

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecná sestra

Specifika ošetrovateľskej péče a režimová
opatření u pacienta s ICHS

Bakalářská práce

Autor práce: Kristýna Nováková

Vedoucí: Mgr. Zuzana Kosaková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Kristýna Nováková**

Studijní program: Ošetrovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Specifika ošetrovatelské péče a režimová opatření u pacienta s ICHS**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kosaková

Cíl práce: Zjištění informovanosti pacientů o ICHS a o dodržování režimových opatření po edukaci všeobecnou sestrou

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ischemickou chorobou srdeční. Teoretická část je rozdělena do tří částí. Úvodní část obsahuje obecné informace o ischemické chorobě srdeční jako je vznik, etiologie, terapie. Další část se věnuje rozboru režimových opatření, jejich vhodností a správností. Poslední část je zaměřena především na edukační složku ošetrovatelské práce, konkrétně na provádění správné edukační činnosti, druhy, principy, dělení, komunikaci. Zabývá se edukací pacienta s ICHS o režimových opatřeních a důležitosti jejich dodržování. Výzkumná část práce se zaměřuje na analýzu a zpracování výsledků dotazníkového šetření, které bylo provedeno kvantitativní formou. Cílovou skupinou byli pacienti trpící ischemickou chorobou srdeční.

Klíčová slova

angina pectoris; ateroskleróza; fyzická aktivita; cholesterol; ischemická choroba srdeční; režimová opatření; srdce

Abstract

The bachelor thesis deals with coronary heart disease. The theoretical part is divided into three parts. The introductory part contains general information about ischemic heart disease such as origin, etiology, therapy. The next part is devoted to the analysis of regimen measures, their appropriateness and correctness. The last part focuses mainly on the educational component of nursing work, specifically on the implementation of proper educational activities, types, principles, division, communication. It deals with the education of the patient with ICHS about regimen measures and the importance of their adherence. The research part of the thesis focuses on the analysis and processing of the results of the questionnaire survey, which was conducted in a quantitative form. The target group was patients suffering from coronary artery disease.

Keywords

angina pectoris; atherosclerosis; heart disease; cholesterol; ischemic heart; physical activity; regimen measures

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 Zvolte položku. 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 Zvolte položku. práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 3. května 2024

.....

Podpis studentky

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Kosakové za vstřícný přístup, cenné rady a odborné vedení mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat svému bratrovi, rodičům a příteli za podporu poskytovanou nejen při psaní závěrečné práce, ale i během celého studia.

Obsah

Seznam grafů.....	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Ischemická choroba srdeční	11
1.1.1 Patogeneze.....	11
1.1.2 Etiologie a rizikové faktory	12
1.1.3 Projevy ICBS	12
1.1.4 Diagnostika.....	13
1.1.5 Akutní ICBS.....	13
1.1.6 Chronická ICBS	14
1.1.7 Terapie	15
1.2 Režimová opatření	16
1.2.1 Omezení kouření.....	16
1.2.2 Redukce nadváhy	17
1.2.3 Dietní opatření	17
1.2.4 Vyloučení stresu	17
1.2.5 Přiměřená fyzická aktivita	18
1.2.6 Kontrolované snižování krevního tlaku farmakologicky	18
1.2.7 Kompenzace diabetu.....	19
1.3 Edukace.....	19
1.3.1 Základní pojmy	19
1.3.2 Komunikace v edukaci.....	20
1.3.3 Princip edukace	20
1.3.4 Dělení edukace.....	20
1.3.5 Edukace v ošetrovatelství.....	20
1.3.6 Sestra a edukace	21
1.3.7 Edukace pacienta s ICBS o režimových opatřeních a důležitost dodržování	21
2 Výzkumná část	24
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	24
2.2 Metodika výzkumu.....	24
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	24
2.4 Průběh výzkumu	25
2.5 Zpracování získaných dat.....	25
2.6 Výsledky dotazníkového šetření	26
3 Diskuze	36
4 Návrh řešení pro praxi.....	41
Závěr.....	42
Seznam použité literatury.....	43
Přílohy	46

Seznam grafů

Graf č. 1: Pohlaví respondentů	26
Graf č. 2: Věkové hranice respondentů	26
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	27
Graf č. 4: Oblast postižení ICHS	27
Graf č. 5: Vysvětlení ICHS	28
Graf č. 6: Postižení v rodině.....	28
Graf č. 7: Formy ICHS.....	29
Graf č. 8: Projevy ICHS.....	29
Graf č. 9: Akutní infarkt myokardu	30
Graf č. 10: Rizikové faktory.....	30
Graf č. 11: Odstranění rizikových faktorů	31
Graf č. 12: Znalost režimových opatření	31
Graf č. 13: Režimová opatření	32
Graf č. 14: Začleňování režimových opatření	33
Graf č. 15: Četnost dodržování.....	34
Graf č. 16: Typ dodržovaných režimových opatření	35

Seznam zkratk

AIM	Akutní infarkt myokardu
BMI	Body mass index
CABG	Koronární bypass
CK-MB	Izoenzym myoglobinu
ECHO	Echokardiografie
EKG	Elektrokardiogram
FF	Fyziologické funkce
ICHS	Ischemická choroba srdeční
mmHg	Milimetry rtuťového sloupce
NAP	Nestabilní angina pectoris
NON-STEMI	Infarkt myokardu bez elevací v úseku ST na EKG
PCI	Perkutánní koronární intervence
RF	Rizikové faktory
RZS	Rychlá záchranná služba
SAP	Stabilní angina pectoris
SKG	Selektivní koronarografie
STEMI	Infarkt myokardu s elevacemi v úseku ST na EKG

Úvod

Onemocnění kardiovaskulárního aparátu je jednou z nejčastějších příčin úmrtí ve světě, a není tomu jinak ani v České republice. Celkově je ischemická choroba srdeční velmi závažný zdravotní problém, který vyžaduje komplexní přístup k prevenci, diagnostice, léčbě a rehabilitaci, aby bylo minimalizováno riziko komplikací a zlepšila se kvalita života pacientů. (Bulava, 2017)

Obecně je ischemická choroba srdeční považována za tzv. civilizační chorobu. Civilizační choroba spočívá především v nepředcházení zdravého životního stylu. Předcházením se rozumí úprava ve vykonání fyzické aktivity, nezdravé stravování, nepřiměřeně velké příjmy alkoholu, příjem návykových látek, kouření a dlouhodobý stres. Souhrnně můžeme o těchto úpravách hovořit jako o rizikových faktorech ischemické choroby srdeční. Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., (2020) uvádí, že znalost těchto faktorů je velmi určující. Především prevence rizikových faktorů a dodržování režimových opatření je neustálým úsilím, o které by se měl snažit každý jednotlivec ve společnosti po celý svůj život. (NZIP, 2024)

Téma bakalářské práce je Specifika ošetrovatelské péče a režimová opatření u pacienta s ischemickou chorobou srdeční. Při výběru tématu bakalářské práce jsem se inspirovala svou praxí na kardiologickém oddělení. Tamější ošetrovatelská péče mě velice zaujala, zejména potom tedy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Co mě však zaujalo ještě více je četnost tohoto onemocnění a mnohdy také samotná ignorance pacientů ke zjištění vlastních diagnóz.

Počet postižených touto chorobou je stále vysoký. Lidé si často neuvědomují, že příznaky, které nebolí, mohou stále být důležitým signálem jejich těla, že je něco v nepořádku. Mnohokrát začínají své příznaky řešit ve chvíli, kdy už by mohlo být pozdě. Bohužel jsem se setkala s přístupem, že pacienti se vyhýbají ošetření ve zdravotnickém zařízení opravdu až do přímého ohrožení jejich vlastního života. Bohužel ignorance neomlouvá, nezachraňuje ani neléčí.

Seznámení pacienta s jeho zdravotním stavem, poskytnutí možnosti prevence, a především edukace pacienta je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Důležitost režimových opatření nelze přehlížet, protože tato opatření hrají klíčovou roli při zachování zdraví a prevenci opětovné manifestace ischemické choroby srdeční.

Dodržování režimových opatření je zásadní pro pacienty trpící ischemickou chorobou srdeční, protože tato opatření napomáhají minimalizovat riziko vzniku srdečních příhod a zlepšují celkovou kvalitu života. Tato režimová opatření zahrnují pravidelnou lékařskou kontrolu, dodržování léčebného plánu, zdravou stravu, pravidelnou fyzickou aktivitu a minimalizaci stresu. V souladu s tímto režimem mohou pacienti dosáhnout lepší kontroly svého stavu, snížení symptomatických projevů a snížení rizika komplikací spojených s ischemickou chorobou srdeční.

Tato bakalářská práce za cíl zjištění informovanosti pacientů o ICHS a o dodržování režimových opatřeních po edukaci všeobecnou sestrou. Pro dosažení cíle bakalářské práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka je formulována: „Jak jsou pacienti informováni o ischemické chorobě srdeční?“. Druhá výzkumná otázka je formulována: „Jak pacienti dodržují režimová opatření?“.

1 Současný stav problematiky

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na přiblížení problematiky ischemické choroby srdeční. Bude se věnovat základnímu rozdělení této choroby na akutní a chronické formy. Dále se zaměří na jednotlivé příznaky onemocnění u všech forem, na vyvolávající faktory tohoto onemocnění. Budou zde zmíněny i případné rizikové faktory a krátce možnosti terapie. Další část se potom bude zabývat prevencí vzniku této nemoci a zejména tedy režimovými opatřeními, kterými lze zabránit i zpětnou manifestaci. Z ošetřovatelské stránky se práce bude věnovat zejména edukaci všeobecnou sestrou, rozdělením, zásadami a samotnou edukací pacientů o režimových opatřeních.

1.1 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční neboli ICHS je komplexní onemocnění koronárních tepen, které způsobuje jejich zúžení či dokonce ucpání. Následkem toho dochází ke snížené metabolické aktivitě a k omezené dodávce kyslíku do srdeční svaloviny až k jejímu celkovému nedokrvení. Takové poškození způsobuje úmrtí srdeční svaly, které nazýváme infarkt. (Navrátil a kolektiv, 2017).

Z hlediska časového vzniku potom rozlišujeme akutní a chronické formy tohoto onemocnění. Akutní formy tohoto onemocnění mohou mít za následek vážné a nenávratné porušení srdeční funkce. V závislosti na rozsahu ischemie a počtu odumřelých buněk se postupně snižuje srdeční výkonnost a jeho funkce je oslabená. (Tóth, 2022a)

Dále Hoffmannová (2019) uvádí, že ischemickou chorobu srdeční lze rozdělit z hlediska bolestivosti na němé a bolestivé formy. Toto rozdělení se však v současnosti již skoro nevyužívá. Udává, že vliv na rozdělení kromě časového hlediska má poté to, v jakém rozsahu je ICHS stabilní či nestabilní, poté lze hovořit o stabilní či nestabilní ICHS.

1.1.1 Patogeneze

Ischemická choroba srdeční může vznikat z důvodu organického, čímž se rozumí ateroskleróza, trombus, embolie, arteritis, disekce aorty, nebo může pocházet z problému funkčnosti, což může být např. spasmus koronární tepny (Sedlářová a kolektiv, 2014).

Mezi jedním ze základních mechanismů vzniku ICHS je však ateroskleróza. Tzv. aterosklerotické pláty, které se začínou vytvářet četným ukládáním cholesterolu, mají za následek právě postupné zužování těch vyživovacích tepen. Pokud je tento plát jakkoli narušen, dochází k jeho nestabilitě a hrozí prasknutí. Dojde-li k protržení, vzniká trombus, který následně může uzavřít srdeční sval a způsobit jeho ischemii. (Navrátil a kolektiv, 2017, Nair, 2017)

Kromě aterosklerotického plátu a následného vzniku trombu nebo embolu, může lumen koronárních cév zúžit spastická srdečního svaly. Ta se ovšem projevuje u cév již postižených aterosklerózou. (Kovárník, Horák, Štěpán, 2015)

Typický příklad nedokrevnosti je vyšší psychická či fyzická aktivita, při které srdeční sval požaduje rovnoměrně vyšší přívod kyslíku. Jsou-li tedy poškozené koronární tepny, tělo není schopno tomuto nároku vyhovět. (Sovová, Sedlářová a kolektiv, 2014).

1.1.2 Etiologie a rizikové faktory

Do nynější doby nejsou známy žádné příčiny, které by mohly vést ke vzniku tohoto onemocnění. Existují však tzv. rizikové faktory, který mají významný vliv při manifestaci ischemické choroby srdeční. Navrátil a kolektiv (2017) uvádí, že většina případů ICHS je způsobena rizikovými faktory aterosklerózy.

Na základě ovlivnitelnosti pacientem se rizikové faktory (RF) dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Jedním z neovlivnitelných rizikových faktorů je věk. To znamená, že se stoupajícím věkem, stoupá riziko. Šedová (2016) uvádí, že u mužů toto riziko vzniká při dosažení 45 let. U žen se toto riziko dostavuje až o deset let později, tzn. kolem věku 55 let. Tato hranice je však orientační a může se měnit v závislosti s nástupem menopauzy. Jak už tedy bylo podotknuto, dalším faktorem, který nelze ovlivnit je pohlaví. Z věkového rozboru vyplývá, že muži jsou více náchylní k tomuto onemocnění než ženy, protože u nich riziko nastává poměrně dříve než u žen. Posledním neovlivnitelným faktorem je genetika. Dědičná dispozice má velký vliv na výskyt tohoto onemocnění v dalších generacích, pokud se již v rodině vyskytlo. (Šedová, 2016)

Faktorů, jejichž eliminací lze pozitivně ovlivnit riziko vzniku ICHS je poměrně více. Je třeba ovšem podotknout, že i přes jejich případné odstranění se toto onemocnění může manifestovat. Do ovlivnitelných faktorů spadá vysoký krevní tlak, který může způsobit poruchu funkce endotelu. Takový krevní tlak je definován jako 140/90 mmHg a více. Velmi výrazným faktorem je nefyziologická hladina cholesterolu v krvi. Jedná se zejména o LDL cholesterol, který je přenášen lipoproteiny. Jsou-li v krevní plazmě v nadměrném množství, potom se tento stav nazývá hyperlipoproteinémie. V návaznosti na tento faktor se zde řadí obezita. S obezitou úzce souvisí nedostatek pohybu a sedavé typy zaměstnání, které také negativně ovlivňují kardiovaskulární soustavu. (Svatoňová a Lisová 2019, Vytejšková a spol., 2015)

Šedová (2016) dále uvádí v souvislosti s hyperlipoproteinemií jako další rizikový faktor diabetes mellitus (DM). Toto onemocnění samo o sobě poškozuje cévy a negativně ovlivňuje přeměnu látek a enzymů, zejména sacharidů a proteinů.

Svatoňová a Lisová (2019) podotýká, že tzv. metabolický syndrom je velmi vážným rizikovým faktorem. Jedná se o kombinaci vysokého krevního tlaku, vysoké hladiny cholesterolu, poruchou metabolismu tuků a cukrovky obou typů. Jako poslední ovlivnitelný faktor je uveden stres.

