

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Jana Hanková

**Informovanost všeobecných sester o riziku
tromboembolické nemoci při přítomnosti
rizikových faktorů.**

*Nurses knowledges about the risk of trombembolic
disease in the presence of risk factors.*

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

Autor práce: Jana Hanková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Předpokládaný termín obhajoby: září 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 30. června 2014

Jana Hanková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří se mnou měli při psaní této práce trpělivost.

Obsah

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. TROMBOEMBOLICKÁ NEMOC.....	8
1.1 TROMBOFLEBITIDA – TROMBÓZA POVRCHOVÝCH ŽIL.....	8
1.1.1 Diagnostika	9
1.1.2 Léčba	9
1.1.3 Komplikace.....	9
1.2 TROMBÓZA, FLEBOTROMBÓZA HLUBOKÝCH ŽIL DOLNÍCH KONČETIN.....	9
1.2.1 Patofyziologie.....	9
1.2.2 Složení žilního trombu	10
1.2.3 Klinický obraz	10
1.2.4 Diagnostika	10
Duplexní ultrasonografie.....	10
1.2.5 Léčba	11
1.2.6 Komplikace akutní flebotrombózy.....	13
1.2.7 Prevence vzniku.....	13
1.3 PLICNÍ EMBOLIE.....	14
1.3.1 Klinický obraz	14
1.3.2 Diagnostika	15
1.3.3 Léčba	18
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ŽILNÍ TROMBÓZY/PLICNÍ EMBOLIE	18
2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	21
2.1 DEFINICE	21
2.2 PRINCIP ANTIKONCEPČNÍHO ÚČINKU	21
2.3 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A ŽILNÍ TROMBÓZA	21
2.4 KOTRAINDIKACE UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	22
2.4.1 Absolutní kontraindikace.....	22
2.4.2 Relativní kontraindikace.....	23
2.4.3 Věk, kouření a antikoncepce.....	23
3 KOUŘENÍ.....	25
3.1 KOUŘENÍ SESTER	25
4 EDUKACE	26
4.1 VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ	26
4.2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ.....	26
4.3 ZÁKLADNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	26
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
5 METODIKA PRÁCE.....	29
5.1 CÍL A HYPOTÉZY	29
5.2 METODA ŠETŘENÍ	30
5.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	31
5.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	31
5.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	32
6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	34
6.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	34
6.2 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ KE STANOVENÝM CÍLŮM A HYPOTÉZÁM	47
7 DISKUZE	53
8 ZÁVĚR.....	55

9	BIBLIOGRAFICKÉ CITACE	56
10	SEZNAM ZKRATEK	59
11	SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na informovanost všeobecných sester na rizika způsobující zvýšený výskyt tromboembolické nemoci, kam patří především současné užívání hormonální antikoncepce a kouření. Toto téma jsem si vybrala, protože se domnívám, že všeobecné sestry bez vyššího vzdělání nemají dostatečné znalosti o této tématice a tím nesplňují požadavky své kvalifikace, ale především ohrožují své zdraví z neznalosti. Jelikož kouření je jednou z hlavních příčin kardiovaskulárních chorob, které vedou k tromboembolické nemoci, je alarmující, že kouření zdravotníků je v České republice jedno z nejvyšších mezi rozvojovými státy a bohužel mnohonásobně vyšší než v běžné populaci. Z dlouholetého osobního pozorování nejen na vlastním pracovišti, ale také během praxe či studiu bakalářského studia jsem vždy v té menší nekuřácké části. Kdybych postupovala podle pravidla: „Pokud já sama zastávám nějaký názor, nebudu ho jiným vyvracet“, tak je pravděpodobné, že sestra-kuřačka v edukaci o škodlivosti kouření nebude mít u pacientů žádnou autoritu, pokud vůbec pacienty o tomto tématu edukuje. Další možností může být, že sama nezná rizika spojená s kouřením. Výzkum probíhal na lůžkových částech Interní kliniky v Thomayerově nemocnici, kde převážná většina pracujících všeobecných sester je ve fertilním věku, tudíž se dá předpokládat, že užívají nebo užívaly hormonální antikoncepci. Na daném oddělení je tromboembolické onemocnění jednou z nejčastěji se vyskytujících chorob, proto by měla edukace o zdravém životním stylu být na denním pořádku.

Cílem bakalářské práce je tedy zjistit, zda si všeobecné sestry-ženy uvědomují u sebe sama riziko tromboembolické nemoci, na jejíž rozvoj má vliv vzájemné kouření a užívání hormonální antikoncepce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. TROMBOEMBOLICKÁ NEMOC

Tromboembolická nemoc vzniká na podkladě přítomnosti trombu v žilním řečišti, kde způsobuje částečné nebo úplné ucpání žilního toku. Komplikací je uvolnění trombu a embolizace plicních tepen. Plicní embolie a hluboká žilní trombóza patří k jedinému onemocnění. Výraz nemoc vystihuje, že může jít o trvalý sklon ke vzniku trombózy a záleží na vlivu dalších faktorů, které mohou vznik trombózy v průběhu života vícekrát navodit. Flebotrombóza může, ale nemusí vést k plicní embolii, naopak plicní embolie může mít i jiné zdroje než flebotrombózu. Tromboembolická nemoc je třetí nejčastější příčinou úmrtí. (2)

1.1 Tromboflebitida – trombóza povrchových žil

Tromboflebitida je onemocnění žil povrchového žilního systému dolních končetin s různými stupni známek zánětu. Diagnostika je možná pouhým okem, zánět na povrchu je dobře viditelný. Tromboflebitida není výjimkou ani na horních končetinách, vzácně se vyskytuje na trupu. Patří mezi běžná onemocnění vyskytující se v největší míře u lidí postižených varixy nebo v nemocniční péči po intravenózní léčbě. (2, 5, 11)

Pro vznik tromboflebitid jsou nejdůležitějšími faktory zpomalení toku krve, hyperkoagulační stav a poškození žilní stěny infekcí či mechanicky. Plicní embolie není častá, protože tromby jsou ustáleny v povrchovém žilním systému. Komplikace může nastat, pokud je zánět v blízkosti žil ústících do hlubokého žilního systému. (2, 5)

Pro klinický obraz jsou typické známky místního zánětu. Místo je zarudlé, teplejší oproti okolí, bolestivé a projevuje se zduřením žíly. Hemodynamika končetiny není postižena, nejsou zde otoky dolních končetin a chybí celkové známky zánětu (chybí febrilie nebo se vyskytují pouze subfebrilie). Na horní končetině se tromboflebitida projeví v důsledku intravenózní léčby jako celkový zánět organismu – febrilie až 40 °C. (2, 5)

1.1.1 Diagnostika

Diagnostika tromboflebitidy je možná na první pohled. Pokud je zánět v blízkosti ústí vena saphena magna nebo parva, je vhodné vyšetření duplexní sonografií k vyloučení postižení hlubokých žil. (2, 5).

1.1.2 Léčba

V souvislosti s léčbou zachováme u pacienta hybnost postižené končetiny, naopak ho upozorníme, že není zcela vhodný klid na lůžku. Dále využíváme kompresivní terapii, lokálně heparinoidy, nesteroidní antiflogistika, širokospektrá antibiotika při infekci vyvolané intravenózní kanylací. (2, 5)

1.1.3 Komplikace

Přestup infekce do okolní tkáně, do hlubokého žilního systému nebo vznik nekrotizující flebitidy. (2, 5)

1.2 Trombóza, flebotrombóza hlubokých žil dolních končetin

Flebotrombóza je akutní postižení žil zapříčiněné trombotickým uzávěrem nebo zúžením hlubokých žil na dolních končetinách. Závažnost onemocnění je závislá na komplikacích, mnohdy i život ohrožujících, jako je plicní embolie. Prevalence trombózy se objevuje kolem 2-3 %, její incidence stoupá s věkem a s přidruženými rizikovými faktory. 9 % všech flebotrombóz tvoří tzv. cestovní trombóza neboli syndrom ekonomické třídy. (2, 5)

1.2.1 Patofyziologie

Patofyziologie je shodná s tromboflebitidou. Zpomalený tok krve v hlubokém žilním systému nastává u imobilních pacientů, u pacientů po chirurgických výkonech, u pacientů se sádrovým obvazem, s kardiální insuficiencí, v běžném životě při delší cestě dopravním prostředkem. V těhotenství se kromě mechanického útlaku podílí také hyperkoagulační stav. Trombóza v anamnéze zvyšuje riziko vzniku opakování pro přetrvávající stenózy a poškození chlopní v hlubokém žilním systému. (15)

Hyperkoagulační stavy se vyskytují především u maligních onemocnění, dále u vrozených a získaných trombofilií, zvýšené srážlivosti u hormonální

antikoncepce, substituční léčbě a při poškození žilní stěny. Porušený endotel způsobí aktivaci trombocytů a koagulačních faktorů. (2, 5).

1.2.2 Složení žilního trombu

Trombus vzniklý v žíle je rozdílný od aterosklerotického plátu v tepně. Arteriální trombus má více trombocytů, které mu dávají typickou bílou barvu (bílý trombus). Žilní trombus obsahuje většinu erytrocytů (červený trombus). V odlišnosti složení trombu se mění i jeho léčba. V prevenci uzávěru tepen používáme antiagregancia, v prevenci žilních trombóz antikoagulancia. (2, 5).

1.2.3 Klinický obraz

V osobní anamnéze pátráme po přítomnosti rizikových faktorů – operace, úraz, sádrová fixace, těhotenství, malignita, trombóza či embolie v anamnéze (i rodinné), déletrvající cesta, užívání hormonální antikoncepční nebo substituční léčby, diagnóza srdečního selhávání, varixy, obezita. Z klinických příznaků pacienta nejčastěji obtěžuje bolest.

Fyzikální vyšetření prokáže otok končetiny a cyanotické zbarvení, které je na rozdíl od akutního tepenného uzávěru teplé a s naplněnými povrchovými žilami fungujícími jako kolaterály, které nahrazují žílu ucpanou trombem. (2,5).

1.2.4 Diagnostika

Při diagnostice klademe velký důraz na pomocná vyšetření, protože klinické příznaky při prokazaném ultrasonografickém nálezu nemusejí být patrné. (2, 6).

Dopplerův detektor

Vyšetření, které hodnotí rychlost venózního toku. Je důležité srovnávat nálezy z obou končetin. Vyšetření prokáže překážku v žilním řečišti, ne však její příčinu (může jít o útlak žíly zvenčí – tumor, hematoma). (2, 5).

Duplexní ultrasonografie

Jedná se o základní vyšetření k potvrzení flebotrombózy na základě klinického obrazu. Kombinuje dvojrozměrné znázornění cévních struktur se zobrazením krevního proudu pomocí barevného a pulzního dopplerovského

vyšetření. Výhodou této vyšetřovací metody je její dostupnost a především neinvazivnost, která pacienta žádným způsobem nezatěžuje. (2, 5).

CT vyšetření

Používá se vzácně pro vysokou míru ozáření. Starší trombóza může být náhodným nálezem při CT vyšetření retroperitonea. (2, 5).

Flebografie

Flebografie je kontrastní vyšetření žil.

- magnetickou rezonancí – neinvazivní metoda bez kontrastní látky, využití minimální
- izotopová – aplikace radiofarmaka, zjišťuje se tok v žilách, současně se provádí plicní scan
- Rtg kontrastní – aplikace kontrastní látky, jde o vysoce spolehlivou metodu, od které se upouští pro četné komplikace: vznik tromboflebitidy, toxické a alergické reakce. (2, 5).

Stanovení D-dimeru

D-dimer je štěpný výsledek fibrinu. Klamně pozitivní hodnoty jsou u zánětů a nádorů. Vyšší hodnoty zůstávají i čtyři měsíce po trombóze, nelze tedy zjistit její časný návrat. Při negativním výsledku s jistotou vylučuje tromboembolickou nemoc jako celek. (2,5).

