhá určitým zásadám. Filipovský, Widimský, Špinar, (2014) ve své publikaci doporučují před zahájením měření krevního tlaku, nechat pacienta sedět po dobu tří až pěti minut. Dále provést alespoň dvě měření, v poloze vsedě a to s odstupem jedné až dvou minut a měření opakovat v případě, že se hodnoty výrazně lišily. Provést opakovaná měření u pacientů s arytmiemi. Dále je nutné zvolit velikost manžety podle tělesné konstituce pacienta a manžetu umístit vždy na úroveň srdce, bez ohledu na jeho polohu. Při první návštěvě je také dobré měřit krevní tlak na obou pažích, pro včasné zjištění případných odlišností. U starších pacientů a pacientů s podezřením na ortostatickou hypotenzi, měřit krevní tlak také ve stoje. A to jedu a tři minuty po postavení (Filipovský, Widimský, Špinar, 2014).

Cílem terapie arteriální hypertenze je snížení celkového kardiovaskulárního rizika. Důležité je pacienta plně informovat o všech rizicích jeho onemocnění, pozitivně ho motivovat a snažit se ho co nejvíce aktivně zapojit do léčby. Léčba v oblasti hypertenze zahrnuje úpravu životosprávy a včasné zahájení optimální farmakoterapie (Tuka, 2018). U pacientů může být úprava životosprávy velmi účinná a efektivní. Jedná se zejména o snížení tělesné hmotnosti a zvýšení fyzické aktivity u pacientů s nadváhou. Dále je nutné omezení soli, denní dávka by neměla přesáhnout 5g na den. Účinnou intervencí je také omezení konzumace alkoholu na 20g alkoholu za den u mužů a 10g alkoholu u žen (Cífková, Aschermann, 2014).

Řada edukačních materiálů poskytují velmi přehledné informace, které mohou pacientů pomoci se změnou životního stylu a mohou být nápomocné při domácím měření krevního tlaku (viz. příloha 5). Edukační materiály přehledně shrnují vhodné potraviny pro pacienty s hypertenzí a také poskytují typy na snížení konzumace soli v potravě, např. používáním čerstvých potravin, bylinek a koření. Většina edukačních materiálů také obsahují typy a množství povoleného alkoholu na osobu a den. Jako velmi účinná a nejsnadnější dietní opatření se jeví doporučování zvýšeného množství ovoce a zeleniny. Studie DASH z roku 1999 (Dietary Approaches to Stop Hypertension, 1999) potvrzuje, že skupina hypertoniků, které byla pod odborným dohledem podávána dieta zaměřená na vysoký podíl ovoce a zeleniny, měli po 8 týdnech významný pokles

krevního tlaku. Pro vícero informací, zejména o pohybové aktivitě a redukci hmotnosti je vhodné pacientům doporučit informace z internetových stránek (Tuka, 2018).

1.2.10 Edukace v oblasti stresu

Je dokázáno, že působení stresu, zejména dlouhodobého, má neblahý vliv na kardiovaskulární systém. Způsobuje progresy aterosklerózy a zvýšení krevního tlaku, který má podíl na vzniku ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu a cévních mozkových příhod. Součástí léčby i prevence kardiovaskulárních onemocnění by mělo být vždy zaměření na odhalování stresových faktorů, které na jednotlivce působí a současně snaha o jejich odstranění. (Kostiuk, 2019).

Stres vyvolává jakákoliv situace, která na jedince klade zvláštní fyzické či psychické požadavky nebo ho vyvádí z rovnováhy (Piscatela, Franklin, 2011). Důležitým prvkem ve zvládnutí stresu a také v jeho dopadu na zdraví, je schopnost jedince se stresem vyrovnávat. Jedná se o tzv. coping. Covert coping neboli zvládnutí stresových situací stažením se do sebe, je nezávislým ukazatelem rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Jakým způsobem je jedinec schopen zvládat stres, závisí i na osobnosti člověka. Při rozsáhlých výzkumech, se ukázal jako statisticky významný pro výskyt kardiovaskulárních onemocnění, jeden typ osobnosti - osobnostní typ A, který disponuje určitými charakteristickými vlastnostmi. Jedná se o kombinaci hostility, netrpělivosti, soutěživosti a dominance. Hostilitou se rozumí dlouhodobý emoční stav, který se projevuje nepřátelským postojem a jednáním vůči druhým lidem. Studiemi bylo zjištěno, že pacienti s již existující ischemickou chorobou srdeční a současně přítomnou hostilitou nebo hněvem, mají častější výskyt kardiovaskulárních chorob (Hudáková, Kala, Šebo et al., 2016). Dle Tuky (2018), ale tyto studie realizované u různých druhů sociálních skupin nepotvrdily tento typ chování jako dostatečně silný ukazatel pro vznik kardiovaskulárních onemocnění. Proto se pozornost výzkumu zaměřila na jedince mající sklon k depresi, úzkostem a výrazným podílem vzteku. Na základě těchto poznatků o provázanosti s kardiovaskulárními chorobami, byl definován osobnostní typ D. Rosolová (2013) tento typ osobnosti popisuje jako jedince prožívajícího negativní emoce s tendencí k sociální izolovanosti, tzn., že jedinec nesdílí negativní emoce se svým sociálním okolím. Jsou to lidé depresivní, uzavírající se do sebe. Bylo zjištěno, že celková mortalita na kardiovaskulární choroby byla u osob typu D přibližně čtyřnásobná ve srovnání s těmi, kteří tuto charakteristiku nevykazovali (Rosolová, 2013).

Stres a psychosociální faktory úzce souvisejí s problematikou kardiovaskulárních onemocnění, ale není jim věnována taková pozornost. Základní screening psychického stavu u pacientů s rozvojem kardiovaskulárních nemocí by mohl přispět k časnému zachycení rozvíjející se poruchy a tím by pravděpodobně mohl přispět i ke snížení výskytu kardiovaskulárních chorob (Hudáková, Kala, Šebo et al., 2016). V praxi to ale není snadné, uvádí Tuka (2018). A to s ohledem na časové možnosti, komunikační dovednosti a pregraduálního i postgraduálního vzdělávání lékařů a zdravotníků, které je orientováno především na zvládnání akutních nemocí. Bylo by vhodné pacientům zajistit interdisciplinární péči, s důrazem na týmovou spolupráci včetně psychologické poradenské i psychoterapeutické péče (Tuka, 2018).

Na trhu je celá řada edukačních materiálů, která poskytuje informace v oblasti zvládnání stresu, které mohou zdravotníci v rámci prevence KVO u svých pacientů doporučit. Různé modely a osvědčené postupy poskytuje Příručka prevence stresu (2011) a mnoho užitečných materiálů jsou také k nalezení na stránkách Státního zdravotního ústavu (SZÚ, ©2019). Dále je možné pacientům doporučit také e-learningové kurzy, dostupné na webových stránkách (Aperta, 2012).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tato kapitola popisuje zvolené cíle a výzkumné otázky, které jsme si pro naši diplomovou práci určili. V průběhu absolvování výzkumného šetření byl pozměněn cíl č. 2 a to z důvodu potřeby získání informací nejen od sester, ale i od lékařů.

2.1 Cíle práce

- 1.** Zjistit, jak probíhá edukace pacientů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění.
- 2.** Zmapovat, jak sestry a lékaři využívají edukační materiály v prevenci kardiovaskulárních onemocnění.
- 3.** Zjistit, jaké informace mají pacienti v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli, jsme zvolili tyto výzkumné otázky.

- 1.** Jak probíhá edukace v prevenci kardiovaskulárních onemocnění?
- 2.** Jakým způsobem jsou využívány edukační materiály v prevenci kardiovaskulárních onemocnění?
- 3.** Jaké informace mají pacienti v prevenci kardiovaskulárních onemocnění?
- 4.** Jak vnímají pacienti používání edukačních materiálů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Kardiovaskulární onemocnění můžeme v širším slova smyslu definovat jako veškerá vrozená či získaná onemocnění srdce a cév. Často však tímto názvem označujeme pouze choroby srdečního svalu a cév, které bylo způsobeno kornatěním tepen tzv. aterosklerózou. Patří mezi ně ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin a ischemická mozková cévní příhoda (Staněk, 2014). Kardiovaskulární onemocnění stále patří mezi nejčastější příčinu úmrtí nejen u nás, ale také v ostatních ekonomicky rozvinutých zemích (Bulava, 2017).

Rizikové faktory dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné a označujeme tím vlastnosti, které jedince předurčují ke vzniku a rozvoji nemoci (Vojáček, 2012). Vítovec, Špinar et al. (2018) považuje za hlavní rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění aterosklerózu, mužské pohlaví, věk, pozitivní rodinnou anamnézu ve výskytu ischemické choroby srdeční, kouření, hypertenzi a diabetes mellitus.

Prevenci obecně můžeme definovat jako soubor opatření, které mají za cíl zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování (Miovský et.al. 2015). Prevenci nemocí chápeme jako předcházení jejímu vzniku nebo oddálení komplikací a smrti. Dělíme ji na primární, sekundární a terciální (Sovová, 2014). V prevenci kardiovaskulárních onemocnění je cílem snížení absolutního rizika nejen u jednotlivců, ale i v celé populaci a to ovlivněním faktorů životního stylu a zevního prostředí (Škňouřil, 2018).

Edukaci označuje Holubová (2010) jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, který má za cíl navodit pozitivní změny ve smyslu posílení jeho vědomostí, postojů, návyků a dovedností. Edukace v prevenci kardiovaskulárních onemocnění by měla přispět k předcházení jejich vzniku, k udržení či navrácení zdraví a měla by vést ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou úlohu v rámci primární, sekundární i terciální prevence (Olišarová, Tóthová, Šedová et al. 2017).

Edukační materiály jsou veškeré předměty materiální povahy, které slouží ve výuce jako podpůrný prostředek k dosažení edukačních cílů a přispívají ke zprostředkování obsahu učiva v názorné podobě (Zormanová (2014). Průcha (2017) uvádí taxonomii zahrnující osm druhů edukačních pomůcek. Mezi ně řadí různé modely, přístroje, obrazy, projekce, programy a literární pomůcky, jako jsou učebnice, příručky a jiné texty.

4 METODIKA

Tato kapitola popisuje námi zvolenou metodiku pro tuto diplomovou práci a charakterizuje výzkumný soubor, který byl součástí výzkumného šetření.

4.1 Použitá výzkumná metoda

Za účelem naplnění stanovených cílů, v rámci diplomové práce, bylo použito kvalitativního šetření. Jak uvádí Bártlová, Sadílek, Tóthová (2008), kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností, kdy dochází k analyzování narativních informací intuitivním způsobem. Strauss, Corbinová (1999) chápe kvalitativní výzkum jako výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur či jiných způsobů kvantifikace získaných dat.

Výzkumné šetření probíhalo v období od začátku března až do konce června roku 2019. Ke sběru dat byla využita metoda rozhovoru a pozorování. Všichni informanti byli předem seznámeni s danou problematikou a informováni o anonymitě. Se všemi zúčastněnými byl podepsán informovaný souhlas. Informanti byli vybíráni metodou záměrného výběru dle daných výběrových kritérií ve dvou případech byla využita metoda „Snowball“. Jedná se o metodu sněhové koule, kdy výzkumník naváže kontakt s určitou skupinou jedinců, pomocí nichž se pak dostává k dalším relevantním jedincům (Hendl, 2008). Bylo použito polostrukturovaného rozhovoru, kdy informanti odpovídali na předem připravené otázky. Dle Jedličky, Kořa a Slavíka (2018) se jedná o částečně strukturovaný rozhovor, který má pevnou strategii. Tazatel postupuje podle předem stanoveného plánu, který umožňuje udržení určitého řádu a probrání všech položek důležitých pro konečné vyhodnocení. Pro lékaře bylo připraveno celkem 20 otázek, pro sestry 17 otázek, viz. příloha 6. Úvodní otázky se týkaly jejich dosažené praxe, vzdělání a specializace, což přehledně znázorňuje tabulka 1. Dále bylo naším cílem, během rozhovoru zjistit, jak probíhá edukace a zdali se využívají edukační materiály v rámci prevence KVO. Zajímalo nás, jaké s nimi mají zkušenosti, které považují za zdařilé a oblíbené, a zdali by se nechtěli podílet také na jejich vzniku. Poslední otázka zjišťovala, jestli lékaři a sestry procházejí nějakým vzděláváním v oblasti prevence, edukace a edukačních materiálů v rámci prevence KVO.

Rozhovory s pacienty byly realizovány během měsíce června 2019. Rozhovory probíhaly na interní ambulanci. Výběrovým kritériem byli pacienti s kardiovaskulárními

onemocněními nebo pacienti s rizikovými faktory pro vznik KVO. Pro sběr dat bylo použito také polostrukturovaného rozhovoru s 18, převážně otevřenými otázkami, viz. příloha 6. Původně bylo vytvořeno pouze 15 otázek, které jsme ale po pilotním zkušebním rozhovoru pozměnily a rozšířily o tři další otázky. V úvodní části rozhovoru jsme zjišťovali informace o věku informantů, nejvyšším dosaženém vzdělání a také chorobách, se kterými se léčí, jaké užívají léky a jestli znají svoji hladinu cholesterolu. Také nás zajímalo, zdali kouří. A pokud s kouřením přestali, kdo jim pomohl tuto situaci zvládnout. Další otázky směřovaly ke zjištění, jaké mají informanti povědomí o KVO, infarktu myokardu a příčinách jejich vzniku. Dále bylo naším cílem zjistit, zda jsou pacienti edukováni o prevenci KVO svými praktickými lékaři, sestrami a kardiology či internisty. A jaké mají zkušenosti s využíváním edukačních materiálů. Rozhovor s jednotlivými informanty trval průměrně 20 minut.

Získané informace během rozhovorů, byly zaznamenávány písemně do bloku a dále prepisovány do elektrické podoby. Poté došlo k otevřenému kódování slov metodou „tužka a papír“ a k vytvoření jednotlivých kategorií, viz. příloha 7. Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999) otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia získaných údajů. Celkem bylo vytvořeno 5 kategorií ze skupiny lékařů a sester a 3 kategorie ze skupiny pacientů. Dále byla vytvořena jednotlivá schémata, která poukazovala na jednotlivé vztahy.

Další metodou pro získání potřebných dat k výzkumnému šetření, bylo využito metody pozorování. Průměrná doba 1 pozorování trvala 30 minut. Hendl, Remr (2017) obecně charakterizují pozorování jako sledování a zaznamenávání vybraného okolí s použitím všech pěti smyslů. A to pohledem, hmatem, sluchem, cítěním a ochutnáváním. Dle nich patří pozorování mezi velmi důležité zdroje informací pro porozumění chování jedinců a sociálních souvislostí. V našem případě byl před samotným pozorováním připraven formulář. Obsahoval celkem 20 oblastí, které byly předmětem našeho pozorování, viz. příloha 8. Pozorování bylo zaměřeno na činnosti lékaře a sester v rámci edukace a využívání edukačních materiálů v prevenci KVO. Dále bylo pozorování zaměřeno na chování samotných pacientů a jejich rodinných příslušníků, pokud byly přítomni. V rámci pozorování nás zajímal důvod a četnost edukace, využití metody edukace, kdo byl edukátorem, zdali dochází k záznamu edukace a použitých edukačních materiálů do dokumentace, jestli pacient pochopil, co bylo předmětem edukace, zda byly kladeny doplňující otázky, jak ze strany personálu tak samotného pacienta či jeho rodiny. Jaké

bylo zaměření edukace a jak dlouho edukace trvala, v jakém prostředí edukace probíhala a jak se využívají, v rámci edukace o KVO, edukační materiály a internet. Zajímalo nás jejich zaměření, zdali jsou personálem využívány a v neposlední řadě, jeví-li o ně samotní pacienti zájem. Pozorování probíhalo na kardiologické ambulanci, ve dne 20. června a bylo aplikováno na 3 pacientech. Lékaři, sestry i pacienti byli předem informováni o tom, že pozorování bude probíhat. Byli seznámeni s důvodem a tématem pozorování. Se všemi zúčastněnými byl sepsán informovaný souhlas. S lékaři a sestrami byl informovaný souhlas podepsán s předstihem, jelikož o samotném pozorování věděli pouze to, že bude probíhat v týdnu od 17. – 21. června. Samotní pacienti byli informováni v den pozorování. První pacient byl seznámen s problematikou ještě v čekárně, před vstupem do ordinace. Došlo k řádnému vysvětlení situace a sepsání informovaného souhlasu. Další 2 pacienti byli seznámeni s pozorováním přímo v ordinaci a to v první ambulanci, kam si je zve sestra ještě před samotným vstupem do ordinace k lékaři. Také zde došlo k řádnému vysvětlení a podepsání informovaného souhlasu. Výsledky pozorování jsou podrobně popsány v kapitole 5.3.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili informanti z laické veřejnosti v Jihočeském kraji a lékaři a sestry z odborných ambulancí a ordinacích praktických lékařů pro dospělé. Výzkumný soubor tvořilo celkem 21 informantů. Rozhovory byly realizovány se sestrami, lékaři i pacienty. Pozorování probíhalo na kardiologické ambulanci a bylo zaměřeno na edukaci a využívání edukačních materiálů v prevenci KVO. Pozorování se zúčastnily 2 sestry a jeden lékař, pracující v kardiologické ambulanci. A dále se pozorování účastnili 3 náhodně vybraní pacienti. K rozhovorům bylo vyzváno celkem 6 sester, 6 pacientů a 7 lékařů, z nichž jeden rozhovor odmítl. Rozhovory s lékaři a sestrami byly uskutečněny v ordinacích praktických lékařů a kardiologické ambulanci. Rozhovory s pacienty probíhaly na interní ambulanci a rozhovor poskytlo celkem 6 pacientů.

