

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Hana Šrajerová

Studijní obor: Všeobecná sestra B5341R009

**COMPLIANCE PACIENTŮ UŽÍVAJÍCÍCH
ANTIKOAGULAČNÍ TERAPII**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

PLZEŇ 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Lucii Čadové za odborný dohled při psaní mé bakalářské práce, za její čas, trpělivost a podporu. Také bych ráda poděkovala všem kolegyním z interní ambulance FN Plzeň za spolupráci při dotazníkovém šetření.

Anotace

Příjmení a jméno: Hana Šrajerová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Compliance pacientů užívajících antikoagulační terapii

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Čadová

Počet stran – číslované: 75

Počet stran – nečíslované: 17

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: Antikoagulancia - Compliance pacienta - Edukace pacienta - Komunikace -
Léčebný režim - Vztah lékař-pacient

Souhrn:

Bakalářská práce na téma Compliance pacientů užívajících antikoagulační terapii se zabývá důležitostí pacienta spolupracovat a podílet se na léčbě. V teoretické části jsou popsány jednotlivé léky antikoagulační terapie a jejich působení v organismu, režimová opatření při této léčbě a související edukace pacientů. Zahrnuty jsou také aspekty správné komunikace s pacientem a přiblížila jsem partnerský vztah pacienta s lékařem.

V praktické části analyzuji výsledky dotazníkového šetření, kde jsem zjišťovala míru informovanosti pacientů o léčbě, míru efektivní edukace, zda pacient důvěřuje lékaři a dodržuje léčebný režim. V závěru jsem vyhodnotila celkovou complianci pacientů při antikoagulační léčbě.

Annotation

Surname and name: Hana Šrajerová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Compliance of patients receiving anticoagulant therapy

Consultant: Mgr. Lucie Čadová

Number of pages – numbered: 75

Number of pages – unnumbered: 17

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 33

Keywords: Anticoagulant - Compliance of the patient - Education of the patient –
Communication - Treatment regime - Relation between doctor and patient

Summary:

Bachelor thesis on Compliance of patients receiving anticoagulant treatment deals with importance of patient's co-operation and participation in the treatment. There are described individual drugs of anticoagulant treatment and their effect on the organism in the theoretical part of the thesis, also regime measured during this treatment and related education of patients. There are included the aspects of appropriate communication with the patient and also is introduced relationship between patient and doctor.

In the practical part there I analyzed the results of the survey, where I tried to measure patients' know-how about the treatment; I also found the rate of effective education, if the patient trusts to the doctor and follows the regime of the treatment. In the end I evaluated general compliance of patients during the anticoagulant treatment.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA	10
1.1 Historie	10
1.2 Současnost	11
2 ANTIKOAGULANCIA	12
2.1 Přímá antikoagulancia	12
2.1.1 Nefrakcionovaný heparin (UFH).....	12
2.1.2 Nízkomolekulární heparin (LMWH, low molecular weight heparin).....	13
2.1.3 Fondaparinux (Arixtra).....	14
2.1.4 Nová antikoagulancia (NOAC)	14
2.2 Nepřímá antikoagulancia	17
2.2.1 Warfarin.....	17
3 VYSVĚTLENÍ POJMŮ	18
3.1 Compliance.....	18
3.2 Non-compliance.....	19
3.2.1 Úmyslná non-compliance	19
3.2.2 Neúmyslná non-compliance	19
3.3 Konkordance.....	20
3.4 Adherence	20
3.4.1 Měření adherence	21
3.4.2 Zlepšení adherence	21
3.5 Non-Adherence.....	22
3.5.1 Příčiny (ne)spolupráce pacienta.....	22
4 VZTAH LÉKAŘE A PACIENTA	24
4.1 Jednotlivé modely vztahu lékaře a pacienta	24
4.1.1 Paternalistický model	24
4.1.2 Jednací model	25
4.1.3 Smluvní model.....	25
4.1.4 Kooperativní model	25
5 KOMUNIKACE.....	26
5.1 Efektivní komunikace.....	27
5.1.1 Aktivní naslouchání.....	27
5.2 Komunikace lékaře s pacientem	28
5.3 Komunikace sestry s pacientem	29

5.4	Komunikace s blízkými pacienta.....	29
6	EDUKAČNÍ ČINNOST	30
6.1	Edukační proces v medicíně	30
6.1.1	Hodnocení pacienta	31
6.1.2	Určení druhu edukace.....	31
6.1.3	Edukační plán	31
6.1.4	Vyhodnocení výsledků	31
6.1.5	Dokumentace	32
6.2	Metody edukace.....	32
6.3	Formy edukace	32
6.4	Edukace pacienta užívajícího antikoagulační terapii	32
6.4.1	Specifika edukace při užívání Warfarinu	33
6.4.2	Aplikace nízkomolekulárního heparinu (LMWH)	33
6.4.3	Specifika edukace u NOAC.....	34
7	REŽIMOVÁ OPATŘENÍ	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
8	FORMULACE PROBLÉMU	37
9	CÍL VÝZKUMU	38
9.1	Dílčí cíle a předpoklady.....	38
9.2	Operacionalizace pojmů	39
10	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	39
11	METODA SBĚRU DAT	39
12	ORGANIZACE VÝZKUMU	39
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	41
14	DISKUZE	69
	ZÁVĚR.....	74
	LITERATURA A PRAMENY.....	76
	SEZNAM ZKRATEK	80
	SEZNAM GRAFŮ	81
	SEZNAM TABULEK	83
	SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

„Tajemství úspěchu v životě není dělat, co se nám líbí, ale nalézt zalíbení v tom, co děláme“

Thomas Alva Edison

Antikoagulační léčba u vybraných skupin pacientů významně snižuje úmrtnost a výskyt závažných komplikací. Její nadměrný účinek ohrožuje pacienty krvácivými komplikacemi, proto základní cestou k optimálnímu léčebnému efektu je snaha o co nejmenší kolísání účinku.

O nejvyšší stabilitu léčby dbá lékař, který ordinuje různý antikoagulační lék individuálně pro každého pacienta. Někdy jde o léčbu přechodnou na několik měsíců, jindy onemocnění nebo riziko vzniku komplikací vyžaduje dlouhodobou či doživotní terapii. Sestra je důležitým edukátorem v oblasti poskytování informací o léčebném režimu. Největší role v efektivní léčbě patří především pacientovi.

Toto téma jsem si zvolila proto, že již několik let pracuji na interním oddělení, dříve na lůžkové části, nyní v ambulantním provozu a celou dosavadní praxi mě provází péče o pacienty užívající antikoagulační terapii. Mojí snahou je co nejlépe provázet pacienty úskalími této léčby a aktivně se podílet na jejich complianci. Ve své práci se zaměřuji na informovanost pacientů o antikoagulační léčbě, dodržování léčebného režimu, efektivní edukaci pacientů a partnerský vztah lékaře s pacientem. Dále poukazuji na důležitost podpory a spolupráce rodiny při léčbě, především u pacientů vyššího věku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA

Antikoagulační terapie snižuje přirozenou schopnost krve se srážet. Někdy se neodborně nazývá jako „ředění krve“. Její hlavní funkcí je blokáda tvorby trombinu a jeho účinku s cílem potlačit srážení krve a vzniku trombu. Trombin se účastní procesu hemostázy – aktivuje destičky, faktory V a VIII, mění fibrinogen na fibrin a vyvolává uvolnění specifického inhibitoru fibrinolýzy. (19, s. 278)

S antikoagulační léčbou se setkáváme v mnoha medicínských oborech, jako je např. interna, hematologie, ortopedie, neurologie, flebologie atd. První místo neodmyslitelně zaujímá v kardiologii. Někdy je léčebnou metodou, jindy se využívá k prevenci tromboembolických komplikací nebo v rámci operačního výkonu. (7, s. 11)

1.1 Historie

Objevení heparinu se datuje do roku 1916. Zasloužili se o něj vědci z USA, fyziolog William Henry Howell a student druhého ročníku medicíny Jay McLean. Látku s antikoagulačními účinky se jim podařilo izolovat z psích jater (proto název heparin z řeckého hepar = játra). Docházelo k postupnému objasňování mechanismu jeho účinku a do klinické praxe byl zaveden Crawfordem v roce 1935. V roce 1976 bylo zjištěno, že antikoagulační účinek heparinu je dán působením jen částí dlouhých polysacharidových řetězců. Postupně byly objevovány různé typy chemického štěpení řetězců heparinu, pomocí kterých byly syntetizovány oligosacharidy s nižšími molekulovými hmotnostmi. Tyto oligosacharidy byly roku 1983 nazvány nízkomolekulární heparin (LMWH). (18, s. 4-5)

Ve 20. letech 20. století se v Kanadě a USA vyskytlo krvácení neznámého původu, při kterém postižená zvířata hromadně umírala i při malých traumatech či operačních zákrocích. V roce 1921 kanadský veterinář zjistil, že se krvácení rozvinulo následkem požití látky se silným antikoagulačním účinkem, kterou obsahovala zplesnivělá siláž. Chemik Karl Paul Link a jeho tým v univerzitě ve Wisconsinu popsali v roce 1933 jako dikumarol. Zlepšováním jeho vlastností se Linkovi v roce 1941 podařilo vyvinout látku Warfarin (WARF – Wisconsin Alumni Research Foundation, přípona – arin odkazuje na

vztah s kumariny). Jako lék se začal intenzivně zkoumat až po neúspěšné sebevraždě brance americké armády a jeho úplném uzdravení po podání antidota vitamínu K. Warfarin byl schválen k použití v medicíně v roce 1954. V šedesátých a sedmdesátých letech 20. století byl standartně používán k léčbě infarktu další dikumarolový preparát Pelentan, který se dnes v praxi již nežívá. (20, s. 431,7, s. 9)

V 90. letech minulého století probíhal výzkum s cílem izolovat či syntetizovat preparát s definovanou anti-Xa účinností. Od konce roku 2001 dostal povolení k použití první pentasacharid fondaparinux k profylaxi HŽT u nemocných podstupujících operaci zlomeniny kyčle, výměnu kyčelního nebo kolenního kloubu. (2, s. 357)

1.2 Současnost

Ve 21. století nastupují do léčby a prevence tromboembolické nemoci nová orální antikoagulancia (NOAC), která se svými farmakokinetickými a farmakodynamickými vlastnostmi významně liší od Warfarinu. Jejich účinnost a bezpečnost byla prověřena ve velkých kontrolovaných klinických studiích. (4, s. 159)

2 ANTIKOAGULANCIA

Antikoagulancia jsou léky snižující srážlivost krve. Cíleně inhibují plazmatickou koagulační kaskádu na její různé úrovni. Používají se hlavně k prevenci a léčbě žilní, nitrosrdeční, zřídka tepenné trombózy a při pooperační prevenci vzniku trombu. Nemají vlastní fibrinolytickou aktivitu, proto již vzniklý trombus neovlivní. (15, s. 272)

Antikoagulancia dle Výkladového slovníku pro zdravotní sestry znamenají „*Léky tlumící krevní srážlivost (koagulaci). Užívají se při trombóze a tromboembolické nemoci, její prevenci či profylaxi (např. při fibrilaci síní, operacích u osob se zvýšeným rizikem, trombofiliích), mnohdy dlouhodobě.*“ (12, s. 25)

Antikoagulancia dělíme podle mechanismu účinku na přímá antikoagulancia, která vedou k inhibici koagulačních enzymů aktivací antitrombinu III, působí okamžitě po kontaktu s krví, používají se u akutních případů a na nepřímá antikoagulancia, která vedou k inhibici jaterní syntézy koagulačních faktorů, jejichž tvorba je závislá na přítomnosti vitamínu K. Jejich antitrombotický účinek nastupuje s latencí několika dní, která vyplývá z normálního doznívání účinnosti koagulačních proenzymů vzniklých ještě před podáním antikoagulancia. Při krvácení je třeba lék vysadit a podat jejich antagonistu - vitamín K. (15, s. 272-273)

2.1 Přímá antikoagulancia

Heparin je přirozený glykosaminoglykan, který je k terapeutickým účelům vyráběn ze sliznic a tkání savců (zejména střeva a plíce vepřů). V praxi se používá jako nefrakcionovaný heparin nebo jako frakcionovaný – nízkomolekulární heparin. (19, s. 279)

2.1.1 Nefrakcionovaný heparin (UFH)

V lidském organismu se převážně vyskytuje v intracelulárních granulích žírných buněk, lemujících stěny tepen v játrech, plicích a pokožce, ze kterých se uvolňuje při poranění nebo při alergických reakcích. Nachází se také v krevních bazofilech. (33)

Účinek UFH je namířen zejména proti trombinu (faktor IIa), jemuž brání v přeměně fibrinogenu na fibrin a tím zabraňuje krevnímu srážení. Aktivita heparinu je podmíněna přítomností plazmatického antitrombinu, který ovlivňuje všechny serinové protézy, tedy všechny faktory krevního srážení, s výjimkou kofaktorů krevního srážení. (15, s. 273)

Podání nefrakcionovaného heparinu je buď intravenózní, kdy účinek nastupuje okamžitě nebo subkutánní aplikace s kulminací účinku za 4 hodiny. Ke sledování účinku i.v. nefrakcionovaného heparinu využíváme vyšetření aktivovaného parciálního tromboplastinového času (aPTT, trombinový čas) s jeho cíleným prodloužením na 1,5 - 2násobek normálního. Při s.c. heparinizaci v profylaktických dávkách laboratorní koagulační vyšetření kontrolovat nemusíme, ale důležité je monitorování počtu krevních destiček k vyloučení heparinem indukované trombocytopenie (HIT), především při opakovaném podávání heparinu. (19, s. 280)

Především při vyšším a déletrvajícím podávání může dojít ke krvácení mikroskopickému i manifestnímu. Kromě krvácení z vředů, nádorů, čerstvých ran, může nastat i krvácení slizniční, kožní, do serózních dutin, do retroperitonea, do nadledvin a mozku. (1)

K rychlé eliminaci nefrakcionovaného heparinu se používá protamin, zejména u kardiovaskulárních výkonů, kdy je třeba podat krátkodobě působící dávku a pak jeho účinek okamžitě zrušit. Jako antidota ho lze u heparinizovaných pacientů použít k zástavě silného a život ohrožujícího krvácení. (15, s. 273)

Heparin se používá k profylaxi a terapii TEN v žilním a tepenném systému, k zahájení antikoagulační léčby před aplikací perorálních antikoagulancií, u některých forem disseminované intravaskulární koagulopatie (DIC) a některých forem infarktu myokardu, k prevenci nestabilní anginy pectoris, iktu, transientní ischemické ataky, prevenci srážení krve během hemodialýzy a při invazivních výkonech na intervenční kardiologii. (1)

2.1.2 Nízkomolekulární heparin (LMWH, low molecular weight heparin)

Působí v časně fázi srážení krve, především vazbou s antitrombinem na faktor Xa, na rozdíl od vysokomolekulárního heparinu, který ireverzibilně blokuje také aktivitu trombinu. Mezi nejznámější zástupce v ČR patří Clexane, Fraxiparine, Zibor, Fragmin). (15, s. 273, 11, s. 59)

Výhodou LMWH je spolehlivé vstřebávání po podkožním podání, bez nutnosti monitorace u většiny pacientů, dostatečně dlouhá doba účinků umožňující aplikaci 1 až 2 x denně a nízké navození trombocytopenie. Dávkování se řídí hmotností pacienta. Jsou vhodnými léky i v graviditě a laktaci, protože nepronikají placentou ani do

mateřského mléka. Monitorování účinku léčby měřením aktivity anti Xa, hlavně při podávání terapeutických dávek, je indikováno u pacientů s renální insuficiencí, u těhotných, u dětí a pacientů v kritickém stavu vazopresorů. (13, s. 361, 11, s. 64)

Při nežádoucím účinku krvácení se doporučuje podat protamin, i když má jen částečný efekt. U velmi závažného krvácení u pacientů předávkovaných LMWH se používá rekombinační faktor VIIa. V místě vpichu se může objevit alergická reakce projevující se zarudnutím a svěděním. U interních pacientů není nutné vyšetřovat krevní obraz s cílem zachytit včas rozvíjející HIT, ale je užitečné týden po zahájení léčby toto vyšetření zkontrolovat. (13, s. 362)

Mezi hlavní léčebné indikace LMWH patří léčba žilní TEN, profylaxe žilní TEN v perioperačním období, zejména v oblasti chirurgie a ortopedie, přemostění období vysazení Warfarinu v souvislosti s invazivním výkonem, antitrombotická léčba v těhotenství, prevence krevního srážení během hemodialýzy, léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu. (17, s. 6)

2.1.3 Fondaparinux (Arixtra)

Fondaparinux je syntetický pentasacharid, který působí jako nepřímý inhibitor koagulačního faktoru X, čímž tlumí tvorbu trombinu. Stejně jako nízkomolekulární heparin se dobře resorbuje po podkožním podání a je vylučován v nezměněné podobě močí. Jeho plasmatický poločas je 17 hodin u mladých a 21 hodin u starších jedinců.

Mezi jeho hlavní indikace řadíme profylaxi a léčbu TEN, akutní koronární syndrom, kdy je vhodné první dávku aplikovat intravenózně.

Nežádoucí účinek jako je krvácení se oproti LMWH vyskytuje vzácně a nezpůsobuje HIT. Jeho podávání je kontraindikováno u jedinců s pokročilou renální insuficiencí a nedoporučuje se ani u těhotných. V České republice se z ekonomických důvodů dává přednost LMWH, i když fondaparinux má příznivější vlastnosti. (11, s. 67-70, 15, s. 274)

2.1.4 Nová antikoagulancia (NOAC)

V současné době jsou v České republice dostupné tři preparáty. Ze skupiny gatránů dabigatran (Pradaxa), který je přímý inhibitor trombinu, ze skupiny xabanů rivaroxaban (Xarelto) a apixaban (Eliquis), kteří jsou přímé inhibitory faktoru Xa. NOAC mají ve srovnání s dosud nejčastěji užívanou terapií Warfarinem méně interakcí s jinými léky či

potravinami a lépe předvídatelnou farmakokinetiku, což umožňuje jednoduché dávkování bez nutnosti rutinní laboratorní monitorace léčby. (5, s. 200)

Některé léky mohou zvyšovat nebo naopak snižovat působení léků této skupiny. Zvyšovat riziko krvácení mohou některé léky k léčbě plísňové infekce, některá antivirotika, léky protizánětlivé a proti bolesti, antihypertenziva a léky ke snížení tvorby krevních sraženin. Snižovat schopnost přípravků bránit vzniku trombů, mohou způsobovat léky k léčbě epilepsie a křečí, TBC nebo jiných infekcí a rostlinný přípravek užívaný k léčbě depresí (třezalka tečkovaná). Společná kontraindikace je gravidita a laktace. (1)

Tablety se zapíjejí tekutinou nezávisle na jídle. U pacientů, kteří nejsou schopni spolknout tabletu celou, ji můžeme rozdrtit a rozmíchat v tekutině. Lze je podávat i nazogastrickou sondou. (1)

Indikační spektrum všech tří léků je v dnešní době stejné.

Jsou podávány:

- k primární prevenci TEN u dospělých pacientů po operativní náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu,
- k prevenci CMP a systémové embolie s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory,
- k léčbě HŽT a plicní embolie nebo k prevenci jejich rekurence.