1.2.5 Léčba

Základem je komprese dolních končetin, která urychluje tok krve, snižuje venózní reflex, aktivuje žilně-svalovou pumpu. Imobilizace se již nedoporučuje jako dříve (výjimkou mohou být vysoké flebotrombózy s vlajícími tromby), naopak časná mobilizace je prevencí posttrombotického syndromu. Důležitá je odborně provedená komprese dolních končetin. (4, 16)

Farmakoterapie

Heparin brání narůstání trombózy a snižuje nebezpečí plicní embolie. Dávkování se řídí podle hodnot aPTT (aktivovaný parciální tromboplastinový test – základní koagulační screening ke sledování léčby heparinem) a aplikuje se

intravenózně. Nevýhody vzniku trombocytopenie a intravenózního podání a s tím spojených komplikací vyvažuje jeho nízká cena a možnost okamžitého zrušení jeho efektu protamin sulfátem, například při krvácení. Již od druhého dne podáváme zároveň s heparinem perorální antikoagulancia, převážně Warfarin. Dávku Warfarinu postupně nastavujeme dle opakovaného stanovení protrombinového času, který vyjadřujeme pomocí Quickova testu anebo INR, kdy cílové hodnoty se pohybují v rozmezí 2,0-3,0. Nízkomolekulární hepariny mají výhody v prodlouženém biologickém poločase, snížené riziko trombocytopenie, dávkování není nutné kontrolovat koagulačními testy, řídíme se tělesnou hmotností pacienta. Od druhého dne taktéž podáváme perorální antikoagulancia. (2, 5)

Nová perorálně dostupná antikoagulancia (NOAC) jsou ideální tím, že jsou v perorální formě a jejich účinek je spolehlivý bez nutnosti monitorace. Patří sem zejména inhibitory faktoru Xa – Xabany, u nás používaný rivaroxaban (Xarelto) a inhibitor trombinu – Dabigatran Etxilát (Pradaxa). Společnou nevýhodou přímých inhibitorů trombinu i inhibitorů faktoru Xa je nedostupnost specifického antidota. Přípravky nejsou použitelné v léčbě u těhotných a u dětí. Nemocným musíme vysvětlit nutnost pravidelného denního užívání vzhledem ke kratšímu biologickému poločasu oproti Warfarinu. (14, 20, 21)

Trombolytická léčba

Indikací jsou rozsáhlé proximální flebotrombózy za účelem zprůchodnit postižené žíly, zvláště u mladších jedinců, kde se jedná o prevenci vzniku posttrombotického syndromu. Při léčbě dochází k častějším krvácivým komplikacím. Nejúčinnější je trombolýza lokální, prováděná na specializovaných pracovištích s angiografickými kontrolami, kdy se zavede katetr do místa žilního uzávěru a aplikuje se dávka trombolytika přímo do trombu. Výhodou může být současné zavedení stentu do žíly. (2, 5, 14)

Chirurgická léčba

Indikace k trombektomii jsou výjimečné. Jedná se například o vylající tromb, izolované trombózy pánevních žil. Trombektomie je metoda, která využívá mechanického rozrušení trombu a jeho následné aspirace. Výhodou je rychlé

odstranění sraženiny, avšak nevýhodou může být porušení cévní stěny a nebezpečí vzniku plicní embolie. (2, 5)

1.2.6 Komplikace akutní flebotrombózy

Komplikace flebotrombózy dělíme na akutní a chronické. Mezi akutní komplikace řadíme akutní plicní embolii. Do chronických komplikací flebotrombózy zahrnujeme recidivu a posttrombotický syndrom. (2, 5)

Plicní embolizace

K plicní embolii dochází u neléčených hlubokých trombóz až v 70 %, z toho jen 30 % je symptomatických. Nejčastěji vzniká z proximální flebotrombózy. Z distálních částí jsou tromby malé, při embolizaci způsobí pouze mírné a přechodné příznaky a v plicním řečišti se samovolně rozpustí. (2, 5)

Recidiva flebotrombózy

Riziko recidivy je velké, jsou proto na místě opatření, která riziko zmenší. Jedná se především o kompresivní léčbu, zvýšení pohybové aktivity, cvičení žilního systému, redukce tělesné hmotnosti, zanechání kouření a zvážení nutnosti hormonální antikoncepce. (2, 5)

Posttrombotický syndrom

Jedná se o podobu chronické žilní insuficience. K jeho kožním projevům dochází mnoho let po odeznění akutní formy onemocnění. Nejzávažnějším projevem je bérccový vřed (ulcus cruris). (2, 5)

1.2.7 Prevence vzniku

Mezi preventivní opatření řadíme režimová opatření, fyzikální prostředky a farmakologickou léčbu. K prevenci cestovní trombózy určíme riziko vzniku trombózy a podle toho určíme vhodnou preventivní metodu – procvičování končetin, občasná chůze, při jízdě autem přestávky po dvou hodinách, kompresivní punčochy, při vysokém riziku aplikace nízkomolekulárního heparinu před začátkem cesty dopravním prostředkem. (2,5)

1.3 Plicní embolie

Plicní embolie vzniká následkem obstrukce plicního cévního řečiště embolem, který je do něho zanesen krevním proudem ze systémových žil nebo vzácně z pravostranných srdečních oddílů. Ojedinele je zapříčiněna jinými faktory (embolie tuková, vzduchová nebo embolie plodovou vodou). Nejčastěji vzniká zanesením trombu z hluboké žilní trombózy.

Význam akutní plicní embolie závisí na velikosti plicní cévní obstrukce způsobené embolií a na předchozím stavu srdce a plic. U kardiaků nebo u nemocných s dřívějším plicním onemocněním stačí k vyvolání plicní hypertenze jen malé ucpání plicní cirkulace. Masivní plicní embolie způsobuje kardiogenní šok, akutní pravostranné selhání či synkopu. Při obstrukci kmene plicnice vzniká náhlá smrt. Plicní infarkt vzniká při obstrukci menších větví plicnice. Nacházíme ji častěji u kardiaků s chronickým srdečním selháním komplikovaným plicní embolií. (5)

1.3.1 Klinický obraz

Akutní masivní plicní embolie

Je charakterizována hemodynamickou nestabilitou. Má vážnou prognózu a vysokou mortalitu, která je i při léčbě až 20 %. Pacient je subjektivně dušný a tachypnoický. Objektivně nacházíme hypotenzi s tachykardií. Akutní plicní embolie vede k náhlé smrti, synkopě nebo k rozvoji kardiogenního šoku s hypotenzí, oligurií, obluzením, chladnou, zpocenou a bledou kůží nebo jen k poklesu systolického tlaku pod 90 mm Hg. Akutní masivní plicní embolie může zapříčinit akutní cor pulmonale, charakterizujícím se akutním selháváním pravé srdeční komory, zvýšený žilní tlak (náplň krčních žil je v polosedě zvýšená), hepatojugulární reflex a šelest z trikuspidální chlopně. (5).

Akutní submasivní plicní embolie

Klinický průběh má charakter hemodynamické stability, vyskytuje se pouze tachykardie a tachypnoe. Při echokardiografickém vyšetření prokážeme dysfunkci pravé komory. (5)

Subakutní masivní plicní embolie

Je způsobena četnými menšími emboliemi. Plicní cévní obstrukce vzniká pozvolna. Nejdůležitějším příznakem je pomalu narůstající námahová dušnost a snižování tělesné výkonnosti. (5)

Chronická trombembolická plicní hypertenze

Dříve označovaná jako sukcesivní plicní embolizace, vzniká jako důsledek opakovaných plicních embolií. Dochází k nedostatečnému rozpuštění krevních trombů a tím k zúžení průsvitu plicních tepen, zvýšení arteriálního tlaku krve v plicnici nad 25 mmHg a postupnému vyčerpávání pravé srdeční komory. Narůstající dušnost trvá měsíce až roky. (5)

1.3.2 Diagnostika

Krevní plyny

Převážná část nemocných s plicní embolií má zrychlenou dechovou frekvenci. Hypokapnie a respirační alkalóza je nejčastější nález při vyšetření krevních plynů. Masivní plicní embolie může snížit parciální tlak kyslíku v krvi, avšak ani normální hodnoty krevních plynů a normální tlak kyslíku v krvi nevylučují diagnózu plicní embolie. (22)

D-dimery

Normální hladina D-dimerů značí nepravděpodobnost plicní embolie a hluboké žilní trombózy. Nevýhodou je, že jejich zvýšení je i u stavů, které k trombembolické mají sklon, například srdeční infarkt, sepse, nádory, záněty, infekce, nekróze, disekci aorty, první týden po operaci, nebo systémové onemocnění. Ideální stav je u nemocných, kde ostatní stavy, spojené s jejich zvýšením, nejsou přítomny. D-dimery tedy nejsou stoprocentně vhodné pro potvrzení diagnózy plicní embolie. (22)

Markery myokardiálního poškození a přetížení

Jde o srdeční troponiny (troponin T a I) a markery přetížení natriuretické peptidy (BNP a NT-proBNP). U srdečních troponinů se jedná o nezvýšení

hodnoty, důvodem tedy není poškození koronární tepny. Zvýšení srdečních troponinů je u PE považováno za možný projev kritičnosti. S elevací troponinů vzrůstá podle některých studií mortalita těchto nemocných až pětinašobně a platí to jak pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a plicní embolií, tak pro pacienty s plicní embolií, kteří ICHS nemají. Komplikací je, že nelze určit hodnotu zvýšení troponinu, která by od sebe odlišila pacienty s vysokým a nízkým rizikem. Elevace troponinu prokazuje jen rizikovost pacienta.(22)

Elektrokardiogram

EKG změny mohou pomoci při správné diagnostice u rozsáhlé plicní embolie. Jsou to nejčastěji kompletní nebo inkompletní blokáda pravého raménka, inverze vlny T ve svodech III, aVF, V1-4, rotace srdeční osy ve směru hodinových ručiček s přechodnou zónou ve V5. Změny jsou dočasné a vymizí s úpravou hemodynamického stavu. (22)

Rentgenové vyšetření

Rentgenologické změny nebývají charakteristické a jejich význam je především při možnosti srovnání s předchozími snímky. Můžeme najít plicní infarkt, zvýšenou polohou bránice na postižené straně, destičkovou atelektázu nebo malý pleurální výpotek. (22)

CT angiografie

CT angiografie (CTA) nám pomáhá potvrdit či vyloučit přítomnost trombů v plicním řečišti. Moderní přístroje umožňují pouze krátkou expozici po dobu zhruba deseti vteřin, kdy je důležité, aby nemocný zadržel dech. U klidově dušných pacientů je CTA technicky obtížná. Komplikací CT angiografie může být nekvalitní žilní přístup, který je podstatný pro rychlé a plynulé podání kontrastní látky. Angiografie znázorňuje řečiště plicnice a v případě plicní embolie částečně obtékaný defekt v kontrastní náplni tepny nebo její úplné uzavření. (22)

Perfúzní plicní scintigrafie

Odhaluje šíření intravenózně podané, radioizotopem označené látky. Metoda je vysoce citlivá, ale není příliš specifická. Můžeme ji uplatnit k rychlému vyloučení PE u nemocných s nízkým a středním rizikem. Ideální je kombinace ventilačně-perfúzního vyšetření, tj. plicní perfúze doplněná o inhalaci značeného radioaerosolu, který eliminuje výpadek perfúze u jiných plicních onemocnění, například atelektázy, pneumonie, CHOPN, bulózního emfyzému a jiných. (22)

Plicní angiografie

Výhodou plicní angiografie je možnost současného zhodnocení tlakových poměrů v pravostranných oddílech a plicnici a po diagnostické části pokračovat katetrizační léčbou fragmentací trombu, popřípadě selektivním podáním trombololytika do místa trombózy. (22)

1.3.3 Léčba

Základem léčby PE je léčba antikoagulační, která musí být podána při prvním pomyšlení na PE. Krevní srážlivost snižujeme pomocí nefrakcionovaného heparinu, který podáváme nejprve nitrožilně jako bolus nebo v kontinuální infúzi (trombolytická léčba), posléze podkožně (nízkomolekulární hepariny – LMWH, například Fagmin, Fraxiparin, Zibor či Clexane) a později v tabletách (Warfarin). Délka léčby bývá v závislosti na okolnostech od tří měsíců až po celý život. Efektivita antikoagulační léčby musí být kontrolována pravidelnými krevními odběry na srážlivost. Trombolytická léčba je efektivnější, ale její riziko krvácivých komplikací je podstatně vyšší, včetně krvácení do mozku, proto je používána pouze u život ohrožujících stavů. Chirurgické odstranění trombu z plicnice, tzv. plicní embolektomie se provádí, pokud není možné podat trombolytickou léčbu pro velké riziko krvácení nebo také při neúspěchu této léčby. V analogických situacích je možné katetrizační cestou trombus v plicnici mechanicky rozrušit - perkutánní mechanická tromboektomie. Pokud se plicní embolie při dlouhodobé a řádné antikoagulační léčbě opakují, nebo nelze-li antikoagulační medikaci podat pro absolutní kontraindikaci, lze jako profylaxi další plicní embolie zavést do dolní duté žíly katetrizační cestou kavální filtr. (14, 17, 22)

1.4 Rizikové faktory vzniku žilní trombózy/plicní embolie

Disponující faktory

- *Věk*: Riziko trombózy se s věkem zvyšuje. Jedná se o kombinaci snížení mobility, poklesu svalového napětí, změn cévní stěny a změna koncentrace koagulačních faktorů, především VIII, II a IX. Za rizikový věk se udává nad 40 let.