Sestry jsou pro účely této práce označovány jako S1-S6, lékaři L1-L6 a pacienti P1-P6.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Výsledky – lékaři a sestry

Tato kapitola zobrazuje základní údaje získané od informantů (lékařů a sester), které jsou názorně shrnuty v následující tabulce.

Tabulka 1: Základní identifikační údaje

	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání	Specializace, atestace	Nynější zaměstnání
S1	25 let	Středoškolské	ARIP	Kardiologická ambulance
S2	15 let	Středoškolské	ARIP	Kardiologická ambulance
S3	32 let	Středoškolské	ARIP	Sestra u PL
S4	20 let	Středoškolské	Žádné	Sestra u PL
S5	6 let	Vysokoškolské -Bc	Žádné	Sestra u PL
S6	27 let	Středoškolské	Žádné	Sestra u PL
L1	6 let	Lékařské	Kardiologie	Interní odd., kardiol.amb.
L2	11 let	Lékařské	Interní lékařst.	Interní odd., kardiol.amb.
L3	7 let	Lékařské	Všeobecné lék.	Praktický lékař
L4	10 let	Lékařské	Všeobecné lék.	Praktický lékař
L5	6 let	Lékařské	Všeobecné lék.	Praktický lékař
L6	21 let	Lékařské	Všeobecné lék.	Praktický lékař

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 1 poskytuje základní informace získané od informantů. Získané informace se týkají délky praxe, nejvyššího dosaženého vzdělání, specializačního vzdělání, atestace a nynějšího zaměstnání. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 6 sester a 6 lékařů. Délka praxe sester se pohybovala v rozmezí od 6-ti do 27 let. Všechny sestry mají ukončené středoškolské vzdělání a pouze 1 z nich vzdělání vysokoškolské, a to bakalářské. 3 z dotazovaných sester absolvovaly specializační vzdělání v oboru ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. 2 sestry pracují v kardiologické ambulanci a ostatní sestry v ordinacích praktických lékařů. Dosažená praxe lékařů se pohybuje od 6-ti do 21 let. Všichni lékaři mají ukončené lékařské vzdělání s potřebnou atestací. 1 z nich má absolvovanou atestaci z kardiologie, další atestaci z interní medicíny a zbytek lékařů má atestaci ze všeobecného lékařství. 4 z dotazovaných lékařů pracují jako praktičtí lékaři pro dospělé. 2 lékaři pracují na interním oddělení a docházejí do kardiologické ambulance.

Na základě analýzy získaných dat bylo vytvořeno celkem 5 kategorií a příslušné podkategorie. Názorně zobrazuje tabulka 2.

Tabulka 2: Kategorie a subkategorie získaných dat

Kategorie	subkategorie
Zdravotně výchovné poradenství	Důvod edukace Četnost edukace
Průběh edukace	Metody edukace Zaměření edukace Délka edukace Edukátor Vykazování výkonu Záznam edukace Hodnocení dopadu
Edukační materiály	Typy Kvalita Obsah Využití v praxi Využití internetu Tvorba
Celoživotní vzdělávání	Forma Četnost Přání
Požadavky na edukaci	Zapojení sester

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 1: Zdravotně výchovné poradenství

První vytvořená kategorie se nazývá **Zdravotně výchovné poradenství** a obsahuje 2 subkategorie. A to **Důvod** a **Četnost edukace**. Tato kategorie popisuje, z jakého důvodu a jak často, je prováděna edukace u pacientů v prevenci KVO. Hlavní pojmy kategorie a souvislosti vyjadřuje následující tabulka.

Tabulka 3: Zdravotně výchovné poradenství

Kategorie	Subkategorie	Informanti	Výstup
Zdravotně výchovné Poradenství	Důvod edukace	Lékaři	Zvyšující se nárůst pacientů s KVO Snižující se věková hranice pacientů s KVO
		Sestry	Doplnění informací od lékařů
	Četnost edukace	Lékaři	Opakovaně, min. 2x denně
			Každý den
			Několikrát do týdne
			Vždy, v rámci preventivních prohlídek
		Dle potřeby	
		Sestry	Neprovádí
	Každý den		
	Několikrát do týdne		
Příležitostně			

Zdroj: Vlastní zpracování

Důvod edukace

Důvodem edukace je vysoká a stále se zvyšující četnost pacientů s KVO. Všichni dotazovaní lékaři (L1-L5), až na jednoho, se shodly na tom, že pacientů s KVO stále přibývá a jejich věková hranice se stále snižuje. Pro příklad uvádím odpověď L4: *„Četnost pacientů s kardiovaskulárními nemocemi je opravdu vysoká a stále se zvyšuje a hodně přibývá i mladších pacientů.“* Pouze jeden z lékařů (L6) se domnívá, že takový nárůst nevnímá. *„Možná jich trochu přibývá, ale není takový nárůst. Věková hranice je stále stejná. Jen výjimečně se objeví i mladší ročníky.“* 3 z dotazovaných lékařů (L3, L5, L6) se shodly, že pacientů s KVO je zhruba 1/3 ze všech, kteří docházejí do jejich ordinace. L5 odpověděl: *„Je to zhruba 1/3 všech našich pacientů. Vnímám, že dochází v posledních letech k nárůstu.“*

Četnost edukace

Odpověďmi směřujícími ke zjištění četnosti edukace jsme zjistili, že L1, L3, L4 a L6 edukaci provádějí každý den. L1 provádí edukaci dokonce několikrát denně. L2 edukuje pacienty několikrát do týdne a L5 vždy v rámci preventivních prohlídek a podle potřeby. L4 ještě doplnil: *„Své pacienty edukuji, ale jak často úplně nevím, ale dalo by si říct, že každý den.“* Odpovědi vedoucí ke zjištění, zdali lékaři provádí edukaci opakovaně u svých pacientů, jsme zjistili, že ano. L1, L3, L5 a L6 edukuje pacienty opakovaně, prakticky při každé návštěvě. L6 odpověděl: *„Ano, opakuji jim to stále dokola, při každé jejich návštěvě.“* L2 opakuje edukaci u každého pacienty minimálně 2x a L4 také provádí reedukaci, ale ne vždy a řekl: *„Snažím se jim to opakovat, hlavně u těch rizikovějších pacientů, ale záleží taky na tom, jak mám čas.“* 2 z dotazovaných sester uvedlo, že edukaci neprovádějí. S4 uvedla jako důvod to, že to lékař po ní nevyžaduje. A na otázku, co by chtěla nebo potřebovala k tomu, aby edukace z její strany mohla probíhat odpověděla: *„Moc si nedokážu představit, jak by to mělo probíhat, ale potřebovala bych mít na to více času a být do této problematiky nějak více zasvěcena. Takže by bylo nutné nějaké proškolení.“* S5 uvedla: *„Needukuju, ale do budoucna bych určitě chtěla. Momentálně jsem tu zhruba půl roku, co jsem se vrátila z mateřské dovolené, takže teď na to nemám čas ani myšlenky.“* Ostatní z dotazovaných sester uvedlo, že své pacienty edukují. S1 odpověděla, že edukuje každý den, ale spíše opakuje, co řekl lékař a poskytuje doplňující informace. S2 edukaci provádí několikrát do týdne, ale také jen upřesňuje informace získané od lékaře a zodpovídá otázky od

pacientů. Protože jak sama říká:“ Často se stává, že na poprvé úplně všemu neporozumí, co jim lékař během edukace říká.“ S3 edukuje jen příležitostně a S6 edukuje pacienty jednou až dvakrát do týdne. Ale převážně jen telefonicky, když si pacienti volají pro výsledky. A na otázku, zdali provádí edukaci opakovaně, odpověděly S1 a S6, ano vždy. S3 ano, ale ne vždy a S2 odpověděla: „Ano, lékař edukuje opakovaně vždy. Já pouze pokud se mě pacient na něco zeptá.“

Kategorie 2: Průběh edukace

Druhá kategorie byla pojmenována jako **Průběh edukace** a obsahuje celkem 7 podkategorií. Mezi něž patří: **Metody edukace**, **Zaměření edukace**, **Délka edukace**, **Edukátor**, **Vlastní průběh edukace**, **Záznam edukace** a **Hodnocení dopadu**. Názorné zobrazení jednotlivých podkategorií poskytuje tabulka 4.

Tabulka 4: Průběh edukace

Kategorie	Subkategorie	Informanti	Výstup	
Průběh edukace	Metody edukace	Lékaři	Hovořené slovo	Vysvětlování
				Rozhovor
				Popis
			Tištěné slovo	Letáky
				Brožury
				Demonstrativní metody
		Malování srdce		
		Sestry	Hovořené slovo	Vysvětlování
				Rozhovor
				Popis
	Edukace po tel.			
	Tištěné slovo	Letáky		
	Brožury			
	Zaměření edukace	Lékaři	Lékaři	Kouření
				Mladší pacienti
				Výživa
				Pohybová aktivita
			Lékaři	Dodržování nastavené léčby
				Obezita
				Krevní tlak
Cholesterol				
Sestry		Lékaři	Kouření	
			Obezita	
		Sestry	Cholesterol	
			Výživa	
			Alkohol	
Délka edukace	Lékaři	3 minut		
		3-5 minuty		
		5 minut		
		5-10 minut		

	Délka edukace	Sestry	1-3 minuty
			2 minuty
			2-5 minut
	Edukátor	Lékaři	Lékař
			Sestra
		Sestry	Lékař
			Sestra
			Needukují
		Vykazování výkonu	Lékaři
	Informace o přípravě edukačního kódu		
	Sestry		Nevykazují
	Zázn. edukace	Lékaři	Do dokumentace
			Záznam o vydání edukačních materiálů
		Sestry	Neprovádějí
	Hodnocení dopadu	Lékaři	Rozhovor s pacientem
			Reedukace
		Sestry	Rozhovor s pacientem

Zdroj: vlastní zpracování.

Metody edukace

Všichni z dotazovaných lékařů se shodli na používání dvou metod edukace. První metodou je metoda hovořeného slova. L1 uvedl jako nejpoužívanější metodu, metodu vysvětlování a rozhovoru. L2, L3 a L5 používá k edukaci nejčastěji vysvětlování a popis. L4 a L6 ještě navíc metodu rozhovoru s pacientem a řekl: „*Já se jim to snažím vysvětlovat a popisovat, někdy i debatujeme.*“ Na druhé místo uvedli dotazování, metodu tištěného slova. Všichni odpověděli, že v rámci edukace používají letáky a brožury. L1 ještě doplnil, že ale spíše raději hovoří, než by používal edukační materiály a odpověděl: „*Já jim to raději všechno vysvětlím slovně, aby to dobře pochopili, edukační materiály jim taky dávám, ale jak říkám, raději hovoříme.*“ L2 a L3 využívají k edukaci také metody demonstrativní. Oba uvedli používání modelů cév postižených aterosklerózou. Odpověď L2 zněla: „*Já ráda používám model cévy postižené aterosklerózou. Je to skvělá pomůcka a pacienti si pak můžou lépe představit co se v jejich cévách děje.*“ Sestry také uvedli jako metodu číslo jedna, hovořené slovo a tištěné slovo. S1 vysvětlování a rozhovor, S2 vysvětlování, popis a rozhovor. S3 vysvětlování a popis a S6 pouze mluvené slovo po telefonu a to vysvětlování a rozhovor. S1, S2 a S3 používají k edukaci také letáky a brožury.

Zaměření edukace

Zde se budeme zabývat odpověďmi, které směřují ke zjištění toho, na co se v prevenci KVO lékaři a sestry nejvíce zaměřují. Z odpovědí je zřejmé, že sestry a lékaři staví do

popředí převážně kouření. L1 uvedl: „*Když přestanou kouřit, je to nejefektivnější a má vůči pacientovi s KVO největší prospěch.*“ Ještě dodal, že více edukaci zaměřuje na mladší ročníky a u starších ji činí méně důsledně. L2 staví do popředí edukace také kouření, jinak ve všech ostatních oblastech edukuje na stejné úrovni. L3 kromě kouření se ještě zabývá nejvíce oblastí správného stravování. Pohybovou aktivitou se zaobírá nejméně. Stejně tak jako L4. Ten navíc doplňuje: „*Hodně jim zdůrazňuji a opakuji nutnost dodržování nastavené léčby a pravidelné užívání léků.*“ L5 kromě edukace v oblasti kouření, obezity, správné hladiny cholesterolu, navíc zdůrazňuje a dbá na správné hodnoty krevního tlaku. L6 jako jediný staví do popředí edukaci v oblasti pohybu: „*Je to základ, důležitější než medikace. Dle stavu pacienta a jeho možnostem vybírám takové aktivity, které zvládnou. S dietou je to problematické, dávám prospekty.*“ Na druhém místě, v rámci edukace KVO, uvádí kouření. 3 z dotazovaných sester uvedlo, že edukaci zaměřují také především na kouření, obezitu, cholesterol a správný jídelníček. S1 jako jediná uvedla navíc ještě edukaci v oblasti požívání alkoholu. Jak sama říká: „*Pacienti často nechápou, že pivo je taky alkohol.*“ S3 odpověděla, že si myslí, že edukace probíhá na všechno tak stejně, podle stavu a potřeb pacienta.

Délka edukace

Všichni lékaři se ve svých odpovědích poměrně shodovali. Edukace pacientů probíhá řádově během několika minut. Nejčastější odpovědí na otázku, kolik času stráví edukací u svých pacientů, odpověděli 3 informanti (L2, L3, L5), 5 minut. L3 ještě dodal: „*Tak 30 minut probíhá vyšetření, v rámci prevence a pak pacienty edukuju o čem je potřeba. Myslím, že to trvá tak 5 minut, déle ne.*“ L4 se zabývá edukací u svých pacientů zhruba 3 minuty, L6 3-5 minut a nejdéle se edukací pacientů zabývá L1, který edukuje své pacienty 5-10 minut. U dotazovaných sester, je čas strávený edukací poměrně menší nebo žádný. S4 a S5 své pacienty needukují, S3 na otázku, kolik času stráví edukací, odpověděla: „*Edukuji jen minimálně, když se k tomu dostanu, tak to trvá asi tak 2 minuty*“. S1 se zabývá edukací svých pacientů 2-5 minut, S2 1-3 minuty a S6 3-4 minuty.

Edukátor

Všichni z dotazovaných lékařů se shodli na tom, že edukaci provádí převážně lékař. L2, L4 a L6 ještě ve své odpovědi doplnil, že edukací se zabývá i sestra, ale méně. L4 řekl:

„Hlavně já, sestra spíše jen dovysvětluje, když se jí pacienti na něco zeptají a něčemu nerozumí.“ Odpověď L6 zněla: *„Z velké většiny já, sestra edukuje zejména po telefonu, když pacienti volají na výsledky laboratoře.“* Co se týče odpovědí sester, tak je zřejmé, že sestry S4 a S5 nejsou edukátory. Ale sestry S1, S2, S3 a S6, v rámci prevence KVO, své pacienty edukují. Pro názorný příklad uvádím odpověď některých z nich. S2 řekla: *„Já je edukuji tak několikrát do týdne, ale jen upřesňuji informace získané od lékaře.“* Odpověď S4: *„Já edukuji tak jednou až dvakrát týdně. Ale převážně jen telefonicky, když si pacienti volají pro výsledky.“*

Vykazování výkonu

Zjišťovali jsme, zdali lékaři a sestry používají k vykazování výkonu pro pojišťovny nějaký edukační kód. Všichni dotazovaní, jak lékaři, tak sestry, se shodli v tom, že nikoliv. Žádný takový „edukační“ kód k dispozici nemají. L6 ještě odpověď doplnil: *„Nepoužíváme, ale podle posledních informací vím, že se připravuje.“*

Záznam edukace

Všichni dotazovaní lékaři se shodli, že proběhlou edukaci zaznamenávají do příslušné dokumentace pacienta. L1 vždy vytiskne 2 zprávy, jedna zůstává v dokumentaci a jednu předá pacientovi. L2 zaznamenává do dokumentace téma edukace a jaké z toho pro něj plynou doporučení. L3 a L4 zaznamenávají informace takto: *„Pacient edukován a poučen“*, s dodatkem, o jaké téma edukace se jednalo. L4 a L5 blíže nespecifikovali. A ze všech odpovědí je zřejmé, že záznam o vydání edukačních materiálů provádějí pouze 2 lékaři ze všech. A to L3 a L6. Z odpovědí sester, které edukaci provádějí, vyšlo najevo, že žádná z nich neprovádí záznam o provedené edukaci ani o vydání edukačních materiálů. Z jejich odpovědí vyplývá, že edukaci zaznamenává pouze lékař. Pro názorný příklad uvádím odpověď jedné z nich. L3 řekla: *„Já to sama nikam nezaznamenávám, to dělá pouze lékař. Ten to zapíše do dokumentace pacienta.“*

Hodnocení dopadu

Zde se budeme zabývat odpověďmi, které směřují k zjištění, zdali a jak zpětně dotazovaní lékaři a sestry hodnotí, byla-li edukace za pomoci edukačních materiálů dostatečně efektivní. Všichni lékaři, až na L4, odpověděli, že zpětně proběhlou edukaci hodnotí. L1 hodnotí proběhlou edukaci rozhovorem s pacientem. Vždy se jich také při dalších návštěvách ptá, co udělali a co u sebe od té doby změnily. L2 se jich ptá vždy po

proběhlé edukaci a nechává prostor na otázky, čemu neporozuměli. A stejně tak se jich ptá při další návštěvě. Na otázku hodnocení L3 odpověděl: „*Ano, hodnotím vždy při další návštěvě pacienta. Většinou zjistím, že si nepamatují vůbec nic, tak edukuji znovu. Na edukační materiály se konkrétně neptám.*“ L5 také kladně odpověděl a L6 také zpětně hodnotí, jaký měla edukace pro pacienta význam. Jediný L4 příliš zpětné hodnocení edukace neprovádí. Jeho odpověď zněla: „*Moc to nehodnotím, spíše jim to znovu opakuji.*“ Ze všech odpovědí také vyplývá, že nikdo z dotazovaných, se zpětně neptá na použité edukační materiály, které pacientům vydali. Obdobně odpovídaly také sestry, kromě sestry S3, která uvedla: „*Občas se zeptám, jestli doma četli edukační materiály nebo něco objevili pro ně zajímavého na internetu a jestli to dodržují. Záleží hodně na jejich přístupu a inteligenci.*“ Jinak sestry S1 a S2, které edukaci provádějí, uvedly, že se pacientů neptají. Zpětné hodnocení edukace provádí jen lékaři.