(5, s. 200)

Dabigatran (Pradaxa)

Pradaxa je lék obsahující léčivou látku dabigatran- etixilát. Po perorálním podání se rychle a kompletně přeměňuje na aktivní formu, jeho maximální koncentrace v plazmě je do 2 hodin po užití a poločas činí 14-17 hodin. Vylučuje se převážně ledvinami, proto je před zahájením léčby doporučeno u všech pacientů zhodnotit funkci ledvin. (8, s. 579)

Zahájení léčby dabigatranem nevyžaduje laboratorní monitoraci jeho účinku, ale pro případy klinické potřeby posouzení jeho efektu, jsou k dispozici speciální testy vyhodnocující lék kvantitativně. Jde o test dTT (dilutovaný trombinový test, Hemoclot) a sarinový test (ECT), tyto metody nemusí být však zavedeny ve všech laboratořích. (5, s. 201-202)

K nejčastějším nežádoucím účinkům patří dyspeptické obtíže projevující se bolestmi žaludku, břicha, dyspepsií či břišním dyskomfortem. Vyskytují se více u žen než u mužů. Méně často se objevuje krvácení z nosu (epistaxe) a konečníku. (21, s. 119-120)

Léčivo Pradaxa jako jediný NOAC má své antidotum, který se nazývá Praxbind. Jedná se o specifický přípravek k potlačení antikoagulačního účinku dabigatranu, indikovaný z důvodu akutních operací, naléhavých chirurgických výkonů nebo v případě život ohrožujícího a nekontrolovatelného krvácení. Podává se intravenózní injekcí nebo intravenózní infúzí. (1)

Rivaroxaban (Xarelto)

Tento inhibitor faktoru Xa má vysokou perorální biologickou dostupnost a rychlý nástup účinku dosahuje maximálních plazmatických koncentrací během 2-4 hodin po podání. Jeho poločas je až 9 hodin u mladých, jinak zdravých jedinců a 12-13 hodin u starších lidí. Ledvinami se vylučuje 30 % léku a 70 % stolicí. (8, s. 579)

Monitoring léčby není nutný, ve specifických situacích lze jeho účinek sledovat laboratorně sledováním aktivity anti-Xa. (5, s. 202)

Nejčastějším závažným nežádoucím účinkem je krvácení způsobující až anémii. Zejména se objevuje krvácení do gastrointestinálního traktu, do urogenitálního traktu, krvácení z nosu, oční a pooperační krvácení. Dále se uvádějí nespecifické příznaky (bolesti hlavy, závratě, hypotenze či synkopy) jako u běžných léků kardiovaskulárního systému. Zřídka jde o intracerebrální a intrakraniální krvácení, hemoptýzu, kožní a podkožní krvácení. (21, s. 120, 1)

Apixaban (Eliquis)

Eliquis je perorálně účinný lék, který inhibicí faktoru Xa zabraňuje tvorbě trombinu a vzniku trombu. Biologická dostupnost je asi 50 %, maximální koncentrace v plazmě dosahuje za 3-4 hodiny po užití tablety. Asi 25 % perorální dávky se vylučuje stolicí, přibližně 27 % renální exkrecí, další vylučování probíhá prostřednictvím žluče. (21, s. 118 -119)

K posouzení účinnosti léčby ve speciálních případech se stejně jako u rivaroxabanu využívá stanovení anti-Xa aktivity. (5, s. 202)

Mezi nejčastější nežádoucí účinky řadíme opět krvácení projevující se epistaxí, hematúrií, krvácením z dásní, gastrointestinálním a očním krvácením. Dále se může objevit nauzea a zvýšená tvorba modřin. Opatrnost je nutná u pacientů se zvýšeným rizikem závažného krvácení (vřed GIT, maligní novotvary, nedávné poranění míchy a mozku a jejich operace atd.). Méně často se vyskytuje zvýšení jaterních enzymů v krvi. (21, s. 118 - 119, 1)

2.2 Nepřímá antikoagulancia

2.2.1 Warfarin

Perorálně podávaný kumarinový preparát je hlavním představitelem této skupiny antikoagulancií. Warfarin potlačuje syntézu několika koagulačních faktorů v játrech, jejichž tvorba je závislá na vitamínu K – faktorů VII, IX, X a II. Je kompetitivní antagonist vitamínu K a nemá žádný přímý účinek na již vzniklý trombus ani na ischemické poškození tkáně. Tvorba těchto koagulačních faktorů v játrech trvá až 72 hodin, a proto jeho účinnost nastupuje až po 3 dnech podávání. Vylučuje se renální cestou. Zásadním problémem léčby je vysoce individuální dávka pro konkrétního pacienta. (15, s. 275)

Vzhledem k jeho delšímu biologickému poločasů se léčba zahajuje Heparinem či LMWH a po několika dnech se začne současně podávat Warfarin. Účinek léčby je nutné pravidelně kontrolovat. Dle rozhodnutí WHO jsou laboratorní výsledky vyjadřovány v mezinárodních normalizovaných poměrech – INR (International Normalized Ratio) a tento způsob je jednotný na celém světě. INR vyjadřuje poměr tromboplastinového času pacienta a času směsné kontrolní plazmy, který musí být v určitém rozmezí, nejčastěji mezi 2 – 3,5 dle indikace. Nízkomolekulární heparin se vysazuje až když je pacient minimálně 2. den v terapeutickém rozmezí INR, aby nedošlo k progresi trombózy. Dle pravidelných kontrol INR se často jeho dávkování upravuje. (17, s. 8)

Správný účinek léčby je závislý na klinickém stavu pacienta (věk, přidružená onemocnění), příjmu vitamínu K a jeho resorpci ze střeva a současném užívání jiných léků. Vitamín K obsažený převážně v listové zelenině (brokolice, špenát, zelí...) jeho působení

snižuje. Naopak ke zvýšení účinnosti dochází při malnutrici a při současném užívání některých léků (např. amiodaron). Pacienta je nutné poučit o interakcích s jinými léky, potravinovými doplňky a vyváženou stravou obsahující vitamín K, aby bylo zastoupení těchto potravin pokud možno vyrovnané. (14, s. 75-77)

Nejčastějším nežádoucím účinkem Warfarinu je krvácení (z nosu, dásní, močových cest, do stolice, zvracení krve). Ostatní nežádoucí účinky jsou poměrně vzácné. Jako antidotum při předávkování Warfarinem se podává vitamin K (perorálně či parenterálně), čerstvě mražená krevní plazma nebo směs koagulačních faktorů II, VII, IX, X. (26, s. 115-116)

Nejčastěji se tento lék podává k prevenci a léčbě HŽT, plicní embolie, k prevenci vzniku krevních sraženin při fibrilaci síní, k prevenci vzniku nebo opětovnému výskytu trombů po infarktu myokardu a po transplantaci srdeční chlopně. (1)

3 VYSVĚTLENÍ POJMŮ

S pojmem compliance úzce souvisí pojem adherence a konkordance, přičemž mezi nimi není jasná významová hranice, částečně se překrývají a v praxi bývají často zaměňovány. Zásadním rozdílem těchto výrazů je vnímání role pacienta. U compliance má pacient spíše pasivní roli příjemce léčby, naopak adherence a konkordance posouvá jeho roli do mnohem aktivnější pozice. Pro současnou praxi je mnohem přínosnější aktivní přístup pacientů, což závisí zejména na přeměně vztahu s lékařem na partnerskou úroveň. (23)

3.1 Compliance

Podle Výkladového slovníku pro zdravotní sestry znamená compliance „ochota nemocného spolupracovat při léčbě, přijmout a řídit se pokyny lékaře.“ (12, s. 64)

Pojem compliance pacienta v lékařství znamená nejen správné užívání naordinovaných léků, ale jde také o dodržování předepsaného terapeutického režimu, dietních opatření či přizpůsobení životního stylu. Vyjadřuje míru a ochotu spolupráce, s jakou se řídí doporučeními lékaře a ostatních zdravotníků. (23)

K výslednému efektu farmakoterapie významně přispívá sám pacient, neboť bez jeho spolupráce nemůžeme očekávat přínos žádné, byť správně nastavené léčby. Má-li se pacient na své léčbě podílet, musí získat dostatek kvalitních informací, protože v dnešní

době si může snadno vyhledat informace často zavádějící a nepravdivé. Samozřejmě záleží na jeho schopnosti a motivaci řídit se radou a užívat lék dle předpisu, pravidelně se zúčastňovat ambulantních kontrol a dokončit doporučená vyšetření. Velký podíl hraje i terapeutický vztah pacienta s lékařem. Bez pacientovy motivace a jeho důvěry v lékaře nelze očekávat dobrou complianci. (23)

V současné době je tento pojem nejčastěji používán v klinické praxi a výzkumu. V zásadě pochází z paternalistického modelu vztahu lékaře a pacienta, kdy lékař rozhoduje, pacient se podřizuje a dodržuje požadovaný léčebný postup. (24, s. 129-130)

3.2 Non-compliance

Termín non-compliance vyjadřuje pacientovo iracionální nebo záměrné nedodržování instrukcí lékaře a stanoveného léčebného režimu. Příčinou nespolupráce může být užívání nedostatečného nebo nadměrného množství předepsaných léků, nedostatečné kontroly nebo neplánované propuštění, špatný vztah pacienta s lékařem, překážky v léčbě, věk nad 65 let, psychická onemocnění či snížení kognitivních funkcí, popírání nemoci, nedostatek informací či motivace, sociální izolace, nesouhlas s léčbou nebo vysoká cena léků. (25, s. 109)

3.2.1 Úmyslná non-compliance

Charakterizuje záměrnou nespolupráci a nepodrobení se pacienta řádnému léčebnému režimu. Nejčastěji znamená úmyslné vysazení léčby, úpravu dávkování pro nedůvěru k léčbě, lékaři či systému zdravotnictví, neadekvátní posuzování účinku terapie, chybné vnímání zdravotního stavu či odmítání diagnózy nemoci. Zvrátit tento druh non-compliance je velmi těžké, protože pacienta nemůžeme ke spolupráci nutit. Pro zdravotníky je velmi složité rozpoznat a měnit tyto faktory. (23)

3.2.2 Neúmyslná non-compliance

Popisuje nespolupráci pacienta, kdy např. není schopen užít lék nebo ho vyjmout z obalu, nemá dostatek informací o léčbě, není schopen si zapamatovat léčebný režim apod. (23)

Léčba chronických onemocnění, kde je žádoucí pokračovat v terapii roky nebo dokonce doživotně, je velmi závislá na spolupráci pacienta. Klade na něj velké nároky při dodržování předepsaných doporučení a terapeutických postupů a vyžaduje nejen pozitivní motivaci jeho samotného, ale i osob blízkých, příbuzných a přátel. Má-li být spolupráce pacienta, lékaře a ostatního ošetřujícího personálu dlouhodobě úspěšná, je třeba mezi

všemi vytvořit dobrý vztah důvěry a validní informovanost na všech stranách. (32, s. 225-226)

3.3 Konkordance

„Jádrem modelu konkordance je chápání pacienta jako osoby, která se podílí na rozhodování o léčebném postupu, přičemž důležitým aspektem spolupráce je profesionální empatie na straně lékaře.“ (24, s. 130)

Konkordance je nově se rozvíjející koncepcí, která je založena na myšlence vzájemného souladu mezi pacientem a zdravotníkem ve vztahu k užívání léků a rozvoji terapeutické spolupráce. Jedná se o jejich rovnocennost a partnerství, kdy důležitou roli zde zaujímá informovanost z obou stran a vyjádření názorů a postojů. Zdravotník musí zvážit pacientovy postoje, a i kdyby nebyly pro terapii optimální, je nutné společně diskutovat a najít kompromis. (23)

3.4 Adherence

Termín adherence doplňuje triádu pojmů, které popisují charakter a kvalitu spolupráce pacienta a lékaře. Je definována jako míra, s jakou pacient dodržuje doporučení ošetřujícího personálu s tím, že se jedná o základní podmínku léčebně-preventivního procesu. Odráží pacientovy preference a postoje a klade důraz na jeho spolurozhodování při terapii. Čím větší je jeho motivace k uzdravení, tím lepší je výsledná adherence. Tento pojem se stále častěji uvádí v dokumentech Světové zdravotnické organizace (WHO) v souvislosti s ovlivňujícími faktory. (24, s. 131)

Adherenci ovlivňují tyto základní faktory:

- systém zdravotní péče nebo vztah poskytovatele zdravotní péče (zahrnuje komunikaci lékaře a pacienta),
- onemocnění,
- terapie,
- osobnost pacienta,
- socioekonomické vlivy.

Adherenci lze definovat jako vztah, přilnutí, náklonnost a závazek k osobě či léčbě. Zdůrazňuje vztahový aspekt a aspekt závazku pacienta k terapii, který nemůže být pouze výsledkem jeho rozhodnutí, ale je výsledkem pozitivního vztahu k lékaři a kvalifikovaného personálu, kdy akceptuje navrhovanou léčbu, k níž přilne. Tento termín by měl být upřednostňován před výše uvedenými pojmy, protože je moderním a neutrálním pojetím problematiky spolupráce pacienta na léčbě. (24, s. 131)

3.4.1 Měření adherence

Otázka „jak měřit adherenci“ je velmi důležitá při hodnocení opravdové spolupráce pacienta. V klinické praxi se lékař obvykle spoléhá na pravdivost výroků svého pacienta či odhaduje případné nedodržování léčebně-preventivních opatření z charakteru vývoje daných zdravotních obtíží. V současné době existuje řada přímých i nepřímých metod. Mezi přímé metody patří stanovení množství účinné látky v tělesných tekutinách. Tato metoda však má technickou a finanční náročnost, s výhodou ji lze použít v individuálních případech při zjišťování příčin selhání léčby. Jako další přímou beznákladovou metodu lze uvést pozorování, která se spíše preferuje u hospitalizovaných jedinců. Nepřímé metody zahrnují např. dotazníky, rozhovory, telefonické dotazování, deníky a jiné sebesouzovací techniky. Výsledky těchto měření mohou být ovlivněny pokusem dané osoby o jeho adaptaci či snahou o vytvoření dobrého obrazu před lékařem. (31, s. 369-371)

3.4.2 Zlepšení adherence

Pro zlepšení adherence je nezbytné vytvoření atmosféry důvěry, aby si pacient uvědomil, že zatajování informací neprospívá především jemu samotnému. Adherenci prospívá pravidelné dotazování lékaře a sestry na užívání medikace, popřípadě, které doporučení mu způsobuje největší potíže. Množství i formu edukace přizpůsobujeme individuálním potřebám jedince, které se velmi liší – někteří jsou vděční za maximální rozsah informací, naopak jiní se spokojí s menším množstvím informací. Důležité je shrnout doporučení do lékařské zprávy, aby si pacient mohl základní body edukace připomenout. Současně ho necháváme samotného zaznamenávat důležité údaje vztahující se k jeho léčbě a léčebného režimu. (29, s. 127-128)

V rámci snahy o zlepšení adherence můžeme využít podpory ze strany rodinných příslušníků, ať už jde o dohled nebo podporu. (29, s. 129)

Táborský popisuje opatření vedoucí ke zlepšení adherence ze strany zdravotníků takto: vysvětlit podstatu onemocnění, princip léčby a mechanismu účinku, důležitost léčby,

informovat o důsledcích non-adherence, rozptýlit obavy, odpovídat na otázky, posilovat motivaci (kontroly, klást otázku zaměřenou na adherenci, vést písemné záznamy o adherenci, volit moderní farmakoterapii. (29, s. 128-130)

3.5 Non-Adherence

Protikladem adherence je tzv. non-adherence, která se projevuje selháním schopnosti navázat spolupráci pacienta se zdravotníkem. Non-adherence k léčbě je často výsledkem rozhodnutí samotného pacienta, kdy strach z možných nežádoucích účinků léčby převažuje nad vnímáním nezbytnosti terapie. (32, s. 228)

Problém nedostatečné adherence k terapii se různou měrou týká všech pacientů. V případě léčby vedoucí k potlačení symptomů (např. bolest) se non-adherentní chování vyskytuje podstatně méně často než v případě terapie chronických onemocnění. (29, s. 124)

3.5.1 Příčiny (ne)spolupráce pacienta

Aby byla léčba pacienta úspěšná, je nezbytná jeho aktivní spolupráce. Mezi základní charakteristiky dobré adherence patří:

- pravidelné a dochvilné návštěvy lékaře/zdravotníka,
- zahájení naordinované léčby a vytrvat v ní,
- dodržování doporučené změny životního stylu (pacient dodržuje dietu, podstupuje nácviky v rámci kognitivně-behaviorální terapie, pravidelně cvičí atd.),
- správné užívání medikace (pacient si vyzvedne léky v lékárně, užívá správné léky ve správný čas, ukončí medikaci v určený čas),
- vyhýbání se rizikovému chování a pravidelné kontrolování svého zdravotního stavu.

Rozlišujeme primární nespolečnosti, kdy např. neužívá léky, ruší plánované vyšetření a ošetření, pozdě vyhledá péči, nedodržuje předepsanou dietu. O sekundární nespolečnosti mluvíme tehdy, pokud pacient např. užije nesprávnou dávku nebo v nesprávný čas, ukončí léčbu bez konzultace s lékařem.

Mezi proměnné, které ovlivňují adherenci jen minimálně, patří demografické údaje (věk, pohlaví, rodinný stav, sociální status, počet osob v domácnosti). Naopak mezi velmi významné predátory nízké adherence patří přítomnost psychiatrických poruch. Stupeň invalidity se vztahuje k vysoké adherenci, jelikož pacient má vyšší intenzitu zdravotního dohledu. Dalšími faktory, které velmi podstatným způsobem snižují adherenci, patří komunikace lékaře s pacientem. Do této skupiny řadíme i nedostatečnou informovanost o terapii, neřešení obav pacienta (např. z nežádoucích účinků léku), nízká empatie lékaře apod. (24, s. 132-133)

4 VZTAH LÉKAŘE A PACIENTA

Vztah lékaře a pacienta je již dlouho klíčovým faktorem medicíny. Pokud lékař nenaváže s pacientem empatický vztah, jenž vzbudí důvěru a motivaci k terapii, jsou všechny převratné objevy v oblasti diagnostiky, léčby a preventivních opatření nefunkční a nedostatečné. Vztah lékaře a pacienta není jen rutinní kontakt, legislativně založený vztah ani obchodní transakce. Jde o živou a neustále se vyvíjející interakci dvou lidských bytostí, kdy se vytváří vzájemná důvěra a respekt. Pokud je vztah založen na trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, může pacient najít odvahu k vyjádření svých emocí a obav spojených s onemocněním. Interakce je ovlivňovaná a formovaná znalostmi, zkušenostmi, obratností a laskavostí lékaře, osobností pacienta, jeho životní situací a zdravotním stavem. Zejména u chronicky nemocných pacientů může vztah s lékařem zlepšit i brzdit spolupráci a efekt terapie. Vzájemný vztah je ovlivňován jejich podobností, přitažlivostí lékaře pro pacienta, sympatií či antipatií, očekáváním ve vztahu k rolím, zajišťováním empatie, vřelosti a opravdovosti. Vztah k lékaři si také vytváří na základě zkušeností z předešlých vztahů. Pacient vnímá i emoční atmosféru na pracovišti a všímá se vztahů mezi jednotlivými zdravotními pracovníky. (24, s. 19, 25, s. 81)

4.1 Jednotlivé modely vztahu lékaře a pacienta

V praxi rozlišujeme několik modelů vztahu lékaře a pacienta. Je to model paternalistický, obchodní, informační, preventivní, jednací, smluvní, kooperativní a další. Jednotlivé modely se často mísí a každý má své klady i zápory. Hledání jejich optimálního vztahu je závislé na komunikačních schopnostech, potřebě účasti pacienta na léčbě a především na lékařské etice. (25, s. 84)

4.1.1 Paternalistický model

Je tradiční, racionální a věcný model orientovaný na lékaře a nemoc. Lékař má všemohoucí a direktivní roli, kdy od pacienta vyžaduje poslušnost. Nenavazuje s ním hlubší osobní vztah, je ochotný mu pomoci a díky odborným znalostem má i oprávnění o něm rozhodovat, lékař má tzv. „terapeutické privilegium“. Pacientovi nedává prostor pro dialog, komunikace je pouze jednostranná ve formě instruování a výčtu informací. Tento vztah je založený na komunikačním modelu „pokynů a návodů“ a „poslušnosti“ pacienta. (25, s. 84)

4.1.2 Jednací model

Tento model můžeme zařadit na pomezí mezi paternalistickým a informačním. Lékař poskytuje pacientovi výměnu informací, komunikace probíhá oboustranně a na základě dostatečné empatie se pacient samostatně rozhoduje. Lékař jej pouze směřuje k optimálnímu rozhodnutí. Je zásadní mít možnost promluvit si s lékařem o jeho názoru na léčbu, méně důležité je, kdo nakonec rozhodne a vybere léčbu. (25, s. 85)

4.1.3 Smluvní model

Na službu orientovaný model je přesným opakem modelu paternalistického. Pacient očekává od lékaře službu a chce být královsky obsloužen jako V.I.P. zákazník. Vztah mezi nimi je neosobní, iniciativa nejdříve přichází od pacienta a od lékaře jako „experta“ vyžaduje jen konzultaci. Množství informací určuje sám pacient a sám se rozhoduje zcela nezávisle na mínění lékaře. Takový model může ve zdravotnictví jen stěží fungovat, ale dá se využít u selektivních zdravotních výkonů jako je např. wellness. (25, s. 86-87)

4.1.4 Kooperativní model

Je model založený na spolupráci. Jeho předpokladem je hlubší užití psychologického přístupu a komunikačních schopností lékaře. Využívá vyjednávání, které končí společným rozhodnutím a převzetím odpovědnosti za terapii. Lékař se na pacienta dívá nejen objektivně, ale zajímá se i jeho prožívání, náladu a psychosociální problémy. Diskutují o možnostech léčby založené na důkazech a preference léčby. Během rozhovoru oba vyjadřují svoje představy, potřeby a nakonec společně rozhodnou. Vztah lékaře a pacienta je více partnerský. Lékař nevystupuje direktivně a diagnostické postupy a léčba jsou výsledkem jejich vzájemné dohody a spolupráce. (25, s. 87)

5 KOMUNIKACE

V odborné literatuře se setkáváme s nejrůznějším vymezením komunikace, nejčastěji ji popisujeme jako spojení a dorozumívání, sdílení něčeho s někým, interakce či transakce, sdělování významů prostřednictvím symbolů, přenos zpráv mezi řečníkem a posluchačem, přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby k druhé...Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky tak, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli. (28, s. 9)

Abychom odhalili problém ve vážnoucí komunikaci, musíme znát základní části komunikačního procesu. Mezi jednotlivé elementy komunikačního procesu patří **komunikátor** (vysílač, osoba, skupina s úmyslem komunikovat), **komuniké** (zpráva, sdělení), **kódování** (přes jazyk či neverbální signály), **komunikační kanál** (cesta, způsob přenosu), **komunikant** (příjímač, člověk, kterému je sdělení určeno), **dekódování** (porozumět), **zpětná vazba** (feedback) a **kontext** (prostředí, kde probíhá komunikace). (28, s. 11)

Obtíže v komunikaci mohou být způsobeny kterýmkoliv elementem, případné nedorozumění se šíří celým komunikačním procesem a vyvolává určitou reakci, někdy problematickou. (28, s. 11)

Komunikace má různé podoby, které rozlišujeme dle využitého sdělovacího prostředku, způsobu předání informací a dalších charakteristických rysů (viz tabulka).

Tabulka č. 1 Druhy komunikace

Verbální (slovní)	Neverbální (mimoslovní)
Auditivní (řeč, hudba)	Vizuální (noviny, časopisy, plakáty, obrazy)
Statická (neměnicí se)	Dynamická (procházející další změnou)
Aktuální (probíhající v aktuálním čase)	Reprodukováná (záznam komunikace)
Přímá (např. face to face)	Zprostředkovaná (technicky přenášená)
Individuální (mezi dvěma subjekty)	Skupinová (mezi více subjekty)
Dvoustranná (mezi dvěma subjekty)	Vícestranná (mezi více subjekty)
Jednosměrná (bez okamžité zpětné vazby)	Oboustranná (s možností zpětné vazby)
Prvotní (základní)	Druhotná (záznam, rozvinutá)

Zdroj: Pokorná, 2011, s. 14

Dále můžeme dle charakterových rysů rozdělit komunikaci na záměrnou, nezáměrnou vědomou a nevědomou, kognitivní a afektivní, pozitivní a negativní, shodnou a neshodnou, osobní a neosobní, mezilidskou, masovou či biologickou. Jednotlivé formy komunikace se v komunikačním procesu nepoužívají odděleně. V ošetrovatelské péči jde zejména o sociální, terapeutickou a strukturovanou komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, kdy získáváme informace o pacientovi a cíleně ovlivňujeme jeho vnímání pozitivním způsobem. (22, s. 15-16)

5.1 Efektivní komunikace

Jde o otevřenou komunikaci, při níž nedochází ke zkreslení informací a komunikující osoby si rozumí, mají pozitivní pocit ze vzájemné interakce. Efektivní komunikace v medicíně má jasně stanovené cíle a v konečném výsledku umožní pochopení problémů pacienta, popřípadě jejich vyřešení společnou aktivitou. Umožňuje společné rozhodování, směřování dalších diagnostických a léčebných intervencí, navozuje důvěrný vztah mezi zdravotníkem a pacientem. (22, s. 35)

Aby byla komunikace efektivní, musí být splněno těchto pár bodů:

- důvěryhodnost - vzájemná důvěra mezi příjemcem a udělovatelem, kompetentnost jeho informačních zdrojů v dané problematice,
- kontext - komunikace v reálném prostředí, kontext odpovídá sdělení,
- obsah - sdělení musí mít pro příjemce význam,
- jasnost - vyjádření obsahu v jednoduchých pojmech,
- kontinuita a konzistence - komunikace je nekončící proces, vyžaduje neustálé opakování, sdělení musí být konzistentní,
- kanály - využívání již vytvořených kanálů, nové se složitě tvoří,
- schopnost veřejnosti - znát zvyky a schopnosti příjemce.