1.1.3 Projevy ICHS

Příznaky tohoto onemocnění se odvíjí od toho, o jakou formu se jedná nebo se nemusí projevit vůbec. O tom, v jaké míře se ICHS projeví, rozhoduje úroveň poškození na cévách, tzn. ateroskleróza či přítomnost trombu, průchodnost, místo a rozsah poškození, funkce srdeční svaloviny (zda je již poškozena). Uvádí se, že ty symptomy se objevují často v návaznosti na fyzickou aktivitou nebo psychickou zátěž. Při takové zátěži tělo obvykle reaguje zvýšením srdečního rytmu, což znamená zrychlení nároků na dodání krve spolu s živinami do myokardu, které pacient s ICHS nemůže splnit. Samotné příznaky jsou bolest na hrudi, dušnost, únava, nauzea, zvracení, celková slabost, nadměrné pocení, mráкотný stav, bledost a bolest. Ta se může objevit na hrudi nebo pod ve vrchní polovině břicha. Vyskytuje-li se v oblasti sternu, lze hovořit o tzv. stenokardii, která se vyznačuje svíráním, pálením či tlakem. Dále se může objevit bolest v oblasti horní končetiny, a to konkrétně kolem lopatek a ramenního kloubu. Pokud se jedná

o chronickou formu ICHS, potom po přerušení fyzické aktivity či psychické zátěže tyto příznaky ustávají. U akutní formy symptomy v klidu přetrvávají nadále. (Tóth, 2022a)

1.1.4 Diagnostika

Z diagnostického hlediska je třeba odebrat anamnézu a provést nezbytná vyšetření včetně zhodnocení fyziologických funkcí. Typicky se jedná o vyšetření klinického stavu pacienta, funkční vyšetření, v tomto případě elektrokardiogram (EKG), který je u ICHS velmi podstatný, protože vylučuje možnost akutního infarktu myokardu. Při snímání EKG se lékař zaměřuje zejména na ST úsek a na možné patofyziologické změny. Dále následuje odběr krve s důrazem na kardiologické markery, které by mohly prokázat úmrtí srdečního svalu. Standardně se odebírá srdeční troponin, troponin I, myoglobin, kreatinkináza a izoenzym CK-MB. Aby se prokázalo, že se nejedná o AIM, tyto markery se odebírají po určitém intervalu. V případě NAP jsou hodnoty těchto markerů fyziologické. (Pleskot, Kajzr, 2023)

Dále se může provést sonografické vyšetření srdce tzv. ECHO nebo se využívá možnosti zátěžového EKG či EKG holter, který je pacientovi propůjčen v intervalu 24 hodin a po celou dobu snímá srdeční aktivitu klienta. (Tóth, 2022a)

Jako invazivní diagnostický postup je standardně prováděna selektivní koronarografie (SKG). Tento výkon spočívá ve vyšetření koronárních tepen, které mají za úkol výživu srdečního svalu. Nejčastěji se provádí z arterie radialis v oblasti zápěstí nebo z oblasti třísel, kde se nachází arterie femoralis. Vyšetření je provedeno pomocí kontrastní látky, která výrazně napomáhá lékařům při hledání možných stenóz na věnčitých tepnách srdečních. Na základě tohoto vyšetření lze určit stupeň zúžení v postižené tepně v poměru s nepostiženým úsekem na cévě. Tento poměr se zapisuje v procentech. Mimo stenóz lze touto katetrizací odhalit vrozené vývojové vady či abnormality nebo změny na koronárních tepnách. Vlivem aterosklerózy může docházet k postupnému ukládání vápníku v cévách, které vyšetření SKG může odhalit. Tomuto procesu se říká kalcifikace. (Bulava, 2017; Špínar, Ludka a kol, 2013)

Prokáže-li se koronarografickým vyšetřením patologický nález, je v některých případech navrhován invazivní terapeutický postup, který může být proveden v návaznosti na SKG. Jedná se potom o perkutánní koronární intervenci, zkráceně PCI. Je založeno na zprůchodnění cévy a na zmenšení procenta zúžení. Existují dva základní typy dilatací. Jedná se o tzv. balonkovou dilataci, která spočívá v zavedení katetru, na jehož konci je balonek a v místě stenózy se nafoukne a tím sníží procento zúžení. Druhým typem je zavedení kovové výztuže, tzv. stentu. Tento způsob je v dnešní době poměrně užívanější. U balonkové dilatace hrozí opětový vznik stenózy po odstranění balonku. (Bulava, 2017)

1.1.5 Akutní ICHS

Akutní formou se rozumí nestabilní angina pectoris, akutní infarkt myokardu (AIM) a náhlá smrt. V současnosti se dále hovoří o akutním koronárním syndromu, který nedávno vznikl, jako souhrnné označení pro AIM a nestabilní anginu pectoris, a to zřejmě z důvodu velice podobných příčin vzniku (Sovová, Sedlářová a kolektiv, 2014).

Nestabilní angina pectoris (NAP) je charakterizována jako taková angina pectoris, která se objevila náhle, buď v klidu nebo během námahové činnosti, nezmizela a trvala minimálně

po dobu čtyř týdnů či dokonce stenokardická bolest bez námahové činnosti. Problémem je navyšující se četnost tohoto příznaku, stále se zvyšující stupeň bolestivosti a trvání a perioda těchto stavů. Na rozdíl od infarktu dochází pouze k nedokrevnosti srdečního svalu, tzn., že dochází k postupnému ukládání cholesterolu a vzniku aterosklerotického plátu. S narůstající vrstvou poté přímo úměrně roste i požadavek pro přísun kyslíku. Kyslík je sice dodáván, ale stále v menším množství. Ve většině případů poté dochází k trhlině a následnému prasknutí lipidového proužku. Na poškozenou cévu se okamžitě aktivuje hemostáza. Krevní destičky postupně začínají dosedat na vzniklou prasklinu za účelem jejího vyplnění a vzniká tzv. nasedající trombus. Tento trombus má za následek právě zúžení a omezení poměru dodávky kyslíku. Na rozdíl od akutního infarktu myokardu, u akutní anginy pectoris nedochází k úmrtí srdeční svaloviny. (Sovová, Sedlářová a kolektiv, 2014).

Akutní infarkt myokardu (AIM) je stav, při kterém dochází k nedokrvení srdečního svalu při dlouhodobém nefyziologickém procesu aterosklerózy. Stejně jako u NAP dochází k porušení cévní stěny a ke tvorbě trombu. Po 20 minutách dochází k omezenému průtoku krve spolu s živinami a dochází k ischemickému stavu. Jestliže nedojde k zprůchodnění, trombus následně způsobí úplný uzávěr cévy. Pokud se tento uzávěr nezprůchodní zhruba do 2 hodin, dochází k tzv. nekróze myokardu, která je nezvratná. Kromě sraženiny vzniklé aterosklerózou, tento stav může vyvolat sraženina bez aterosklerózy, spastická příhoda, cévní zánět, embolie. Při vyšetření je rozhodující EKG a krevní odběry. U odběrů na rozdíl od NAP dochází k elevaci kardiomarkerů, které značí o úmrtí srdečního svalu. U EKG se lékař zaměřuje na úseky ST, které mohou, ale nemusí být elevovány. Případná elevace značí probíhající infarkt myokardu s tzv. ST elevacemi (STEMI). Při negativní elevaci se může jednat o NAP či o NON-STEMI, to by znamenalo, že se klinické příznaky ještě neprojeví. Autor dodává, že infarkt myokardu může vyvolat i zhoršení nestabilní anginy pectoris. (Tóth, 2022b)

Náhlá srdeční smrt je charakterizována jako akutní kardiologická příhoda s následným okamžitým úmrtím do jedné hodiny od propuknutí příznaků. Postihuje nejčastěji zdravé jedince nebo pacienty v zaléčených stádiích onemocnění. V případě nejasné smrti, je provedena pitva, která se zaměřuje na znaky ICHS v těle. Udává se, že zhruba padesát procent zemřelých, nikdy předtím netrpěli kardiologickou chorobou, ale po následné autopsii bylo prokázáno poškození koronárních tepen. Jako prevence je doporučeno vyloučení rizikových faktorů z životního stylu pacienta. (Wichterle, 2015)

1.1.6 Chronická ICHS

Stabilní angina pectoris (SAP) je stav, který vzniká většinou při námaze a při klidové činnosti zase vymizí. Na rozdíl od NAP nepoškozuje trvale srdce, trvá kratší dobu a při přerušení fyzické aktivity či vymizení stresové zátěže se vytratí. Dochází pouze k dočasnému nedokrvení myokardu, které se projeví stenokardiemi. (Blaško, 2022)

Vazospastická angina pectoris nemá přímou souvislost s fyzickou aktivitou či se stresovou zátěží, objevuje se proto při nenamáhavé činnosti či v klidu. Vyznačuje se spastickým stažením koronárních cév, které mají za následek klasickou anginózní bolest na hrudi, stenokardie. Obvyklou komplikací tohoto onemocnění jsou poruchy srdečního rytmu ve formě arytmií. (Bomberová Kánská, 2022)

Němá ischemie, Bulava (2017) uvádí, že se může jednat o tzv. tichou ischemii myokardu, která se jeví bezpříznakově. Detekováno může být při běžné lékařské prohlídce nebo formou zátěžové ergometrie. Dále tvrdí, že tato forma ICHS se objevuje převážně u pacientů trpících onemocněním diabetes mellitus. Ovšem Navrátil a spol. (2017) jsou toho názoru, že němá ischemie se může jevit jednak bezpříznakově, ale zároveň u pacientů s anginou pectoris již v anamnéze nebo již s prodělaným infarktem myokardu. Záchyt se však také odvíjí od náhodného zátěžového vyšetření a EKG či holterem. Poukazují na fakt, že přestože se nevyskytuje bolest na hrudi a za hrudní kostí, nemusí to vždy znamenat lepší výhled z hlediska diagnózy.

Bulava (2017) říká, že syndrom X je pevně spjatý s anginou pectoris. Toto onemocnění postihuje nejčastěji ženy trpící premenopauzou. Na základě provedeného zátěžového testu lze předpokládat, že došlo k zúžení koronárních tepen. Po následném koronarografickém vyšetření je však u tohoto onemocnění tato domněnka vyvrácena.

1.1.7 Terapie

U chronické ICHS se terapie odvíjí od odstranění rizikových faktorů spolu s kontrolovanou farmakoterapií a začleněním vhodných režimových opatření do životního stylu pacienta. Z farmakologického hlediska léčby se jedná o antiagregancia neboli o protidestičkovou léčbu, která spočívá v zabraňování shlukování krevních destiček. Jsou ideální pro stabilní anginu pectoris. Jedná se především o kyselinu acetylsalicylovou, která spadá do podskupiny inhibitorů destičkových receptorů. Jako další skupinou vhodnou pro léčbu chronické ICHS jsou antikoagulanty. Zde se řadí rivaroxaban. Stejně jako u akutních forem je nutno se také zaměřit na redukci hladiny cholesterolu a lipidů v krvi. Tento problém se řeší hypolipidemikou. Hypolipidemika se dělí na dvě základní skupiny statiny a fibráty. Statiny jsou v podstatě první volbou při potřebě pozitivně ovlivnit mortalitu a morbiditu. Vhodnou alternativou statinů jsou fibráty. Rozdíl je v nižší efektivitě a vlivu na mortalitu než u statinů. Další vhodnou medikací jsou a-blokátory, zejména pro snížení srdeční frekvence. Blokátory vápenatých kanálů pomáhají při snížení vysokého krevního tlaku, dilatují především tepny a snižují srdeční frekvenci, zároveň mají antiischemické a antianginózní účinky (účinky, které mají za následek odstranění nebo zmírnění bolesti u právě probíhající anginy pectoris). Nitráty působí na rozšiřování cév, vždy je doporučeno podávat nižší dávku, protože při vyšších dávkách může dojít k poklesu účinnosti. K ovlivnění metabolismu myokardu se užívají trimetazidin, to znamená, že v případě nedostatečné dodávky kyslíku do srdečního svalu tato medikace prodlouží dobu potřebnou ke vzniku ischemie. Dalším účinkem je potlačení anginy pectoris. (Pleskot, Kajzr, 2023; Vítovec a kol., 2020)

Při léčbě akutní ICHS se rozlišuje stádium před hospitalizací, během a po ní. Fáze před hospitalizací se převážně zaměřuje na základní stabilizaci a rychlou přepravu do nemocnice. Týká se většinou pacientů, kteří již mají zkušenosti s infarktem či nestabilní anginou pectoris. Při bolestech, které by přetrvávaly déle než 5 minut, by měl edukovaný jedinec aplikovat nitroglycerin pod jazyk a kyselinu acetylsalicylovou. V případě neznalosti je pacient přepraven do nemocnice, kde jsou mu tyto léky podány spolu s nízkomolekulárním antikoagulantem. RZS může podat a-blokátory při potvrzené tachykardii a hypertenzi. Následně lze pacienta uklidnit farmakologicky léky proti úzkosti, napětí. Pro případnou bolest na hrudi, stenokardie se užívají opiáty. Dále při saturaci pod 90 % poskytuje záchranář kyslík. Snížený srdeční rytmus je

indikací pro podání atropinu, pro zvracení či nevolnost jsou vhodná antiemetika, u hypotenze vazopresory s krystaloidy. Léky do svalů se nikdy nepodávají. Při prokázané NAP a NON-STEMI i STEMI je pacient indikován ke katetizačnímu výkonu, tzv. koronarografii. Na základě výsledku tohoto vyšetření je provedena PCI (perkutánní koronární intervence), která je většinou vykonána hned při koronarografii nebo je pacient dále doporučen k aortokoronárnímu bypassu (CABG). Při lehčím stavu lze léčit pouze konzervativně v kombinaci s medikamentózní léčbou. Před začátkem každé PCI by se měl podávat Heparin i.v. či jiné antikoagulancium jako je např. i.v. enoxaparin. U NON-STEMI je dále doporučen nepřímý inhibitor faktoru Xa. Jako další medikace se doporučují antiagregační látky jako je kyselina acetylsalicylová, prasugrel nebo ticagrelor, vhodnou náhradou může být clopidogrel. V akutní fázi je dále doporučen betablokátor, zejména k vyrušení tachykardie, hypertenze, což by mělo mít za následek zmenšenou potřebu kyslíku v myokardu, je to např. esmolol, metoprolol. Po odeznění akutní fáze jsou převedeny na léky per os. U hypotenzích a nestabilních pacientů jsou indikovány inhibitory ACE. V neposlední řadě je indikována léčba pro snížení hladiny cholesterolu v krvi ve formě statinů, jejich vedlejším požadovaným účinkem je stabilizace aterosklerotického plátu, jsou to např. atorvasatin, rosuvastatin. (Vítovec a kol., 2020)

1.2 Režimová opatření

Režimovými opatřeními se rozumí souhrn specifických ustanovení, které mají za následek odstranění faktorů, majících nepříznivý vliv na vznik ischemické choroby srdeční. Této chorobě lze předcházet farmakologickými i nefarmakologickými metodami. Jedná se o jistou formu sekundární prevence. Managementem těchto rizikových faktorů se zabývají režimová opatření. Spočívají v potlačení příznaků, ve zlepšení prognózy ale především ve změně životního stylu. Jejich dodržování napomáhá pacientovi v cestě k co možná nejplnohodnotnějšímu a kvalitnímu životu. Je velmi důležité začít hned při zjištění ICHS nebo po prodělání ischemické příhody. Ideální je dle okolností začít začleňovat tato opatření i v akutní fázi, popřípadě v subakutní fázi a pokračovat v nich až po zbytek života. Pacient trpící ischemickou chorobou srdeční by měl tyto režimová opatření dodržovat a v případě nejistoty či otázek kontaktovat svého lékaře. (Vítovec a kol., 2020)

1.2.1 Omezení kouření

Kouření velmi výrazně zvyšuje riziko vzniku ICHS. Omezení kouření je základní bod prevence. Různé změny na žilách a tepnách se dají odhalit již po pár chvílích strávených pouze v přítomnosti kuřáků. Akutní ischemická choroba srdeční, konkrétně infarkt myokardu z velké části postihuje především kuřáky, a již od věku 30 let. Farmakoterapie má větší účinek u nekouřícího pacienta než u kouřícího. Francek (2019) tvrdí, že v dnešní době vdechování tabákové kouře může člověka připravit až o patnáct let života. Kouření jako takové má za následek komplexní ovlivnění soustav pacienta, především však postihuje cévní soustavu. Způsobuje tachykardii, hypertenzi a velmi výrazně poškozuje lumen cév a tím cévy ztrácí svou funkci. Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol. (2020) tvrdí, že při požití jediné cigarety se po první půl hodině krevní tlak může zvýšit až o 20 mmHg. Samotný nikotin obsažený v cigaretách má za následek stimulaci sympatiku, v cévách se to projeví jejich zúžením. V neposlední řadě se kouřením dostávají do krve toxické látky, které ovlivňují přísun kyslíku do srdce a tím také do celého těla. Tato kombinace tedy

výrazně zhoršuje příznaky ICHS. Zamezením kouření se zároveň zamezí zhoršení prognózy tohoto onemocnění až o 50 %. (Francek, 2019; Králíková, 2020; Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2020)

1.2.2 Redukce nadváhy

Tóth (2022c) uvádí, že aby bylo snížení tělesné hmotnosti efektivní, musí pacient trpící ischemickou chorobou srdeční dosáhnout BMI (body mass index) 18-25 kg/m². BMI neboli index tělesné hmotnosti je vyjádření poměru tělesné hmotnosti v kilogramech ku druhé mocnině tělesné výšky v metrech. Tento index nelze aplikovat na dětskou populaci. Vhodnými metodami pro redukci tělesné hmotnosti je přiměřená fyzická aktivita, přinejmenším hodina denně spolu s vhodnou úpravou jídelníčku. Nadváha může mít nepříznivý vliv na ukládání cholesterolu do stěn cév a zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Zároveň také může v neposlední řadě způsobovat arteriální hypertenzi. (NZIP, 2023; Tóth, 2022c)