Kategorie 3: Edukační materiály

Třetí kategorií je kategorie **Edukační materiály** a byla rozdělena do šesti podkategorií, které se zaměřují na **typy edukačních materiálů**, jejich **kvalitu**, **obsah**, **využití**, **využití internetu** a možnosti podílení se na jejich **tvorbě**. Přehledný souhrn zobrazuje tabulka číslo 5.

Tabulka 5: Edukační materiály

Kategorie	Subkategorie	Informanti	Výstup
Edukační materiály	Typy	Lékaři	Letáky
			Brožury
			Modely cév
			Malování srdce
		Sestry	Brožury
			Letáky
	Kvalita	Lékaři	+ Srozumitelnost
			+ Názorné obrázky
			- Nedostatek brožur
			- Přemíra informací (nutriční hodnoty)
		Sestry	+ Srozumitelnost
			+ Velký výběr
	- Přemíra informací (nutriční hodnoty)		
	Obsah (oblíbené EM)	Lékaři	Brožury s obrázky
			Infarkt nečeká
			Pro život po infarktu
			Víte jak na aterosklerózu?
		Sestry	Jak na vysoký cholesterol a srdečně-cévní rizika
Brožura na aterosklerózu			
Brožura na vysoký cholesterol			
Využití v praxi	Lékaři	Uspornění procesu edukace	
		Úspora času při edukaci	

Edukační materiály	Využití v praxi	Sestry	Usnadnění procesu edukace		
			Upřednostnění internetu		
	Využití internet	Lékaři	Náhodné vyhledávání na googlu		
			Vyhledávání konkrétních webových stránek	Stopkoureňi.cz Dokurte.cz	
			Domácí samostudium		
			Inspirace ze zahraničí		
			Sestry		
	Tvorba	Lékaři	Podílení se na vzniku a tvorbě EM		
		Sestry	Zájem není		

Zdroj: vlastní zpracování.

Typy

Všichni z dotazovaných shodně odpovídali, že k edukaci pacientů v prevenci KVO, používají pouze textové pomůcky. A to letáky a brožury. Lékaři L2 a L3 ještě k tomu využívají vizuální pomůcky. A to konkrétně modely cév postižených aterosklerózou. 4 z dotazovaných sester, které edukaci provádějí, jedna odpověděla, že edukační materiály nepoužívá. 3 z nich využívají také pouze brožury a letáky. S1 svou odpověď ještě rozšířila: „*Já jim předám jen ty letáky a brožury, pokud tak neučinil lékař. Lékař jim i často maluje srdce na papír, aby pochopili, kde mají na srdci vadu, např. defekty septa. A také máme k dispozici v ordinaci plakáty různých srdečních vad a cév, tak tam jim lékař názorně ukazuje, kde mají např. ucpané cévy.*“

Kvalita

Většina z dotazovaných vnímá edukační materiály pozitivně. L1, L4, L5 a L6 se vyjádřilo, že jich je na trhu dostatek a jsou dobře zpracované a pro pacienty srozumitelné. Jen L2 se domnívá, že by mohlo být více brožur. L1 se domnívá, že jsou mnohem lepší než dříve a je to hlavně díky názorným obrázkům. Stejný názor sdílí i L3, který považuje obrázkové brožury za velmi vydařené, ale na druhou stranu nevnímá tak všechny: „*Některé letáky na cholesterol jsou strašné. Nevyznám se v tom pomalu ani já. Je tam příliš mnoho informací o nutričních hodnotách jednotlivých potravin.*“ L6 by na nich nic neměnil. Sestry se také v odpovědích shodly. Považují edukační materiály za pochopitelné a dostatečné zboží na trhu. Jen S1 svou odpověď rozvedla: „*Myslím, že většina je jich dobře udělaná a jsou dobře pochopitelné. Až na některé, např. letáky na dietu jsou velmi složité. Gramáže a nutriční hodnoty potravin často nechápu. Ideální je, když jsou stručné, výstižné a doplněné o nějaký obrázek. Ale pacienti to chtějí stejně nejvíc slyšet od lékaře.*“

Obsah

Někteří z dotazovaných uvedli, že mají určité edukační materiály oblíbené a ty také nejvíce využívají. L1 uvedl brožuru *Infarkt nečeká*, kterou vyrobila společnost Zentiva ve spolupráci s kardiologickou společností. Jsou zde shrnuté příznaky, léčba a jak se chovat po infarktu myokardu. L2 uvedl také brožury, které velmi rád využívá. A to brožuru *Pro život po infarktu* a *Víte jak na aterosklerózu?* Podle něho jsou velmi přehledné, pochopitelné, s dostatkem informací a obrázky. L3 blíže nespécifikoval, jen řekl: „*Obecně mám rád a používám brožury a pokud jsou obrázkové.*“ L4 odpověděl, že má oblíbených asi 5 edukačních materiálů. Jsou mezi nimi letáky i brožury. Konkrétně vyjmenoval edukační materiály na kouření, hypertenzi, dyslipidémii, redukci hmotnosti a diabetes mellitus. L5 jako jediný uvedl, že žádné oblíbené nemá a používá ty, které má zrovna k dispozici. L6 považuje za zdařilou oblíbenou brožuru *Jak na zvýšený cholesterol a srdečně-cévní rizika*, o které se vyjádřil takto: „*Je krásně přehledná a jsou tam dobře rozděleny vhodné a nevhodné potraviny.*“ Z odpovědí sester je zřejmé, že žádné oblíbené edukační materiály nemají. Jen sestra S1 odpověděla, že má oblíbené hlavně brožury, a to na cholesterol a aterosklerózu, o kterých se vyjádřila: „*Je dobré, když to mají doma a mohou do toho nahlížet.*“

Využití v praxi

Tato subkategorie bude řešit odpovědi směřující ke zjištění využívání edukačních materiálů. Zjišťovali jsme, jestli pomáhají usnadnit proces edukace a jeví-li pacienti o ně zájem. Z odpovědí je zřejmé, že všichni z dotazovaných lékařů, až na jednoho se shodli, že edukační materiály jim usnadňují proces edukace. L6 ještě doplnil, že mu to ušetří zejména čas. Jediný L3 si myslí, že mu to edukaci neusnadňuje a říká: „*Já jim to raději slovně vysvětluji a jako bonus dostanou na domácí prostudování leták nebo brožuru.*“ Ale zase na druhou stranu používá při edukaci model aterosklerotické cévy, kde je zřejmé, že mu to edukaci usnadňuje: „*Tam mi to k slovnímu vysvětlování pomáhá a usnadňuje popis.*“ Od sester, které používají edukační materiály, jsme mohli zjistit, že pouze 2 se domnívají, že jejich použitím je usnadněn proces edukace. S2 vidí hlavní výhodu v tom, že si je pacient může odnést domů a doma v klidu pročíst a při další návštěvě se zeptat na vše, co mu nebylo jasné. Ale jak sama říká: „*Stává se to jen velmi zřídka.*“

Na otázku, jestli pacienti sami vyžadují edukační materiály, se téměř všichni lékaři i sestry shodli na tom, že spíše ne. Většina (L1, L2, L4 a L5) odpověděla, že jen v ojedinělých případech, se na ně někdo z pacientů zeptá. L3 se vyjádřil, že je vůbec nevyžadují a dokonce i schválně někdy v ordinaci zapomenou. A L6 odpověděl: *„Nevyžadují a ani se na ně neptají. Jen pacienti, kteří užívají Warfarin, je chtějí. Kvůli přehlednosti potravin, aby věděli, které smí a které nesmí. Aby nezvyšovali nebo nesnižovali účinky Warfarinu.“* Sestry se také domnívají, že je pacienti nevyžadují. S1 a S3 si myslí, že pacienti upřednostňují informace z internetu. S1 odpověděla: *„Spíše ne, ale někteří se na ně ptají. Mladí upřednostňují informace z internetu a ti starší preferují spíše informace podané slovně od lékaře.“*

Využití internetu

Všichni z dotazovaných lékařů, kromě L1 a L5 odpověděli, že internet využívají. L2 hledá materiály náhodně. Hledané téma zadá do Googlu a co se mu líbí, tak to pacientovi vytiskne. Stejně jako L3, který ještě dodal: *„Super to bylo na školení v Madridu. Všichni praktičtí lékaři pracují ve stejném PC programu a všichni tam mají nainstalované stejné edukační materiály, které lidem tisknou a dávají. To by se mi líbilo i u nás.“* L4 doporučuje svým pacientům konkrétní stránky. A to *stopkoureni.cz* a *dokurte.cz*. L6 doporučuje internet, zejména mladším lidem, ale nic jim v ordinaci nevyhledává a ani netiskne. Jen jim řekne: *„Vyhledejte si to sami na internetu.“* 2 sestry, ze všech dotazovaných odpověděly, že internet svým pacientům doporučují. S3 doporučuje vyhledávání problematiky na Googlu a domácí samostudium. Sestra S6 odpověděla: *„Někdy pacientům říkám, ať si to najdou na internetu. Že je tam mnoho užitečných informací, které jim mohou v dodržování režimu pomoci.“*

Tvorba

Odpovědi směřující ke zjištění, jestli mají lékaři možnost podílet se na vzniku a obsahu edukačních materiálů, odpověděli všichni, že ne a ani by o to neměli zájem. Pouze L1 odpověděl: *„Tu možnost nemám, ani jsem k tomu nebyl nikdy vyzván, ale chtěl bych.“*

Kategorie 4: Celoživotní vzdělávání

Tato kategorie byla pojmenována jako **Celoživotní vzdělávání** a obsahuje celkem 3 podkategorie. **Forma**, **Četnost** a **Přání**. Přehledné shrnutí informací poskytuje následující tabulka.

Tabulka 6: Celoživotní vzdělávání

Kategorie	Subkategorie	Informanti	Výstup
Celoživotní vzdělávání	Forma	Lékaři	Semináře v oblasti prevence KVO
			Konference v oblasti KVO
			Semináře v oblasti EM. –NE
		Sestry	Informace od lékařů
			Edukační materiály od dealerů
			Semináře v oblasti prevence KVO
			Konference v oblasti KVO
	Četnost	Lékaři	Pravidelné absolvování seminářů
			1x za měsíc
			2x do měsíce
			Pravidelné absolvování konferencí
			Několikrát do roka
			2x do roka
		Sestry	Min. 1x za rok
			Vůbec
Přání	Lékaři	Žádné	
	Sestry	Zájem o semináře v oblasti prevence, edukace, edukačních materiálů	
		Profesní růst	

Zdroj: vlastní zpracování.

Forma

V rámci celoživotního vzdělávání, jsme zjišťovali, zdali se lékaři a sestry vzdělávají v oblasti prevence, edukace a edukačních materiálů. Z odpovědí vyplynulo, že lékaři absolvují různé semináře a konference pravidelně. Všichni se ve svých odpovědích shodli, že navštěvují semináře v oblasti prevence, ale už ne v oblasti edukace a edukačních materiálů. 3 ze všech dotazovaných sester odpověděly, že občas nějaký seminář, či konferenci absolvují. S1 odpověděla: „Spíše ne, jen se dozvím nějaké novinky od lékařů a získáváme nové edukační materiály od dealerů, takže vím, co je nového na trhu.“ S2 a S3 se shodly na občasném absolvování nějakého semináře či konference na téma prevence KVO, ale ne na edukaci a edukační materiály. S3 občas navštíví seminář v oblasti prevence a edukace. Sestra S6 nyní žádné semináře nenavštěvuje a na otázku odpověděla „Dříve jsem chodila, když jsme jako sestry musely sbírat, v rámci celoživotního vzdělávání, kredity. Ted' ale nechodím.“

Četnost

Lékaři absolvují semináře a konference pravidelně. L1, L2 a L4 četnost blíže nespécifikovali. L3 chodí pravidelně 1x za měsíc. L5 několikrát do roka a L6 absolvuje pravidelně semináře 2x do měsíce a konference 2x do roka a odpověděl: „V oblasti

prevence se určitě vzdělávám. My musíme chodit na pravidelné semináře tak dvakrát do měsíce a konference absolvuji tak v průměru dvakrát do roka.“ 3 z dotazovaných sester (S1, S2, S3) chodí minimálně 1x za rok. S4, S5, S6 žádné semináře ani konference neabsolvují. S6 odpověděla: „Dříve jsem chodila, když jsme jako sestry musely sbírat v rámci celoživotního vzdělávání kredity. Ted' ale nechodím.“

Přání

3 z dotazovaných sester, projevíly zájem ohledně dalšího celoživotního vzdělávání. S1 projevila zájem ohledně nějakých seminářů v oblasti efektivní edukace a řekla: „Na semináře či konference chodím tak jednou do roka, ale uvítala bych nějaké semináře ohledně proškolení na efektivní edukaci.“ Stejně jako S2, která by chtěla i více informací ohledně používání edukačních materiálů a dodala: „Byla bych za to ráda, kdyby něco takového bylo.“ Sestra S6, která momentálně na žádné konference ani semináře nechodí, také projevila zájem. A její odpověď zněla: „Pokud by mě to nějakým způsobem zaujalo a profesně pomohlo, ráda by se zúčastnila.“ Lékaři v oblasti dalšího vzdělávání, neprojevili žádné přání.

Kategorie 5: Požadavky na edukaci

Kategorie s názvem **Požadavky na edukaci**, obsahuje podkategorii **Zapojení sester**.

Tabulka 7: Požadavky na edukaci

Kategorie	Subkategorie	Informanti	Výstup
Požadavky na Edukaci	Zapojení sester	Lékaři	Inspirace ze západní Evropy
			Vysokoškolsky vzdělaná sestra
			Praxe v kardiologickém oboru
			Proškolení v oblasti edukace, KVO, rizikových faktorů a prevenci
			Nastudování edukačních materiálů
			Opakování a vysvětlování doporučení od lékaře
			Edukace sestrou po preventivních vyš. Lékařem
		Sestry	Větší podpora lékaře
			Více času
			Nutné proškolení

Zdroj: vlastní zpracování.

Zapojení sester

Ze všech dotazovaných sester, 2 z nich odpověděly, že edukaci neprovádějí. Proto, aby edukace mohla probíhat, by S4 potřebovala větší podporu lékaře, mít na to více času a vyslovila se, že by bylo nutné i nějaké proškolení. Její odpověď zněla: „Edukaci

neprovádím, lékař to po mě nevyžaduje a moc si nedokážu představit, jak by to mělo probíhat, ale potřebovala bych mít na to více času a být do této problematiky nějak více zasvěcena, takže by bylo nutné nějaké proškolení.“ Sestra S5 také projevila zájem a řekla: *„Momentálně needukuju, ale do budoucna bych určitě chtěla. Je to zhruba půl roku, co jsem se vrátila z mateřské dovolené, takže teď na to nemám čas a ni myšlenky.“*

Všichni lékaři, až na jednoho, se vyslovili, že by měli zájem na tom, aby jejich sestry se podílely na edukaci pacientů, v rámci prevence KVO. L1 odpověděl, že by si vzal příklad tam, kde to dobře funguje, tedy západ Evropy. Jeho představou by bylo, aby sestra byla vysokoškolsky vzdělaná, měla praxi v kardiologickém oboru a nejlépe prošla nějakým proškolením v oblasti správné edukace. *“Měla by svou místnost v rámci kardiologické ambulance, kde by všem pacientům měřila a sledovala fyziologické funkce, nabírala krev a sledovala změny v laboratoři. A průběžně by edukovala o tom, co by bylo potřeba.“* L2 se vyslovil, že by si přál, aby sestry edukovaly pacienty více. *„Bylo by nutné proškolení sestry a nutnost nastudování edukačních materiálů. A na závěr by sestry shrnuly a opakovaly pacientům doporučení od lékaře a vysvětlovaly by jim to, co jim nebylo jasné.“* L3 vidí také jako nutnost proškolení sestry ohledně edukace, KVO, jejich prevence a rizikových faktorů. Její představou je, aby sestra prováděla edukaci vždy po preventivním vyšetření. L4 odpověděla: *„Určitě bych chtěla, aby sestra edukovala. Sama bych si jí proškolila, ale není na to čas.“* L5 by také chtěl, aby sestra edukovala pacienty. Musela by být proškolená a mít na to dostatek času, který ale momentálně nemá. A dodává: *„Dost by mi to pomohlo, měl bych více času na pacienty.“* L6 se jako jediný vyjádřil, že mu situace vyhovuje tak jak je a nechtěl by, aby sestra edukaci prováděla.

5.2 Výsledky - pacienti

Tato kapitola zobrazuje základní údaje získané od informantů (pacientů), které jsou názorně shrnuty v následující tabulce.

