

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Informovanost pacientů po infarktu
myokardu o režimových opatřeních**

bakalářská práce

Autor práce: Šárka Kasperová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Šárka Kasperová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Informovanost pacientů po infarktu myokardu o režimových opatřeních
Cíl práce:	Zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po infarktu myokardu.

Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Tato bakalářská práce zkoumá míru informovanosti pacientů o sekundárně preventivních opatřeních po prodělaném infarktu myokardu (hospitalizovaných na v Kardiocentru krajské Nemocnice České Budějovice). V teoretické části jsou vedle patofyziologie a klinického obrazu stručně shrnuty poznatky o diagnostice a léčbě akutního infarktu myokardu, přičemž důraz je kladen především na ošetrovatelský aspekt léčebného procesu. Podrobněji je pojednáno o jednotlivých režimových opatřeních účinných v sekundární prevenci.

Vlastní výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, jehož cílem bylo stanovení míry informovanosti pacientů propouštěných z nemocnice po prodělaném infarktu myokardu o režimových opatřeních účinných v prevenci recidivy ischemických příhod. Úroveň znalostí byla tedy testována po přirozeném, z hlediska zdravotníků rutinním, edukačním pohovoru v průběhu hospitalizace (nikoli po intervenci ve smyslu standardizovaného edukačního pohovoru). Z výsledků šetření vyplývá, že pouze necelá polovina respondentů považuje režimová opatření z pohledu sekundární prevence za přínosná. Mezi jednotlivými kategoriemi doporučení navíc existují značné rozdíly ve vnímání nemocnými: zatímco zanechání kouření je 59 % respondentů vnímáno jako opatření klíčové, nutnost redukce váhy si uvědomuje či připouští jen 38 % z nich. Za důležité respondenti rovněž považovali pravidelné užívání doporučené medikace a pravidelné kontroly ošetřujícím lékařem. I přes výše uvedené rozpory byla edukace pohledem pacientů vnímána jako dostačující a užitečná. Část pacientů považovala ošetřujícím personálem podané informace za vyčerpávající.

Získané výsledky mohou pomoci identifikovat "slabá" místa rutinní edukace nemocných po prodělaném infarktu myokardu, a v tak důsledku mohou zdravotníkům umožnit více se na tyto oblasti v pohovoru zaměřit, zdůraznit jejich efektivitu z pohledu sekundární prevence, případně cíleně ověřit jejich pochopení ze strany nemocného.

Klíčová slova

infarkt myokardu, informovanost pacientů, krevní sraženina, režimová opatření

Abstract

The objective of the presented thesis is to evaluate the health literacy of patients managed for acute coronary syndrome regarding lifestyle management. As there was no intervention in terms of the standardized education session, the results reflect the effectiveness of routine healthcare professionals-led education process during the index hospitalization.

In the theoretical part, a summary of known risk factors for coronary artery disease is provided, as well as clinical presentation and management of its most salient form – acute myocardial infarction. In more detail, the nursing perspective of the management and lifestyle measures to reduce event recurrence risk are discussed.

The investigation itself is performed through a questionnaire-based survey evaluating patients' ability to process the information on the lifestyle management routinely provided by the healthcare professionals. The survey revealed that the term myocardial infarction was familiar to the majority of the subjects, as well as its underlying mechanism. Despite the information and recommendations provided were deemed comprehensive and useful by the respondents, only less than half of them considered lifestyle measures relevant to recurrent event prevention. Interestingly, awareness of the harmful effects of being overweight or obese was low among our respondents. In contrast, smoking cessation, adherence to recommended medical therapy, and physician check-ups on regular basis were perceived as fundamental by the vast majority of the subjects.

The obtained results uncovered substantial gaps in the routine education process on secondary prevention. Caused either by an imperfection in the comprehensive information delivery or its processing by patients, not addressing the risk factors properly may result in nonadherence of desired lifestyle measures. As a consequence, this may increase the event recurrence rate. The findings presented in the thesis may therefore help the healthcare professionals to focus more on the communication of the recommendations less familiar or less accepted by the patients. Thus, enabling proper risk control, the results may contribute to decrease the morbidity and mortality burden of coronary artery disease.

Keywords

myocardial infarction, patient education, blood clot, lifestyle management

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 8. května 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Vršecké za odborné vedení mé bakalářské práce, za její čas, cenné poznámky a trpělivost. Dále bych tímto chtěla vyjádřit poděkování všem respondentům za jejich přínos pro výzkumnou část této bakalářské práce. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mé rodině, bez které bych tuto práci nemohla dokončit.

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod.....	9
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Infarkt myokardu.....	9
1.2 Léčba infarktu myokardu	11
1.3 Rizikové faktory přispívající ke vzniku infarktu myokardu	13
1.4 Režimová opatření po infarktu myokardu.....	16
1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta s infarktem myokardu	19
1.6 Komplikace infarktu myokardu	22
1.7 Edukace	23
1.7.1 Edukace v ošetrovatelství	25
1.7.2 Sestra edukátorka	25
1.7.3 Edukace pacienta po prodělaném infarktu myokardu.....	26
2 Výzkumná část.....	28
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	28
2.2 Metodika výzkumu.....	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	28
2.4 Průběh výzkumu.....	29
2.5 Zpracování získaných dat.....	29
2.6 Výsledky výzkumu.....	29
3 Diskuze	45
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	47
Závěr	48
Seznam použité literatury	50
Seznam grafů	57
Přílohy.....	58

Seznam použitých zkratek

AIM akutní infarkt myokardu

BMI index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)

CT výpočetní tomografie

cTn srdeční troponin

CŽK centrální žilní katétr

EKG elektrokardiogram

EU Evropská unie

ICD implantabilní kardioverter-defibrilátor

IM infarkt myokardu

KVO kardiovaskulární onemocnění

MR magnetická rezonance

PCI perkutánní koronární intervence

PŽK periferní žilní katétr

RZS rychlá záchranná služba

SKG selektivní koronarografie

WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

V České republice stále představuje kardiovaskulární onemocnění nejčastější příčinu úmrtí. S ohledem na vysoký nárůst kardiovaskulárních onemocnění se jeví prevence jako stěžejní k jejich eliminaci. (Doležal, Jarošová, 2015) Kardiovaskulární onemocnění se stává velkým strašákem dnešní populace. Pod souhrnným označením kardiovaskulární onemocnění v dnešní době dominuje především diagnóza infarktu myokardu. I když je infarkt myokardu odborný termín, je v běžné populaci známý a užívaný. Přesto se stává, že pacient, který infarkt myokardu prodělá, nemá potřebné znalosti, jak se může a nemůže chovat po proběhlém IM. Po IM nastává ideální doba pro režimová opatření. Pokud je pacient dodržuje, hovoříme o sekundární prevenci, která zabraňuje opětovnému IM nebo rozvoji komplikací. Ve zdravotnictví můžeme často vidět nedostatečnou informovanost pacientů o důležitosti sekundární prevence. Někteří pacienti mají dobré znalosti o životním stylu po IM, jiní ale nemají ani povědomí o existenci vhodných režimových opatření. O režimových opatřeních by měli být pacienti informováni od zdravotnického personálu. Výsledkem předávání informací o režimových opatřeních by měl být edukovaný pacient, který bude spolupracovat a opatření dodržovat. Jestliže bude pacient dodržovat režimová opatření, může nadále žít plnohodnotný a kvalitní život.

Vzhledem k tomu, že se ve svém profesním životě setkávám s diagnózou infarktu myokardu téměř denně, rozhodla jsem se svoji bakalářskou práci věnovat právě infarktu myokardu. Cílem této bakalářské práce je zmapování znalostí pacientů o režimových opatřeních a jejich spokojenosti s edukací od zdravotnického personálu.

1 Současný stav problematiky

1.1 Infarkt myokardu

O akutním infarktu myokardu hovoříme tehdy, je-li přítomná myokardiální nekróza, kdy klinický stav ukazuje na myokardiální ischemii. (Zadák et al., 2017) O diagnóze akutní infarkt myokardu uvažujeme, jestliže dojde k „*detekci vzestupu a/nebo poklesu hodnot*

srdečních biomarkerů – nejlépe srdečního troponinu cTn, když alespoň jedna hodnota přesahuje 99 percentil pro normální referenční populaci“. (Zadák et al., 2017, str. 223) Zároveň musí být přítomný alespoň jeden z dalších znaků pro akutní infarkt myokardu. *„Z patologického pohledu je AIM definován jako nekróza kardiomyocytů v důsledku prolongované ischemie myokardu“.* (Zadák et al., 2017, str. 223)

Etiopatogeneze akutního infarktu myokardu

Jako nejčastější příčina IM je uváděna ateroskleróza věnčitých tepen. (Češka et al., 2015) Při ateroskleróze dochází k porušení funkce endotelu. Rizikové faktory, které napomáhají k poškození endotelu, jsou nikotin, hypertenze, glukóza a lipidové částice u diabetiků a obézních jedinců. Céva je chronicky poškozována a dochází k její dysfunkci. (Bulava, 2017) Na endotelu, který je poškozený, se přichycují trombocyty. Trombocyty zapříčiní uvolnění dalších tkáňových hormonů. Mezi tkáňové hormony patří pak zejména růstový hormon. Následkem těchto hormonů pak vzniká fibroateromatózní plát. Fibroateromatózní plát zužuje průsvit tepny. K omezení zásobení tkáně krví dochází, jestliže je stenóza větší než 50 % průsvitu cévy. (Navrátil et al., 2017) K částečnému nebo úplnému uzavěru dochází, pokud nastane ruptura fibroateromatózního plátu. Ruptura má za následek odhalení smáčenlivého povrchu a tím zapříčiní vznik trombu. (Navrátil et al., 2017)

O ischemii myokardu hovoříme, pokud dojde k nepoměru mezi potřebou kyslíku pro myokard v závislosti na jeho práci a skutečným přívodem kyslíku. Zvýšený nárok na spotřebu kyslíku ukazuje na podstatnou koronární stenózu. (Navrátil et al., 2017) Doba ischemie rozhoduje o tom, zda se bude jednat o reverzibilní či ireverzibilní změnu na stěně myokardu. O ireverzibilních změnách mluvíme v případě, že vznikne nekróza. Tkáň v oblasti nekrózy je nahrazena vazivem. Za těchto podmínek dochází ke snížení či ztrátě kinetiky. Tento stav nazýváme hypokineza nebo akineza. (Navrátil et al., 2017)

Klinický obraz infarktu myokardu

Nejtypičtějším a zároveň nejčastějším důvodem, který pacienty přivede do nemocnice, je bolest. Stenokardie, tedy bolest za hrudní kostí, která trvá více než 15 minut, je typická pro vznik infarktu myokardu. Pacient nereaguje na podání nitroglycerinu. Pokud mluvíme o stenokardii, máme za to, že se jedná o bolest za hrudní kostí, která je intenzivní, svíravá

a propaguje se do krku, paží, zad nebo nadbřišku. (Navrátil et al., 2017) Kromě bolesti jsou často přítomny ještě vegetativní příznaky. Tím rozumíme pocení, nauzeu, zvracení, subjektivní pocit dušnosti. (Bulava, 2017) Bolest může být doprovázená synkopou až srdeční zástavou.

Hovoříme-li o bolesti jako o typickém příznaku, je nutno říct, že AIM může probíhat i bezbolestně. Nespecifické příznaky nebo bezbolestný průběh je popisován především u pacientů s diabetem. V takovém případě je nutné se při stanovování diagnózy zabývat klinickými projevy, EKG obrazem a výsledky laboratorních vyšetření, především tedy kardiospecifickými enzymy. Zároveň je vhodné dodat, že každá bolest na hrudi neznamena hned AIM. (Bulava, 2017)

Diagnostika infarktu myokardu

Základním vyšetřením vedoucím k diagnostice IM je elektrokardiografie. Výsledkem takového vyšetření je křivka, na které je v případě IM patrná elevace v ST úseku. (Rokyta et al., 2015) Určující mohou být kromě elevací v ST úseku i deprese segmentu ST. (Navrátil et al., 2017) Diagnostická metoda, která následuje po EKG, je biochemické vyšetření krve, kdy nás zajímají především srdeční troponiny. I minimální nekrózu myokardu odhalí hypersenzitivní troponin. (Bulava, 2017) Diagnózu IM můžeme spolehlivě vyloučit, jestliže troponin vyjde v referenčním rozmezí hodnot. (Navrátil et al., 2017) Při diagnostice IM může být nápomocná i echokardiografie. Echokardiografie nám může zobrazit hypokinezi až akinezi v postižené části srdce. Zároveň můžeme odhalit mechanické komplikace, jakou je například ruptura papilárního svalu. (Navrátil et al., 2017) K diagnostice můžeme využít i CT a MR. Ovšem ve většině případů se zobrazovacími metodami nezdržujeme a přistupujeme k invazivní diagnostické metodě, kterou je selektivní koronarografie – SKG. (Češka et al., 2015) V rámci selektivní koronarografie je možné provést i primární perkutánní koronární intervenci (PCI). (Navrátil et al., 2017)

1.2 Léčba infarktu myokardu

Základem léčby IM u nemocného je boj s časem. Čas je pro nemocného důležitý jak v přednemocniční, tak v nemocniční fázi. V přednemocniční fázi zahájíme u

nemocného antiagregační a antikoagulační léčbu. Součástí přednemocniční léčby je symptomatická terapie podle stavu pacienta. V této fázi je možné pacientovi podat opiáty ke snížení bolesti, oxygenoterapii nebo nitráty, pokud ovšem není přítomná hypotenze, v takovém případě je nutné podat vazopresory nebo krystaloidy. Při nauce pacienta je možné podat antiemetika. (Vítovec, 2018) Po celou dobu transportu pacienta do nemocnice je nutná monitorace fyziologických funkcí. V případě, že u pacienta dojde k bradykardii, je vhodné podat atropin. Během transportu může u pacienta vzniknout také změna srdečního rytmu, u které je zapotřebí provést defibrilaci. Cílem přednemocniční péče u pacientů s elevacemi v ST úseku je co nejrychlejší doprava do nejbližší nemocnice s katetrizační laboratoří. (Bulava, 2017)

Důležitým faktorem při léčbě infarktu myokardu je včasná reperfuze infarktové tepny. V dnešní době se reperfuze provádí nejčastěji pomocí perkutánní koronární intervence. U malé skupiny pacientů, kteří splňují kritéria, je alternativou trombolytická léčba. Základem obou metod je antitrombotická terapie, při níž je dlouhodobě podávána kyselina acetylsalicylová v kombinaci s heparinem. (Knot, Mořovská, 2020)

Po příjezdu pacienta do nemocnice je nutné podat antiagregační a antikoagulační léčbu, pokud tak nebylo učiněno v přednemocniční fázi. (Vítovec, 2018) Dalším krokem v nemocniční fázi je selektivní koronarografie. V dnešní době je v České republice široká síť kardiocenter s možností koronarografie 24 hodin denně. Tím je zpřístupněna nejmodernější péče téměř všem pacientům. Ideální je, pokud koronarografie a následně angioplastika je prováděna u pacientů, kteří přijedou do katetrizační laboratoře do 2 hodin od vzniku potíží. Zprůchodnění tepny má ještě smysl v případě, že potíže trvají přibližně 6 hodin někdy i více, pokud u pacienta stále přetrvávají bolesti na hrudi. (Bulava, 2017) Koronarografie je invazivní vyšetření, u kterého je v jeho průběhu měřen invazivní tlak. Vyšetření se provádí z femorálního nebo radiálního přístupu. Radiální přístup je v současné době populárnější především kvůli ztrátě nutnosti klidového režimu na lůžku téměř 24 hodin. Vyšetřující lékař zavede katétr ve vybraném místě vpichu a pokračuje nástřikem kontrastní látky. Po nastříknutí kontrastní látky pozoruje průtok koronárními tepnami na obrazovce před sebou. (Kölbel, 2011) Od koronarografie se očekává nalezení postižené koronární tepny a následně provedení PCI s aplikací stentu.

Ovšem je-li nalezeno mnohočetné poškození věnčitých tepen, nebo nelze-li provést angioplastiku, je pacient indikován k chirurgické revaskularizaci tepny. Chirurgické revaskularizaci říkáme aortokoronární bypass. Po PCI jsou pacienti monitorováni.