1.2.3 Dietní opatření

Výživa je velmi důležitým faktorem ovlivňující zdravotní stav. Nevhodná strava zároveň s nedostatkem fyzické aktivity, nadváhou a cukrovkou mají svým způsobem vliv na ICHS, i když ne tolik významný. Sadílková (2021) uvádí, že úprava stravovacích návyků je základ léčby jakéhokoli kardiovaskulárního onemocnění. Taková opatření by měla být přesně upravena na míru každého pacienta. Měly by být přitom brány v potaz pacientovy návyky, denní režim, zaměstnání a zároveň finanční náročnost, aby pacient byl vůbec schopný tyto úpravy zařadit do života. Odborným specialistou, který pomáhá vytvářet nový jídelníček na míru je nutriční specialista. Ze začátku se doporučuje provádět ne tolik radikální změny, aby měl pacient dostatek času se začít přizpůsobovat. Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol. (2020) uvádí, že ideální příjem potravy je pestrý, složený z čerstvých surovin a obsahuje co nejméně umělých aditiv. Pro základní požadavek energie je doporučený příjem sacharidů minimálně 50 % z celého denního příjmu. Důležitý je správný příjem vlákniny ve formě celozrnných výrobků, ovoce a zeleniny maximálně 30-45 g na den. Proteiny by měly zabírat 13 % celku, samotné sacharidy potom 10 % a lipidové složky maximálně 35 % příjmu. Cholesterolu by měl člověk přijmout maximálně 300 mg. Je důrazně doporučeno omezit příjem zbytečné solených pokrmů, přijatelné množství by mělo být 5 g. Dále je doporučeno zařadit do jídelníčku rybí produkty, a to alespoň dvakrát do týdne a ořechy v přírodní formě bez přidaných příchutí. Spolu se správnou životosprávou nutriční terapeuti apelují na dostatečný příjem tekutin, nejlépe dva litry neslazených nápojů. V neposlední řadě je třeba udržovat v rovnováze minerální látky a vitamíny, popřípadě zajistit optimální hladiny těchto látek v těle. Z minerálních látek je třeba si dát pozor na draslík a sodík. Sodík se vyskytuje hlavně v kuchyňské soli. Nepřekročitelnou prahovou hodnotu sodíku vystihuje jedna čajová lžička kuchyňské soli na den, které se rovná celkové hmotnosti 5 g, z toho představuje sodík v přepočtu 2 mg. (Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2020; Sadílková, 2021)

1.2.4 Vyloučení stresu

Stres je chápán jako jistý tlak či dokonce zátěž. Z psychologického hlediska na něj lze pohlížet jako na prvek, záporně působící na lidský organismus. Dlouhodobé působení stresu může mít za následek rozvrácení rovnováhy v těle pacienta. Stres je přítomen u každých zátěžových

situacích, které jsou u pacientů individuální a mohou mít různý spouštěcí mechanismus. Vytvářecí příčinou může být prvek jeden, ale i hned několik najednou. Stejně jako příčina i reakce na stres může být odlišná. Vždy záleží na časovém působení stresu a na jeho intenzitě. Stres v kombinaci spolu s ostatními rizikovými faktory ovlivňuje procento vzniku ischemické choroby srdeční. Problémem při odstraňování stresu bývá fakt, že se pacient častokrát uchyluje k nepatřičným kompenzačním metodám. Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol. (2019) uvádí, že pacienti jako únik před stresem volí intoxikaci alkoholem, nikotinem či psychotropními látkami. Ženy konkrétně se uchylují k nepřiměřenému příjmu potravin. Stresu se lze zbavit pomocí tzv. copingových strategií, které spočívají ve vyrovnání se se zátěžovou situací. Vhodnými metodami k vyloučení stresu může být meditace, fyzická aktivita, dechová cvičení, sociální kontakt s blízkými osobami, činnosti, které má pacient v zálibě, vnitřní rozbor stresové situace, zjistit příčinu a vyloučit ji. V neposlední řadě se nabízí podpůrné skupiny či odborná pomoc lékaře. (Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019)

1.2.5 Přiměřená fyzická aktivita

Přiměřená fyzická aktivita má velký vliv ke snižování celkové hmotnosti. Podílí se na navrácení tělesného indexu hmotnosti do normy, snížení krevního tlaku zároveň může mít pozitivní vliv na snižování hladiny cholesterolu v krvi. Tyto faktory v kombinaci jako režimová opatření mají pozitivní vliv na nerozvinutí ICHS. Uvádá se, že existuje určitý vztah mezi pravidelnou fyzickou aktivitou a prodlouženou průměrnou délkou lidského života. Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol. (2019) tvrdí, že pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko vzniku ischemické choroby srdeční až o 21 %. Vhodný typ fyzické aktivity spolu s množstvím by měly být individualizovány a upraveny v souladu s aktuálním zdravotním stavem pacienta stejně jako s jeho časovými možnostmi. Ideální kombinace je 3-6 dnů v týdnu, minimálně po dobu 20-45 minut. Mezi základní nabídku přijatelných aktivit se řadí volnočasová cyklistika, rychlá chůze, chůze nakombinována s občasným během tzv. jogging nebo rekreační plavání. (Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019)

1.2.6 Kontrolované snižování krevního tlaku farmakologicky

Nekontrolované a dlouhodobé zvýšení krevního tlaku může způsobovat hned několik patologických změn na srdeční svalovině a cévním systému. Vysoký krevní tlak zároveň zvyšuje riziko výskytu dalších kardiovaskulárních onemocnění jako je srdeční selhání, aneurysma břišní aorty, fibrilace síní nebo periferní cévní onemocnění. V kombinaci s hypertenzí a procesem aterosklerózy se průběh ICHS urychluje a zhoršuje. Špác (2017) uvádí, že již při zvýšení krevního tlaku o 20 mmHg je riziko dvakrát tolik větší. Ze statistiky vyplývá, že vliv hypertenze na manifestaci ICHS je až 25 %. Po zařazení farmakoterapie do životního stylu pacienta se ukázalo, že snižuje riziko infarktu myokardu až o 15-25 %. Dále poté udává, že při snížení krevního tlaku již o 20mmHg se snižuje míra mortality pacientů s ICHS až o polovinu. Typicky se hypertenze snižuje nasazením betablokátorů, ACE inhibitorů a blokátorů vápenatých kanálů. (Bloch, Basile, 2023; Špác, 2017)

1.2.7 Kompenzace diabetu

Nekompenzované onemocnění diabetu je spolu v kombinaci s ICHS velmi nebezpečné. Onemocnění samo o sobě způsobuje poškození cév, kterému nekontrolovatelná vysoká hladina glykémie v krvi a hyperlipidémie nepomáhá a u diabetiků se tato poškození léčí poměrně těžko. Diabetes je také jedním z faktorů způsobujících předčasný vznik aterosklerózy, která značně zhoršuje průběh ischemické choroby srdeční. Kvapil (2016) tvrdí, že při postupné zvyšující se hladině glykémie úměrně roste i riziko vzniku ICHS. V neposlední řadě je prokázáno, že tento efekt pracuje i obráceně. Se snižující se hladinou glykémie v krvi se snižuje riziko vzniku ischemické choroby srdeční, konkrétně riziko infarktu myokardu může snížit až o 33 %. Ovšem tento vliv se projeví přinejmenším čtyři až pět let po trvalém snížení hladiny hyperglykémie. Během kompenzace je třeba se zaměřit i na ostatní rizikové faktory v rámci zamezení vzniku ICHS. Při snaze o dosažení fyziologické hladiny glykémie je velmi důležité nepodkročit spodní prahovou hodnotu. Po konzultaci s odborným zdravotnickým pracovníkem se glykémie monitoruje nalačno a po konzumaci stravy, spolu s pravidelným odběrem, aby nedošlo k chybnému postupu při kompenzaci, které by mohlo ohrozit život pacienta a případně způsobit smrt. Dále se uvádí, že riziko ICHS je podstatně nižší v závislosti s časným podchycením diabetu. To znamená, že ještě nemuselo dojít k rozvinutému poškození cévního systému, nebo došlo pouze k podstatně zanedbatelnému poškození. Součástí kompenzace diabetu je zároveň snižování hladiny cholesterolu, vysokého krevního tlaku, což podstatně souvisí s dodržováním režimových opatření u ICHS. (Kvapil, 2016)

1.3 Edukace

Edukace pochází z latinského slova educare, které je překládáno jako vzdělávat se, vychovávat nebo vypěstovat. Šťastná (2019) uvádí, že edukace jako taková je sled několika aktivit, zejména zaměřených na změnu chování a jednání člověka, které mají za následek zlepšení určitého potřebného prvku nebo prvků. Zpravidla se jedná o doplnění znalostí, změnu jistých přístupů jedince k dané problematice, přehodnocení postojů, či nácvik nových dovedností nebo zařazení a přizpůsobení nových návyků. Člověk má neustálou potřebu učit se novým věcem, a to buď cíleně nebo nevědomky, a proto je tento proces edukace přítomen po celý život jedince. (Šťastná, 2019)

1.3.1 Základní pojmy

Mezi základní pojmy, které je třeba vymezit, se řadí edukant, edukátor, edukační prostředí. Každý samostatný jedinec, který se stává příjemcem edukačního procesu odborníkem se nazývá edukant. Roli edukanta nijak neovlivňuje věk, pohlaví či prostředí. Ve zdravotnictví tuto pozici zastává pacient. Edukatorem se stává osoba, která předává požadované informace či praktické zkušenosti. Všeobecná sestra v ošetrovatelském prostředí znázorňuje edukátora. Prostor, ve kterém se edukace odehrává je edukační prostředí. Toto prostředí má velmi velký vliv na edukanta a na jeho schopnost porozumět edukátorovi, a především podstatě předávaných informací. Existují jisté prvky, které mohou negativně ovlivnit příjem těchto informací. Za účelem lepšího porozumění se apeluje na odstranění co nejvíce rušivých elementů. Jedná se například o rušivé prostředí, velmi výrazné barvy, hlasité zvuky, extravagantní nábytek, nepatřičná výzdoba nebo nadbytečné množství přítomných osob. (Šťastná, 2019)

1.3.2 Komunikace v edukaci

Každý edukant je samostatná osobnost, která má jedinečné spektrum vlastností, na které je třeba brát ohled při samotné komunikaci s jednotlivými osobnostmi. Každý se nachází v různém psychickém rozpoložení, má různý stupeň inteligence, nejenom v rámci vědomostí ale také emočního kvocientu. Zároveň se liší rozvinutím a kvalitou kognitivních funkcí, proto je třeba ke každému přistupovat individuálně. Při komunikaci je třeba brát ohled také na náboženské vyznání, veškeré komunity, ke kterým by mohl patřit a respektovat jak sociální, tak kulturní rozdíly, stejně jako jeho etnikum. Komunikace v rámci edukace se řadí do skupiny sociální komunikace. Kvalitu komunikace dále ovlivňují vědomosti edukátora. Je důležité, aby si edukátor hlídal negativní prvky verbální, a především neverbální komunikace. Jedná se hlavně o tón hlasu a jeho výška nebo například rychlost mluvy. Je to právě edukátor, který určuje směr komunikace. (Šťastná, 2019)

1.3.3 Princip edukace

Edukátor by měl být vždy kompletně připravený a seznámený s tématem dané problematiky. Měl by si na edukaci vymezit dostatek času, a to jak pro samotnou teorii, tak pro případné praktické nácviky a pro možné dotazy edukantů. Je důležité, aby se edukátor zaměřil na výběr náležitých cílů, kterých by rád edukací dosáhl. Kvalita edukace závisí na počtu edukantů, proto by edukátor měl upravovat svůj přístup na základě jedinečnosti pacientů a zvolit individuální přístup. Edukátor by si měl dávat pozor na to, zda edukant rozumí přijímaným informacím a zda nedochází poruše při příjmu či příjmu mylných informací. Pro lepší příjem informací edukantem je doporučená názorná praktická ukázka, která by doplňovala teoretickou část edukace. V neposlední řadě velmi záleží na komunikačních vlastnostech edukátora a na jeho schopnosti přizpůsobit se daným potřebám jednotlivých edukantů a pochopit kulturní, genderové a jazykové rozdílnosti. (Šťastná, 2019)

1.3.4 Dělení edukace

Základní dělení edukace v ošetrovatelství je na primární, sekundární a terciální. Primární edukace spočívá v zaměření se na část populace, která netrpí žádným onemocněním. Cílem primární edukace je uchovat stav zdraví, zamezit propuknutí nemoci a zlepšení kvality života. Sekundární edukace se věnuje pacientům, u kterých se již projeví příznaky onemocnění. Zabývá se snahou o navrácení zdraví a odstranění nemoci ze života pacienta. Jsou to opatření, která mají vliv na projev komplikací a potlačují je. Zároveň se snaží docílit toho, aby nedošlo k vypuknutí chronické fáze onemocnění. Terciální edukace je zaměřena především na pacienty, kteří trpí chronickým, často zároveň i nevyléčitelným onemocněním. Cílem je zajistit maximální, co možná nejlepší stupeň kvality života a zamezit možnému zhoršení stavu. (Kutnohorská, 2016)

1.3.5 Edukace v ošetrovatelství

Edukace v ošetrovatelství neboli edukační proces je prováděn za účelem vzdělání. V rámci poskytované péče ve zdravotnických zařízeních je edukace chápána jako určitý proces vzdělávání. Je třeba si uvědomit, že v nemocnicích se může jednat jak o vzdělávání pacientů odborným zdravotnickým personálem, tak o vzdělávání samotných sester praktických, ale i všeobecných.

Edukační činnost je úzce spojena s etickou problematikou a dilematy, které souvisí s ošetrovatelstvím. Potýká se s tvorbou rozmanitých názorů či postojů, je odvozena ze stupně a kvality mnohofaktorových dovedností interpersonálních, seberealizačních, odborných. Samotná edukace se potom řadí do skupiny aplikovaných oborů ošetrovatelství. To znamená, že je zaměřena na vzdělávání a vychovávání jak pacientů, tak zdravé části obyvatelstva. (Kutnohorská, 2016)

1.3.6 Sestra a edukace

Role sestry v edukačním procesu je velmi rozmanitá. Zahrnuje roli sestry edukátorky, což znamená, že poskytuje pacientovi a jeho rodině informace tak, aby se pacient co nejrychleji adaptoval na konkrétní situaci, tedy nemoc. Na základě dobře provedené edukace tak může pacient sám předcházet onemocněním a udržovat zdravý životní styl. Každá sestra, všeobecná nebo praktická, která se ujme role edukátorky, by měla pamatovat na to, že by měla splňovat určité požadavky, mezi které patří: dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti, schopnost empatie, snaha a ochota pomoci klientům, dobré verbální i neverbální komunikační schopnosti, zájem o klienty, schopnost budovat důvěryhodná spojení nebo motivovat nemocné k získání důvěry. (Kutnohorská, 2016)

1.3.7 Edukace pacienta s ICHS o režimových opatřeních a důležitost dodržování

V rámci zachování kontinuity péče je ihned při propouštění z nemocnice stanovený plán režimových opatření založený na základě individuálních potřeb pacienta spolu s osobními preferencemi. Tento plán má za úkol regulovat rizikové faktory onemocnění ve formě režimových opatření. Správná edukace může mít za následek znovuobnovení, co možná nejvíce plnohodnotného život stejně tak, jako zlepšení kvality života pacientů. Je velmi důležité, zvláště po prodělání akutních stavů ischemické choroby srdeční, aby pacienti pochopili důležitost dodržování a zejména, aby tato opatření začlenili do svého života co nejdříve. Edukace pacienta probíhá již během hospitalizace až do samotného propuštění z nemocničního zařízení. Při propuštění dostane pacient propouštěcí zprávu společně se základními informacemi týkajícími se samotné edukace, edukačních pomůcek, letáčků a jistým plánem, obsahující doporučené vhodné aktivity přizpůsobené zdravotnímu stavu pacienta. Piepoli, Corra, Hendriks (2017) uvádí, že při edukaci je vhodné seznámit pacienta všemi možnými možnostmi režimových opatření ale zároveň by měl být stejně tak informovaný se souvisejícím zatížením vzhledem k jednotlivým možnostem. To vše by mělo mít za následek usnadnění vytvoření plánu opatření, jak pro pacienta, tak pro edukátora. Vždy je důležité, aby pacient souhlasil s navrhovanými opatřeními, protože je pro něj snadnější jejich dodržování (Piepoli, Corra, Hendriks, 2017).