(22, s. 35-36)

5.1.1 Aktivní naslouchání

Jednou z hlavních možností efektivní komunikace je využívání technik aktivního (někdy nazýváno jako empatické, reflektivní) naslouchání. Jde o stav, kdy aktivně

posloucháme druhou osobu a snažíme se jí porozumět. Aktivně naslouchající dává najevo, že soustředěně vnímá a rozumí obsahu informací, které jsou mu předávány. Naslouchající na to reaguje a dává zpětnou vazbu. Empatické naslouchání, které používá empatického ztotožnění je vyšším stupněm naslouchání. Umění naslouchat a dar schopnosti naslouchat není dán všem lidem stejně, někdo je schopen se ztotožnit na vysoké úrovni, jiný se snaží, ale není toho docíleno. Lze pracovat na zlepšování této techniky a naučit se jí jako jiných komunikačních dovedností. Pro efektivní naslouchání je důležité se soustředit, omezit svůj mluvený proslov, zbytečně nepřerušovat, naslouchat tónu, zachovat si objektivitu a pomatovat si víc než bylo řečeného. (22, s. 40-41)

5.2 Komunikace lékaře s pacientem

Komunikace mezi lékařem a pacientem má pro medicínu klíčový význam. Lékař musí mít jak medicínské znalosti a schopnosti řešit klinické problémy, tak i komunikační dovednosti, jež jsou složkou jeho klinických kompetencí. Komunikace patří do souboru základních předpokladů pro výkon medicínského povolání. Jejich vzájemná komunikace předurčuje nejen úspěšnost léčby pacienta, ale i např. délku trvání terapie a náklady na její realizaci. Efektivní komunikace v medicíně významně zlepšuje nebo pozitivně ovlivňuje přesnost diagnózy, dodržování terapie, výsledky léčby pacienta a celkovou spokojenost z obou stran. Pro pacienta je nejen důležité obsahové sdělení, ale i způsob jak lékař komunikuje. Lékařská komunikace musí být vyučována stejně jako např. vyšetřování pacienta a dále rozvíjena, protože lékař během svého profesního života vykoná až 200 000 konzultací. (24, s. 37)

Lékař při komunikaci s pacientem používá jak direktivní, tak nedirektivní rozhovor. Direktivní rozhovor využívá např. k odběru anamnézy, kdy cíleně pokládá otázky na konkrétní skutečnosti a pacient jen odpovídá na otázky. Nedirektivní rozhovor pacientovi nabízí prostor k otázkám, volným sdělením, která se k tématu vztahují. Lékař jeho myšlenky nekritizuje, ale upozorní na rozpory a nabízí alternativy. Často svěruje lékaři osobní tajemství, zasvěcuje ho do nich a spolu je i sdílí. Po dobře zaměřeném rozhovoru by se měl pacient cítit lépe a měl by mít dobrý pocit, že se o sobě svým přičiněním dozvěděl něco nového a důležitého. (24, s. 144)

Tam, kde to pacientův zdravotní stav dovolí, má lékař poskytnout informace, probrat s ním klady a zápory dalšího postupu a přihlédnout k jeho názoru, aby se předešlo stížnostem ze strany pacienta, které se týkají právě komunikace. (24, s. 142)

5.3 Komunikace sestry s pacientem

Komunikace je základem a nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je bez komunikace mezi sestrou a pacientem a komunikací mezi ošetrujícím personálem navzájem prostě nemyslitelná. Vztah mezi nimi by měl být lidsky rovnocenný. Z profesního hlediska je ale nevyvážený, protože sestra ze své pracovní pozice má určitou autoritu. Proto by měla komunikaci do určité míry řídit, usměrňovat a rozhodovat o její formě a obsahu. Sestra vždy musí nějakým způsobem reagovat a pokusit se navázat s ním vztah a identifikovat jeho problémy. Nedostatečná komunikace může vést k rostoucí hostilitě pacienta a frustrace sestry, což narušuje dobrou ošetrovatelskou péči. (28, s. 9-10)

5.4 Komunikace s blízkými pacienta

Aktivní navazování kontaktu s blízkými pacienta patří do běžné ošetrovatelské péče. Informovaný souhlas podepsaný pacientem zdravotníkům určuje komu a v jaké míře smí podávat informace ohledně jeho zdravotního stavu. Sestra musí respektovat své omezené kompetence, nevyslovuje informace o nálezech vyšetření, diagnóze, vážnosti stavu či prognóze nemoci, ale může podat informace o ošetrovatelské péči.

Sestra rodinu pacienta zejména informuje o **organizačních záležitostech** příslušného zdravotnického zařízení a jeho chodu (např. o návštěvních hodinách), o **zajištění péče o pacienta** (např. režimová opatření, příprava nemocného na návrat do domácího prostředí), o **pacientových problémech**, které se týkají jeho onemocnění a jeho stavu (např. edukační činnost týkající se diety, pohybové aktivity), o **problémech příbuzných**, kdy dlouhodobá péče o blízkého klade na pečující vysoké nároky, které mohou způsobit zdravotní potíže, psychické a sociální problémy. (28, s. 47-50)

6 EDUKAČNÍ ČINNOST

Dle Výkladového slovníku pro zdravotní sestry pojem edukace znamená: „*výchova, rovněž ve smyslu edukace pacientů s určitou (zejména chronickou) chorobou, umožňuje zvýšení péče pacienta o vlastní zdravotní stav a průběh choroby*“ (12, s. 92)

Edukace pacientů je nedílnou součástí léčebné a ošetrovatelské péče. Kromě medicínských poznatků v této oblasti hraje významnou roli pedagogika, věda zkoumající podstatu a zákonitosti výchovy a vzdělávání. Pro výchovu a vzdělávání se ve zdravotnictví užívá termín edukace, který byl převzat z anglického slova „education“. Pacientům předáváme informace o léčbě, režimových opatřeních a učíme praktickým dovednostem. Pacient jako učící se subjekt je vždy do nějaké míry poznamenán svou nemocí. (27, s. 23)

Smyslem edukačního procesu je systematické vedení pacienta k osvojení dovedností, k vytvoření nových postojů a k postupnému upevnění požadované změny chování. Sestra pouze nepředává informace, ale společně s pacientem připravují edukační program, který mu usnadní uskutečňování změn chování. Jeho aktivní účast na tvorbě edukačního programu považujeme za nezbytnou. V oblasti edukace pacientů je nezbytné uplatňování interdisciplinárního přístupu, v holistickém pojetí léčebného a ošetrovatelského procesu využíváme poznatky dalších vědních disciplín, kterými jsou kromě pedagogiky především psychologie, etika a sociologie. (27, s. 24)

6.1 Edukační proces v medicíně

Edukační proces je jakákoli činnost jedinců, při které dochází k záměrnému či nezáměrnému učení.

Do procesu edukace zasahuje **edukant** (ve zdravotnictví především zdravý nebo nemocný jedinec), **edukátor** (aktér edukační aktivity, zejména sestra a lékař), **edukační konstrukty** (edukační standardy, materiály) a **edukační prostředí** (místo, kde proces probíhá). V edukaci se dále můžeme setkat s **edukačním standardem**, což je závazná forma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. (9, s. 10-11)

Pečlivá příprava edukačního procesu je velmi důležitá, neboť usnadní práci sestry a motivuje pacienta. (27, s. 33)

6.1.1 Hodnocení pacienta

Sestra při rozhovoru s pacientem zjišťuje důležité údaje, jeho názory na hodnotu vlastního zdraví, jeho připravenost a ochotu učit se a jeho odhodlání přijmout navrhovanou změnu dosavadního životního stylu. Pro přípravu edukačního programu je nutné znát ekonomické a společenské faktory, které mohou výsledky edukace ovlivnit. U osob s nízkým příjmem nabídneme pomoc s administrací při žádání o sociální dávku, popřípadě nasměrujeme pacienty na úřad, kde mohou finanční podporu získat. V edukaci hraje významnou roli věk, kdy pacienti vyšších věkových skupin mohou mít problémy se sluchem, zrakem, udržením soustředěnosti či pozornosti. Mohou mít problémy s jemnou motorikou a manuální zručností. Dalším ovlivňujícím faktorem edukace je jeho dosažené vzdělání, kdy je třeba přizpůsobit úroveň komunikace. (27, s. 33)

6.1.2 Určení druhu edukace

Na základě stanovení ošetřovatelské diagnózy je potřeba stanovit druh edukace. Záleží na tom, zda bude edukován pacient s nově diagnostikovaným onemocněním (**základní edukace**) nebo zda bude edukován pacient, který se např. opakovaně dopouští chyb v dodržování předepsaného léčebného režimu (**reedukace**). O **komplexní edukaci** mluvíme tehdy, pokud pacienta diagnóza postihuje celoživotně a zasahuje do jeho stravovacích zvyklostí, do pohybového režimu, zahrnuje i některé ošetřovatelské výkony. (27, s. 34)

6.1.3 Edukační plán

Edukační plán musí obsahovat stanovení priorit v edukaci, stanovení učebních cílů v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické, stanovení vhodných edukačních metod, stanovení obsahu edukace, harmonogram, organizace a pomůcky a vyhodnocení výsledků edukačního procesu. (27, s. 34)

Sestra ke každému pacientovi přistupuje individuálně a bere ohled na jeho celkový stav. Důležité je vhodné načasování, aby se cítil dobře a byl schopen vnímat výklad sestry. Doporučuje se, aby edukace probíhala v klidném prostředí, kde je zachováno soukromí. (27, s. 34)

6.1.4 Vyhodnocení výsledků

Setra průběžně hodnotí úroveň dosažených výsledků, musí provést závěrečné zhodnocení a ujistit se, že pacient pochopil cíl edukace a osvojil si nové znalosti či dovednosti. Účinnost edukace si lze ověřit písemným testem znalostí, kladením kontrolních otázek, objektivním vyšetřením nebo laboratorními výsledky. (27, s. 35)

6.1.5 Dokumentace

Součástí edukačního plánu je záznam o edukaci, který poskytuje informace všem členům ošetrovatelského týmu a chrání sestru před případnými stížnostmi na neposkytnutí informací. Doporučuje se, aby pacient na konci jednotlivých sezení svým podpisem potvrdil, že edukaci absolvoval, pochopil a popřípadě procvičil úkony.

Dokumentace obsahuje záznam o plánované a vykonané edukaci a o výsledcích či výstupech. Také jsou tam uvedena jednotlivá témata a stručný popis reakcí na edukaci. (27, s. 35-36)

6.2 Metody edukace

Metodou se v edukaci rozumí způsob, jakým jsou předávány znalosti nebo dovednosti. Nejčastěji používanou metodou je metoda **mluveného slova** (výklad, diskuze). Sestra s pacientem naváže užší kontakt, reaguje na jeho podněty a dotazy, změny jeho chování a nálad. Vyjadřování musí být srozumitelné, mluvit pomalu a zřetelně, není vhodné používat odborné výrazy a vyvarovat se slangových výrazů a vulgarismů. Mluvené slovo je vhodné doplnit **tištěnou informací** (leták, brožurka), aby si mohl pacient znovu doma v klidu přečíst, co mu bylo sděleno. Tištěné materiály jsou hlavně vhodné u seniorů, kdy již může docházet k zapomnětlivosti. Dle povahy edukačního tématu můžeme výklad doplnit audiovizuálním prostředkem (DVD, CD), pro některá onemocnění jsou již zpracovány vzdělávací programy a instruktáže na těchto nosičích. (27, s. 38-39)

6.3 Formy edukace

Forma znamená způsob uspořádání nebo organizace výuky.

Svěráková uvádí tři formy edukace: formy individuálního působení (individuální rozhovor, výklad, konzultace, instruktáž), forma skupinového působení (přednáška, beseda, kurzy, cvičení) a forma distančního učení (E-learning). (27, s. 39)

6.4 Edukace pacienta užívajícího antikoagulační terapii

Během akutní péče za hospitalizace nebo při ambulantní léčbě je pacient informován o průběhu nemoci, nutné době terapie, možných komplikacích, rizicích lékových interakcí a jiných důležitých aspektech týkajících se antikoagulační léčby. Měly by mu být dobře vysvětleny principy této léčby a nutnost dodržování léčebného režimu. Při vysvětlení je vhodné využít pomůcky (např. tištěné materiály, kartička s informacemi o užívaném léku), opakovaně srozumitelně vysvětlovat a samozřejmě přizpůsobit

konkrétnímu pacientovi. Do edukace se ideálně zapojuje lékař a sestra, ale i další členové zdravotnického týmu (nutriční terapeut, specialista ambulance atd.), kteří s ním při každé kontrole proberou dodržování léčebného režimu v posledním období a zaměří se na případné nedostatky. (29, s. 127-128)

6.4.1 Specifika edukace při užívání Warfarinu

V začátku podávání Warfarinu je nutné, aby lékař optimálně pohovorem probral okruhy možných úskalí léčby a vybavil pacienta tištěným materiálem (kartičkou) s informacemi o jeho terapii (Příloha č. 3). (11, s. 255)

Zdůrazní nutnost pravidelných ambulantních kontrol s odběrem krve na **vyšetření INR**, kdy se sleduje účinek Warfarinu. Nabídne možnost domácího monitorování INR přístrojem CoaguChek z kapky krve získané z prstu (Příloha č. 1). Tento přístroj však není hrazen zdravotní pojišťovnou, zakoupení přístroje a příslušenství platí sám pacient.

Společně se sestrou upozorní pacienta, že není třeba dodržovat speciální dietu, jak tomu bylo dříve. Doporučí rovnoměrný přísun vitamínu K, který ovlivňuje hladinu INR a podrobně pohovoří o potravinách a tekutinách obsahující vitamín K. Informují ho o nevhodných sportech, které by mohly způsobit krvácení, podrobně popíše možné projevy krvácení a jak se zachovat. Warfarin má mnoho interakcí s jinými léčivy a prostředky, proto pacienta poučí o důležitosti hlásit užívání antikoagulačního léku při návštěvách jakéhokoliv lékaře, ale i farmaceuta v lékárně. (11, s. 251-253, 1)

6.4.2 Aplikace nízkomolekulárního heparinu (LMWH)

Edukace se především týká správného nácviku podání léku a poučení o nežádoucích účincích, které se mohou objevit při subkutánní injekční aplikaci. První aplikaci provádí sestra a zároveň podrobně vysvětlí postup. (16)

Nízkomolekulární hepariny (Fraxiparine, Clexane) jsou, až na výjimky, určeny pro podkožní podání. Předplněná injekce se vpichuje do podkožní tkáně v oblasti pasu do břicha, střídavě na levou a pravou stranu (Příloha č. 4). Místo pro vpich se dezinfikuje a již se ho nedotýkáme. Jehla vniká v celé délce kolmo do kožní řasy vytvořené mezi palcem a ukazovákem podávajícího. Kožní řasa musí být udržována po celou dobu aplikace injekce. (1)

6.4.3 Specifika edukace u NOAC

Při každé pravidelné ambulantní kontrole je nezbytné pacienta poučit o frekvenci užívání léku, popřípadě závislost na jídle, o významu adherence k předepsanému režimu a o nutnosti nepřerušování užívání NOAC, aby nedošlo k rychlému poklesu antikoagulace. Pacienti se musí pravidelně dostavovat na průběžnou kontrolu jejich léčby, interval mezi jednotlivými kontrolami určuje vždy lékař, zprvu je to po měsíci a později po třech měsících. Kontrolu mohou provádět praktičtí lékaři nebo příslušní specialisté. Lékař při pravidelné kontrole zjišťuje adherenci k léčbě, jakoukoli příhodu, která by mohla upozorňovat na tvorbu trombů, jakékoli nežádoucí účinky (krvácivé příhody), nové medikace a výsledky laboratorních testů. Vše pečlivě zapíše do dokumentace. Sestra vyplní kartičku s informacemi o užívaném perorálním antikoagulanciu, kterou bude nosit pacient vždy s sebou (Příloha č. 2). Společně ho edukují o lékových interakcích, postupu při vynechané dávce nebo při předávkování, které znamená zvýšené riziko krvácení. (3, s. 146-153)

7 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Aby byla antikoagulační léčba účinná a zároveň bezpečná, musí pacient dodržovat dávky léků předepsané lékařem a režimová opatření. Pokud se nerespektuje přesné dávkování a s terapií související léčebný režim, dojde k nedostatečnému efektu léčby a hrozí riziko vzniku krevních sraženin. Na účinnost antikoagulační léčby má vliv hned několik faktorů, které mohou účinky léků snížit nebo naopak zvýšit. (10)

Při užívání Warfarinu je nutné dodržovat tato doporučení:

- Informujte svého ošetřujícího lékaře o všech lécích, které užíváte, jak o předepisovaných jiným specialistou, tak i o zakoupených v lékárně.
- Jste-li žena, poraďte se s lékařem o plánovaném rodičovství.
- Zapisujte si změny dávkování léku a zapisujte si hodnoty INR.
- Pravidelně docházejte na odběry krve.
- Jezte vyrovnané množství vitamínu K, hlídejte si zejména potraviny jako je zelí, květák, brokolice, špenát a maso.
- Alkohol pijte jen příležitostně, vyvarujte se alkoholových excesů.
- Nepraktikujte sporty s rizikem úderu do hlavy, pádu a zlomenin.
- Ihned oznamujte lékaři jakékoliv známky krvácení a do konzultace s ním vynechejte užívání Warfarinu.

(11, s. 255)

Při užívání některých léků z NOAC je velmi důležité:

- Brát léky pravidelně a nezapomínat užít dávku léku, pokud užíváte lék jen 1x denně a zapomenete užít, vezměte kdykoliv během dne, v režimu 2 x denně nezapomenout na večerní dávku.
- Pokud u Vás hrozí riziko dehydratace z důvodu horečnatého, průjmovitého onemocnění, informujte o Vašem stavu lékaře.

- Hlaste jakoukoliv krvácivou příhodu (z dásní, z nosu, v moči...) lékaři.
- Neprovodíte sporty s vysokým rizikem poranění (zejména poranění hlavy).
- Nezatěžujte váš organismus velkým a nerovnoměrným příjmem alkoholu.
(11, s. 255-256)

Při aplikaci nízkomolekulárního heparinu se pacient řídí návodem k jeho použití, dodržuje pokyny ke správné aplikaci a jakékoliv nesrovnalosti nebo problémy oznámí svému ošetřujícímu lékaři. (1)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

S antikoagulační léčbou se v současnosti setkáváme téměř ve všech medicínských oborech. Při jejím zahájení lékař musí pečlivě zvážit, jaké má konkrétní pacient riziko tromboembolických komplikací a jaké potencionální riziko krvácení mu daná léčba přinese. Lékař dle stanovení diagnózy a indikačních kritérií ordinuje určitý druh antikoagulancia. Pokud lékař nasazuje heparin k intravenózní aplikaci, je pacient vždy hospitalizován a tím pádem pod dozorem zdravotnického personálu. U subkutánní aplikace LMWH, nebo u perorálního podání léku, může být lék nasazen ambulantně a proto je nutná důsledná edukace pacienta. Aby byla léčba účinná a bezpečná, je nutná jeho spolupráce.

Téma compliance pacientů užívajících antikoagulační terapii jsem si vybrala z toho důvodu, abych zmapovala znalosti pacientů o jejich antikoagulačním léku. Zjistila, zda jsou efektivně edukováni zdravotnickým personálem, zda dodržují léčebný režim a zda jsou spokojeni s ošetřujícím lékařem. Mým cílem je zjistit nejčastější chyby a nedostatky při této terapii a na základě získaných informací vytvořit edukační leták a seminář pro sestry, který by napomohl zvýšit adherenci k léčbě.

Jaká je compliance pacientů užívajících antikoagulační terapii?

9 CÍL VÝZKUMU

Zjistit compliance pacientů užívajících antikoagulační terapii.

9.1 Dílčí cíle a předpoklady

Cíl 1: Zjistit informovanost pacienta o užívající antikoagulační terapii.

Předpoklad 1: Předpokládám, že většina pacientů má informace o své antikoagulační terapii.

Kritérium: většina = 70 %

Otázky: 2, 3, 4, 5, 6, 7

Cíl 2: Zjistit, zda jsou pacienti efektivně edukováni lékařem a sestrou.

Předpoklad 2: Předpokládám, že většina pacientů je efektivně edukována lékařem a sestrou.

Kritérium: většina = 70 %

Otázky: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Cíl 3: Zjistit, zda pacienti dodržují režimová opatření týkající se antikoagulační léčby.

Předpoklad 3: Předpokládám, že většina pacientů nedodržuje režimová opatření týkající se antikoagulační terapie.

Kritérium: většina = 70 %

Otázky: 16, 17, 18, 19, 20, 21

Cíl 4: Zjistit, zda pacienti důvěřují ošetřujícímu lékaři.

Předpoklad 4: Předpokládám, že většina pacientů důvěřuje ošetřujícímu lékaři.

Kritérium: většina = 70 %

Otázky: 22, 23, 24, 25

9.2 Operacionalizace pojmů

Antikoagulační léčba = podávání léků snižujících srážení krve (antikoagulancí) při zvýšeném riziku trombóz či embolizace

Compliance pacientů = ochota pacienta spolupracovat při terapii, přijmout a řídit se pokyny lékaře

10 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

V dotazníkovém šetření jsem využila záměrný výběr respondentů, a to pacienty užívající antikoagulační lék, kteří pravidelně navštěvují interní ambulanci FN Plzeň. Dotazníky jsem rozdala celkem do šesti ambulančí (vyšetřovna ECHO, kardiologická ambulance a všeobecné interní ambulance). Některé dotazníky, zvláště u seniorů, vyplňoval spolu s pacientem doprovod.