Tabulka 8: Základní identifikační údaje

	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Onemocnění
P1	48 let	Vyučen	Nedomykavost chlopně, hypertenze, hypercholesterolémie, obezita
P2	64 let	Vyučen	Po IM, hypertenze, hypercholesterolémie
P3	65 let	Středoškolské	Po IM, plastika mitrální chlopně, Chronické srdeční selhání levé komory, hypercholesterolémie
P4	51 let	Vyučena	hypertenze, obezita, léčená hypertyreóza
P5	39 let	Středoškolské	Po IM, hypertenze, hypercholesterolémie
P6	44 let	Středoškolské	Po IM, hypertenze, obezita, hypercholesterolémie

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3 poskytuje základní informace získané od informantů. Získané informace vypovídají o věku, nejvyšším dosaženém vzdělání a onemocněními, se kterými se léčí. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 6 pacientů. Věk informantů se pohyboval v rozmezí od 39 – 65 let. Průměrný věk tedy činil 52 let. Polovina z dotazovaných měla ukončené středoškolské vzdělání. Druhá polovina byla vyučena v příslušných učebních oborech. Výzkumného šetření se účastnili pacienti s různými onemocněními. 5 z dotazovaných, se léčí na hypertenzi a vysoký cholesterol, 3 pacienti trpí na obezitu a 4 prodělali infarktu myokardu. P1 navíc udal sledování pro nedomykavost chlopně a P3 je po plastice mitrální chlopně a trpí chronickým srdečním selháním levé komory.

Na základě analýzy těchto získaných dat byly vytvořeny celkem 3 kategorie a příslušné podkategorie. Kategorie Zdravotně výchovné poradenství obsahuje podkategorii Kouření a Znalosti o KVO, kategorie Edukace je bez příslušných podkategorií a poslední zmiňovanou, je kategorie s názvem Edukační materiály a obsahuje tři podkategorie: Význam, Využití internetu a Využití pro praxi. Názorné zobrazení můžeme vidět v tabulce 9.

Tabulka 9: Kategorie a subkategorie získaných dat

Kategorie	Subkategorie
Zdravotně výchovné poradenství	Kouření Znalosti o KVO
Edukace	
Edukační materiály	Význam edukačních materiálů Využití internetu Využití v praxi

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 6: Zdravotně výchovné poradenství

Kategorie **Zdravotně výchovné poradenství** obsahuje dvě subkategorie, **Kouření** a **Znalosti o kardiovaskulárních onemocněních**. Shrnutí poskytuje tabulka 10.

Tabulka 10: Zdravotně výchovné poradenství

Kategorie	Subkategorie	Výstup		
Zdravotně výchovné poradenství	Kouření	Odnaučený kuřák	Z vlastního přesvědčení	
		E - cigarety	Úspora financí Menší škodlivost	
		Zanechání kouření	Nedostatek vůle Silná závislost	
	Znalosti o KVO	Obecná informovanost	Něco se srdcem	
			Asi infarkt	
			Nemoc plic a žil	
			Mozková mrtvice	
			Praskání cév	
			Nemoci chlopní	
			Angina pectoris	
			Srdeční selhání	
		Infarkt	Ucpání cév	
			Prasknutí cévy	
			Odumření srdeční tkáně	
		Preventivní opatření	Správná životospráva	
			Pohybová aktivita	
			Nekuřáctví	
Abstinence alkoholu				
Psychická pohoda				
		Optimální TK		

Zdroj: Vlastní zpracování

Kouření

V této podkategorii jsme zjišťovali, jaký mají pacienti vztah ke kuřáctví. Z odpovědí je zřejmé, že pouze jeden z pacientů, je nekuřák a to odnaučený. P3 odpověděla: „Nekouřím už od 24 let, přestala jsem v těhotenství, prakticky ze dne na den. Moc si to už nepamatuju, ale asi mi to šlo snadno.“ Pacienti P1 a P4 uvedli, že kouří elektronické cigarety, považují to za méně škodlivé. P4 uvedla, že kouří už asi od 15 let, ale asi před 10-ti lety začala kouřit e-cigarety a to ji drží dodnes, řekla: „Chtěla jsem přestat sama, hlavně kvůli zdraví a ušetřeným penězům.“ P1 začal s kouřením elektronických cigaret asi před půl rokem, chtěl tím docílit zejména úspory peněz a řekl: „Chtěl jsem to zkusit hlavně kvůli penězům. Občas si ještě normální cigaretu dám, ale musím říct, že už mi to ani nechutná.“ P2, P5 a P6 jsou silnými kuřáky a se zanecháním kouření mají problém. Všichni uvedli, že by rádi s kouřením přestali, ale nejde to. P5 uvedl, že nemá dost

pevnou vůli a jeho odpověď zněla: „*Kouřím už od 18-ti let. Před infarktem jsem kouřil i 30 cigaret za den. Snažil jsem se přestat, ale nejde to, kouřím furt. Přestat bych chtěl, jen nemám dost silnou vůli.*“

Znalosti o kardiovaskulárních onemocnění

Zde se budeme zabývat odpověďmi, které směřují ke zjištění, jaké mají pacienti povědomí o kardiovaskulárních onemocnění a infarktu myokardu. Z odpovědí vyplývá, že ne všichni z dotazovaných pacientů, mají dostatečné informace. P1 a P2 odpověděli, že asi něco se srdcem, P2 ještě dodal že, „*Asi infarkt.*“ P5 se domnívá, že kromě nemocí srdce, sem patří také nemoci plic a žil. P5 uvedl mozkovou mrtvici, infarkt a praskání cév. Z odpovědí P3 a P4 je zřejmé, že mají o KVO největší znalosti. Kromě infarktu uváděli také nemoci chlopní, anginu pectoris, srdeční selhání a ischemickou chorobu srdeční. Z odpovědí směřujícím ke zjištění, co je infarkt, jsme zjistili, že 3 z dotazovaných se domnívají, že je to způsobené ucpáním cév. P1 a P2 uvedli, že je to způsobené prasknutím cévy a P1 odpověděl: „*To vznikne, když tam na srdci praskne nějaká céva, ne?*“ P3 uvedla, že infarkt vznikne, pokud odumře srdeční tkáň. Z odpovědí směřující ke zjištění, jaké opatření by sami zaujali, aby je infarkt nikdy nepostihl, jsme mohli zjistit, že mají poměrně dobrý přehled. Skoro všichni uvedli, že je potřeba dodržovat správnou životosprávu, dobře jíst, hýbat se a nekouřit. 3 z dotazovaných, P1, P2 a P5, ještě považují za důležité nepít alkohol. P2 jako jediná uvedla v důležitost psychickou stránku a řekla: „*Je důležité být také veselý, nerozčílovat se a věci si tak nepřipouštět.*“ A P4 zase jako jediná zmínila důležitost udržování optimálního krevního tlaku.

Kategorie 7: Edukace

Sedmou vytvořenou kategorií, je kategorie s názvem **Edukace a** bude se zabývat odpověďmi, které směřují ke zjištění, zdali edukace, z pohledu pacientů probíhá, jak často a jaké je její zaměření. Z odpovědí je zřejmé, že ne všichni pacienti, kteří navštěvují své lékaře, jsou edukováni. Všichni z dotazovaných, kromě P4, odpověděli, že edukováni jsou. P2 uvedla, že do doby než prodělala infarkt myokardu, edukace ze strany zdravotníků nikdy neprobíhala. Nyní jí zdůrazňují hlavně důležitost zanechání kouření a snížení váhy. P1 uvedl, že je edukován lékařem vždy při jeho návštěvě. Praktického lékaře navštěvuje jen v případě potřeby a kardiologa 1x za 3 roky. Pravidelné kontroly by měl ale absolvovat každý rok. Lékař ho vždy edukuje o redukcii

hmotnosti a úpravě jídelníčku. P3 navštěvuje svého praktického lékaře pravidelně a řekla: „K praktikovi chodím pravidelně. Vždy tam donesu zprávy z kardiologie a vyzvednu recepty na léky. Doktor mi zkontroluje výsledky a pochválí mě. Prý je vidět, že se snažím a opakuje mi, že se nemám přepínat.“ Kardiologickou poradnu navštěvuje P3 také pravidelně, a to 1x za půl roku. „Na kardiologii mi vždycky naberou krev a kontrolují jaterní testy a cholesterol. Zpočátku mi říkal, hlavně doktor, že mám upravit jídelníček a trochu se začít šetřit. Jinak asi nic.“ P4 dochází k praktickému lékaři pravidelně, v rámci preventivních prohlídek 1x za rok, nebo když něco potřebuje. Edukace, ale dle jeho slov nikdy neprobíhala. Pouze se setkala s edukací ohledně diety na intoleranci potravin v gastroporadně, kde jí doporučili vyhledání potřebných informací na internetu. P5 navštěvuje praktického lékaře také pouze z důvodu preventivních vyšetření a to 1x za 2 roky. Kardiologa navštěvuje pravidelně. Co se týká edukace, řekl: „No moc ne, jen mi říkají, že bych měl přestat kouřit. Na kouření se mě ptají vždycky, když tam přijdu, jinak asi nic“ P6 navštěvuje svého lékaře jen v případě, že to vyžaduje jeho zdravotní stav a kardiologa 1x za půl roku. Ten mu vždy zdůrazní nutnost zanechání kouření a snížení váhy. „Říkají mi, že nemám kouřit a víc se hýbat, třeba chodit na procházky a držet dietu, hodně jíst zeleniny a jíst pravidelně.“

Tabulka 11: Edukace

Kategorie	Informanti	Výstup	
Edukace	Praktický lékař	Edukaci neprovádí	
		Edukace při prevenci	Kouření
			Redukce hmotnosti
		Edukace po IM	Kouření
			Redukce hmotnosti
			Šetřící režim
	Kardiolog	Edukace vždy	Úprava jídelníčku
			Šetřící režim
			Kouření
			Redukce hmotnosti
		Pohybová aktivita	

Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie 8: Edukační materiály

Poslední kategorií, je kategorie s názvem **Edukační materiály** a byla rozdělena do tří podkategorií, které byly pojmenovány: **Význam edukačních materiálů**, **Využití internetu** a **Využití v praxi**. Přehledné shrnutí poskytuje tabulka 12.

Tabulka 12: Edukační materiály

Kategorie	Subkategorie	Výstup	
Edukační materiály	Význam EM	EM nemají	Nedostali je
			Vyhazují je
	Využití internetu	EM mají, ale nevyužívají	Řídí se vlastním rozumem
			Upřednostňují info od lékaře
			Nečtou je
		EM využívají	Letáky, brožury
		Na správný jídelníček	
		Na nízkocholesterolovou dietu	

Zdroj:vlastní zpracování

Význam

Tato podkategorie popisuje, jaké je využívání edukačních materiálů z pohledu pacientů. Zjišťovali jsme, jestli pacienti bývají svými lékaři edukačními materiály vybavováni a jaké mají pro ně význam. Ze zjištěných odpovědí je patrné, že ne všichni je dostávají. P4, P5 a P6 odpověděli, že nikdy žádné materiály nedostali. Všichni ostatní, ano. A to konkrétně letáky nebo brožury. P2 odpověděla: „*Jo něco jsem určitě dostala, ale já to moc nečtu. Řídím se spíše vlastním rozumem.*“ P6 také byla vybavena letáky a brožury, ale říká: „*Ted' už mi je nedávají. Dávali mi je hlavně v Budějovicích, když jsem byla po výkonu. Tam mi toho dali nejvíc.*“ Dále bylo naším cílem zjistit, jak edukační materiály pacienti vnímají a jestli jsou pro ně přínosem. Jen 3 z dotazovaných (P1, P3, P5), odpověděli kladně. Pro názorný příklad, P1 odpověděl: „*Měli pro mě význam letáky na jídelníček. Když jsem začal držet dietu, tak jsem na to koukal, ale ostatní vždycky zmuchlám a zahodím.*“ P4 a P6 odpověděli, že neví a P2 jako jediný odpověděl, že pro něj nemají význam žádný.

Využití internetu

Odpověďmi získanými od informantů, jsme zjišťovali, jak pacienti využívají internetových stránek k získávání potřebných informací. Naším cílem bylo zjistit, jestli jim lékaři nebo sestry internetové stránky doporučují, a zdali je doma využívají. Z odpovědí vyplývá, že spíše nikoliv. Jen P4 se s tímto doporučením setkala, ale na gastroenterologii. Lékař jí doporučil, aby si potřebné informace o dietě našla na internetu. Jinou zkušenost nemá. P5 zpočátku odpověděl, že ne, ale poté doplnil: „*No vlastně jo, sestry mi to doporučily. Když jsem seděl na kardi, tak mi říkaly, že si všechno můžu vyhledat na internetu. Jak mám jíst a tak. Na to jsem koukal, to jsem si vyhledával.*“

Využití v praxi

Zde se budeme zabývat odpověďmi, které směřují ke zjištění, které edukační materiály mají pacienti doma, jsou-li pro ně dostatečně srozumitelné, a zdali se řídí se podle jejich doporučení. Jen polovina z dotazovaných (P1, P2 a P3) odpověděla, že ano. P1 řekl: „Mám doma asi 2 letáky na tu dietu, ale zbytek vyhazuju. Ty co mám, jsou pro mě srozumitelné a snažím se podle nich řídit. Zhubnul jsem už asi 15 kg.“ Z odpovědí P2 je zřejmé, že některé edukační materiály doma má, ale podle jejich doporučení se neřídí. „Řídím se vlastním tělem a jím to po čem je mi dobře.“ P3 také uvedla, že edukačními materiály vybavena byla, ale již se k nim nevrací a svou odpověď doplnila: „Doma mám schovaný leták na cholesterolovou dietu a brožuru Jak žít s infarktem, ale přečetla jsem si to akorát jednou. Snažila jsem se podle doporučení držet tu dietu.“ P4, P5 a P6 uvedli, že doma žádné edukační materiály nemají. P5 si vystačí s informacemi získanými z internetu, které jsou pro něj snadno dostupné a srozumitelné. Podle doporučení, které si sám našel, se snaží dodržovat správný jídelníček a řekl: „Já určitě dodržuju tu stravu a snažím se jíst hodně zeleniny a ovoce.“

5.3 Výsledky - pozorování

V této kapitole budeme popisovat výsledky výzkumného šetření, které jsme zjistili pozorováním v kardiologické ambulanci. Naším cílem bylo zjistit, zdali lékaři a sestry edukují své pacienty v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, a zdali v praxi využívají edukační materiály, včetně internetu. Z pozorovacích archů vyplynulo, že edukace pacientů probíhá, ale bez využití edukačních materiálů. Data, které jsme získali metodou pozorování, byla pro přehlednost, shrnuta v následující tabulce.

Tabulka 13: Pozorování

Prvky pozorování	Pozorování 1	Pozorování 2	Pozorování 3
Edukace	Probíhá	Probíhá	Probíhá
Důvod edukace	Po IM, obezita, hypertenze, hypercholesterolémie	Arytmie, hypertenze	Těžká Ao vada, hypertenze, ICHS, ICHDK, DM, plicní edém
Četnost edukace	Opakovaná	Opakovaná	Opakovaná
Edukátor	Lékař	Lékař	Lékař
Metody edukace	Hovořené slovo	Hovořené slovo, Demonstrat. metody	Hovořené slovo
Zaměření edukace	Úprava stravy, pohybová aktivita	Vysazení Warfarin, měření pulsu	Dodržování léčebného režimu, Rozpoznání příznaků

Záznam edukace	Ano	Ano	Ano
Prostředí edukace	Klidné	Rušivé elementy – vyzvánění telefonu	Rušivé elementy – hlasitý hovor sestry
Čas na edukaci	Dostatečná	Dostatečná	Dostatečná
Porozumění edukace	Ano	Ano	Ano
Doplňující otázky	Ze strany lékaře	Ze strany pacienta	Ze strany dcery pacienta
Zodpovídání otázek	Ano, pacient	Ano, lékař	Ano, lékař
Délka edukace	5-10 min.	2-3 min.	3-5 min.
Využití EM	Ne	Ne	Ne
Využití internetu	Ne	Ne	Ne
Zájem pac. o EM	Ne	Ne	Ne
Vydání EM	Ne	Ne	Ne

Zdroj: vlastní výzkum

Pozorování se zúčastnili celkem 3 pacienti, kteří docházejí do kardiologické poradny. Celková doba vyšetření na každého pacienta činila průměrně 30 minut. První kontaktní osobou byla sestra, která u každého pacienta nejprve ověřila totožnost, natočila EKG, změřila krevní tlak a pacienta zvážila. Poté pacienti jednotlivě přecházeli k samotnému lékařskému vyšetření. Lékař s nimi pohovořil o jejich současném stavu, provedl fyzikální vyšetření a zhodnotil výsledky laboratoře. V případě třetího pacienta byla také provedena echokardiografie srdce. U všech pozorovaných pacientů probíhala edukace v rámci prevence KVO. Edukaci vedl lékař. Přítomné dvě sestry se do edukace nezapojily.

Prvním pozorovaným, byl pacient po infarktu myokardu se zavedeným stentem. Trpěl obezitou, léčil se na hypertenzi a vysoký cholesterol. Během vyšetření se u pacienta zjistil nárůst hmotnosti a zhoršení hodnot cholesterolu. Naopak u něj došlo k výraznému zlepšení hodnot krevního tlaku. Edukace byla zaměřena na pohybovou aktivitu a úpravu stravy. Otázky lékaře směřovaly ke zjištění, proč došlo k nárůstu hmotnosti. Z odpovědi pacienta bylo zřejmé, že důvodem je absence práce a celkově nedostatek pohybu. Většinu volného času, jak sám uvedl, prosedí u televizoru. Pacientovi byla doporučena každodenní chůze, plavání a úprava jídelníčku. Nejíst smažená a tučná jídla a zvýšit příjem ovoce a zeleniny. Pacient byl lékařem edukován slovně a na otázku, zdali všemu porozuměl, odpověděl kladně. Do zprávy lékař provedl zápis, včetně provedené edukace. Délka edukace trvala v rozmezí od 5-10 minut. Při edukaci nebyly vydány ani

doporučeny žádné edukační materiály. Zájem o ně neprojevil ani samotný pacient. Pacientovi byla naplánována kontrola za 3 měsíce, včetně ultrazvuku srdce. Sestra pacienta objednala a vytiskla žádanky na následující plánované krevní odběry.

