

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Informovanost pacienta v invazivní kardiologii
(The information of patient in the invasive cardiology)**

2007/2008

Kateřina Švejdová

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Poděkování

Chtěla bych vyjádřit poděkování vedoucí mé závěrečné bakalářské práce PhDr. A. Mellanové, CSc. za užitečné rady při vedení a zpracování výzkumu. Dále děkuji vrchní sestře M. Sieratovské a zdravotnickému personálu kardiologického oddělení Krajské nemocnice Liberec a.s. za umožnění realizovat výzkum na jejich oddělení. Závěrem děkuji všem, kteří mi poskytli podnětné rady, připomínky a podporu při zpracování mé závěrečné práce.

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci na téma informovanost pacienta v invazivní kardiologii, vypracovala samostatně s použitím citovaných informačních zdrojů.

V Liberci dne 28. 4. 2008

.....

Abstrakt

Závěrečná práce se týká tématu Informovanosti pacienta v invazivní kardiologii. Výzkum jsem zpracovávala na kardiologickém oddělení Krajské nemocnice Liberec a.s. K získání dat jsem použila dotazníkové metody, celkem jsem rozdala 50 dotazníků. Výzkum je zaměřen na zjištění úrovně informovanosti pacientů před výkonem v invazivní kardiologii, jakým způsobem jsou edukováni, zda jim poskytnuté informace dostačují. V další části jsem se zaměřila na spokojenost s přístupem personálu a jaká je u pacientů míra strachu před vyšetřením a jak se projevuje. Výsledek mé práce je pozitivní, zjistila jsem, že pacienti jsou s přístupem personálu velmi spokojeni a úroveň informovanosti považují za dostatečnou, pouze by někteří uvítali edukaci pomocí názorných pomůcek.

Klíčová slova:

výzkum, invazivní kardiologie, informovanost, míra strachu, spokojenost

Abstract

The final bachelor study is concerning the subject "Information of the patient in the invasive cardiology". I work on my research in cardiology department of Liberec regional hospital. To get the datas I used the questionnaire method. All together I gave out 50 questionnaires. The research work focus on finding out the level of the information of patient before medical operation in invasive cardiology, how to patients are educated and if the provided informations are sufficient. In the next part of my study I tried to find out the patient's satisfaction with the approach of medical stuff and how big is their fear before medical examination. The results of my work are positive. I found out, that patients are generally satisfied with the approach of personnel. Also the level of information they regard as sufficient. Only some of the patients would appreciate education by means of visual aids.

Key words:

research, invasive cardiology, information, the scale of fear, sufficient

Obsah závěrečné práce

1. Úvod	1
2. Invazivní kardiologické výkony	2
2.1. Pravostranná srdeční katetrizace	2
2.2. Selektivní koronarografie (SKG) - levostranná katetrizace	4
2.3. PTCA = perkutánní transluminární koronární angioplastika	7
2.4. Elektrofyzilogické vyšetření (ELFIZ)	8
2.5. Ablace	11
2.6. Kardiostimulátor	11
2.7. Implantabilní kardioverter defibrilátor (ICD)	13
2.8. Biventrikulární stimulace (BIV ICD)	15
3. Negativní pocity nemocného - úzkost a strach	16
3.1. Úzkost	16
3.2. Strach	20
3.3. Stres	21
4. Edukace	21
5. Empirická část	23
5.1. Použité metody	23
5.2. Charakteristika vzorku	24
5.3. Organizace výzkumu	25
5.4. Analýza výsledků	26
Diskuse	41
Závěr	43
Seznam literatury	44
Příloha - Dotazník	

1. Úvod

Téma mé závěrečné bakalářské práce je „Informovanost pacientů v invazivní kardiologii“. Jedná se o výzkumnou práci. Výzkum mi byl umožněn, za svolení vrchní sestry kardiologie M. Sieratovské, na kardiologickém oddělení liberecké nemocnice. Toto téma jsem si vybrala, poněvadž již několik let pracuji na kardiologii v Krajské nemocnici Liberec a.s. na jednotce intermediální péče, kde jsem měla možnost se setkat s pacienty s nejrůznějšími srdečními onemocněními. Velmi mě zaujala problematika právě invazivních kardiologických výkonů, jak je vnímají pacienti, jak jim rozumějí, zda vědí co je čeká. Během svých studií jsem měla možnost být i na dalších mnoha oddělení, kde se pacienti připravují na nejrůznější výkony a operace, ale právě na kardiologii, se domnívám, že pacienti podstupující invazivní výkon na srdci jsou „jiní“ oproti pacientům z ostatních klinických oborů. Přeci jen v dnešní době většina z nás vnímá své srdce jako centrum své duše a takový přístup je i znát u těchto pacientů. Proto jsem se svým výzkumem chtěla zaměřit právě na kardiologické pacienty. Závěrečnou práci jsem chtěla zjistit jaká je míra informovanosti pacientů před výkonem v invazivní kardiologii, jakým způsobem jsou edukováni. V další části se zaměřuji na míru strachu před výkonem, jak subjektivně pacienti pociťovali svůj strach a jaký byl přístup zdravotnického personálu.

Před zahájením práce jsem formulovala následující cíle výzkumu.

- ověřit stupeň informovanosti pacientů před výkonem v invazivní kardiologii
- zjistit míru strachu a subjektivní pocity pacienta před plánovaným výkonem
- zjistit jak hodnotí pacienti přístup zdravotnického personálu
- ověřit jakým způsobem jsou pacienti informováni

Tato závěrečná práce je členěna do dvou hlavních částí - teoretické, kde naleznete nejdůležitější informace týkající se invazivních výkonů, které jsou prováděny právě na kardiologickém oddělení Krajské nemocnice Liberec a.s., dále je zde popsána edukace pacientů, jaké jsou zásady správné edukace a jaké jsou nejčastější negativní pocity pacienta. V druhé empirické části jsou uvedeny všechny informace týkající se přímo výzkumu (charakteristika vzorku respondentů, způsob provedení výzkumu atd.), jsou zde analyzovány výsledky mého výzkumu u

jednotlivých otázek z dotazníku, odpovědi jsou přehledně uvedeny tabulkách a grafech. Na konci práce naleznete v příloze dotazník, který jsem rozdávala pacientům. Výsledky bakalářské práce zároveň poskytnu vrchní sestře kardiologického oddělení liberecké nemocnice.

2. Invazivní kardiologické výkony

2.1. Pravostranná srdeční katetrizace

Je invazivní vyšetřovací metoda, která umožňuje posoudit významnost některých srdečních vad, činnost pravé a levé srdeční komory nebo monitorovat základní oběhové parametry u nemocných v kritickém stavu

Pravostranná srdeční katetrizace je indikována u nemocných s infarktem myokardu, kteří mají komplikace (např. kardiogenní šok, městnané srdeční selhání, přetížení mezikomorové přepážky, náhle vzniklá mitrální nedomykavost), dále je indikována u nemocných v šokovém stavu, při podezření na plicní embolii nebo k diagnóze a léčbě plicní hypertenze. Další nejčastější indikací je pak sledování intravaskulárního objemu při náhradě velkého množství ztracených tekutin, jak je tomu například u popáleninového šoku.

2.1.1. Technika pravostranné srdeční katetrizace

Do cévního řečiště se katétry zavádějí tzv. Seldingerovou technikou, která spočívá v punkci tenkou jehlou, která má takový průsvit, jenž umožňuje zavést do ní další speciální vodiče, tyto vodiče mají měkký konec, aby se předešlo poranění cévy, zároveň musí být natolik tuhý, aby po něm bylo možné zasunout nejružnější druhy dalších katétrů.

„Přístupem pro pravostrannou srdeční katetrizaci je punkce podkličkové žíly (v. subclavia) nebo vnitřní hrdelní (v. jugularis interna) žíly, stehenní (v. femoralis). Vedle krátkých cévek, které slouží k aplikaci léků do centrálního žilního systému, může být přes pouzdro zaveden plovoucí Swanův-Ganzův katetr, který je

několikacestný. Jedno lumen umožňuje nafouknutí balonku na konci katétru vzduchem. Nafouknutý balonek unáší katétr z pravé síně ve směru krevního proudu do plicnice. Nafouknutý balonek umožňuje i dočasné ucpání drobnější větve plicnice. Lumen na konci katétru umožňuje měření tlaku v plicnici (bez nafouklého balonku) nebo v zaklíněné plicnici (při nafouklém balonku)“¹

Komplikace, které se mohou vyskytnout při provádění pravostranné srdeční katetrizace, mohou být až už v průběhu samotné kanylace. Mezi tyto komplikace zcela jistě patří krvácení do měkkých částí, poškození žíly či tepny, pneumotorax a hemothorax. Dále se často vyskytují komplikace při samotné katetrizaci, zde bych ráda uvedla, vznik závažných arytmií, až už komorové tachykardie či fibrilace komor nebo také AV blokáda 3.stupně. Dále se během katetrizace může vyskytnout poškození chlopní, endokardu, plicní infarkt či tromboza a embolie. Mezi komplikace, které jsou způsobeny iatrogeně patří zauzlení či zatočení katétru.

2.1.2. Prevence komplikací

Cílem dnešní invazivní kardiologie je co nejvíce zamezit možným komplikacím, které by ohrožovaly pacienta na životě, či by komplikovaly průběh rekonvalescence. Aby se předešlo vzniku komplikací je nutné provádět invazivní výkony pouze u těch pacientů, kde je zcela jasná indikace. Pokud je pacient zcela nespolupracující je nasnadě se zamyslet nad jiným možným druhem léčby, protože pravostranná katetrizace probíhá při plném vědomí pacienta a je nutná jeho spolupráce. Abychom včas rozpoznali komplikace musí být pacient během výkonu napojen na elektrokardiograf a při vzniku závažných komorových tachykardií musí být k dispozici defibrilátor s dalšími pomůckami potřebnými k neodkladné resuscitaci a také pomůcky k provedení dočasné stimulace, má-li nemocný blok levého raménka Towarova. Samozřejmostí je dodržování všech aseptických zásad během výkonu, při výměně infuse zamezit vzniku vzduchové embolie a pravidelně kontrolovat polohu katétru dle tlakové křivky.

¹ KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta, 1998
ISBN: 80-86232-00-X

2.2. Selektivní koronarografie (SKG) - levostranná katetrizace

Tato metoda se také nazývá koronární arteriografie nebo selektivní koronarografie, patří mezi invazivní katetrizační metody díky kterým lze vyšetřit věnčité tepny. Koronární tepny jsou při selektivní koronarografii zobrazovány rentgenologicky po selektivním nástřiku kontrastní látky do jejich odstupu z aorty.

2.2.1. Indikace ke koronarografii

Selektivní koronarografie má několik indikačních oblastí:

- ischemická choroba srdeční
- chlopenní srdeční vady
- jiná onemocnění (srdeční selhání, komorové arytmie neznámého původu, kardiomyopatie)

„Ischemická choroba srdeční

- a) námahová, stabilní angina pectoris - nemocní jsou indikováni ke koronarografii tehdy, když se nedaří zvládnout jejich potíže farmakologicky. V této skupině jsou nemocní, kteří neměli infarkt myokardu, ale i nemocní po infarktu myokardu. Všichni nemocní by měli mít před koronarografií vyšetření neinvazivní, prokazující přítomnost ischemických změn při zátěži (zátěžové EKG, zátěžové ECHO)*
- b) nestabilní angina pectoris - vyšetření se provádí obvykle po stabilizaci nestabilní anginy maximálně účinnou medikamentózní léčbou, u nemocných, kde stabilizaci nedosáhneme, indikujeme koronarografii jako výkon urgentní*
- c) akutní infarkt myokardu - většinou se po selektivní koronarografii provádí koronární angioplastika*
- d) nemá ischemie myokardu - u němé ischemie - tedy EKG změn typických pro ischemii bez anginy pectoris - můžeme uvažovat o koronarografii k vyloučení závažného nálezu na věnčitých tepnách.*

*Prognostického hlediska má totiž nemá ischemie stejný význam jako ischemie symptomatická.*²

Chlopenní srdeční onemocnění

U nemocných s chlopenními vadami se indikuje koronarografii většinou před plánovaným chirurgickým řešením a zároveň při současném výskytu anginy pectoris. Pokud nejsou u pacienta projevy anginy pectoris, pak koronarografii provádíme pouze u nemocných nad 40 let.