Ihned je zahájena duální antiagregační léčba. Antiagregační léčba je po provedené angioplastice důležitá, protože snižuje riziko vzniku krevní sraženiny v místě stentu. Jestliže dojde k vysazení těchto léků bez indikace lékaře, může to vést k opětovnému vzniku IM nebo náhlému úmrtí. Pacient by měl také užívat betablokátory, statiny a sartany. (Bulava, 2017) Ukázalo se, že snížení hladiny cholesterolu může zpomalit nebo zastavit ukládání cholesterolu do stěn koronárních tepen a tím snižuje pravděpodobnost vzniku nestabilního plátu. Léky, které mají tento účinek, nazýváme statiny. (Ošťádal, 2012) Statiny je vhodné podávat od prvního dne IM. Betablokátory mají více různých účinků na kardiovaskulární systém. U ACE inhibitorů nemusí být účinek na první pohled zřejmý, ale zpomalují progresi onemocnění nebo například snižují výskyt IM. (Vítovec, 2011)

1.3 Rizikové faktory přispívající ke vzniku infarktu myokardu

Velká část dospělých jedinců v populaci má dva a více rizikových faktorů, přesto u nich nejsou klinické projevy KVO. Rizikové faktory předurčují projev KVO s předstihem několika let. Jak roste počet rizikových faktorů u jedince, tak úměrně tomu se zvyšuje i riziko vzniku KVO. U na první pohled zdravých jedinců nejsou rizikové faktory diagnostikovány, a tudíž ani léčeny, přestože velká část rizikových faktorů je ovlivnitelná vhodnou prevencí. Z tohoto pohledu se zdá edukace jako vhodný nástroj, který by mohl snížit riziko KVO. Ovšem zdravotníci jsou více zaměřeni na léčbu akutních onemocnění, než na prevenci. (Michálková et al., 2019)

Sovová mezi hlavní rizikové faktory řadí hypertenzi, obezitu, poruchu lipidového metabolismu, kouření, diabetes mellitus, nedostatek pohybu, stres, pozitivní rodinnou anamnézu a mužské pohlaví. (2014)

Rizikové faktory můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory řadíme věk, pohlaví a genetické predispozice. Jako ovlivnitelné faktory označujeme hypertenzi, diabetes mellitus, málo fyzické aktivity, kouření, obezitu, stres, zvýšenou hladinu tuků v krvi a další.

Neovlivnitelné faktory nemůže jedinec změnit, pokud tedy má vysoké riziko KVO na základě neovlivnitelných faktorů, je třeba se snažit minimalizovat ty ovlivnitelné.

Věk

Věk je neovlivnitelný rizikový faktor, kdy u mužů se uvádí vyšší rizikovost KVO při věku nad 45 let a u žen nad 55 let. (Češka, 2020) U žen se věková hranice posouvá v závislosti na menopauze, vyšší riziko KVO nastává po menopauze, protože je ukončena produkce hormonu, jenž je do té doby chránil. (Labudová et al., 2015) Rizikové faktory se za život asymptomaticky kumulují a v pozdějším věku se projeví. Fáze projevu onemocnění dosáhne stále větší množství lidí, protože se délka života prodlužuje. (Kasper, 2015)

Pohlaví

Muži mají prokazatelně vyšší riziko KVO než ženy do menopauzy. (Češka, 2020) Jak bylo výše uvedeno, ženy po menopauze nejsou chráněny estrogenem a dochází u nich ke zvýšení hmotnosti a hypertenzi. Jsou tedy od určitého okamžiku také rizikovým pohlavím. (Labudová et al., 2015) Substituční léčba estrogeneru se v současnosti jako prevence nepoužívá. (Češka, 2020)

Genetické predispozice

Genů, které způsobují KVO, je mnoho, ale jejich konkrétní účinek je teprve v procesu zkoumání. Důležitá je i rodinná anamnéza. Za pozitivní rodinou anamnézu se považuje infarkt myokardu nebo náhlá smrt u otce pod 55 let a u matky je věková hranice 65 let. (Češka, 2020)

Hypertenze

Vysoký krevní tlak zvyšuje riziko KVO až dvojnásobně. Za hypertenzi považujeme systolický tlak vyšší než 140 mm Hg a diastolický tlak, který přesáhne 90 mm Hg. U hypertenze popisujeme tři stádia: lehká hypertenze znamená 140 až 159 mm HG systolického tlaku a 90 až 99 mm Hg diastolického tlaku, střední hypertenze se vyznačuje systolickým tlakem od 160 do 179 mm Hg a diastolickým tlakem od 100 do 109 mm Hg, při těžké hypertenzi pak hodnoty přesahují více jak 180 mm Hg u systolického tlaku a více jak 110 mm Hg u diastolického tlaku. U více než 80 % pacientů s hypertenzí se kumuluje více rizikových faktorů. Ke snížení systolického tlaku může přispět úprava životního stylu, tedy je vhodné snížit hmotnost, snížit příjem natria, zvýšit tělesnou aktivitu a omezit konzumaci alkoholu. (Kasper, 2015)

Obezita

O obezitě hovoříme, jestliže dojde ke zvýšení tělesné hmotnosti nad určitou hranici, zejména ke zvýšení podílu tuku. Jako vhodný vzorec pro výpočet ideální hmotnosti se jeví body mass index. BMI se vypočítá tak, že vydělíme tělesnou hmotnost v kilogramech tělesnou výškou v metrech čtverečních. Pro vznik KVO je významný typ viscerální obezity. Při této obezitě se tuk hromadí v oblasti trupu. Preventivní kroky proti obezitě by se měly zahájit již v dětství, především v rodinách se sklonem k obezitě. Doporučuje se strava s menším obsahem tuků, potraviny s nižší energetickou hodnotou a dostatek stravy bohaté na polysacharidy. Samozřejmostí by měl být dostatek pohybu. Prevence obezity si klade za cíl stabilizaci váhy respektive její postupné snižování ve fázi nadváhy. (Kasper, 2015)

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus 2. typu popisujeme jako hyperglykémii na podkladě inzulinové rezistence. Vzniká nejčastěji jako následek dlouholeté obezity. Z tohoto důvodu je při zahájení terapie diabetu mellitu 2. typu snaha o stabilizaci váhy ve fyziologických hodnotách. (Češka, 2020) Pacientům se snižuje energetický přísun a zvyšuje energetický výdej. Diabetes mellitus 2. typu má genetický podklad, ale stejně tak je u něj popisován vliv zevního prostředí. Riziko KVO se s diabetem mellitem zvyšuje až pětinasobně. Může za to diabetická angiopatie a také fakt, že u diabetiků nalezneme často zvýšenou hladinu celkového cholesterolu. (Kasper, 2015)

Zvýšená hladina tuků

Hyperlipoproteinémii a dyslipidémii popisujeme jako zvýšenou hladinu lipidů a lipoproteinů v krvi. Zvýšená hladina tuků v krvi se považuje za nejvýznamnější rizikový faktor KVO. Významná je především zvýšená hladina lipidu LDL-C. Za vznikem hyperlipoproteinémie a dyslipidémie stojí genetický faktor a také životní styl. Základem nefarmakologické léčby jsou tedy dietní opatření, zvýšená fyzická aktivita a zanechání kouření. Z farmakologické léčby je základem pro pacienty užívání statinu, pokud to nestačí, dosahuje se cílové hladiny LDL-C pomocí kombinace statinu a dalších lékových skupin například fibrátu. (Češka, 2020)

1.4 Režimová opatření po infarktu myokardu

V České republice je v současné době hlavní příčinou morbidity a mortality kardiovaskulární onemocnění. KVO dosáhlo až epidemického výskytu. Velké množství příčin předčasného vzniku kardiovaskulárních onemocnění známe a můžeme je ovlivnit. Souhrnně tyto příčiny označujeme jako rizikové faktory. (Doležal, Jarošová, 2015) Cílem režimových opatření je snížit riziko dalšího infarktu, snížit mortalitu a zlepšit kvalitu života pacienta po prodělaném infarktu myokardu. Ke změně životního stylu je nutné pacienty vhodně motivovat a v jejich snaze je podporovat. Režimová opatření snižují dopad rizikových faktorů, kterými jsou pro KVO nevhodné stravovací návyky, nízká pohybová aktivita, nadváha, obezita, kouření, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, vyšší hladina cholesterolu, KVO v rodině, dlouhodobý stres a psychická onemocnění. (Doležal, Jarošová, 2017) Uvedené rizikové faktory můžeme rozdělit na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Do skupiny neovlivnitelných faktorů řadíme věk, pohlaví a genetiku. Mezi faktory, které pacient může ovlivnit svým chováním, řadíme hlavně kouření, stravovací návyky, pohybovou aktivitu a tělesnou váhu. (jetoinfarkt.cz, 2021) Ovlivnění rizikových faktorů souhrnně označujeme jako změnu životosprávy. Pod změnu životosprávy jsou zahrnuty úprava stravovacích návyků, zanechání kouření, snížení příjmu alkoholu, pravidelná pohybová aktivita, snížení nadváhy, udržení krevního tlaku v optimálních hodnotách a snížení stresu. (Doležal, Jarošová, 2017)

Kouření

V České republice patří užívání tabáku v současné době k jednomu z nejvýznamnějších problémů veřejného zdraví. Počátky kouření jsou významně ovlivněny sociálním prostředím, ve kterém jedinec žije. Za fyzickou závislost na cigaretě může nikotin. Při nedostatečném přísunu nikotinu se objevují abstinенční příznaky, jako je například nervozita a podrážděnost. Rizikovost kouření spočívá v látkách, které jsou obsahem kouře. Mezi tyto látky řadíme nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, formaldehyd a další. Všechny látky v cigaretě negativně ovlivňují lidské tělo. Pro organismus je též škodlivé pasivní kouření. Odvykání kouření je nutno vést jako komplexní proces kvůli farmakologické a psychické závislosti. (Hamplová, 2019)

Pohyb

Pravidelný pohyb má pozitivní vliv na celý organismus. Může zabránit některým nemocem, případně je oddálit. Zároveň zlepšuje výkonnost při tělesné námaze a zvyšuje psychickou odolnost. (Hamplová, 2019) Podle webu jetoinfarkt.cz neexistuje žádné všeobecné doporučení pro návrat pacienta k běžnému životu a k pravidelné aktivitě. Je tedy nutné přistupovat k pacientům individuálně, na základě jejich dosavadních zvyků a rozsahu infarktu myokardu. Ovšem je vhodné fyzickou výkonnost posouvat kupředu.

Dospělý jedinec by se podle WHO a EU měl věnovat pohybové aktivitě nejméně 30 minut, alespoň 5 dní v týdnu, ideálně denně. Tento limit nesplňuje v současné době téměř třetina Čechů. (Hamplová, 2019) Bylo prokázáno na základě observační studie, že lidé, kteří se pravidelně věnují pohybové aktivitě, mají nižší riziko KVO o 24 až 27 %. (Mikeš, Tuka, 2019)

Snížení tělesné hmotnosti a stravování

Hainer ve své knize uvádí, že vznik diabetu 2. typu zapříčiní ze 60 % vysoká hodnota BMI. Na vzniku ischemické choroby srdeční se obezita podílí z 20 %. Pro vznik onemocnění je patogenetickým momentem zmnožení tukové tkáně, která slouží jako zdroj hormonů, protizánětlivých cytokinů nebo jako mechanická překážka. Cílem ve stravování jedince je mít energetickou rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie. Pokud se u jedince snažíme o redukci váhy, je zpočátku nutná negativní energetická bilance. Hubnutí je velmi individuální, zaleží na vstupním BMI. Jedinci s vyšším vstupním BMI budou ubývat na váze rychleji než jedinci s nižším BMI při stejném energetickém deficitu. Optimální složení stravy znázorňuje pyramida zdravé výživy. V základu pyramidy nalezneme přílohy jako například těstoviny, celozrnné pečivo. Následuje patro se zeleninou a ovocem. Směrem vzhůru jsou pak živočišné potraviny a mléčné výrobky. Na vrcholku jsou potraviny, které bychom měli jíst jen minimálně. Jestliže konzumujeme velké množství látek, tak se nadbytek ukládá do těla jako přebytečný tuk.

Každá dieta musí být sestavena pro každého pacienta individuálně na základě všech onemocnění a zvyklostí nemocného. (Hainer, 2011)

Výsledkem nového životního stylu u nemocného by měl být snížený kalorický příjem, snížené množství nasycených tuků ve stravě, snížení příjmu soli a alkoholu. (Vítovec, 2011)

Sexuální problematika

Pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním je typické, že v jejich životě dochází k velkým změnám. Změny souvisí s následky jejich onemocnění i s nutností změnit svůj dosavadní životní styl. Přestože se o tom často nehovoří, součástí životního stylu je i sexuální aktivita. Ta je v životě nemocných a jejich partnerů důležitá a kardiovaskulárním onemocněním může být ovlivněna. Sexuální problematika se týká obou pohlaví a sexuální neuspokojení může být zdrojem partnerských neshod. U mužů je známá erektilní dysfunkce, u žen se vyskytuje neschopnost dosažení orgasmu, přičemž je třeba si uvědomit, že o sexuální život projevují zájem i nemocní v pozdním věku. Lze konstatovat, že častěji jsou probírány sexuální problémy u mužů.

Sexuální dysfunkce mohou způsobovat některé léky, které se běžně při KVO užívají. Pokud se dysfunkce objeví, je na místě prodiskutovat tyto nežádoucí účinky s lékařem a ten zváží riziko a prospěch pro konkrétního pacienta. Ze studie vyplynulo, že z léků užívaných při KVO jsou to především betablokátory. Ovšem u betablokátorů se vysazení nedoporučuje pro jejich pozitivní vliv na prognózu nemocného. (Špínar, Vítovec, 2014)

Samotná sexuální aktivita není po IM zakázaná. Pacientům s KVO se doporučuje provozovat pohlavní styk v příjemném a pohodlném prostředí. Tato rada v sobě skrývá i doporučení sexuální aktivity se stálým partnerem, protože sexuální aktivita s nelegálním partnerem zvyšuje riziko KVO komplikací. Může za to vyšší míra stresu. (Kapounová, 2020)

Nemocnému lze povolit sexuální aktivitu po jednom týdnu od nekomplikovaného IM, ale je nutné zvážit individuální stav pacienta. (Špínar, Vítovec, 2014) Můžeme říct, že pokud je pacient schopen vyjít do prvního patra bez potíží, měl by být schopný sexuální aktivity se stálým partnerem či partnerkou. (Kapounová, 2020) Pro pacienta je vhodné zařadit lehčí formu sexuální aktivity a postupně zvyšovat zátěž. Riziko úmrtí při sexuální aktivitě je srovnatelné jako při jakékoliv jiné aktivitě stejné intenzity. (Špínar, Vítovec, 2014)

1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta s infarktem myokardu

Pacient s podezřením na akutní infarkt myokardu je nejčastěji převezen na jednotku intenzivní péče, kde se zahajuje ihned po příjezdu monitorace fyziologických funkcí. Sestra u pacienta sleduje EKG křivku na monitoru, stav vědomí, krevní tlak, pulz, saturaci hemoglobinu kyslíkem, bilanci tekutin a tělesnou teplotu. Pokud nemá pacient periferní žilní katétr z RZS, je nezbytné, aby byl zajištěn a současně se zavedením PŽK je odebrána krev na vyšetření kardiospecifických markerů, biochemii, krevní obraz a hemokolagulaci. O PŽK sestra po celou hospitalizaci pečuje, udržuje ho průchodný pro případ podání medikace a hodnotí okolí PŽK podle Maddonovy stupnice. Jestliže není možné zavést PŽK, zavede lékař za asistence sestry CŽK. O CŽK pak sestra po zbytek hospitalizace pečuje stejně jako o PŽK. Při přijetí je zaznamenáno dvanáctisvodové EKG. (Koutecký, 2015) Všechny naměřené hodnoty sestry zaznamenávají do dokumentace minimálně jednou za hodinu a zjištěné patologické hodnoty hlásí neprodleně lékaři. (Slezáková, 2012) Během příjmu sestra uklidňuje pacienta, monitoruje bolest a podává léky tišící bolest podle ordinace lékaře. Nejčastěji se podávají analgetika opiátového typu. V případě hyposaturace je u pacienta zahájena oxygenoterapie. Kyslík je možné podávat kyslíkovými brýlemi nebo polomaskou. Cílovou hodnotou je saturace nad 90 %. Úkolem sestry je během hospitalizace podávat pacientovi léky na základě ordinací lékaře. Při příjmu to nejčastěji jsou nitráty, kyselina acetylsalicylová a léky s antikoagulačním účinkem, standardně Heparin. Další léky jsou ordinovány na základě symptomů. Po posouzení klinického stavu, reakce na léčbu a výsledků vyšetření je často rozhodnuto pro invazivní revaskularizaci. Provádí se tedy urgentní koronarografie s následnou perkutánní koronární intervencí (PCI). (Koutecký, 2015) Pacient musí být lékařem poučen o navrhované léčbě, poskytuje pacientovi veškeré informace včetně rizik. Je nezbytné nemocného informovat také o nutnosti trvalé farmakoterapie a dodržování sekundárních opatření. (Kala et al., 2011) Pokud pacient s výkonem souhlasí, je nutné zajistit podpis na souhlas s výkonem. Sestra pacienta připraví k výkonu, tedy zkontroluje identifikaci pacienta, zajistí vyjmutí zubní protézy, odstranění šperků a oholení místa vpichu. Místem výkonu je v případě PCI pravé zápěstí nebo pravé třísko. Pokud je nemocný k výkonu připraven, doprovází ho sestra s lékařem na katetrizační sál. Po

výkonu sestra opět sleduje fyziologické funkce a zaznamenává je do dokumentace, sleduje místo vpichu, kontroluje účinnost komprese, pozoruje prokrvení končetiny, Dále sestra za nemocného přebírá většinu běžných činností kvůli nutnosti dodržovat klid na lůžku. Po úpravě stavu nemocného dochází k postupnému zapojování pacienta do sebepečce.