Objektem druhého pozorování, se stala žena, s léčenou arytmií a hypertenzí. Po lékařském vyšetření bylo u ženy zjištěno, že má pravidelný sinusový rytmus a adekvátní hodnoty krevního tlaku. Lékař doporučil vysazení Warfarinu, který žena užívala při arytmií. Pacientka byla poučena o postupném vysazení léku. Ze strany pacientky byly kladeny doplňující otázky a lékař vše trpělivě vysvětloval. Pacientku zejména zajímalo, jak daný lék vysazovat a jestli bude muset ještě držet „warfarinovou“ dietu. Lékař jí vysvětlil, že týden bude užívat pouze poloviční dávku, následující týden bude užívat poloviční dávku jen obden a pak lék vysadí. Také jí vysvětlil nutnost dodržování diety až do konce terapie. Během edukace byly zjevné rušivé elementy. Časté vyzvánění telefonu a hlasitá komunikace přítomné sestry. Pacientka byla dále edukována o kontrolách svého tepu. Lékař jí vysvětlil a ukázal na zápěstí, kde si v případě potíží, může případnou arytmií ověřit. Tlukotem prstů o stůl jí názorně předvedl, jak má vypadat „normální“ pravidelný rytmus a jak by tlouklo její srdce v případě arytmie. Lékař se na závěr pacientky zeptal, jestli nemá nějaké dotazy a pacientka odpověděla, že nikoliv, že všemu porozuměla. Edukace proběhla v rozmezí od 2-3 minut. Nebylo využito žádných edukačních materiálů. Pacientce bylo vysvětleno, že další návštěvy v kardiologické ambulanci nejsou nutné a byla svěřena do rukou praktického lékaře. V případě potíží bylo doporučeno neprodlené vyhledání lékařské pomoci.

Třetím a také posledním pozorovaným objektem, se stal pacient v doprovodu své dcery, u které dlouhodobě žije. Dcera byla přítomna během celého lékařského vyšetření. Pacient se léčí s těžkou aortální vadou, ischemickou chorobou srdeční a dolních končetin, hypertenzí, diabetem mellitem a s plicním edémem. Kardiologa navštěvuje již několik let a jeho cílem je docílit, aby nebyl dušný a neměl akutní potíže. Edukace byla převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, na příznaky dušnosti a bolesti na hrudi. Lékař pacientovi a dceři důsledně opakoval nutnost pravidelného užívání léků a v případě zhoršeného dýchání nutnosti navýšení léků na odvodňování a aplikací nitrátu. Dcera kladla doplňující otázky, které lékař ochotně zodpovídal. Zejména jí zajímalo, jak se mají v případě potřeby léky navyšovat a kdy už je nutné navštívit lékaře. Bylo také opakováno doporučení ohledně zaujímání polohy vleže, s vypodloženou horní polovinou těla. Lékař se pacienta i jeho dcery na závěr zeptal, jestli všemu porozuměli,

nebo mají ještě nějaké otázky. Odpověděli, že ne a příští kontrola byla naplánována za 3 měsíce. Sestra pacienta objednala a připravila žádanky na krevní odběry. Během edukace nebyly vyzorovány žádné rušivé elementy, kromě častého vyzvánění telefonu. Přijímané hovory byly vyřizovány sestrami z jiné ambulance. Délka edukace se pohybovala v rozmezí od 3-5 minut. Během edukace nebyly použity žádné edukační materiály.

6 DISKUZE

Tato diplomová práce je zaměřená na využívání edukačních materiálů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Pro výzkum byly stanoveny 3 cíle a 4 výzkumné otázky, které jsou podrobně popsány na straně 37. Pro naplnění stanovených cílů bylo přistoupeno ke kvalitativnímu šetření, metodou rozhovorů a pozorování. Informanti byli lékaři a sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro dospělé a kardiologických ambulancí v Jihočeském kraji. Dalším výzkumným souborem, se pro tuto práci, stali pacienti s kardiovaskulárním onemocněním a pacienti s přítomnými rizikovými faktory pro jejich vznik.

Naše první výzkumná otázka směřovala ke zjištění, jak probíhá edukace pacientů v prevenci KVO. Skutečnost, že je nemocem lépe předcházet než léčit ty, u kterých nemoc již propukla, je dána již od nepaměti, ale přesto míra pacientů s kardiovaskulárními onemocněními neklesá. To potvrzují i Nussbauerová et. al (2016), kteří uvádí, že prevence kardiovaskulárních onemocnění na aterosklerotickém podkladě, patří k nejpropracovanějším preventivním programům v rozvinutých zemích, ale přesto zhruba polovina populace na následky těchto onemocnění umírá. Z mého pohledu je zapotřebí se více zaměřit na vyhledávání rizikových faktorů a řádnou edukaci. To potvrzují i některé výsledky výzkumů z různých zemí světa, kde se potvrzuje, že preventivní péče v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, není poskytována zcela adekvátně (Doležal, Jarošová, 2017).

Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že důvodem edukace je stále se zvyšující četnost pacientů s kardiovaskulárními onemocněními a stále se snižující jejich věková hranice. Většina z dotazovaných informantů v oboru praktického lékařství, se shodli, že zhruba 1/3 pacientů, kteří jsou u nich zaregistrováni, postihuje kardiovaskulární onemocnění. Výsledky šetření odhalili, že edukaci v prevenci kardiovaskulárních onemocnění provádějí zejména lékaři. S tím korespondují i výsledky výzkumu Michálkové, Šedové, Olišarové a Prokešové (2018), kde se také potvrdilo, že znalosti o prevenci KVO, získávají pacienti zejména od lékařů, a to ze 70 %. Sestru uvedla pouze čtvrtina občanů. Z našeho výzkumu je zřejmé, že sestry pacienty needukují zejména kvůli nedostatku času, nedostatečných vědomostí a v některých případech také proto, že to lékař po nich nevyžaduje. Z odpovědí vyplývá, že většina lékařů provádí edukaci každý den, někteří několikrát do týdne a jiní pouze v případě potřeby a v rámci preventivních prohlídek.

Domnívám se, že je zapotřebí pacienty edukovat důsledněji a reedukaci provádět při každé návštěvě. Jak také podotýká Havelková, Tumová (2015). Jen tak může pacient převzít veškerou zodpovědnost sám za sebe, za své zdraví a uvědomovat si důsledky svého chování. Pokud by edukaci vedla primárně sestra, domnívám se, že by na pacienta mohla mít lepší vliv. Vilánková, Prusíková, (2010) uvádí, že za pozitivní výsledky může právě motivační a edukační práce sestry, která rozhoduje o dlouhodobém úspěchu preventivních opatření u konkrétních pacientů. S tímto výrokem souhlasí také Trešlová, Šedová, Bártlová (2017), které v sestřích vidí významný edukační potenciál a domnívají se, že by pod záštitou lékařů, mohli vést primárně preventivní programy. Z odpovědí našeho výzkumu, je ale zřejmé, že sestry edukátorkami spíše nejsou. Jak sami uvedli, je to dáno především nedostatkem času a nedostatkem vědomostí. Často jen konkretizují nebo doplňují informace od lékaře, kterým pacienti neporozuměli. Ze strany lékařů, je ale zřejmý zájem na tom, aby sestry pacienty edukovaly více. Většina z dotazovaných lékařů odpověděla, že by bylo nutné sestru proškolit v oblasti efektivní edukace a v přehledu edukačních materiálů. Jeden z lékařů také vyslovil přání vysokoškolsky vzdělané sestry s praxí v kardiologickém oboru. Jeho představou by bylo, aby sestra měla svou místnost, v rámci kardiologické ambulance, kde by všem pacientům měřila a sledovala fyziologické funkce, nabírala krev a sledovala změny v laboratoři. A průběžně by edukovala pacienty o tom, co by bylo potřeba. Lékaři v praktickém lékařství by viděli výhodu prováděné edukace sestrou, zejména v získání více času na léčbu pacientů. Pouze jeden z dotazovaných lékařů, se vyslovil, že mu situace vyhovuje tak jak je a více od své sestry nevyžaduje. Úkolem sestry v jeho ordinaci, je edukace pacientů po telefonu, při sdělování výsledků laboratoře. YAN et al. (2014) poukazuje, že i edukace po telefonu může přinášet dobré výsledky. Uvádí, že respondenti, kteří byli po infarktu myokardu, průběžně edukováni telefonicky sestrou, dokázali lépe rozpoznat varovné příznaky onemocnění a lépe dodržovali opatření zaměřené na vhodný životní styl, než pacienti, kteří takto edukováni nebyli. Stejně tak i jiné výzkumu prokazují pozitivní vliv sester, které svými intervencemi působí na jednání a chování jedinců, v rámci prevence KVO. Doležal, Pavelková (2012) ale upozorňují na nedostatek takto kvalifikovaných sester, s nutností zavedení specializačního vzdělávání.

Další oblastí, kterou jsme se v naší práci zabývali, bylo zjištění, jaké metody edukace jsou v rámci prevence KVO využívány. Doležal, Jarošová (2017) považuje za nejčastěji

využívané metody v preventivní kardiologii, vysvětlování, výklad, rozhovor, diskuzi práci s textem, pozorování předmětů, předvádění předmětů a činností, demonstraci statických obrazů a projekci. V naší práci se potvrdila nejvíce využívaná metoda hovořeného a tištěného slova. Tedy nejčastěji vysvětlování, popis a rozhovor. Na druhé místo uvedli, využívání práce s textem. Jedná se o tištěný materiál, převážně ve formě brožur a letáků. Havelková, Tumová (2015) považují tuto metodu za velmi efektivní, ale pouze ve spojení s jinou edukační metodou, např. konzultací nebo vysvětlováním. Pouze dva lékaři používají v edukaci metody demonstrace. Oblíbenou pomůckou se jim stala maketa cévy postižené aterosklerózou. Pacienti si tak mohou lépe představit, jak k zužování cév dochází. Jedna z dotazovaných sester také uvedla, že jejich lékař maluje pacientům srdce na papír, aby lépe pochopili, jak srdce pracuje a kde mají defekty. Pomocí těchto metod se lékaři a sestry nejvíce zaměřují na kouření, stravování a pohybovou aktivitu. Tuka (2018) považuje zanechání kouření za nejlevnější a také za nejúčinnější léčbu pro pacienty s KVO. S tímto rčením se ztotožňuje i většina dotazovaných informantů. Jeden lékař uvedl, že pokud pacienti přestanou kouřit, jedná se o nejefektivnější metodu a vůči pacientovi s KVO má také největší prospěch. Na druhé místo v důležitost staví edukaci v oblasti stravování, pro dosažení redukce hmotnosti, snížení hladiny cholesterolu a optimalizaci krevního tlaku. Podle Souhrnu Evropských doporučení pro prevenci KVO (2012), lze zdravou stravu charakterizovat takto: nasycené mastné kyseliny se mají podílet maximálně 10% z celkového energetického příjmu a mají být nejlépe hrazeny polysaturovanými mastnými kyselinami, dále množství nasycených mastných kyselin nemají v potravě přesáhnout 1% z denního příjmu, sůl konzumovat v množství menším než 5 g a navýšit množství potravin obsahující vlákninu, a to na 30-45g za den. Doporučované množství ovoce a zeleniny činí 200g, tedy 2-3 ks ovoce a zeleniny denně, podle doporučení je také nutné zavést do jídelníčku 2x týdně konzumaci ryb. Pouze jeden z dotazovaných lékařů staví do popředí edukaci v oblasti pohybu. Pohybovou aktivitu vnímá jako základ, pro něj má větší význam než medikace. S tímto názorem se ztotožňuje také Piscatela a Franklin (2011), kteří různými studiemi poukazují na, že lidé, kteří cvičí, mohou snížit riziko infarktu myokardu až o 50 %, což je více než dokážou léky na cholesterol. Podobného názoru je i Zachariah, Alex (2017), kteří považují sedavý životní styl za jeden z hlavních rizikových faktorů pro vznik kardiovaskulárních onemocnění. Lékař pacientům "ordinuje" vždy takové aktivity, o kterých se domnívá, že je zvládnou. Ať už se jedná o chůzi, jízdu na kole nebo plavání. Edukaci v oblasti užívání alkoholu, zmínil

pouze jeden z dotazovaných informantů, který se domnívá, že abstinence vede ke snížení kardiovaskulárního rizika. Šamánek (2018) ale upozorňuje na to, že konzumace malého množství alkoholu, může být pro pacienty s kardiovaskulárním rizikem prospěšná. Studie ukázala, že nejvíce zvýšené hodnoty rizika, měly osoby, které původně alkohol konzumovaly, ale z jakýchkoliv důvodů později přestaly úplně pít a na druhém místě, podle četnosti kardiovaskulárního rizika, byli celoživotní abstinenti.

Náš výzkum dále vedl ke zjištění, že délka edukace probíhá různě dlouho, a to v rozmezí 3-10 minut, na každého pacienta. Nejčastěji se lékaři shodovali v čase do 5 minut. Sestry se edukací zabývají minimálně nebo vůbec. V průměru můžeme říct, 1-5 minut. Jarošová, Doležal (2017) uvádějí doporučenou dobu edukace u pacientů s prodělaným infarktem myokardu, 30-60 minut. První edukace by měla probíhat během hospitalizace v délce trvání 60 minut. Další reedukace doporučují absolvovat po jednom, šesti a dvanácti měsících od příhody. A to v ambulantním režimu, kdy délka edukace musí být přizpůsobena dosavadním znalostem pacienta a měla by se pohybovat v rozmezí od 30 do 60 minut. Je tedy zřejmé, že edukace není prováděna v takovém rozsahu, jak by bylo potřeba. Je to možná dáno i tím, že edukaci pacienta v prevenci KVO, je v současné době obtížné vykázat pojišťovně nebo lékaři o této možnosti nevědí, nebo kód nemají s příslušnými pojišťovnami nasmlouvaný. Na stránkách Veřejné zdravotní pojišťovny (VZP ČR © 2019) je uváděn kód 06123 – Komplex – edukace, reedukace, ošetrovatelská rehabilitace, 06145 – Reedukace pacienta s diabetem mellitem a jemu blízkých osob, 13051 – Cílená edukace diabetika, 09523 – Edukační pohovor lékaře s nemocným či jeho rodinou a kód 09525 – Rozhovor lékaře s rodinou. Z výzkumného šetření, jsme mohli zjistit, že nikdo „edukační kód“ nepoužívá. Pouze jeden lékař sdělil informaci o jeho přípravě a zavedení do praxe.

Další oblastí našeho zkoumání, bylo zjištění o využitelnosti edukačních materiálů, v rámci edukace pacientů v prevenci KVO. Při práci s edukačními materiály je bezpodmínečně nutné, aby s nimi byl edukátor dostatečně seznámen a uměl s nimi pracovat. To potvrzuje i Zormanová (2014), která také poukazuje na nutnost ověřování aktuálnosti informací a materiály, které jsou zastaralé, nahrazovat novými. Na trhu máme celou řadu edukačních materiálů, které jsou vhodné pro kardiovaskulární prevenci. Z našeho výzkumu vyplývá, že největší využití mají textové edukační materiály, a to v podobě letáků a brožur. Dva z dotazovaných lékařů, také zmínili použitelnost vizuální edukační pomůcky, a to konkrétně modelu cévy postižené

aterosklerózou. Většina sester, které edukaci prováděly, také uvedly, že v rámci edukace použily letáky nebo brožury. Jedna z nich odpověděla, že edukační materiály předává pacientům jen v případě, pokud zjistí, že lékař tak neučinil. V rámci pozorování v kardiologické ambulanci jsme ale dospěli jiného názoru. Ze tří pozorovaných pacientů, nebyl ani u jednoho z nich, využit edukační materiál, včetně internetu. Jak ze strany sester, tak ani lékařů. A poptávka nebyla ani ze strany samotných pacientů či jejich rodinných příslušníků. Jelikož ale edukace neprobíhala poprvé, je pravděpodobné, že pacienti byli vybaveni edukačními materiály již při první návštěvě. Osobně se domnívám, že ano. Je pravdou, že mnozí pacienti navštěvují kardiologickou poradnu pravidelně a nemá význam jim stále dokola nabízet stejné edukační materiály, které už pravděpodobně mají. Pro lékaře je pak výhodné, do dokumentace provádět záznam o množství a typu vydaného edukačního materiálu. Jak jsme ale mohli zjistit, všichni lékaři takto nečiní.

Pro práci s edukačními materiály je nutné, aby nebyly používány samostatně, ale ve spojení s jinou edukační metodou. To znamená, že pro pacienta ztrácí význam prosté předání materiálu, bez jakéhokoli vysvětlení. S tímto názorem se ztotožňuje také Juřeníková (2010), která uvádí, že pro efektivní edukaci je zapotřebí propojení vícero edukačních metod a při práci s edukačními prostředky musíme brát v úvahu skutečnost, že člověk je schopen přijímat 80 % informací zrakem, 12 % informací sluchem, 5 % informací prostřednictvím hmatu a 3 % přijímáme ostatními smysly. Z výzkumného šetření tedy vyplynulo, že většina z dotazovaných sester a lékařů vnímá edukační materiály pozitivně a mnohým usnadňují proces edukace, zejména kvůli úspoře času. Z jejich odpovědí je také zřejmé, že je jich na trhu dostatek, jsou dobře zpracované a pro pacienty srozumitelné. Jen jeden z lékařů uvedl, že by uvítal více brožur. Jako nejoblíbenější uváděli brožury: *Pro život po infarktu*, *Víte jak na aterosklerózu* a *Jak na zvýšený cholesterol a srdečně-cévní rizika*. Z výzkumu jsme také mohli zjistit, že tištěné edukační materiály, jsou podle lékařů a sester, stále na lepší úrovni, zejména kvůli obrázkové ilustraci. Na druhou stranu, ale musíme říci, že ne všechny edukační materiály hodnotili kladně. Zejména letáky obsahující informace o správném jídelníčku, které jsou, z jejich pohledu nevydařené. Obsahují příliš informací o nutričních hodnotách jednotlivých potravin a sami mají problém se v tom orientovat. Z pohledu pacientů, nám výzkumné šetření ukázalo, že nesdílí stejný názor. Jen polovina z dotazovaných, se vyjádřila, že edukační materiál někdy od svého lékaře či sestry

získali. A z jejich odpovědí je patrné, že právě edukační materiály zaměřené na správné stravování, jsou využívány nejvíce. Konkrétně se jednalo o jídelníček zaměřený na snížení hladiny cholesterolu a při redukci hmotnosti. Dále jedna z dotazovaných pozitivně hodnotila brožuru *Jak žít s infarktem*, díky které získala základní informace o příčinách i preventivních opatřeních při své nemoci. Výzkumné šetření také ukázalo, že právě letáky na správné stravování, jsou ty, které mají pacienti schovány doma a opakovaně se k nim vrací. Ostatní edukační materiály pro ně nemají takový význam.