V rámci edukace pacienta závislého na nikotinu je důležité se zaměřit nejenom na samotnou fyzickou závislost ale i na psychiku. Edukace závislého jistým způsobem zahrnuje změnu chování. Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol. (2019) uvádí, že pro dlouholetého kuřáka je omezení až úplné vyloučení kouření ze života velmi složité, některým se to podařilo až na čtvrtý pokus. Edukace spočívá v rozklíčování typických kuřáckých situací, to znamená podrobný rozbor situací, při kterých dochází k potřebě zapálení cigarety, a také jak se jim v budoucnu vyvarovat. Edukátor s edukantem probere vhodné narušení stereotypů a návrh vhodné změny, náhradu za nikotin. Je doporučováno co možná nejvíce se vyvarovat kuřácké společnosti a kuřákům, v nejlepším

případě zcela zamezit veškerému kontaktu s cigaretami. Při zanechání kouření může mít pacient nutkavou potřebu neustále něco vkládat do dutiny ústní, nejlépe cigaretu. Nejvhodnějším řešením, jak se této potřeby zbavit je konzumace cucavých bonbonů nebo žvýkání žvýkaček. Při odvykání je důležité s pacientem naplánovat postup, který bude po propuštění dodržovat. Je vhodné, aby o rozhodnutí pacienta vědělo i jeho okolí, rodina, přátelé, kolegové. Velmi podstatnou složkou je fakt, že pacient sám je přesvědčen o tom, že chce skutečně přestat. V případě pochybností by měla sestra edukátorka poučit pacienta o výhodách, které přinese přerušování, a především o rizicích, které by přineslo pokračování kouření. Je dobré, aby si pacient sám vytvořil seznam pozitivních věcí, které přinese omezení cigaret, například uspořádkání financí, čistý dech, absence kouře na oblečení, zastavení procesu žloutnutí zubů. Pacient by zároveň měl motivovat sám sebe a za každý úspěch by se měl umět pochválit či udělit odměnu. Pochvala může být udělena již při malých krůčcích, po dni bez cigaret, po hodině. V neposlední řadě, by měla sestra pacientovi doporučit zpětnou reflexi při neúspěchu, proč k tomu došlo, při jaké příležitosti, životní situaci, co jim naopak pomáhalo nezapálit si, co je drželo tzv. nad vodou (Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019).

Při edukování pacienta o vhodné fyzické aktivitě je důležité pacienta informovat o příznivých variantách pohybových aktivit, zejména o těch, které by specificky vyhovovaly danému jedinci. Podstatnou složkou je motivovanost dodržovat opatření. Cílem edukace je, aby pacient pokládal pohybovou aktivitu za jednoznačnou součást svého nově nastaveného životního stylu. Správná edukace by měla pacienta seznámit, jak nejlépe začlenit vhodné aktivity do života a zároveň jak se vyhnout a správně rozpoznat rizikového chování z jejich strany. Dále by edukace měla pacienta vést k uvědomění si důvodu snížené nebo žádné pohybové aktivity, a měla by ho vybídnout, aby se sám nad sebou zamyslel a položil sám sobě otázky, proč se to děje a jako se do této fáze dostal. Když bude jedinec sám schopen identifikovat tyto tzv. rizikové situace, snadněji se jich poté vyvaruje. Základem edukace je také porozumění vlastní osobnosti a zlepšení formulace vnitřních potřeb. To vede k přijetí vlastní osobnosti, smíření se s aktuální situací a pomáhá zároveň i s postavením se problému, jakož i výběru vhodného řešení a přijetí zodpovědnosti za danou situaci. Tím dojde k prohloubení znalostí, posílení a uvědomění sebe samého. Součástí edukace může být nácvik základních cviků, diskuze nebo pracovní listy. (Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019)

Při edukování pacienta o dietních opatřeních je důležité znát jeho stravovací návyky, vyzvat pacienta, aby si uvědomil, jak často konzumuje ovoce, zeleninu, maso. Sestra by měla pacienta upozornit na nevhodné stravovací návyky a společně s pacientem vytvořit ideální jídelníček přímo pro daného pacienta, poučit ho o rizikových a nevhodných potravinách a jak je důležité se jim vyvarovat a co by způsobilo nedodržování. V rámci edukace o dietních opatření je doporučeno pacientovi, aby si začal sepisovat typ každé porce za den. Součástí edukace by mělo být i seznámení pacientů s možností vážit si porce kuchyňskými váhami a přepočtem na energetickou hodnotu potraviny. Účelem edukace je, aby pacient sám rozpoznal plnohodnotné potraviny, dokázal je sám zařadit do jídelníčku. Mezi základní zásady edukace patří optimalizace body mass indexu, navýšení příjmu rostlinných olejů, ovoce, zeleniny, ořechů, přitom poměr ovoce a zeleniny by měl být 1:2, včetně tepelné úpravy, dále vyšší příjem luštěnin, celozrnných potravin, rybích výrobků. Naopak by se měl snížit příjem živočišných tuků, vajec na 4 do týdne, maximální příjem tekutin by měly být 2 litry a alkoholu pro ženy 2 dcl vína, půl

litru piva a 0,5 dcl tvrdého alkoholu, pro muže 3 dcl vína, 0,8 litru piva a 0,7 dcl tvrdého alkoholu. (Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019)

Při edukaci pacienta o zmírnění stresové zátěže se uplatňují především krátké intervence, které by měli odbourat stres do 5 minut. Do těchto intervencí spadá úsměv, fyzická aktivita; je doporučeno denně ujít alespoň deset tisíc kroků. Dále řízená kontrola dechu, která má relaxační účinky, úprava jídelníčku může mít příznivé účinky na aktuální náladu a stres, například potraviny s obsahem vitamínu B. Při zvládnutí stresové zátěže je také vhodné se soustředit pouze na jednu věc, nikoli myslet na několik věcí najednou, zároveň by se měl pacient koncentrovat především na elementy, které může ovlivnit on sám. Další důležitou složkou při zvládání stresu je rovnováha, vyrovnané pracovní vztahy, rodinné vztahy, vymezený čas pro svoje osobní potřeby a relaxace, v rámci terapie stresu je vhodné věnovat se činnostem, které má pacient rád a baví ho. V neposlední řadě je nezbytná podpora rodiny, socializace ve společnosti, kontakt s přáteli a osobami, kterým pacient věří a dokáže se s nimi dostatečně uvolnit a nemyslet na situace, které ho přivedou do stresového stavu. (Tóthová, Chloubová, Prokešová a kol., 2019)

2 Výzkumná část

Ve výzkumné části je uveden cíl spolu s výzkumnými otázkami. Dále obsahuje metodiku výzkumu, charakteristiku vzorku respondentů, charakteristiku výzkumného prostředí, průběh výzkumu, zpracování získaných dat a výsledky dotazníkového šetření.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl:

Zjištění informovanosti pacientů o ICHS a o dodržování režimových opatřeních po edukaci všeobecnou sestrou.

Výzkumné otázky:

Výzkumná otázka číslo 1: Jak jsou pacienti informováni o ischemické chorobě srdeční?

Výzkumná otázka číslo 2: Jak pacienti dodržují režimová opatření?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvantitativní formou, prostřednictvím dotazníkového šetření. Samotný dotazník je vlastní konstrukce, nejedná se o standardizovaný dotazník. Před zahájením dotazníkového šetření bylo požádáno vedení Nemocnice Jihlava o možnost provedení výzkumu na daných odděleních. Po následném schválení byly dotazníky distribuovány. Cílovou skupinou respondentů byli pacienti již trpící ischemickou chorobou srdeční. Jednalo se o pacienty hospitalizované na kardiologickém oddělení v nemocnici Jihlava a o ambulantní pacienty, docházející do kardiologické ambulance pro pravidelné kontroly.

V úvodu každého dotazníku je zdůrazněna anonymita, skutečnost, že získaná data budou použity pouze pro účel zpracování bakalářské práce a na závěr je kladen důraz na vyplnění co možná nejpravdivějších odpovědí, aby výsledky výzkumného šetření odpovídaly realitě.

Celkem dotazník obsahoval 16 uzavřených otázek. Otázky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15 měly možnost pouze jedné odpovědi, otázky 13 a 16 dávaly na výběr více možných odpovědí. První 3 otázky jsou obecného charakteru, dotazující se pohlaví, věku a vzdělání.

Dotazníkové otázky 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se vztahují k první výzkumné otázce: „Jak jsou pacienti informováni o ischemické chorobě srdeční.“.

Dotazníkové otázky 11, 12, 13, 14, 15, 16 se vztahují k druhé výzkumné otázce: „Jak pacienti dodržují režimová opatření.“.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenty kvantitativního dotazníkového šetření bakalářské práce byli pacienti trpící ischemickou chorobou srdeční. Samotný dotazník byl vytvořen elektronicky prostřednictvím aplikace z balíčku programu Microsoft Office 2016, Word, vytisknut a distribuován ve fyzické formě. Výzkumné prostředí dotazníkového šetření bylo Nemocnice Jihlava, konkrétně byly dotazníky distribuovány na kardiologickém oddělení A i B a v odborné kardiologické ambulanci.

Výzkumu se celkem účastnilo 116 respondentů. Po důkladné kontrole bylo zjištěno, že validně vyplněných dotazníků bylo pouze 110. Zbýlých 6 dotazníků se vrátilo vyplněných pouze částečně a z toho důvodu byly vyřazeny.

2.4 Průběh výzkumu

Kvantitativní výzkum bakalářské práce prostřednictvím dotazníkového šetření probíhal od ledna roku 2024 až do března roku 2024. Dotazníky byly vytvořené v aplikaci Microsoft Word 2016, následně vytištěné a distribuované vybraným cílovým skupinám, tedy pacientům s ischemickou chorobou srdeční. Celkem dotazník obsahoval 16 uzavřených otázek, z toho 2 otázky měly na výběr více odpovědí, u zbýlých 14 otázek bylo možno zaškrtnout pouze jednu vyhovující odpověď. Výzkum probíhal na odděleních Kardiologie A, Kardiologie B a dále na odborné kardiologické ambulanci v Nemocnici Jihlava.

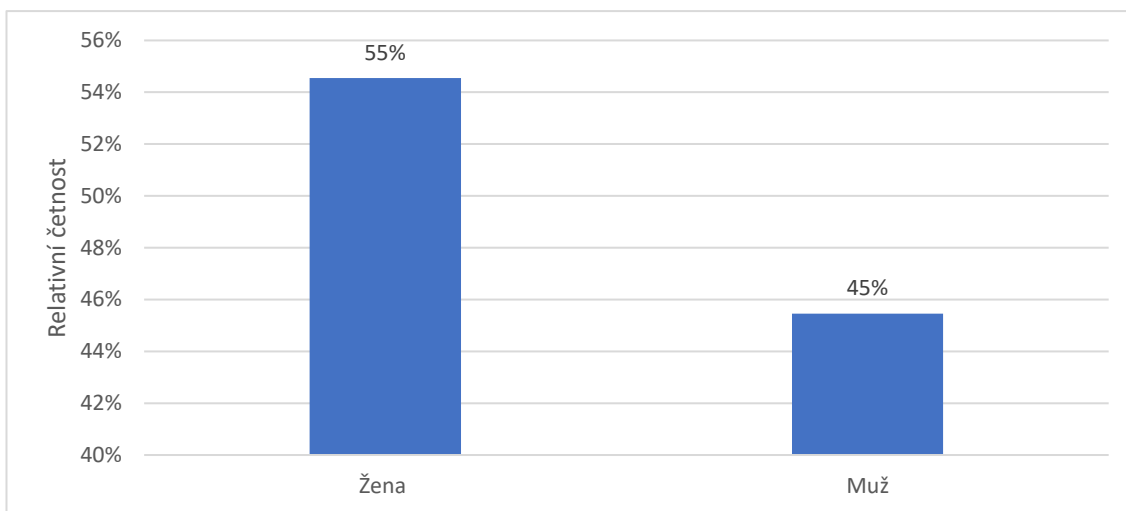
Z celkového počtu rozdaných dotazníků 130 se vrátilo vyplněných dotazníků 116. Úplně nevyplněných dotazníků bylo 14 a částečně vyplněných se vrátilo 6 dotazníků, které ovšem byly vyřazeny. Z toho vyplývá, že pro zpracování výzkumné části bylo použito 110 vzorků.

2.5 Zpracování získaných dat

Bakalářská práce je zpracována prostřednictvím aplikace z balíčku programu Microsoft Office 2016, Word. Zpracování dat z dotazníkového šetření probíhalo v aplikaci z balíčku programu Microsoft Office 2016, Excel. V tomto programu byly na základě sesbíraných dat vytvořeny grafy, které mají zprostředkovat lepší přehlednost a orientovanost.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

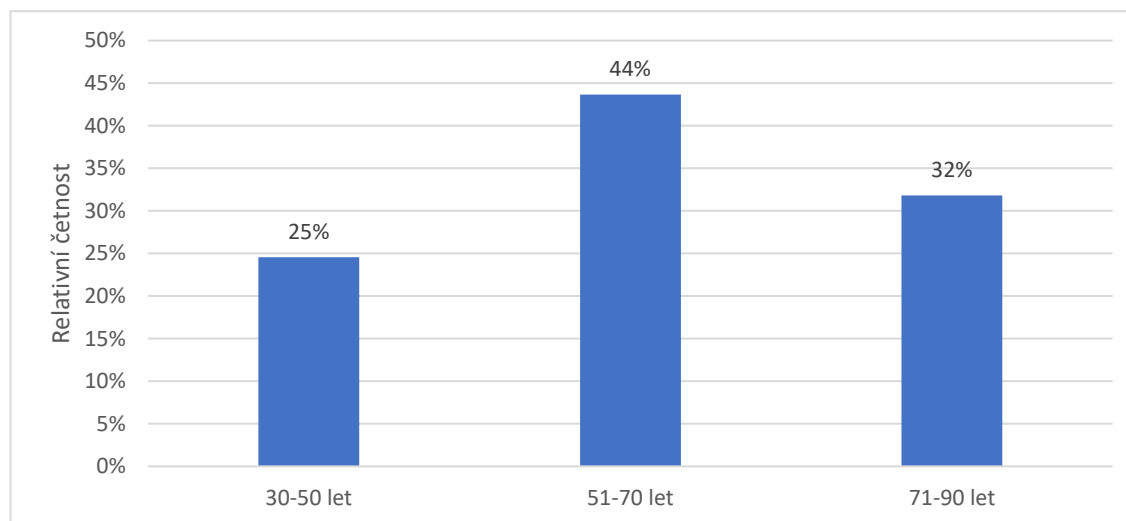
Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?



Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf číslo 1 zobrazuje četnost pohlaví dotazovaných respondentů. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 110 respondentů, tvořilo 55 % ženské pohlaví, tedy 60 žen a 45 % respondentů bylo mužského pohlaví, což představuje 50 respondentů.

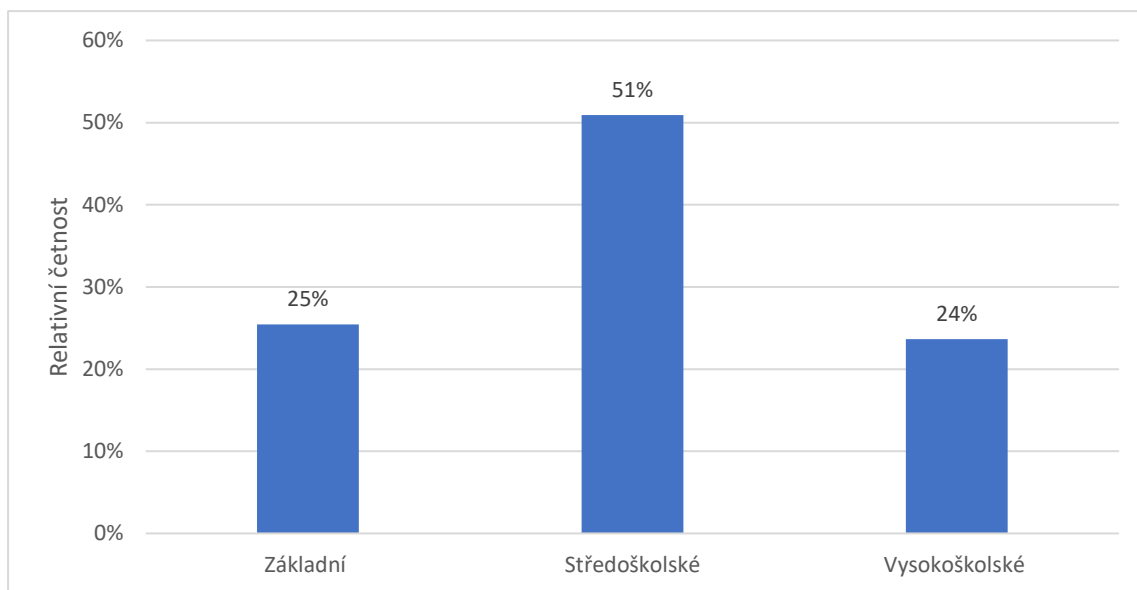
Otázka č. 2: Kolik je vám let?