- *Předchozí anamnéza tromboembolické nemoci:* Trombóza plicní embolie v anamnéze zvyšuje opakování žilních tromboembolií a významně prodlužuje antikoagulační sekundární prevenci.
- Varixy dolních končetin.
- *Obezita:* Body mass index nad 30.
- *Kouřáctví:* Kouření patří mezi hlavní rizikový faktor pro infarkt myokardu, náhlou srdeční smrt, ischemickou cévní mozkovou příhodu, ischemickou chorobu periferních tepen a aneuryzma aorty. Kouření působí kooperačně s hypercholesterolemií, arteriální hypertenzí a perorální antikoncepcí. Pasivní kouření má stejná rizika. (2, 3, 5)

Disponující chorobné stavy

- Hereditární trombofilie: Leidenská mutace
- *Stavy po operaci:* Dlouhodobé upoutání na lůžko, pooperační komplikace, invazivní vstupy.
- *Maligní procesy:* Žilní tromboembolická nemoc ukazuje na možnou malignitu nebo naopak rozpoznanou malignitu komplikuje a doprovází. Podílí se na tom zvýšená koncentrace koagulačních faktorů, snížená fibrinolýza, imobilizace, operace, chemoterapie a hormonální terapie, invazivní vstupy. Největší incidence tromboembolické nemoci je u karcinomu plic (28 %).
- *Dlouhodobá imobilizace:* Především úrazy končetin s fixací, dlouhodobé upoutání na lůžko, parézy a plegie končetin.
- *Srdeční a plicní nemoci v pokročilé fázi:* Srdeční selhání – NYHA III – IV (New York Heart Association – stupně klasifikace srdečního selhání), plicní insuficience.
- *Krevní choroby:* Trombocytemie, Leidenská mutace
- Nefrotický syndrom.
- *Nespecifické střevní záněty:* Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.
- Septické stavy.
- Autoimunitní stavy.

- Paroxysmální noční hemoglobinurie.
- Heparinem indukovaná trombocytopenie – HIT.
- Popáleniny. (2, 3, 5)

Disponující okolnosti

- *Hormonální léčba (antikoncepce, substituční léčba, léčba sterility):*
Perorální antikoncepce zvyšuje riziko žilní trombózy až čtyřikrát i přes podstatné snížení dávek estrogenů u preparátů 3. generace. Ženy užívající antikoncepci a trpící Leidenskou mutací jsou ohroženy 50 - 100x více než ženy zdravé. Hormonální substituční léčba pomáhá snižovat postmenopauzální výskyt osteoporózy a kardiovaskulárních chorob. Avšak její užívání má prokázané vyšší riziko tromboembolií (dvoj až čtyřnásobné) oproti ženám, které substituční terapii neužívají. Dávka estrogenů není přímo úměrná rizikovosti TEN.
- *Cestování:* Při dlouhodobém cestování je porušena úloha svalstva dolních končetin jako pumpy pro žilní průtok.
- Dehydratace.
- Nitrožilní katétry.
- Úraz s fixací končetiny.
- *Těhotenství, porod, šestinedělí:* Plicní embolie a žilní trombóza mají hlavní příčinu v onemocnění a úmrtí v graviditě. Riziko je desetkrát větší u gravidních žen ve srovnání s netěhotnými ženami stejného věku.
- Kortikoterapie.
- Léčba neuroleptiky. (2, 3, 5)

2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

2.1 Definice

Antikoncepce neboli kontracepce označuje komplexní termín pro reverzibilní metody ochrany před otěhotněním. Nepatří sem metoda sterilizace (ireverzibilní ochrana před početím), protože jde o operační výkon na vejcovodech nebo chámovodech. I když vývoj reprodukční medicíny však tuto ireverzibilitu značně zpochybnil. (9)

2.2 Princip antikoncepčního účinku

Antikoncepční účinek steroidních hormonů má schopnost zasáhnout do funkční struktury hypotalamo-hypofyzo-ovariální osy a zamezit oplodnění. Účinek se uplatňuje na několika úrovních. Nejdůležitějším efektem je blokáda ovulace, kdy estrogény potlačují sekreci folikulostimulačního hormonu a normální folikulární vývoj. Zaručenost blokády ovulace záleží na množství estrogenů. Progestiny se podílejí na preovulačním vyplavení luteinizačního hormonu a zvyšují viskozitu cervikálního hlenu, který způsobí pro spermie nepropustnou překážku. Dále se progestiny i estrogény podílejí na změně stavby endometria, způsobují jeho atrofii a tím způsobí hostilní prostředí pro transport spermií. Posledním účinkem je změna hybnosti vejcovodů, která zesiluje zabránění transportu spermií k oocytu. (10, 13, 9)

2.3 Hormonální antikoncepce a žilní trombóza

Hormonální kontracepce je tvořena buď estro-progestagenní kombinací nebo pouze progestinem. Oba typy hormonů působí svým receptorovým účinkem na hemokoagulaci i endoteliální funkci. Žilní nemocnost je prezentována hlubokou žilní trombózou (HŽT) a plicní embolií. Nejčastějším výskytem HŽT je žilní systém dolních končetin, ale může se objevit i v oblasti renálních, hepatálních a mozkových žil. Vzácností je výskyt trombu na vena portae, v dolní duté žíle nebo na žilách horních končetin. Incidence onemocnění tromboembolickou nemocí u žen je minimální, ale zvyšuje se s věkem. Při užívání kombinované hormonální antikoncepce se toto riziko zvyšuje až čtyřikrát. Nejzávažnější komplikací HŽT je plicní embolie, která komplikuje asi deset procent

případů s mortalitou 1-2 %. V roce 1961 byl poprvé popsán případ zdravotní sestry s onemocněním plicní embolie krátce po začátku užívání perorální antikoncepce. I když se v dnešní době dávka estrogenů v kontraceptivách snížila, není prokázáno, že vede ke snížení počtu žilních trombóz. (5, 13)

2.4 Kotraindikace užívání hormonální antikoncepce

2.4.1 Absolutní kontraindikace

- *Šestinedělí* - Podle WHO v prvních třech týdnech po porodu u nekojících žen, do konce šestinedělí u kojících. České doporučení je mnohem přísnější a považuje kojení za absolutní kontraindikaci až do konce šestého měsíce.
- *Věk nad 35 let a kouření více než 15 cigaret denně.*
- *Hypertenze, neléčená nebo špatně léčbou kontrolovatelná s TK 160/100 torr nebo vyšším nebo s arteriálními komplikacemi.*
- *Aktuální hluboká žilní trombóza nebo osobní anamnéza hluboké žilní trombózy.* Povrchové varixy nejsou kontraindikací. Známé závažné trombofilní mutace, tj. faktor V Leiden v homozygotní formě, deficit antitrombinu III., deficit proteinu C, kombinace několika jiných trombofilních mutací. (Speciální vyšetření před předpisem hormonální antikoncepce není indikováno, pozitivní rodinná anamnéza sama o sobě není kontraindikací.) Získané trombofilní stavy (antifosfolipidový syndrom). Dlouhodobá imobilizace jedince. Operace zatížená vysokým rizikem vzniku hluboké žilní trombózy (je-li operace akutní, je nutná miniheparinizace).
- *Aktuální nebo anamnestická ischemická choroba srdeční, anamnéza cévní mozkové příhody.*
- *Komplikované srdeční vady* (plicní hypertenze, riziko fibrilace síní, subakutní bakteriální endokarditida).
- *Migréna s aurou.* Migréna bez aury, vznikla-li během užívání HA u ženy starší 35 let.
- *Karcinom prsu do 5 let po léčbě.*
- *Aktivní virová hepatitis.* Nosičství není kontraindikací.

- *Dekompenzovaná cirhóza.*

(13, str. 121)

2.4.2 Relativní kontraindikace

- *Kojení do 6 měsíců po porodu* (doporučení WHO, u nás patří mezi absolutní kontraindikace)
- *Trombofilní mutace*, které nejsou absolutní kontraindikací
- *Věk nad 35 let a kouření méně než 15 cigaret denně.*
- *Přítomnost více faktorů zvyšujících riziko arteriálních kardiovaskulárních nemocí. Závažné hyperlipidemie, zvláště v přítomnosti dalších rizikových faktorů kardiovaskulárních nemocí.*
- *Hypertenze* kontrolovaná léčbou nebo nepřesahující 155/95 torr.
- *Migréna bez aury*, u ženy starší 35 let. Migréna bez aury, vznikla-li během užívání HA u ženy mladší 35 let.
- *Karcinom prsu po 5 letech léčby.*
- *Komplikovaný diabetes* (nefropatie, vaskulární komplikace, diabetes trvající více než 20 let).
- *Symptomatická nebo farmakologicky léčená cholelithiáza* (stav po cholecystektomii není kontraindikací). Anamnéza cholelithiázy vzniklé během užívání hormonální antikoncepce.
- *Kompenzovaná cirhóza.*
- *Anamnéza cholestatické hepatopatie* vzniklé v těhotenství nebo při předchozím užívání hormonální antikoncepce.