2.2.2. Kontraindikace koronarografie

Absolutní kontraindikace jsou vzácné, ale přesto se mohou vyskytnout. Patří jsem alergie na kontrastní látku, která se užívá k zobrazení věnčitých tepen, dále poruchy krevní srážlivosti, které nelze ovlivnit léky a poslední kontraindikací je absolutní nespolupráce nemocného, jak již jsem se zmínila výše, během výkonů v invazivní kardiologii je pacient při plném vědomí a je nutná jeho spolupráce, aby bylo dosaženo pozitivního výsledku.

2.2.3. Technika koronarografie

„Koronarografie se provádí na katetrizačním pracovišti, které musí být vybaveno angiografickým RTG přístrojem. Rentgenový přístroj musí být napojen na televizní okruh, který umožňuje lékaři sledovat na monitoru skiaskopický obraz celé katetrizace. Záznam kontrastního nástřiku věnčitých tepen je prováděn jednak na film, jednak na videokazetu. Během koronarografie se musí stále sledovat EKG, dále

² KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta, 1998
ISBN: 80-86232-00-X

musí být katetrizační laboratoř vybavena defibrilátorem, přístrojem pro umělou plicní ventilaci, laryngoskopem a příslušně vybavenou lékárnou.

Nemocný je uložen na katetrizační stůl, jsou mu napojeny EKG elektrody na končetiny a je zakryt sterilními rouškami. Obě vyholená třísla se potřou desinfekčním roztokem (př. Ajatin). V místě punkce arteria femoralis provedeme infiltrační lokální anestezii 1% Mesokainem. Další postup je proto zcela nebolestivý. Punkci tepny provádíme tenkostěnnou jehlou, kterou zavedeme do tepny kovový vodič, po něm jehlu stáhneme za současné komprese místa punkce. Po vodiči pak do tepny zavádíme krátké pouzdro, tzv. zavaděč, opatřený chlopní bránící zpětnému krvácení. Touto cévkou s chlopní pak můžeme zavádět postupně diagnostické katétry, aniž by při jejich výměně docházelo ke krvácení. Uvedený postup zavádění katétru do cévy je podle autora pojmenován jako Seldingerova metoda.“³

Zavaděč zůstává v tepně po celou dobu vyšetření. Po skončení vyšetření se z tepny vytáhne a musí se provést komprese tepny nejméně po dobu 10-15 minut. Po kompresy by tepna již neměla krvácet, přesto ale z preventivních důvodů ponecháme nemocného raději 24 hodin na lůžku, kdy musí ležet s nataženou dolní končetinou, z které byl výkon prováděn. Po dobu těchto 24 hodin má nemocný místo vpichu zakryté sterilním krytím a prvních 6 hodin po výkonu má místo vpichu zatíženo vakem s pískem. Nemocný by měl být na oddělení kontrolován zdravotní sestrou, která mu pravidelně měří tlak, puls a kontroluje místo vpichu, zda nekrvácí. Většinou je nemocný uložen na lůžku s monitorem.

2.2.4. Komplikace koronarografie

Závažné komplikace koronarografie jsou vzácné, vyskytují se u 2 – 4 nemocných z 1000 vyšetřených. Mezi tyto komplikace patří komplikace kardiální, hlavně pak vznik závažných arytmií a akutního infarktu myokardu. Tyto komplikace

³ KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta, 1998
ISBN: 80-86232-00-X

se vyskytují u nemocných s velmi těžkou dysfunkcí levé komory nebo se závažným postižením všech tří věnčitých tepen, kdy je snížen jejich průsvit až o 70%. Dále se mohou vyskytnout komplikace nekardiální, neboli celkové. Do této kategorie patří alergická reakce na podávanou kontrastní látku, tromboembolie do velkého oběhu. Pokud je u pacienta pozitivní alergická anamnéza provádíme protialergickou přípravu.

2.3. PTCA = perkutánní transluminární koronární angioplastika

Tato metoda byla prvně použita Andreasem Gruntzingem v roce 1977, dnes se PTCA používá zcela běžně a stala se velmi uznávanou metodou, která ročně zachrání mnoho životů. Provádí se u nemocných, kteří mají prokázanou stenózu na koronárních tepnách, po infarktu myokardu, kdy je ischemie srdečního svalu (je tedy zhoršeno zásobování srdečního svalu okysličenou krví). U PTCA je katétr zaváděn stejně jako při katetrizaci, tzn. Seldingerovou metodou, katétr se zavádí do koronární tepny. Katétr má na konci balonek, který se zavádí do místa stenózy. Pokud byl zákrok úspěšný je katétr ponechán ve femorální arterii a nemocný je převezen na monitorovací lůžko na oddělení. Katétr se po 6 – 12 hodinách vytáhne. Nemocný většinou dostává antikoagulační léčbu heparinem.

2.3.1. Indikace

Mezi klinické indikace patří hlavně přítomnost anginy pectoris, výrazná němá ischemie myokardu, proběhlý infarkt myokardu do 6 hodin od doby jeho vzniku, dále jako alternativa trombolytické léčby, pokud nelze pacienta léčit trombolytiky. Významnou úlohu má i u nemocných při rozvíjejícím se kardiogenním šoku po infarktu myokardu, dále se užívá u nemocných po aortokoronárním bypassu, kde je nižší riziko než kdyby nemocný musel znovu podstoupit kardiochirurgickou operaci. Při PTCA lze provádět dilataci bypassu, anastomózy bypassu na věnčitou tepnu nebo ji lze použít po operaci nově vzniklých stenóz na věnčitých tepnách.

2.3.2. Kontraindikace PTCA

„Za hlavní kontraindikaci se považuje postižení kmene levé věnčité tepny, někdy je těmto nemocným vyjimečně implantován stent. Další kontraindikací je difusní postižení věnčité tepny se špatným zásobením periferie“⁴

2.3.3. Technika PTCA

Nejprve se provádí punkce femorální tepny, kterou se zavede speciální pouzdro, tímto pouzdrem se posléze „prostrčí“ koronární vodící katétr, který se vpraví až k věnčítým tepnám. Za RTG kontroly se zavedeným vodícím katétremsune supertenký vodič. Ten se zavádí již do míst stenózy. Po tomto vodiči se nakonec vloží samotný katétr, který má na konci speciální balonek. Po ujištění (RTG kontrolou), zda je balonek umístěn na správném místě zúženého místa, se pomocí tlakové stříkačky tento balonek naplní směsí kontrastní látky a fyziologického roztoku. Obvykle se k nafouknutí balonku užívá 2 až 20 atmosfér po dobu 1 až 6 minut. Tento tlak má za následek rozrušení plátu a jeho vtlačení do stěny věnčité tepny. Po výkonu musí pacient ležet do druhého dne a na místě vpichu má kompresi. Během výkonu je nutné podávat heparin, aby se zabránilo srážení krve. Hladina heparinu je nadále kontrolována pomocí krevního vyšetření APTT.

2.4. Elektrofyzilogické vyšetření (ELFIZ)

Elektrofyzilogické vyšetření je invazivní vyšetření, které slouží k diagnostikování poruch srdečního rytmu a k otestování jaký účinek má nasazená antiarytmická léčba. Provádí se před katetrizační ablací, která se používá při léčbě arytmií. Elektrofyzilogické vyšetření spočívá v zavedení elektrodových katétrů venózní nebo arteriální cestou do jednotlivých srdečních oddílů, ve snímání jejich srdeční aktivity a jejich stimulaci. Z výsledků vyšetření by měl vyplynout další postup v léčbě - léčba antiarytmiky, kardiostimulace nebo ablace katétrems. Jde o náročné vyšetření jak pro pacienta tak pro vyšetřovací tým.

⁴ KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Akcenta, 1998
ISBN: 80-86232-00-X

2.4.1. Indikace

➤ Bradarytmie

ELFIZ se provádí u pacientů s bradarytmií převážně pokud pacient trpí poruchami síňového uzlu (tzv. sick sinus syndrom) nebo AV blokádami. U nemocných se tyto poruchy projevují nejčastěji jako synkopy. Elektrofyzilogické vyšetření se pak provádí hlavně tehdy pokud tyto poruchy nelze prokázat elektrokardiograficky.

➤ Tachyarytmie

Používá se hlavně u nemocných při diagnostice supraventrikulárních arytmií, komorových tachykardií a stavů po resuscitaci pro náhlou srdeční zástavu nejasného původu. U syndromu komorové preexcitace dovoluje elektrofyzilogické vyšetření posoudit vlastnosti přídatné dráhy, a tak míru rizika náhlé smrti.

2.4.2. „Kontraindikace

- *probíhající akutní srdeční onemocnění - akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, myokarditis*
- *jiné akutní nekardiální onemocnění - viróza, pneumonie*
- *závažné srdeční selhání, které není důsledkem arytmie*
- *zánět hlubokých žil dolních končetin = flebotromboza*
- *závažné poruchy hemokoagulace“⁵*

2.4.3. Metodika vyšetření

➤ *Příprava na vyšetření*

Nemocnému se několik dní před vyšetřením vysazuje léčba digitalisem, protože u digitalizovaných nemocných by mohlo snadno dojít k arytmiím při manipulaci s elektrodou v srdci. Přerušuje se také léčba antiarytmiky, která by mohla zkreslit obraz vyšetření. Nemocní se závažnými arytmiemi jsou

⁵ KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta, 1998
ISBN: 80-86232-00-X

hospitalizováni na monitorovacím lůžku koronární nebo antiarytmické jednotky. Před samotným vyšetřením se obvykle podává sedativum (Diazepam 10mg i.m.)

➤ *Technika vyšetření*

ELFIZ se provádí na katetrizačním sále za přísně sterilních podmínek. Sál musí být vybaven kromě registračního přístroje (tj. vícekanálové EKG s možností registrovat nitrosrdeční elektrokardiogram), RTG přístrojem a pomůcky pro kardiopulmonální resuscitaci.

Při vyšetření se zavádějí elektrodové katétry do srdečních oddílů, používá se Seldingerova technika. Elektrody se umísťují v horní části pravé síně, hrotu pravé komory a v oblasti trojcípé chlopně, kde se snímá potenciál tzv. Hisova svazku, popř. do komorového sinu nebo levé komory. Je tak zajištěno snímání nitrosrdečních signálů EKG z jednotlivých srdečních dutin a z oblasti AV převodu. Po zavedení elektrod se snímá a zapisuje elektrická aktivita paralelně ze všech elektrod, současně se registruje i povrchové EKG při spontánním rytmu i při vyvolané arytmii. Při vyšetření tachyarytmií je cílem nastartování klinické arytmie a studium mechanismu a místa jejich vzniku. Nejdůležitější metodou je programovaná elektrická stimulace síní a komor. Při této metodě je myokard drážděn jedním nebo více předčasnými elektrickými impulsy s postupně se zkracujícím vazebným intervalem.

➤ *Opatření po vyšetření*

Nemocný je po vyšetření uložen na lůžko a v krátkých časových intervalech se mu kontroluje krevní tlak, puls a místo vpichu, které je kryto kompresivním obvazem nebo vakem s pískem, a to po několik hodin. Nemocný opouští lůžko zpravidla po 24 hodinách.

2.5. Ablace

Ablace je vyšetření, které následuje po elektrofysiologickém vyšetření, při kterém se odhalí, v jakém místě vzniká arytmie a jaké jsou její vlastnosti. Abláční katétr je zaváděn za skiaskopické kontroly cestou femorální žíly. Katetrizační radiofrekvenční ablace je indikována u nemocných s paroxysmální supraventrikulární tachykardií, při selhání či nesnášenlivosti antiarytmické terapie nebo v případě, kdy nemocný preferuje nefarmakologickou terapii jako léčbu první volby. V případě komorových tachykardií je ablace úspěšná především u symptomatických tachyarytmií. V posledních letech došlo také k významnému rozvoji kurativní ablační terapie fibrilace síní.

Výsledky ablační terapie

Za bezprostředně úspěšnou katetrizační ablaci považujeme situaci, kdy je po provedené ablací tachyarytmie nevyvolatelná. Toto prokazujeme elektrofysiologickým vyšetřením srdce, které se provádí jako kontrola po provedené ablací.