Graf č. 2: Věkové hranice respondentů

Graf číslo 2 znázorňuje věkové hranice pacientů, kteří trpí ischemickou chorobou srdeční. Z grafu je patrné, že nejčetnější věkovou skupinou, která trpí ischemickou chorobou srdeční je věková skupina v rozmezí od 51 let do 70 let. Ze 110 respondentů jich 48 spadá do této skupiny, z celkového počtu to činí 44 %. Nejméně četnou věkovou skupinou pacientů byli respondenti ve věku od 30 do 50 let. Jedná se celkem o 27 respondentů, z celkového počtu zabírají 25 %. Nejstarší věkovou skupinu respondentů s ICHS představovalo 35 pacientů ve věku od 71 let do 90 let. V přepočtu na procenta to činí 32 % z celkově dotazovaných.

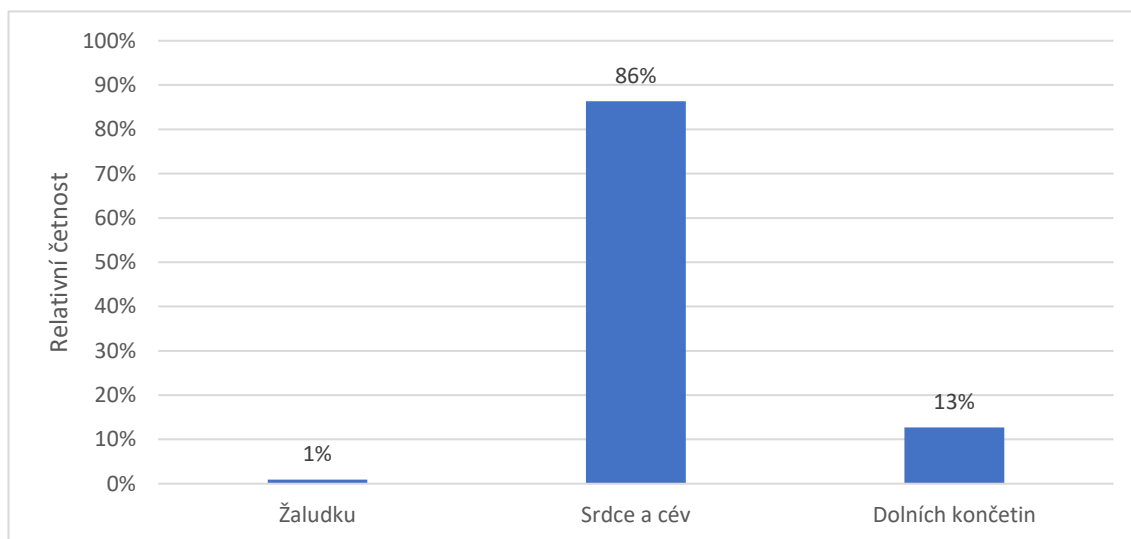
Otázka č. 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf číslo 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dotazníkového šetření. Je patrné, že nejvíce respondentů mělo vzdělání středoškolské, konkrétně to je 51 %, z celkového počtu to bylo 56 respondentů. Nejméně četným vzděláním pacientů bylo vysokoškolské, tohoto vzdělání dosáhlo 24 %, z celkového počtu respondentů se jedná o 26 pacientů. Základní vzdělání získala z dotazovaných jedna čtvrtina tedy 25 %, to představuje 28 pacientů.

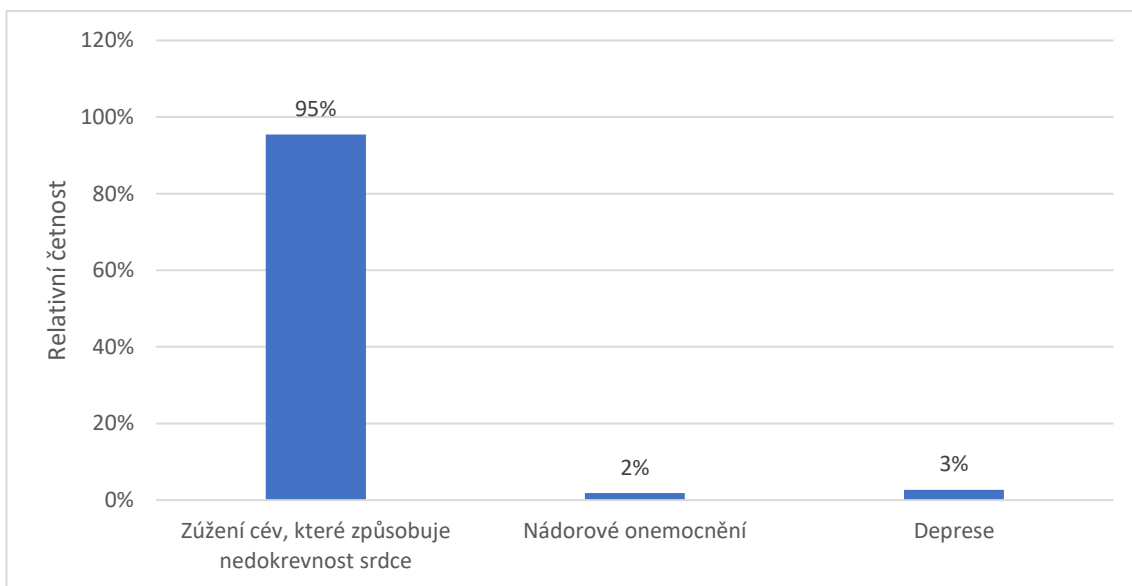
Otázka č. 4: Čeho se týká ischemická choroba srdeční?



Graf č. 4: Oblast postižení ICHS

Graf číslo 4 představuje informovanost pacientů o tom, co postihuje ischemická choroba srdeční. Z výsledků vyplývá, že 86 %, tedy 95 respondentů správně odpovědělo srdce a cév. Dalších 13 %, tedy 14 respondentů se domnívá, že ischemická choroba srdeční postihuje dolní končetiny a dokonce 1 %, tedy jeden respondent je přesvědčen o tom, že kterou postihuje ischemická choroba srdeční je žaludek.

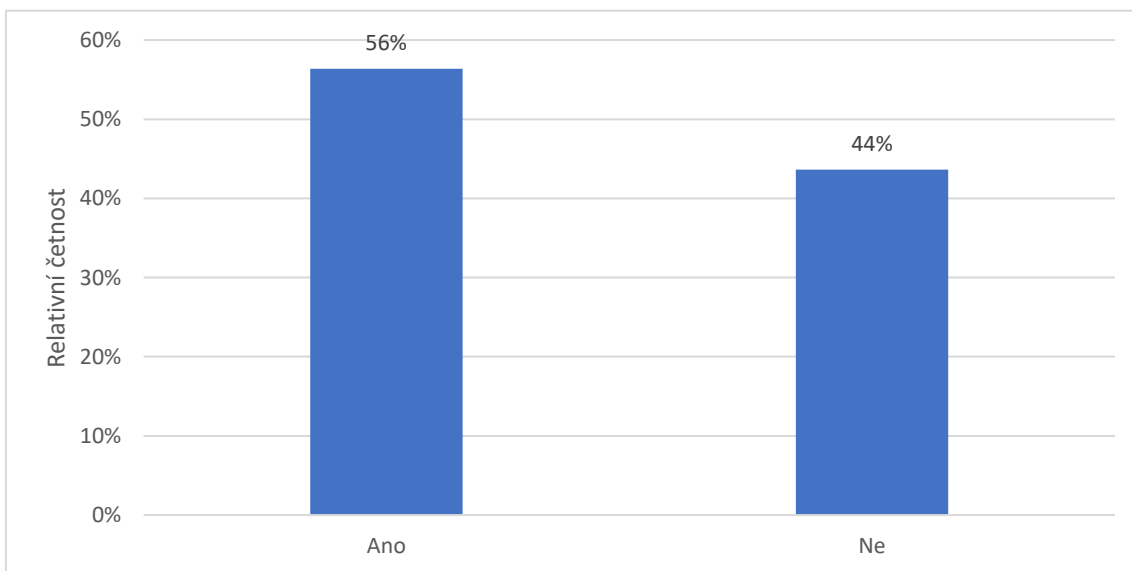
Otázka č. 5: Co je ischemická choroba srdeční?



Graf č. 5: Vysvětlení ICHS

Graf číslo 5 je zaměřený na to, co je ischemická choroba srdeční. Z celkového počtu respondentů uvedlo 95 %, tedy 105 pacientů, že ischemická choroba srdeční je zúžení cév, které způsobuje nedokrevnost srdce. Další 3 %, tedy 3 respondenti jsou toho názoru, že je tato choroba deprese. Zbývá 2 %, tedy 2 dotazovaní se domnívají, že ischemická choroba srdeční je nádorovým onemocněním.

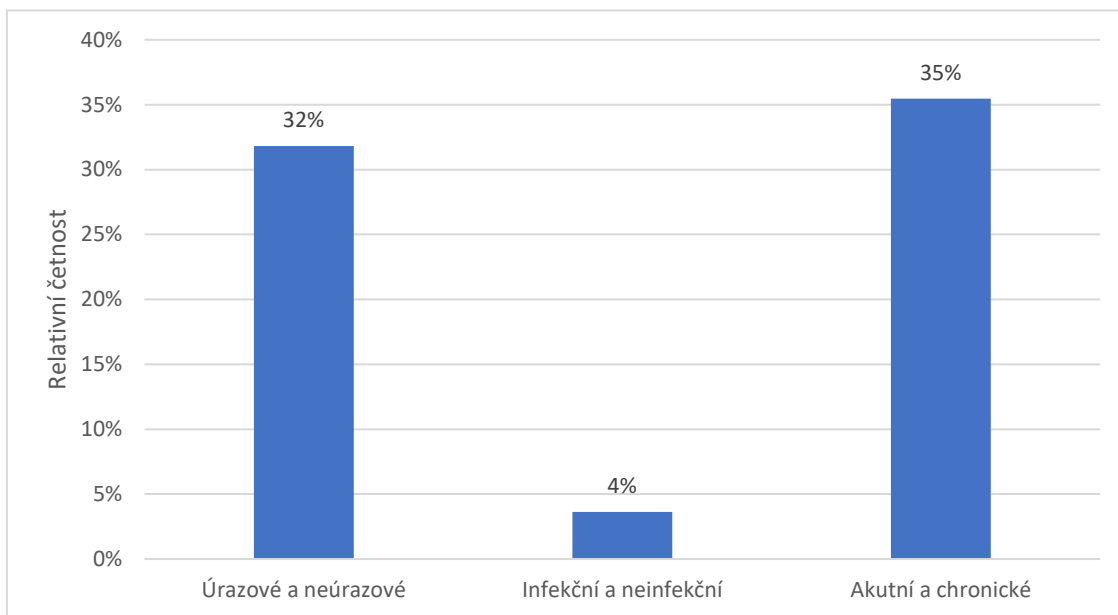
Otázka č. 6: Trpí tímto onemocněním někdo z vaší rodiny?



Graf č. 6: Postižení v rodině

Graf číslo 6 zjišťuje, zda ischemickou chorobu srdeční trpěl někdo z rodiny respondenta. Z celkového počtu dotazovaných se ukázalo, že u 56 %, tedy u 62 respondentů se vyskytuje toto onemocnění v rodině. U zbylých 44 %, tedy u 48 respondentů se toto onemocnění v rodině nevyskytuje vůbec.

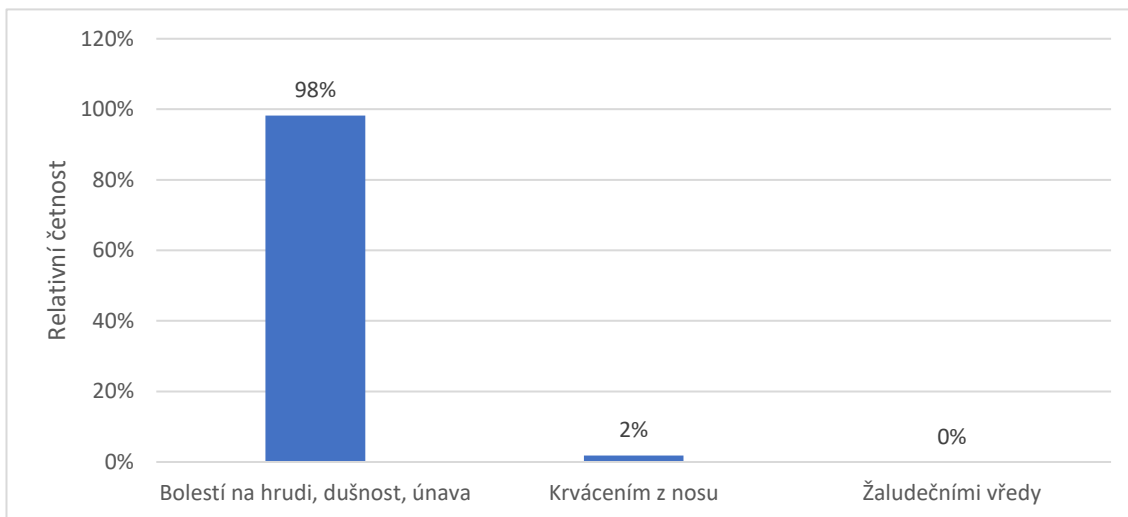
Otázka č. 7: Víte, jaké jsou formy ICHS?



Graf č. 7: Formy ICHS

Graf číslo 7 zobrazuje informovanost dotazovaných o formách ischemické choroby srdeční. Z grafu vyplývá, že 35 %, tedy 39 respondentů je toho názoru, že ischemická choroba srdeční má formy akutní a chronické. Dalších 32 %, tedy 35 dotazovaných je toho názoru, že formy tohoto onemocnění jsou úrazové a neúrazové. Zbývá 4 %, tedy 4 respondenti zaškrtnuli, že ischemická choroba srdeční se vyskytuje ve formách infekčních a neinfekčních.

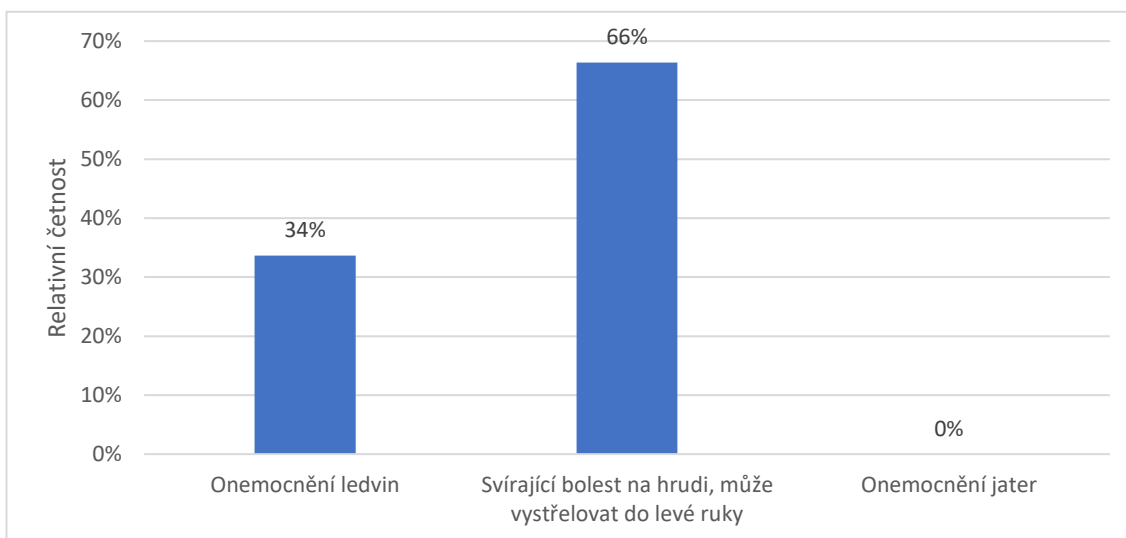
Otázka č. 8: Jak se projevuje ICHS?



Graf č. 8: Projevy ICHS

Graf číslo 8 popisuje informovanost respondentů o projevech ischemické choroby srdeční. Z grafu vyplývá, že 98 %, tedy 108 respondentů je správně informovaných o tom, že ischemická choroba srdeční se projevuje bolestí na hrudi, dušností a únavou. Zbývá 2 %, tedy 2 respondenti se domnívají, že ischemická choroba srdeční se projevuje pouze krvácením z nosu.