Před propuštěním pacienta do domácí péče je nutné nemocného řádně edukovat o sekundární prevenci. Sestra v rámci edukace zdůrazňuje důležitost zanechání kouření, snížení váhy u obézních pacientů, vhodnost zařazení pravidelné tělesné aktivity, omezení příjmu alkoholu, dodržování vhodné životosprávy a především užívání farmakologické léčby předepsané lékařem. Je nezbytné pacientovi vysvětlit, proč není možné si léky vysazovat bez ordinace lékaře a v čem spočívá jejich důležitost. (Slezáková, 2012)

Kouření

Významným problémem veřejného zdraví je kouření. Závislost na kouření způsobuje nikotin. Odvykání kouření je proto nutné vést komplexně a řešit jak fyzickou, tak psychickou závislost. Fyzická závislost se řeší pomocí nikotin-substituční léčby. Součástí psychosociální léčby závislosti je změna návyků tak, aby se jedinec byl schopen vyhnout situacím, ve kterých byl zvyklý kouřit. Během odvykání je důležitá podpora a motivace. S pacientem jednáme v partnerském vztahu, nesoudíme ho ani nekáráme. (Hamplová, 2019) Jestliže se pacientovi podaří přestat kouřit, hovoříme o nejefektivnějším opatření v sekundární prevenci. Odvykání kouření je velmi účinné opatření ke snížení morbidity a mortality u pacientů po IM. (Doležal, Jarošová, 2017) Vítovec (2011) uvádí, že zanechání kouření může snížit mortalitu o 20-25 %, což nedokáže žádný lék na trhu. Po IM kuřáci v prvních dnech většinou abstinují, ale po čase se k cigaretě vrací. Králíková (2019) uvádí, že po roce kouří většinou polovina pacientů kuřáků. Jestliže pacient nedokáže zanechat kouření, nebo nechce je vhodné mu nabídnout méně škodlivou formu bez látek obsažených v kouři. Touto alternativou může být například elektronická cigareta, v ní vzniká minimum toxických látek oproti kouři z běžné cigarety. Neznamená to ovšem, že elektronické cigarety jsou neškodlivé či dokonce zdravé, jsou pouze méně rizikové pro pacienty s KVO. (Králíková, 2019)

Pohyb

Pravidelný pohyb je vhodný ke zlepšení kondice a také ke zlepšení odolnosti po psychické stránce. Mezi doporučované aktivity patří chůze, jízda na kole, plavání či běh. Chůze je nejdostupnější aktivitou a většina pacientů ji v počáteční fázi po IM provozuje, ovšem již po roce od IM pravidelnou aktivitu opouští. (Tóthová et al., 2019)

Snížení tělesné hmotnosti a stravování

Za vznikem IM stojí nejčastěji ateroskleróza. Její rizikové faktory jsou následkem životního stylu jedince a jeho genetické výbavy. Dodržování zdravého životního stylu a udržování optimální tělesné váhy významně snižuje riziko IM. Vhodný životní styl příznivě ovlivňuje i další rizikové faktory pro vznik IM, jakou jsou krevní tlak, hladiny krevních lipidů i hodnoty glykemií.

K posouzení tělesné váhy jedince se používá BMI, kdy o obezitě mluvíme při BMI vyšším jak 30 kg/m². Dalším užitečným měřítkem je obvod pasu, kdy za vhodné jsou považovány hodnoty pod 102 cm u mužů a u žen pod 88 cm. (Vítovec, 2011)

Podle doporučení odborných společností je několik zásad, které je vhodné dodržovat po prodělaném IM. Zásady slouží zároveň jako prevence dalších komplikací. Tóthová uvádí několik pravidel, na nichž se shoduje s ostatními autory. Z obecných zásad se uvádí, že strava by měla být pestrá a čerstvá. Jako optimální poměr živin se uvádí

15–20 % bílkovin, 25–30 % tuků a 50–55 % sacharidů. U rizikových osob by měly sacharidy tvořit 45–55 % jídelníčku. Přesto se nedoporučuje komplexní sacharidy vyřadit z jídelníčku úplně, to by znamenalo snížený příjem vitamínu B a vlákniny. Příjem cholesterolu by za den neměl překročit 300 mg a u rizikových pacientů se doporučuje příjem ještě nižší, pouhých 200 mg. Sůl se doporučuje omezit na 5 g za den. U pacientů s hypertenzí je doporučeno solení velmi omezit, někdy až úplně zakázat. Nevhodné je u hypertoniců i pití minerálních vod. Pro správnou funkci organismu je důležité zařadit do stravy dostatek zdravých tuků, vhodné je sníst 30 g nesolených ořechů denně. (Tóthová et al., 2019) Nezbytné je pacientům vysvětlit, že tuky se liší složením mastných kyselin, a tím pádem i jejich vliv na organismus je odlišný, ačkoli energetická hodnota je stejná. Jestliže si představíme lžici sádla a lžici olivového oleje, energie bude stejná, ale rozdíl je ve vlivu látek na zdraví. Ryby se doporučují konzumovat 2krát týdně, jelikož obsahují mastné kyseliny. Mastné kyseliny obsažené v rybách jsou zdraví prospěšné, protože snižují hladinu tuků v krvi. Svoji zásadu má i pitný režim, kdy ideální příjem tekutin za

24 hodin se uvádí od 1,5 litru až do 2 litrů. U pitného režimu je důležité vyřadit slazené nápoje. Vhodná není ani větší konzumace džusů. Nápoje s náhradními sladidly se mohou zdát jako ideální alternativa, ale není tomu tak, protože z dlouhodobého hlediska nás stále učí na sladkou chuť a to není vhodné. (Hlavatá, 2018) V souvislosti s pitným režimem je třeba pacientovi zmínit podmínky příjmu alkoholických nápojů. Ten by za den neměl u mužů překročit 20 gramů a u žen 10 gramů. Poslední zásada z obecných doporučení uvádí, že celkový příjem ovoce a zeleniny by měl dosahovat 600 gramů za den, kdy je optimální poměr 400 gramů zeleniny a 200 gramů ovoce. (Tóthová et al., 2019)

Ideální dieta pro snížení váhy by měla obsahovat podle Hainera kromě výše uvedených zásad ještě dostatečný příjem bílkovin (1 g/ 1 kg optimální hmotnosti) a zvýšené množství potravin s nízkým glykemickým indexem. (2011) Abychom zajistili jejich dostatečný příjem, je vhodné bílkoviny zařazovat ke každému jídlu. Bílkoviny tak sníží výsledný glykemický index pokrmu a zároveň zajistí zvýšený pocit sytosti. Vhodnými produkty pro doplnění bílkovin jsou mléčné výrobky, ve výběru upřednostňujeme nízkotučné a polotučné výrobky. V mléčných výrobcích je obsažen vápník, který je dobrým pomocníkem pro hubnutí, vede ke snížení kyseliny močové a hladiny cholesterolu v těle. (Hlavatá, 2018)

V poslední době se stále častěji stává populárním středomořský způsob stravování. Typické je pro tento způsob stravování vysoké množství potravin rostlinného původu, olivový olej a střední množství masa, mléčných výrobků a alkoholu. Při středomořském stravování je upřednostňováno bílé maso před červeným. U jedinců s vysokým rizikem kardiovaskulárních onemocnění snížila středomořská dieta jejich výskyt. (Křivohlavá, 2017)

1.6 Komplikace infarktu myokardu

Komplikace infarktu myokardu pro lepší přehlednost rozdělíme do dvou skupin. První skupinou budou mechanické komplikace. Mezi mechanické komplikace řadíme srdeční selhání, přetrvávající hypokinezi až akinezi, a to i po zprůchodnění věnčité tepny. Takovému stavu říkáme omráčení myokardu – stunning. Srdeční selhání může vyústit v plicní edém nebo kardiogenní šok. (Zadák, 2017) Ten je závažnou komplikací IM. Příznakem kardiogenního šoku je hypotenze, tachykardie, oligurie, nízký srdeční výdej a v pozdější fázi dochází ke změně vědomí. K diagnóze kardiogenního šoku vede lékaře pokles krevního tlaku, především systolického tlaku pod 90 mmHg. Z laboratorních

vyšetření je směrodatná hladina laktátu, která je vyšší než 1,5 mmol/l. (Hromádka et al., 2015) Kettner s výše uvedenými příznaky souhlasí a přidává k nim ještě periferní cyanózu, ale hladina laktátu by podle autora při diagnostice kardiogenního šoku měla být více jak 2 mmol/l. (2018)

Dále řadíme do mechanických komplikací aneurysma. Méně častou komplikací je pak ruptura různých částí vlivem napínání nekrotického myokardu. Četnost této komplikace klesá vlivem rozvoje a dostupnosti reperfuze IM, přesto zůstává celková mortalita vysoká. Nejčastěji se objevuje ruptura mezikomorového septa, ruptura papilárního svalu a ruptura volné srdeční stěny. Rizikovým faktorem pro vznik ruptury je vysoký věk, ženské pohlaví, hypertenze a nevyvinuté kolaterální řečiště. Mezi příznaky ruptury řadíme hypotenzi, bradykardii, nauzeu, agitaci, perikardiální bolest a klinické známky srdeční tamponády. Diagnostika se provádí akutním echokardiografickým vyšetřením. (Kačer et al., 2010)

V průběhu AIM nebo v následujících týdnech se může vytvořit perikardiální výpotek a perikarditida. (Češka, 2015)

Mezi nejčastější komplikace IM kromě srdečního selhání patří arytmie. Do arytmiických komplikací, které se běžně řeší v souvislosti s AIM, patří fibrilace síní, komorová tachykardie a atrioventrikulární blokády I., II., a III. stupně. (Zadák, 2017) U spodního infarktu můžeme vidět nejčastěji bradyarytmie. (Navrátil et al., 2017) Aritmie, které se objeví u nemocného do 48 hodin, pro něj nejsou v budoucnu ohrožující. Nebezpečné se pro pacienta stávají arytmie vzniklé po tomto časovém úseku. Je zde pak riziko náhlé srdeční smrti. V případě takové arytmie je vhodná implantace ICD – implantabilního kardioverteru-defibrilátoru v rámci sekundární prevence náhlé srdeční smrti. (Bulava, 2017)

Pokud pacient se zhojeným infarktem myokardu nedostává náležitou terapii a nezmění svůj životní styl, dochází za určitý čas k selhání srdce. Takové chování vede za měsíce až roky ke smrti pacienta. (Rokyta et al., 2015)

1.7 Edukace

Význam slova pochází z latinského slova educo, educare, což znamená vychovávat. Pod pojmem edukace si může představit výchovu a vzdělávání jedince. Oba pojmy spolu

souvisí a nelze je od sebe oddělit. Proces, který obohacuje jedince o vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti, se nazývá vzdělávání.

Při procesu edukace dochází u jedince k učení. To může probíhat záměrně nebo bezděčně. Edukačním procesem si prochází každý jedinec od narození až po smrt. V edukačním procesu jsou důležití edukanti a jejich charakteristika, dále pak edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Osoba, která se podrobuje učení se nazývá edukant. Edukantem může být každý. V rámci zdravotnictví se nejčastěji v této pozici setkáváme s pacientem, ale i zdravotník může být edukantem. Edukační proces ovlivňuje individuální osobnost edukanta se všemi fyzickými a kognitivními vlastnostmi. Zároveň edukanta ovlivňuje například i prostředí, ve kterém žije, nebo víra. Oproti edukantovi stojí edukátor. Edukátor bývá v nemocničním prostředí nejčastěji zdravotnický personál. Nejruznější plány či předpisy, které ovlivňují edukační proces, popisujeme jako edukační konstrukty. Edukace probíhá v edukačním prostředí. (Juřeníková, 2010) Edukační prostředí je tvořeno vnitřními a vnějšími podmínkami. Do vnitřních faktorů ovlivňujících edukační prostředí řadíme fyzikální faktory a psychosociální faktory. Vnějšími faktory nazýváme ekonomické, sociokulturní a demografické charakteristiky edukačního okolí. (Průcha, 2017) První fází edukačního procesu je posouzení pacienta. Při něm sestra zjišťuje připravenost pacienta a ochotu se učit. Důležité je zjistit, jakou má pro pacienta hodnotu zdraví, zda půjde využít motivace ke zlepšení zdraví. Edukační proces můžou značně ovlivnit společensko-ekonomické faktory. Získávání informací o ekonomické situaci provádíme taktně a případně projednáváme možná řešení. Věk hraje také důležitou roli v edukačním procesu. S vyšším věkem je zhoršená vstřípivost a pozornost, také mohou být zhoršené smyslové funkce. Přizpůsobit by se měla edukace i úrovni vzdělání pacienta. (Svěráková, 2012) V druhé fázi diagnostikujeme problém, plánujeme časový harmonogram, stanovujeme si cíl, výsledná kritéria a volíme si didaktickou metodu vhodnou pro realizaci edukačního plánu. V další fázi realizujeme naplánované metody a jedinec si osvojuje dovednosti a znalosti. V průběhu realizace dochází k hodnocení pokroků jedince a v případě potřeby k motivaci pro lepší výsledky. V poslední fázi hodnotíme dosažené výsledky jak z pohledu edukanta, tak z pohledu edukátora. Součástí této fáze je sebehodnocení, které má motivační význam. Účinnost edukačního procesu můžeme sledovat díky řádnému záznamu edukačního procesu. (Šulistová, Třešlová, 2012)

1.7.1 Edukace v ošetrovatelství

Edukace v ošetrovatelství má za úkol předcházet nemocím, udržet nebo navrátit zdraví a důležitým úkolem je i udržet kvalitu života na co nejvyšší životní úrovni. Jak už z úkolu vyplývá, je edukace nástrojem prevence. Prevenci rozlišujeme primární, sekundární a terciální. Primární prevence je zaměřena na předcházení nemoci a udržení zdraví jedince. V sekundární prevenci se snažíme o navrácení zdraví a předcházení komplikacím. Zároveň je její součástí prevence opětovného navrácení onemocnění. V sekundární prevenci si edukant musí uvědomit důležitost dodržování léčebného režimu. Oproti tomu terciální prevence je vhodná u pacientů s ireverzibilním onemocněním. V takovém případě se snažíme formou edukace zlepšit kvalitu života a zabránit možným komplikacím. Edukaci ovšem nemůžeme vidět jako jednorázový rozhovor s cílem předat informace, ale musí se jednat o předem připravený a vhodně realizovaný edukační proces. Edukační proces má vést k pozitivním změnám ve znalostech, dovednostech, návycích a postojích edukanta. Velkým úspěchem všeobecné sestry je, pokud si klient na základě edukace uvědomí nutnost změny, chce se na změně podílet a vytrvá v procesu změn, které jsou prospěchem pro jeho zdraví. (Krátká, 2016) Edukaci rozlišujeme základní, reedukační a komplexní. O základní edukaci hovoříme, jestliže jsou vyučovány nové vědomosti či znalosti a klient je veden ke změně hodnotového žebříčku. U reedukační edukaci se opíráme o vědomosti a dovednosti z předchozí edukce a dále je prohlubujeme. Komplexní edukaci můžeme nejčastěji vidět v kurzech. Jedná se o ucelené předávání dovedností a vědomostí v etapách, což vede k udržení nebo zlepšení zdraví jedince. (Juřeníková, 2010)

1.7.2 Sestra edukátorka

Pro sestru edukátorku jsou důležité znalosti, dovednosti a postoje z oblasti ošetrovatelství, psychologie, pedagogiky a didaktiky. Pro edukátorku jsou dále potřebné znalosti medicínské a ošetrovateľské na tak vysoké úrovni, aby před pacientem neztratila respekt kvůli neznalosti základních informací, které jsou běžně dostupné na internetu. (Svěráková, 2012) Významnou roli hraje i osobnost sestry edukátorky. Měla by být empatická, důvěryhodná, samostatná v rozhodování, organizačně schopná a měla by být přesvědčena o činnostech, které pro pacienta vykonává. (Šulistová, Třešlová, 2012) Pro

vhodně vedenou edukaci je důležité, aby sestra měla dobré komunikační dovednosti. Náplní její práce je vytvářet motivující a podporující prostředí. (Svěráková, 2012) Zároveň je nutné, aby měla sestra edukátorka znalosti a dovednosti z oblasti edukace a, aby sestra měla autoregulační mechanismy. Všeobecná sestra v roli edukátorky je poradcem edukanta, tvůrcem edukace, diagnostikem edukačních potřeb, realizátorem edukace a současně i hodnotitelem. (Juřeníková, 2010)

1.7.3 Edukace pacienta po prodělaném infarktu myokardu

Pacienti po infarktu myokardu často nedodržují zásady zdravého životního stylu a neznají rizikové faktory pro vznik opětovného IM. (Kotseva et al., 2016). Zdravotnický personál, v hlavní roli především sestry, má klíčovou roli při edukaci pacientů po infarktu myokardu. Vhodná edukace vede ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, zlepšuje zdravotní stav pacientů a snižuje počet rehospitalizací. (Lachman et al., 2015) Pokud chceme u pacienta dosáhnout trvalých změn v chování a dodržování režimových opatření, je nutné edukaci opakovat. (Rydén et al., 2013) Šedová uvádí, že Česká republika patří k zemím s nedostatečně vzdělanou populací v oblasti zdraví. (2016) Olišarová se ve své publikaci s tímto názorem ztotožňuje, sama uvádí, že edukace o rizikových faktorech pro KVO je v České republice neuspokojivá. (2016) Doležal a Jarošová ve své publikaci uvádí mnoho studií, které poukazují na značné snížení rizika opětovného IM, jestliže dojde k vhodné edukaci pacienta. Ta může ovlivnit téměř všechny rizikové faktory pro vznik IM. (2019) Po ukončení kouření se uvádí snížení rizika až o jednu třetinu. (Svěráková, 2012) Podstatou prevence kardiovaskulárních chorob jsou nefarmakologické intervence. Farmakologická terapie by měla být zahájena až po neúspěšné nefarmakologické léčbě. (Magnani et al., 2018).