11 METODA SBĚRU DAT

Ke sběru informací jsem si vybrala kvantitativní výzkum, metodu dotazníkového šetření. Strukturovaný dotazník obsahuje 25 otázek, 1 otevřená, 4 polootevřená a 19 zavřených otázek. První otázka se zaměřuje na demografické údaje, kde jsem zjišťovala věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání. Další otázky jsou zaměřeny na znalosti pacientů o antikoagulační léčbě. Dále jsem se zaměřila na edukaci pacientů a jejich dodržování léčebného režimu. Poslední otázky dotazníku se vztahují k důvěře v ošetřujícího lékaře a spokojenosti s nastavenou antikoagulační léčbou.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum proběhl od začátku října 2016 do konce listopadu 2016 v ambulancích interního oddělení ve FN Plzeň. Bylo rozdáno celkem 130 anonymních dotazníků. Na rozdávání dotazníků se podílely kolegyne z jednotlivých ambulančí. Dotazníků se mi

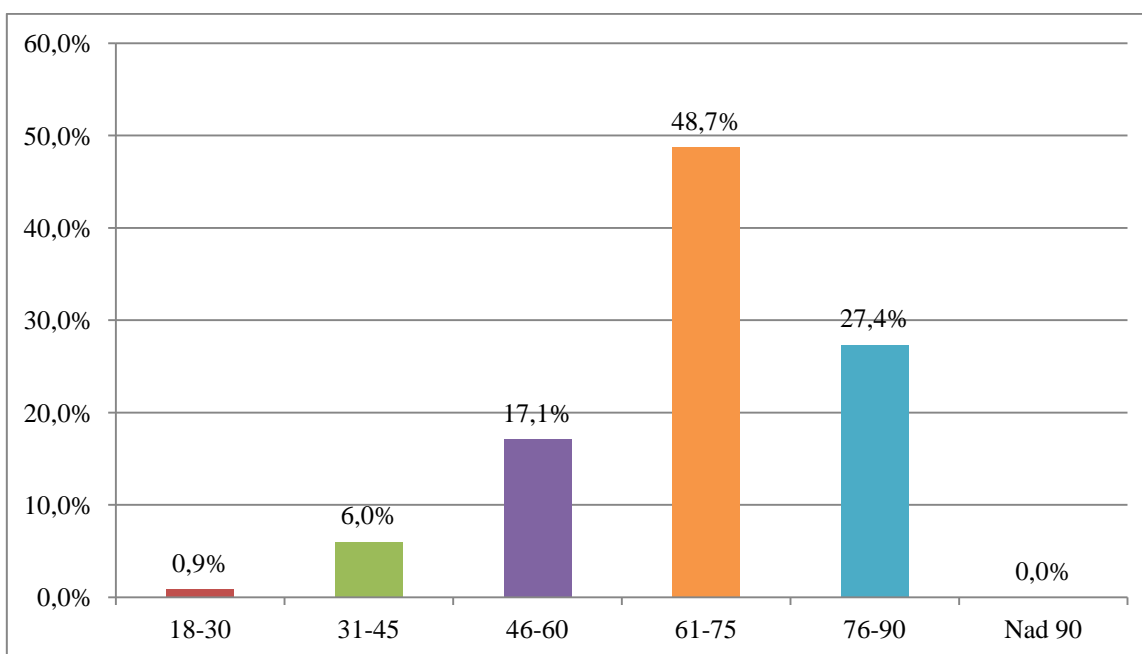
vrátilo všech 130 (100 %), ale 13 (10 %) dotazníků jsem pro neúplnost odpovědí vyřadila.
V příloze bakalářské práce je přiložen informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Filtrující otázka (Otázka č. 1a, 1b a 1c zjišťovala věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů)

Otázka č. 1a: Váš věk?

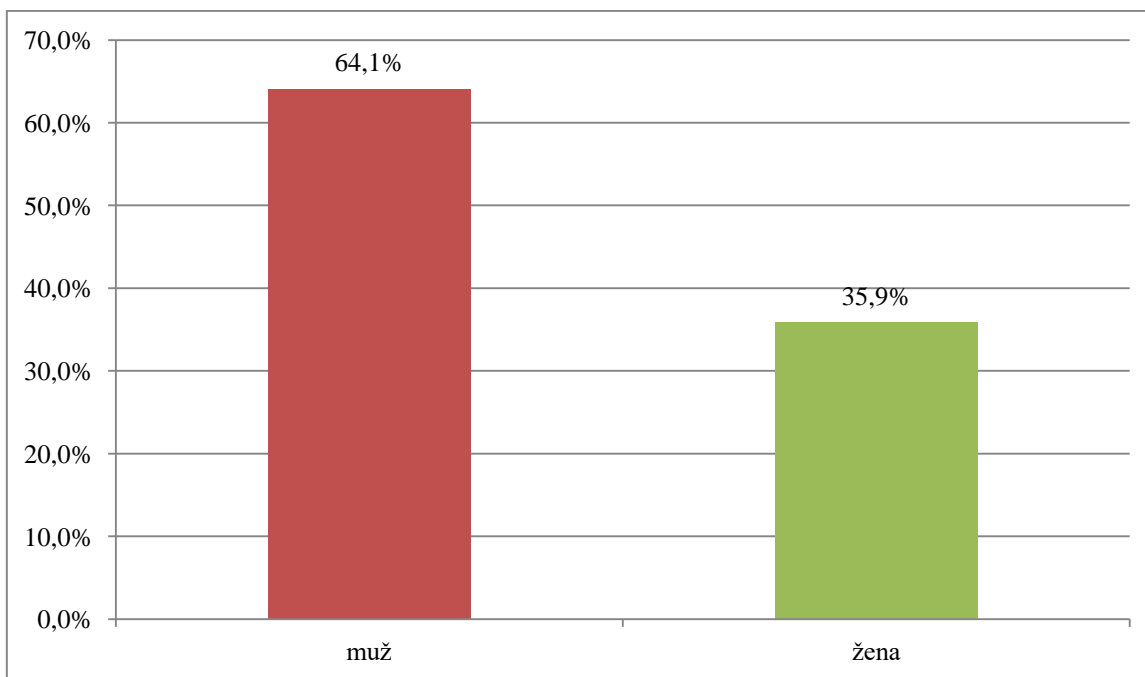
Graf 1a Věk respondentů



Z celkového počtu 117 (100 %) dotazovaných respondentů je pouze 1 (0,9 %) respondent ve věku 18 – 30let, 7 (6,0 %) ve věku 31 – 45 let, 20 (17,1 %) ve věku 46 – 60 let, 32 (27,4 %) ve věku 76 – 90 let. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti ve věku 61 – 75 let a to 57 (48,7 %).

Otázka č. 1b: Jste muž nebo žena?

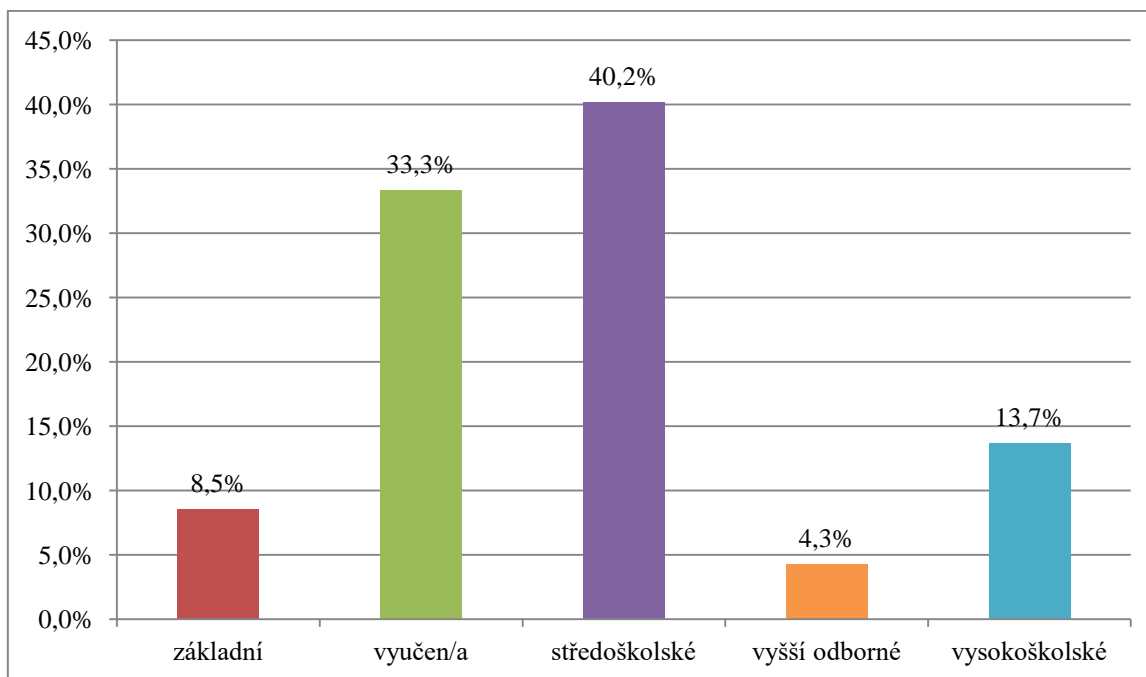
Graf 1b Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů bylo osloveno 75 (64,1 %) mužů a 42 (35,9 %) žen.

Otázka č. 1c: Nejvyšší dosažené vzdělání?

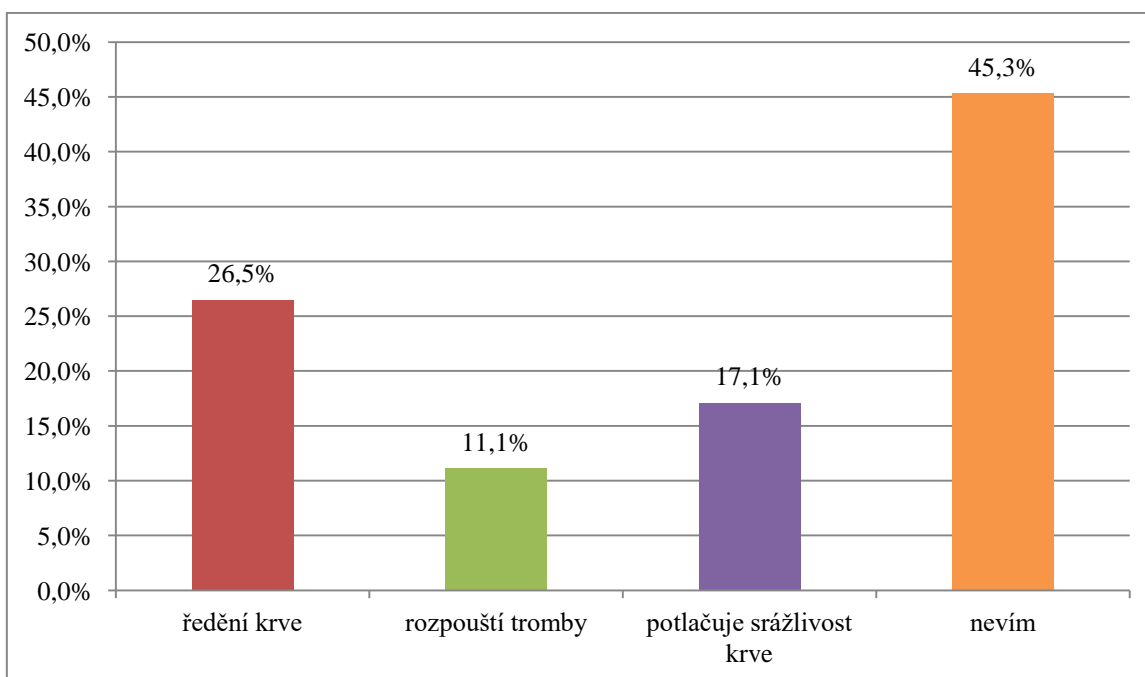
Graf 1c Vzdělání respondentů



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů mělo 10 (8,5 %) základní vzdělání, 39 (33,3 %) je vyučeno, 47 (40,2 %) středoškolské vzdělání, 5 (4,3 %) vyšší odborné a 16 (13,7 %) vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 2: Co je antikoagulační léčba?

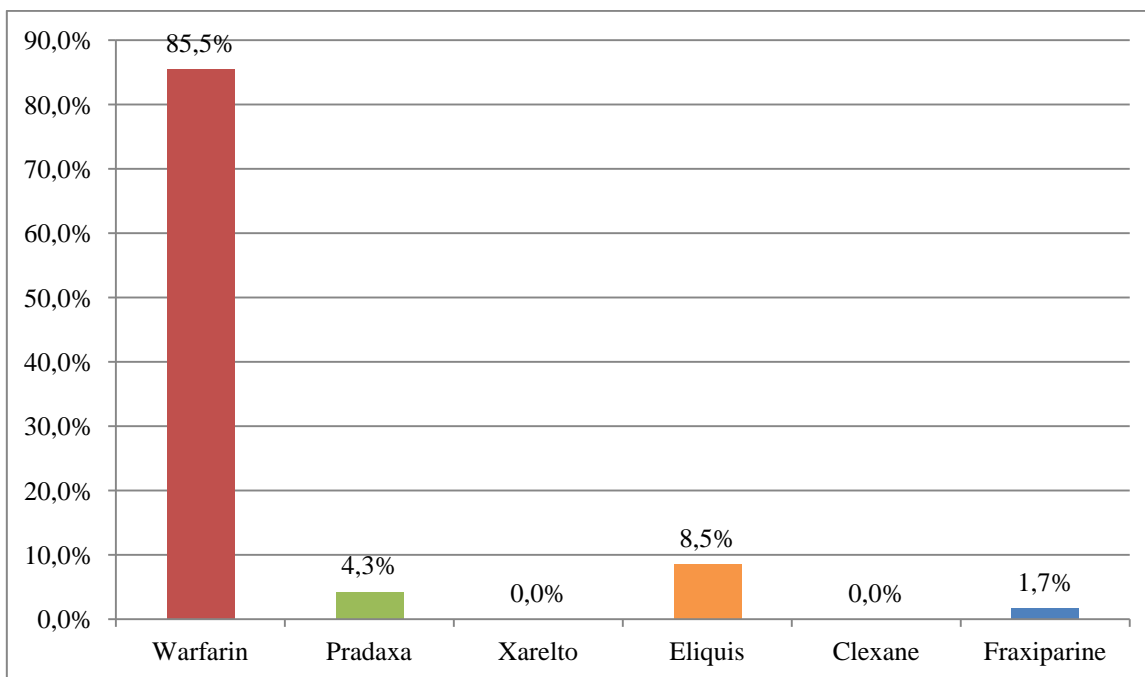
Graf 2 Účinek antikoagulační léčby



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů uvedlo 31 (26,5 %) jako odpověď ředění krve, 13 (11,1 %) že rozpouští tromby, 20 (17,1 %) odpovědělo nejpřesněji, že antikoagulační léčba potlačuje srážlivost krve a 53 (45,3 %) respondentů nezná účinek antikoagulační léčby.

Otázka č. 3: Jaký druh antikoagulační terapie užíváte?

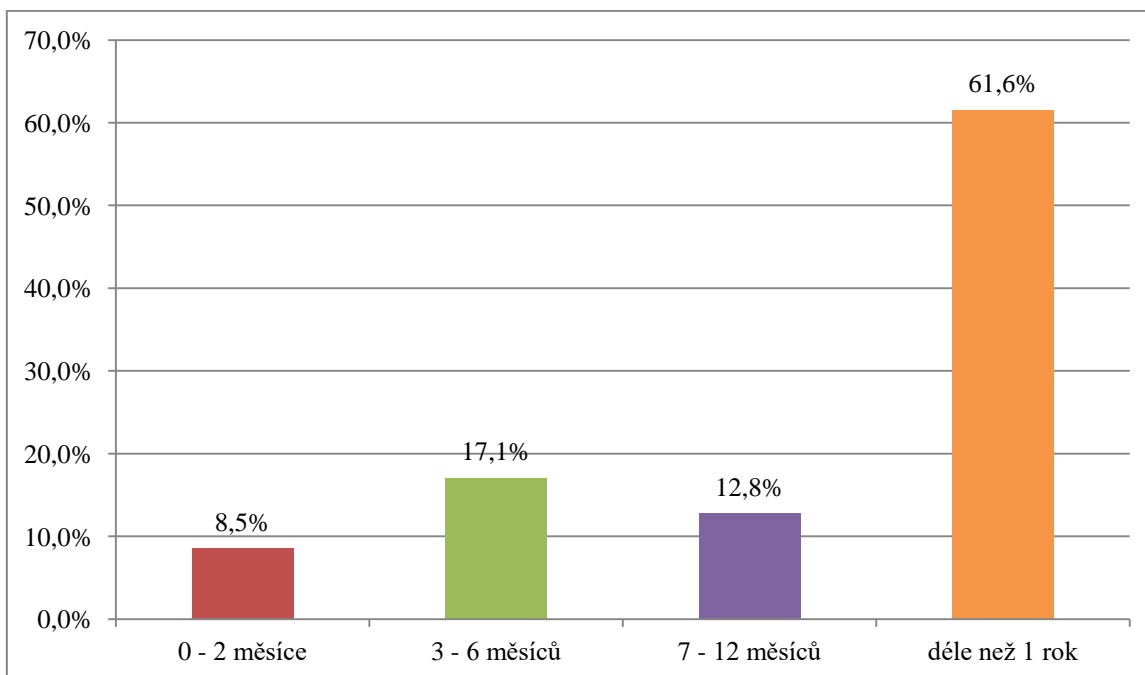
Graf 3 Druhy antikoagulační léčby



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů užívá 100 (85,5 %) Warfarin, 10 (8,5 %) Elixquis, 5 (4,3 %) Pradaxu, 2 (1,7 %) Fraxiparine a lék Clexane a Xarelto nevedl žádný respondent.

Otázka č. 4: Jak dlouho lék užíváte?

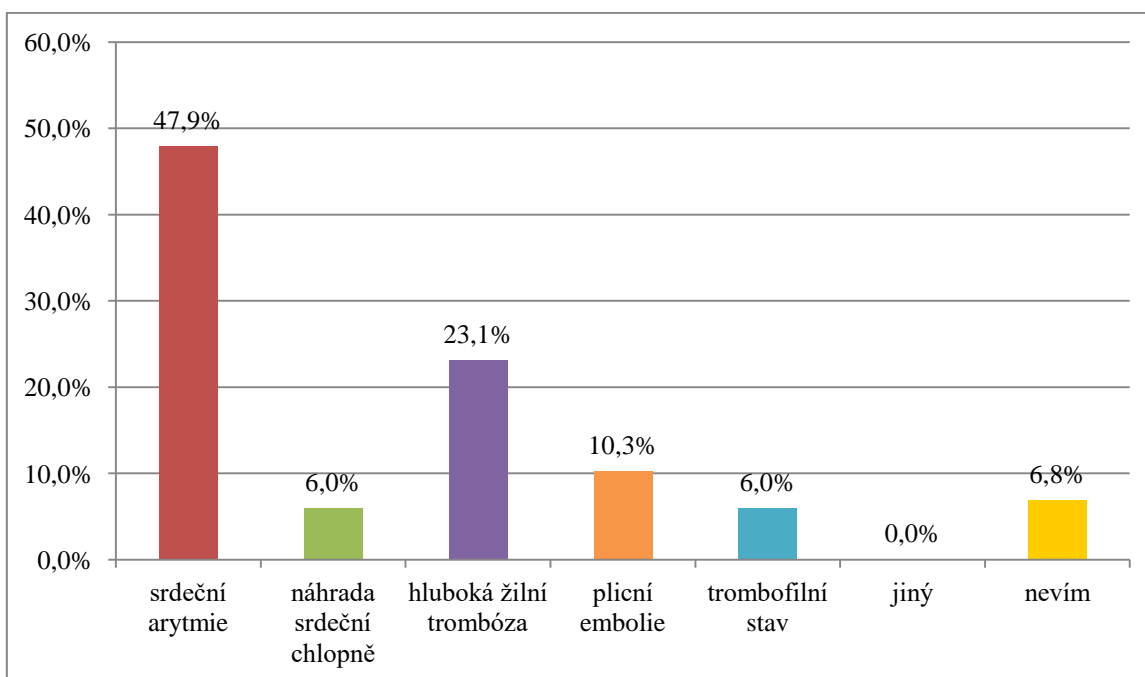
Graf 4 Doba užívání léku



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů, 10 (8,5 %) označilo dobu užívání menší než 2 měsíce, 20 (17,1 %) uvedlo 3 – 6 měsíců, 15 (12,8 %) užívá po dobu 7 – 12 měsíců a nejvíce respondentů 72 (61,6 %) užívá lék déle než 1 rok.

Otázka č. 5: Z jakého důvodu Vám byl antikoagulační lék předepsán?