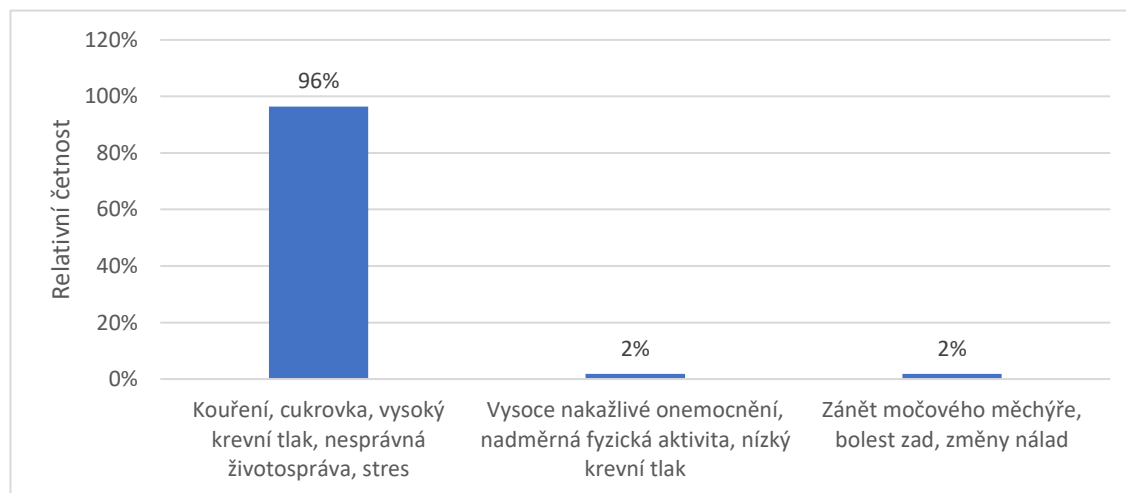
Otázka č. 9: Co je akutní infarkt myokardu?



Graf č. 9: Akutní infarkt myokardu

Graf číslo 9 zobrazuje informovanost pacientů o termínu akutní infarkt myokardu. Z grafu je patrné, že 66 %, tedy 73 respondentů by popsalo akutní infarkt myokardu jako svírající bolest na hrudi, které může vystřelovat do levé ruky. Dalších 34 %, tedy 37 respondentů jsou toho názoru, že akutní infarkt myokardu postihuje ledviny. Nikdo z respondentů si naopak nemyslí, že by se mohlo jednat o onemocnění jater.

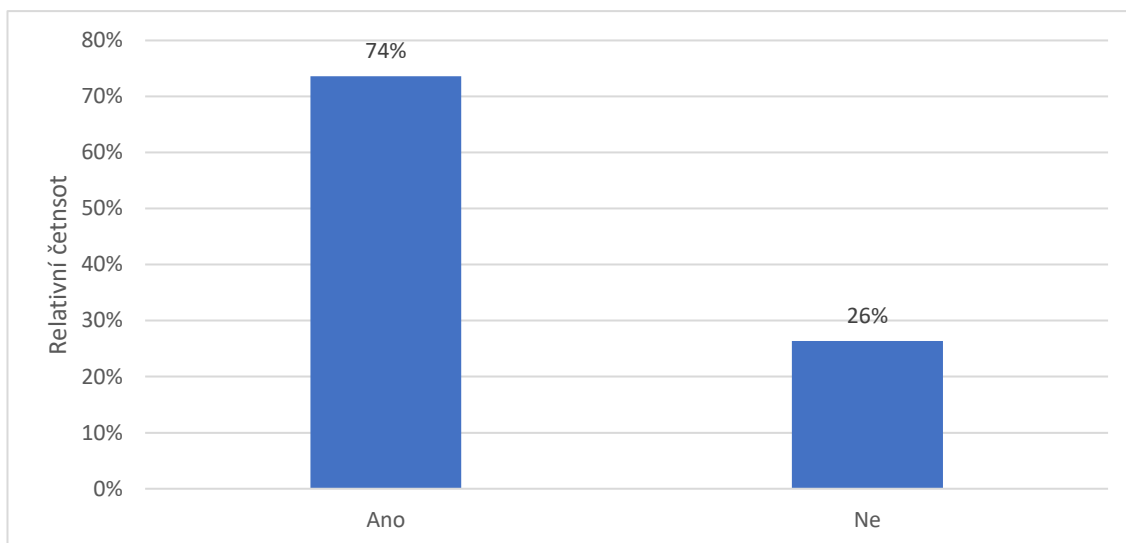
Otázka č. 10: Jaké jsou rizikové faktory ICHS?



Graf č. 10: Rizikové faktory

Graf číslo 10 zobrazuje informovanost respondentů o rizikových faktorech ischemické choroby srdeční. Z grafu vyplývá, že 96 %, tedy 106 respondentů si jsou vědomí, že rizikovými faktory ischemické choroby srdeční jsou kouření, cukrovka, vysoký krevní tlak, nesprávná životospráva a stres. Dále si 2 %, tedy 2 respondenti myslí, že rizikovými faktory jsou vysoce nakažlivá onemocnění, nadměrná fyzická aktivita a nízký krevní tlak. Zbýlá 2 %, tedy 2 dotazovaní jsou toho názoru, že rizikovými faktory ICHS jsou zánět močového měchýře, bolesti zad a změny nálad.

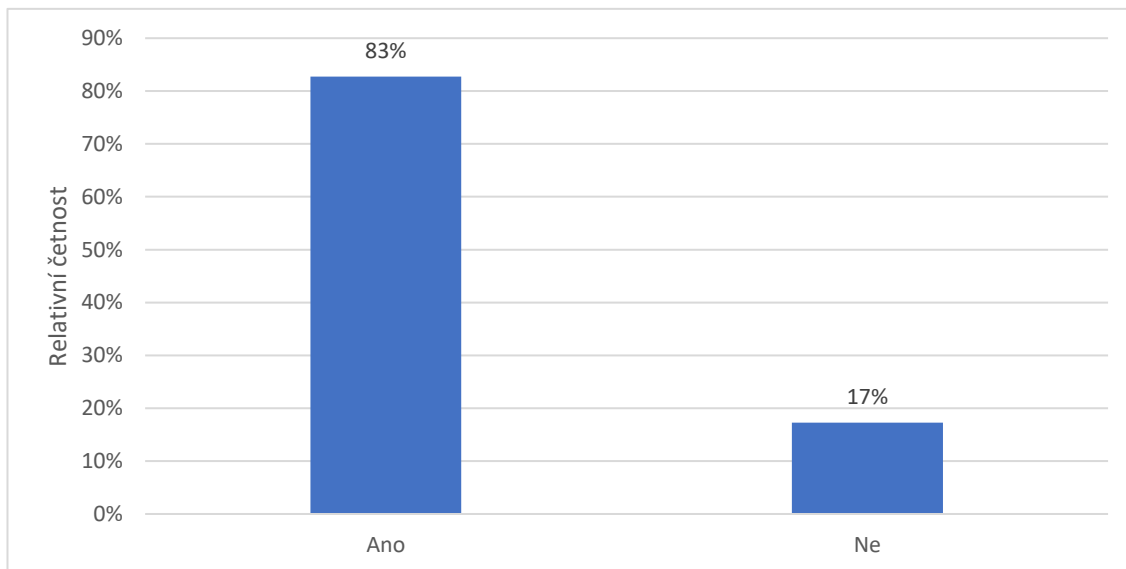
Otázka č. 11: Odstraňujete nebo odstranili jste rizikové faktory ze svého života?



Graf č. 11: Odstranění rizikových faktorů

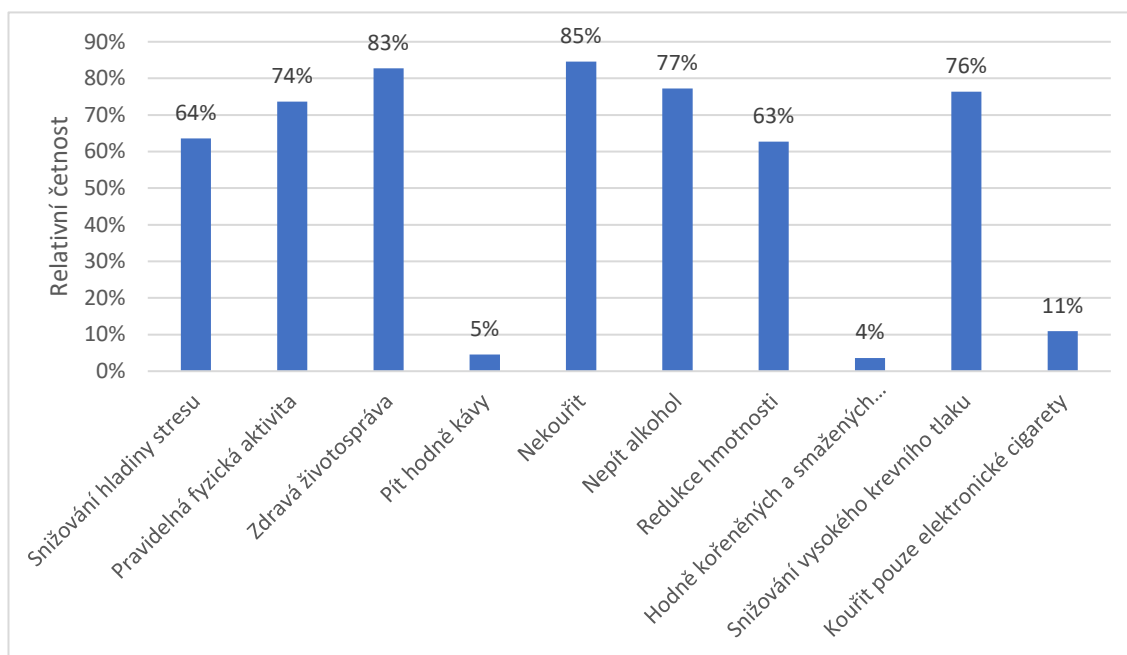
Graf číslo 11 zobrazuje, zda pacienti trpící ischemickou chorobou srdeční odstranili nebo odstraňují rizikové faktory ze svého života. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu odstraňuje nebo odstranilo rizikové faktory ze svého života 74 %, tedy 81 respondentů. Zbýlých 26 %, tedy 29 dotazovaných rizikové faktory neodstranili ani neodstraňují ze svého života tyto faktory.

Otázka č. 12: Znáte režimová opatření ICHS?



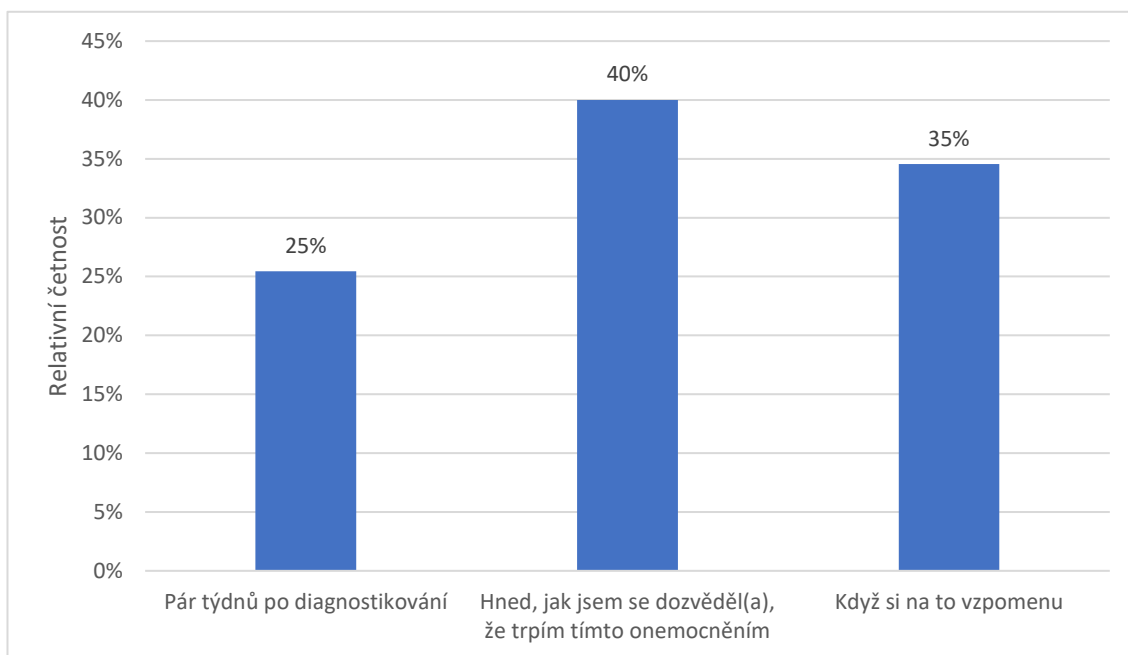
Graf č. 12: Znalost režimových opatření

Graf číslo 12 popisuje znalost režimových opatření u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Z grafu vyplývá, že 83 %, tedy 91 dotazovaných, zná režimová opatření ischemické choroby srdeční. Zbýlých 17 %, tedy 19 respondentů se zastává názoru, že neznají režimová opatření svého onemocnění.

Otázka č. 13: Jaká jsou režimová opatření ICHS? (více možných odpovědí)**Graf č. 13: Režimová opatření**

Graf číslo 13 je zaměřený na informovanost dotazovaných o typech režimových opatřeních ischemické choroby srdeční. Z grafu plyne, že 64 %, tedy 70 respondentů si myslí, že do opatřeních spadá snižování hladiny stresu. Dále 74 %, tedy 81 respondentů by do režimových opatření zařadili pravidelnou fyzickou aktivitu. Zdravou životosprávu by začlenilo 83 %, tedy 91 respondentů jako režimové opatření. Celých 5 %, tedy 5 pacientů je toho názoru, že režimovým opatřením by mohla být nadměrná konzumace kávy. Nekouření zařadilo do režimových opatření 85 %, tedy 93 respondentů. Vyloučení alkoholu ze životního stylu označilo 77 %, tedy 85 dotazovaných. Redukce hmotnosti považuje za režimové opatření 63 %, tedy 69 dotazovaných. Dle 4 % respondentů, tedy 4 dotazovaných, je konzumace velmi kořeněných a smažených jídel režimové opatření. Dalších 76 %, tedy 84 dotazovaných uvedlo, za režimové opatření snižování vysokého krevního tlaku. A dokonce 11 %, tedy 12 respondentů je toho názoru, že režimovým opatřením je kouření pouze elektronických cigaret.

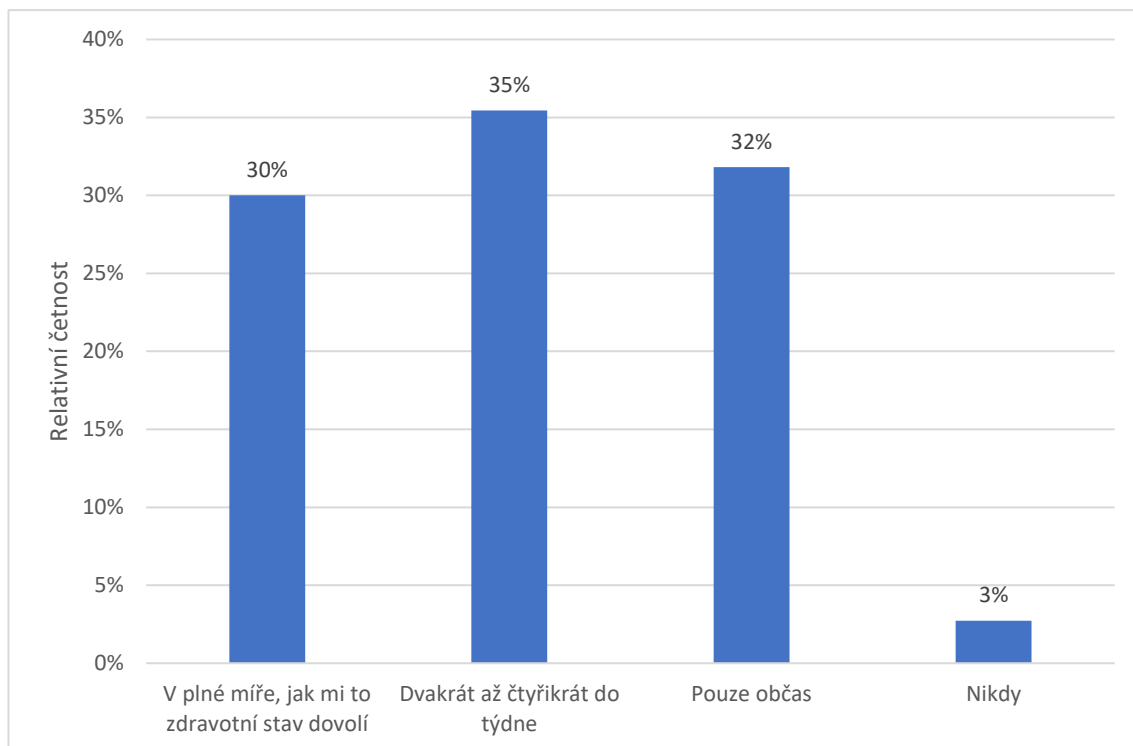
Otázka č. 14: Kdy jste začali začleňovat režimová opatření do životního stylu?