Na začátku každého edukačního procesu je potřeba pohlížet na pacienta jako na individuální bytost se všemi bio-psycho-sociálně-spirituálními potřebami. Přestože mají pacienti shodnou lékařskou diagnózu, jejich rizikové faktory se mohou lišit. Je tedy nezbytné, aby sestry vždy pečlivě vyhodnotily u každého pacienta rizikové faktory a na základě toho pak volily vhodnou edukaci. Edukace ovšem není jen prosté předání informací, ale je to řádně připravený edukační proces, na jehož konci by mělo dojít k pozitivním změnám ve znalostech, dovednostech, návycích a postojích u pacienta.

(Šulistová, Třešlová, 2012) Pro dobré výsledky v edukaci není důležitý jen celý proces edukace, ale také jeho načasování. (Pavelková, Hotařová, 2016)

V úvodu edukačního procesu by se měl pacient dozvědět od sestry, co jsou kardiovaskulární onemocnění a jaké mají příčiny vzniku. Pro další fázi je důležitý rozhovor sestry a pacienta, jehož cílem je zjistit stávající životní styl pacienta. Na základě těchto informací následně sestra určuje rizikové faktory u konkrétního pacienta a cíleně pak v rámci edukace hovoří o režimových opatřeních, která jsou pro pacienta vhodná. U pacientů, kteří kouří, je nutné vést je k odvykání kouření. V rámci edukace pacientovi předáme několik rad, jak přestat kouřit, a současně s tím je vhodné nabídnout mu kontakt na specializovaná pracoviště. Nedílnou součástí edukačního procesu u pacienta po infarktu myokardu je objasnit mu důležitost pravidelného pohybu a motivovat ho k lepším výsledkům. V ideální situaci se pacient věnuje pohybové aktivitě nejméně 30 minut denně. Důležité je najít pacientovi vhodnou pohybovou aktivitu, která ho bude bavit. Tak jako pohybová aktivita je pak stejně důležitá i vyvážená strava. Ohledně vyvážené stravy máme všeobecně platná pravidla, ale i tak je zapotřebí dietní opatření individualizovat pro konkrétního pacienta. (Vilánková et al., 2010)

Podle Doležala a Jarošové by měl edukační plán pro pacienta po infarktu myokardu mimo výše uvedené obsahovat i krátký úvod do anatomie a fyziologie srdce tak, aby byl pacient schopen pochopit, jak srdce pracuje, když je zdravé, a jak to vypadá, když ho postihne infarkt myokardu. Nezbytné je s pacientem probrat příznaky IM a důležitost včasné lékařské pomoci. Pro pacienta jsou cenné i informace o léčbě a rekonvalescenci po IM. V edukačním procesu jsou stěžejní informace o režimových opatřeních. (Doležal, Jarošová, 2016)

Správný edukační proces je jen první krok, druhý krok je na nemocném. Pacient by se měl snažit na základě předaných informací snížit své riziko KVO změnou životního stylu. (Vilánková et al., 2010)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po infarktu myokardu.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou znalosti pacientů po proběhlém infarktu myokardu o režimových opatřeních?
2. Jaké jsou problémy vyskytující se u pacientů po proběhlém infarktu myokardu?
3. Jaká je spokojenost pacientů po prodělaném infarktu myokardu s kvalitou podaných informací?

2.2 Metodika výzkumu

Data pro výzkum jsme získali od respondentů formou anonymního dotazníku, viz příloha

1. K zjištění znalostí respondentů o režimových opatřeních po infarktu myokardu jsme vytvořili dotazník, který má 17 otázek. Objevují se v něm otázky uzavřené, polootevřené nebo otevřené. U uzavřených otázek bylo možné vybrat pouze jednu odpověď, otevřenou otázku jsme použili pouze jednu (otázka 17).

Úvod dotazníku obsahoval krátké poděkování respondentům, informace o anonymitě i o účelu dotazníku a také krátké představení mé osoby. V úvodu dotazníku zjišťujeme základní informace o pacientovi. Od třetí otázky se zajímáme o znalosti pacienta v oblasti režimových opatřeních po infarktu myokardu. V poslední části dotazníku ověřujeme míru spokojenosti s poskytnutou edukací od ošetřujícího personálu.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum pro bakalářskou práci byl prováděn se souhlasem náměstka pro vědu, výzkum a školství Prof. MUDr. Mgr. Alana Bulavy, Ph.D. (Příloha 2) v českbudějovické nemocnici na kardiologickém oddělení. Dotazníkového šetření se účastnili pacienti

hospitalizovaní na kardiologickém oddělení od prosince 2020 do března 2021. Celkem bylo distribuováno 115 dotazníků.

2.4 Průběh výzkumu

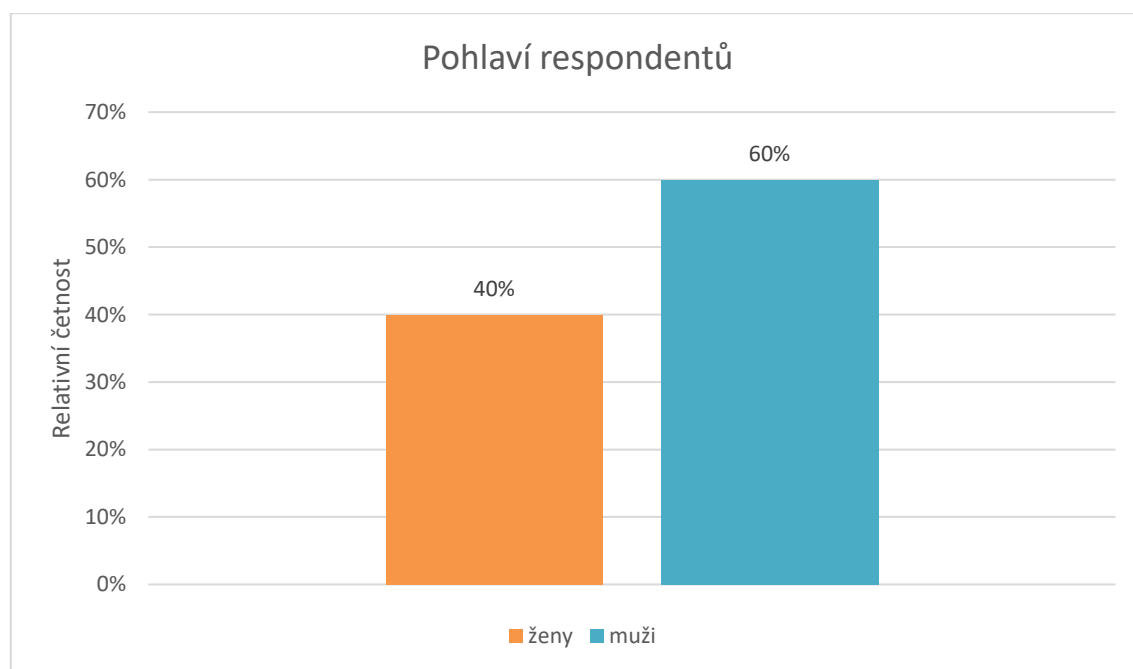
Ve spolupráci s personálem na kardiologickém oddělení jsme dosáhli návratnosti dotazníků 87 %. Znamená to tedy, že se vrátilo 100 ze 115 dotazníků. Z tohoto počtu jsme byli nuceni vyřadit 5 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění. V mé práci tedy pracujeme s daty od 95 respondentů.

2.5 Zpracování získaných dat

Výsledky z dotazníkového šetření jsme zpracovávali v programu Microsoft Office Excel a v Microsoft Office Word. Položky jsou zpracované v tabulkách a grafech.

2.6 Výsledky výzkumu

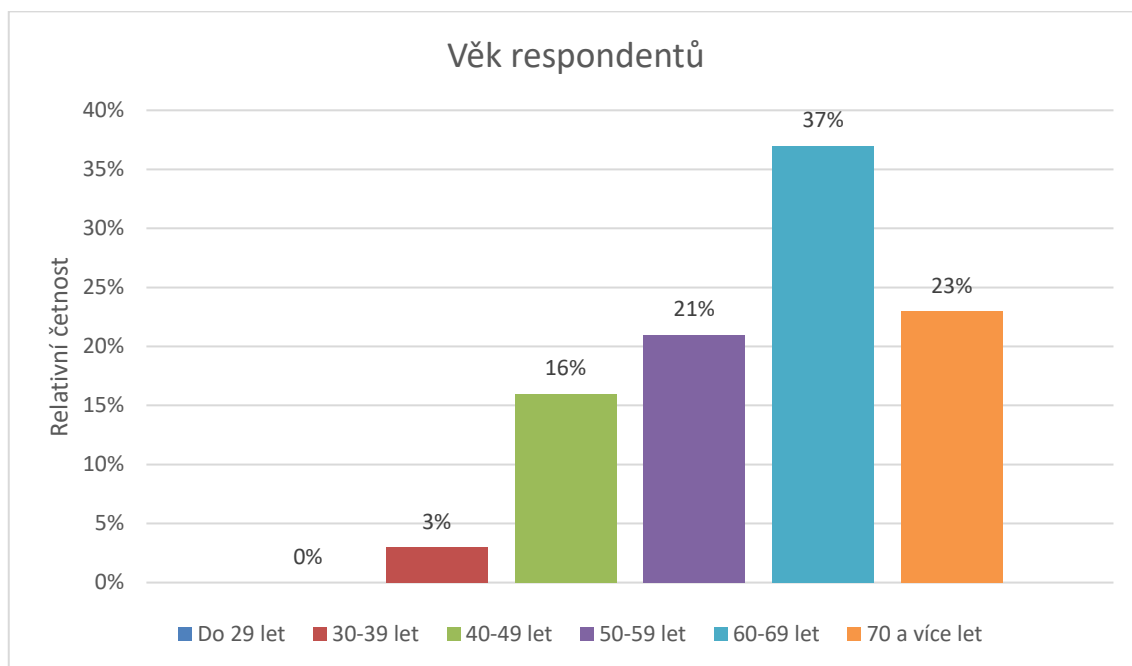
Pohlaví respondentů



Graf 1 Pohlaví respondentů

První graf znázorňuje zastoupení mužů a žen. Z celkového počtu 95 respondentů je žen 38 (40 %), mužů 57 (60 %).

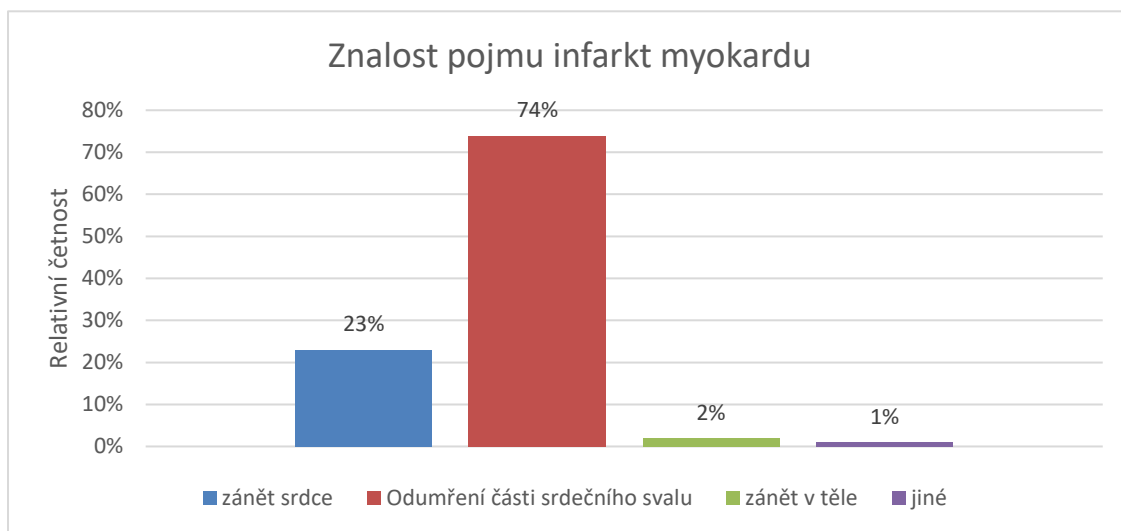
Věk respondentů



Graf 2 Věk respondentů

Druhý graf zobrazuje procentuální zastoupení věkových skupin respondentů. Ve věku do 29 let nebyl žádný z respondentů. Dotazník vyplnili 3 respondenti ve věku 30-39 let (3 %), ve věku 40-49 let 15 respondentů (16 %), ve věku 50-59 let 20 respondentů (21 %), nejvíce respondentů bylo ve věku 60-69 let 35 (37 %) a druhá nejpočetnější skupina respondentů byla nad 70 let, zde odpovědělo 22 respondentů (23 %).

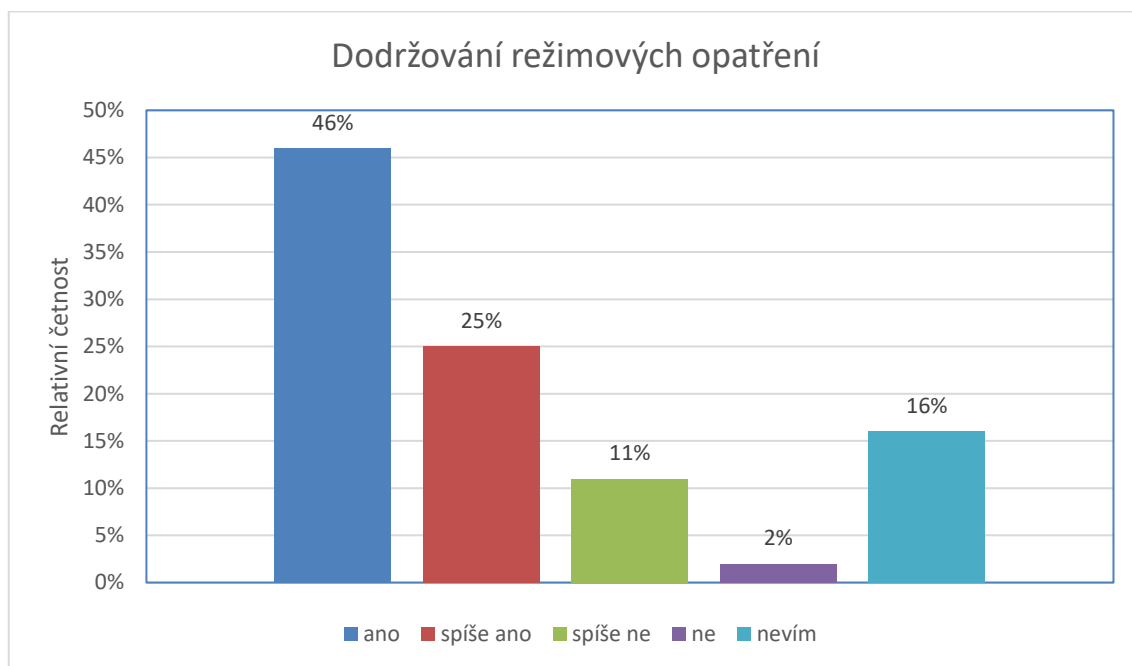
Znalost pojmu infarkt myokardu



Graf 3 Znalost pojmu infarkt myokardu

Graf číslo 3 ukazuje, zda respondenti ví, co znamená pojem infarkt myokardu. Z celkového počtu 95 respondentů uvedlo 22 (23 %), že infarkt myokardu znamená zánět srdce. Nejpočetnější skupinu tvoří 70 respondentů (74 %), ti odpověděli, že infarkt myokardu je odumření části srdečního svalu při uzávěru nebo výrazném zúžení věnčité tepny. Dva respondenti (2 %) označili infarkt myokardu jako zánět kdekoli v těle. Možnost „jiné“ zvolil 1 respondent (1 %), jeho odpověď bylo „nevím“.