2.6. Kardioestimulátor

Elektrickou stimulaci srdce dělíme na dočasnou a trvalou. Dočasná kardiostimulace se provádí na jednotkách intenzivní péče s cílem zvládnout těžkou bradyarytmii, která ohrožuje pacienta na životě. Jak již bylo zmíněno, kardiostimulace se tedy užívá při pomalé srdeční akci (bradyarytmii), která vede k poklesu krevního tlaku, poruchám vědomí nebo srdečnímu selhání, kdy nepomáhá odstranění příčiny nebo podání léků. Při trvalé poruše se implantuje kardioestimulátor do podkoží (nejčastěji podkličková oblast) - tento postup se pak nazývá trvalá kardiostimulace.

2.6.1. Dočasná kardiostimulace

„Stimulační elektrodu zavádíme buď nepřímou cestou, nekrvavou, tj. přes jícen - nepřímá stimulace levé síně a komory, nebo cestou krvavou s přímou stimulací pravé síně či komory.

Indikace k dočasné stimulaci

- asystolie
- bradyarytmie provázená známkami srdečního selhání
- akutní infarkt myokardu
- selhání trvalého kardiostimulátoru
- intoxikace léky, které navozují srdeční arytmie, AV blokády a asystolii (př. srdeční glykosidy, betablokátory, antiarytmika atd.)
- rizikový pacienti před kardioverzí⁶

2.6.2. Jícnová stimulace

Speciální elektroda se zavede do jícnu cca 40 cm od řezáků po předchozí lokální anestezii. Elektrodu zavádíme za kontroly EKG signálu a snažíme se vyvolat účinnou stimulaci komor. Stimulujeme po celou dobu než zavedeme dočasnou nitrosrdeční stimulaci.

2.6.3. Nitrosrdeční stimulace

Bipolární elektrodu zavádíme cestou vena subclavia nebo vena jugularis do pravé síně či komory. O poloze elektrody se informujeme buď pod RTG kontrolou , nebo častěji podle EKG na monitoru, kdy stimulační impuls předchází komplexu QRS.

⁶ VÍTKOVEC, J., ŠPINAR, J. *Intenzivní péče v kardiologii*. Brno: IDVPZ, 1994
ISBN: 80-7013-170-5

2.6.4. Trvalá kardiostimulace

Provádí se pouze na specializovaných pracovištích. Většinou je indikována nemocným, u kterých byla porucha srdečního rytmu trvalého rázu. Elektroda je zaváděna buď do pravé síně nebo komory.

Indikace trvalé stimulace

- kompletní síňokomorová blokáda provázená symptomatickou bradyarytmií, manifestními projevy srdečního selhání, synkopy
- trvalý či intermitentní AV blok 2. stupně provázený symptomatickou bradykardií
- fibrilace síní a flutter síní, síňová tachykardie s AV blokádou
- sick sinus syndrom
- po infarktu myokardu pokud je přítomna AV blokáda 2. nebo 3. stupně

2.7. Implantabilní kardioverter defibrilátor (ICD)

Vývoj ICD zahájil v 60. letech 20. století Michael Mirowski. V roce 1980 byla pod jeho vedením provedena první implantace ICD u člověka (Baltimore, USA). V Československu byla první implantace provedena v roce 1985 v IKEM Praha.

ICD je zkratka pro anglické sousloví „ Implantable Cardioverter Defibrilator“. ICD se používá při léčbě poruch srdečního rytmu - jako jsou komorové tachykardie nebo fibrilace komor. ICD pracuje zcela automaticky.

ICD je součástí systému skládajícího se ze dvou hlavních částí - z vlastního ICD a z elektrod. Externí programer, což je malý počítač, který může „hovořit“ s ICD, zůstává v ordinaci lékaře pro použití při kontrolních vyšetření.

ICD kontinuálně monitoruje rytmus a funkci srdce, sleduje výskyt rychlých, pomalých nebo nepravidelných cyklů. Když rozezná některý z nich, aplikuje příslušnou elektrickou terapii, tak, aby se srdeční rytmus vrátil k normálu. Pouzdro ICD je vyrobeno z titanu a obsahuje baterii, mikroprocesor a elektronické obvody. Paměť ICD zaznamenává důležité informace, které lékař získává při pravidelné kontrole. ICD zaznamenává počet a typy aplikovaných léčebných zákroků, úspěšnost těchto zákroků, jak se srdce chovalo při posledních epizodách poruch rytmu a dále stav baterie.

2.7.1. Implantace ICD

Lékař rozhodne, jakým typem chirurgického výkonu bude implantace ICD provedena, záleží na zdravotním stavu pacienta, také na tom, zda pacient již podstoupil nějaký chirurgický výkon v oblasti hrudníku.

ICD je implantován do oblasti horní stěny hrudní do podkoží, nebo pod sval, eventuálně do oblasti břicha. Před propuštěním z nemocnice lékař u pacienta testuje ICD spuštěním tachyarytmie a sleduje reakci na tuto arytmiu.

2.7.2. Výměna ICD

Energie pro účinnost ICD je čerpána z baterií, které jsou uloženy v přístroji. Při vybití baterie je třeba vyměnit celý přístroj. Jak ICD dlouho vydrží závisí na počtu a typech léčebných zákroků, které přístroj musel provést. Výměna se provádí tak, že lékař provede řez nad starým přístrojem a vzniklým přístupem vyjme staré ICD z kapsy. Odpojí jej od elektrod, které zkontroluje a připojí k nim nový přístroj. Nové ICD je vloženo do původní kapsy. Nakonec je přístroj naprogramován.

2.7.3. Funkce ICD

Pokud přístroj registruje je schopen aplikovat čtyři typy zásahů:

- antitachykardická stimulace - provádí výkon dle naprogramování lékařem, může např. aplikovat při relativně pomalé komorové tachykardii rychle srdeční impulsy o nižší energii

- kardioverse - aplikaci silnějších impulsů
- defibrilace - jestliže přístroj detekuje fibrilace komor, vyšle vysokoenergetický šok, tato defibrilace přerušuje rychlou srdeční akci a umožňuje návrat k normálnímu rytmu
- antibradykardická stimulace - při velmi pomalé srdeční akci stimuluje srdce a udržuje normální akci

2.8. „Biventrikulární stimulace (BIV ICD)

Novou metodou nefarmakologické terapie pacientů se závažným srdečním selháním je biventrikulární kardiostimulace (resynchronizační terapie). U pacientů s poruchou nitrokomorového vedení dochází ke změnám aktivace levé komory srdeční. Tato porucha vedení vzruchu způsobuje asynchronní kontrakce levé a pravé komory. Princip biventrikulární stimulace spočívá ve stimulaci pravé komory rutinní cestou a stimulaci laterální stěny levé srdeční komory, ke které se používá speciální elektroda zaváděná nejčastěji posterolaterální větvi koronárního sinu. Tím dochází k resynchronizaci kontrakcí komor

2.8.1. Indikace

K BIV ICD jsou indikováni pacienti s těžkým srdečním selháním rezistentním na komplexní farmakoterapii, výrazně sníženou funkcí levé komory (ejekční frakce levé srdeční komory je pod 35%). Několika studiemi bylo prokázáno, že tato léčba srdečního selhání zlepšuje kvalitu života, toleranci zátěže, zpomaluje progresi onemocnění a má vliv na mortalitu.⁷

⁷ KRAJINA, A. a kol., *Intervenční radioterapie*. Praha: Grada, 2005
ISBN 80-86703-08-8

3. Negativní pocity nemocného - úzkost a strach

Emoce, které člověk prožívá, slouží k adaptaci člověka na okolní prostředí a na změněné podmínky, ve kterých žije. K těmto změněným podmínkám patří samozřejmě nemoc.

Je známo, že nemoc člověka je doprovázena špatnými změnami v jeho emocionálním prožívání a někdy mohou být tyto změny právě prvním příznakem nemoci. Psychika má na lidský organismus mnohem větší vliv, než si někteří lidé připouští. Může být i původcem řady onemocnění, které pak nazýváme jako „psychosomatické nemoci“. Vliv psychosociálních faktorů - jako příčiny kardiovaskulárních chorob - byl předmětem již řady výzkumů. Prozatím však nebyla zcela jasně prokázána souvislost mezi morbiditou a mortalitou u nemocných se srdečními chorobami. Přesto ale nelze psychosociální aspekt zcela vyloučit. Je známo mnoho případů, kdy u nemocného propukl akutní záchvat nestabilní anginy pectoris či infarkt myokardu v souvislosti s akutním stresem.

Dle výzkumů bylo prokázáno, že „kardiaci mívají velmi časté subjektivní pocity nejen úzkosti a deprese, ale i hněvu a hostility. Tyto negativní emoce nepříznivě ovlivňují schopnost nemocného se vyrovnat se svou nemocí a zhoršují kvalitu jeho života. Dále bylo prokázáno, že deprese a úzkost jsou významným a nezávislým rizikovým faktorem úmrtnosti u nemocných po infarktu myokardu v prvním měsíci po propuštění z hospitalizace. Negativní emoce a deprese tedy zvyšují relativní riziko úmrtí po infarktu myokardu.“⁸

3.1. Úzkost

Úzkost můžeme definovat jako psychosomatický stav, který je většinou nepříjemně prožívaný. Patří k přirozené výbavě jedince (nejen člověka). Prožívání úzkosti, stejně jako další nepříjemné pocity - jako např. hlad, strach, bolest atd., je důležité jako znamení nebezpečí či jiné změny. Dává podnět k činnostem, které vedou ke změně stavu, který vyvolala úzkost. Lze tedy říci, že v krajních případech úzkost ochraňuje náš život. „*Kdybychom neznali strach a úzkost, zahubila by nás*

⁸ ŠIMON, J. Psychosomatická a psychosociální problematika kardiovaskulárních chorob. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 1, s. 23 – 25
ISSN 1213 - 0508

*zanedlouho naše patologická a zničující odvaha. Úzkost se liší od strachu pouze tím, že její příčina se nenachází v oblasti reálného a konkrétního světa, ale v oblasti myšlenkové, v realitě psychologické.*⁹

3.1.1. Užitečnost úzkosti

- zvýšení pozornosti a vnímavosti k vyššímu počtu podnětů.
- lepší uchování a následné vybavení z paměti (snáze si zapamatujeme věci a události, které se pojí k nějakému zážitku, kdy jsme prožívali úzkost).
- zvýšení fyzické aktivity - pohotovost k rychlejší a náročnější aktivitě.

V důsledku nám „zdravá“ míra úzkosti umožňuje být lépe připraven na zvládnání neočekávaných, náročných situací, které nás během života potkávají. Člověk je pak rychleji schopen reagovat na podněty z prostředí. Tento fakt je dán člověku již od pravěku. Nebyl-li totiž člověk schopen předvídat události a následně rychle zmobilizovat své síly, aby se buď utkal s nepřítelem nebo utekl, mohl přijít o život.

Člověk jako tvor vnímavý si je plně vědom své smrtelnosti a již od pradávna se zabývá myšlenkou - co následuje po smrti, zda je to úplný konec lidské existenci či nikoliv, zda existuje ono pověstné nebe a peklo apod. Úzkost, vyvolaná těmito myšlenkami, může zasáhnout člověka v kterémkoliv věku a není pravdou, že čím starší člověk je, tím silnější musí být jeho úzkost. Přesto je tato úzkost velmi prospěšná. Tím, že si člověk uvědomuje nevyhnutelnost smrti, je zároveň více opatrný a je alespoň částečně tlumena jeho touha riskovat

3.1.2. Proč je úzkost nepříjemná – chorobná úzkost

Při úzkosti prožíváme velmi nelibé pocity. Dochází k signalizování stavu ohrožení, nepohody. Zároveň je úzkost projevem jakéhosi vnitřního strachu, a tím pádem se stává pro člověka něčím neuchopitelným, co si neumíme představit, a proto nabýváme dojmu, že co je neuchopitelné, je zároveň neřešitelné. Pokud je překročena míra úzkosti, která je ještě člověku prospěšná, jak je tomu právě

⁹ HONZÁK, R. *Stres, tréma a úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995
ISBN 80-85800-05-5

v případech chorobné úzkosti, tak se značně snižuje náš fyzický a psychický potenciál. Člověk je ochromen a paralyzován a není schopen nejen žádného rozhodnutí, ale ani činnosti. Člověk trpící chorobnou úzkostí má pak pocit, že je až ohrožen na životě. Nedovede si vysvětlit zrychlený tep jinak, než jako projev akutního infarktu myokardu, což samozřejmě jen nadále zvyšuje jeho stavy úzkosti.