Dále jsme výzkumným šetřením zjišťovali, jaké je využití internetu. Z výsledků je patrné, že hodně záleží na věku pacientů a přístupu zdravotníků. Práce Micháلكové, Šedové, Olišarové a Prokešové (2018) poukazují na to, že informace získané z internetu hrají nezastupitelnou úlohu a tohoto zdroje využívá více než 38 % občanů. Z odpovědí našich informantů (lékařů a sester) jsme mohli zjistit, že ne všichni, internet využívají a doporučují. Někteří svým pacientům hledají potřebné informace přímo v ordinaci a pro výběr volí metodu náhodného zadání tématu do Googlu. Získané a vtištěné informace, pak předají pacientovi. Jiní zase pacientům doporučují konkrétní stránky, na domácí samostudium. Jeden lékař také uvedl, že internet doporučuje zejména mladším ročníkům, ale sám jim nic nevyhledává a ani nedoporučuje. Jen jim řekne, ať si to sami vyhledají na internetu. Zkušenosti pacientů, tomu také odpovídají. Z našeho výzkumu je patrné, že s využitím internetových stránek, se setkali pouze dva pacienti. Jedna informantka uvedla zkušenost z gastroporadny a druhý z kardioporaadny, ten získal doporučení ohledně internetu od sester, pracujících v kardiologické ambulanci. Oba zmiňovaní informanti, potřebné informace z internetu čerpali a snažili se podle daných doporučení řídit. Opět se jednalo o informace v oblasti správného stravování. Získávání informací z internetu se v dnešní době stalo jistým fenoménem a mnoho pacientů, zejména těch mladších, považují internet za informační zdroj číslo jedna. Často ale už nepřemýšlí nad jejich kvalitou a někdy si v dobré víře mohou spíše uškodit. Aby ze stran pacientů nedocházelo k získávání mylných informací, bylo by vhodné pacientům doporučovat jen ověřené informační zdroje. Tato praxe není ale vždy pravidlem, což se potvrdilo i v našem výzkumném šetření.

Jedna z informantek projevila zájem, aby všichni lékaři pracovali ve stejném PC programu a měli možnost si stahovat stejné informační materiály, jako je tomu tak i v jiných zemích. Z výzkumného šetření jsme také mohli zjistit, že nikdo z dotazovaných

informantů (lékařů a sester), se nepodílí na vzniku a obsahu edukačních materiálů. Pouze jeden z dotazovaných lékařů, projevil o tuto činnost zájem.

Poslední výzkumnou oblastí, na kterou jsme se v naší práci zaměřili, bylo zjištění situace ohledně informovanosti pacientů o kardiovaskulárních onemocnění a její prevenci. Je známé, že každý člověk, aby se mohl efektivně podílet na péči o své zdraví, musí mít všeobecný přehled a potřebné informace. Jak také uvádí Horanská, Kalanin a Simočková (2011), předpokladem pro dobrou spolupráci s pacientem na ošetrovatelském i léčebném procesu je jeho dobrá úroveň povědomí o svém zdraví a také možnostech, jak jej může zlepšit. Stejně tak to vidí i Michálková, Šedová, Olišarová a Prokešová (2018), které uvádějí, že pokud jedinec má převzít aktivní úlohu v péči o své zdraví, je zásadní, aby měl kvalitní informace o zdravém životním stylu. Výzkum Horanská, Kalanin a Simočková (2011) poukázal na to, že pacienti s ICHS v ambulantním režimu, jsou více informovaní a mají lepší přehled o nemoci než pacienti hospitalizovaní, což pro ně bylo překvapující, protože čekali opak. Z našeho šetření vyplynulo, že informovanost o kardiovaskulárních onemocnění, není příliš vysoká, ale za to pacienti projevili poměrně dobré znalosti o její prevenci. Často ve svých odpovědích zmiňovali „něco se srdcem“ nebo „asi infarkt“. Jen dva z dotazovaných informantů, projevili lepší znalosti a kromě infarktu uváděli také nemoci chlopní, anginu pectoris, srdeční selhání a ischemickou chorobu srdeční. Odpovědi směřující ke zjištění, co způsobí infarkt myokardu, jsme mohli odhalit, že polovina z dotazovaných se domnívá, že ho způsobí „ucpání“ cévy. Jiní odpovídali, praskání cév a odumření srdeční tkáně. Nejnovější, v pořadí 4. definice, popisuje infarkt myokardu jako buněčnou smrt v důsledku její ischemie. K vytvoření nové definice vedla zejména pozornost v odlišení nekrózy myokardu na ischemickém a neischemickém podkladě. První klinickou definici vytvořila v roce 1950 Světová zdravotnická organizace a opírala se pouze o klinický obraz a změny na EKG (Janda, 2019).

V oblasti prevence jsou na tom pacienti poměrně dobře. Všichni informanti se shodli na důležitosti dodržování správné životosprávy, zdravého stravování a pohybu. Dva také zmínili potřebu psychické pohody a abstinenci alkoholu. Výzkum Horanské, Kalanina a Simočkové (2011) také poukazuje na důležitost změny životního stylu u pacientů s diagnostikovanou ischemickou chorobou srdeční. Jejich výzkumné šetření prokázalo, že téměř 90 % občanů, změnilo po diagnostikování choroby, postoj ke svému zdraví a

vedlo ke zlepšení životního stylu, včetně zanechání kouření. To se ale nepotvrdilo v našem výzkumném vzorku. Všichni informanti, až na jednoho, jsou kuřáky. Dva z dotazovaných uvedli kouření elektronických cigaret. Sami to považují za méně škodlivé, ale zejména shledávají pozitivum v úspoře financí. Studie Du, Fan, Yingst et al., 2019, která zkoumala uživatele e-cigaret a jejich návrat k „běžným“ cigaretám, ukazuje, že necelých 90 % u kouření e-cigaret zůstali a recidivistů, kteří se vrátili k běžným cigaretám, bylo přes 10 %. To z mého pohledu není špatný výsledek jen ale v případě, že by byla u tohoto typu kouření prokázána menší škodlivost. Je ale pravdou, že tato oblast není zatím dostatečně probádána a otázky škodlivosti nejsou zcela zřejmé. Mnoho „vapingových“ společností nás přesvědčuje o tom, že je to dobrá alternativa kuřáctví, ale některé výzkumy, nejsou jednoznačně ve shodě. Např. výzkum Cirillo, Vivarelli, Turrini, et. al. (2019), poukazuje na toxické účinky na organismus krys, které zkoumali. Po dobu 28 dní nechali výzkumnou část hlodavců vdechovat výpary z e-cigaret, u kterých se prokázala jistá degenerace alveolárního a bronchiálního epitelu. O neblahém působení na respirační systém tedy nebyl pochyb, ale jak sami uvádějí, pro potvrzení či vyvrácení škodlivosti e-cigaret, je zapotřebí dalších nezávislých studií, které by agenturám veřejného zdravotnictví pomohli v jejich regulaci.

Zbytek informantů našeho výzkumného šetření, uvedli, že jsou silnými kuřáky a se zanecháním kouření mají velký problém. Nedostatek silné vůle a odhodlání, jim nedovolí s kouřením přestat. A nedaří se to ani přes snahu zdravotníků, kteří jim to stále opakují. Sami jsou si ale vědomi škodlivosti a neprospívání vůči kardiovaskulárním nemocem a s kouřením by rádi přestali. Výzkum Šedové, Tóthové, Chloubové et al. (2019) to také potvrzuje. Většina kuřáků s kardiovaskulárními nemocemi, si byli vědomi skutečnosti, že tato činnost vede ke zhoršování jejich prognózy, ale přesto s kuřáctvím nepřestali. Zanechat kouření je pro silného kuřáka nelehký úkol. Mám pocit, že mnoho zdravotníků, všem pořád dokola opakují, jak je kouření škodlivé a že by s tím měli přestat, ale nikdo už jim neposkytne takové intervence, které by jim pomohli situaci zvládnout. A ze své vlastní zkušenosti musím říct, že toto nestačí. Mě osobně velmi zaujala metoda krátkých intervencí, kdy za pomoci rozhovoru a speciálních edukačních kartiček, můžeme u pacientů dojít k efektivnějším změnám, alespoň ve smyslu zamyšlení se a uvědomění si opravdových nevýhod, které kouření přináší. Samozřejmě vždy záleží na individualitě a osobním přístupu.

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá tématem využívání edukace a edukačních materiálů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Jedná se o stále aktuální téma pro snižování incidence srdečně-cévních chorob, které můžeme dosáhnout včasnou detekcí rizikových faktorů a efektivní edukací. Výchova a vzdělávání obyvatel k prevenci je běh na dlouhou trať, který ale přináší mnoho benefitů nejen pro samotné jedince, ale také celou ekonomiku státu.

Můžeme říci, že cíle této práce byly dosaženy. Zjistili jsme, jak probíhá edukace v rámci prevence kardiovaskulárních onemocnění, jaké je využití edukačních materiálů a jaké mají samotní pacienti povědomí o kardiovaskulárních chorobách.

Výzkumné šetření ukázalo, že edukaci v prevenci KVO provádějí zejména lékaři a tu zaměřují především na oblast kouření, zdravé stravování a pohyb. Sestry se zapojují do edukace podstatně méně a často jen doplňují či konkretizují informace získané od lékaře. Je to dáno především nedostatkem času, nedostatečných vědomostí a v jednom případě také proto, že to lékař nevyžaduje. Co se týká využívání edukačních materiálů, jsme došli k názoru, že je mnozí nepovažují za obzvlášť důležité. Lékaři i sestry je v rámci edukace využívají spíše příležitostně a jejich výhodu vidí zejména v úspoře času a možnosti domácího prostudování. Samotní pacienti o ně také neprojevují zvýšený zájem a preferují informace přímo od lékaře. U skupiny pacientů jsme ale zjistili přínos edukačních materiálů zaměřených na zdraví jídelníček a nízkocholesterolovou dietu. A to v podobě letáků, brožur a informací z internetu. Tyto materiály mají doma uschované a v případě potřeby se k nim vrací. Dále jsme zjišťovali, jaká je informovanost pacientů o KVO. Ukázalo se, že informovanost není příliš vysoká, ale na druhou stranu pacienti prokázali celkem dobré znalosti v oblasti preventivního chování. Jsou si vědomi, že pro dobré kardiovaskulární zdraví, je zapotřebí dodržovat zásady zdravé životosprávy, zdravě jíst, mít dostatek pohybu a nekouřit. Ale přestože jsou si kuřáci vědomi neprospívání vůči kardiovaskulárním nemocem, kouření nezanechali. Zmíněna také byla důležitost psychické pohody a abstinence alkoholu.

Naše práce poukazuje na nedostatečnou edukaci ze strany sester a neefektivní využívání edukačních materiálů. Tímto se otevírá prostor pro další možné výzkumy zaměřené na problematiku využívání edukačních materiálů v kardiovaskulární prevenci. Tuto

diplomovou práci bych také ráda využila jako prostředek ke zlepšení stávající situace, a to apelováním na management a profesní vzdělávání sester. Dalším případným výstupem může být také přednáška na vhodné konferenci.

8 SEZNAM LITERATURY

- [1] ANDRADE, J., ARNETT, D., PINTO, F., 2015. *Prevention of Cardiovascular Diseases: From current evidence to clinical practice*. 1. issue. Switzerland: Springer. 301 p. ISBN 978-3-319-22356-8.
- [2] ANTOŠOVÁ, D., BENEŠ, Č., CSÉMY, L. et al., 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 155 s. ISBN: 978-80-85047-49-3.
- [3] ASCHERMANN, M., 2018. Jak si vede česká kardiologie? *Medicína po promoci*. 19(2), 118-120. ISSN: 1212-9445.
- [4] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN: 978-80-7013-467-2.
- [5] BĚLUNEK, P., 2007. *Rady pro nemocné a jejich blízké s anginou pectoris a po srdečním infarktu* [online]. Praha: Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta UP Olomouc [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: http://www.edukace-kardiaku.wz.cz/materialy/II_educacni_brozura/I_dil.pdf.
- [6] BRUTHANS, J., 2014. Priorities in primary and secondary cardiovascular prevention. *Proceedings of the 18th Annual Congress on Atherosclerosis*. 63(3), 440s. ISSN: 1802-9973.
- [7] BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
- [8] BÝMA, S., HRADEC, J., 2009. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v ordinaci všeobecného praktického lékaře. *Practicus*. 8(7), 11-15. ISSN: 1212-8711.
- [9] BÝMA, S., HRADEC, J., 2018. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 13 s. ISBN 978-80-86998-95-4.
- [10] *Cardiovascular diseases: Key facts*, 2017[online]. WHO [cit. 2019-02-23]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>.

- [11] *Centra pro závislé na tabáku* [online]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku © 2006-2019 [cit. 19-06-05]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/centra-lecby>.
- [12] CÍFKOVÁ, R., VAVERKOVÁ, H., FILIPOVSKÝ, J., ASCHERMANN, M., 2014. Souhrn evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi. *Cor et Vasa*,. 56(2), 169-189. doi: 10.1016/j.crvasa.2014.02.009.
- [13] CIRILLO, S., VIVARELL, F., TURRINI, E. et al., 2019. The customizable e-cigarette resistance influences toxicological outcomes: lung degeneration, inflammation and oxidative stress-induced in a rat model. *Toxicologica Sciences: Journal of the Society of Toxicology*. 6(8), 170-176. doi: 10.1093/toxsci/kfz176.
- [14] ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. et al., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. 511 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
- [15] *Česká potravinová pyramida* [online]. Fórum zdravé výživy © 2019 [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>.
- [16] ČEŠKA, R. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. 1788 s. ISBN: 978-80-247-0.
- [17] ČEŠKA, R. et al., 2012. Cholesterol a ateroskleróza, léčba dislipidemií. 4. vyd. Praha: Triton. 408 s. ISBN: 978-80-7387-599-2.
- [18] DOLEŽAL, J., JAROŠOVÁ, D., 2015. Analysis of clinical practice guidelines for caediovascular disease prevention. *Kontakt*. 17(2), e96-e102. doi: 10.1016/j.kontakt.2015.05.001
- [19] DOLEŽAL, J., JAROŠOVÁ, D., 2017. *Edukace pacientů po infarktu myokardu. Ošetrovatelský standard* [online]. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita [cit. 2019-07-05]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/data/clanek/980/dokumenty/edukace-pacientu-po-infarktu-myokardu.pdf>.
- [20] DOLEŽAL, J., PAVELKOVÁ, D., 2012. Názory kardiologických sester a kardiaků na ošetrovatelskou péči v kardiovaskulárních centrech Ostrava a České Budějovice - pilotní studie. *Cor et Vasa*. 54(7-8), č., e429-e432. ISSN: 1803-7712.

- [21] DU, P., FAN, T., YINGST, J. et al., 2019. Changes in E-Cigarette Use Behaviors and Dependence in Long-term E-Cigarette Users.[online]. *American Journal of preventive Medicine* [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31375364>.
- [22] *Duševní zdraví a stres* [online]. © Státní zdravotní ústav [cit. 2019-07-25]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/dusevni-zdravi-a-stres>.
- [23] *E-learningové kurzy* [online]. Moderní vzdělávací technologie Aperta s.r.o [cit. 2019-08-02]. Dostupné z: <https://aperta.cz/media/cache/file/d2/publicita-informacni-brozurka.pdf>.
- [24] FILIPOVSKÝ, J., WIDIMSKÝ, J., ŠPINAR, J., 2014. Souhrn Doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi/Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu hypertenze z roku 2013. *Cor et Vasa*. 56(6), e646-e667. ISSN: 1803-7712.
- [25] GEEVAR, Z., ANOOP, G. A., 2017. Exercise for prevention of cardiovascular disease: Evidence-based recommendations. *Journal of Clinical Preventive Cardiology*. 6(3), 109-113. doi: 10.4103/jcpc.jcpc_9_17.
- [26] HAMPLOVÁ, L., 2016. *Efektivní strategie podpory zdraví IV. Státní zdravotní ústav* [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická [cit.2019-06-02]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/efektivni_strategie_podpory_zdravi_2016/Hampl_Ham.pdf.
- [27] HARSHA, D. W., HWALIN, P., OBARZANEK, E., 1999. Diethary Approaches to Stop Hypertension. A Summary of Study Results. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetic*. 99(8), 35-39. doi: 10.1016/S0002.
- [28] HAVELKOVÁ, E., TUMOVÁ, E., 2015. *Edukace v ošetrovatelství* [online]. Průvodce edukačních prací Trutnov [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/23678695-Edukace-v-osevrotatelstvi-pruvodce-edukacni-praci-mgr-eva-havelkova-mgr-eva-tumova.html>.
- [29] *Heart-Healthy Eating*, [online]. UPMC, © 2019 [cit.2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.upmc.com/patients-visitors/education/cardiology/heart-healthy-eating>.