(13, str. 122)

2.4.3 Věk, kouření a antikoncepce

Častá otázka, do jakého věku může žena hormonální antikoncepci užívat, je stále aktuální. Dříve se mělo za to, že hranicí je věk 35 let. Důvodem byl strach z urychlení aterosklerózy cév, který předchází většině kardiovaskulárních chorob. Progestiny druhé generace mohly ovlivnit krevní cholesterol. Ačkoliv jsou nyní v současných preparátech hormony v minimálních dávkách, ženám nad 35 let se

doporučuje užívat pouze přípravky s tzv. neandrogenními progestiny. „*Dodrží-li se tato podmínka, nekuřačky žádné věkové omezení nemají.*“ (8, str. 98)

Na každé krabičce cigaret se můžeme dočíst o škodlivosti a důsledcích kouření. Netýká se to jen rakoviny, jak si široká veřejnost myslí, ale především cévních chorob. Mozkovou mrtvici nebo srdeční infarkt zapříčiní krevní sraženina, která ucpe některou z důležitých cév, a jestliže kombinovaná hormonální antikoncepce krevní srážlivost způsobuje, může její užívání nastartovat destruktivní příval cévních změn, které mohou skončit tragicky. „*Žena, která kouří více než 15 cigaret denně a užívá antikoncepci, by si měla v 35 letech vybrat: buď přestane kouřit, nebo přestane brát hormonální antikoncepci.*“ (8, str. 99)

3 KOUŘENÍ

Závislost na tabáku nelze považovat za zlozvyk, ale musíme si uvědomit, že se jedná o skutečnou nemoc, která v mezinárodní klasifikaci nemocí WHO je pod číslem diagnózy F 17

3.1 Kouření sester

Sestra by měla být pro pacienta nejen nekuřáckým vzorem, ale také autoritou. Je proto důležité, jestli je nebo není cítit cigaretovým kouřem. V českém zdravotnictví kouří více sester než celkově žen v populaci. Z posledních průzkumů vychází, že sester kouří okolo 40 % a žen v populaci jen 24 %. Zajímavostí je, že lékařů u nás kouří méně než 20 % a v jiných rozvinutých zemích jako například v USA nebo Velká Británie je toto číslo mnohonásobně menší. (18, 24)

Podle zákona č. 379/2005 Sb. je kouření ve zdravotnických zařízeních zakázáno, s výjimkou vyhrazených prostor na odděleních psychiatrické lůžkové péče a odděleních pro léčbu závislostí na návykových látkách. Zákaz kouření není nikdy zcela respektován jak zdravotníky, tak i pacienty. *„A pokud pacient-kuřák vidí někoho z jeho ošetřujícího personálu kouřit, může to v něm vyvolat falešnou představu, že kouření není tak škodlivé, jak se říká: To by zřejmě můj lékař nebo zdravotní sestra nekouřili, oni přece musí nejlépe vědět, jak kouření zdraví poškozuje!“* (19)

4 EDUKACE

4.1 Vzdělávání zdravotníků

Ač je edukace součástí pracovní náplně všeobecné sestry, není dohledatelné, jestli

4.2 Výchova ke zdraví

Výchovou ke zdraví se chápe podpora jednotlivce, aby pečoval o své zdraví. Je to „proces zahrnující činnosti, jejichž cílem je zvýšit zdravotní uvědomění obyvatel, rozšířit znalosti o faktorech, které ovlivňují zdravotní stav, o způsobu zdravého životního stylu a především o odpovědnosti za své zdraví. Člověk, který pečuje o své zdraví, považuje za přirozené pečovat i o zdraví svých blízkých a své okolí, aniž by byl zdravotníkem či sociálním pracovníkem.“(7, str. 9) Pokud má zdravotnictví nabízet služby na evropské úrovni, pak jedním z důležitých aspektů se musí stát výchova a odborná příprava zdravotnických a sociálních pracovníků, včetně výchovy ke zdraví. Zdravotníci mají napomáhat občanům pochopit hodnotu zdraví, zaměřují se na jednotlivce, skupiny i obyvatelstvo jako celek. Především na skupiny obyvatel s rizikovým chováním, trpícím závislostmi, osoby s nezdravým životním stylem. Zdravotní výchova patří mezi významné postupy, které vznikají z edukačního úsilí o změnu životního stylu. Často nás odrazuje je fakt, že se stáváme v tu chvíli poučovatelé a mentory.(7)

4.3 Základní determinanty zdraví

Jedná se o faktory, příčiny a podmínky, které působí komplexně na zdraví člověka. Mezi základní determinanty patří životní styl (50-60 %), genetický základ (10-15 %), socioekonomické a životní prostředí (20-25 %), a v neposlední řadě zdravotní péče (10-15 %).

Naši kvalitu a kvantitu života nezhoršují infekční nemoci a hlad, ale tzv. civilizační choroby – kardiovaskulární nemoci, nádorová onemocnění či metabolické nemoci (obezita, cukrovka), které jsou důsledkem životního stylu, jako je kouření, alkohol, drogy či nedostatek pohybu. Nejdůležitější ovlivnění zdraví je životní styl, který patří mezi klíčovou determinantu zdraví. Zdravotní stav společnosti se posuzuje na podkladě nemocnosti a úmrtnosti. Z analýzy

zdroje chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce škodí rizikové faktory jako kouření, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, nesprávná výživa, malá pohybová aktivita, psychická zátěž a rizikové sexuální chování. (7)

Světová zdravotnická organizace formulovala základní principy péče o zdraví, které jsou shrnuty v *Programu Zdraví 21*. Jedním z cílů tohoto dokumentu je cíl: Snížení výskytu neinfekčních onemocnění, kde je shrnuto, že kardiovaskulární, nádorové onemocnění, diabetes mellitus či obstrukční choroba a astma bronchiále patří mezi nejzávažnější onemocnění, kterým bohužel předchází zdravotní rizika jako kouření, nezdravá výživa a jiné. Je proto potřeba zapojit pacienty nejen do preventivní péče. (7)

Ve vyhlášce o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků 55/2011 se můžeme dočíst, že všeobecná sestra bez odborného dohledu má: „*edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály.*“ (23)

Edukace má tři důležité aspekty: „Edukace pacientů je dobrou investicí, která se zdravotnictví vždy vrátí, je důležitá pro každého pacienta a měla by se stát jednou z hlavních priorit sestry a sestra by měla edukaci realizovat a aplikovat v ošetrovatelské praxi.“ (12, str. 369)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Cíl a hypotézy

Cíle výzkumného šetření

1. Zjistit, jaké je procentuální zastoupení kuřáků mezi sestrami na daném pracovišti.
2. Zjistit, jestli znají rizika kouření spojená s užíváním hormonální antikoncepce.
3. Zjistit, jestli sestry-kuřačky edukují pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by kouřit neměli.

Hypotézy

Hypotéza č. 1

Domnívám se, že na pracovišti interního oddělení se vyskytuje více všeobecných sester kuřaček než nekuřaček.

Hypotéza č. 1 se vztahuje k cíli č. 1.

Hypotéza č. 2

Domnívám se, že všeobecné sestry s vyšším než středoškolským vzděláním znají rizika spojená s kouřením a užíváním hormonální antikoncepce ve více než polovině případů.

Hypotéza č. 2 se vztahuje k cíli č. 2.

Hypotéza č. 3

Domnívám se, že sestry, které kouří, needukují pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by kouřit neměli, ve více než polovině případů.

Hypotéza č. 3 se vztahuje k cíli č. 3.

Hypotéza č. 4

Domnívám se, že více než dvě třetiny dotázaných sester starších 35 let, které kouří a zároveň užívají hormonální antikoncepci, neznají rizika tromboembolické nemoci.

Hypotéza č. 4 se vztahuje k cíli č. 2.

5.2 Metoda šetření

Pro kvantitativní výzkumné šetření jsem využila metodu dotazníku (Příloha A).

„Dotazník je v podstatě standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny v určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek.“ (1, str. 46)

Nevýhodou této metody výzkumného šetření je možnost, že respondentky nemusely odpovídat pravdivě. Před samotným výzkumným šetřením proběhl pilotní průzkum pro zvolení vhodných otázek mezi kolegyněmi v práci, spolužačkami z bakalářského studia a odbornou vedoucí práce.

Celkově bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost byla 91 %, tj. 64 vyplněných dotazníků.

Samotný dotazník obsahuje 15 otázek. Tyto položky vedly ke stanovení cílů a k ověření hypotéz vzniklých na podkladě získaných informací o dané tématice. Dotazník obsahuje 12 uzavřených otázek, 3 otevřené otázky a 1 filtrační otázku. Z těchto otázek jsou první dvě položky v dotazníkovém šetření zaměřeny na identifikační údaje respondentek a zbylé položky jsou zaměřeny na empirickou část výzkumu.

Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentek a představení výzkumníka, téma šetření a postup k vyplnění. V úvodní části textu je zdůrazněna anonymita dotazníku a popsáno, k jakému účelu bude dotazník využit

5.3 Organizace šetření

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na informovanost všeobecných sester o riziku tromboembolické nemoci při přítomnosti rizikových faktorů jako je kouření a užívání hormonální antikoncepce. Objektem zkoumaného vzorku se staly všeobecné sestry pracující v Thomayerově nemocnici v Praze na standardním interním lůžkovém oddělení. Dotazníkové šetření probíhalo v květnu 2014.

5.4 Zpracování získaných dat

Data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Excel do tabulek četností a poté graficky znázorněna pomocí výsečových grafů. Data obsažená v tabulkách jsou znázorněny pomocí absolutních a relativních četností. Absolutní četnost v tabulce vyjadřuje počet respondentů, kteří odpověděli stejnou odpovědí z nabídnutých možností. Relativní četnost v procentech (%), vyjadřuje podíl respondentů z celku, kteří zvolili danou odpověď v otázce. Tato metoda byla využita při zpracování všech zavřených, filtračních a jedné otevřené otázky. Ostatní otevřené otázky byly zpracovány do kategorií a znázorněny pomocí tabulky od nejčastějších po méně časté otázky.

5.5 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazník byl určen všeobecným sestřám interní kliniky Thomayerovy nemocnice. První dvě otázky v dotazníku charakterizují respondentky.

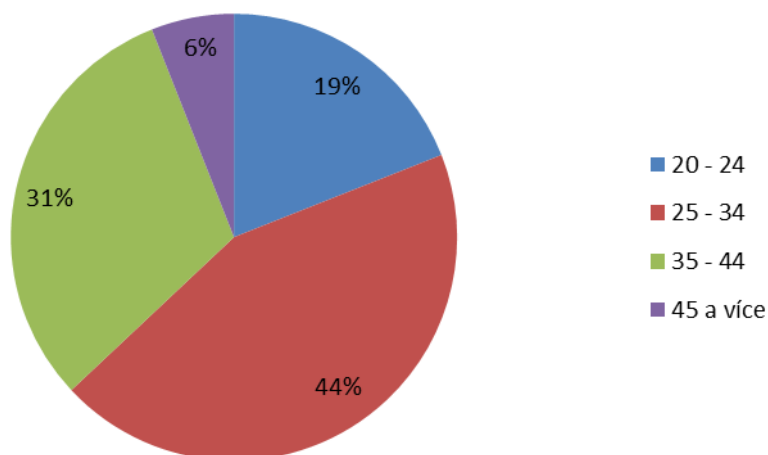
Identifikační údaje:

Věk

Tabulka č. 1: Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 - 24	12	19%
25 - 34	28	44%
35 - 44	20	31%
45 a více	4	6%
Celkem	64	100%

Graf č. 1: Věk



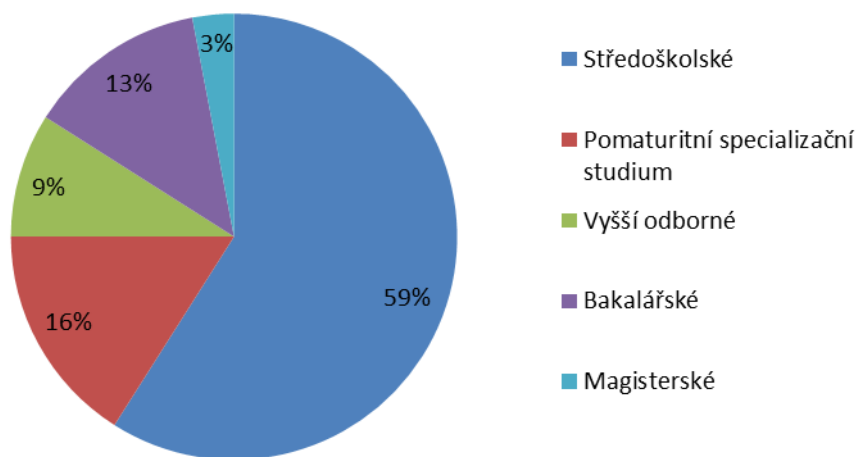
Věk jsem rozdělila do čtyř kategorií. Jak vyplývá z grafického znázornění, nejvíce zastoupenou věkovou hranicí je věk 25 – 34 let (44 % respondentů). Druhou kategorií je věk 35 – 44 let (31 %), třetí kategorií tvoří respondenti ve věku 20 – 24 let (19 %) a nejméně zastoupenou kategorií je věková hranice 45 a více let (6 %).