Graf č. 14: Začleňování režimových opatření

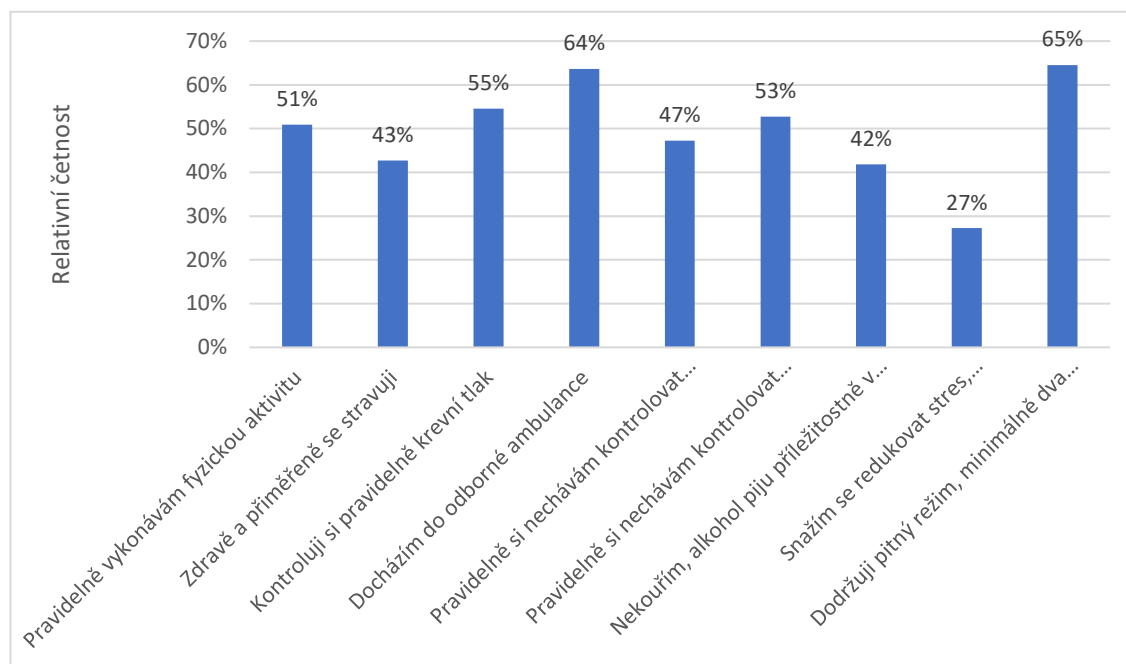
Graf číslo 14 zobrazuje počátek začleňování režimových opatření z časového hlediska. Z celkového počtu dotazovaných 40 %, tedy 44 respondentů uvedlo, že režimová opatření začali začleňovat hned, jak se dozvěděli, že trpí ischemickou chorobou srdeční. Dále 25 %, tedy 28 dotazovaných sdělilo, že režimová opatření začali začleňovat do svého života až po pár týdnech, kdy se dověděli svou diagnózu. Zbýlých 35 %, tedy 38 pacientů přiznalo, že režimová opatření nezačlenili ihned, ale náhodně, a to pouze v případech, kdy si na to sami vzpomenu, nikoli souvisle.

Otázka č. 15: Jak často dodržujete režimová opatření?



Graf č. 15: Četnost dodržování

Graf číslo 15 znázorňuje četnost dodržování režimových opatření. Z grafu je patrné, že v plné míře, dle zdravotního stavu dodržuje režimová opatření 30 %, tedy 33 respondentů. Nejvíce respondentů dodržuje režimová opatření dvakrát až čtyřikrát do týdne. Z celkového počtu se jedná o 35 %, tedy o 39 dotazovaných. Dále sdělilo 32 %, tedy 35 pacientů, že režimová opatření dodržují pouze občas. Zbýlé 3 %, tedy 3 respondenti uvedli, že režimová opatření nedodržují nikdy.

Otázka č. 16: Jak dodržujete režimová opatření? (více možných odpovědí)**Graf č. 16: Typ dodržovaných režimových opatření**

Graf číslo 16 znázorňuje typ a četnost dodržovaných režimových opatření u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Z grafu vyplývá, že nejvíce dodržovaným režimovým opatřením je dodržení pitného režimu, a to minimálně dva litry nesycených nápojů za den. Z celkového počtu toho opatření dodržuje 65 %, tedy 71 respondentů. Těsně za dodržováním pitného režimu je dle 64 %, tedy dle 70 respondentů opatření pravidelného docházení do odborné ambulance. Dále 55 %, tedy 60 dotazovaných zaškrtnulo, že si pravidelně kontrolují svůj krevní tlak. Pravidelně si nechává kontrolovat hladinu cholesterolu v krvi 53 %, tedy 58 pacientů. Fyzickou aktivitu pravidelně vykonává 51 %, tedy 56 dotazovaných. Dále uvedlo 47 %, tedy 52 respondentů, že si nechávají pravidelně kontrolovat hladinu cukru v krvi. Zdravou a přiměřenou stavu konzumuje z celkového počtu 43 %, tedy 56 pacientů. Vyloučit kouření a alkohol, popřípadě jeho konzumaci v malých dávkách se dle dotazníku povedlo 42 %, tedy 46 respondentů. Nejméně dodržovaným opatřením je snaha o redukci stresových situací ze životního stylu, popřípadě snižování stresu na minimum. Z grafu vyplývá, že toho opatření začlenilo pouhých 27 %, tedy 30 respondentů do svého životního stylu.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjištění informovanosti pacientů o ischemické chorobě srdeční a o dodržování režimových opatřeních po edukaci všeobecnou sestrou. Pro usnadnění dosažení cíle byly zvoleny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla formulována: „Jak jsou pacienti informováni o ischemické chorobě srdeční?“. Druhá výzkumná otázka je formulována: „Jak pacienti dodržují režimová opatření?“. Výzkum probíhal na kardiologických odděleních A, B a na odborné kardiologické ambulanci v nemocnici Jihlava. Cílovou skupinou respondentů byli pacienti již trpící ischemickou chorobou srdeční. Dotazník obsahoval 16 uzavřených otázek. Na 14 otázek bylo možné odpovědět jednou odpovědí. U dvou otázek byla možnost více možných odpovědí. Pro zpracování výzkumné části byly použity dotazníky od 110 respondentů. První tři otázky se vztahovaly pouze k obecným demografickým údajům, nikoli k výzkumným otázkám. První otázka dotazníkového šetření byla zaměřena na pohlaví respondentů trpících ischemickou chorobou srdeční. V mém výzkumu jsou ischemickou chorobou srdeční postiženy více ženy. Rozdíl od mužů ovšem není tolik výrazný. Z celkového počtu žen je postiženo 55 %, v přepočtu 60 respondentek a mužů je postiženo 45 %, tedy 50 respondentů. Otázka číslo dva zjišťovala věkovou hranici pacientů. V mém výzkumu je nejvíce zastoupena věková skupina pacientů v rozmezí od 51 let do 70 let. Jedná se o 44 %, tedy 48 respondentů. Nejméně četnou skupinu představují zároveň nejmladší pacienti v rozmezí od 30 do 50 let. Z celkového počtu představují 25 %, které odpovídají 27 respondentům. Nejstarší věkovou skupinu reprezentovalo 32 %, tedy 35 respondentů. Jednalo se o pacienty ve věku od 71 let do 90 let. Otázka číslo tři se zaměřovala na nejvyšší dosažené vzdělání. Z dotazníku vyplynulo, že nejvíce respondentů dosáhlo maximálního vzdělání středoškolského. Z celkového počtu se jedná o 51 %, tedy 56 respondentů.

Vybrané výsledky výzkumné části byly porovnány s prací Lenky Liedermanové (2014) s názvem Ischemická choroba srdeční, Vlasty Lukešové (2015) s názvem Znalosti pacientů s ischemickou chorobou srdeční o důležitosti výživy a životního stylu, Anety Janálové (2022) s názvem Akutní infarkt myokardu a míra informovanosti laické veřejnosti a s prací Kristýny Drašnarové (2020) s názvem Informovanost pacientů po akutním infarktu myokardu. V rámci zahraničních studií byla výzkumná část porovnávána s odborným článkem autorů Bayan Omar Sharif, Aras Hamad Rasul, Osman Ibrahim Mahmud, Farman Nuri Abdulla (2020) s názvem Patient's Information Toward Some Modifiable Risk Factors of Ischemic Heart Disease.

První výzkumná otázka: Jak jsou pacienti informováni o ischemické chorobě srdeční?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky číslo 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Otázky jsou zaměřeny především na obecné znalosti respondentů svého onemocnění, forem, oblastí postižení, genetické problematiky.

Otázka číslo 4 se zaměřovala na informovanost respondentů o oblasti, kterou postihuje ischemická choroba srdeční. Šetření prokázalo, že celých 86 %, tedy 95 respondentů si jsou vědomí, že ischemická choroba srdeční postihuje srdce a cévy. Poměrně velké procento dotazovaných bylo přesvědčeno o tom, že se jedná o poruchu spojenou s dolními končetinami. Jedná se o celých 13 %, tedy 14 respondentů. Zbývajících 1 %, tedy 1 respondent naprosto mylně zaškrtnul, že ischemická choroba srdeční postihuje žaludek.

Podobnou otázkou se ve své práci zabírala Liedermanová (2014), která zjišťovala informovanost respondentů o pojmu ischemická choroba srdeční. Z jejích výsledků vyplývá, že celých 71 % respondentů tento pojem znají. Zbýlých 29 % respondentů zaškrtlo, že s daným pojmem nejsou vůbec seznámeni. Dle vlastních výsledků lze říci, že informovanost pacientů o ischemické chorobě srdeční postupem času stoupá.

Otázka číslo 5 zjišťovala konkrétně, co je ischemická choroba srdeční. Dle analýzy je 95 %, tedy 105 respondentů správně informováno o tom, že se jedná o zúžení cév, které způsobuje nedokrevnost srdce. Dále si 3 %, tedy 3 dotazovaní nesprávně myslí, že se jedná o formu deprese. Zbýlá 2 %, tedy 2 respondenti jsou přesvědčeni, že onemocnění je nádorové.

Velice podobná otázka se vyskytuje v odborném článku zahraniční studie u autorů Sharif, Rasul, Mahmud, Abdulla (2020). Otázka zjišťovala obecnou informovanost pacientů o ischemické chorobě srdeční. Z jejich výzkumu je patrné, že pouze 58 % dotazovaných si je vědomo toho, co je onemocnění ischemická choroba srdeční. Ve porovnání s vlastními výsledky je patrné, že míra informovanosti, co je konkrétně ischemická choroba srdeční výrazně stoupla. Opět se domnívám, že je to převážně časovým odstupem při provedení výzkumu.

Otázka číslo 6 se zabývá genetickým faktorem ischemické choroby srdeční, konkrétně výskytem tohoto onemocnění v rodině pacienta. Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že výskyt ischemické choroby srdeční je u daného vzorku pacientů přítomen z 56 %, tedy u 62 dotazovaných.

Velice podobnou otázku použila ve své práci Liedermanová (2014). Tázala se na výskyt srdečního onemocnění u rodičů nebo u sourozenců pacienta. Z jejího vyhodnocení výsledků se ukázalo, že onemocněním v rodině trpělo pouze 37 % respondentů. Dle výsledků vlastního šetření je patrné, že výskyt tohoto onemocnění v rodině také postupně roste.

Otázka číslo 7 zkoumá informovanost pacientů o tom, v jakých formách se může vyskytovat ischemická choroba srdeční. Z výsledků vyplynulo, že pouhých 35 %, tedy 39 dotazovaných je správně informováno o tom, že ischemická choroba srdeční projevuje ve formách akutních a nebo chronických. Překvapivě vysoké procento respondentů se ovšem chybně domnívá, že formy tohoto onemocnění jsou závislé na tom, zda se vyskytla v souvislosti s úrazem nebo ne. Jedná se o celých 32 %, tedy o 35 dotazovaných. Poměrně zanedbatelné množství respondentů je toho názoru, že ischemická choroba srdeční může mít formy infekční a neinfekční. Jedná se o 4 %, tedy 4 respondenty.

Dle Hoffmannové (2019) má ischemická choroba srdeční formy akutní a chronické. Mezi akutní formy patří nestabilní angina pectoris, akutní infarkt myokardu (AIM) a náhlá smrt, nově se může o kombinaci anginy pectoris a akutního infarktu myokardu hovořit i jako o tzv. akutním koronárním syndromu. Chronickými formami se rozumí stabilní angina pectoris, vazospastická angina pectoris, nemá myokardiální ischemie a syndrom X.

Otázka číslo 8 se zaměřovala na informovanost dotazovaných o možných projevech ischemické choroby srdeční. Výsledky prokázaly, že téměř všichni dotazovaní jsou správně informováni o projevech, 98 %, tedy 108 dotazovaných, se jednoznačně shodlo na tom, že ischemická choroba srdeční se projevuje bolestmi na hrudi, dušností a únavou.

Dle Tótha (2022a) mohou být projevy ischemické choroby srdeční různé v závislosti na formě onemocnění. Obecně však uvádí, že příznaky mohou být pocit nedostatku kyslíku, často

doprovázen tlakem na hrudi nebo za hrudní kostí, bolestí za hrudní kostí, celkovou slabostí nebo únavou.

Otázka číslo 9 zjišťuje informovanost dotazovaných o pojmu akutní infarkt myokardu. Z celkového počtu respondentů se ukázalo, že 66 %, tedy 73 dotazovaných je správně informováno o tom, že akutní infarkt myokardu je svírající bolest na hrudi, která může vystřelovat i do levé horní končetiny. Překvapivě vysoké procento dotazovaných je toho názoru, že akutní infarkt myokardu postihuje ledviny. Nikdo z dotazovaných si nemyslí, že by se mohlo jednat o onemocnění jater.

Podobnou otázku užila ve své práci Janálová (2022), která zjišťovala informovanost pacientů o akutním infarktu myokardu. Z jejího výzkumu vyšlo najevo, že 60 % respondentů udává, že jsou dostatečně informováni o akutním infarktu myokardu. Z jejích výsledků lze podotknout, že informovanost je téměř totožná s výsledky vlastního šetření.

Otázka číslo 10 je zaměřena na informovanost respondentů o rizikových faktorech ischemické choroby srdeční. Z výzkumného šetření vyplývá, že vysoká většina respondentů je správně informována o tom, že rizikové faktory ischemické choroby srdeční jsou kouření, cukrovka, vysoký krevní tlak, nesprávná životospráva a stres. Z celkového počtu se jedná o 96 %, tedy o 106 dotazovaných.

Podobnou otázkou se v odborném článku zahraniční studie zabývali autoři Sharif, Rasul, Mahmud, Abdulla (2020). Otázka zjišťovala úroveň informovanosti pacientů o některých modifikovatelných rizikových faktorech ischemické choroby srdeční. Z této studie vyplývá, že o těchto faktorech jsou informováni více než tři čtvrtiny respondentů, tedy 79 % dotazovaných.

Z analýzy položek číslo 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lze usoudit, že pacienti jsou sice informováni o některých aspektech ischemické choroby srdeční, ale stále je zde prostor pro zlepšení. Téměř všichni jsou znalí onemocnění ischemická choroba srdeční a dokázali by popsat její podstatu. Je třeba lépe informovat pacienty o formách ischemické choroby srdeční, protože je zná pouhá třetina. Dále je třeba se zaměřit na informovanost pacientů o pojmu infarkt myokardu. Skoro všichni pacienti znají projevy ischemické choroby srdeční. Vysoké procento respondentů je správně informováno o rizikových faktorech tohoto onemocnění.

Druhá výzkumná otázka: Jak pacienti dodržují režimová opatření?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky číslo 11, 12, 13, 14, 15, 16. Otázky jsou zaměřeny na důslednost pacientů při dodržování režimových opatření, na rozpoznání rizikových faktorů ICHS a na identifikaci vhodných režimových opatření.

Otázka číslo 11 zkoumá, zdali dotazovaní s ischemickou chorobou srdeční odstraňují ze svého života rizikové faktory. Z výzkumného šetření se ukázalo, že celých 74 %, tedy 81 dotazovaných se snaží rizikové faktory odstranit nebo již se odstranili ze svého života.

Podobnou otázku se zabývala Drašnarová (2020) ve své práci, kde se zajímala o subjektivní hodnocení pacientů, jestli obecně dodržují režimová opatření. Z jejího výzkumu se ukázalo, že celých 97 % se nějakou formou snaží dodržovat režimová opatření, tedy odstranit rizikové faktory ze svého života. V porovnání s vlastním výzkumem je patrné, že procento dotazovaných dodržujících režimová opatření, tedy odstraňujících rizikové faktory, stále klesá. Mohlo by se jednat

o nedostatečnou informovanost dotazovaných o tom, že režimová opatření by mohla výrazně zmírnit průběh onemocnění.