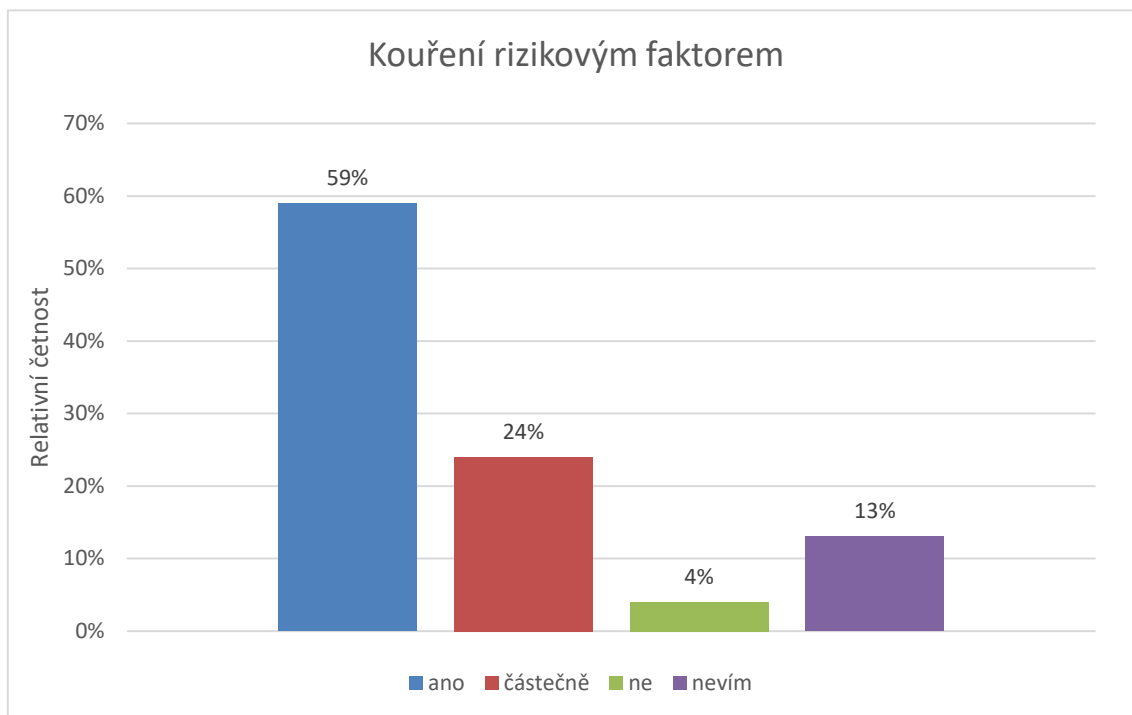
Dodržování režimových opatření



Graf 4 Dodržování režimových opatření

Z grafu číslo 4 je patrné, že 44 respondentů (46 %) považuje za nutné dodržovat režimová opatření po proběhlém infarktu myokardu. Odpověď spíše ano označilo 24 respondentů (25 %), 10 respondentů (11 %) odpovědělo spíše ne a pouze 2 respondenti (2 %) uvedli, že to není nutné. Nevím odpovědělo 15 respondentů (16 %).

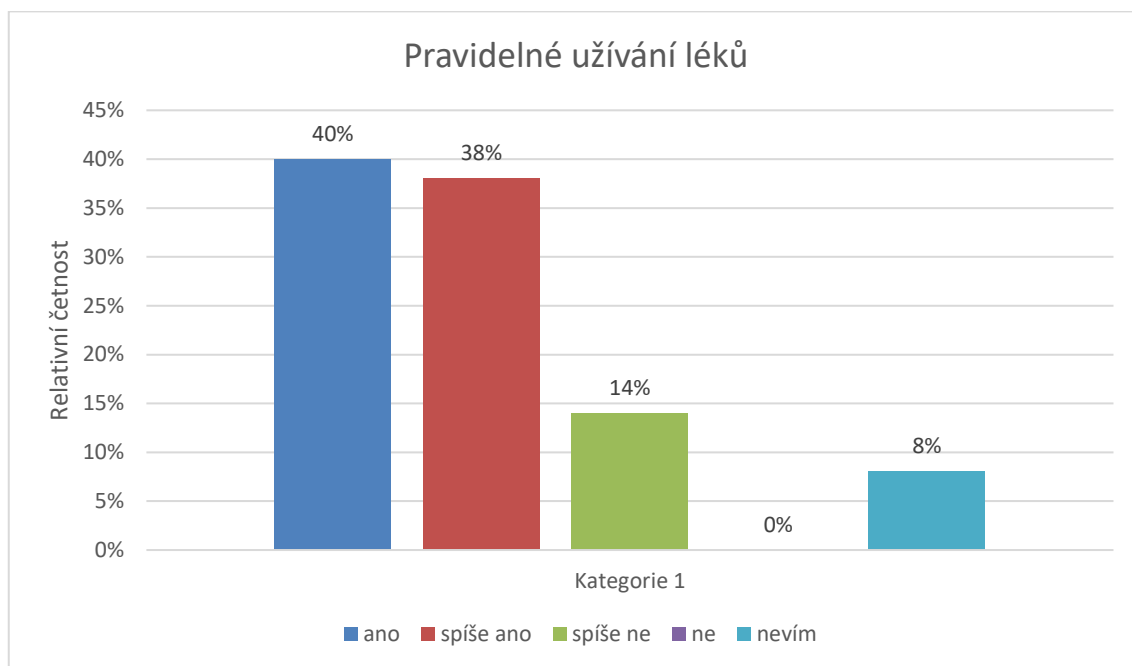
Kouření rizikovým faktorem



Graf 5 Kouření rizikovým faktorem

Na otázku „Domníváte se, že kouření patří mezi rizikové faktory, které přispívají k rozvoji komplikací?“ odpovědělo 56 respondentů (59 %) z 95, že kouření je rizikovým faktorem pro rozvoj komplikací, 23 respondentů (24 %) odpovědělo, že pouze částečně, 4 respondentům (4 %) se kouření nejeví jako rizikový faktor pro rozvoj komplikací. Dvanáct respondentů (13 %) se přiklonilo k odpovědi nevím.

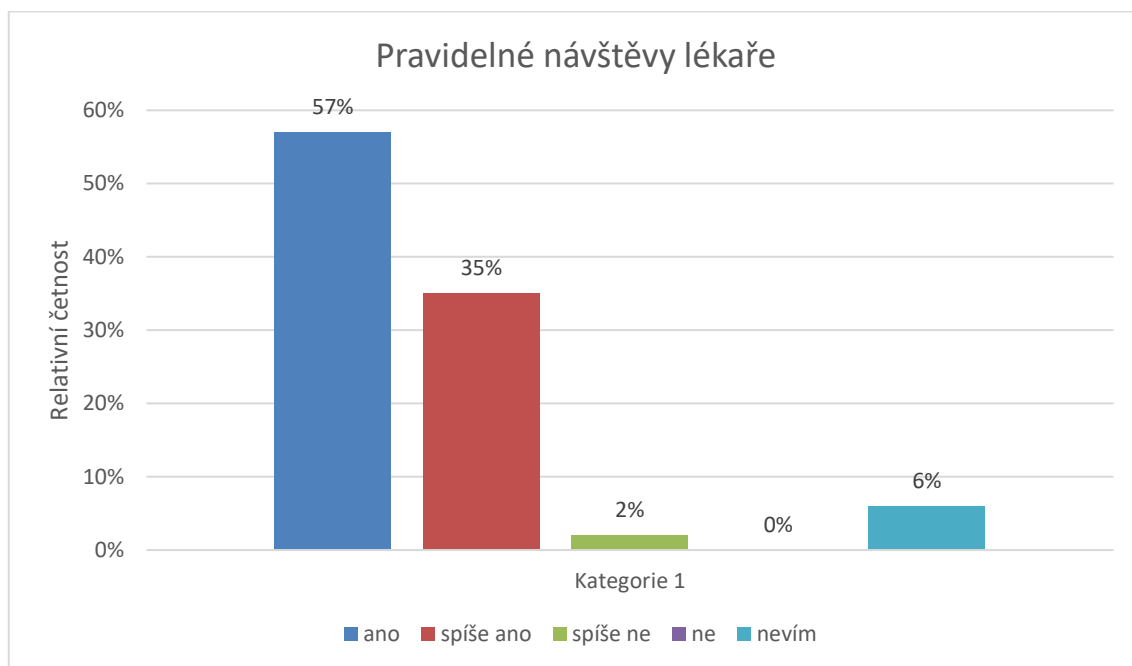
Pravidelné užívání léků



Graf 6 Pravidelné užívání léků

Z grafu 6 vyplývá, že na otázku „Domníváte se, že po prodělaném infarktu myokardu je potřeba pravidelně užívat lékařem předepsané léky?“ odpovědělo 38 respondentů (40 %) ano a tedy považuje pravidelné užívání léků za důležité, 36 respondentů (38 %) za spíše potřebné, 13 respondentů (14 %) za spíše nepotřebné. Žádný respondent si nemyslel, že není potřeba pravidelně užívat léky, 8 respondentů (8 %) nedokázalo posoudit, zda je to nezbytné, a proto označili odpověď nevím.

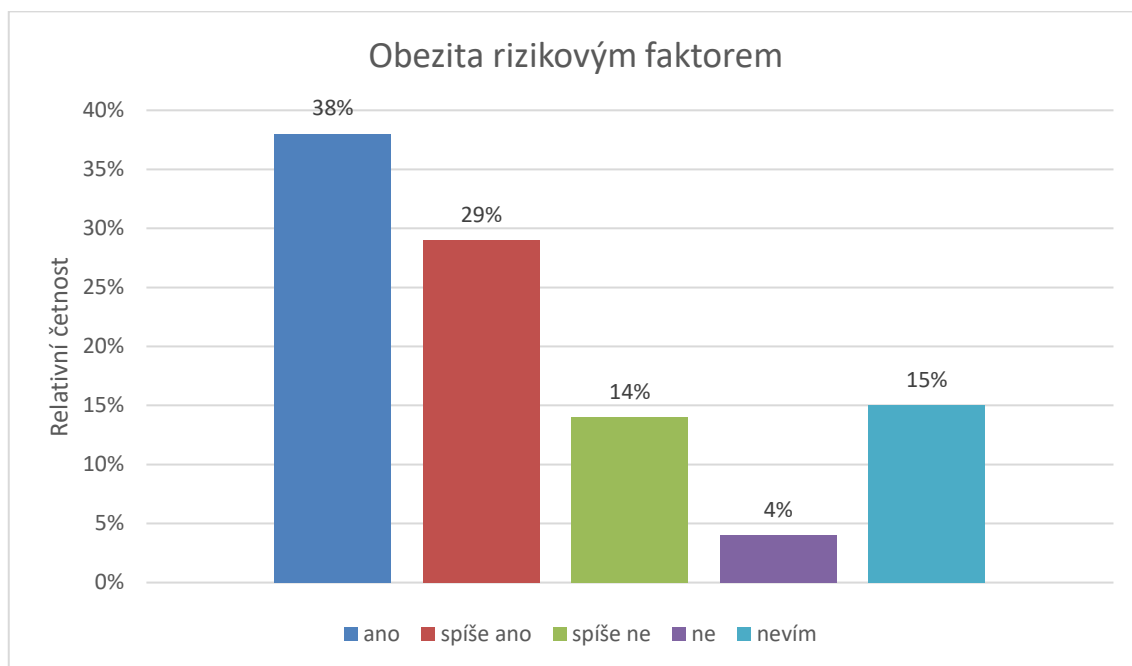
Pravidelné návštěvy lékaře



Graf 7 Pravidelné návštěvy lékaře

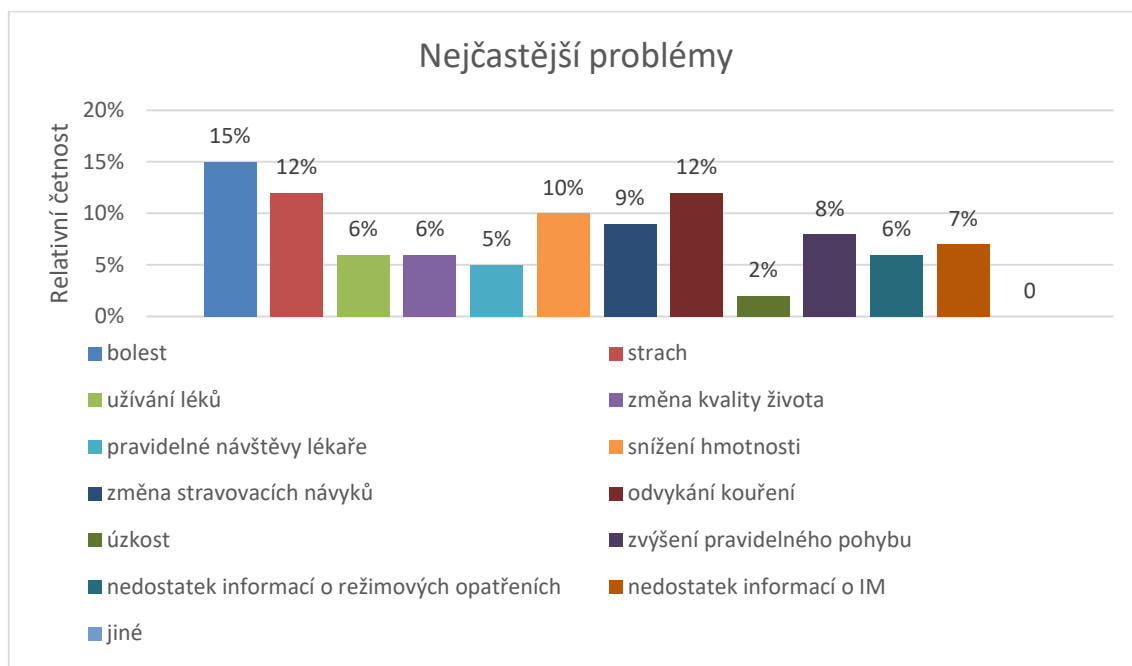
Graf 7 znázorňuje, jak respondenti odpovídali na otázku, zda po prodělaném infarktu myokardu považují za důležité pravidelné kontroly u lékaře. Respondenti odpovídali takto: 54 z nich (57 %) považuje pravidelné návštěvy lékaře po infarktu myokardu za podstatné, 28 respondentů (35 %) uvedlo spíše ano, spíše ne odpověděli pouze 2 respondenti (2 %). Nikdo z respondentů si nemyslí, že pravidelné kontroly nejsou nutné, ale 6 respondentů (6 %) neví, zda je to důležité.

Obezita rizikovým faktorem



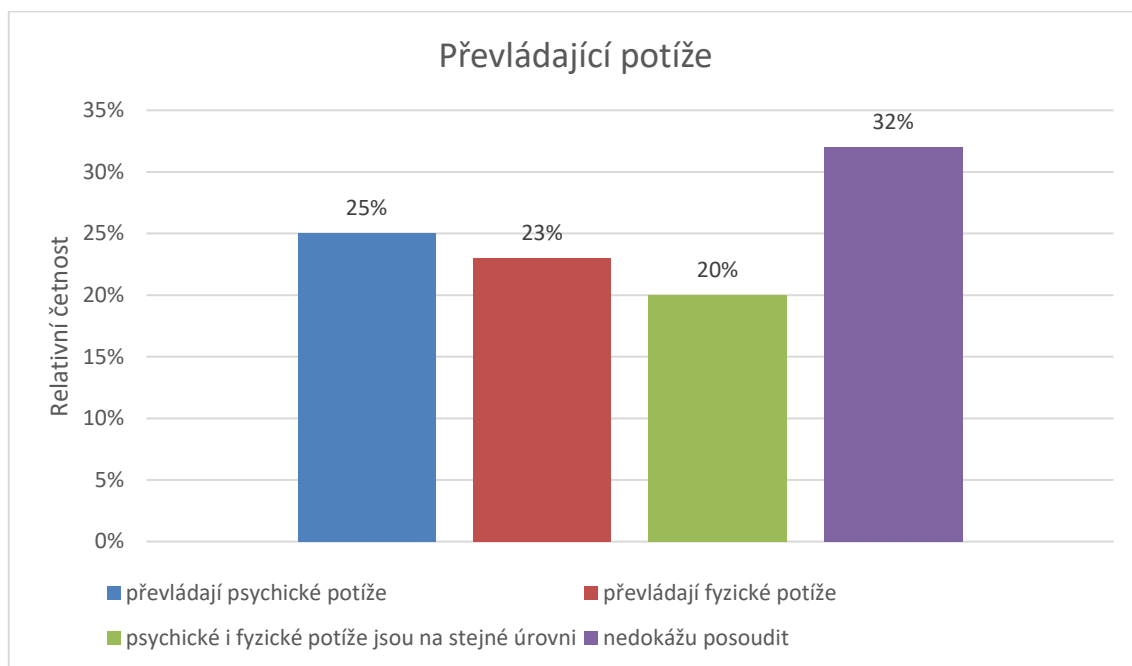
Graf 8 Obezita rizikovým faktorem

Domníváte se, že obezita patří mezi rizikové faktory, které přispívají k rozvoji komplikací po prodělaném infarktu myokardu? Odpovědi na tuto otázku znázorňuje graf 8. Můžeme vidět, že 36 respondentů (38 %) považuje obezitu za rizikový faktor pro rozvoj komplikací. Spíše ano označilo 28 respondentů (29 %), spíše ne odpovědělo 13 respondentů (14 %), možnost nevím označilo 14 respondentů (15 %) a pouze 4 respondenti (4 %) se domnívají, že obezita není rizikovým faktorem pro rozvoj komplikací.