- [30] HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN: 978-80-7367-485-4.
- [31] HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 373 s. ISBN: 978-80-262-1192-1.
- [32] HORANSKÁ, V., KALANIN, P., SIMOČKOVÁ, V., 2011. Úloha ošetrovatelství při prevenci ICHS. *Sestra*. 21(12), 54-56. ISSN: 1210-0404.
- [33] HUDÁKOVÁ, N., KALA, P., ŠEBO, M. et al., 2016. Psychické poruchy akardiovaskulární onemocnění. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 79(1), 25-30. ISSN: 1210-7859.
- [34] JANDA, T., 2019. *Čtvrtá univerzální definice infarktu myokardu a diagnostika infarktu myokardu 2018* [online]. Medical tribune CZ© 2000-2019 [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44538-ctvrta-univerzalni-definice-infarktu-myokardu-a-diagnostika-infarktu-myokardu>.
- [35] JEDLIČKA, R., KOŤA, J., SLAVÍK, J., *Pedagogická psychologie pro učitele: Psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada. 528 s. ISBN: 978-80-271-0586-1.
- [36] JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- [37] KALVACH, P., et.al., 2010. *Mozková ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Praha: Grada. 456 s. ISBN: 978-80-247-2765-3.
- [38] KARETOVÁ, D., VOJTÍŠKOVÁ, J., ROZTOČIL, K., 2016. *Ischemická choroba dolních končetin*. Doporučené diagnostické a léčebné postupy pro všeobecné praktické lékaře. Praha: ČLS JEP. 13 s. ISBN: 978-80-86998-81-7.
- [39] KAZI, D.S., PENKO, J., COXSON, P.G. et al., 2017. Updated cost-effectiveness analysis of PCSK9 inhibitors based on the results of the FOURIER trial. *JAMA*. 318(8), 748-750. doi: 10./001/jama.2017.9924.
- [40] KOLÁŘ, J. et al., 2009. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén. 480 s. ISBN: 978-80-7262-604-5.

- [41] KOSTIUK, P., 2019. Chronický stres a kardiovaskulární onemocnění. *Biotherapeutics*. 9(1), 12-13. ISSN: 1805-1057.
- [42] KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 120 s. ISBN: 978-80-247-7815-0.
- [43] *Krátké intervence, manuál pro edukaci – Kouření* [online]. SZÚ [cit. 2019-06-08]. Dostupné z: <http://kratke-intervence.info/metodika/koureni/>.
- [44] KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 2016 s. ISBN: 978-80-7367-684-1.
- [45] LUSTIGOVÁ, M., ČAPKOVÁ, N., 2017. Prevalence rizikových faktorů srdečně-cévních onemocnění v Česku z pohledu demografických charakteristik – vybrané výsledky studie EHES. *Demografie*. 59(2), 163–170. ISSN: 0011-8265.
- [46] MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2010. *Edukácia a edukačný proces*. Martin: Osveta. 160 s. ISBN: 978-80-8063-326-4.
- [47] MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vyd. Praha: Grada, 312 s. ISBN: 978-80-247-5351-5.
- [48] MANDOVEC, A., 2008. *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada. 119 s. ISBN: 978-80-247-2807-0.
- [49] *Měření tlaku krve (TK), informace pro pacienty, 2016* [online]. Ústavní lékárna IKEM: Konzultace a lékové poradenství [cit. 2019-08-01]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Acer/Desktop/Domáci%20měření%20tlaku.pdf>.
- [50] MICHÁLKOVÁ, H., ŠEDOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V., OLIŠAROVÁ, V., 2016. The role of nurses in the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Nursing, Public Health and Rehabilitation*. 3(4), 134-140. ISSN: 1804-7181.
- [51] MIOVSKÝ, M., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*. 2. vyd. Praha: 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Klinická adiktologie. 326 s. ISBN 978-80-7422-392-1.

- [52] *Národní kardiovaskulární program České republiky, 2013* [online]. Brno: Česká kardiologická společnost. [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/data/clanek/604/dokumenty/narodnikardiovaskularni-program.pdf>.
- [53] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 260 s. ISBN: 978-80-8063-321-9.
- [54] NUSSBAUMEROVÁ, B., 2016. Co je nového v prevenci kardiovaskulárních onemocnění? *Medicína po promoci*. 17(3), 210-215. ISSN: 1212-9445.
- [55] *Odhad kardiovaskulárního rizika metodou SCORE* [online]. Státní zdravotní ústav [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/score>.
- [56] OLÍŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., ŠEDOVÁ, L. et al., 2018. Education in the are of heart and vessel diseases for 40+ citizens. *Cor et Vasa*. 60(6), e576-e581. doi: 10.1016/j.crvasa.2017.12.002.
- [57] PEDERSON, L., R, PRESCOTT, E., KERINS, M., 2017. Epidemiology of ischemic heart disease [online]. © 2019 ESC [cit. 2019-04-18]. Dostupné z: <https://www.escardio.org/Search?q=epidemiology+of+ischemic+heart+disease>.
- [58] PISCATELLA, J., FRANKLIN, B., 2011. *Prevent, Halt & Reverse Heart Disease: 109 Things You Can Do*. 2. issue. New York: Workman Publishing Company. 450 p. ISBN 978-0-7611-6073-1.
- [59] PÍŤHA, J., 2017. Proč umírají pacienti s ICHDK na ICHS a proč často zbytečně? *Interní medicína pro praxi*. 19(4), 179-185. ISSN: 1212-7299.
- [60] *Poradny pro odvykání kouření* [online]. SZÚ © 2019 [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CINDI/kurz/Poradny_pro_odvykani.pdf
- [61] PRŮCHA, J., 2017. *Moderní pedagogika*. 6. vyd. Praha: Portál. 488 s. ISBN: 978-80-7367-503-5.
- [62] *Příručka prevence stresu. Modely a osvědčené postupy – zkrácená verze* [online]. Stress Less. Impoving Educator Resillience to Stress, 2011. [cit. 2019-07-25]. Dostupné z: http://web.spi.pt/stressless/docs/update/CS/Stress%20Prevention%20Handbook%20-%20Models%20and%20Good%20Practices_Short%20Version.pdf.

- [63] ROSOLOVÁ, H., 2013. *Preventivní kardiologie v kostce*. Mlečice: Axonite. 248 s. ISBN: 978-80-904899-5.
- [64] *Smoking and Your Heart*, [online] UPMC, © 2019 [cit.2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.upmc.com/patients-visitors/education/cardiology/smoking-and-your-heart>.
- [65] SOVOVÁ, E., SEDLÁŘOVÁ J., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vyd. Praha: Grada. 255 s. ISBN: 978-80-247-4823-8.
- [66] *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, odkazy na weby* [online]. SLZT © 2006-2019 [cit. 19-06-05]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/odkazy-na-weby>.
- [67] STACK, CH, COLE, J., 2019. Ischemic stroke in young adults. *Current Opinion in Cardiology*. 12(1), 1-11. ISSN: 1802-3711.
- [68] STANĚK, V., 2014. *Kardiologie v praxi*. Mlečice: Axonite. 376 s. ISBN: 978-80-0904899-7.
- [69] STRASS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN: 80-85-834-60-x.
- [70] SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- [71] ŠAMÁNEK, M., 2018. *Riziko KVO při různém množství a způsobu pití alkoholu* [online]. Medical Tribune, Kapitoly z kardiologie [cit. 2019-05-26]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/43127-riziko-kvo-pri-ruznem-mnozstvi-a-zpusobu-piti-alkoholu>.
- [72] ŠANÁK, D., et al., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: Diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada. 167 s. ISBN: 978-80-247-3816.
- [73] ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-0596-0.
- [74] ŠEDO VÁ, L., TÓTHOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I. et al., 2019. Smoking - an influenceable risk factor in heart and vessel diseases. *Kardiologická revue*. 21(2), e106-e110. ISSN: 2336-2898.

- [75] ŠKŇOURIL, L., 2018. *Srdeční onemocnění a faktory, které zvyšují riziko jejich vzniku* [online]. Agel: Poskytovatel zdravotní péče ve střední Evropě [cit. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.agel.cz/media/blogy/180206-srdce.html>.
- [76] ŠTĚCHOVÁ, K., 2017. Využití technologie pro edukaci. *Medical Tribune (Praha)*. 13(5), D5. ISSN: 1214-8911.
- [77] TREŠLOVÁ, M., ŠEDO VÁ, L., BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I., 2017. Vybrané aspekty realizace edukačního procesu v preventivní kardiologii. *Kontakt*. 2, 93-100. ISSN 1212-4117.
- [78] TUKA, V. et al., 2018. *Preventivní kardiologie pro praxi*. Praha: NOL. 328 s. ISBN: 978-80-903929-60.
- [79] VILÁNKOVÁ, A., PRUSÍKOVÁ, M. et al., 2010. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárního onemocnění. *Medicína pro praxi*. 7(12), 501-503. ISSN 1214-8687.
- [80] VÍTOVEC, J., ŠPINAROVÁ, L., ŠPINAR, J., 2011. Sekundární prevence po infarktu myokardu – režimové a farmakologické postupy. *Interní medicína pro praxi*. 13(5), 202-204. ISSN: 1212-7299.
- [81] VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J. et al., 2018. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada. 208 s. ISBN: 978-80-271-0624-0.
- [82] VOJÁČEK, J. et al., *Klinická kardiologie*. 2012. 2. vyd. Praha: Nucleus HD. 1133 s. ISBN: 978-80-87009-89-5.
- [83] YAN, J., YOU, L. M., LIU, B. L., JIN, S.Y., ZHOU, J. J., LIN, C. X., LI, Q., GU, J., 2014. The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction in China: A randomized controlled trial.
- [84] International. *Journal of Nursing Studies*. 5(16), e844-855. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.011.
- [85] YANNIOS, T., 1999. *The Heart Disease Breakthrough*. 1. issue. Toronto: John Wiley. 256 p. ISBN 0-471-35309-4.

[86] ZORMANOVÁ, L., 2014. *Obecná didaktika*. Praha: Grada. 239 s. ISBN: 978-80-247-4590-9-9.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Hodnocení kardiovaskulárního rizika podle tabulky SCORE

Příloha 2 - Potravinová pyramida

Příloha 3 - Pyramida pohybové aktivity

Příloha 4 - Fagerströmův test nikotinové závislosti

Příloha 5 - Doporučení pro pacienty k domácímu měření TK

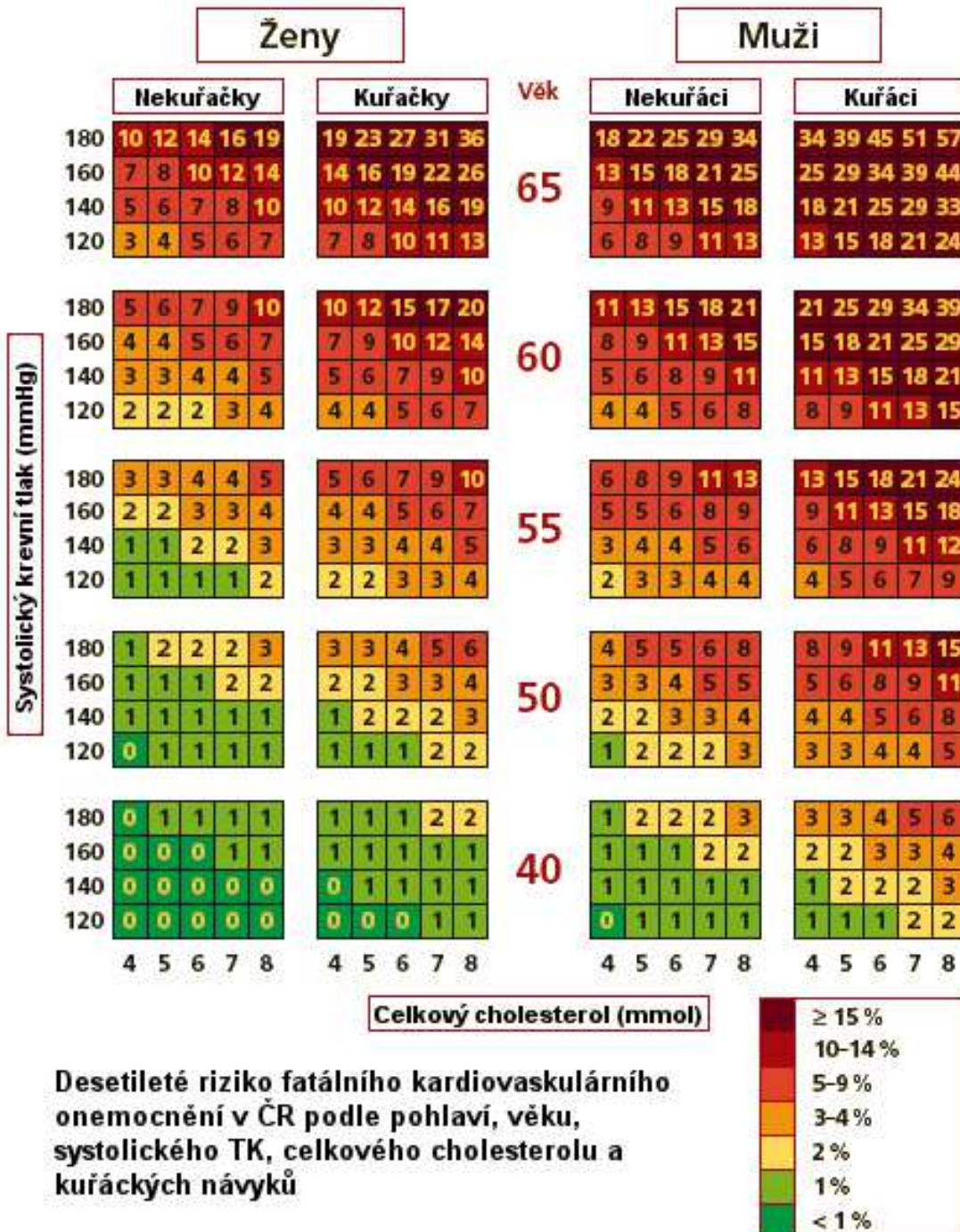
Příloha 6 - Osnovy rozhovorů: lékaři, sestry, pacienti

Příloha 7 - Scan zpracovaného rozhovoru

Příloha 8 - Formulář k pozorování

Příloha 1

Hodnocení kardiovaskulárního rizika podle tabulky SCORE.



Zdroj: SZÚ, © 2019

Příloha 2

Potravinová pyramida



Česká potravinová pyramida

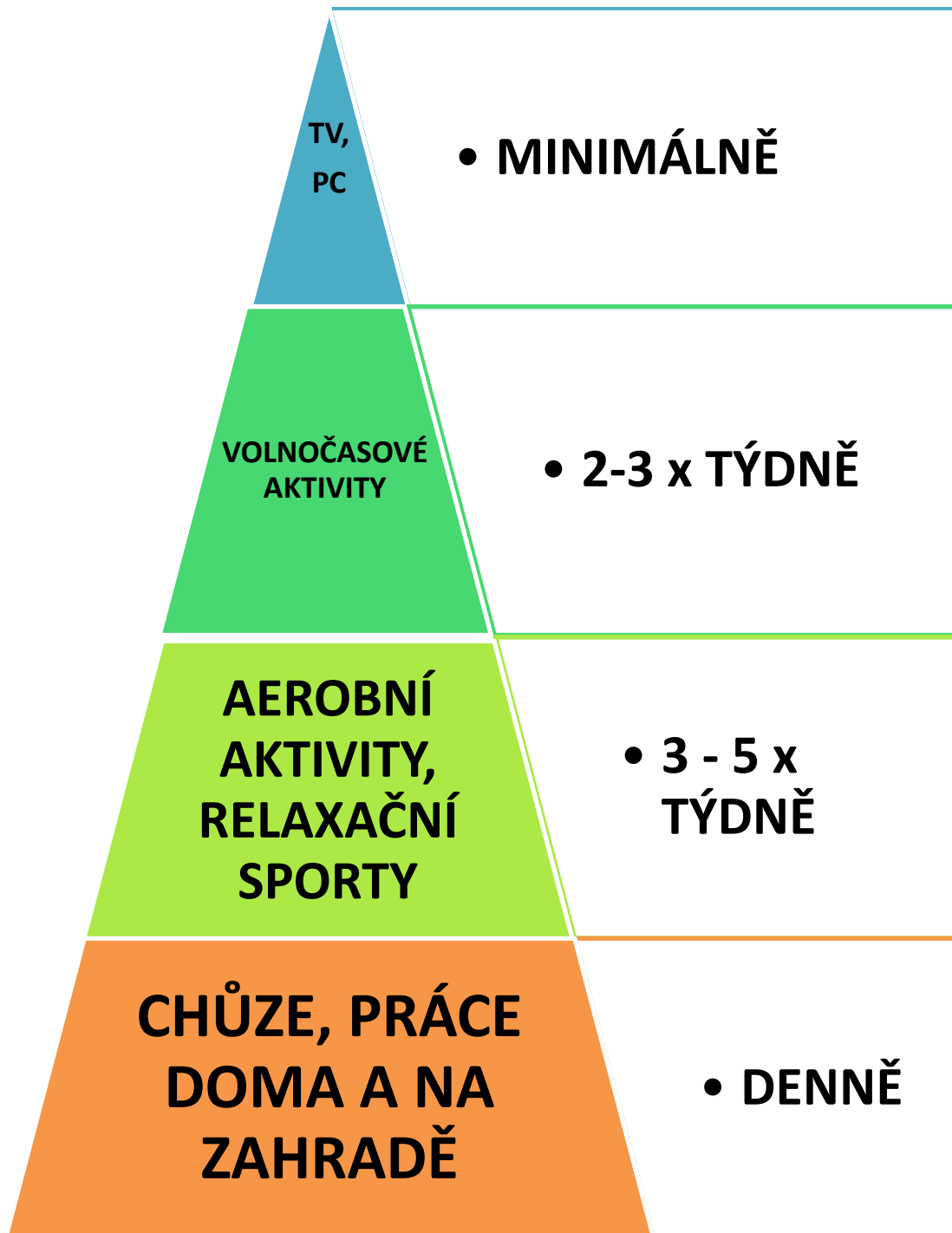
- jezte pestrou stravu rozloženou do celého dne
- zvyšte spotřebu zeleniny a ovoce na 600 g denně (400 g zeleniny, 200 g ovoce)
- denně konzumujte nejméně 2 l tekutin, přednost dávejte vodě
- nezapomínejte na pravidelnou denní konzumaci mléčných výrobků, nejlépe zakysaných
- na teplou i studenou kuchyni používejte rostlinné oleje a kvalitní margaríny
- maso jezte jen libové, bez viditelného tuku
- omezte smažené pokrmy a vyhýbejte se oplatkám, keksům a sušenkám s náplní a polevou
- vybírejte si potraviny s nižším obsahem sodíku, nepřisolujte
- udržujte si optimální tělesnou hmotnost, pravidelně se hýbejte

Další informace a dotazy: www.fzv.cz

Zdroj: Fórum zdravé výživy, © 2019

Příloha 3

Pyramida pohybové aktivity



Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Příloha 4

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerströmův test závislosti na nikotinu

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 minut.....3 body
za 6–30 minut.....2 body
za 31–60 minut.....1 bod
po 60 minutách.....0 bodů

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

- ano.....1 bod
ne.....0 bodů

3. Kterou cigaretu byste neradi postrádali?

- první ráno.....1 bod
kteroukoli jinou.....0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- 0–10.....0 bodů
11–20.....1 bod
21–30.....2 body
31 a více.....3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- ano.....1 bod
ne.....0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocní a upoutaní na lůžko?