3.1.3. Kdy je úzkost chorobná?

„Chorobnou se úzkost stává jestliže:

- překročí únosnou intenzitu
- přetrvává příliš dlouho po původním podnětu
- je převažujícím naladěním po většinu času
- podněty, které jí vyvolávají jsou zcela nevinné a u většiny lidí úzkost nevyvolávají
- pokud se dostávají v záchvatech neovladatelné a nekontrolovatelné paniky
- v celkovém úhrnu negativně ovlivňují kvalitu života¹⁰

V těchto případech pak přestává být úzkost jako pozitivní adaptační mechanismus a stává se psychopatologickým medicínským problémem, který vyžaduje léčebnou intervenci. Mezi takovou intervencí pak patří např. nácviky ke zvládnutí úzkosti, psychoterapie, užití léků na zmírnění úzkosti (anxiotika) apod.

3.1.4. Projevy úzkosti

Úzkost patří mezi psychosomatické stavy, proto její příznaky probíhají jak na úrovni psychické tak i fyzické. To je také důvodem, proč se projevy úzkosti stále častěji zabývá tzv. psychosomatická medicína. Ta vznikla ve 30. letech minulého století v USA. Základní myšlenka je začít pohlížet na člověka jako na celek a brát v potaz, že psychika, sociální a biologický faktor jsou složky neoddělitelné a nelze nahlížet na člověka pouze jako na tělesnou schránku pro duši.

¹⁰ HONZÁK, R. *Stres, tréma a úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995
ISBN 80-85800-05-5

3.1.4.1. Psychické projevy úzkosti

– patří sem především nelibé prožitky, prvky strachu, ustrašeného očekávání ve vztahu k budoucnosti (ta je často vnímána až katastroficky), nárůst nervozity, zhoršuje se schopnost soustředit se a klesá výkon

3.1.4.2. Tělesné projevy úzkosti

– mezi nejčastější tělesné projevy patří *zvýšené svalové napětí*. V psychosomatické medicíně je poukazováno na fakt, že psychické napětí je úzce spojeno s napětím fyzickým. Pokud tedy je člověk vnitřně „nesvůj“, pak si organismus zvolí nejslabší článek v těle, na kterém se pak toto psychické napětí projeví v rovině fyzické. Takto se např. velmi často projevují bolesti a tuhnutí zad, bolesti hlavy až po těžké migrény. Lze se pouze domnívat, zda si organismus nevyvinul tento mechanismus jako cosi, čím lze projevit, že je něco v nepořádku po psychické stránce. Jsou také popsány stavy, kdy člověka natolik ovládne úzkost, že se vniklé napětí blíží až k bezmocným křečím. Dalším znakem je *zrychlená srdeční činnost*. Většina lidí není při stavech úzkosti schopna uvažovat, že srdce je pouze soustava „trubek“, které rozvádějí krev, živiny a kyslík orgánům a pokud je třeba, tak se musí výkon srdce zrychlit, aby byla dodávka těchto látek uspokojena. Proto se tedy zrychluje tep. Takto to ale zcela jistě není schopen vnímat člověk, který má právě probíhající akutní infarkt myokardu. Lidé často svému srdci přikládají spíše mýtický význam. Domnívají se, že v jeho centru sídlí duše, veškeré emoce a že je také centrem naší osobnosti. Toto vnímání se pak velmi výrazně projevuje na vnímání veškerých srdečních onemocnění a zvyšuje se tím samozřejmě i úzkost. Mezi další příznak patří *bolest na hrudi*. Tento příznak člověka pouze utvrdí v jeho pocitu ohrožení života a nadále zvyšuje jeho úzkost. I v tomto příznaku lze nalézt medicínské vysvětlení, které si záchvatu paniky málokdo uvědomí, a sice to, že bolest je pociťována díky svalovému stahu kosterního svalstva hrudníku. Úzkost se projevuje i *dechovými obtížemi*. Úzkostný člověk velmi často trpí dechovými obtížemi. Má subjektivní pocit nedostatku vzduchu, dýchá mnohem intenzivněji a povrchněji. Akutní pocit nedostatku vzduchu jen prohlubuje jeho pocit úzkosti, protože tento fakt je všeobecně přijímán jako ohrožení na životě. *Zažívací a*

trávicí obtíže nejsou přijímány člověkem jako ohrožující na životě (jako jsou obtíže spojené se srdeční či dechovou funkcí). Jsou však stejně nepříjemné a zasahují i do mezilidských vztahů. Velká část nemocných trpí i *pocity na zvracení až zvracením*. Další příznaky pak mohou být *pocity slabosti, mdloby, závratě, kožní příznaky (např. zvýšené pocení), bolesti hlavy, páteře* atd.

3.1.5. Úzkost a nemoc

U tělesných onemocnění je projevovaná úzkost zcela běžná, je přiměřená danému pocitu ohrožení. Pociťovaná úzkost pacienta vyplývá z pocitu ohrožení, zvýšené vnímavosti, orientace spíše na vzniklé problémy, které souvisí s jeho nemocí. Proto má pacient také větší touhu získat více informací o svém stavu a nemoci, snaží se tím zmírnit svou úzkost. Zároveň nemocný potřebuje i dostatek času, aby se vyrovnal se změněnou situací, protože nemoc ho postihuje nejen z hlediska biologického, ale zároveň i z hlediska sociálního a seberealizačního. Proto by zdravotnický personál měl být hlavním „katalyzátorem“ úzkosti nemocného. A nejen že mu poskytneme dostatek informací, ale i dostatek času k jejich vstřebání. Nikdy pacientovu úzkost nebagatelizujeme, poněvadž jak již bylo zmíněno výše, pokud úzkost překročí svou únosnou mez, již neslouží jako ochranný mechanismus, ale stává se značně rizikovým faktorem, který může pacientovu nemoc pouze zhoršit.

3.2. Strach

Strach je svou podstatou velmi podobný úzkosti, ale v jednom se liší - a to v příčině. Jak již bylo řečeno u úzkosti – příčina je v myšlenkových pochodech v naší mysli, příčina je tedy nereálná. Naopak u strachu, zde je příčina zcela konkrétní mnohdy hmatatelná. Strach je tedy racionální a srozumitelný. Strach patří k velmi důležité výbavě člověka. Vždyť kdyby se naši předkové, nebáli nejspíše by lidstvo již dávno vyhynulo. Co se týká projevů, tak projevy jsou shodné s projevy úzkosti.

Většina pacientů pociťuje před vyšetřením strach či úzkost. I když se pacient, který před vyšetřením či operací, jeví, že pocity úzkosti či strachu nemá, může to být pouze klam, a klid, který nám pacient představuje ho může stát mnoho sil. A právě zdravotnický personál by tyto pacienty neměl přehlížet, ale věnovat jim více terapeutické péče. Protože skrývání strachu a úzkosti může mít i negativní vliv na pozdější průběh vyšetření či operace a může ovlivnit i pooperační průběh.

3.3. Stres

„Stres je reakcí na ohrožení organismu. Jeho smyslem je, aby organismus v případě ohrožení vyrovnal svoji vnitřní rovnováhu. Účastní se přitom nejen mozková činnost, ale i řada dalších systémů. Tento systém má člověk zakódován od doby, kdy jako lovec pro záchranu své existence musel bojovat nebo utéci. Při psychické zátěži se zrychluje tep, stoupá krevní tlak a zrychluje se krevní oběh, zvyšuje se látková výměna a dochází ke změnám srážlivosti krve. Mobilizuje se energie hlavně z tukové tkáně, to vše je pro větší svalovou činnost. V dnešní době organismus reaguje stejně a uvolňuje katecholaminy z nadledvinek (adrenalin a noradrenalin). Z nezbytné reakce adaptace se stala reakce negativní.“¹¹

4. Edukace

Edukace by se dala vyjádřit jako výchova. Jak ale tento pojem chápat v dnešním zdravotnictví? V současné medicíně, kdy je pacient naším partnerem v léčbě a má plné právo na všechny informace, které se týkají jeho zdravotního stavu musí mít dostatek kvalitních a srozumitelných informací nejen o svém zdravotním stavu, ale zároveň i o způsobech léčby. Již tedy neplatí, jako dříve, že pacient je pouze ten, který „poslouchá“ naše „příkazy“ co má a nemá dělat. S touto změnou nám, zdravotníkům, vyvstal nový úkol, naučit se pacienta správně edukovat.

Co si ale máme představit pod termínem správná edukace? Určitě taková edukace představuje mnohem více než „poučení o tom, co by měl pacient dělat“.

¹¹ CIFKOVÁ, R. a kol., *Jak dál po infarktu*. Praha: Grada, 1993
ISBN 80-7169-034-1

Ostatně to si může přečíst v desítkách brožur a letáků. Jedná se o určitou psychologickou a pedagogickou práci, kdy se zdravotník snaží navázat s pacientem vztah založený na vzájemné důvěře, poskytne pacientovi veškeré informace o léčebných a režimových opatřeních a také o možných rizicích. Zároveň každé takové léčebné opatření znamená pro pacienta i určitou změnu v jeho dosavadním životním stylu. Jelikož se většina změn nedělá snadno, proto sestra, která má v tomto pacientovi pomoci musí být vnímavá, předvídavá a hodně trpělivá. Sestra musí dát najevo pochopení a ukázat nemocnému, že tyto postupy může udělat (nikoliv musí dělat). Vždy je cennější, pokud pacient pochopí důležitost léčebných opatření, než když pouze udělá to, co mu někdo řekl, aniž by věděl proč.¹²

Dále bych zde uvedla několik hlavních zásad při poskytování informací pacientovi. Informace musí být *na úrovni chápání člověka*, kterého informujeme. Dále je velmi důležité *opakování*. Je známo, že bez rozdílu intelektu si nemocní pamatují 2 - 3 informace. Pamatují si nejčastěji informace, které jim byly sděleny na začátku rozhovoru a ty, které jim byly několikrát sděleny a řečeny s důrazem. Na místě je během edukace *citlivost*. Každý zdravotnický pracovník by měl odhadnout emocionální stav pacienta, jeho duševní úroveň a informovanost. Velký význam má verbální komunikace, úroveň pacientova vzdělání a poměrů, z kterých pochází. Možnost pacientova poučení je snížena, když odmítá spolupráci.

Zásady při edukaci nemocných mají několik fází

- 1. fáze – vysvětlit nemocnému problém, ověřit si, zda mu porozuměl, co nepochopil, vysvětlit znovu. Diagnózu je nutné sdělovat před zahájením léčby. To je úkolem lékaře. Je vhodné používat i různé názorné pomůcky, např. diagramy, modely, vzorky a obrázky. Nezbytností je ptát se nemocného a odpovídat na jeho dotazy. Informace i několikrát zopakovat
- 2. fáze – zde je cílem sledovat emocionální reakci nemocného na sdělení. Je-li nemocný rozrušen musíme zjistit co je příčinou a snažit se ho rozpýlit.

¹² Edukace - nástroj léčby. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 4, s. 14 -15
ISSN 1213 - 0404

- 3. fáze – vysvětlení léčebného režimu, zamezit používání odborných termínů, které by pacient uváděli pouze do rozpaků a nerozuměl by nám. Znovu je na místě ujištění, zda pacient vše pochopil.
- 4. fáze – v této fázi si musíme ověřit, zda pacient porozuměl našim informacím a požádat ho, aby nám vše zopakoval – jedná se o tzv. zpětnou vazbu.¹³

Vždy je důležité mít na paměti, že pokud je pacient dostatečně informovaný zároveň i lépe spolupracuje snáze se u něho provádí jakákoliv léčebná opatření a tím dochází i k jeho rychlejšímu návratu do každodenního života.

Empirická část

5. Cíle výzkumu

Před zahájením výzkumné práce jsem stanovila tyto cíle:

- ověřit stupeň informovanosti pacientů před výkonem v invazivní kardiologii
- zjistit míru strachu a subjektivní pocity pacienta před plánovaným výkonem
- zjistit jak hodnotí pacienti přístup zdravotnického personálu
- ověřit jakým způsobem jsou pacienti informováni

5.1. Použité metody

K získání údajů byl použit dotazník vlastní konstrukce, který byl anonymní, obsahoval několik základních údajů o respondentovi (věk, pohlaví, zaměstnání, vzdělání) a dále celkem 16 otázek, které byly zaměřeny na spokojenost s informovaností, autentičnost informací, kým byli informováni a jakým způsobem. Další oblast byla zaměřena na míru strachu před výkonem v invazivní kardiologii a

¹³ Edukace - nástroj léčby. *Sestra*, 2003, roč.13, č. 4, s. 14 -15
ISSN 1213 - 0404

jak se strach projevoval, poslední oblastí byla spokojenost s přístupem personálu ke klientům. Dotazník je přiložen jako příloha č. 1.