Vzdělání

Tabulka č. 2: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	38	59%
Pomaturitní specializační studium	10	16%
Vyšší odborné	6	9%
Bakalářské	8	13%
Magisterské	2	3%
Celkem	64	100%

Graf č. 2: Vzdělání



Ze 100 % dotazovaných má středoškolské vzdělání 59 %, pomaturitní specializační studium 16 %, vyšší odborné vzdělání 9 %, bakalářské studium 13 % a magisterské vzdělání 3 % dotazovaných respondentů.

6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

6.1 Výsledky dotazníkového šetření

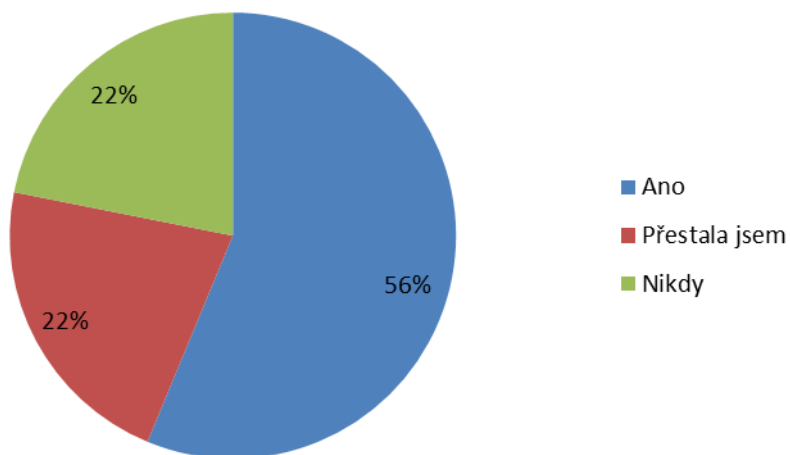
Otázky číslo 3 až 15 v dotazníku tvořily jeho empirickou část. Zde prezentuji data získaná dotazníkovým šetřením.

Otázka č. 3: Kouříte?

Tabulka č. 3: Kouříte?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	36	56%
Přestala jsem	14	22%
Nikdy	14	22%
Celkem	64	100%

Graf č. 3: Kouříte?



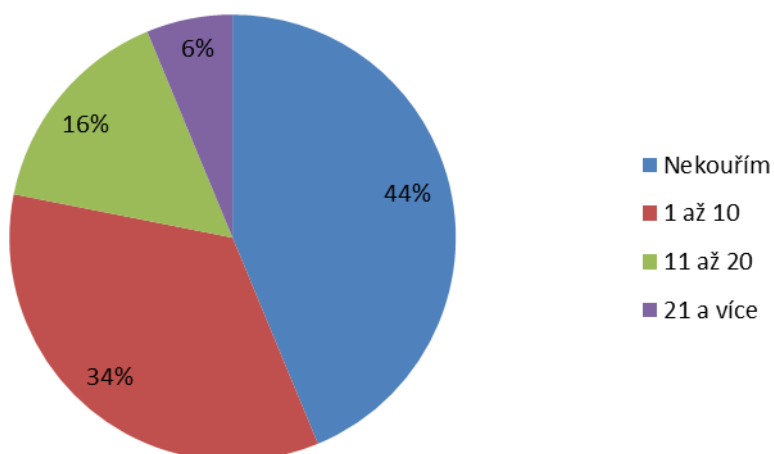
Ze 100 % dotazovaných odpovědělo 56 % respondentek, že kouří. Zbýlých 22 % respondentek přestaly a 22 % nikdy nekouřily.

Otázka č. 4: Kolik cigaret v průměru za den vykouříte?

Tabulka č. 4: Kolik cigaret v průměru za den vykouříte?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nekouřím	28	44%
1 - 10	22	34%
11 - 20	10	16%
21 a více	4	6%
Celkem	64	100%

Graf č. 4: Kolik cigaret za den vykouříte?



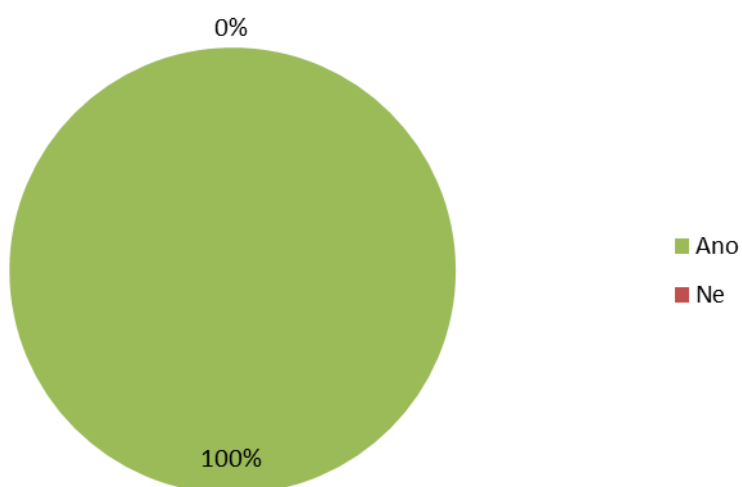
Ze 100 % dotazovaných respondentek 44 % nekouří. 34 % kouří 1 – 10 cigaret denně, 16 % 11 – 20 cigaret denně a 21 a více cigaret denně kouří 6 % dotázaných všeobecných sester.

Otázka č. 5: Pečujete o pacienty s tromboembolickou nemocí?

Tabulka č. 5: : Pečujete o pacienty s tromboembolickou nemocí?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	64	100%
Ne	0	0%
Celkem	64	100%

Graf č. 5: Pečujete o pacienty s tromboembolickou nemocí?



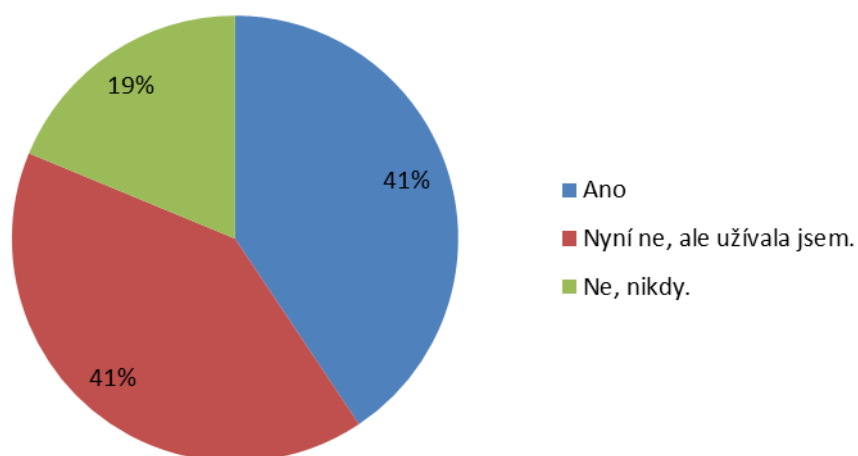
Na otázku č. 5 odpovědělo 100 % dotázaných, že pečují o pacienty s tromboembolickým onemocněním.

Otázka č. 6: Užíváte hormonální antikoncepci?

Tabulka č. 6: Užíváte hormonální antikoncepci?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	41%
Nyní ne, ale užívala jsem.	26	41%
Ne, nikdy.	12	19%
Celkem	64	100%

Graf č. 6: Užíváte hormonální antikoncepci?



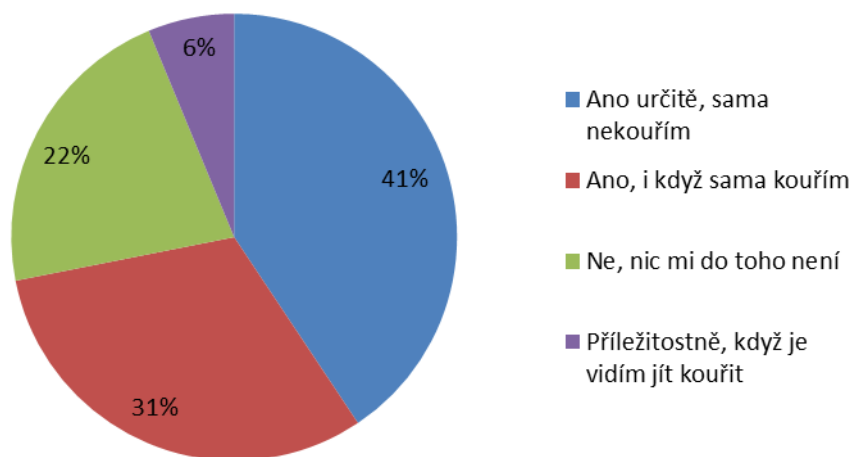
Ze 100 % dotázaných respondentek 41 % užívá nyní hormonální antikoncepci. Odpověď *nyní ne, ale užívala jsem*, zvolilo 41 % a nikdy neužívalo 19 % dotázaných.

Otázka č. 7: Informujete pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by měli zanechat kouření?

Tabulka č. 7: Informujete pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by měli zanechat kouření?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano určitě, sama nekouřím	26	41%
Ano, i když sama kouřím	20	31%
Ne, nic mi do toho není	14	22%
Příležitostně, když je vidím jít kouřit	4	6%
Celkem	64	100%

Graf č. 7: Informujete pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by měli zanechat kouření?



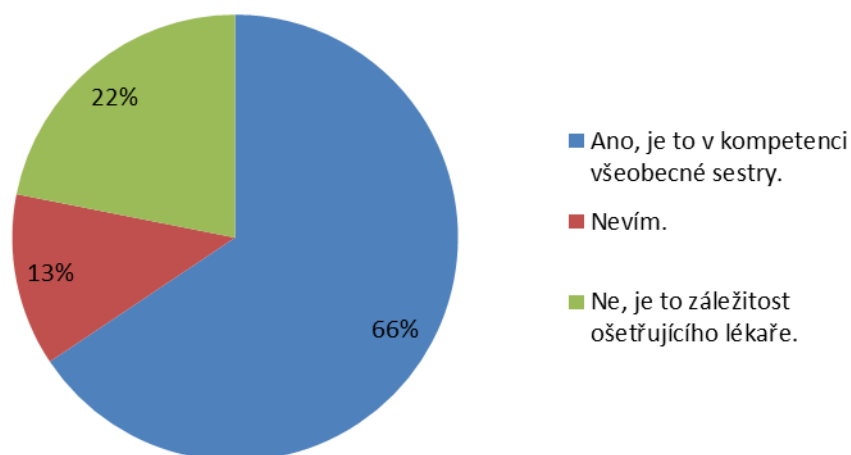
Tato otázka v dotazníku zjišťovala, jestli dotázané všeobecné sestry informují pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by neměli kouřit. Ze 100 % dotázaných si 41 % zvolilo odpověď *ano určitě, sama nekouřím*, 31 % odpověď *ano, i když sama kouřím*, 22 % *ne, nic mi do toho není* a pouhých 6 % dotázaných zvolilo nabízenou možnost *příležitostně, když je vidím jít kouřit*.

Otázka č. 8: Myslíte si, že edukace pacientů o zdravém životním stylu je v kompetenci všeobecné sestry?

Tabulka č. 8: Myslíte si, že edukace pacientů o zdravém životním stylu je v kompetenci všeobecné sestry?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, je to v kompetenci všeobecné sestry.	42	66%
Nevím.	8	13%
Ne, je to záležitost ošetřujícího lékaře.	14	22%
Celkem	64	100%

Graf č. 8: Myslíte si, že edukace pacientů o zdravém životním stylu je v kompetenci všeobecné sestry?