Nejčastější problémy**Graf 9 Nejčastější problémy**

U deváté otázky měli respondenti možnost označit maximálně tři podle nich nejzávažnější problémy, se kterými se potýká pacient po infarktu myokardu. Jako nejčastější problém byla označována bolest. Tato odpověď byla označená 41 krát. Strach spolu s odvykáním kouření jsou na druhém místě, kdy strach byl vybrán 32 krát to odpovídá 12 % z celkového počtu odpovědí a odvykání kouření bylo zvoleno 33 krát. Odpověď „Snížení hmotnosti“ byla vybrána 27 krát jako závažný problém. Změnu stravovacích návyků byla vybrána jako nejčastější problém 25 krát. Zvýšení pravidelného pohybu vybralo 22 respondentů, nedostatek informací o infarktu myokardu zvolilo 19 respondentů. Užívání léků a změna kvality života byla označena shodně 15 krát. Pravidelné návštěvy lékaře byly označeny za problematické 13 krát. Úzkost byla označena 6 krát. Pouze 1 respondent (0 %) zvolil odpověď jiné a dopsal, že za nejzávažnější problém kromě výše zmíněných považuje snížení fyzické aktivity.

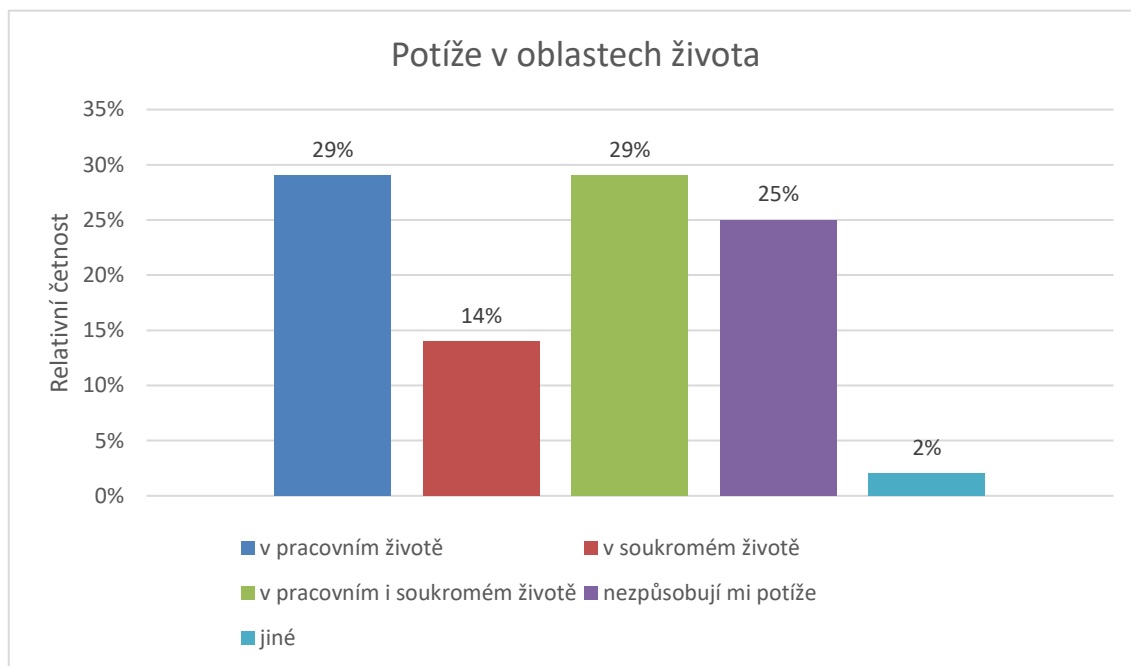
Převládající potíže



Graf 10 Převládající potíže

Na otázku „Jaké potíže podle vás převládají u pacientů po infarktu myokardu?“ odpovědělo 24 respondentů (25 %) psychické potíže, 22 respondentů (23 %) zvolilo možnost fyzické potíže a 19 respondentů (20 %) se domnívá, že psychické i fyzické potíže jsou na stejné úrovni. Nejpočetnější skupinu tvořilo 30 respondentů (32 %), kteří odpověď nedokáží jednoznačně posoudit.

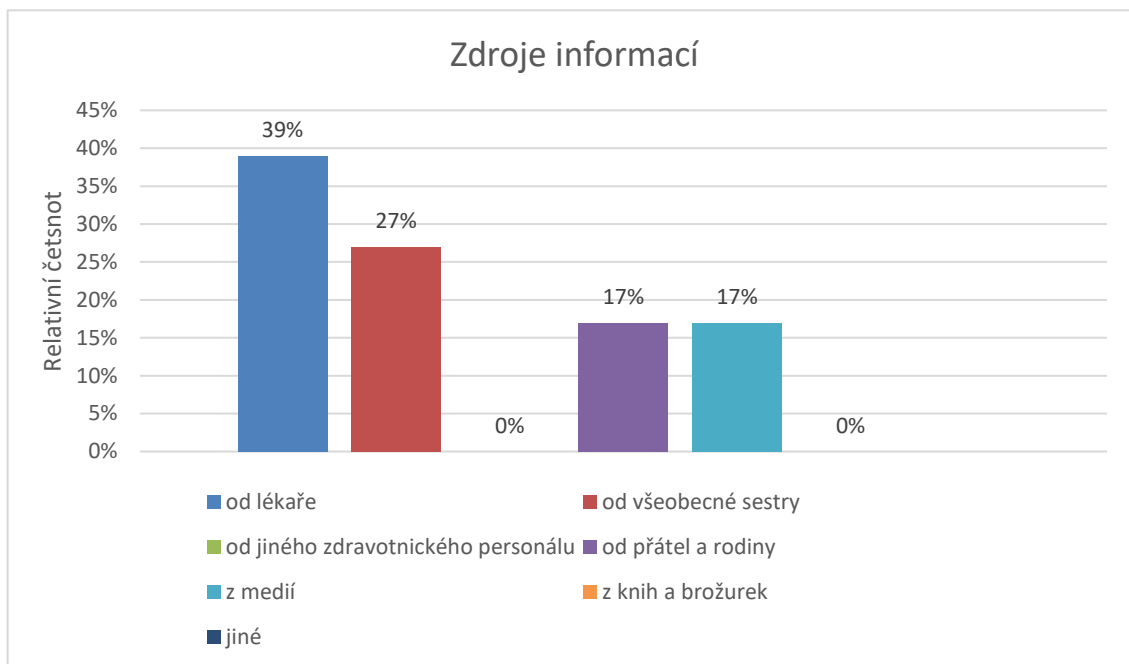
Potíže v oblastech života



Graf 11 Potíže v oblastech života

Na otázku „V jaké oblasti života vám potíže po infarktu myokardu způsobují největší problémy?“ odpovědělo 28 respondentů (29 %), že v pracovním životě, a stejná skupina respondentů vybrala odpověď v pracovním i soukromém životě. Naproti tomu 24 respondentů (25 %) uvádí, že nemají potíže ani v soukromém ani v pracovním životě. Potíže v soukromém životě označilo jako největší problém 13 respondentů (14 %). Dva respondenti (2 %) zvolili odpověď jiné. Jejich odpovědi zní „nemám zdání“ a „ještě nevím“.

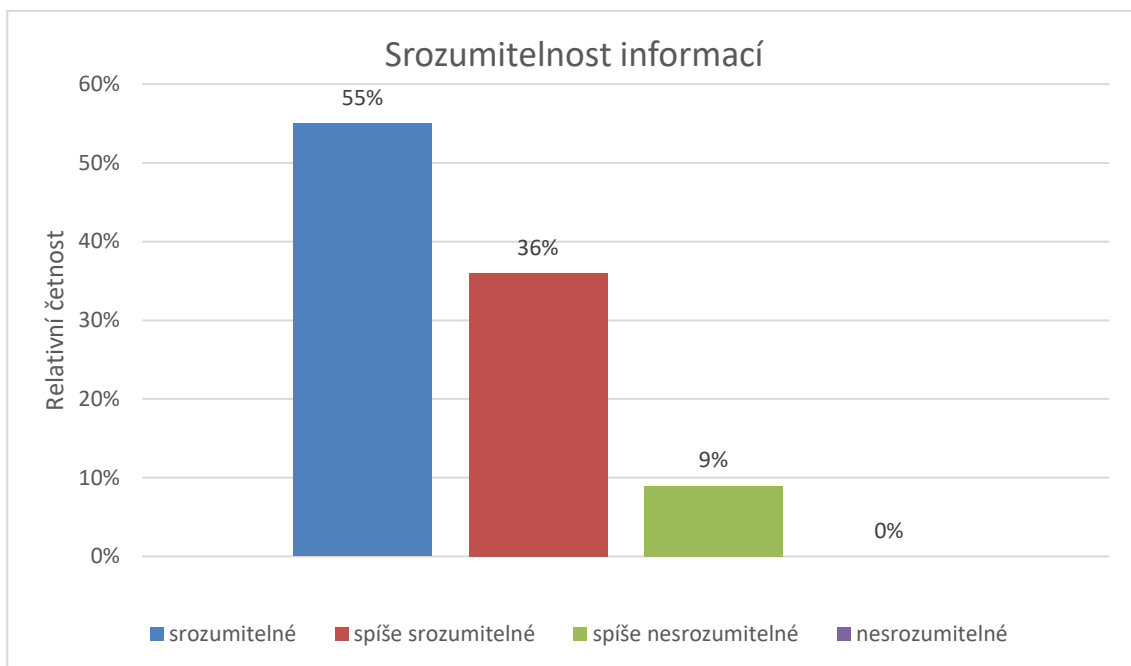
Zdroje informací



Graf 12 Zdroje informací

Na otázku „Od koho jste získali nejvíce informací o infarktu myokardu?“ odpovědělo 37 respondentů (39 %), že od lékaře, 26 respondentů (27 %) uvedlo všeobecnou sestru. Od přátel a rodiny bylo informováno 15 respondentů (17 %), stejný počet respondentů získalo informace z médií. Žádný respondent nedostal informace od jiného zdravotnického personálu a ani knihy či brožurky neuvedl jako zdroj informací žádný respondent.

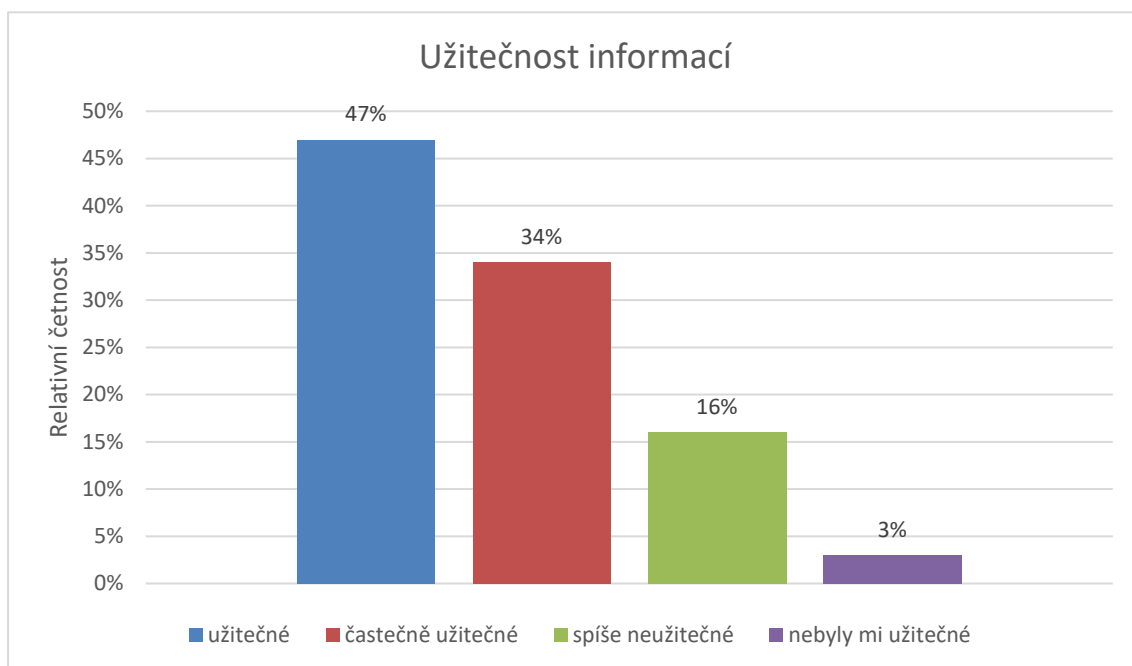
Srozumitelnost informací



Graf 13 Srozumitelnost informací

Z grafu č. 13 vyplývá, že 52 respondentům (55 %) připadaly podané informace srozumitelné. Odpověď spíše srozumitelné uvedlo 34 respondentů (36 %). Podané informace byly pro 9 respondentů (9 %) spíše nesrozumitelné. Z dotazovaných respondentů nikdo neuvedl odpověď, že by pro něj podané informace byly nesrozumitelné.

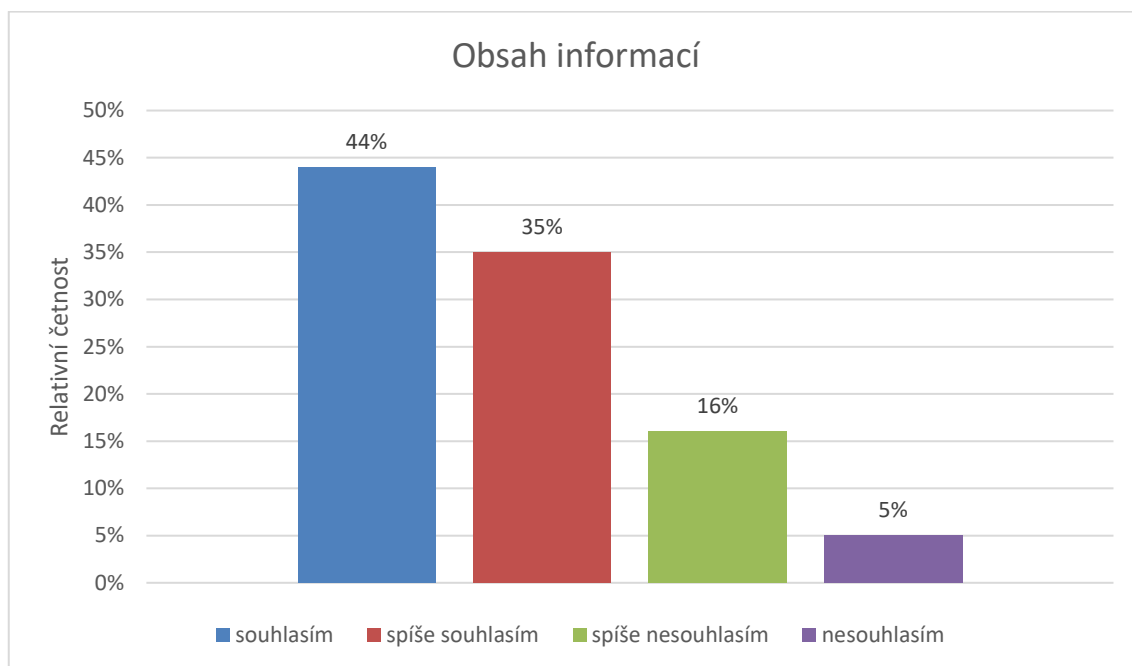
Užitečnost informací



Graf 14 Užitečnost informací

U 14. otázky měli respondenti odpovědět, zda jim podané informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu připadaly užitečné. Odpověď užitečné označilo 45 respondentů (47 %), částečně užitečné byly informace pro 32 respondentů (34 %). Pro 15 respondentů (16 %) byly podané informace spíše neužitečné. Tři respondenti nepovažovali podané informace za užitečné (3 %).