Ke zpracování získaných dat od respondentů byl použit počítačový program Microsoft Excel 97-2003.¹⁴

5.2. Charakteristika vzorku

Sledovaný soubor tvoří celkem 43 respondentů, z toho, je 24 žen a 19 mužů. Respondentů jsem se dotazovala na základní údaje – pohlaví, věk, vzdělání a zaměstnání. Průměrný věk respondentů je 61,30 let, u žen činí 62,04 let a u mužů je 60,36 let. Vzhledem k rozdílům v odpovědích mezi pohlavími, jsem se rozhodla všechny otázky porovnávat mezi muži a ženami.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	1	2,33	1	4,17	0	0,00
základní	9	20,93	7	29,17	2	10,53
vyučení	15	34,88	7	29,17	8	42,11
maturita	13	30,23	5	20,83	8	42,11
VŠ	5	11,63	4	16,67	1	5,26
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 1 – Vzdělání respondentů

Ze všech respondentů na otázku týkající se vzdělání neodpověděla pouze jedna žena. Základní vzdělání má 9 dotazovaných (20,93 %), 7 žen a 2 muži. Nejvyšší počet dotazovaných je vyučeno, celkem 15 (34,88 %), dalších 13 respondentů (tj. 30,23 %) má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou, z toho 5 žen a 8 mužů. Vysokoškolského vzdělání dosáhli 4 ženy a pouze 1 muž, celkem tedy 5 respondentů (11,63 %)

¹⁴ Za pomoc a užitečné rady při zpracování dat v programu Microsoft Excel a převedení práce do formátu PDF děkuji Petru Nutilovi.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
administrativa	1	2,33	1	4,17	0	0,00
zdravotnictví	1	2,33	1	4,17	0	0,00
dělnické	16	37,21	9	37,50	7	36,84
technické	4	9,30	0	0,00	4	21,05
důchod	21	48,84	13	54,17	8	42,11
jiné	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 2 – Zaměstnání

Na otázku týkající se zaměstnání mi odpověděli všichni respondenti. Většina z nich je již v důchodu – 21 dotazovaných (48,84 %). V administrativě a ve zdravotnictví pracuje vždy jeden respondent, u obojího se jedná o ženu. Druhou nejpočetnější skupinou jsou lidé se zaměstnáním dělnických oborech, zde se jedná o 16 dotazovaných (37,21 %) - 9 žen a 7 mužů. Zbýlý počet dotazovaných pracuje v technických oborech – 4 muži.

5.3. Organizace výzkumu

Výzkum jsem realizovala v Krajské nemocnici Liberec a.s. na oddělení kardiologie – intermediální jednotce a standardním oddělení za laskavého svolení vrchní sestry kardiologie M. Sieratovské. Nejdříve jsem provedla tzv. pilotní studii, kdy jsem rozdala pěti pacientům dotazníky a pohovořila si s nimi, zda je chápou a event. Které otázky nejsou srozumitelné. Všech pět pacientů mi dotazník vrátilo s tím, že je srozumitelný a přehledný. Dotazníky jsem rozdávala pacientům v období dvou měsíců, od ledna do února, celkem jsem rozdala 50 dotazníků. Z celkového počtu se mi jich vrátilo 43. Dotazníky vyplňovali vždy pacienti, kteří byli po výkonu, aby mohli lépe zhodnotit pravdivost informací, které jim byly podány. Při výběru vhodných respondentů mi velmi pomohl zdravotní personál na oddělení.

5.4. Analýza výsledků

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	krát	%
1 - velmi spokojen	40	93,02	22	91,67	18	94,74
2	3	6,98	2	8,33	1	5,26
3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 - nespokojen	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 3 – Spokojenost s vysvětlením výkonu

Respondenti měli ohodnotit spokojenost s obdrženými informacemi o výkonu, tuto spokojenost měli ohodnotit známkou od 1 (velmi spokojen) do 5 (nespokojen). Průměrná spokojenost je 1,01. Ze získaných dat je zcela zřejmé, že většina dotazovaných, celkem 93,02 % je velmi spokojeno s obdrženými informacemi. Pouze 6,98 % ohodnotilo obdržené informace známkou 2. V hodnocení se muži a ženy nijak výrazně nelišili.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
1 - úplná shoda	35	81,40	19	79,17	16	84,21
2	8	18,60	5	20,83	3	15,79
3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 - neshoda	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 4 – Jak se shodovalo vysvětlení o průběhu výkonu s realitou

V otázce jak se shodovalo vysvětlení s realitou, měli respondenti znovu ohodnotit tuto shodu pomocí známek 1- 5. Průměrná známka byla 1,18. Celkem 35

dotazovaných, tj. 81,40 % ohodnotilo shodu známkou 1. Zbývajících 8 respondentů dalo známku 2, tj. 18,60 %. Hodnocení mužů a žen bylo vyrovnané.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	1	2,33	1	4,17	0	0,00
1 - výborná	38	88,37	20	83,33	18	94,74
2	4	9,30	3	12,50	1	5,26
3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 - nevyhovující	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 5 – Informovanost po výkonu

V této otázce jsem se dotazovala respondentů jaká byla jejich informovanost po výkonu, průměrná známka byla 1,09. Na tuto otázku mi neodpověděla jedna žena. Celkem 38 respondentů (tj. 88,37%) mi na tuto otázku odpovědělo, že jejich informovanost byla výborná. Pouze 4 dotazovaní (9,30 %), z toho 3 ženy a 1 muž, ohodnotili úroveň informovanosti známkou 2.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	2	4,65	2	8,33	0	0,00
ano	4	9,30	2	8,33	2	10,53
ne	36	83,72	20	83,33	16	84,21
neúplné informace	1	2,33	0	0,00	1	5,26
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 6 – Více informací o výkonu

Otázka, kterou jsem pokládala respondentům zněla, zda by chtěli být o výkonu více informováni. Neodpověděly dvě ženy. Celkem 4 dotazovaní (9,30 %), 2 ženy a 2 muži, by přivítali více informací o tom co je čeká. Jeden muž se domnívá,

že jsou informace nedostačující a neúplné. Nejvíce respondentů (36, tj. 83,72 %) je však s množstvím a obsahem informací spokojeno.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
lékař i zdrav.sestra	22	51,16	11	45,83	11	57,89
zdravotní sestra	2	4,65	2	8,33	0	0,00
lékař	15	34,88	8	33,33	7	36,84
zdrav.sestra, lékař, spolupacienti	3	6,98	2	8,33	1	5,26
neodpověděl (a)	1	2,33	1	2,33	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 7 – Kdo poučil klienta o výkonu

V otázce číslo 5 jsem se dotazovala na to, kdo poučil pacienta o výkonu. Dotazovaní měli možnost si vybrat i více možností najednou. Plných 22 respondentů (51,16 %) odpovědělo, že byli o výkonu poučeni od lékaře i zdravotní sestry, 15 klientů (34,88 %) bylo poučeno o výkonu pouze lékařem, a 3 dotazovaní (6,98 %) získali informace jak od lékaře a zdravotní sestry tak od spolupacienta. Pouze jedna žena neodpověděla na tuto otázku.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
slovně	38	88,37	19	79,17	19	100,00
písemně a slovně	1	2,33	1	4,17	0	0,00
názor.pom a slovně	2	4,65	2	8,33	0	0,00
slovně a internet	1	2,33	1	4,17	0	0,00
neodpověděl(a)	1	2,33	1	4,17	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 8 – Způsob poučení o výkonu

Položená otázka zněla – jakým způsobem jste byl (a) poučen (a) o výkonu? Dohromady 38 respondentů (88,37 %) se shodlo na slovním poučení – 19 žen a všichni dotazovaní muži. Dále byly některé ženy poučeny i dalšími způsoby, 1 písemně i slovně (2,33 %), 2 za použití názorných pomůcek a slovně (4,65 %). Jedna dotazovaná si našla informace o výkonu na internetu. Pouze 1 žena neodpověděla.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	7	16,28	6	25,00	1	5,26
ano	6	13,95	3	12,50	3	15,79
ne	30	69,77	15	62,50	15	78,95
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 9 – Názorné vysvětlení výkonu ano či ne

Tato otázka v doslovném znění je, zda byste přivítal (a) názorné vysvětlení výkonu pomocí názorných pomůcek? Z celkového počtu 43 respondentů jich na tuto otázku 7 neodpovědělo, tj. 16,28%. Většinu dostává slovní vysvětlení výkonu – 69,77% respondentů (v počtu 30ti), z toho 15 žen a 15 mužů. Pouze 6 dotazovaných (13,95 %) by uvítalo větší názornost při vysvětlování výkonu, konkrétně 3 ženy a 3 muži.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	10	23,26	5	20,83	5	26,32
1 - zcela dostačuje	29	67,44	16	66,67	13	68,42
2	4	9,30	3	12,50	1	5,26
3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 - nedostačuje	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 10 – Dostatečnost slovního vysvětlení

Na tuto otázku, zda dostačuje pouze slovní vysvětlení, nemuseli odpovídat respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli, že jim dostačuje. V této otázce odpovídali pomocí škály od 1 do 5ti. Celkem 10 dotazovaných (23,26 %) na otázku neodpovědělo, z toho bylo 5 žen a 5 mužů. Plných 29 respondentů ohodnotilo, že jim slovní vysvětlení zcela dostačuje, v procentuálním vyjádření jich bylo 67,44 %, 16 žen a 13 mužů. Jako částečně dostačující považují slovní vysvětlení 4 respondenti (9,30%), 3 ženy a 1 muž. Průměrná známka odpovídajících respondentů je 1,12.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	3	6,98	3	12,50	0	0,00
1 - velmi spokojen	39	90,70	21	87,50	18	94,74
2	1	2,33	0	0,00	1	5,26
3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 - nespokojen	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

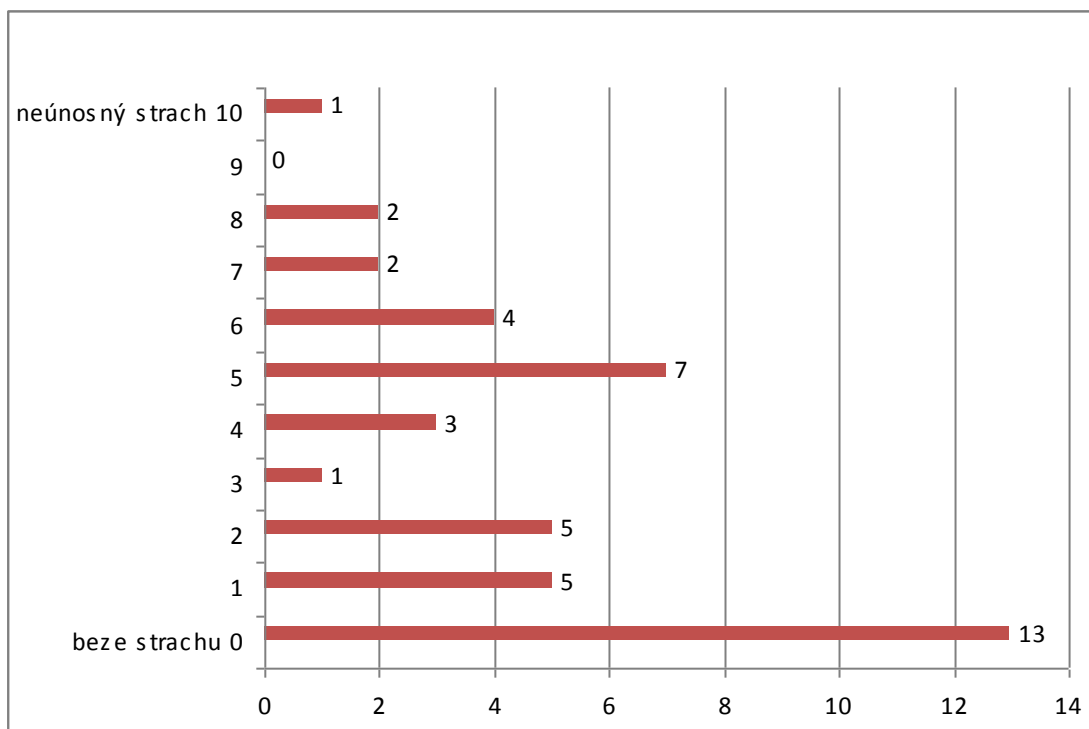
Tabulka č. 11 – Spokojenost s přístupem personálu při podávání informací

Většina respondentů, 90,70 %, byla naprosto spokojena s přístupem personálu při poskytování informací. Průměrná známka byla 1,03. Z tohoto celkového počtu tak hodnotilo 21 žen, tj. 87,50 %, a 18 mužů, tj. 94,74 %. Pouze 3 ženy neodpověděly vůbec a 1 muž ohodnotil, že byl s přístupem zdravotníků částečně spokojen.