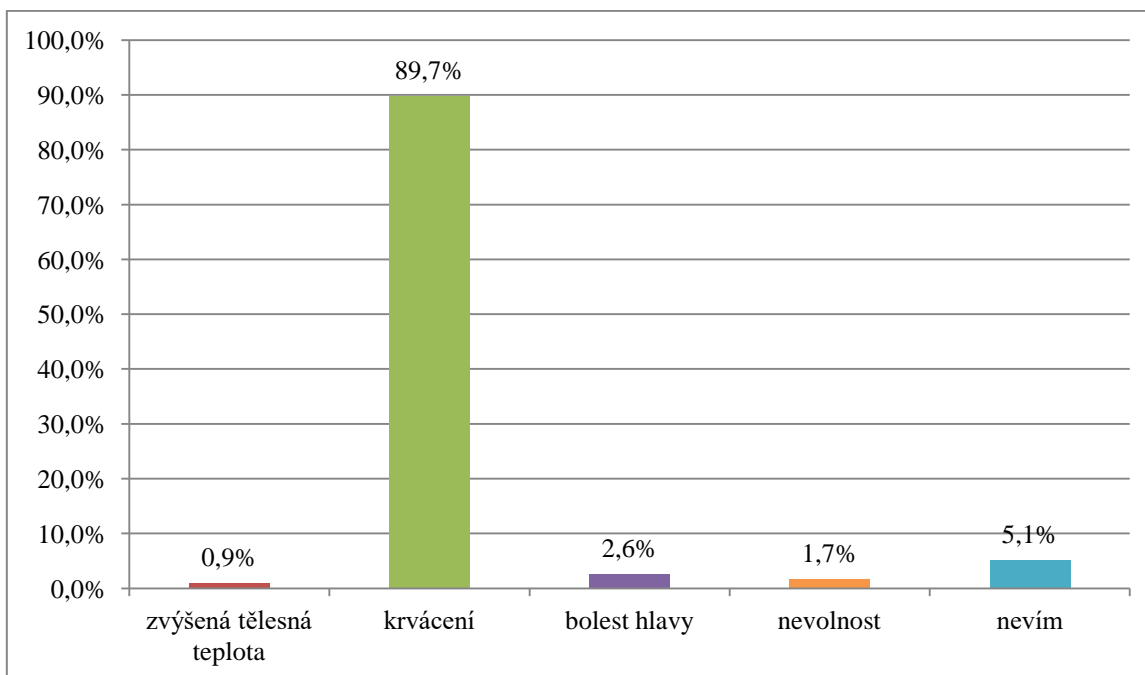
Graf 5 Důvod užívání antikoagulancia



Z uvedeného grafu vyplývá, že nejvíce 56 (47,9 %) respondentů užívá léčbu z důvodu srdeční arytmie, jako druhou nejčastější diagnózu, hlubokou žilní trombózu označilo 27 (23,1 %), po prodělané plicní embolii užívá lék 12 (10,3 %) respondentů, z důvodu náhrady srdeční chlopně 7 (6,0 %) a stejně 7 (6,0 %) respondentů uvedlo trombofilní stav. Odpověď jiné nevyužil žádný respondent. Důvod předepsání antikoagulačního léku nezná 8 (6,8 %) respondentů.

Otázka č. 6: Jaká je nejobávanější komplikace antikoagulační terapie?

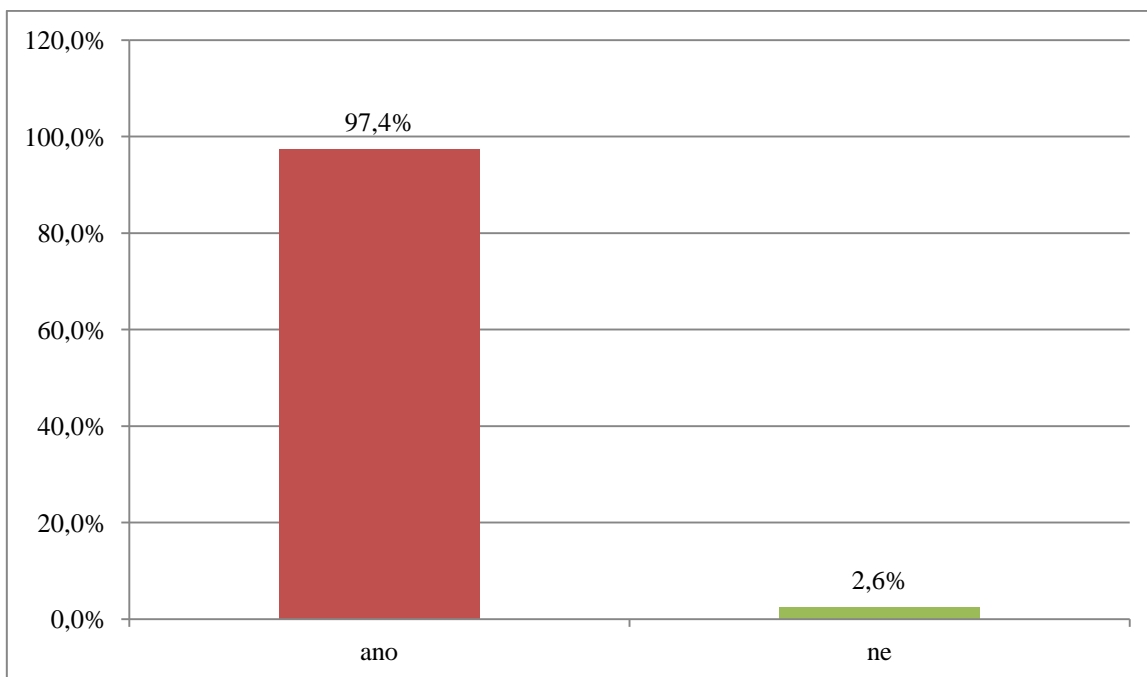
Graf 6 Komplikace antikoagulační léčby



Na otázku, jaká je nejobávanější komplikace antikoagulační terapie, bylo z celkového počtu 117 (100 %) odpovědí uvedeno krvácení ve 105 (89,7 %) případech odpovědí, bolest hlavy ve 3 (2,6 %), nevolnost ve 2 (1,7 %) a zvýšená tělesná teplota v 1 (0,9 %) případě odpovědi. Odpověď „nevím“ označilo 6 (5,1 %) respondentů.

Otázka č. 7: Znáte svoji současnou užívanou dávku antikoagulačního léku?

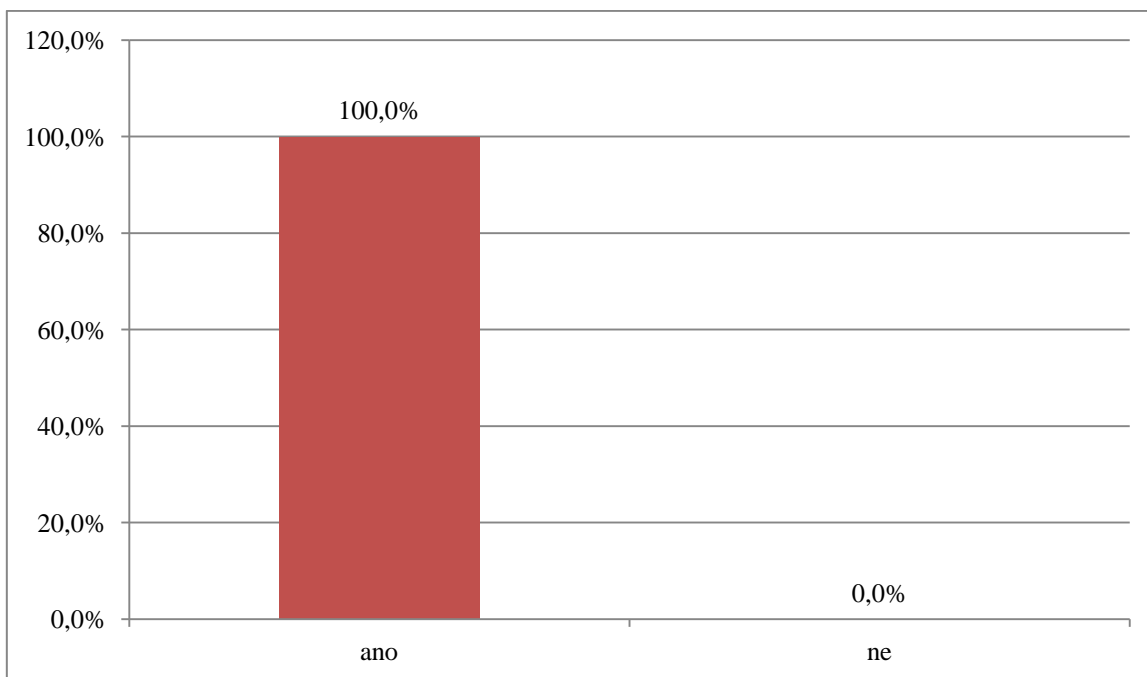
Graf 7 Znalost užívané dávky



Z celkového počtu odpovědí, většina 114 (97,4 %) respondentů uvedla odpověď „ano“ a odpověď „ne“ pouze 3 (2,6 %).

Otázka č. 8: Byly Vám poskytnuty informace o antikoagulačním léku a léčebném režimu?

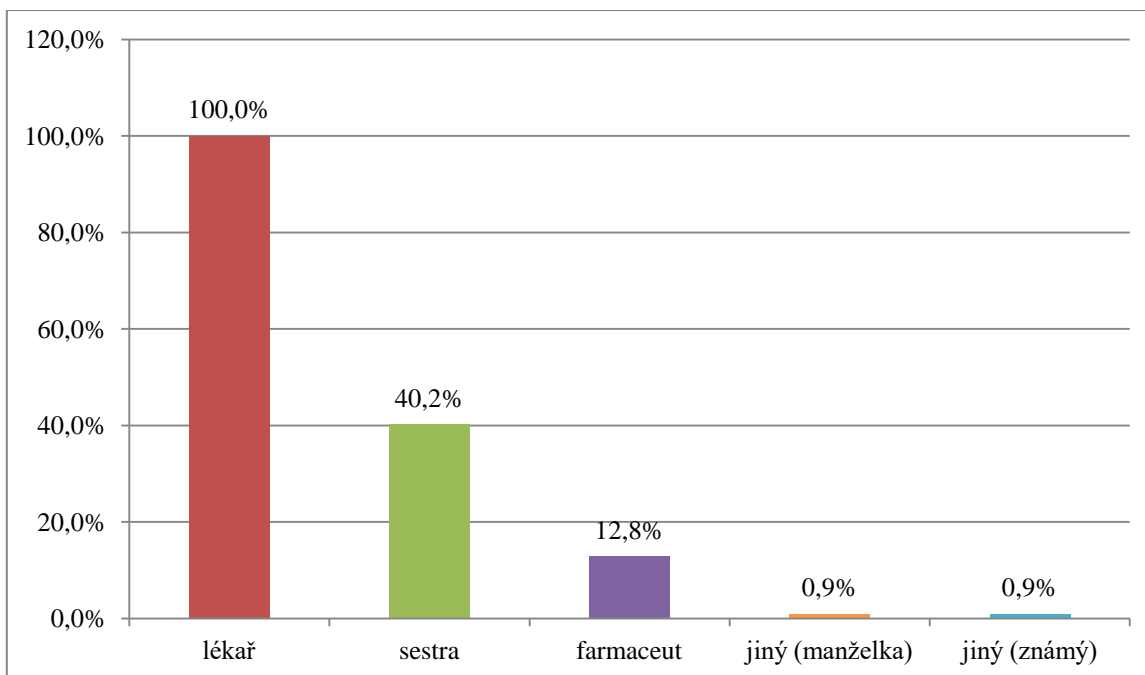
Graf 8 Poskytnutí informací o léku a léčebném režimu



Na otázku, zda byly poskytnuty informace o antikoagulačním léku a léčebném režimu, odpovědělo „ano“ všech 117 (100 %) respondentů.

Otázka č. 9: Kdo Vám poskytl potřebné informace o antikoagulačním léku a léčebném režimu?

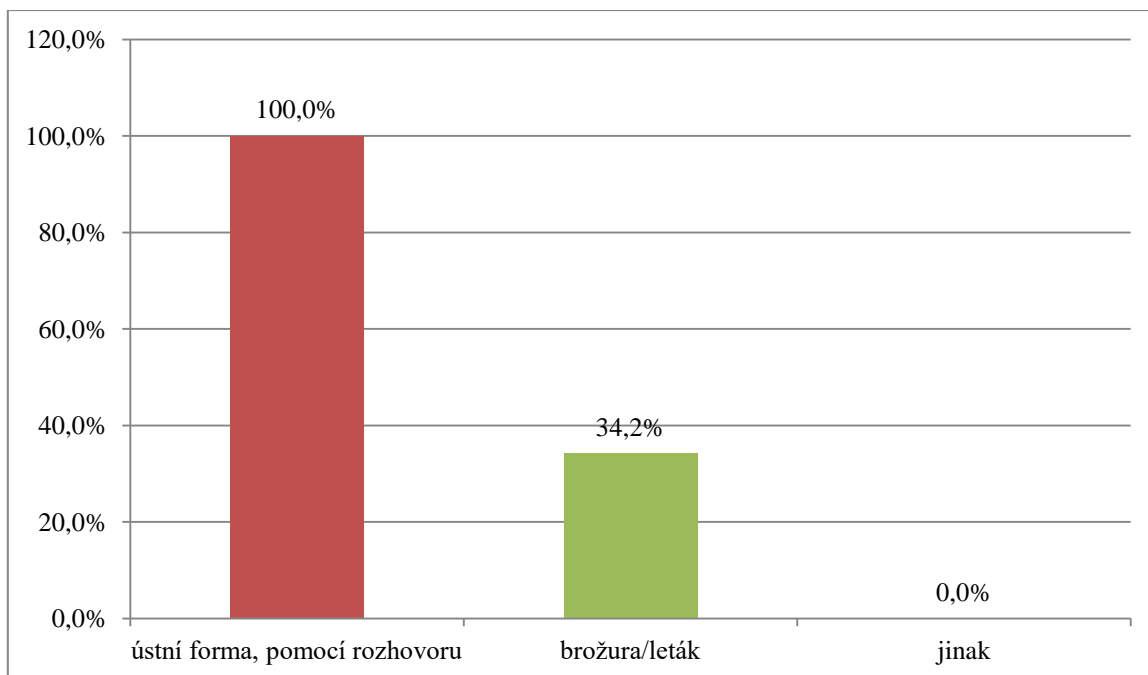
Graf 9 Zdroj edukace



Na otázku č. 9 měli respondenti možnost označit více odpovědí. Z grafu je patrné, že 117 (100 %) respondentům poskytl informace o antikoagulačním léku lékař, z toho u 47 (40,2 %) respondentů se na edukaci podílela sestra, u 15 (12,8 %) také farmaceut a odpověď „jiný“ využili 2 (1,7 %) respondenti, kdy jeden uvedl manželku a další svého známého.

Otázka č. 10: Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace ohledně antikoagulační léčby?

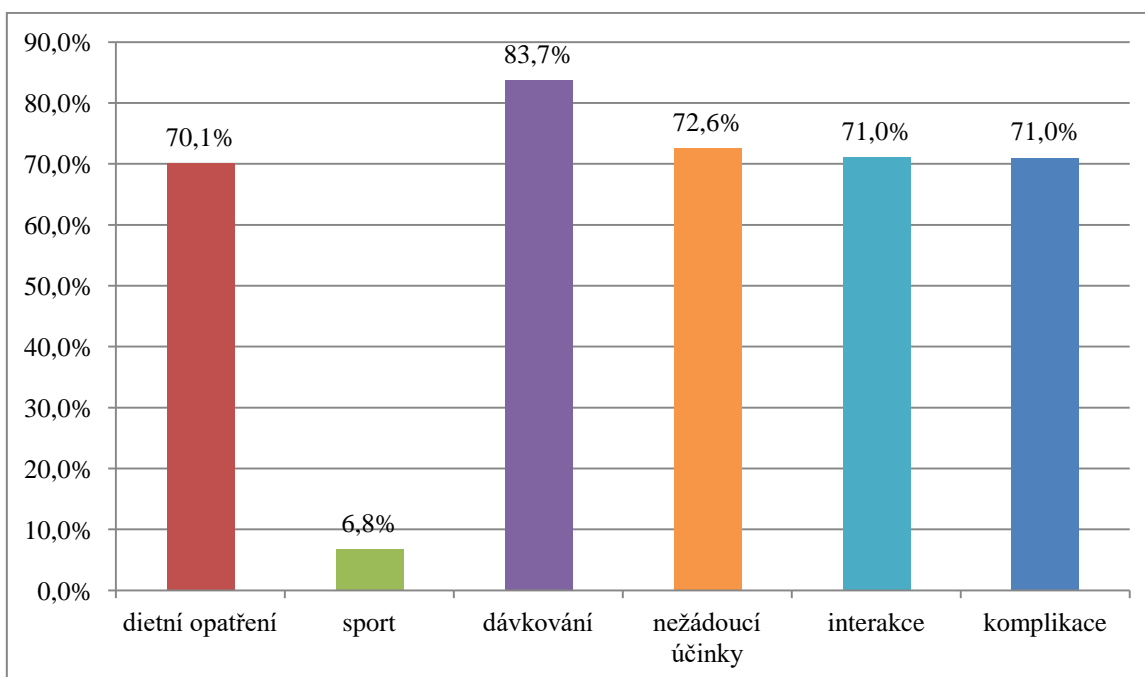
Graf 10 Způsob edukace



I na otázku č. 10 měli respondenti na výběr více možností. Z grafu vyplývá, že všem 117 (100 %) respondentům byly podány informace ústní formou a z toho jen 40 (34,2 %) respondentů obdrželo informační leták či brožuru. Jiný způsob informací nikdo nevedl.

Otázka č. 11: V kterých oblastech jste byl/a informována?

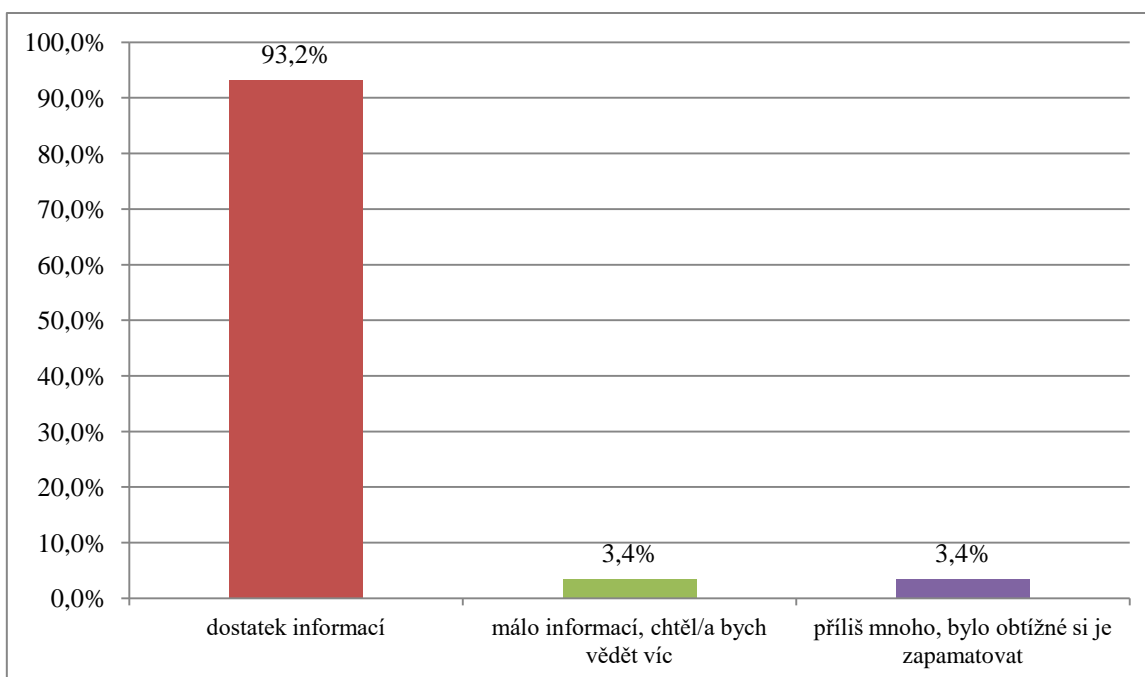
Graf 11 Oblasti edukace



U této otázky z oblasti edukace, měli respondenti možnost více odpovědí. Graf 11 nám přehledně ukazuje počet odpovědí v různých oblastech edukace. Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů bylo edukováno 98 (83,7 %) v oblasti dávkování/aplikace léků, 85 (72,6 %) bylo informováno o nežádoucích účincích léku, 83 (71 %) o komplikacích spojených s užíváním léku, 83 (71 %) o vzájemném ovlivnění s jinými léky, 82 (70,1 %) o dietním opatření. Jen 8 (6,8 %) respondentům byly podány informace týkající se sportu.

Otázka č. 12: Kolik informací o antikoagulační léčbě Vám poskytl lékař/sestra?

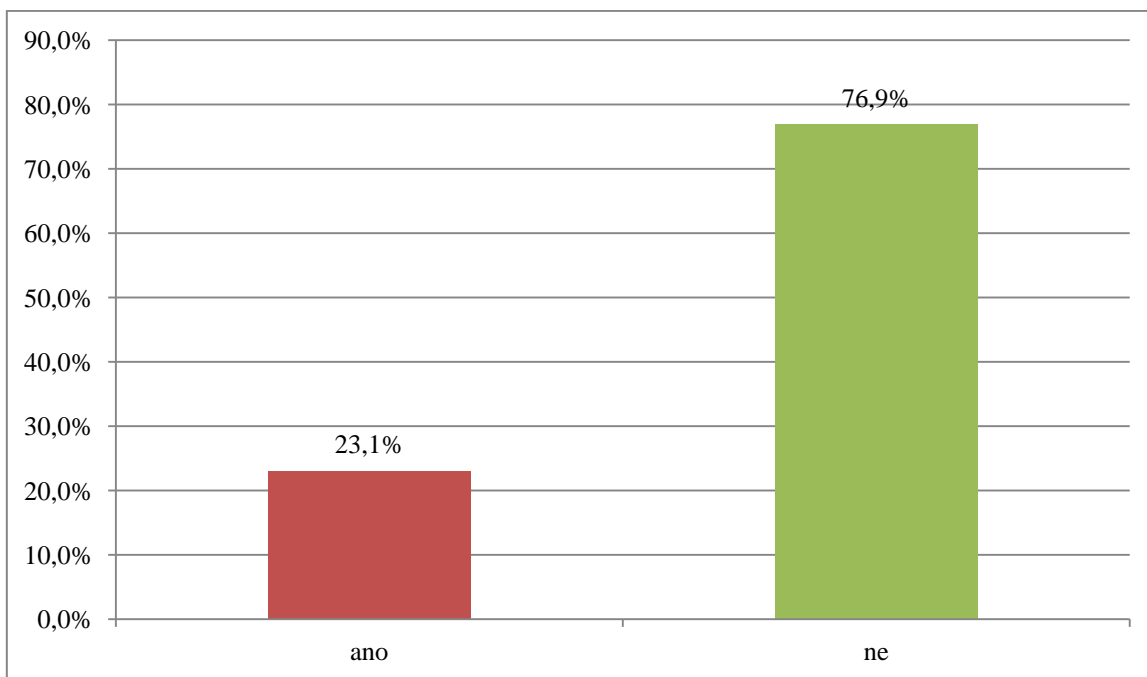
Graf 12 Množství informací



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů dostalo 109 ((93,2 %) dostatek informací, 4 (3,4 %) si myslí, že málo, chtěli by dostat více a 4 (3,4 %) respondenti uvedli, že příliš mnoho, že bylo obtížné si je zapamatovat.