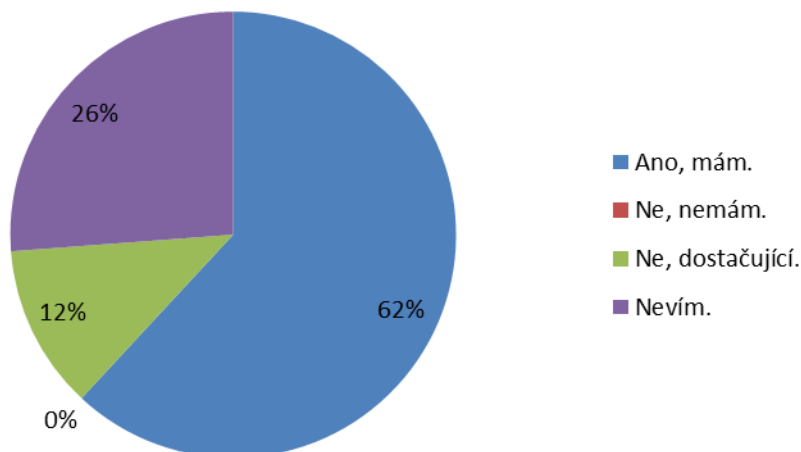
Z výše uvedených výsledků vyplývá, že 66 % dotázaných se domnívá, že edukace pacientů je v jejich kompetenci. Nevědělo 13 % a 22 % si myslí, že je to pouze věc ošetřujícího lékaře. Tato otázka byla filtrační, respondentky, které odpověděly Ano, pokračovaly následující otázkou. Zbytek dotázaných pokračoval otázkou č. 10.

Otázka č. 9: Myslíte si, že vzhledem k vašim povinnostem sestry edukátorky máte dostačující informace/vzdělání?

Tabulka č. 9: Myslíte si, že vzhledem k vašim povinnostem sestry edukátorky máte dostačující informace/vzdělání?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, mám.	26	62%
Ne, nemám.	0	0%
Ne, dostačující.	5	12%
Nevím.	11	26%
Celkem	42	100%

Graf č. 9: Myslíte si, že vzhledem k vašim povinnostem sestry edukátorky máte dostačující informace/vzdělání?



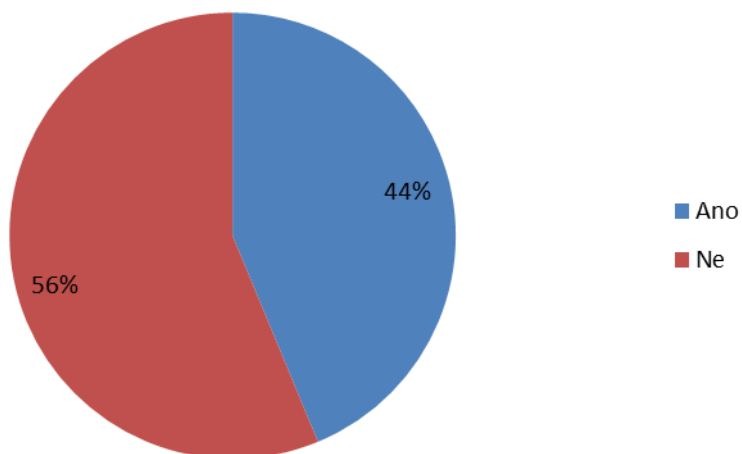
Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které v předešlé otázce zvolily odpověď, že je v jejich kompetenci edukace pacientů o zdravém životním stylu. Ze zbylých 42 dotázaných odpovědělo 62 %, že mají dostatečné vzdělání k edukování pacientů, 26 % odpovědělo, že neví a 12 % že jejich vzdělání není dostačující. Nikdo neodpověděl, že by jeho vzdělání dostačující nebylo.

Otázka č. 10: Víte, že kouření patří mezi kontraindikace užívání hormonální antikoncepce?

Tabulka č. 10: Víte, že kouření patří mezi kontraindikace užívání hormonální antikoncepce?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	44%
Ne	36	56%
Celkem	64	100%

Graf č. 10: Víte, že kouření patří mezi kontraindikace užívání hormonální antikoncepce?



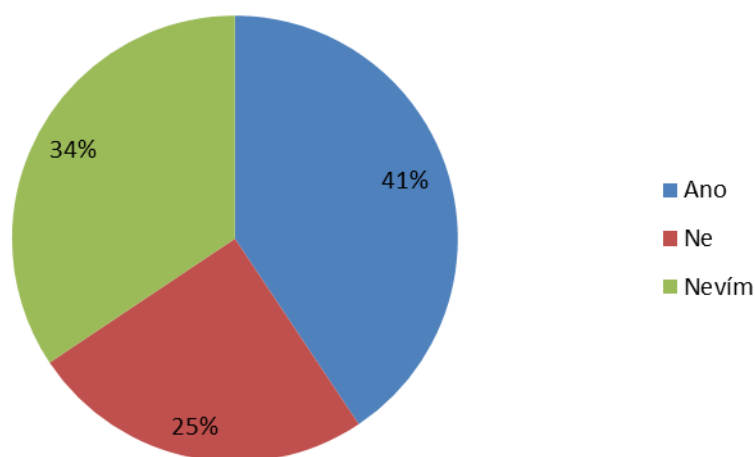
Ze 100 % dotázaných zvolilo odpověď *ne* 56 % a odpověď *ano* 44 %.

Otázka č. 11: Víte, jaká rizika způsobuje kombinace užívání hormonální antikoncepce a kouření?

Tabulka č. 11: Víte, jaká rizika způsobuje kombinace užívání hormonální antikoncepce a kouření?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	41%
Ne	16	25%
Nevím	22	34%
Celkem	64	100%

Graf č. 11: Víte, jaká rizika způsobuje kombinace užívání hormonální antikoncepce a kouření?



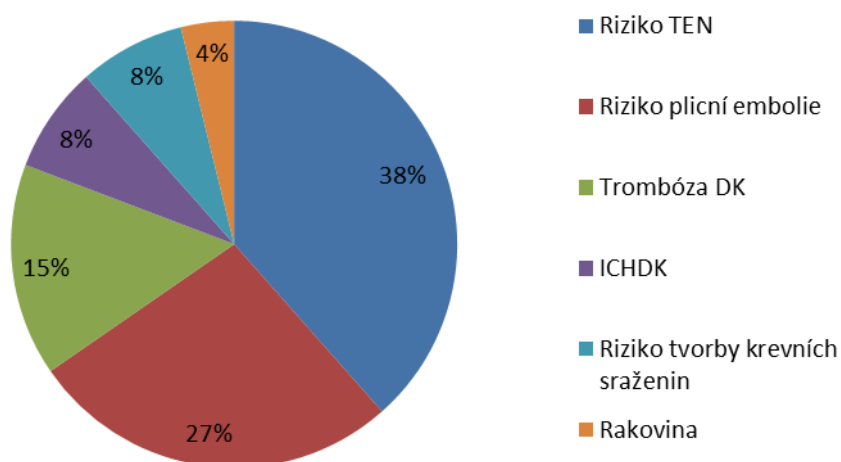
Ze 100 % dotázaných odpovědělo *Ano* 41%, *Ne* 25 % a odpověď *Nevím* 34 %. Tato odpověď byla filtrační a pokračovala na otevřenou otázku č. 12 a 13, kde odpovídaly všechny respondentky, které odpověděly ano. Ostatní dotázané pokračovaly otázkou č. 14.

Otázka č. 12: Při odpovědi ano, vyjmenujete rizika vzájemného kouření a užívání hormonální antikoncepce.

Tabulka č. 12: Při odpovědi ano, vyjmenujete rizika vzájemného kouření a užívání hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Riziko TEN	10	38%
Riziko plicní embolie	7	27%
Trombóza DK	4	15%
ICHDK	2	8%
Riziko tvorby krevních sraženin	2	8%
Rakovina	1	4%
Celkem	26	100%

Graf č. 12: Rizika vzájemného kouření a užívání hormonální antikoncepce.



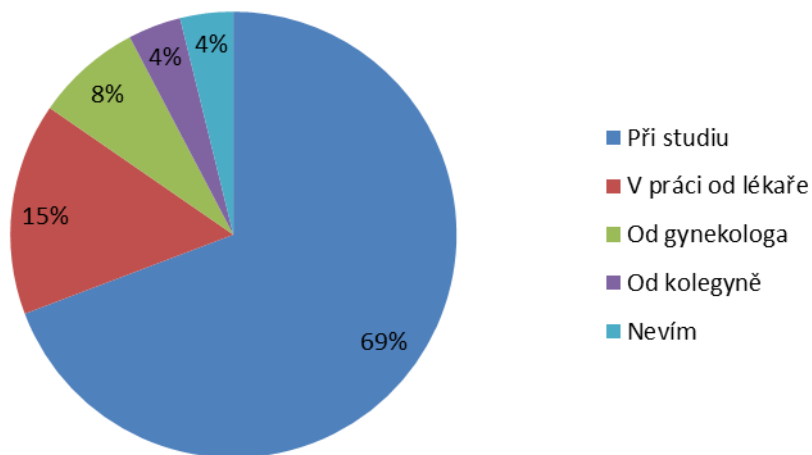
Tato otevřená otázka zjišťovala, jestli respondentky, které odpověděly v předchozí otázce, že znají následky kouření a užívání hormonální antikoncepce, tyto rizika opravdu znají. Kromě 4 % dotázaných, které odpověděly nesprávně *rakovina*, byly všechny odpovědi správné.

Otázka č. 13: Kde jste se tuto informaci dozvěděla?

Tabulka č. 13: Kde jste se tuto informaci dozvěděla?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Při studiu	18	69%
V práci od lékaře	4	15%
Od gynekologa	2	8%
Od kolegyně	1	4%
Nevím	1	4%
Celkem	26	100%

Graf č. 13: Kde jste se tuto informaci dozvěděla?



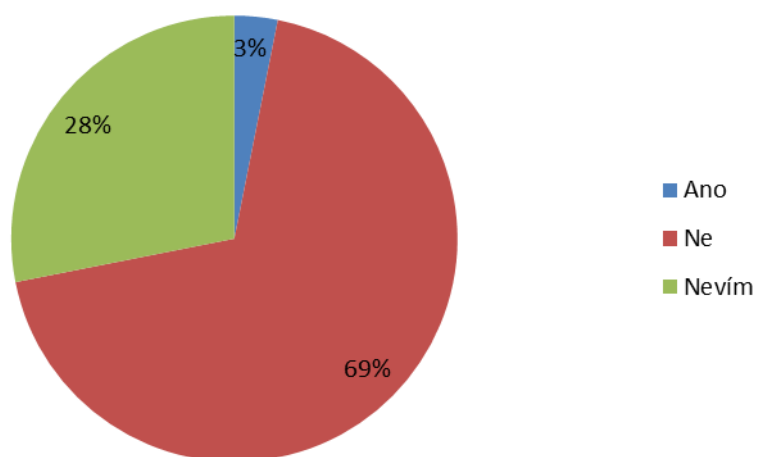
Otevřenou otázku jsem rozdělila do kategorií dle četností odpovědí respondentek. Nejvíce zastoupenou odpovědí (69 %) byla odpověď, že informaci o riziku vzájemného kouření a hormonální antikoncepce se dozvěděly dotázané *při studiu*.

Otázka č. 14: Myslíte si, že je vhodné, aby zdravotník, který má působit jako vzor a autorita, kouřil?

Tabulka č. 14: Myslíte si, že je vhodné, aby zdravotník, který má působit jako vzor a autorita, kouřil?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	2	3%
Ne	44	69%
Nevím	18	28%
Celkem	64	100%

Graf č. 14: Myslíte si, že je vhodné, aby zdravotník, který má působit jako vzor a autorita, kouřil?