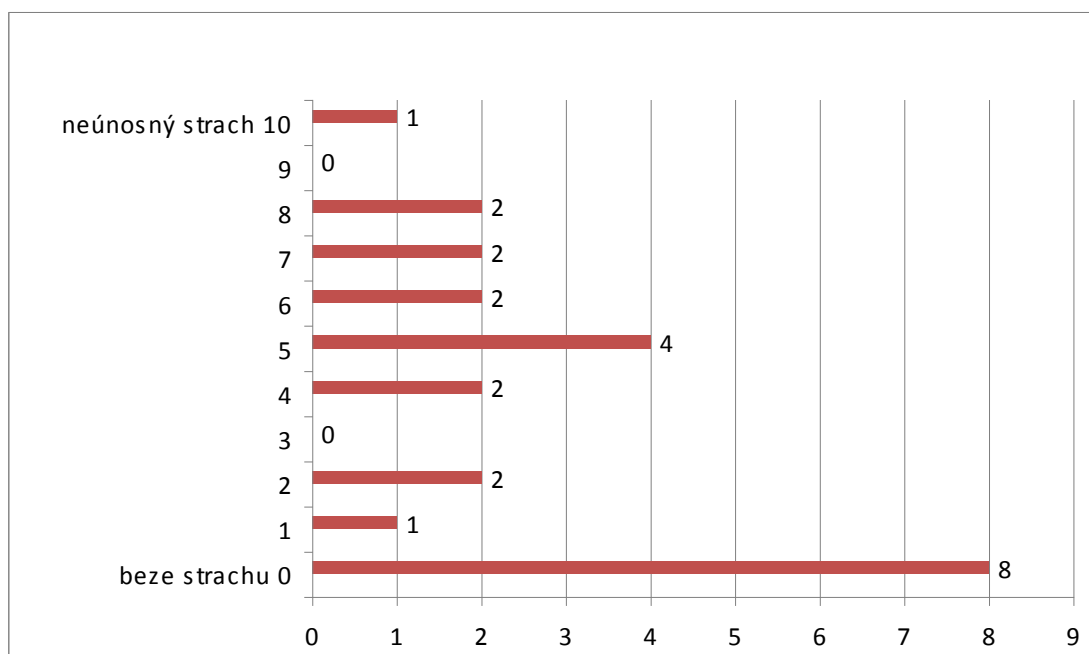
	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
beze strachu	13	30,23	8	33,33	5	26,32
1.stupeň	5	11,63	1	4,17	4	21,05
2.stupeň	5	11,63	2	8,33	3	15,79
3.stupeň	1	2,33	0	0,00	1	5,26
4.stupeň	3	6,98	2	8,33	1	5,26
5.stupeň	7	16,28	4	16,67	3	15,79
6.stupeň	4	9,30	2	8,33	2	10,53
7.stupeň	2	4,65	2	8,33	0	0,00
8.stupeň	2	4,65	2	8,33	0	0,00
9.stupeň	0	0,00	0	0,00	0	0,00
neúnosný strach	1	2,33	1	4,17	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 12 – Míra strachu před výkonem

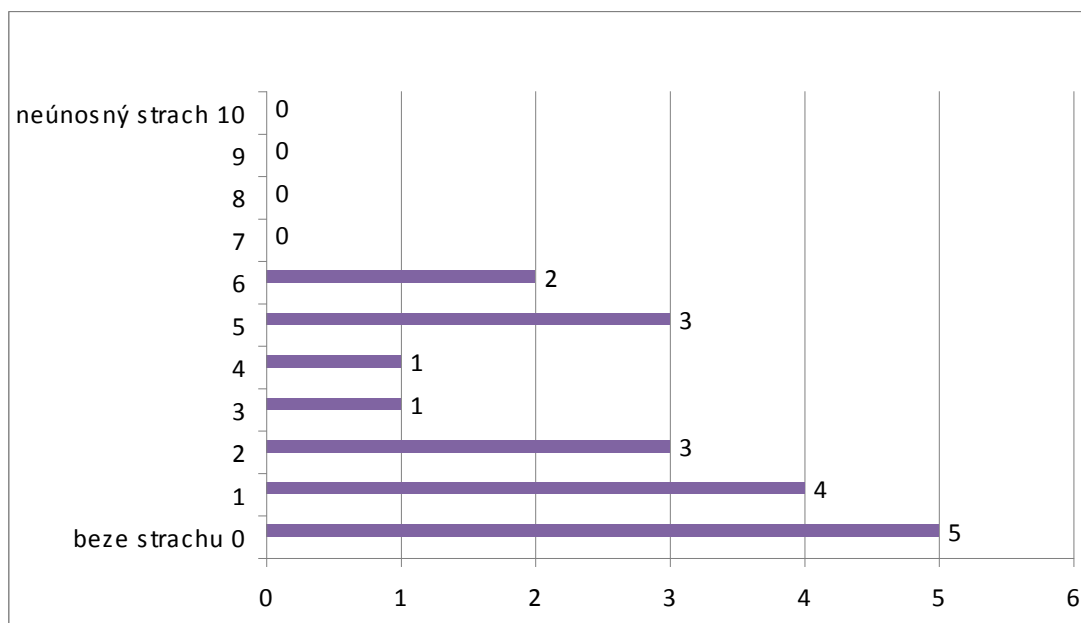
U této otázky měli respondenti označit na přímce od 0 do 10 pravděpodobnou míru jejich strachu před výkonem. Bod 0 znamená, že byli beze strachu, hodnota 10 představuje neúnosný strach. Beze strachu bylo celkem 13 respondentů, což činí 30,23 %, z toho bylo 8 žen a 5 mužů. Svůj strach ohodnotilo na první stupeň 5 dotazovaných, tj. 11,63 % – 1 žena a 4 muži. Strach na úrovni druhého stupně pociťovalo také 5 respondentů, 2 ženy a 3 muži. Třetí stupeň označil pouze 1 muž. Čtvrtý stupeň byl označen 3 dotazovanými, tj. 6,98 %, z toho tak učinily 2 ženy a 1 muž. Druhá nejpočetnější skupina pacientů ohodnotila svůj strach pátým stupněm, celkem 7 respondentů, 16,28 %, z toho 4 ženy a 3 muži. Šestý stupeň označili 4 dotazovaní (9,30 %), 2 ženy a 2 muži. Sedmý i osmý stupeň shodně zaškrtili 2 respondenti, u obou stupňů ženy. Pouze jedna dotazovaná žena zaznamenala svůj strach jako neúnosný. Pro rozdílnost v odpovědích a také pro větší přehlednost jsem se rozhodla převést tuto otázku do grafů, které jsem rozdělila zvlášť na všechny respondenty, ženy a muže.



Graf č. 1 – Míra strachu před výkonem – vyhodnocení všichni respondenti
 Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.



Graf č. 2 – Míra strachu před výkonem - vyhodnocení ženy
 Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.



Graf č. 3 – Míra strachu před výkonem – vyhodnocení muži

Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	1	2,33	1	4,17	0	0,00
1 - zcela pomohlo	23	53,49	12	50,00	11	57,89
2	12	27,91	4	16,67	8	42,11
3	5	11,63	5	20,83	0	0,00
4	1	2,33	1	4,17	0	0,00
5 - vůbec nepomohlo	1	2,33	1	4,17	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 13 – Zmírnění strachu pomocí dostatečné informovanosti

V této otázce respondenti odpovídali, zda pomohlo vysvětlení výkonu zmírnit jejich strach, odpověď měli vyznačit na škále od 1 do 5 stupně (1 = zcela pomohlo, 5 = vůbec nepomohlo). Průměrné hodnocení bylo 1,69. Jedna žena na otázku neodpověděla. Celkem 23 dotazovaných (53,49 %) označilo, že vysvětlení výkonu zcela pomohlo ke zmírnění jejich obav, z toho tak učinilo 12 žen a 11 mužů. Dalších 12 klientů (27,91 %) ohodnotilo zmírnění obav druhým stupněm, 4 ženy a

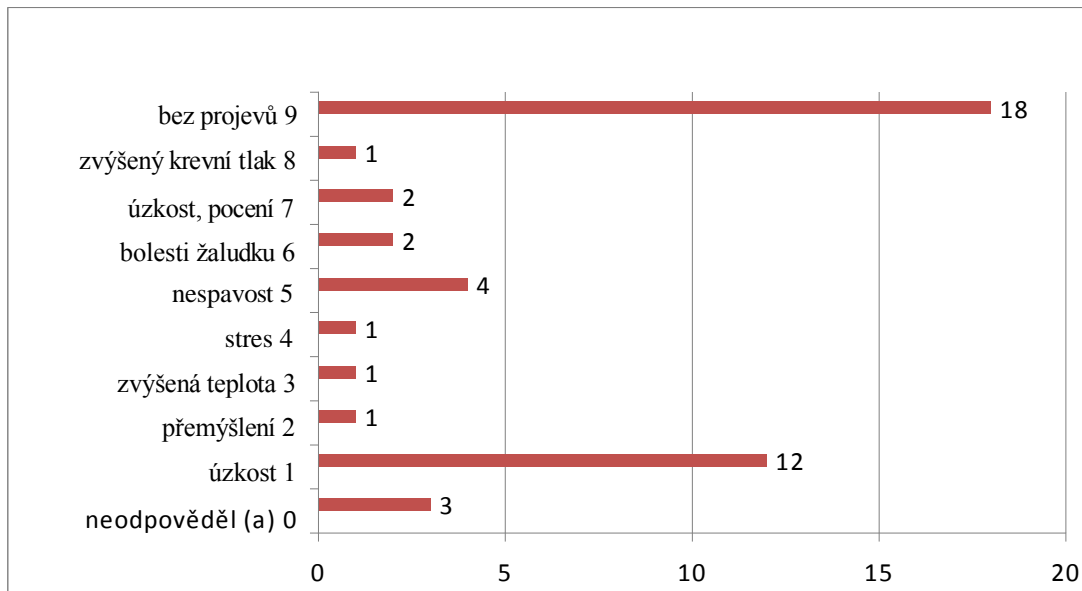
8 mužů. Stupeň třetí označilo 5 respondentů, tj. 11,63 %, jednalo se pouze o ženy. Čtvrtý a pátý stupeň, tzn. vysvětlení vůbec nepomohlo, zvolil vždy jeden respondent, v obou případech se jednalo o ženy.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl (a)	7	16,28	6	25,00	1	5,26
bez projevů	15	34,88	4	16,67	11	57,89
nespavost	3	6,98	2	8,33	1	5,26
úzkost	10	23,26	6	25,00	4	21,05
přemýšlení	1	2,33	1	4,17	0	0,00
zvýšená teplota	1	2,33	1	4,17	0	0,00
stres	1	2,33	1	4,17	0	0,00
zvracení	1	2,33	1	4,17	0	0,00
nespavost, úzkost, bolesti žaludku	1	2,33	1	4,17	0	0,00
úzkost, pocení	1	2,33	1	4,17	0	0,00
pocení	1	2,33	0	0,00	1	5,26
zvýšený krevní tlak	1	2,33	0	0,00	1	5,26
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