- ano.....1 bod
ne.....0 bodů

Orientační hodnocení:

0–1 bodů: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2–4 bodů: střední závislost na nikotinu

5–10 bodů: silná závislost na nikotinu

Zdroj: SZÚ, © 2019

Příloha 5

Doporučení pro pacienty k domácímu měření TK

Zásady měření a vyhodnocení TK v domácím prostředí:
<ul style="list-style-type: none">• použijte jen validovaný a pravidelně kalibrovaný tlakoměr s manžetou na paži• řádně dodržujte pravidla techniky měření TK, viz. níže
<ul style="list-style-type: none">• měřte se na paži s vyšším tlakem krve - při prvním měření změřte tlak na obou pažích, poté měřte vždy na té paži, na které byl naměřen vyšší TK (rozdíl TK mezi pažemi do 10 mmHg je považován za fyziologický)
<ul style="list-style-type: none">• měření provádějte pravidelně po dobu 7 dní a to 2 - 3 měření ráno (před snídaní mezi 6 - 9 hod) a 2 - 3 měření večer (po večeři mezi 18 - 21 hod), minimálně musí být provedeno 12 měření, neměly by být započítávány výsledky z měření provedených v prvním dni (obvyklá počáteční úzkost pacienta při použití nového přístroje)
<ul style="list-style-type: none">• poté již stačí měřit TK buď čtvrtletně po dobu 1 týdne (2-3x ráno, 2-3x večer) před návštěvou lékaře, nebo 1x týdně (opět v den měření ráno i večer).
Technika měření TK v domácím prostředí:
<ul style="list-style-type: none">• měření provádějte v klidné místnosti s optimální teplotou, při měření nemluvte – při hovoru se TK zvyšuje• před měřením se posaďte - používejte židli s opěradlem, o kterou se opřete; obě nohy mějte pevně na zemi; zůstaňte 5 - 10 minut v klidu• měření neprovádějte v blízkosti silného elektrického pole (televizor, mikrovlnná trouba),• nekuřte, necvičte, nepijte kávu a alkohol minimálně 30 minut před měřením anebo udělejte záznam o této skutečnosti do tabulky• manžetu nasadte hadičkou směrem dolů cca 2 cm nad loketní jamku na odhalenou paži• paže nesmí být zaškrcená, těsný oděv je nutné sundat• velikost manžety zvolte dle velikosti obvodu Vaší paže:<ul style="list-style-type: none">▪ obvod paže do 33 cm - manžeta šíře 12 cm,▪ obvod paže 33 – 41 cm - manžeta šíře 15 cm,▪ obvod paže nad 41 cm - manžeta šíře 18 cm,některé tonometry jsou opatřené univerzální manžetou pro normální i silnou paži 22-42 cm• paži mějte volně opřenou o podložku v úrovni srdce, dlaní nahoru• u dialyzovaných pacientů se doporučuje měřit TK na opačné paži než je zavedený „shunt“• TK se obvykle měří 2-3krát, počítá se průměr z 2. a 3. měření; mezi jednotlivými měřeními dodržet pauzu 1-2 minuty; zaznamenávejte výsledky měření do tabulky• TK se doporučuje měřit ráno i večer před užitím léků, dále při novém léku v terapii či při zdravotních obtížích, ale pozor! nikdy si sami neměňte dávky léků na základě naměřených hodnot bez porady s lékařem
Cílové hodnoty TK
<ul style="list-style-type: none">• Cílové hodnoty TK určuje Váš lékař! Ale obecně platí, že hodnoty domácího měření bývají většinou o 5-10 mm Hg nižší• TK < 140/90 pro pacienty ve věku 18-65 let• TK < 150/90 pro pacienty starší 60-65 let (dle zdravotního stavu a fyzické kondici pacienta)• TK < 140/85-90 pro pacienty s diabetem mellitus bez poškození ledvin• TK < 130-140/90 pro pacienty s dlouhodobým onemocněním ledvin (dle porady s lékařem)• TK < 130/80 pro pacienty po transplantaci ledvin

Zdroj: Ústavní lékárna IKEM, 2016

Příloha 6

Osnovy rozhovorů - lékaři

1. Jaká je délka Vaší praxe?
2. Jaká je četnost pacientů s KVO? Vnímáte nějaké zvýšení či snížení výskytu pacientů s KVO za poslední roky?
3. Provádíte edukaci u svých pacientů v prevenci KVO? Pokud ano jak často? (každý den, několikrát denně, několikrát do týdne,...)
4. Edukaci provádíte vy nebo vaše sestra?
5. Pokud vy, chtěl(a) byste aby se na edukaci vašich pacientů podílela sestra a jak by edukaci měla provádět?
6. Jaké metody edukace využíváte v prevenci KVO? (metody hovořeného slova- vysvětlování, popis, rozhovor, metody tištěného slova – letáky, brožury, knihy, články, demonstrativní - metody názorných prostředků, aktivizační -simulační hry, PC, brainstorming...) A proč právě tyto?
7. Kolik času strávíte edukací v prevenci KVO u svých pacientů? (počet min na 1 pac.)
8. Provádíte edukaci opakovaně u jednoho pacienta? (pouze poprvé, pokaždé, když přijde, pouze když je čas,...)
9. Používáte nějaký edukační kód k vykazování výkonu pro pojišťovny?
10. Zaznamenáváte si někam proběhlou edukaci u pacienta, nebo třeba i jaké edukační materiály jste použil(a)? (Pokud ano, kam)
11. Na co se v prevenci KVO nejčastěji zaměřujete? (kouření, alkohol, obezita, , hodnoty TK, DM, hladina cholesterolu, pohybová aktivita,...)
12. Jaké edukační materiály v prevenci KVO používáte? (Textové učební pomůcky -letáky, brožury, knihy, Vizuální – obrazy, plakáty, fotodokumentace, modely lidského těla, trenažéry, Auditivní – magnetofon, CD, poslechové výukové programy, Audiovizuální – filmy, DVD, televizní pořady, PC edukační programy a internet – Interaktivní edukační programy).
13. Jak tyto edukační materiály vnímáte? Jsou informace dostatečné, pochopitelné, je na nich něco z Vašeho pohledu špatně, něco byste udělali jinak?
14. Které máte oblíbené a proč?
15. Vyžadují je vaši pacienti? (ptají se na ně?)

16. Pomáhají vám usnadnit proces edukace a vedou k lepšímu pochopení sdělovaného obsahu ze strany pacientů?
17. Máte také možnost podílet se na vzniku a obsahu edukačních materiálů v prevenci KVO? Pokud ne, chtěl(a) byste?
18. Využíváte také v prevenci KVO internetové stránky (jaké, co je obsahem, zpětná vazba od pacientů) a doporučil(a) byste některé?
19. Jak zpětně hodnotíte, zdali edukace za pomoci edukačních materiálů byla dostatečně efektivní? (Ptáte se, jestli je doma ještě četli, něco podle nich změnili,...)
20. Procházíte nějakým vzděláváním v oblasti prevence, edukace, edukačních materiálů KVO? (semináře, konference,...)

Osnovy rozhovorů – sestry

1. Jaká je délka vaší praxe? A jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak často provádíte edukaci u svých pacientů v prevenci (KVO)? (nikdy, každý den, několikrát denně, několikrát do týdne,...)
Pokud edukaci neprovádíte, tak proč a co byste chtěla a potřebovala k tomu, aby edukace z Vaší strany mohla probíhat? (více času, nějaké proškolení, musel by to vyžadovat lékař,...)
3. Jaké metody edukace využíváte v prevenci KVO a proč právě tyto? (metody hovořeného slova-vysvětlování, popis, rozhovor, metody tištěného slova – letáky, brožury, knihy, články, demonstrativní - metody názorných prostředků, aktivizační -simulační hry, PC., brainstorming...) A proč právě tyto?
4. Kolik času strávíte edukací v prevenci KVO u svých pacientů? (počet min. na 1 pac.)
5. Provádíte edukaci opakovaně u jednoho pacienta? (jen poprvé, pokaždé když přijde, jen když je čas, nebo mě lékař pověřil,...)
6. Používáte nějaký edukační kód k vykazování výkonu pro pojišťovny?
7. Zaznamenáváte si někam proběhlou edukaci u pacienta, nebo třeba i jaké edukační materiály jste použil(a)? (pokud ano, kam)
8. Na co se v prevenci KVO nejčastěji zaměřujete? (kouření, obezita, hodnoty TK, DM, hladina cholesterolu, pohybová aktivita,...)
9. Jaké edukační materiály v prevenci KVO používáte? (Textové učební pomůcky –letáky, brožury, knihy, Vizuální – obrazy, fotodokumentace, modely lidského těla, trenažéry, Auditivní – magnetofon, CD, poslechové výukové programy, Audiovizuální – filmy, DVD, televizní pořady, PC edukační programy a internet – Interaktivní edukační programy).
10. Jak tyto edukační materiály vnímáte? Jsou informace dostatečné, pochopitelné, je na nich něco z Vašeho pohledu špatně, něco byste udělali jinak?
11. Které máte oblíbené a proč?
12. Vyžadují je vaši pacienti? (Ptají se na ně)

13. Pomáhají vám usnadnit proces edukace a vedou k lepšímu pochopení sdělovaného obsahu ze strany pacientů?
14. Máte také možnost podílet se na vzniku a obsahu edukačních materiálů v prevenci KVO? (pokud ne, chtěla byste?)
15. Využíváte také v prevenci KVO internetové stránky (jaké, co je obsahem, zpětná vazba od pacientů) a doporučila byste některé?
16. Jak zpětně hodnotíte, zdali edukace za pomoci edukačních materiálů byla dostatečně efektivní? (ptáte se jich jestli je doma četli, něco podle nich změnili,...)
17. Procházíte nějakým vzděláváním v oblasti prevence, edukace, edukačních materiálů KVO? (semináře, konference,...)

Osnovy rozhovorů – pacienti

1. Kolik je vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. S čím se léčíte? A jaké užíváte léky?
4. Kouříte? Kolik a jak dlouho? Pokud jste přestal(a) kouřit, kdo Vám s tím pomohl?
5. Znáte svoji hladinu cholesterolu?
6. Co si myslíte, že jsou kardiovaskulární či srdečně cévní nemoci?
7. Co si myslíte, že je INFARKT. Co byste sami doporučili, abyste se mu vyhnuli?
8. Jak často navštěvujete Praktického lékaře nebo jiného specialistu? (kardiolog, internista,...)
9. Hovoří s vámi lékař či sestra o prevenci KVO, pokud ano, kdo a jak často? (Jak bojovat proti obezitě, jak snížit cholesterol, jak přestat kouřit, pít alkohol, snížit TK, hýbat se apod.)
10. Pokud lékař či sestra vám sdělují nové informace používají k tomu edukační materiály? (brožury, letáky, plakáty, modely lidského těla, PC, internet,..)
11. Doporučují Vám také některé internetové stránky v prevenci KVO? Pokud ano navštěvujete je a jsou pro Vás užitečné?
12. Setkal jste se někdy se systémem krátkých intervencí v rámci Vaší edukace? (názorná ukázka pomocí kartiček)
13. Jaký mají edukační materiály pro Vás význam? Pochopíte díky nim lépe sdělovaný obsah?
14. Schováváte si doma edukační materiály a v případě potřeby se k nim vracíte?

15. Jaké edukační materiály doma máte?
16. Jsou pro vás dostatečně srozumitelné a řídíte se podle jejich doporučení?
17. Co jste vlivem edukačních materiálů u sebe změnil(a)?
18. Změnil(a) byste na nich něco? (velikost písma, barva, obsah, délka, množství,..)

Příloha 7

Scan zpracovaného rozhovoru

L1-K

1. 6 let
2. Všichni co k nám chodí, stále přibývají a věková hranice se snižuje
3. Ano, každý den několikrát
4. Lékař
5. Chtěl. Vzit si mustr tam, kde to funguje- západ Evropy. Vysokoškolsky vzdělaná sestra, praxe v kardiolog. oboru, nejlépe prošla nějakým proškolením ohledně postupů správné edukace + představy lékaře. Měla by svou místnost v rámci kardiolo amb., všem pacientům by měla a sledovala FF, nabírala krev a sledovala změny v laboratoři a průběžně edukovala o tom co by bylo potřeba.
6. Tak z metod hovořeného slova používám nejčastěji vysvětlování a rozhovor a z metod tištěného slova využívám při edukaci letáky, brožury, ale občas spíše hovoříme.
7. 5-10 min.
8. Opakované, prakticky při každé návštěvě
9. Ne
10. Ano zaznamenávám. Záznam do lékařské zprávy. Jedna zpráva pacient., druhá zůstává v dokumentaci. Použité edukační materiály- NE.
11. Nejvíce asi u kuřáků na edukaci o kouření – když přestanou, je to nejefektivnější a má vůči pacientovy a KVO největší prospěch. Nejméně na obezitu. A více edukaci zaměřuji na mladší ročníky. U starších pac. méně důsledně.
12. Já používám jen textové – leták, brožura
13. Pozitivně, jsou často jednoduché, dobře pochopitelné, Lepší než dříve. Nejlepší jsou ty. Které mají názorné obrázky.
14. Brožura Infarkt nečeká. Vyrobila Zentiva společně s Kardiolo. Společností. Jsou tam shrnuté příznaky, léčba a jak se chovat po IM. Je super, je stručný, přehledný, obrázkový.
15. Spíše nevyžadují, jen málokdo a málokdy se na ně zeptá.
16. Určitě ano, ale potřeboval bych na to více času.
17. Nemám možnost, ale chtěl bych.
18. Nepoužívám.
19. Rozhovorem, při následující návštěvě se jich ptám. Co udělali a co u sebe změnili. Na EM se neptám.
20. Různé semináře. Jen na prevenci KVO. Na edukaci a edukační materiály NE.

Příloha 8

Formulář k pozorování

Edukace probíhá	ano	ne	Porozumění edukace	ano	ne	Zaměření EM	kouření
Důvod edukace + vypiš slovně	prim., sekund., terc. prevence		Kladení doplňujících otázek	ze strany lékaře	ze strany sestry		alkohol
Četnost edukace	první			ze strany pacienta	ze strany rodiny		DM
Edukátor	opakovaná		Zodpovídání doplňuj. otázek	žádné doplňující otázky	sestra, lékař		obezita
Metody edukace	lékař			pacient, rodina			cholesterol
	sestra		Délka edukace	nikdo			Hypertenze
	hovořené slovo			méně než 1 min.		Záznam o vydaní EM	polybový režim
	tištěné slovo			1 - 2 min.			dieta
	demonstrativní			2 - 3 min.			održování léč. režimu
Zaměř. edukace	jiné			3 - 5 min.		Poznámky	Jiné
	kouření			5 - 10 min.			ano
	alkohol			více než 10 min.			ne
	DM		Využití EM	ano			
	obezita			ne			
	cholesterol		Použití EM	textové			
	hypertenze			vizuální			
	polybový režim			auditivní			
	dieta			audiovizuální			
	održování léčebného režimu			PC edukační programy			
	jiné			jiné			
Záznam edukace	ano			ano			
	ne		Využití internetu	ano			
Prostředí edukace	klidné			ne			
	rušivé elementy			odkazy na int. stránky			
	přítomnost jiných osob		Zájem pacienta o EM	ano			
Čas na edukaci	dostatečná			ne			
	spěch ze strany lékaře/sestry		Vydání EM	ano			
	spěch ze strany pacienta/rodiny			ne			

Zdroj: Vlastní, 2019

10 SEZNAM ZKRATEK

BMI – Body Mass Index

CMP – Cévní mozková příhoda

ČR – Česká republika

DASH – Diethary Approaches to Stop Hypertension

EM – Edukační materiál

HDL – Hight density lipoprotein

ICHS – Ischemická choroba srdeční

IM – Infarkt myokardu

ICHDK – Ischemická choroba dolních končetin

KVO – Kardiovaskulární onemocnění

LDH – Laktátdehydrogenáza

TIA – Transitorní ischemická ataka

TK – Krevní tlak

WHO – World Health Organization