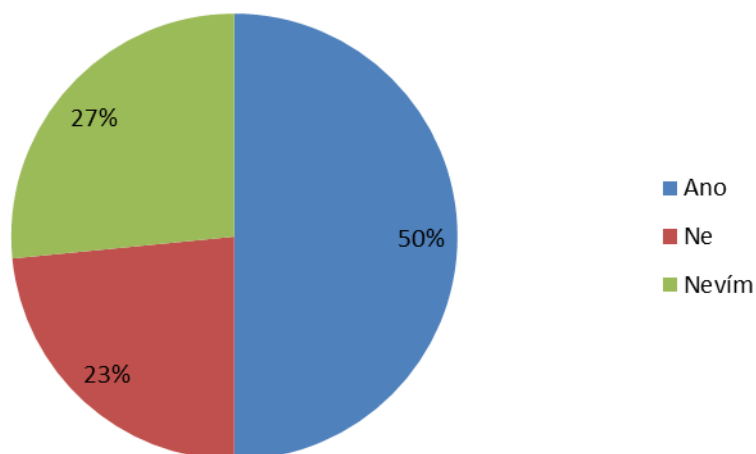
Ze 100 % dotázaných odpovědělo *Ano* 3 % respondentek, *Ne* 69 % respondentek a *Nevím* 28 % dotázaných respondentek.

Otázka č. 15: Myslíte si, že ženy ve zdravotnictví kouří více než v běžné populaci?

Tabulka č. 15: Myslíte si, že ženy ve zdravotnictví kouří více než v běžné populaci?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	32	50%
Ne	15	23%
Nevím	17	27%
Celkem	64	100%

Graf č. 16: Myslíte si, že ženy ve zdravotnictví kouří více než v běžné populaci?



Ze 100 % dotázaných odpovědělo *Ano* 50 % dotázaných, *Ne* 23 % a odpověď *Nevím* zvolilo 27 % dotázaných respondentek.

6.2 Výsledky šetření ke stanoveným cílům a hypotézám

Tato část práce se zabývá analyzováním stanovených hypotéz, které se potvrzují nebo vyvrací.

ZHODNOCENÍ HYPOTÉZY Č. 1

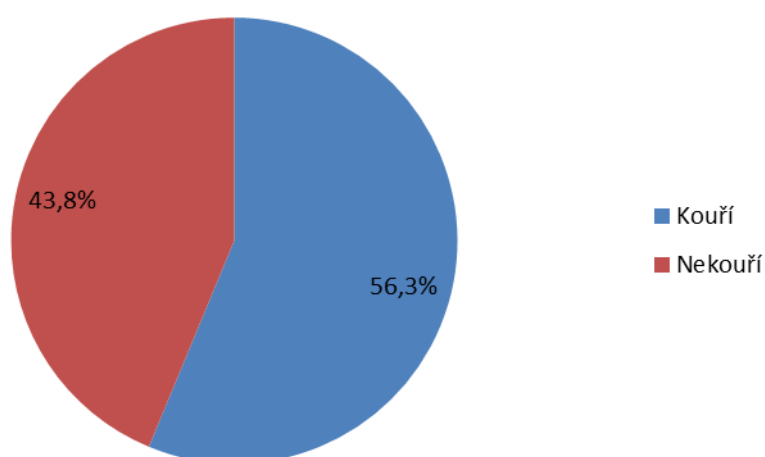
Domnívám se, že na pracovišti interního oddělení se vyskytuje více všeobecných sester kuřáček než nekuřáček.

Otázkou č. 3 jsem se dotazovala, kolik přesně z dotázaných všeobecných sester na daném interním pracovišti kouří, kouřilo nebo nikdy nekouřilo. Z výsledků vyplývá, že nyní kouří 56 %, přestalo kouřit 22 % a nikdy nekouřilo 22 % dotázaných respondentek.

Tabulka č. 16 Celkové zhodnocení hypotézy č. 1

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kouří	36	56%
Nekouří	28	44%
Celkem	64	100%

Graf č. 16 Celkové zhodnocení hypotézy č. 1



V celkovém hodnocení vyšlo najevo, že nyní na daném pracovišti kouří 56 % dotázaných a 44 % nekouří.

Hypotéza se potvrdila.

ZHODNOCENÍ HYPOTÉZY Č. 2

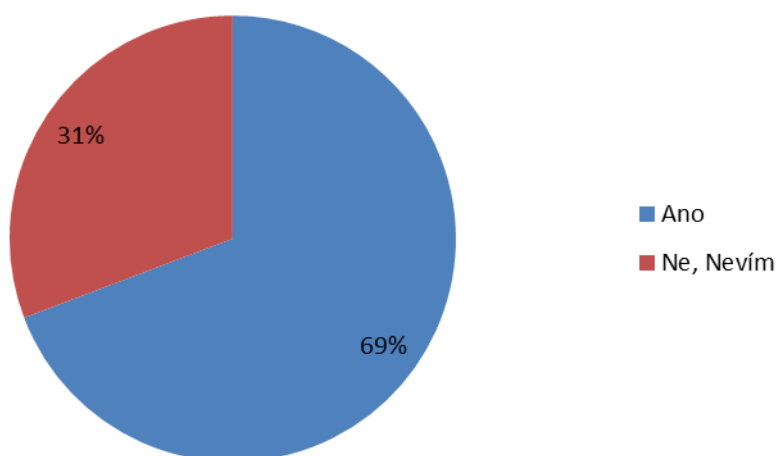
Domnívám se, že všeobecné sestry s vyšším než středoškolským vzděláním znají rizika spojená s kouřením a užíváním hormonální antikoncepce ve více než polovině případů.

Tuto hypotézu ověřovala otázka č. 2, která se zabývala vzděláním jednotlivých respondentů. Respondentů s více než středoškolským vzděláním bylo 59 % oproti vzdělání pouze středoškolskému (41 %). Otázka č. 11 zkoumala, jestli respondentky znají rizika spojená s kouřením a užíváním hormonální antikoncepce. Ano odpovědělo 41 %, ne 25 % a nevědělo 34 % dotázaných. Otázka č. 12 ověřovala respondentky, které odpověděly, že rizika znají, zda je dokáží vyjmenovat.

Tabulka č. 17: Celkové zhodnocení hypotézy č. 2

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Znají rizika	18	69%
Neznají rizika	8	31%
Celkem	26	100%

Graf č. 17: Celkové zhodnocení hypotézy č. 2



V celkovém zhodnocení jsem porovnávala pouze respondentky s vyšším než středoškolským vzděláním, které odpověděly, že znají rizika spojená s kouřením a užíváním hormonální antikoncepce a zároveň je

správně vyjmenovaly. Z celkového počtu více než středoškolsky vzdělaných dotázaných 69 % rizika zná a 31 % nezná.

Hypotéza se potvrdila.

ZHODNOCENÍ HYPOTÉZY Č. 3

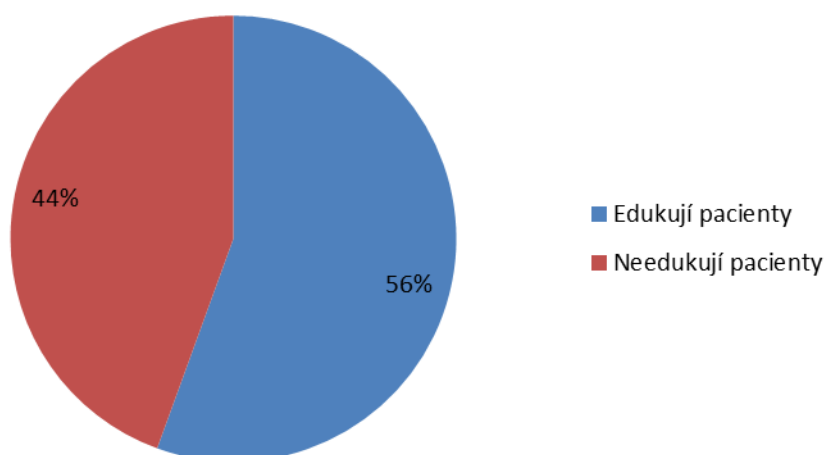
Domnívám se, že sestry, které kouří, needukují pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by kouřit neměli, ve více než polovině případů.

Tuto hypotézu potvrzují otázky č. 3 a 7. Částečně sem patří i otázka č. 8 a č. 9.

Tabulka č. 18: Celkové zhodnocení hypotézy č. 3

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Edukují pacienty	20	56%
Needukují pacienty	16	44%
Celkem	36	100%

Graf č. 18: Celkové zhodnocení hypotézy č. 3



V celkovém hodnocení jsem porovnávala kolik sester, které kouří, edukuje pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by kouřit nemělo. Z celkových 36 dotázaných odpovědělo, že pacienty edukuje o zanechání kouření 20 všeobecných sester, což je 56 %. Zbýlých 44 % pacienty needukuje.

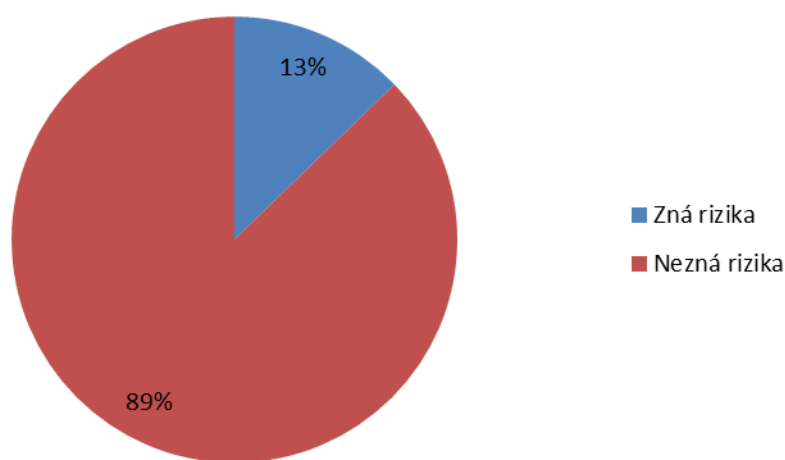
Hypotéza se nepotvrdila.

ZHODNOCENÍ HYPOTÉZY Č. 4

Domnívám se, že více než dvě třetiny dotázaných sester starších 35 let, které kouří a zároveň užívají hormonální antikoncepci, neznají rizika tromboembolické nemoci.

Tuto hypotézu pomohly potvrdit otázky č. 1 – týkající se věkového rozhraní nad 35 let, otázka č. 3 - respondentky, které kouří, otázka č. 6 - respondentky, které nyní užívají hormonální antikoncepci a otázka č. 11, kde odpovídaly, jestli znají nebo neznají riziko se současným kouřením a užíváním hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neznají rizika TEN	8	89%
Znají rizika TEN	1	13%
Celkem	9	100%



Z celkového hodnocení grafu nám vychází, že z devíti námi vybraných respondentek nezná rizika týkající se tromboembolické nemoci 89 %. Protože je vzorek respondentek na tuto hypotézu příliš malý, hypotéza se nedá pokládat za 100 % potvrzenou.

Hypotéza se potvrdila částečně.

7 DISKUZE

Své dotazníkové šetření jsem zaměřila na povědomí všeobecných sester, které se nacházejí ve zvýšeném riziku tromboembolické nemoci, protože tématu kouření ve společnosti, ale i ve zdravotnictví se věnuje spousta odborných prací, ale žádná nezmiňuje jejich ohroženost i díky ostatním faktorů. Tímto tématem se ještě nikdo nezabýval, proto nemohu porovnat výsledky s jinými pracemi. Dotazníkového šetření se účastnilo 64 všeobecných sester pracujících na Interní klinice Thomayerovy nemocnice. Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou byla kategorie od 25 – 34 let. Počet kuřáků z celkového počtu dotázaných byl 36, což je více než polovina (56 %) ze zkoumaného vzorku. Což je ještě vyšší než podle posledních výsledků, kde se uvádí, že všeobecných sester u nás kouří 40 %. (5) Pokud bychom tyto výsledky porovnali se statistikou z roku 2011 Státního zdravotnického ústavu, tak 24 % dospělých občanů jsou pravidelní kuřáci. Sestry často poukazují na to, že zažívají v práci přílišný stres a cigareta je jejich antidepresivum a čas na odpočinek. Nevím ale, kolik z nich by kouřilo i při jiném zaměstnání, kde by stres byl stejný.