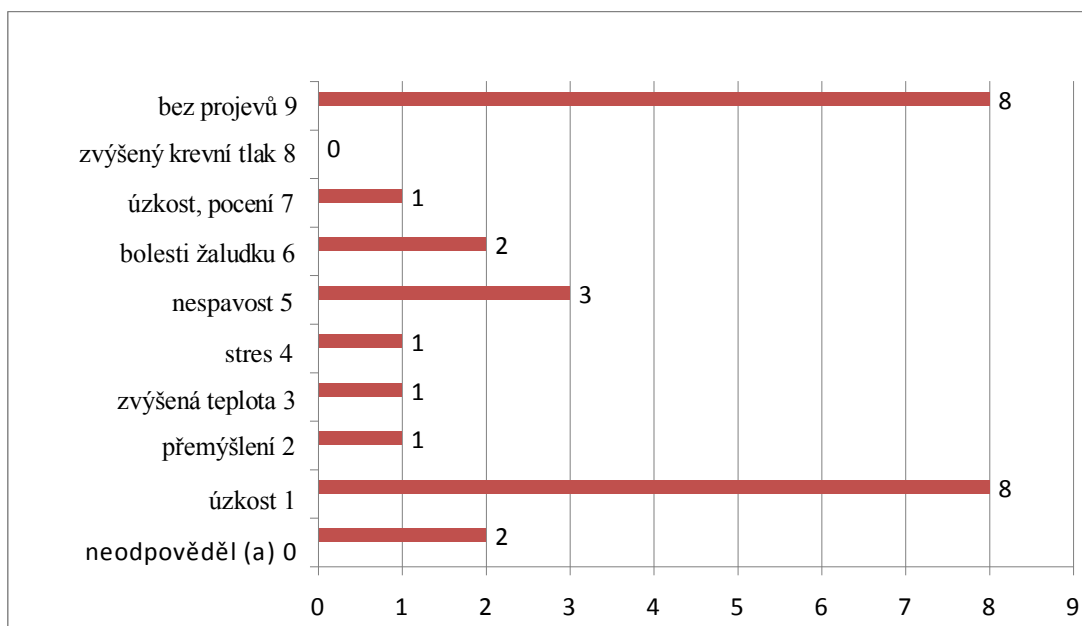
Tabulka č. 14 – Jak se projevoval strach z výkonu

Na tuto otázku neodpovědělo celkem 7 respondentů, toho 6 žen a 1 muž. Bez průvodních projevů strachu bylo 15 dotazovaných – 4 ženy a 11 mužů. Ostatní respondenti měli jeden či více zaznamenali nějaký projev strachu – nespavost zaznamenali 3 respondenti, 2 ženy a 1 muž, úzkost pociťovalo celkem 10 dotazovaných, 6 žen a 4 muži. Dalšími projevy bylo přemýšlení, stres, zvracení, nespavost spojená s úzkostí a bolestí žaludku, úzkost sloučené s pocením, každý jednotlivý projev pociťovala vždy jedna žena. Dalšími projevy, které uvedli muži, bylo pocení a zvýšený krevní tlak, u každého projevu tak učinil jeden muž. Pro

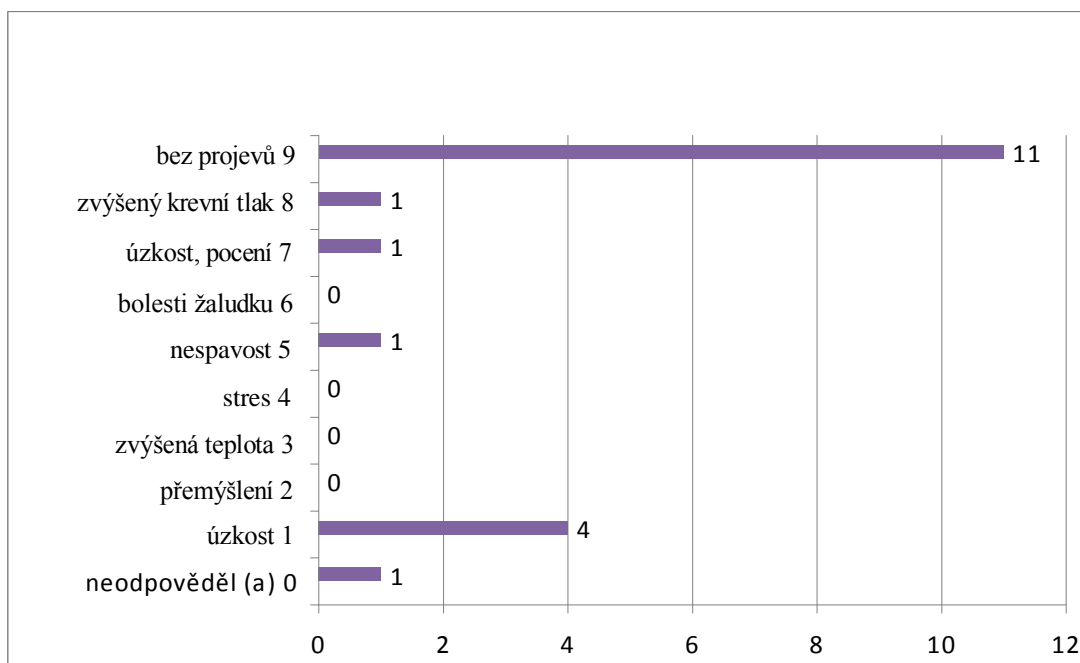
obsáhlost této otázky uvádím jednotlivé odpovědi také v grafech, které jsou znovu rozděleny zvlášť na všechny respondenty, ženy a muže.



Graf č. 4 – Projevy strachu před výkonem – vyhodnocení všichni respondenti
Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.



Graf č. 5 – Projevy strachu před výkonem - vyhodnocení ženy
Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.



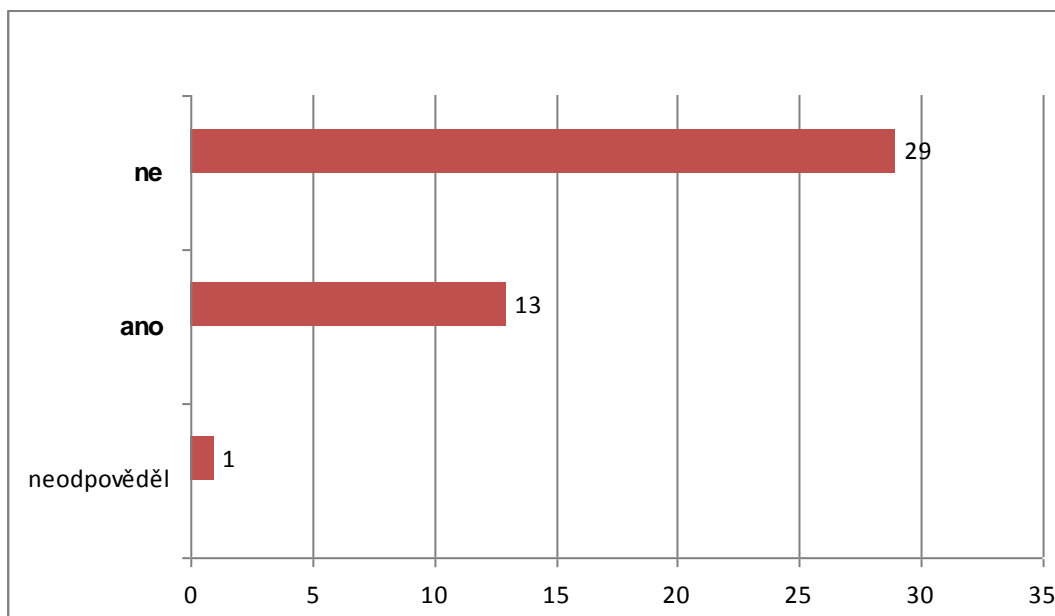
Graf č. 6 – Projevy strachu před výkonem – vyhodnocení muži

Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	1	2,33	0	0,00	1	5,26
ano	13	30,23	11	45,83	2	10,53
ne	29	67,44	13	54,17	16	84,21
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

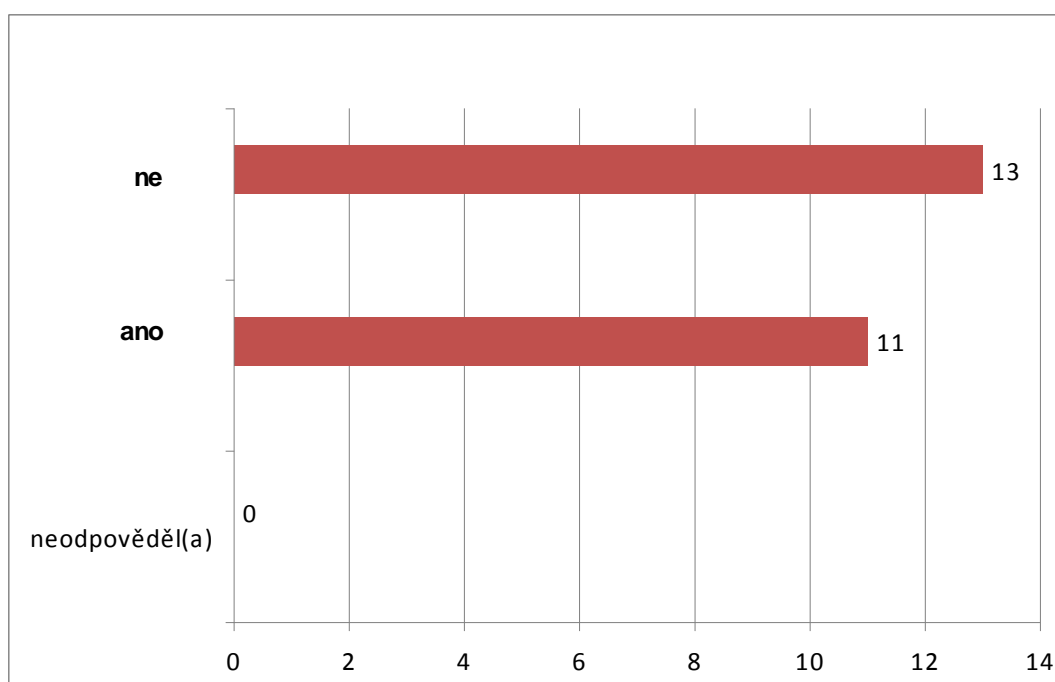
Tabulka č. 15 – Potřeba podání uklidňujících léků na snížení strachu

V této otázce jsem se dotazovala respondentů zda potřebovali před výkonem podat uklidňující léky na eliminaci strachu. Neodpověděl jeden muž. Celkem 13 klientů (30,23 %) přiznalo, že potřebovali podat uklidňující léky, z toho 11 žen a pouze 2 muži. 29 dotazovaných (67,44 %) uvedlo, že žádné léky na snížení strachu nepotřebovali, konkrétně se jednalo o 13 žen a 16 mužů. Tuto otázku uvádím také znázorněnou v grafech.



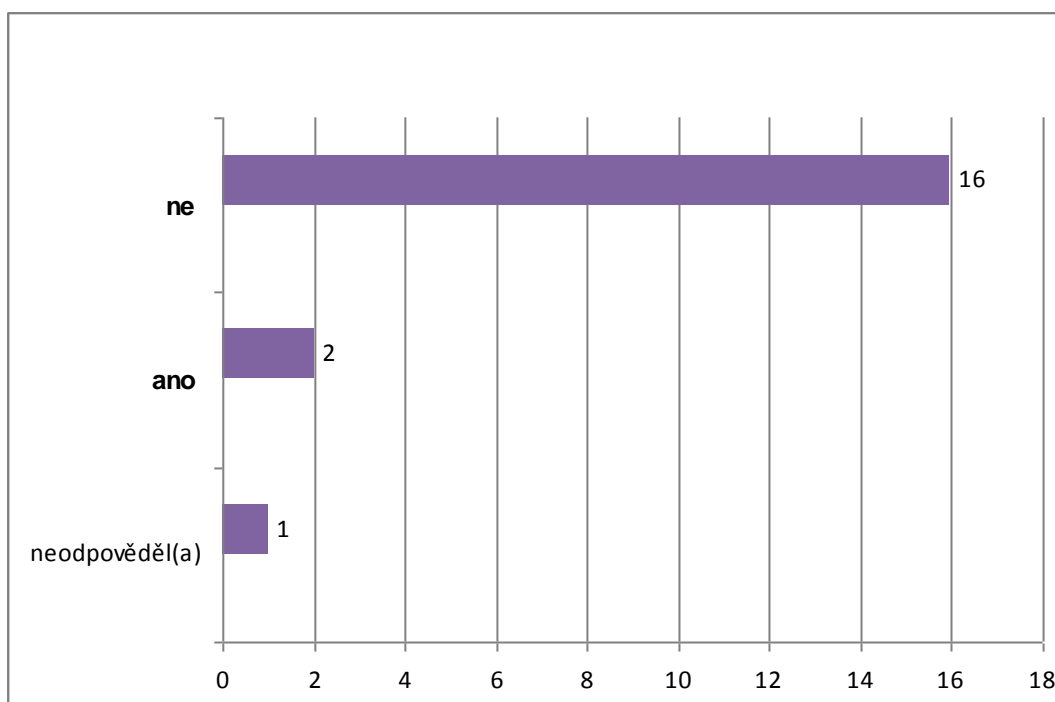
Graf č. 7. – Uklidňující léky před výkonem – všichni respondenti

Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.