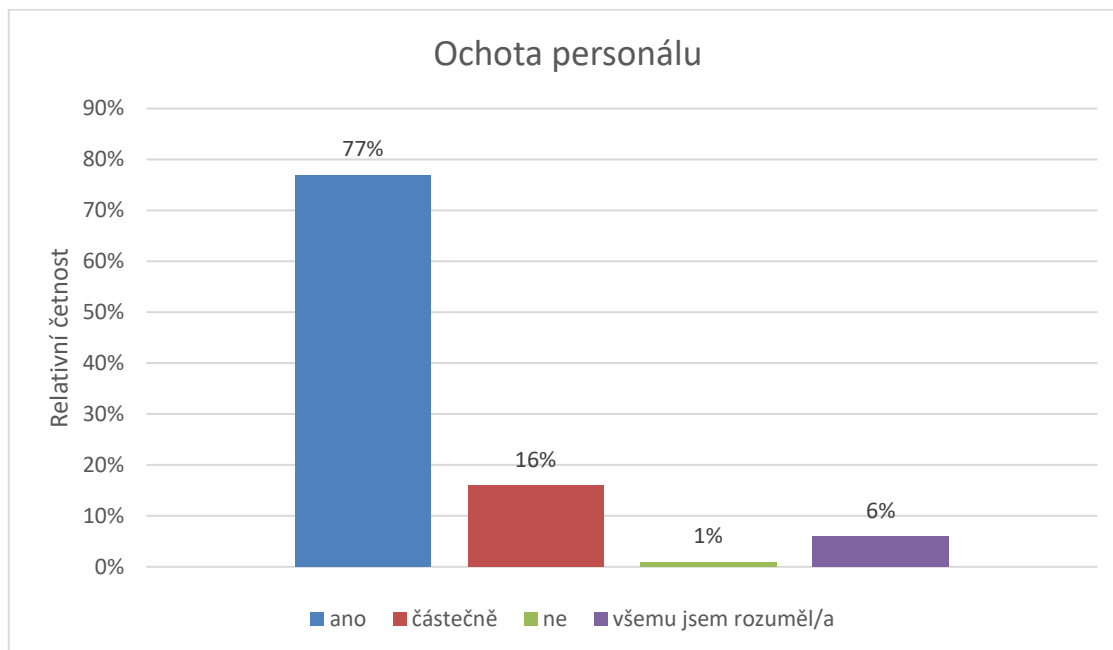
Obsah informací



Graf 15 Obsah informací

S výrokem, zda získané informace považují za vyčerpávající, souhlasilo 42 respondentů (44 %), 33 respondentů (35 %) s tímto výrokem spíše souhlasilo. S tím, že by byly podané informace vyčerpávající nesouhlasilo 5 respondentů (5 %), spíše nesouhlasilo 15 respondentů (16 %).

Ochota personálu



Graf 16 Ochota personálu

Pokud vám nebylo z podaných informací něco srozumitelného, mohl/a jste se zeptat ošetřujícího personálu? Na tuto otázku odpovědělo 73 respondentů (77 %) ano, 15 respondentů (16 %) označilo možnost částečně, 6 respondentů (6 %) uvedlo, že porozuměli všemu. Ne odpověděl 1 respondent (1 %).

Na otázku číslo 17 odpověděl pouze 1 respondent. Otázka zněla: „Chcete ještě něco k dané problematice doplnit?“ Respondent uvedl: „Mám strach z plnohodnotného života.“

3 Diskuze

Bakalářská práce byla vypracována na téma „Informovanost pacientů po infarktu myokardu o režimových opatřeních“. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po infarktu myokardu. K tomuto cíli jsme si stanovili tři výzkumné otázky. K výzkumné otázce číslo 1: „Jaké jsou znalosti pacientů po proběhlém infarktu myokardu o režimových opatřeních?“ se z dotazníku vztahují tyto otázky: „Myslíte si, že po prodělaném infarktu myokardu je nutné dodržovat režimová opatření? Domníváte se, že kouření patří mezi rizikové faktory, které přispívají k rozvoji komplikací? Domníváte se, že po prodělaném infarktu myokardu je potřeba pravidelně užívat lékařem předepsané léky? Považujete za důležité pravidelné kontroly u lékaře po prodělaném infarktu myokardu? Domníváte se, že obezita patří mezi rizikové faktory, které přispívají k rozvoji komplikací po prodělaném infarktu myokardu?“ K výzkumné otázce číslo 2, která zní „Jaké jsou problémy vyskytující se u pacientů po proběhlém infarktu myokardu?“ se vztahují otázky číslo 9: „Co považujete za nejčastější problém u pacientů po infarktu myokardu?“, otázka číslo 10: „Jaké potíže podle vás převládají u pacientů po infarktu myokardu?“ a otázka číslo 11: „V jaké oblasti života vám potíže po infarktu myokardu způsobují největší problémy?“ K poslední výzkumné otázce „Jaká je spokojenost pacientů po prodělaném infarktu myokardu s kvalitou podaných informací?“ se vztahuje z dotazníku otázka číslo 12: „Nejvíce informací po prodělaném infarktu myokardu jsem získal/a z...“, otázka číslo 13: „Byly pro vás informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu užitečné?“, otázka číslo 14: „Informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu pro vás byly...“, otázka číslo 15: „Pokud vám nebylo z podaných informací něco srozumitelné, mohl/a jste se zeptat ošetřujícího personálu?“ a otázka číslo 16: „Informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu byly z vašeho pohledu vyčerpávající?“

Infarkt myokardu spadá pod kardiovaskulární onemocnění a stále častěji tímto onemocněním trpí mladší jedinci. Výzkumu k této bakalářské práci se účastnili tři respondenti ve věkové kategorii 30 až 39 let z celkového počtu 95 respondentů. Výzkumu se účastnilo více mužů než žen. Mužů bylo do výzkumu zařazeno 57 (60 %), žen pouhých 38 (40 %).

Správnou definici infarktu myokardu, tedy že infarkt myokardu je odumření části srdečního svalu při uzávěru nebo výrazném zúžení věnčité tepny, vybralo 74 % respondentů.

V další otázce jsme se respondentů dotazovali, zda se domnívají, že je nutné dodržovat režimová opatření po infarktu myokardu. Odpověď ano zvolilo 46 % respondentů a 25 % respondentů zvolilo odpověď spíše ano. Výsledky studie Czech Impact ukazují, že sekundární prevence snižuje mortalitu ischemických chorob srdečních mnohem více než akutní léčba infarktu myokardu. Ovšem ukazuje se, že je nedostatečná motivace pacientů ke změně životního stylu. Nedostatečně jsou využívány i speciální poradny a centra, a tak veškerá péče o pacienta zůstává na kardiologovi. Studie ukazuje, že většina pacientů zná režimová doporučení. Změnu životního stylu deklaruje 58 až 68 % pacientů. V laboratorních vyšetřeních je vidět snaha o snížení hodnot cholesterolu, ovšem na redukci váhy nejsou deklarovaná režimová opatření patrná. (Bruthans et al., 2014)

Obezitu považuje 38 % respondentů za rizikový faktor, který vede ke vzniku komplikací po infarktu myokardu. V České republice probíhala studie MONICA, na tu v letech 2015 až 2018 navázali studií Czech post-MONICA. V rámci ní se provádělo průřezové šetření u 1 % náhodně vybraného vzorku populace z devíti okresů ve věku 24 až 64 let. Byla zjištěna vysoká průměrná hodnota BMI. Ideální hodnoty BMI, tedy $<25,0 \text{ kg/m}^2$, dosahuje pouze 17,8 % mužů a 39,6 % žen. WHO zveřejnila údaje o prevalenci obezity a nadváhy standardizované na věk v jednotlivých evropských zemích. Prevalence obezity v mužské populaci v České republice (37,3 %) je téměř srovnatelná s daty ze Spojených států amerických (38,2 %). V posledních padesáti letech dochází k nárůstu hodnoty BMI. Hlavní příčinou je vyšší kalorický příjem a nedostatečná pohybová aktivita. (Cífková et al., 2020)

V dotazníku jsme se respondentů ptali, jaké potíže podle nich převládají u pacientů po infarktu myokardu. Psychické potíže zvolilo 25 % respondentů a fyzické potíže 23 % respondentů. Psychické i fyzické potíže na stejné úrovni uvedlo 20 % respondentů. Nejpočetnější skupinou bylo 32 % respondentů, kteří uvedli, že to nedokáží posoudit. Fujanová a další ve svém výzkumu uvádí, že 65 % pacientů po prodělaném IM pociťuje psychické potíže, respektive úzkost nebo depresi. Se svým výkonem v pracovním životě je spokojeno pouze 46 % nemocných. Součástí výzkumu bylo i zhodnocení sexuálního života. Pokles sexuální aktivity uvedlo 38 % pacientů. O sexuální aktivitě po prodělaném

infarktu nebylo lékařem informováno až 61 % nemocných. A více jak třetina pacientů se obává opětovného IM při sexuální aktivitě. (2013)

Respondenti uvedli, že nejvíce informací po prodělaném infarktu myokardu získali od lékaře. To uvedlo 37 respondentů, všeobecnou sestru pak uvedlo 26 respondentů. Podané informace byly pro 55 % respondentů srozumitelné a pro 47 % respondentů i užitečné. Celkem 44 % respondentů souhlasilo s výrokem, že informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu byly vyčerpávající.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Jako účinná prevence KVO se jeví edukace v oblasti zdravého životního stylu. Aby měla taková edukace co největší přínos, měla by probíhat už od dětství. Ideálním řešením jsou tedy preventivní programy zařazené už ve věku žáků základní školy a součástí takového programu by měly být i přednášky pro rodiče. Edukaci lze zařadit do předmětu výchova ke zdraví a zejména by měla žáky seznamovat se zdravou výživou, potřebou dostatku pohybu a škodlivostí kouření. Tyto informace by se měly populaci opakovat od dětství až po dospělost tak, aby je děti přijaly za své a řídily se jimi po celý život.

Ukázalo se, že v ordinaci praktického lékaře dochází k edukaci především rizikových respondentů. To se jeví z pohledu budoucnosti jako dost neefektivní. Edukace je vhodným nástrojem pro zlepšení kvality, ale zároveň je to ideální nástroj pro oddálení projevu KVO onemocnění. (Olišarová et al., 2018)

Vzhledem k důležitosti edukace se jeví pravidelné vzdělávání nelékařských zdravotníků v oblasti edukace jako podstatné. Vhodným řešením pro praxi, aby se zamezilo nedostatku času na edukaci nemocného, je vyčlenění všeobecné sestry jako sestry edukátorky, která se bude plně věnovat edukaci pacienta a jeho rodiny. Neznamená to ovšem, že by ostatní členové zdravotnického týmu neměli mít povědomí o edukaci. Naopak každý zdravotnický pracovník pečující o nemocného by měl mít dostatek informací a měl by být schopen pacientovi zodpovědět jeho otázky a doporučit vhodný postup. Pacient by měl v rámci edukace získat kompletní informace o infarktu myokardu. Tedy od příčin vzniku a příznaků, přes průběh, komplikace a následky, až po režimová opatření, která je nutno dodržovat.

V dnešní době se nejsnáze dostanou informace k veřejnosti pomocí medií. Media by se měla využít k šíření informací o zdravém životním stylu, ale měly by zaznít i informace o nesprávných postojích například ve stravě. Přednášky od odborníků by bylo vhodné doplnit o snadno dostupné letáky a brožurky. Brožurky i letáky představují ideální možnost předání informací populaci. Výhoda edukačních materiálů je především v tom, že se k nim nemocný může kdykoliv vrátit a na případné nejasnosti se zeptat zdravotnického personálu.

Závěr

V teoretické části bakalářské práce bylo cílem přiblížit charakteristiku IM. V kapitole infarkt myokardu je uvedena definice IM, jeho příčiny, příznaky, průběh léčby a jaké komplikace mohou u pacienta po IM nastat. Popsána je i ošetrovatelská péče o pacienta s IM. V teoretické části jsou dále uvedeny rizikové faktory i následná režimová opatření, která jsou součástí sekundární prevence IM. Zároveň je zde popsán pojem edukace ve stejnojmenné kapitole, dále je zde vysvětlena role sestry edukátorky. Ve výzkumné části jsme se zabývali samotným výzkumem, který byl proveden s využitím anonymního dotazníku. Bylo rozdáno celkem 115 dotazníků pacientům s IM na kardiologickém oddělení, ale do výzkumu jich bylo zařazeno pouze 95, ostatní nebyly adekvátně vyplněny. Výzkum byl proveden na kardiologických odděleních v nemocnici České Budějovice a.s. v měsících prosinec 2020 až březen 2021. K přehlednému vyhodnocení výzkumu jsme použili vyobrazení pomocí sloupcových grafů a následné slovní hodnocení. V kapitole diskuze jsme porovnali celou bakalářskou práci s pracemi ostatních autorů.

Bakalářská práce měla za cíl zjistit, jaká je informovanost pacientů o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu. Pro náš cíl jsme si zvolili následující výzkumné otázky: VO1: Jaké jsou znalosti pacientů po proběhlém infarktu myokardu o režimových opatřeních? VO2: Jaké jsou problémy vyskytující se u pacientů po proběhlém infarktu myokardu? VO3: Jaká je spokojenost pacientů po prodělaném infarktu myokardu s kvalitou podaných informací?

Z provedeného výzkumného šetření jsme zjistili, že většina pacientů zná pojem infarkt myokardu a ví, čím je způsobem. Téměř polovina pacientů považuje dodržování režimových opatření za podstatné. Z výzkumu vyplývá, že nemocní si uvědomují

škodlivost kouření a jeho následky. Podstatné připadá pacientům užívání léků a pravidelné návštěvy lékaře, zatímco obezitu většina pacientů nepovažuje za rizikový faktor, který by mohl působit komplikace po IM. Pacienti vidí po prodělaném IM problémy nejčastěji v oblasti psychiky.

Z námi provedeného dotazníkového šetření vyplývá, že pacienti jsou se stávající edukací spokojeni, podle jejich uvážení jim připadala edukace užitečná a dostačující. Informace, které jim byly podány lékařem případně všeobecnou sestrou, se jim zdály vyčerpávající.

Pokud si shrneme výsledky výzkumu, zjistíme, že cíl bakalářské práce se nám povedlo naplnit. Zjistili jsme, že pacienti jsou dostatečně informováni o režimových opatřeních po IM. Pojem infarkt myokardu je pro populaci známý a pacienti si dokáží pod ním představit konkrétní onemocnění. Z výzkumu se jeví jako nejčastější problém pacienta po IM psychika. Z pohledu pacientů jsou jim podané informace o režimových opatřeních dostačující a užitečné.

Je nezbytné říct, že respondenti, kteří se účastnili našeho výzkumu, tvoří jen malou část pacientů s IM z celkového počtu všech nemocných s tímto onemocněním. To znamená, že ne všichni pacienti dostávají totožné informace. Na jednotlivých pracovištích mohou být značné rozdíly v edukaci pacientů. Aby se toto riziko minimalizovalo, mohla by tato bakalářská práce sloužit pro všeobecné sestry jako podklad pro vzdělávání pacienta po IM.