44 dotázaných uvedlo, že není vhodné, aby zdravotník, který má působit jako vzor, kouřil.

Největší problém spatřuji v tom, že sestry, které zařazujeme mezi odborníky, ohrožují svojí nevědomostí převážně samy sebe. Hormonální antikoncepci užívá ze zkoumaného vzorku momentálně 26 sester. 36 sester odpovědělo, že neví, že kouření patří mezi kontraindikace kouření užívání hormonální antikoncepce. Z tohoto vzorku bylo 9 dotázaných ve věkové hranici nad 35 let a pouze jediná o možných rizicích vlastního zdraví věděla.

V otevřené otázce č. 12, kde měly respondentky vyjmenovat rizika vzájemného kouření a užívání hormonální antikoncepce byla nejčastější odpověď Riziko tromboembolické nemoci, dále plicní embolie a trombóza dolních končetin jako samostatná položka. Jediná nesprávná odpověď byla rakovina, na které se může kouření podílet, ale není ve vzájemné souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce. Tuto informaci se respondentky nejčastěji dozvěděly při studiu - 18 odpovědí z 26 respondentek znajících rizika.

100 % dotázaných odpovědělo, že běžně pečuje o pacienty s tromboembolickou nemocí. 46 dotázaných sester tyto pacienty edukuje o tom, že by neměli kouřit. Z toho 20 sester i přesto, že samy kouří. Můžeme říct, že míra profesionality v oblasti edukace je na tomto oddělení vysoká a vlastní návyky zde nehrají vysokou roli, aby respondentky ovlivňovaly.

Otázkou zůstává, proč tedy tolik všeobecných sester v České republice ohrožuje své zdraví. Proto bych toto téma doporučila k dalšímu zkoumání, zda toto povolání

8 ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma „Informovanost všeobecných sester o riziku tromboembolické nemoci při současných rizicích“ jsem v teoretické části zkompletovala údaje o plicní embolii, povrchové i hluboké trombóze dolních končetin, rizikových faktorech podílejících se na vzniku těchto chorob s určením absolutních i méně častých kontraindikací, mezi něž patří kouření a hormonální antikoncepce.

V další části jsem rozebrala princip kontracečního účinku, jeho vliv na trombózu dolních končetin, absolutní i relativní kontraindikace.

V následující části kouření se pojednává o pohledu pacientů na kouření zdravotníků a vyšší četnosti kuřáků ve zdravotnictví oproti běžné populaci.

V závěrečné kapitole o edukaci se pojednává o tom, že vyhláška 55/2011 nám udává, že všeobecná sestra bez odborného dohledu má: „*edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály.*“ (23) Podle výsledků šetření je patrné, že spíše sestry s vyšším vzděláním přijímají tuto odpovědnost.

Praktická část se zaměřuje na výsledky dotazníkového šetření, ze kterého vyplynulo, že na daném pracovišti pracuje větší část sester, které kouří, ale tento fakt nemá vliv na jejich edukaci u pacientů, kteří také kouří. Dále se mi potvrdilo, že vzdělání sester ovlivňuje jejich informovanost o daném tématu. Ženy, které jsou ohroženy vznikem tromboembolické nemoci, vzhledem k vyšší věkové hranici, kouření a užíváním kontracepce si svá rizika neuvědomují.

Mé hypotézy kromě první se zakládají pouze na mých domněnkách z dlouhodobého pozorování, protože podobný výzkum na zvolené téma nebyl pro mě z dostupných zdrojů publikován.

Závěrem děkuji všem, kteří mi věnovali čas nejen s konzultacemi, tak i vyplněním dotazníku a doufám, že tento výzkum ovlivní zdraví nejen mých kolegyň, ale také jejich pacientů.

9 BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P. a TÓTHOVÁ V. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.
2. VOJÁČEK, J., SADÍLEK, P. *Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi*. 1. vyd. Editor Martin Malý. Praha: Grada Publishing, c2004, 276 s. ISBN 80-247-0501-X.
3. KARETOVÁ, D., BULTAS J. *Farmakoterapie tromboembolických stavů: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Editor Martin Malý. Praha: Maxdorf, 2009, 136 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 38. ISBN 978-807-3451-844.
4. MALÝ, J. et.al. *Trendy v profylaxi žilní tromboembolické nemoci: doporučené operační postupy pro prevenci žilní tromboembolické nemoci u rizikových nemocných*. 1. vyd. Editor Martin Malý. Praha: Mladá fronta, 2010, 206 s. ISBN 978-802-0420-213.
5. WIDIMSKÝ, J., MALÝ J. *Akutní plicní embolie a žilní trombóza: patogeneze, diagnostika, léčba a prevence*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Editor Martin Malý. Praha: Triton, c2011, 420 s. ISBN 978-807-3874-667.
6. PŘEROVSKÝ, I. *Arteriální a žilní trombóza: Příspěvky byly předneseny na Angiologickém sympoziu Poděbrady, 15. a 16. června 2000*. 1. vyd. Editor Martin Malý. Praha: Galén, 2001, 141 s. Symposium, sv. 8. ISBN 80-726-2134-3.
7. ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
8. BARTÁK, A. *Antikoncepce: druhy antikoncepce: hormony: když všechno selže*. Vyd. 1. Editor Martin Malý. Praha: Grada, 2006, 130 s. Symposium, sv. 8. ISBN 80-247-1351-9.
9. ČEPICKÝ, P. a FANTA, M. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2., aktualiz. vyd. Editor Martin Malý. Praha: Levret, 2011, 138 s. Symposium, sv. 8. ISBN 978-80-87070-51-2.

10. MARTÍNKOVÁ, J. et. al.. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Editor Martin Malý. Praha: Grada, 2007, 379 s. Symposium, sv. 8. ISBN 978-802-4713-564.
11. ŠAFRÁNKOVÁ, A., Nejedlá, M. *Interní ošetřovatelství I*. Vyd. 1. Editor Martin Malý. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra, sv. 8. ISBN 80-247-1148-6.
12. ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
13. KŘEPELKA, P. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta, 2013, 283 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-802-0429-919
14. KARETOVÁ, D., BULTAS, J. Antikoagulancia v léčbě hluboké žilní trombózy. *Postgraduální medicína*, 2013, roč. 15, č. 3, s. 5-14.
15. LINNEMAN, B., KARETOVÁ, D. Stupňovitá diagnostika v žilách pánve a dolních končetin. *Medicína po promoci*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 4-11.
16. SCHINZEL, H., CHOCHOLA, M. Léčba akutní trombózy hlubokých žil dolních končetin. *Medicína po promoci*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 13-24.
17. WILKENS, H., RUČKA, D. Léčba plicní embolie: ambulantní nebo za hospitalizace?. *Medicína po promoci*, 2013, roč. 14, č. 3, s. 26-29.
18. KRÁLÍKOVÁ, E., FELBROVÁ, V. Kouření: výzva pro sestry. *Florence*, 2007, roč. 10, s. 412-413.
19. ŠTĚPÁNKOVÁ, L. Intervence k odvykání kouření ve zdravotnických zařízeních. *Florence*, 2007, roč. 11, s. 457-459.
20. COHEN AT, DOBROMIRSKI M. The use of rivaroxaban for short and long term treatment of venous thromboembolism. *Thromb Haemost*, 2012, 107, p. 1035–1043.
21. SCHULMAN, S., KEARON, C., KAKKAR, AK., et RE-MEDY Trial Investigators; RE-SONATE Trial Investigators. Extended use of dabigatran, warfarin, or placebo in venous thromboembolism. *N Engl J Med*, 2013, 368, p. 2329.

22. Bělohlávek, J. Plicní embolie. Postgraduální medicína [online]. 2012, cit. [2014-06-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/plicni-embolie-464717>
23. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. 2011, cit. [2014-06-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3.html
24. ČT24, Zdravotní sestry vyráží do boje proti kouření, zacílí i do vlastních řad. Česká televize [online]. 2014, cit. [2014-05-09]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/272153-zdravotni-sestry-vyrazi-do-boje-proti-koureni-zacili-i-do-vlastnich-rad/>
25. Kuřáková plíce [online]. 2012, cit. [2014-06-14]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html

10 SEZNAM ZKRATEK

APTT	- Aktivovaný parciální tromboplastinový čas (activated partial tromboplastine time)
BNP	- natriuretický peptid B
CTA	- angiografie počítačovou tomografií
EKG	- elektrokardiogram
HA	- hormonální antikoncepce
HIT	- heparinem indukovaná trombocytopenie
HŽT	- hluboká žilní trombóza
CHOPN	- chronická obstrukční pulmonální nemoc
ICHS	- Ischemická choroba srdeční
INR	- Mezinárodní normalizovaný poměr protrombinového času (International Normalised Ratio)
LMWH	- nízkomolekulární heparin (Low Molecular Weight Heparin)
NOAC	- nová perorální antikoagulancia (New Oral Anticoagulanc)
NYHA	- klasifikace srdečního selhání (New York Heart Association)
PE	- plicní embolie
RTG	- rentgen
TEN	- tromboembolická nemoc
TK	- krevní tlak
WHO	- Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Žádost o dotazníkové šetření

Příloha A: Dotazník

Vážené respondentky,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Tímto dotazníkem bych vás ráda oslovila a požádala Vás o jeho vyplnění. Dotazník je zaměřen na informovanost všeobecných sester o riziku tromboembolické nemoci při přítomnosti rizikových faktorů, jako je kouření a užívání hormonální antikoncepce. Samotné údaje Vámi poskytnuté budou využity ke zpracování mé bakalářské práce a jsou zcela anonymní.

Předem děkuji za vyplnění!

Jana Hanková

Pro zájemce o výsledku dotazníkového šetření, přikládám kontakt:

janihankova@seznam.cz

1. Kolik je vám let?

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Pomaturitní specializační studium
- Vyšší odborné
- Bakalářské
- Magisterské

3. Kouříte?

- Ano
- Ne, nikdy jsem nekouřila.
- Ne, přestala jsem.

4. Kolik cigaret za den v průměru vykouříte?

- Nekouřím
- 1 – 10
- 11 – 20
- 21 a více

5. Pečujete o pacienty s tromboembolickou nemocí?

- Ano
- Ne

6. Užíváte hormonální antikoncepci?

- Ano
- Nyní ne, ale užívala jsem.
- Ne, nikdy.

7. Informujete pacienty s tromboembolickou nemocí o tom, že by měli zanechat kouření?

- Ano určitě, sama nekouřím
- Ano, i když sama kouřím
- Ne, nic mi do toho není
- Příležitostně, když je vidím jít kouřit

8. Myslíte si, že edukace pacientů o zdravém životním stylu je v kompetenci všeobecné sestry?

- Ano, je to v kompetenci všeobecné sestry.
- Nevím
- Ne, je to záležitost ošetřujícího lékaře.

Při odpovědi ano pokračujte na otázku č. 8, jinak ji vynechte.

9. Myslíte si, že vzhledem k vaší kompetenci sestry edukátorky máte dostačující informace/vzdělání?

- Ano, mám
- Ne, nemám
- Ne, dostačující
- Nevím

10. Víte, že kouření patří mezi kontraindikace užívání hormonální antikoncepce?

- Ano
- Ne

11. Jste si vědoma toho, že současné užívání hormonální antikoncepce a kouření mnohonásobně zvyšuje riziko tromboembolické nemoci?

- Ano
- Ne

Při odpovědi ano pokračujte na otázku č. 12 a 13, jinak pokračujte na otázku č. 14.

12. Při odpovědi ano, vyjmenujete rizika vzájemného kouření a užívání hormonální antikoncepce.

.....

13. Kde jste se tuto informaci dozvěděla?

.....

14. Myslíte si, že je vhodné, aby zdravotník, který má působit jako vzor a autorita kouřil?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Myslíte si, že ženy ve zdravotnictví kouří více než v běžné populaci?

- Ano
- Ne
- Nevím

Příloha B: Žádost o dotazníkové šetření