Graf č. 8 – Uklidňující léky před výkonem - vyhodnocení ženy

Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.



Graf č. 9 – Uklidňující léky před výkonem – vyhodnocení muži

Čísla na ose x odpovídají počtu respondentů.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	1	2,33	1	4,17	0	0,00
ano	42	97,67	23	95,83	19	100,00
ne	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 16 – Ochota zdravotnické personálu vyslechnout klienta

Na tuto otázku neodpověděla jedna žena (2,33 %). Ostatní dotazovaní uvedli, že personál byl velmi ochotný je vyslechnout. Tuto otázku bych spolu

s následující hodnotila jako otázku s nejpozitivnějším výsledkem, kdy 97,67 % respondentů bylo se zdravotnickým personálem velmi spokojeno.

	všichni respondenti		ženy		muži	
	n	%	n	%	n	%
neodpověděl(a)	3	6,98	3	12,50	0	0,00
ano	40	93,02	21	87,50	19	100,00
ne	0	0,00	0	0,00	0	0,00
součet	43	100,00	24	100,00	19	100,00

Tabulka č. 17 – Dostatek příležitostí mluvit s personálem

Na otázku neodpověděly 3 ženy. Zbýlých 40 dotazovaných (21 žen a 19 mužů) uvedlo, že mělo dostatek příležitostí mluvit se zdravotním personálem o svých pocitech. V procentuálním vyjádření se jedná o 93,02 %.

Otázka 16

Poslední otázka v mém dotazníku byla specifická, respondenti zde měli možnost cokoliv dodat k úrovni jejich informovanosti o výkonu a jaké by navrhovali v tomto směru eventuální zlepšení. Této otázky využilo celkem 10 dotazovaných, ostatní (34 respondentů) nic nedodávali. Jelikož se domnívám, že některé odpovědi klientů by byla „škoda skrývat pod čísla“, rozhodla jsem se, je zde pro zajímavost vypsát celé a v doslovném znění.

„Byla jsem skutečně velmi spokojena.“

„Byla jsem spokojená.“

„Každé dobré slovo je lepší než prášek. Personál děla svou práci dobře.“

„Personál dělá svou práci dobře.“

„Bez připomínek. Informovanost dostatečná.“

„Věděl jsem o všem co zákrok bude vyžadovat, jak bude prováděn. Jsem naprosto spokojený a srdečně děkuji.“

„Jsem velmi spokojen.“

„Zlepšení o názorné pomůcky.“

„Informován jsem byl velmi dobře, personál byl vůči mě příjemný – celkem jsem byl moc spokojen.“

„Spokojen.“

Možnosti vyjádřit se dodatečně k informovanosti před výkonem v invazivní kardiologii využily 4 ženy a 6 mužů.

Diskuse

V závěru bakalářské práce bych se ráda vyjádřila k několika aspektům, které mě při realizování výzkumu překvapily i potěšily. A zároveň zhodnotila jednotlivé cíle, které jsem si stanovila na začátku výzkumu.

Jeden z mých cílů bylo zjistit jak jsou pacienti na kardiologickém oddělení v liberecké nemocnici spokojeni s množstvím a úrovní poskytovaných informací, zde jsem byla mile potěšena, že většina respondentů vyjádřila spokojenost s informacemi. Stejně hodnotí i přístup personálu. Dále jsem si vytyčila zjistit jakým způsobem jsou pacienti informováni o výkonu, zde jsem byla výsledkem zaskočena, poněvadž většina pacientů uvedla, že jsou poučeni slovně a že jim pouze slovní podání vyhovuje. Avšak během mé praxe jsem se nesčetněkrát setkala s tím, že se pacienti dotazovali např. na to jak vypadá a jaký má průsvit vodič, který jim bude zaváděn, jak je dlouhý, kam až se k srdci zavádí. Domnívám se, že na spoustu těchto otázek by bylo mnohem snazší jim odpovědět pomocí názorné pomůcky. Posledním cílem bylo zjistit míru strachu před vyšetřením. Očekávala jsem že, většina pacientů, vzhledem k výborné informovanosti, uvede strach maximálně do 5.stupně. U tohoto cíle mě však překvapilo kolik pacientů ohodnotilo svůj strach nad 5. stupeň, kdy jim nepomohlo redukovat jejich strach ani vysvětlení výkonu ani uklidňující léky. Určitě by stálo za zamýšlení jak jinak jim pomoci snížit jejich strach.

Ráda bych se také vyjádřila k této práci i z jiného pohledu než „pouhého“ hodnocení výsledků. Vzhledem k tomu, že tato bakalářská práce je zároveň i mou první výzkumnou, je zde i několik faktů, které bych pozměnila, např. konstrukci dotazníku, domnívám se, že některé otázky byly nadbytečné (např. otázka č. 8 – neměla v podstatě žádný význam a mohla by být z dotazníku vypuštěna, dále pak i otázky 15 a 16 by bylo vhodnější skloubit do jedné). Naopak bych přidala více otázek týkající se prožívání strachu a jeho redukci. Některé otázky (např. otázky č. 5, 7) bych nyní mnohem více rozvedla. Dále jsem se při realizaci výzkumu setkala s problémem otázek, kde byla možnost vybrat z více odpovědí, zde jsem měla potíže při zpracování v počítačovém programu, proto bych v budoucnu volila raději jiný způsob položení otázky. Během samotné realizace výzkumu jsem byla velmi

potěšena přístupem zdravotnického personálu, který mi ochotně pomáhal při výběru vhodných pacientů. Také pacienti byli ochotní vyplnit dotazník, očekávala jsem, že nebudou mít chuť cokoli vyplňovat.

Úplným závěrem mé bakalářské práce bych chtěla zmínit slova jednoho pacienta, který napsal: „Každé dobré slovo je lepší než prášek.“ Myslím, že právě o tom, by měla být naše profese, být pacientovi kvalitním průvodcem v jeho nemoci a co nejvíce mu pomoci v návratu zpět do života a během této cesty nezapomenout na lidský přístup, který opravdu nelze nahradit žádnou pilulkou.

Závěr

Výzkumnou práci jsem zpracovávala na téma informovanost pacientů v invazivní kardiologii. K získání dat jsem použila dotazníkové metody, kdy jsem na kardiologickém oddělení Nemocnice Liberec a.s. rozdala celkem 50 dotazníků, z celkového počtu se mi jich vrátilo 43, což činí 86 % návratnost. Ve výzkumu jsem se zaměřila na zjištění úrovně informovanosti pacientů o výkonu, jakým způsobem jsou jim informace poskytovány. Dále jsem zjišťovala míru strachu před výkonem a přístup personálu k pacientům.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 43 respondentů, z čehož bylo 24 žen a 19 mužů. Průměrný věk činil 61,30 let, u žen činí 62,04 let a u mužů je 60,36 let. Respondentů jsem se dotazoval i na jejich vzdělání a zaměstnání, zde uvedlo 21 dotazovaných (48,84 %), že je již v důchodu.

Dále jsem v analýze výsledků hodnotila jednotlivé otázky, které byly položeny v dotazníku. Zde bych uvedla pouze nejzajímavější výsledky. Jedním z nich je zcela jistě otázka týkající se míry strachu před vyšetřením, kdy jsem zjistila, že beze strachu bylo celkem 13 respondentů, což činí 30,23 %, druhá nejpočetnější skupina pacientů ohodnotila svůj strach pátým stupněm, celkem 7 respondentů, 16,28 %, šestý stupeň označili 4 dotazovaní (9,30 %), 2 ženy a 2 muži. Sedmý i osmý stupeň shodně zaškrtili 2 respondenti, u obou stupňů ženy. Pouze jedna dotazovaná žena zaznamenala svůj strach jako neúnosný. V další otázce jsem se dotazovala na úroveň informovanosti pacientů, zde uvedla většina dotazovaných, celkem 93,02 %, že jsou velmi spokojeni s obdrženými informacemi. Průměrná spokojenost u této otázky je 1,01. V otázce jak se projevoval jejich strach uvedlo 15 respondentů, že nijak. Druhou nejpočetnější skupinu pak tvořilo 10 respondentů, kteří pocítovali úzkost.

Závěr mé výzkumné práce je přesto veskrze pozitivní, poněvadž 90,70 % respondentů je zcela spokojeno s přístupem personálu, 93,02% respondentů považuje svou informovanost o výkonu za dostatečnou.

Seznam literatury

- 1) CIFKOVÁ, R. a kol. *Jak dál po infarktu*. Praha: Grada, 1993
ISBN 80 – 7169 – 034 - 1
- 2) HONZÁK, R. *Stres, tréma a úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995
ISBN 80 – 85800 – 05 – 5
- 3) HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005
ISBN 80 – 7262 – 367 – 2
- 4) GREGOR, P. *Kardiologie pro praxi*. Praha: Galén, 1994
ISBN 80 – 85824 -07 – 8
- 5) KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Praha: Akcenta, 1998
ISBN 80 – 86232 – 00 – X
- 6) KRAJINA, A. a kol. *Intervenční radioterapie*. Praha: Grada, 2005
ISBN 80 -86703 – 08 – 8
- 7) PIDRMAN, V. Léčba deprese u kardiálně nemocných. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč.5, č. 1, s. 26 – 27
ISSN 1213 – 0508
- 8) PRÁŠKO, J. a kol. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, 2008
ISBN 978 – 80 – 7367 – 410 – 6
- 9) SPURNÁ, O. Psychická příprava pacienta před operací. *Sestra*, 2001, roč.11, č.10, s. 25 – 26
ISSN 1210 – 0404
- 10) VÍTKOVEC, J., ŠPINAR, J. *Intenzivní péče v kardiologii*. Brno: IDVPZ, 1994

ISBN 80 – 7013 – 170 – 5

- 11) ŠIMON, J. Psychosomatická a psychosociální problematika kardiovaskulárních chorob. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 1, s. 23 – 25
ISSN 1213 – 0508

- 12) ŠTEJFA, M. a kol. *Kardiologie*. Praha: Grada, 2007
ISBN 978 – 80 – 247 – 1385 – 4

- 13) VOKÁLOVÁ, V., ŠIMRÁDOVÁ, L. Péče o kardiologického geriatrického pacienta. *Sestra*, 2006, roč.16, č.12, s. 33
ISSN 1210 – 0404

- 14) Edukace – nástroj léčby. *Sestra*, 2003, roč. 13,č. 4, s. 23 – 25
ISSN 1210 – 0404

- 15) Psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2006, roč.2, č.4, s. 178
ISSN 1801 – 1349

- 16) SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004
ISBN: 80 – 247 – 1009 – 9

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

*Vážená paní, vážený pane,
Dovoluji si Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Tento dotazník je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské (závěrečné) práce s názvem: Informovanost pacienta v invazivní kardiologii. Část otázek a jejich odpovědí jsou vyjádřeny 5-ti bodovou stupnicí, zakroužkujte tu číslici, která se nejvíce blíží Vašemu názoru. U zbylých otázek zakroužkujte odpověď, která vyjadřuje Váš názor. Předem děkuji za kompletní vyplnění dotazníku.*

*Kateřina Švejdová
bakalářské studium
1. lékařské fakulty UK v Praze*

Pohlaví: muž - žena

Věk (počet let):

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: základní
vyučení
maturita
vysokoškolské

Vaše zaměstnání: v administrativě
ve zdravotnictví
dělnické
technické obory
v důchodu
jiné

1) Jak jste byl (a) spokojen (a) s vysvětlením, které Vám zdravotnický personál podal o výkonu, který Vás čeká?

velmi spokojen 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen

2) Jak se shodovalo vysvětlení o průběhu výkonu s realitou?

absolutně se shodovalo 1 - 2 - 3 - 4 - 5 neshodovalo se vůbec

3) Jaká byla Vaše informovanost po výkonu?

výborná 1 - 2 - 3 - 4 - 5 zcela nevyhovující

4) Chtěl (a) byste být před výkonem více informován (a) o tom co Vás čeká?

- ano, chtěl (a) bych více informací
- ne, informace byly dostačující
- informace byly neúplné

5) Kým jste byl (a) poučen (a) o výkonu?

- zdravotní sestrou
- lékařem
- spolupacienty
- někým jiným (uveďte kým.....)