Otázka č. 13: Byl u poskytování informací přítomný někdo z příbuzných/známých?

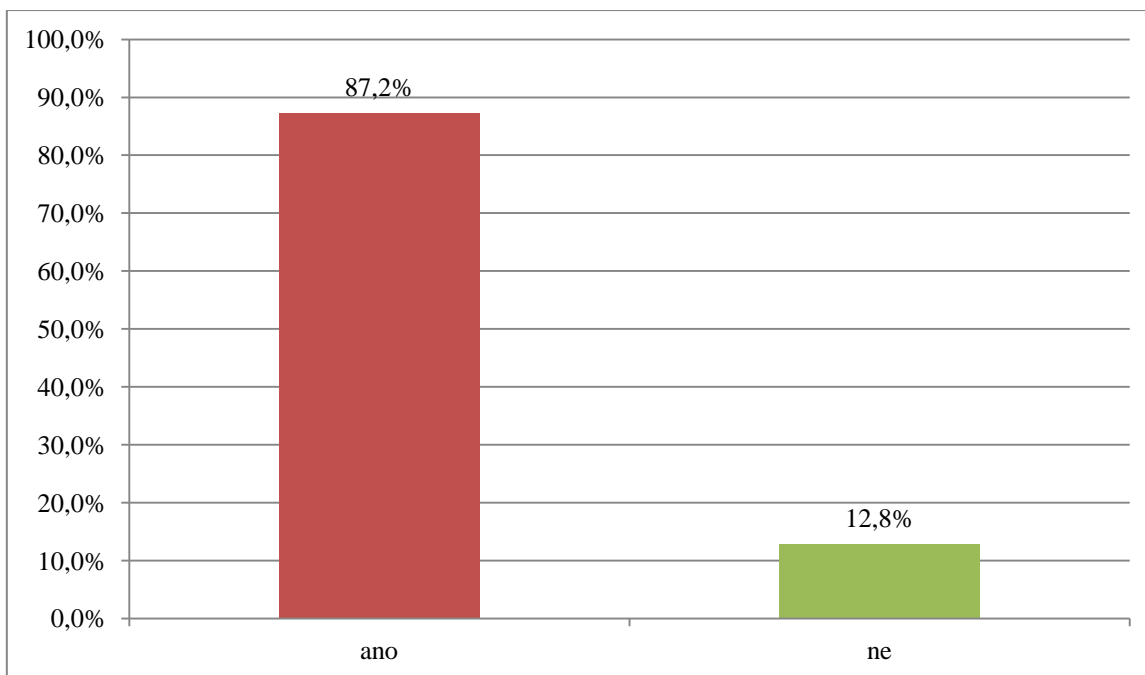
Graf 13 Edukace příbuzných/známých



Graf 13 znázorňuje, že u 90 (76,9 %) respondentů neproběhla edukace příbuzných či známých a jen u 27 (23,1 %) byl informován někdo z příbuzných či známých.

Otázka č. 14: Bylo během léčby u Vás provedeno opakované poskytnutí informací o antikoagulační léčbě?

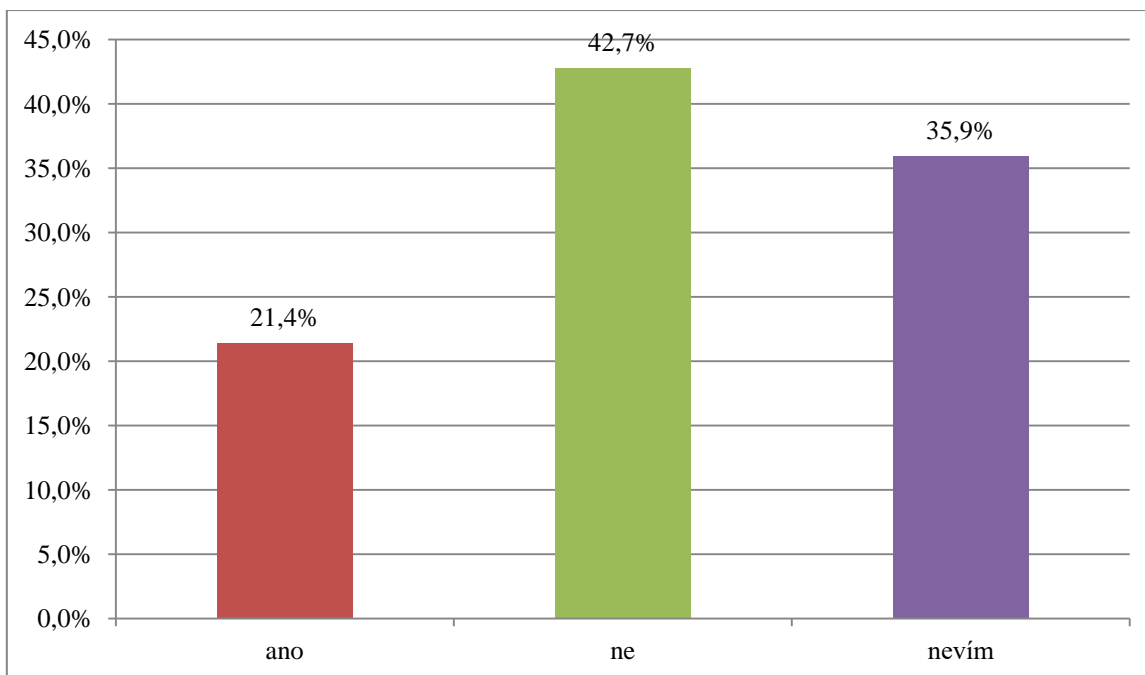
Graf 14 Opakovaná edukace



Z celkového počtu odpovědí, 102 (87,2 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“ a odpověď „ne“ uvedlo pouze 15 (12,8 %) respondentů.

Otázka č. 15: Uvítal/a byste opětovné poskytování informací o antikoagulační léčbě edukační sestrou?

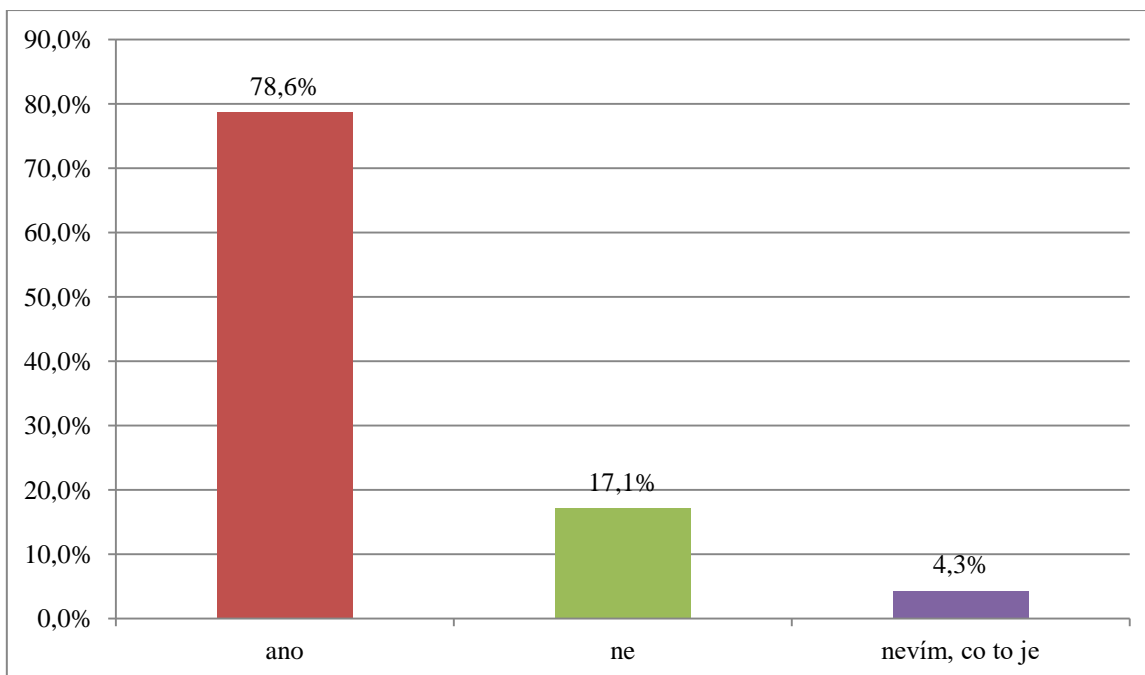
Graf 15 Využití edukační sestry



Z grafu 15 vyplývá, že 50 (42,7 %) respondentů by nevyužilo edukační sestru, 42 (35,9 %) označilo odpověď „nevím“ a 25 (21,4 %) respondentů by uvítalo opětovné poskytování informací edukační sestrou.

Otázka č. 16: Vlastníte informační kartu/průkaz, která obsahuje základní údaje o Vás a antikoagulační léčbě?

Graf 16 Informační karta/průkaz



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů vlastní informační kartu/průkaz 92 (78,6 %) respondentů, informační kartu nevlastní 20 (17,1 %) a 5 (4,3 %) nezná pojem informační karta.

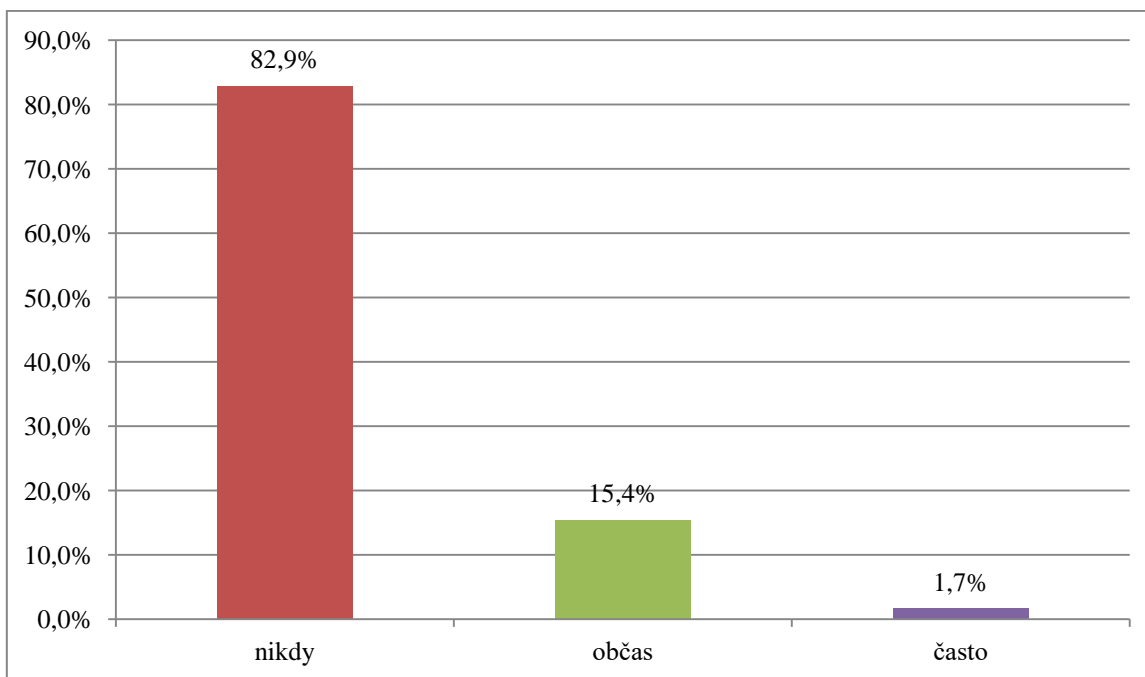
Tabulka č. 2 Uložení karty

Uložení karty	Počet	Procenta
Mám ji vždy při sobě	59	50,4 %
Nosím ji jen k lékaři	20	17,1 %
Nenosím ji s sebou	13	11,1 %
celkem	92	78,6 %

Tabulka č. 2 přehledně ukazuje, kam respondenti ukládají nebo kde nosí informační kartu. Z 92 (78,6 %) respondentů ji nosí vždy při sobě 59 (50,4 %), 20 (17,1 %) ji nosí jen k lékaři a 13 (11,1 %) ji s sebou nenesí.

Otázka č. 17: Zapomínáte užít/aplikovat si antikoagulační lék?

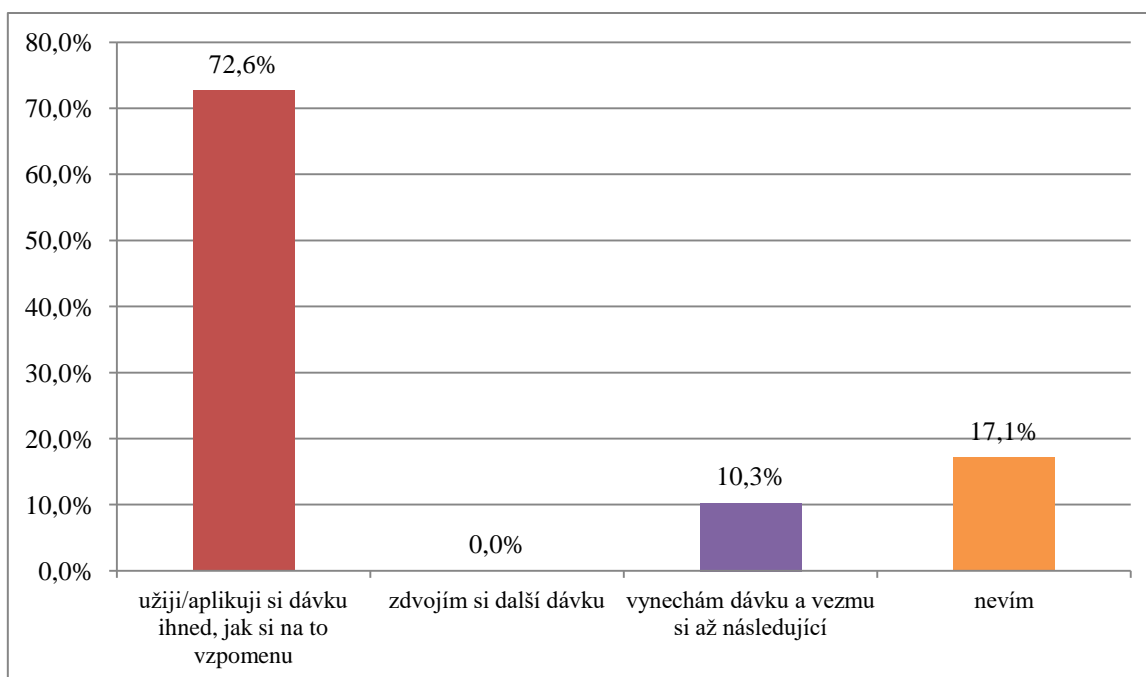
Graf 17 Zapomínání léku



Většina respondentů, tj. 97 (82,9 %) nikdy nezapomíná užít antikoagulační lék, 18 (15,4 %) uvedlo, že občas zapomene a pouze 2 (1,7 %) respondenti často zapomínají užít antikoagulační lék.

Otázka č. 18: Jak se zachováte, pokud zapomenete užít dávku léku?

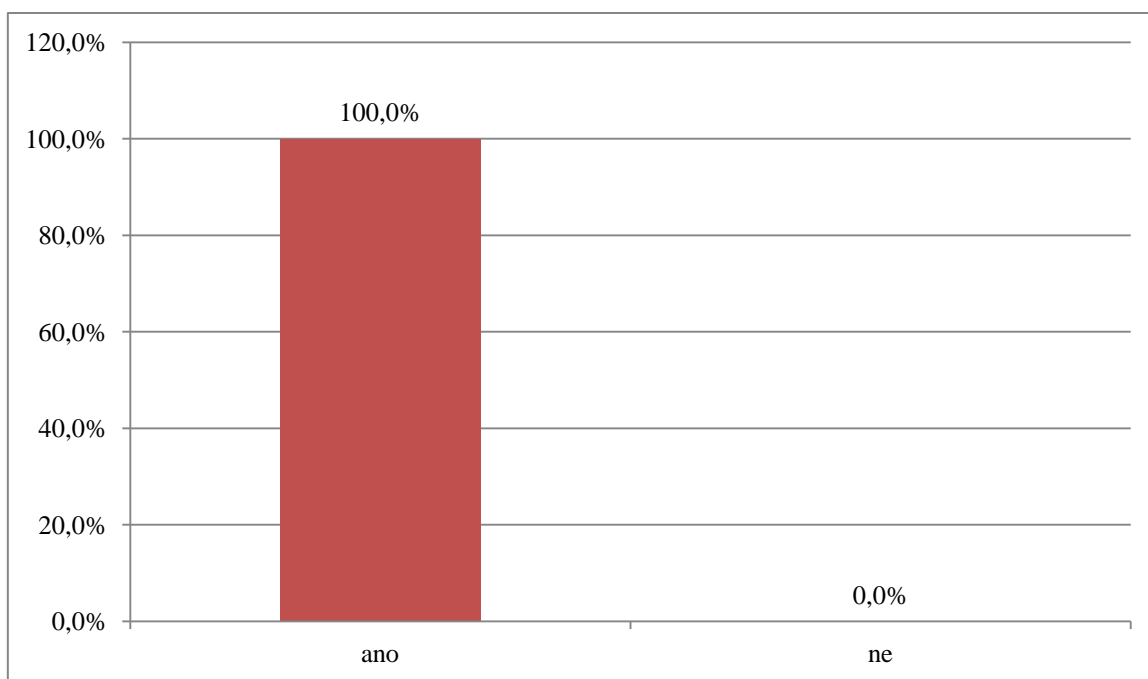
Graf 18 Řešení zapomenuté dávky léku



Na otázku, jak se zachováte, pokud zapomenete užít dávku léku, správně odpovědělo 85 (72,6 %) respondentů, že užijí dávku ihned, jak si na to vzpomenu. Odpověď „vynechám dávku a vezmu si následující“, označilo 12 (10,3 %) respondentů a 20 (17,1 %) neví, jak by se zachovalo. Odpověď „zdvojm si další dávku“, neoznačil nikdo (0 %).

Otázka č. 19: Navštěvujete svého lékaře vždy včas, aby Vám předepsal další balení léku?

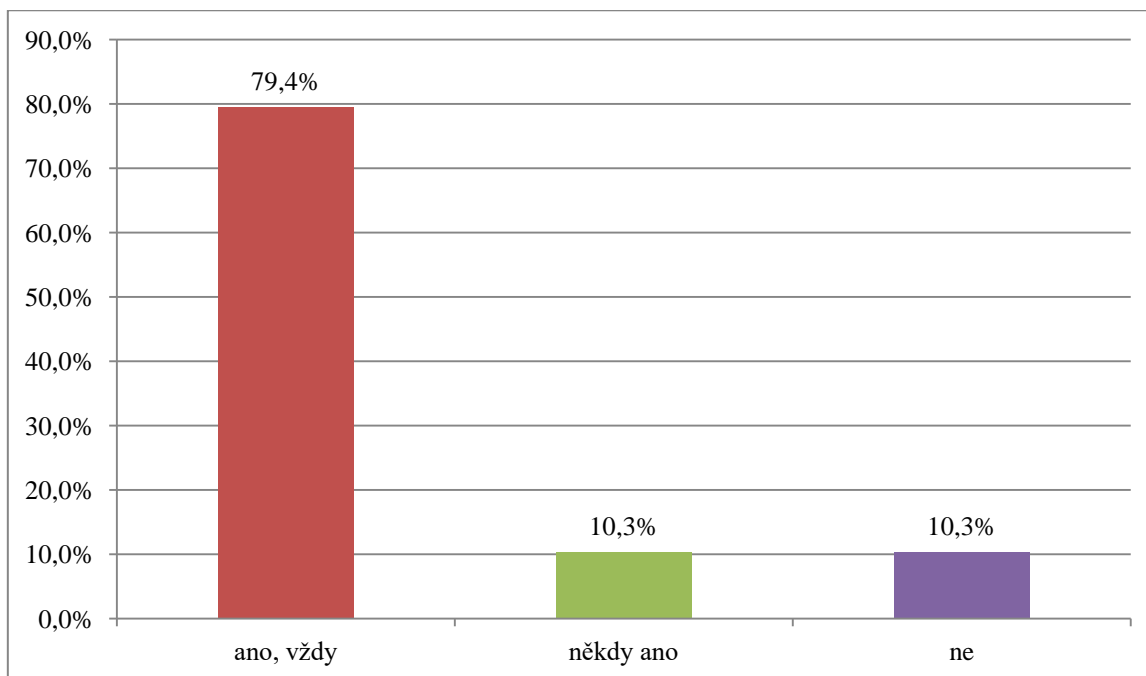
Graf 19 Návštěva lékaře



Všech 117 (100 %) respondentů navštěvuje svého lékaře včas, aby jim předepsal další balení antikoagulačního léku.

Otázka č. 20: Konzultujete se svým lékařem změny, které by mohly ovlivnit antikoagulační léčbu (např. pobyt v zahraničí, vytržení zubu, plánovaný chirurgický výkon, užívání jiných léků...)?

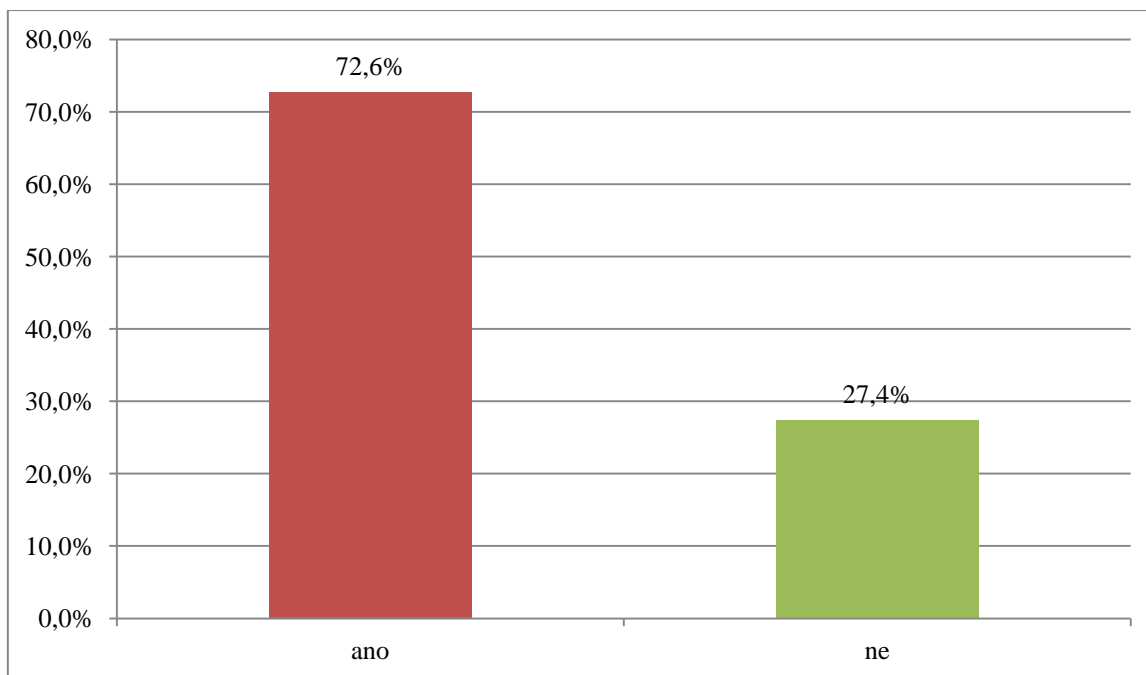
Graf 20 Konzultace s lékařem



Z grafu 20 vyplývá, že 93 (79,4 %) respondentů vždy konzultuje se svým lékařem změny, které mohou ovlivnit účinek antikoagulační léčby. Pouze někdy konzultuje 12 (10,3 %) respondentů a stejný počet 12 (10,3 %) neoznamuje lékaři změny nikdy.