Seznam použité literatury

BRUTHANS, Jan, MAYER, Otto, GALOVCOVÁ, Markéta, et al. Úroveň sekundární prevence ischemické choroby srdeční u českých pacientů ve studii Euroaspire IV. Cor Vasa. 2014. [online]. 56(2). 105-112. [cit. 2021-4-25] DOI: 10.1016/j.crvasa.2014.02.012

BULAVA, Alan. Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vydání. Praha: Grada. 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0

CÍFKOVÁ, Renata, BRUTHANS, Jan, et al. Prevalence hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v české populaci v letech 2015-2018. Studie Czech post-MONICA. Cor Vasa. 2020. [online]. 62(1). 6-16. [cit. 2021-1-13] ISSN 1803-7712. DOI: 10.33678/cor.2020.010

ČELEDOVÁ, Libuše a ČVELA Rostislav. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. 1. vydání. Praha: Grada. 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8

ČEŠKA, Richard et al., Interna. 2. vydání. Praha: Triton. 2015. 909 s. ISBN 978-80-7387-885-6

DOLEŽEL, Jakub a JAROŠOVÁ Darja. Edukační činnost sester u pacientů po infarktu myokardu – přehledová studie. Kardiologická revue – Interní medicína [online]. 2017. 19(3), 205-208. [cit. 2021-3-20] ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2017-3/edukacni-cinnost-sester-u-pacientu-po-infarktu-myokardu-prehledova-studie-61769>

DOLEŽEL, Jakub a JAROŠOVÁ, Darja. Analysis of clinical practice guidelines for cardiovascular disease prevention. Kontakt [online]. 2015. 17(2), 111–118. [cit. 2021-1-20] ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2015/02/06.pdf>

DOLEŽEL, Jakub a JAROŠOVÁ, Darja. Edukace pacientů po infarktu myokardu: Standard ošetrovatelské péče [online]. Ostrava. 2016, s. 28 [cit. 2021-4-24]. Dostupné

z: <https://www.kardio-cz.cz/data/clanek/980/dokumenty/edukace-pacientu-po-infarktu-myokardu.pdf>

FUJANOVÁ, Petra, HROMÁDKA, Milan, et al. Kvalita života mladších nemocných po prodělaném infarktu myokardu. Cor Vasa. 2013. [online]. 55(6). 698-700. [cit. 2021-1-20] ISSN 1803-7712. DOI: 10.33678/cor.2013.054

HAINER, Vojtěch. Základy klinické obezitologie. 2. vydání. Praha: Grada. 2011. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7

HAMPLOVÁ, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory. 1. vydání. Praha: Grada. 2019. 132 s. 978-80-271-0568-7

HLAVATÁ, Karolína. Strava po infarktu myokardu. Kazuistiky v angiologii [online]. 2018. 5 (3–4), 35–37. [cit. 2021-4-10] ISSN 2336–2790. Dostupné z: <https://www.geum.org/files/shop-archiv-casopisu/pdf/285.pdf>

HROMÁDKA, Milan, KARVUNIDIS, Thomas, ROKYTA, Richard. Kardiogenní a septický šok při akutním infarktu myokardu. Intervenční a akutní kardiologie. [online]. 2015. 14(4), 148-153. [cit. 2021-4-3] ISSN 1803-5302. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/kar-201504-0003_Kardiogenni_a_septicky_sok_pri_akutnim_infarktu_myokardu.php

Jetoinfarkt.cz [online]. Brno: Medica Healthworld. ©2020 [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://www.jetoinfarkt.cz/>

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Základy edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada. 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2

KAČER, Petr., PIRK, Jan., VODIČKOVÁ, Jana., ADÁMKOVÁ, Věra. Subakutní poinfarktová ruptura spodní stěny levé komory srdeční. Intervenční a akutní kardiologie. [online]. 2010. 9(1), 38-40. [cit. 2020-12-3] ISSN 1803-5302. Dostupné z: https://www.iakardiologie.cz/artkey/kar-201001-0008_Subakutni_poinfarktova_ruptura_spodni_steny_leve_komory_srdecni.php

KALA, Petr, NĚMEC, Petr, ŽELÍZKO, Michael, PIRK, Jan a WIDIMSKÝ, Petr. Revaskularizace myokardu. Perkutánní koronární intervence a aortokoronární bypass. Cor et Vasa. [online]. 2011. 53(88), 3-24. [cit. 2020-12-10] ISSN 1803-7712. doi: 10.33678/cor.2011.192.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2. vydání. Praha: Grada. 2020. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6

KETTNER, Jiří. Kardiogenní šok. Solen. [online]. 2018. 17(2), 71-74. [cit. 2021-4-25] ISSN 1803-5302. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/kar-201802-0006_Kardiogenni_sok.php

KNOT, Jiří a MOŤOVSKÁ, Zuzana. Iniciální dávka kyseliny acetylsalicylové a heparinu u pacienta se STEMI. Intervenční a akutní kardiologie. [online]. 2020. 19(3), 163-165. [cit. 2021-4-30] ISSN 1803-5302. Dostupné z: https://www.iakardiologie.cz/artkey/kar-202003-0004_inicialni_davka_kyseliny_acetylsalicylove_a_heparinu_u_pacienta_se_stemi.php

KÖLBEL, František et al. Praktická kardiologie. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2011. 308 s. ISBN 978-80-246-1962-0

KOTSEVA Kornelia, WOOD David et al., EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. European Journal of Preventive Cardiology. [online]. 2016. 23(6), 636–648. [cit. 2021-1-10] DOI: 10.1177 / 2047487315569401

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Nikotin, kouření a kardiovaskulární rizika – základní pojmy. Kardiologická revue – Interní medicína [online]. 2019. 22(1), 26-28. [cit. 2021-2-5] ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2020-1-12/nikotin-koureni-a-kardiovaskularni-rizika-zakladni-pojmy-121895>

KRÁTKÁ, Anna. Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství. 1. vydání. Univerzita Tomáše Bati: Zlín. 2016. 74 s. ISBN: 978-80-7454-635-8

KŘIVOHLAVÁ, Lucie. Strava založená na potravinách rostlinného původu v prevenci civilizačních onemocnění. Praktický lékař. Časopis pro další vzdělávání lékařů [online]. 2017. 97(3), 131-133. [cit. 2021-2-15] ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-3/strava-zalozena-na-potravinach-rostlinneho-puvodu-v-prevenci-civilizacnich-onemocneni-61211>

LABUDOVÁ, Monika, BOTÍKOVÁ, Andrea a PUTEKOVÁ, Silvia. Posúdenie rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení u žien po menopauze. Cor Vasa. 2015. [online]. 57(2). 279-280. [cit. 2021-4-13] ISSN 1803-7712. DOI: 10.33678/cor.2015.030

LACHMAN Sangeeta, MINNEBOO Madelon, SNATERSE Marjolein, JORSTAD Harald T, TER RIET Gerben et al. Community-based comprehensive lifestyle programs in patients with coronary artery disease: Objectives, design and expected results of Randomized Evaluation of Secondary Prevention by Outpatient Nurse SpEcialists 2 trial (RESPONSE 2). American Heart Journal. [online]. 2016. 170(2), 216– 222. [cit. 2021-3-15] DOI: 10.1016 / j.ahj.2015.05.010

MAGNANI Jared W, MUJAHID Mahasin S, ARONOW Herbert D, CENÉ Crystal W, DICKSON Victoria Vaughan et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. [online]. 2018. 138(2), e48–e74 [cit. 2021-3-15] DOI: 10.1161 / CIR.0000000000000579

MICHÁLKOVÁ, Helena, OLIŠAROVÁ, Věra, ŠEDOVÁ, Lenka, TÓTHOVÁ, Valérie. Informovanost pacienta v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění. Cor Vasa. [online]. 2019. 61(5), 453-458. [cit. 2021-4-25] ISSN 1803-7712. Dostupné z: <https://actavia.e-coretvasa.cz/pdfs/cor/2019/05/02.pdf>

MIKEŠ, Ondřej, TUKA, V. Vliv pohybové aktivity na snížení hodnot krevního tlaku u pacientů s arteriální hypertenzí. Kardiologická revue – Interní medicína [online]. 2019. 22(1), 13-16. ISSN 1803-6597. [cit. 2021-4-13] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2020-1-12/vliv-pohybove-aktivity-na-snizeni-hodnot-krevniho-tlaku-u-pa-cientu-s-arterialni-hypertenzi-121889>

NAVRÁTIL, Leoš et al. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 2. vydání. Praha: Grada. 2017. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5

OLIŠAROVÁ, Věra, ŠEDOVÁ, Lenka, TÓTHOVÁ, Valérie, BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana, MICHÁLKOVÁ, Helena, PROKEŠOVÁ, Radka, TREŠLOVA, Marie. Areas of health education of physicians and nurses in care for cardiac patients from the perspective of citizens of the Czech Republic. Neuroendocrinology Letters. [online]. 2016. 37(Suppl 2):5–10. [cit. 2021-4-5] Dostupné z: <https://www.nel.edu/areas-of-health-education-of-physicians-and-nurses-in-care-for-cardiac-patients-from-the-perspective-of-citizens-of-the-czech-republic-51/>

OLIŠAROVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valérie, ŠEDOVÁ, Lenka, BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana, MICHÁLKOVÁ, Helena, et al. Edukace v oblasti onemocnění srdce a cév u občanů starších 40 let. Cor Vasa. 2018. [online]. 60(6). 576-581. [cit. 2021-4-24] ISSN 1803-7712. doi: 10.1016/j.crvasa.2017.12.002.

OŠTÁDAL, Petr. Hypolipidemická léčba u akutního koronárního syndromu. Interní medicína pro praxi. Solen [online]. 2012. 14(11), 406-411. [cit. 2020-12-13] ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/02.pdf>

PAVELKOVÁ, Zdeňka a HOTAŘOVÁ, Zdeňka. Sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Florence. [online]. 2016. 11(5), 28-31. [cit. 2021-2-13] ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/5/sekundarni-prevence-u-pacientu-s-kardiovaskularnim-onemocnenim/>

PRŮCHA, Jan. Moderní pedagogika. 6. vydání. Praha: Portál. 2017. 488 s. ISBN 978-80-262-1228-7.

ROKYTA, Richard. Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2015. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

RYDÉN, Lars, GRANT, Peter J, ANKER, Stefan D, BERNE, Christian, COSENTINO Francesco et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). European Heart Journal. [online]. 2013. 34(39), 3035–3087. [cit. 2021-2-3] doi: 10.1093/eurheartj/eh108.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. et al. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna. 2. vydání. Praha: Grada. 2012. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3

SOVOVÁ, Eliška, SEDLÁŘOVÁ, Jarmila, et al. Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 2. vydání. Praha: Grada. 2014. 256 s. ISBN 978-80-247-4823-8

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. 1. vydání. Praha: Galén. 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2

ŠEDO VÁ, Lenka, DOSKOČIL, Ondřej, BRABCOVÁ, Iva, HAJDUCHOVÁ, Hana, BÁRTLOVÁ Sylva. Selected aspects of health literacy among seniors. Neuroendocrinology Letters. [online]. 2016. 37(Suppl 2), 11–17. [cit. 2021-2-23] Dostupné z: <https://europepmc.org/article/med/28233960>

ŠPINAR, Jindřich., VÍTOVEC, Jiří. Doporučení pro sexuální aktivitu nemocných s kardiovaskulárním onemocněním a jejich partnery – AHA, ESC GUIDELINES 2013. Kardiologická revue. Interní medicína. [online]. 2014. 16(4) 267-271. [cit. 2020-12-3] ISSN 2336-2898. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2014->

[4/doporuceni-pro-sexualni-aktivitu-nemocnych-s-kardiovaskularnim-onemocnenim-a-jejich-partnery-aha-esc-guidelines-2013-49518](#)

ŠULISTOVÁ, Radka, TŘEŠLOVÁ, Marie. Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. 2012. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5

TÓTHOVÁ, Valérie, CHLOUBOVÁ, Ivana, PROKEŠOVÁ, Radka et al. Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii. Praha: Grada Publishing. 2019. 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.

VILÁNKOVÁ, Adéla, PRUSÍKOVÁ, Martina, VRABLÍK, Michal a ČEŠKA Richard. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Medicína pro praxi [online]. Solen. 2010. 7(12), 501-503. [cit. 2021-2-3] ISSN 1803-5310. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/med-201012-0011_Uloha_sestry_v_prevenci_kardiovaskularnich_onemocneni.php

VÍTOVEC, Jiří et al. Léčba kardiovaskulárních onemocnění. 1. vydání. Praha: Grada. 2018. 208 s. 978-80-271-0624-0

VÍTOVEC, Jiří, ŠPINAROVÁ, Lenka a ŠPINAR, Jindřich. Sekundární prevence po infarktu myokardu – režimové a farmakologické postupy. Interní medicína pro praxi. Solen. [online]. 2011 13(5), 202-204. [cit. 2021-2-3] ISSN 1803-5256. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/int-201105-0005_Sekundarni_prevence_po_infarktu_myokardu-rezimove_a_farmakologicke_postupy.php

ZADÁK, Zdeněk et al. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2. vydání. Praha: Grada. 2017. 424 s. ISBN 978-80-271-0282-2

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Znalost pojmu infarkt myokardu

Graf 4 Dodržování režimových opatření

Graf 5 Kouření rizikovým faktorem

Graf 6 Pravidelné užívání léků

Graf 7 Pravidelné návštěvy lékaře

Graf 8 Obezita rizikovým faktorem

Graf 9 Nejčastější problémy

Graf 10 Převládající potíže

Graf 11 Potíže v oblastech života

Graf 12 Zdroje informací

Graf 13 Srozumitelnost informací

Graf 14 Užitečnost informací

Graf 15 Obsah informací

Graf 16 Ochota personálu

Přílohy

Příloha A Žádost o dotazníkové šetření

Příloha B Dotazník

Příloha A Žádost o dotazníkové šetření

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Zdravotnická fakulta

Jméno: Šárka Kasperová

Studijní program: Všeobecná sestra

Akademický rok: 2020/2021

Rok studia: 3

Datum narození: 21.11. 1996

Korespondenční adresa: Opatovická 15, České Budějovice

Stupeň studia: Bakalářské

Telefon: 607 470 539

E-mail: sarkakasperova@gmail.com

Žádost

Žádost o povolení sběru dat k bakalářské práci

Odůvodnění žádosti:

Vážený pane náměstků,

Žádám Vás tímto o povolení sběru dat pro vytvoření výzkumné části mé bakalářské práce. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu Všeobecná sestra v kombinované formě na Zdravotnické fakultě, Vysoké školy polytechnické v Jihlavě. Téma mé bakalářské práce je „Informovanost pacientů po infarktu myokardu o režimových opatřeních“. K dokončení své práce bych ráda využila data sesbíraná prostřednictvím vlastního dotazníku ve Vašem zařízení Nemocnice České Budějovice, a. s. v období od prosince 2020 do března 2021.

Prosím Vás o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Datum 10.12. 2020

Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.

Kasperová Šárka

Příloha B Dotazník

Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy polytechnické v Jihlavě v oboru Všeobecná sestra. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který slouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Informovanost pacientů po infarktu myokardu o režimových opatřeních“. Odpovědi zaškrtněte podle nabízených možností, popřípadě popište vlastními slovy, u některých otázek budete mít možnost vybrat více odpovědí.

Dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za trpělivost a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Kasperová Šárka

1. Pohlaví:
 - ☐ Žena
 - ☐ Muž
2. Jaký je Váš věk:
 - ☐ Do 29
 - ☐ 30–39
 - ☐ 40–49
 - ☐ 50–59
 - ☐ 60–69
 - ☐ 70 a více
3. Co podle Vašich znalostí znamená Infarkt myokardu:
 - ☐ Zánět srdce
 - ☐ Odumření části srdečního svaly při uzávěru nebo výrazném zúžení věnčité tepny
 - ☐ Zánět kdekoliv v těle
 - ☐ Jiné:
4. Myslíte si, že po prodělaném infarktu myokardu je nutné dodržovat režimová opatření?
 - ☐ Ano
 - ☐ Spíše ano
 - ☐ Spíše ne
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
5. Domníváte se, že kouření patří mezi rizikové faktory, které přispívají k rozvoji komplikací?
 - ☐ Ano
 - ☐ Částečně
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím

6. Domníváte se, že po prodělaném infarktu myokardu je potřeba pravidelně užívat lékařem předepsané léky?
- ☐ Ano
 - ☐ Spíše ano
 - ☐ Spíše ne
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
7. Považujete za důležité pravidelné kontroly u lékaře po prodělaném infarktu myokardu?
- ☐ Ano
 - ☐ Spíše ano
 - ☐ Spíše ne
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
8. Domníváte se, že obezita patří mezi rizikové faktory, které přispívají k rozvoji komplikací po prodělaném infarktu myokardu?
- ☐ Ano
 - ☐ Spíše ano
 - ☐ Spíše ne
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
9. Co považujete za nejčastější problém u pacientů po infarktu myokardu? (vyberte prosím maximálně 3 nejzávažnější problémy)

☐	Bolest
☐	Strach
☐	Užívání léků
☐	Změna kvality života
☐	Pravidelné návštěvy lékaře
☐	Snížení hmotnosti
☐	Změna stravovacích návyků
☐	Odvykání kouření
☐	Úzkost
☐	Zvýšení pravidelného pohybu
☐	Nedostatek informací o režimových opatřeních
☐	Nedostatek informací o infarktu myokardu

Jiné prosím uved'te:	
----------------------------	--

10. Jaké potíže podle vás převládají u pacientů po infarktu myokardu?
 - ☐ Převládají psychické potíže
 - ☐ Převládají fyzické potíže
 - ☐ Psychické i fyzické potíže jsou na stejné úrovni
 - ☐ Nedokážu posoudit
11. V jaké oblasti života vám potíže po infarktu myokardu způsobují největší problémy?
 - ☐ V pracovním životě
 - ☐ V soukromém životě
 - ☐ V pracovním i soukromém životě
 - ☐ Nezpůsobují mi potíže
 - ☐ Jiné.....
12. Nejvíce informací po prodělaném infarktu myokardu jsem získal/a:
 - ☐ Od lékaře
 - ☐ Od všeobecné sestry
 - ☐ Od jiného zdravotnického personálu
 - ☐ Od přátel a rodiny
 - ☐ Z médií (TV, internet, rádio, časopisy)
 - ☐ Z knih a brožurek
 - ☐ Jiné:
13. Byly pro vás informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu srozumitelné:
 - ☐ Ano, byly srozumitelné
 - ☐ Byly spíše srozumitelné
 - ☐ Byly spíše nesrozumitelné
 - ☐ Byly nesrozumitelné
14. Byly pro vás informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu užitečné?
 - ☐ Ano, byly užitečné
 - ☐ Částečně byly užitečné
 - ☐ Spíše nebyly užitečné
 - ☐ Nebyly mi užitečné
15. Informace o režimových opatřeních po prodělaném infarktu myokardu byly z vašeho pohledu vyčerpávající:
 - ☐ Souhlasím
 - ☐ Spíše souhlasím
 - ☐ Spíše nesouhlasím
 - ☐ Nesouhlasím
16. Pokud vám nebylo z podaných informací něco srozumitelné, mohl/a jste se zeptat ošetřujícího personálu?
 - ☐ Ano
 - ☐ Částečně
 - ☐ Ne

- Všemmu jsem rozuměl/a

17. Chcete ještě k dané problematice něco doplnit?

.....
.....
.....