Otázka č. 21: Upozorňujete farmaceuta v lékárně při koupi jakéhokoliv léku/doplňku stravy o užívání antikoagulačního léku?

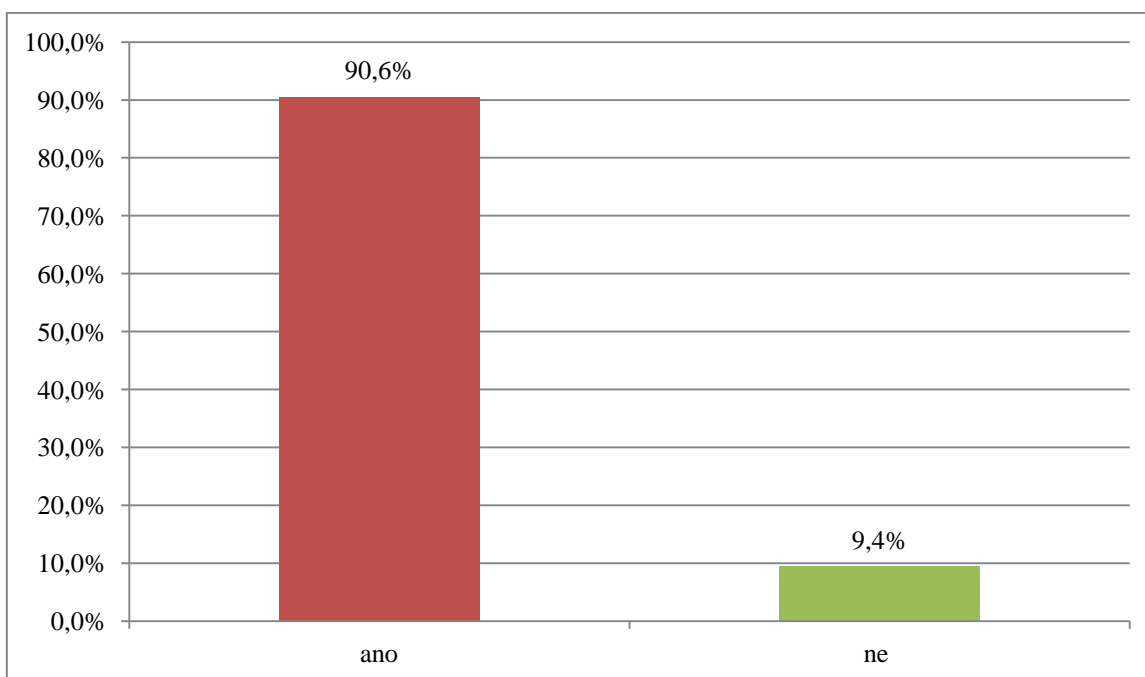
Graf 21 Upozornění farmaceuta



Z celkového počtu 117 (100 %) upozorňuje farmaceuta při koupi jakéhokoliv léku či doplňku stravy 85 (72,6 %) respondentů a 32 (27,4 %) nikoliv.

Otázka č. 22: Vyhovuje Vám nastavená antikoagulační léčba?

Graf 22 Spokojenost s lékem



Jak je možné vidět z grafu 22, většině 106 (90,6 %) respondentům vyhovuje nastavená antikoagulační léčba. Zbývajících 11 (9,4 %) respondentů není spokojeno s antikoagulační léčbou.

Tabulka 3 Důvody nespokojenosti s lékem

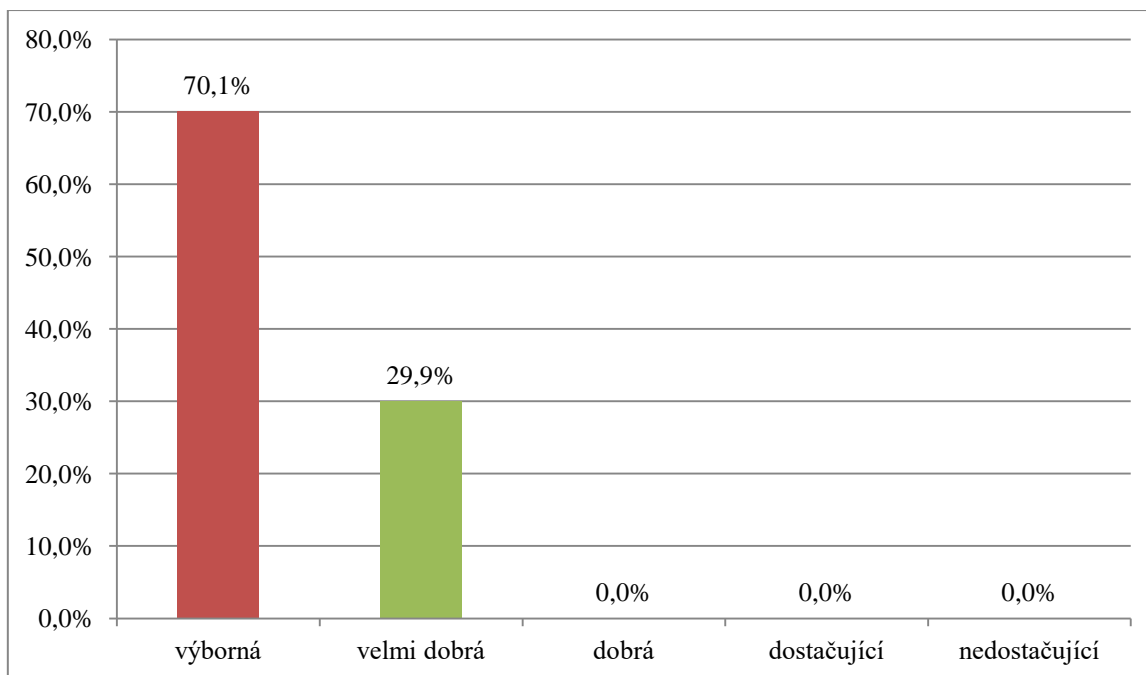
Důvod	Počet	Procenta
Nedůvěřuji léku	1	0,9 %
Nevyhovují mi časté kontroly u lékaře	4	3,4 %
Nevyhovuje mi stravovací omezení	3	2,6 %
Lék má mnoho nežádoucích účinků	2	1,7 %
Složité dávkování léku	1	0,9 %
Celkem	11	9,4 %

Tabulka blíže specifikuje, z jakého důvodu 11 (9,4 %) respondentů není spokojeno s lékem. Nejvíce respondentů 4 (3,4 %) odpovědělo, že jim nevyhovují časté kontroly, dalším 3 (2,6 %) nevyhovuje stravovací omezení, 2 (1,7 %) respondentům vadí mnoho

nežádoucích účinků, 1 (0,9 %) respondent označil jako důvod nespokojenosti složité dávkování a také 1 (0,9 %) nedůvěřuje léku vůbec.

Otázka č. 23: Vyjádřete známkou 1-5 jak hodnotíte spolupráci se svým ošetřujícím lékařem?

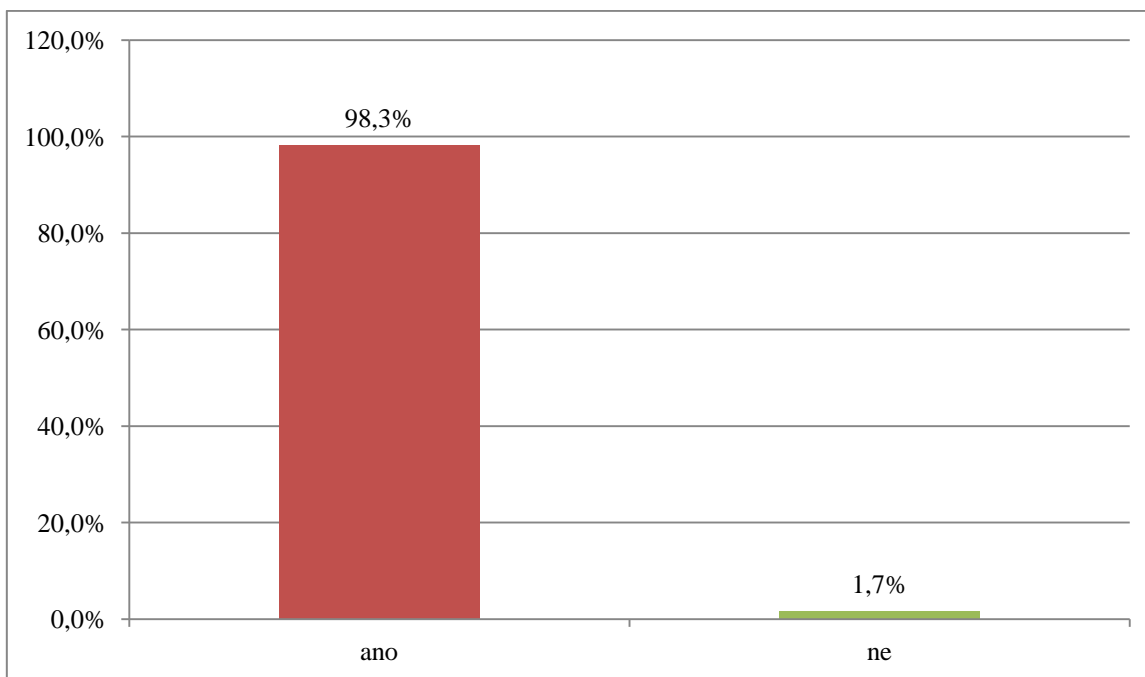
Graf 23 Hodnocení spolupráce s lékařem



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů hodnotí 82 (70,1 %) respondentů spolupráci s ošetřujícím lékařem jako výbornou a 35 (29,9 %) jako velmi dobrou. Možnost „dobrou“, „dostačující“ a „nedostačující“ spolupráci neoznačil žádný (0 %) respondent.

Otázka č. 24: Dostáváte od lékaře prostor k vyjádření svých názorů/přání/připomínek?

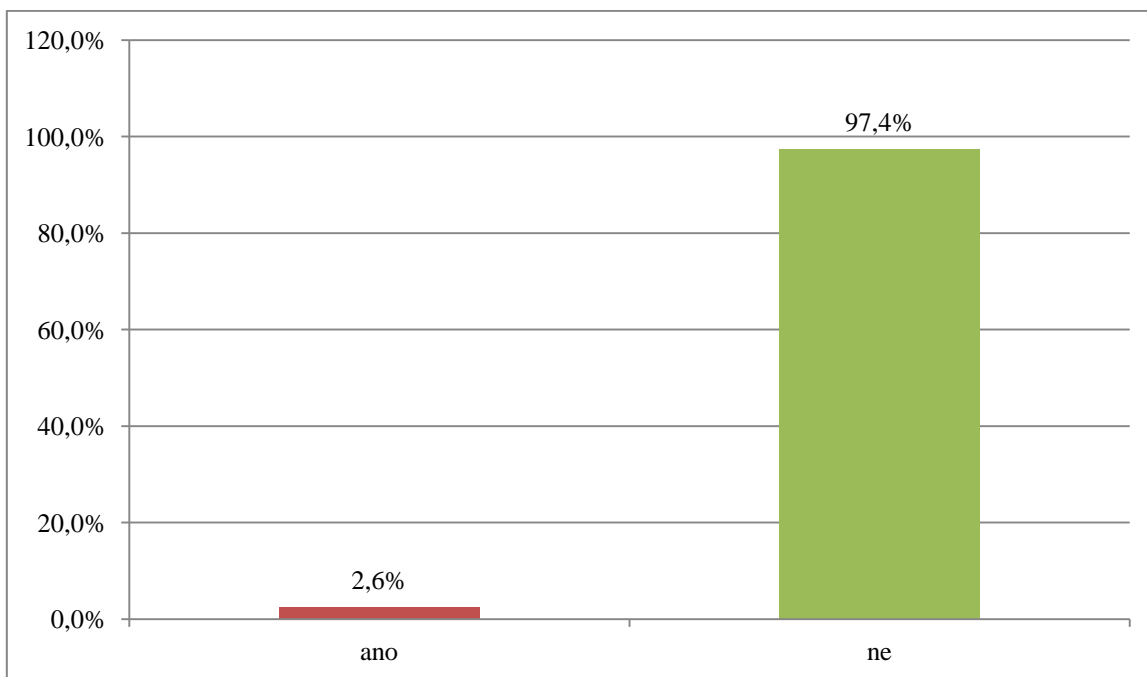
Graf 24 Dotazy na lékaře



V grafu 24, který se týká otázky, zda respondenti dostávají prostor k vyjádření svých názorů, přání, připomínek, převládá odpověď „ano“, kterou uvedlo 115 (98,3 %) respondentů. Odpovědi „ne“ využili pouze 2 (1,7 %) respondenti.

Otázka č. 25: Přemýšlíte o změně ošetřujícího lékaře?

Graf 25 Změna lékaře



Z celkového počtu 117 (100 %) respondentů převážná většina 114 (97,4 %) nepřemýšlí o změně ošetřujícího lékaře, pouze 3 (2,6 %) uvažují o změně lékaře.

14 DISKUZE

V posledních letech narůstá počet pacientů, kteří jsou často dlouhodobě či doživotně odkázáni na léčbu antikoagulancii, ať už se jedná o subkutánní aplikaci nebo perorální užívání. Antikoagulační léčba přináší pacientům samozřejmě velký prospěch, ale bohužel je sama potenciálním zdrojem významných a nebezpečných nežádoucích účinků léčby. Protože má tato léčba mnoho úskalí, vyžaduje poměrně časté kontroly účinnosti a bezprostřední dozor zdravotníků. Cílem zdravotnického týmu je pomocí efektivní komunikace a cestou edukačního procesu docílit optimální spolupráce a spoluúčasti pacienta na léčebném a ošetrovatelském procesu. Klíčový význam zde tedy má informovanost související s edukací, jejím hodnocením a posilováním.

Cíl 1: Zjistit informovanost pacienta o užívající antikoagulační terapii.

Předpoklad 1: Předpokládám, že většina pacientů má informace o své antikoagulační terapii.

Očekávaný výsledek se mi v předpokladu č. 1 potvrdil. Z mého dotazníkového šetření plyne, že většina pacientů má informace o své antikoagulační terapii. Všichni dotazovaní respondenti znají název užívajícího antikoagulačního léku. Z otázky č. 3 jsem zjistila, že nejčastějším antikoagulačním lékem je antagonist vitamínu K, Warfarin, uvedlo jej 85,5 % respondentů. Dalších 12,8 % respondentů uvedlo lék Pradaxa a Eliquis ze skupiny nových NOAC. Subkutánně podávaný lék Fraxiparine označili pouze 2 respondenti. V dotazníkovém šetření se mi potvrdilo, že i když Warfarin přináší mnoho rizik a současný farmaceutický trh nabízí několik léků NOAC, u kterých nejsou nutné časté laboratorní a ambulantní kontroly, je pro lékaře stále první volbou Warfarin. Největší část dotazovaných respondentů tvořila skupina pacientů užívajících lék déle než jeden rok, lék berou dlouhodobě či doživotně a tím se mi potvrdila domněnka, že mají o léku nejvíce informací. Pouze 8,5 % dotazovaných užívalo terapii méně než 3 měsíce. Indikaci k terapii znala převážná většina dotazovaných respondentů, tj. 93,2 %, z toho 59,9 % tvořily diagnózy s doživotní terapií. Největší zastoupení 47,9 % měly srdeční arytmie. Jen 6,8 % respondentů neznalo důvod užívání. Výsledky jsem porovnala se studií s názvem „Povědomí pacientů o bezpečném užívání orální antikoagulace bez možnosti vlastní monitorace: základní výzkum v primární péči“, která probíhala v Německu v roce 2014.(6) Dotazníkové šetření se uskutečnilo u 22 praktických lékařů a bylo osloveno celkem 345

respondentů. Studie zjišťovala znalosti pacientů týkající se bezpečnosti užívání perorálních antikoagulancií, chování pacientů při výskytu nežádoucích účincích či komplikací a jejich edukaci. Zde také největší zastoupení v indikaci měla fibrilace síní (70 %) a pouze 5 % respondentů neznalo důvod užívání. Výsledky ohledně doživotní terapie jsou obdobné s mým dotazníkovým šetřením, proto si myslím, že vzhledem k nárůstu stárnoucí populace bude těchto pacientů užívajících antikoagulancia přibývat. Na vědomostní otázku týkající se nejobávanější komplikace léčby, uvedlo správně krvácení celých 89,7 % respondentů. Je to celkem vysoké číslo a myslím si, že riziko krvácení se dostalo do jejich povědomí. Další pozitivní výsledek přinesla otázka č. 7, kdy 97,4 % respondentů zná současnou dávku antikoagulačního léku. Na otevřenou otázku, jak působí antikoagulační léčba, odpovědělo nejpřesněji 17,1 % respondentů, kteří uvedli, že léčba potlačuje srážení krve. Největší zastoupení (26,5 %) měla laická odpověď „ředění krve“. Bohužel 45,3 % respondentů nezná účinek antikoagulační léčby. I kdybychom do správných odpovědí zařadili také ne odbornou laickou odpověď „ředění krve“, stále nám vychází, že účinek antikoagulační terapie zná jen 43,6 % respondentů. I tak považuji tento výsledek za vcelku dobrý, vzhledem k tomu, že tři čtvrtiny respondentů jsou ve věku více než 60 let. Z vypsaných odpovědí vyplynulo, že respondentům dělalo největší potíží správně zformulovat odpověď.

Cíl č. 1 jsem splnila.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou pacienti efektivně edukováni lékařem a sestrou.

Předpoklad 2: Předpokládám, že většina pacientů je efektivně edukována lékařem a sestrou.

Očekávaný výsledek se mi v předpokladu č. 2 potvrdil. Na otázku č. 8 uvedlo všech 117 dotazovaných respondentů, že byli informováni o antikoagulační léčbě a v navazující otázce odpověděli, že byli všichni edukováni lékařem. Bohužel jen ze 40,2 % se na edukaci podílí sestra. Při srovnání s bakalářskou prací Michaely Taperové na podobné téma s názvem „Adherence k terapii u pacientů léčených Warfarinem“, která uvádí účast sestry na edukaci jen 24 % v interní a kardiologické ambulanci v Nemocnici ve Frýdku-Místku, z mého dotazníkového šetření vyplývá, že na INTO AMB došlo k vyššímu (40,2 %) zapojení sester v informovanosti pacienta (30). Vzhledem k tomu, že edukace pacienta je v kompetenci každé všeobecné sestry a je jednou z jejích rolí, je toto číslo stále

nízké. Proto je žádoucí, aby se na edukačním procesu více podílela. Poskytování informací proběhlo u všech dotazovaných ústní formou, tedy rozhovorem pacienta s lékařem. Informační brožuru obdrželo ale jen 34,2 % respondentů, z toho 14,5 % tvoří všichni respondenti užívající NOAC a LMWH. 93,2 % respondentů je spokojeno s množstvím obdržených informací o léku a léčebném režimu. Ve výsledcích otázky č. 11 jsem se zaměřovala na oblasti edukace pacientů. Nejvíce (83,7 %) z celkového počtu respondentů bylo informováno o dávkování léku, 72,6 % o nežádoucích účincích léku a 71 % o jeho komplikacích a shodně o interakci s jinými léky či doplňky stravy, 70,1 % o dietním opatření. Za nedostatek považuji informovanost pacientů v oblasti sportu. I když dotázaných respondentů do 60 let je pouze 24 %, je třeba podávat informace z důvodu možného poranění i při provozování rekreačního sportu všem věkovým kategoriím. Dnešní trend vyzdvihuje neustálý pohyb za účelem zachování mobility člověka a jako prevence sociální izolace. Z mého dotazníkového šetření plyne, že opakované poskytnutí informací se uskutečnilo u 87,2 % respondentů. Zde si myslím, že platí, „opakování je matkou bezpečného podávání antikoagulační terapie“. V další otázce týkající se edukace vidím asi největší prostor k zamyšlení, kdy jen u 23,1% respondentů byla přítomna osoba blízká či příbuzný. Vzhledem k nejvíce zastoupené věkové kategorii respondentů (61-75 let) je vhodné opakovaně nabízet možnost přítomnosti třetí osoby. Jsem přesvědčena, že by se tím zvýšila compliance pacientů. Zajímavým zjištěním pro mne je, že pouze 21,4 % dotazovaných respondentů by mělo zájem o opětovné poskytování informací o této terapii edukační sestrou. Domnívám se tedy, že většina pacientů je spokojena s informacemi, které předá lékař se sestrou v ordinaci a tudíž nechtějí prodlužovat svoji návštěvu v nemocnici.

Cíl č. 2 jsem splnila.

Cíl 3: Zjistit, zda pacienti dodržují režimová opatření týkající se antikoagulační léčby.

Předpoklad 3: Předpokládám, že většina pacientů nedodrhuje režimová opatření týkající se antikoagulační terapie.

Očekávaný výsledek se mi v předpokladu č. 3 nepotvrdil. Otázkou č. 16 jsem zjišťovala, zda respondenti obdrželi informační kartu a jak s ní nakládají. Většina dotazovaných respondentů vlastní informační kartu, ale jen 50,4 % z nich ji nosí vždy při

sobě. Kartu nevlastní 17,1 % a 4,3 % respondentů neví, co informační karta je. Ta obsahuje důležité informace, doporučení a laboratorní hodnoty. Proto si myslím, že by se sestra v edukačním procesu měla zaměřit na nutnost vlastnit informační kartu a klást důraz na nošení průkazu vždy při sobě. Antikoagulační lék nikdy nezapomene užít 82,9 % z dotazovaných respondentů a jen dva uvedli, že zapomínají často lék užít. Je to pro mne velmi příjemné zjištění a doufám, že jelikož byl dotazník anonymní, odpovídali respondenti pravdivě. Na další navazující otázku, jak by se zachovali při zapomenutí užití léku, správně odpovědělo 72,6 % respondentů, že užije lék ihned, jakmile si vzpomene. Všech 100 % respondentů navštěvuje svého ošetřujícího lékaře včas, aby jim mohl předepsat další balení léku. Při návštěvě ambulance konzultuje s ošetřujícím lékařem změny ovlivňující antikoagulační léčbu 79,4 % respondentů. Farmaceuta v lékárně při koupi léku nebo potravinového doplňku upozorňuje o užívání antikoagulancia 72,6 % respondentů. Výsledky jsem srovnala s již zmíněnou studií v Německu, kde pouze 27 % respondentů sděluje užívání antikoagulancia v lékárně. (6) Domnívám se, že i když v mém šetření je výsledné procento velmi uspokojivé, cílenou edukací na tuto oblast by se docílilo ještě vyšší compliance pacienta.

Cíl č. 3 jsem splnila.

Cíl 4: Zjistit, zda pacienti důvěřují ošetřujícímu lékaři.

Předpoklad 4: Předpokládám, že většina pacientů důvěřuje ošetřujícímu lékaři.

Očekávaný výsledek se mi v předpokladu č. 4 potvrdil. V tomto dílčím cíli jsem se zaměřila na spokojenost respondentů s užívajícím antikoagulačním lékem a s ošetřujícím lékařem. Převážná většina (90,6 %) respondentů je spokojena s nastavenou terapií, pouze 11 (9,4 %) odpovědí bylo záporných. Nespokojenost s lékem, ať už z důvodu častých kontrol, stravovacího omezení, složitého dávkování nebo proto, že lék má mnoho nežádoucích účinků, uvedli respondenti užívající Warfarin. Spolupráce s lékařem v dotazníkovém šetření dopadla na výbornou, protože většina (70,1 %) respondentů udělila známku 1 a zbývající respondenti ohodnotili spolupráci známkou 2, tj. jako velmi dobrou. Kromě 1,7 % dostávají všichni respondenti prostor k vyjádření svých názorů, myšlenek, připomínek a 97,4 % dotázaných respondentů nepřemýšlí o změně ošetřujícího lékaře.

Z toho mohu soudit, že compliance pacienta není ovlivněna nedůvěrou v ošetřujícího lékaře.

Cíl č. 4 jsem splnila.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že i přes drobné nedostatky v informovanosti, edukaci či režimových opatřeních, je většina pacientů compliance v užívání antikoagulační terapie.

Všeobecná doporučení pro praxi vytvořená na základě poznatků při zpracování dotazníkového šetření bakalářské práce:

- Vytvořit aktuální a přehledný edukační materiál na Warfarin s informacemi o antikoagulační léčbě.
- Výsledky dotazníkového šetření prezentovat po poradě s vrchní sestrou na jednom z pravidelných seminářů na INTO v roce 2018.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku spolupráce pacientů a jejich dodržování léčebného režimu při antikoagulační léčbě. Jejím prostřednictvím jsem chtěla zmapovat a vyhodnotit úroveň edukace, informovanosti a compliance pacientů užívajících antikoagulační terapii. Také jsem chtěla zjistit důvěru v ošetřujícího lékaře, která by mohla ovlivnit nebo vysvětlit důvod non-compliance pacientů.

V teoretické části jsem nejprve popsala účinky antikoagulační léčby, její historii a současnost. Antikoagulancia jsem rozdělila do dvou hlavních skupin dle působení v koagulační kaskádě a popsala jsem jednotlivé antikoagulační léky. Dále jsem vysvětlila pojem compliance a rozdílnost dalších pojmů, které s ní souvisí nebo se s ní prolínají. Z velké části se na complianci podílí vztah lékaře k pacientovi, proto jsem neopomenula popsat jednotlivé modely jejich vztahu. Dále jsem se zabývala komunikací lékaře a sestry s pacientem, bez níž bych nemohla jejich spolupráci hodnotit. Široké téma v teoretické části zaujímá edukační činnost a její specifika u antikoagulační léčby. V závěru jsem se zaměřila na režimová opatření, která by měli dodržovat pacienti užívající tento druh terapie.

V praktické části jsem se věnovala dotazníkovému šetření, tedy kvantitativnímu výzkumu. Zjišťovala jsem, kolik informací mají pacienti o své antikoagulační terapii a zda jsou efektivně edukováni lékařem a sestrou. Dále jsem zjišťovala dodržování režimových opatření samotným pacientem a zda se na non-complianci pacientů může podílet nedůvěra v lékaře.

Zhodnocením všech výsledků jsem dospěla k závěru, že většina respondentů užívajících antikoagulancia jsou ochotni spolupracovat při léčbě a řídit se pokyny lékaře. Zjistila jsem, že antikoagulancia užívají více muži než ženy a získané informace jsou nezávislé na jejich vzdělání. Potvrdilo se, že nejčastější onemocnění léčené antikoagulační terapií jsou srdeční arytmie, kterými trpí většina seniorů. Výsledky také potvrdily, že nejužívanějším antikoagulačním lékem je stále Warfarin, proto jsem po sepsání této práce navrhla novější edukační leták právě na Warfarin s informacemi získanými pomocí mého výzkumu.

Již několik let existující nová perorální antikoagulancia jsou pro pacienty stále příliš drahá a pojišťovny mají přísná kritéria pro jejich indikaci. Doporučovala bych

opakovat výzkumné šetření za několik let, kdy novým antikoagulanciím vyprší patentová ochrana a na trhu se objeví více těchto léků. Doufám, že poté budou pro pacienty dostupnější, čímž by se jim zjednodušil život s touto léčbou.

Závěrem bych uvedla, že zpracování této práce bylo velmi obohacující a jsem ráda, že jsem si vybrala tuto problematiku, která je mým „denním chlebem“. Doufám, že získané výsledky a navrhovaná řešení ještě zvýší compliance pacientů užívajících antikoagulační terapii.

LITERATURA A PRAMENY

- 1) AISLP ČR Mikro-verze. Informační systém léčivých přípravků. Verze 2016.11 pro MS Windows.
- 2) COUFAL, Zdeněk. Nové možnosti prevence a terapie systémové tromboembolie. *Interní medicína pro praxi*, 2012, roč. 14, č. 10, s. 357-360. ISSN: 1212-7299.
- 3) ČIHÁK, Robert, Luděk HAMAN a Miloš TÁBORSKÝ. Aktualizovaná Praktická doporučení European Heart Rhythm Association pro použití nových perorálních antikoagulancií u pacientů s nevalvulární fibrilací síní. Souhrn dokumentu připravený Českou kardiologickou společností. *Cor et vasa*. 2016, roč. 58, č. 1, 143-163. ISSN 0010-8650. Dostupné také z: <http://www.e-coretrvasa.cz/>
- 4) HIRMEROVÁ, Jana. Nová antikoagulancia v léčbě žilní tromboembolické nemoci. *Medicína pro praxi*. 2015, roč. 12, č. 4, s. 159-161. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/04/02.pdf>
- 5) HLUŠÍ, Antonín, SLAVÍK, Luděk, PALOVÁ, Miroslava, KRČOVÁ, Věra. Nová orální antikoagulancia – pohled hematologa. *Interní medicína pro praxi*. 2015, roč. 17, č. 4, s. 200-203. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>
- 6) CHENOT, J; et al. Safety relevant knowledge of orally anticoagulated patients without self-monitoring: a baseline survey in primary care. *BMC Family Practice*. June 2014, vol. 15, iss. 1, s. 1-16. ISSN 1471-2296.
- 7) CHLUMSKÝ, Jaromír et al. *Antikoagulační léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 219 s. Malá monografie. ISBN 80-247-9061-0.
- 8) CHLUMSKÝ, Jaromír. Recidiva tromboembolické nemoci a možnosti její prevence. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 10, s. 577-580. ISSN 0032-6739.
- 9) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

- 10) *Kardiochirurgie: Antikoagulační léčba*. [online]. 2016, © 2016 [cit. 1.11.2016].
Dostupné z: <http://www.kardiochirurgie.cz/antikoagulace>
- 11) KARETOVÁ, Debora a Jan BULTAS. *Farmakoterapie tromboembolických stavů*. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. 279 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-459-3.
- 12) KAŠÁKOVÁ, Eva, Martin VOKURKA a Jan HUGO. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf, 2015. 431 s. ISBN 978-80-7345-424-1.
- 13) KESSLER, Petr. Nízkomolekulární hepariny v ambulantní praxi. *Interní medicína pro praxi*. 2010, roč. 12, č. 7-8, s. 361-365. ISSN 1212-7299.
- 14) KESSLER, Petr. Porovnání warfarinu a nových antitrombotik z hlediska lékových interakcí. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2012, roč. 26, č. 2, s. 74-78. ISSN 1212-7973. Dostupné také z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/archiv.php>
- 15) KÖLBEL, František. *Praktická kardiologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 305 s. ISBN 978-80-246-1962-0.
- 16) KUČEROVÁ, Věra. *Problémy nemocných spojené s antikoagulační léčbou*. Vysoká škola polytechnická Jihlava 2014. Bakalářská práce. Katedra zdravotnických studií. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/19886/thema/4030>
- 17) LAŇKOVÁ, Jaroslava a Jaroslav MALÝ. *Antitrombotická prevence a léčba v primární péči: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře : novelizace 2013*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2013. 18 s. ISBN 978-80-86998-62-6.
- 18) LEVER, Rebecca, Barbara, MULLOY, Clive, P. PAGE. *Heparin: a century of progress*. Heidelberg: Springer, 2012. 458 s. ISBN 9783642230554.
- 19) MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 777 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
- 20) MORAVEC, Ondřej, HUTYRA, Martin, SKÁLA, Tomáš, TÁBORSKÝ, Miloš. *Terapie warfarinem a režimová opatření – mýty a fakta*. *Interní medicína pro praxi*.

2011, roč. 13, č. 11, s. 431-435. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>

- 21) POHLÍDALOVÁ, Anna, JANOUTOVÁ, Jana, HOMZA, Miroslav, JANOUT, Vladimír. Nová antikoagulancia. *Praktický lékař*. 2016, roč. 96, č. 3, s. 114-121. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/nova-antikoagulancia-58493>
- 22) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
- 23) PRÁZNOVCOVÁ, L. *Compliance pacienta* [online]. [cit. 1.11.2016]. Dostupné z: <http://www.pace.cz/doc./5pdf>.
- 24) PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- 25) RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 304 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
- 26) SLÍVA, Jiří a Martin VOTAVA. *Farmakologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 394 s. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-500-8.
- 27) SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. První vydání. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- 28) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- 29) TÁBORSKÝ, Miloš. *Kardiologie pro interní praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014. 295 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3361-9.

- 30) TEPEROVÁ, Michaela. Adherence k terapii u pacientů léčených warfarinem. Ostrava, 2012. Bakalářská práce (Bc.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta.
- 31) VRABLÍK, Michal. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicina pro praxi*. 2013, roč. 10, č. 11-12, s. 369-371. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>
- 32) VYTRŽÍSKALOVÁ, Magda, Adherence k medikamentózní léčbě – známá neznámá. *Remedia*. 2009, roč. 19, č. 3, s. 225-230. ISSN 0862-8947.
- 33) *Wikiskripta: Heparin*. [online]. 2016, © 2016 [cit. 1.11.2016]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Heparin>

SEZNAM ZKRATEK

aPTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas

CMP - cévní mozková příhoda

DIC - disseminovaná intravaskulární koagulopatie

dTT - dilutovaný trombinový test

ECT - sarinový test

ECHO - echokardiografie

GIT - gastrointestinální trakt

HIT - heparinem indukovaná trombocytopenie

HŽT - hluboká žilní trombóza

INR - International Normalized Ratio, mezinárodní normalizovaný poměr

i.v. - intravenozní

LMWH - nízkomolekulární heparin

NOAC - nová antikoagulancia

s.c. - subkutánní

TBC - tuberkulóza

TEN - tromboembolická nemoc

WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1a: Věk respondentů.....	41
Graf 1b: Pohlaví respondentů.....	42
Graf 1c: Vzdělání respondentů.....	43
Graf 2: Účinek antikoagulační léčby.....	44
Graf 3: Druhy antikoagulační léčby.....	45
Graf 4: Doba užívání léku.....	46
Graf 5: Důvod užívání antikoagulancia.....	47
Graf 6: Komplikace antikoagulační léčby.....	48
Graf 7: Znalost užívané dávky.....	49
Graf 8: Poskytnutí informací o léku a léčebném režimu.....	50
Graf 9: Zdroj edukace.....	51
Graf 10: Způsob edukace.....	52
Graf 11: Oblasti edukace.....	53
Graf 12: Množství informací.....	54
Graf 13: Edukace příbuzných/známých.....	55
Graf 14: Opakovaná edukace.....	56
Graf 15: Využití edukační sestry.....	57
Graf 16: Informační karta/průkaz.....	58
Graf 17: Zapomínání léku.....	59
Graf 18: Řešení zapomenuté dávky léku.....	60
Graf 19: Návštěva lékaře.....	61
Graf 20: Konzultace s lékařem.....	62

Graf 21: Upozornění farmaceuta.....	63
Graf 22: Spokojenost s lékem.....	64
Graf 23: Hodnocení spolupráce s lékařem.....	66
Graf 24: Dotazy na lékaře.....	67
Graf 25: Změna lékaře.....	68

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Druhy komunikace.....	26
Tabulka č. 2: Uložení karty.....	58
Tabulka č. 3: Důvody nespokojenosti s lékem.....	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Coagu Chek

Příloha č. 2: Průkazky NOAC

Příloha č. 3: Karty Warfarin

Příloha č. 4: Aplikace LMWH

Příloha č. 5: Dotazník

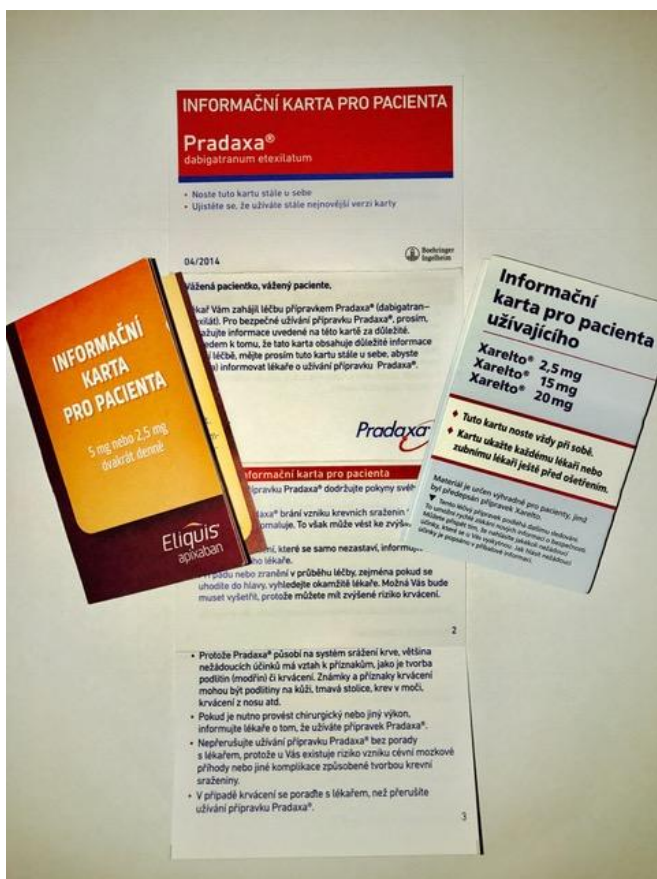
Příloha č. 6: Schválení výzkumného šetření

Příloha č. 1 Coagu Chek



Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 Průkazky NOAC



Zdroj: vlastní

Příloha č. 3 Karty Warfarin



Zdroj: vlastní

Příloha č. 4 Aplikace LMWH



Zdroj: vlastní

Příloha č. 5 Dotazník

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Hana Šrajerová a jsem studentka Fakulty zdravotnických studií. Provádím výzkumné šetření, které je podkladem k bakalářské práci na téma: „Compliance pacienta užívající antikoagulační léčbu.“

Compliance pacienta = vyhovění, ochota pacienta dodržovat způsob léčby navržený lékařem.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je naprosto anonymní a dobrovolný. Otázky se výhradně vztahují k Vaší antikoagulační léčbě a k lékaři a sestře na INTO AMB.

Pokud není uvedeno jinak, prosím pouze o jednu odpověď a v otevřených otázkách (vyznačeno tečkami) stručně zformulujte vlastní odpověď. Odpovědi prosím označte křížkem.

1. Váš věk.....

Jste muž žena

Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní.
- vyučen/a
- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské

2. Co je to antikoagulační léčba?

.....

3. Jaký druh antikoagulační terapie užíváte?

- Warfarin
- Pradaxa
- Xarelto
- Eliquis
- Clexane
- Fraxiparine

4. Jak dlouho lék užíváte?

- 0 – 2 měsíce
- 3 – 6 měsíců
- 7 – 12 měsíců
- déle než 1 rok

5. Z jakého důvodu Vám byl antikoagulační lék předepsán?

- srdeční arytmie
- náhrada srdeční chlopně
- hluboká žilní trombóza
- plicní embolie
- trombofilní stav
- jiné.....
- nevím

6. Jaká je nejobávanější komplikace antikoagulační terapie?

- zvýšená tělesná teplota
- krvácení
- bolest hlavy
- nevolnost
- nevím

7. Znáte svoji současnou užívanou dávku antikoagulačního léku?

- ano
- ne

8. Byly Vám poskytnuty informace (= edukace pacienta) o antikoagulačním léku a léčebném režimu? (pokud ano, odpovězte na otázku č. 9 – 15)

- ano
- ne

9. Kdo Vám poskytl potřebné informace o antikoagulačním léku a léčebném režimu? (možnost více odpovědí)

- lékař
- sestra
- farmaceut (lékárník)
- jiný.....

10. Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace ohledně antikoagulační léčby? (možnost více odpovědí)

- ústní forma, pomocí rozhovoru
- brožura/leták
- jinak.....

11. V kterých oblastech antikoagulační terapie jste byl/byla informována? (možnost více odpovědí)

- dietní opatření (obsah vit. K v potravě, alkohol)
- sport (riziko pádu, zlomenin, úderu)
- dávkování léku/aplikace léku
- nežádoucí účinky léku
- interakce (vzájemné ovlivnění) s jinými léky/doplňky stravy
- komplikace spojené s užíváním léku

12. Kolik informací o antikoagulační léčbě Vám poskytl lékař/sestra?

- dostatek informací
- málo informací, chtěl/a bych vědět víc
- příliš mnoho, bylo obtížné si je zapamatovat

13. Byl u poskytování informací přítomný někdo z příbuzných/známých?

- ano
- ne

14. Bylo během Vaší léčby u Vás provedeno opakované poskytnutí informací o antikoagulační léčbě?

- ano
- ne

15. Uvítal/a byste opětovné poskytování informací o antikoagulační léčbě edukační sestrou?

- ano
- ne
- nevím

16. Vlastníte informační kartu/průkaz, která obsahuje základní údaje o Vás a antikoagulační léčbě?

- ano
 - mám ji vždy při sobě
 - nosím ji jen k lékaři
 - ale nenosím ji s sebou
- ne
- nevím, co to je

17. Zapomínáte užít/aplikovat si antikoagulační lék?

- často
- občas
- nikdy

18. Jak se zachováte, pokud zapomenete užít dávku léku?

- užiji/aplikuji si dávku ihned, jak si na to vzpomenu
- zdvojiím si další dávku
- vynechám dávku a vezmu si až následující
- nevím

19. Navštěvujete svého lékaře vždy včas, aby Vám předepsal další balení léku?

- ano
- ne

20. Konzultujete se svým ošetřujícím lékařem změny, které by mohly ovlivnit antikoagulační léčbu (např. pobyt v zahraničí, vytržení zubu, plánovaný chirurgický výkon, užívání jiných léků...)?

- ano, vždy
- někdy ano
- ne

21. Upozorníte farmaceuta v lékárně při koupi jakéhokoliv léku/doplňku stravy o užívání antikoagulačního léku?

- ano
- ne

22. vyhovuje Vám nastavená antikoagulační léčba?

- ano
- ne
 - nedůvěřuji léku
 - nevyhovují mi časté kontroly u lékaře
 - nevyhovuje mi stravovací omezení
 - lék má mnoho nežádoucích účinků
 - složité dávkování/aplikace léku
 - jiné.....

23. Vyjádřete známkou 1 – 5, jak hodnotíte spolupráci se svým ošetřujícím lékařem?

- 1 – výborná
- 2 – velmi dobrá
- 3 – dobrá
- 4 – dostačující
- 5 – nedostačující

24. Dostáváte od lékaře prostor k vyjádření svých názorů/přání/připomínek?

- ano
- ne

25. Přemýšlíte o změně ošetřujícího lékaře?

- ano
- ne

Vyplněný dotazník prosím odevzdejte sestře na INTO AMB.
Velmi děkuji za spolupráci a přeji mnoho zdraví do dalších let.

Hana Šrajerová
(srajerovah@fnplzen.cz)

Příloha č. 6 Schválení výzkumného šetření

Vážená paní

Hana ŠrajEROVÁ

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše dotazníkové šetření u pacientů *Interního oddělení (INTO)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Compliance pacienta užívající antikoagulační terapii*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně provedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb.,** o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje, které se týkají pacientů či jejich zdravotního stavu, musí být před zveřejněním ve vaší bakalářské práci zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pociťoval jako újmu či s dotazováním nevyslovil souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

27. 9. 2016