Otázka číslo 12 zjišťuje informovanost dotazovaných o režimových opatřeních ischemické choroby srdeční. Dle výsledků dotazníkového šetření je informováno o režimových opatřeních 83 %, tedy 91 dotazovaných.

Podobnou otázkou se zabývala ve své práci Lukešová (2015). Otázka zjišťovala, zda si jsou dotazovaní vědomi toho, že jejich dosavadní životní styl, by mohl mít vliv na současný stav respondentů. Z jejího šetření vyplynulo, že 53 % dotazovaných vidí souvislost mezi životním stylem a jejich následným onemocněním. Vlastní výzkum prokázal, že pacienti jsou z velké většiny informováni více, než byli ve výzkumu Lukešové (2015).

Otázka číslo 13 se zaměřuje na informovanost dotazovaných o konkrétních režimových opatřeních ischemické choroby srdeční. Z dotazníkového šetření se ukázalo, že 64 %, tedy 70 respondentů si myslí, že do opatření spadá snižování hladiny stresu. Dále 74 %, tedy 81 respondentů by do režimových opatření zařadili pravidelnou fyzickou aktivitu. Zdravou životosprávu by začlenilo 83 %, tedy 91 respondentů jako režimové opatření. Celých 5 %, tedy 5 pacientů je toho názoru, že režimovým opatřením by mohla být nadměrná konzumace kávy. Nekouření zařadilo do režimových opatření 85 %, tedy 93 respondentů. Vyloučení alkoholu ze životního stylu označilo 77 %, tedy 85 dotazovaných. Redukce hmotnosti považuje za režimové opatření 63 %, tedy 69 dotazovaných. Dle 4 % respondentů, tedy 4 dotazovaných, je konzumace velmi kořeněných a smažených jídel režimové opatření. Dalších 76 %, tedy 84 dotazovaných uvedlo, za režimové opatření snižování vysokého krevního tlaku. A dokonce 11 %, tedy 12 respondentů je toho názoru, že režimovým opatřením je kouření pouze elektronických cigaret.

Podobnou otázkou se v odborném článku zahraniční studie zabývali autoři Sharif, Rasul, Mahmud, Abdulla (2020). Otázka nebyla zaměřena na režimová opatření, ale na to, které faktory mají vysoký vliv na riziko vzniku ischemické choroby srdeční. Z jejich výzkumného šetření se ukázalo, že rizikovými faktory dle 87 % respondentů je obezita, dle 86 % respondentů fyzická inaktivita, dle 93 % respondentů velmi stresové situace, dle 78 % vysoký krevní tlak, dle 57 % diabetes mellitus, dle 90 % dyslipidémie, dle 83 % kouření cigaret, dle 92 % nadměrná konzumace potravin s vysokým obsahem tuků, dle 73 % nadměrná konzumace sladkých potravin, dle 77 % nadměrná konzumace potravin s vysokým obsahem soli, dle 39 % konzumace malého množství ryb, dle 72 % konzumace malého množství ovoce a zeleniny.

Otázka číslo 14 zjišťuje, kdy dotazovaní začali začleňovat režimová opatření do jejich životního stylu. Z dotazníkového šetření se ukázalo, že pouhých 40 %, tedy 44 respondentů začali režimová opatření do svého života začleňovat hned poté, co se dozvěděli, že trpí ischemickou chorobou srdeční. Několik týdnů, po diagnostikování tohoto onemocnění, začalo režimová opatření začleňovat 25 %, tedy 28 dotazovaných. Celých 35 %, tedy 38 respondentů přiznalo, že režimová opatření začlení pouze, když si na tom vzpomenou.

Otázka číslo 15 zaměřená na četnost dodržování režimových opatření ischemické choroby srdeční. Z dotazníkového šetření se prokázalo, že v plné míře, jak to pacientům dovolí jejich zdravotní stav, dodržuje režimová opatření pouze 30 % pacientů, tedy 33 dotazovaných. Dvakrát až čtyřikrát do týdne tato opatření dodržuje největší množství respondentů. Jedná se o 35 %,

tedy o 39 dotazovaných. Pouze občas zahrne režimová opatření 32 %, tedy 35 dotazovaných. Celá 3 %, tedy 3 respondenti se přiznali, že režimová opatření nedodržují nikdy.

V otázce číslo 14 zaškrtno, že 40 % respondentů začalo začleňovat opatření hned po tom, co se o své diagnóze dozvěděli, ovšem v otázce číslo 15 přiznalo, že v plné míře tato opatření dodržuje pouze 30 %. Dle mého názoru je možné, že kdyby si pacienti uvědomili, jakých důsledků může mít nedodržování režimových opatření, nebo kdyby byli více seznámeni se všemi dostupnými možnostmi, tak by se procento dodržování a četnost výrazně zvýšila.

Otázka číslo 16 zjišťuje konkrétně dodržovaná režimová opatření u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Z rozboru dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce dodržovaným režimovým opatřením je dodržení pitného režimu, a to minimálně dva litry nesycených nápojů za den. Z celkového počtu toto opatření dodržuje 65 %, tedy 71 respondentů. Dále 64 %, tedy 70 respondentů pravidelně dochází do odborné ambulance. Pravidelně si kontroluje svůj krevní tlak 55 %, tedy 60 dotazovaných. Hladinu cholesterolu v krvi si pravidelně nechává kontrolovat 53 %, tedy 58 pacientů. Fyzickou aktivitu pravidelně vykonává 51 %, tedy 56 dotazovaných. Dále uvedlo 47 %, tedy 52 respondentů, že si nechávají pravidelně kontrolovat hladinu cukru v krvi. Zdravou a přiměřenou stavu konzumuje z celkového počtu 43 %, tedy 56 pacientů. Vyloučit kouření a alkohol, popřípadě jeho konzumaci v malých dávkách se dle dotazníku povedlo 42 %, tedy 46 respondentů. Nejméně dodržovaným opatřením je snaha o redukci stresových situací ze životního stylu, popřípadě snižování stresu na minimum. Toto opatření začlenilo pouhých 27 %, tedy 30 respondentů do svého životního stylu.

Podobnou otázkou se zabývala ve své práci Liedermanová (2014). Ve svém výzkumu došla k následujícím výsledkům. Hodnoty krevního tlaku pravidelně kontroluje 34 % respondentů. Hodnoty cukru v krvi si pravidelně nechává kontrolovat 17 % dotazovaných. Cholesterol v krvi si pravidelně nechává kontrolovat 20 % dotazovaných. Pravidelně cvičí 54 % respondentů. Celých 51 % respondentů uvedlo, že kouří. Zásady zdravé výživy dodržuje pouze 31 % dotazovaných.

Z analýzy položek 11, 12, 13, 14, 15, 16 se ukázalo, že skoro tři čtvrtiny se snaží vyloučit rizikové faktory ze svého života. Velká většina tvrdí, že je informována o režimových opatřeních, ovšem pár procent je přesvědčeno o tom, že do režimových opatření spadá nadměrná konzumace kávy, konzumace velmi kořeněných a smažených jídel, a dokonce vysoké procento je přesvědčeno, že režimovým opatřením je kouření pouze elektronických cigaret. Dále třetina dotazovaných přiznala, že opatření začlení pouze, když si na to vzpomene a pár jedinců je nezačleňuje vůbec. Je třeba také poukázat na fakt, že dvě třetiny respondentů si je vědomo toho, že redukce stresových situací na minimum je také součástí režimových opatření, ovšem pouze něco málo přes jednu pětinu se skutečně snaží o minimalizaci těchto situací.

4 Návrh řešení pro praxi

Ischemická choroba srdeční se stále řadí mezi hlavní příčiny úmrtí po celém světě. Je důležité si uvědomit, že úmrtnost může být ovlivněna různými faktory. Prevence, včasná diagnostika a léčba jsou klíčové pro snížení úmrtnosti spojené s tímto onemocněním.

Z výsledků je jasné patrné, že respondenti jsou o svém onemocnění informováni pouze povrchově a mají jisté mezery, které by mohly být důvodem pro nízkou četnost dodržování režimových opatření ischemické choroby srdeční. Doporučila bych tedy v první řadě pacientům, aby pečlivě vnímali veškeré informace, které jim zdravotnický personál poskytuje. Dále si myslím, že by bylo vhodné vyzvat pacienty, aby v případě jakýchkoli dotazů neváhali a oslovili ať už všeobecnou nebo praktickou sestru, která by měla být schopna poskytnout veškeré informace. Myslím si, že pacient, který je dostatečně informovaný o své nemoci, a především o sekundární prevenci, je mnohem více motivovaný dodržovat režimová opatření.

Dle mého názoru by se zároveň všeobecné sestry měly snažit o důslednou edukaci pacientů. Měly by se zaměřit nejenom na výklad základní diagnózy, ale také na samotné seznámení pacientů s postupným odstraňováním rizikových faktorů a na důležitost dodržování režimových opatření. Měly by si na pacienta vytvořit dostatek času, a hlavně si uvědomit, že motivace pacientů je individuální záležitostí. Proto je důležité komunikovat s každým pacientem individuálně a najít strategie, které jim nejlépe vyhovují. Je třeba se vždy ujistit, že pacient rozumí všemu, o čem byl informován.

Navrhuji vytvoření informačních letáčků, pomocí kterých může být usnadněna edukace o rizikových faktorech a o režimových opatřeních. Na letáčcích by měla být krátce shrnuta podstata onemocnění ischemické choroby srdeční a edukace pacientů včetně sekundární prevence. Mělo by také být zdůrazněno, že režimová opatření spočívají především v úpravě životního stylu. Nejvýraznějšími faktory je snížení hmotnosti, odvykání kouření a fyzická aktivita. Kromě dodržování úpravy životního stylu by mělo být zdůrazněno, že by pacienti s ischemickou chorobou srdeční měli docházet do odborné ambulance a pravidelně si nechávat zkontrolovat krevní tlak, hladinu glykémie a cholesterolu v krvi. Dále je vhodné poukázat na dostatečné dodržování pitného režimu a na redukci stresu. Pacientům s hypertenzí by mělo být poskytnuto poradenství ohledně nutnosti změny životního stylu. To zahrnuje udržování zdravé hmotnosti, zvýšení fyzické aktivity, omezení příjmu sodíku v potravě, omezení konzumace alkoholu a zvýšení příjmu čerstvého ovoce, zeleniny a nízkotučných mléčných výrobků. Všichni pacienti by měli být povzbuzováni k tomu, aby přestali kouřit a vyhýbali se vystavení tabákovému kouři v pracovním a domácím prostředí.

Modifikace rizikových faktorů, zejména u starších pacientů není optimální. Samotný vyšší věk by neměl být důvodem k upuštění od intervencí v oblasti životního stylu u pacientů s pokročilým věkem.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ischemické choroby srdeční. Je zaměřena na dostatečnou informovanost pacientů o svém onemocnění, a především zjišťuje informovanost pacientů po edukaci všeobecnou sestrou o režimových opatřeních. Specifiky péče je především myšlena správná edukace pacientů, která se projeví na informovanosti pacientů o rizikových faktorech a na dodržování režimových opatřeních.

Pro dosažení cíle bakalářské práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka je formulována: „Jak jsou pacienti informováni o ischemické chorobě srdeční?“. Druhá výzkumná otázka je formulována: „Jak pacienti dodržují režimová opatření?“. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 110 respondentů. Jednalo se o pacienty trpící ischemickou chorobou srdeční. Výzkum probíhal prostřednictvím dotazníku, ve kterém byla zajištěna anonymita.

Z analýzy výsledků jsem zjistila, že pacienti s ischemickou chorobou srdeční, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, jsou z větší části ženy. Průměrný věk pacientů s ICHS je 51 až 70 let. Z analýzy první výzkumné otázky plyne, že respondenti jsou sice informováni o některých aspektech svého onemocnění, ale našli se mezi nimi někteří, kteří svému onemocnění úplně nerozumí. Respondenti si sice z velké části byli vědomi toho, co je ICHS a dokázali by popsat její podstatu, ale v tom, jak se projevuje, už moc jasno neměli. Překvapivě velká část ani nedokázala rozeznat její formy. Velmi překvapivá je míra výskytu ICHS v rodinách dotazovaných.

Z analýzy druhé výzkumné otázky vyšlo najevo, že převážná většina respondentů odstranila nebo odstraňuje rizikové faktory ze svého života. Zároveň téměř všichni znají režimová opatření ischemické choroby srdeční. Toto považuji za velmi uspokojivé výsledky. Ovšem při konkrétním dotázání na identifikaci režimových opatření respondenty se ukázalo několik mezer v informovanosti. Nutno podotknout, že nejméně označeným vhodným opatřením bylo snižování hladiny stresu a redukce hmotnosti. Dále se ukázalo, že téměř většina respondentů režimová opatření zařadila do svého životního stylu hned, když se dozvěděli, že trpí ICHS nebo pár týdnů po diagnostikování. Prokázala se vysoká míra nepravidelného dodržování nebo nedodržování těchto opatření. Dále se snaží o dodržování režimových opatření, ale určitě ne v plné míře. Dotazovaní si jsou z velké míry vědomi režimových opatření, ne všichni je dodržují. Zejména by se měli zaměřit na redukci stresu a omezení nebo vyloučení kouření.

Dle mého názoru je tato práce přínosná pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční. Pacienti se tímto způsobem můžou informovat o podrobnostech svého onemocnění. Práce by jim mohla pomoci porozumět důležitosti dodržování režimových opatření, která jsou klíčová pro dosažení optimálního zdravotního stavu a prevenci komplikací. Dále by práce mohla být přínosná pro všeobecné sestry, které by se měly zaměřit na důležitost dodržování režimových opatření. Dále také na informovanost pacientů a na řádnou edukaci. Při edukaci nestačí pouze informovat pacienty, ale také se řádně ujistit, jak daným opatřením rozumí. Vysvětlit jim, proč právě daná opatření, jim můžou výrazně zlepšit kvalitu života.

Cílem práce bylo zjistit informovanost pacientů o ICHS a o dodržování režimových opatřeních po edukaci všeobecnou sestrou. Cíl práce považuji za splněný.

Seznam použité literatury

BLAŠKO, Peter. *Angina pectoris: Co je a jaké má příznaky stabilní či nestabilní forma bolesti na hrudi?* [online]. 2022 [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://medicspark.cz/nemoci/angina-pectoris/>

BLOCH, Michael J a Jan BASILE. *Cardiovascular risks of hypertension* [online]. 2020 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-risks-of-hypertension>

BOMBEROVÁ KÁNSKÁ, Petra. *Angina pectoris – příčiny, příznaky a léčba* [online]. 2022 [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/angina-pectoris-priciny-priznaky-a-lecba/>

BULAVA, Alan. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory. 2., rozšířené a doplněné vydání.* Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0468-0.

DRAŠNAROVÁ, Kristýna. *Informovanost po akutním infarktu myokardu* [online]. 2014 [cit. 2024-03-30]. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/uxnml/Diplomova_prace_-_Drasnarova.pdf

FRANCEK, Lumír. *Kouření a oběhový systém* [online]. 2020 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://kardioholesov.cz/koureni-a-obehovy-system/>

HOFFMANNOVÁ, Petra. *Ischemická choroba srdeční.* Inovace VOV [online]. 2019 [cit. 2023-10-03]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/098/page03.html>

JANÁLOVÁ, Aneta. *Akutní infarkt myokardu a míra informovanosti laické veřejnosti* [online]. 2022 [cit. 2024-03-30]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/51231/jan%c3%a1lov%c3%a1_2022_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

KOVÁRNÍK, Tomáš, Jan HORÁK a Štěpán JERÁBEK. *Stabilní formy ischemické choroby srdeční. Patofyziologie, diagnostika a léčba* [online]. 2015 [cit. 2023-09-26]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/stabilni-formy-ischemicke-choroby-srdecni-patofyziologie-diagnostika-a-lecba/>

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Adherence kuřáků k prevenci ICHS* [online]. 2021 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/03/11.pdf>

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etické principy edukace v ošetrovatelství* [online]. 2016 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.mediprofi.cz/pks/onb/33/eticke-principy-edukace-v-osetrovatelstvi-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EhIEi31KxZtwy6y8qp8zEYo/>

KVAPIL, Milan. *Diabetes mellitus a ICHS* [online]. 2016 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.cukrovka.cz/diabetes-mellitus-a-ichs>

LIEDERMANOVÁ, Lenka. *Ischemická choroba srdeční* [online]. 2014 [cit. 2024-03-30]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/55803/Liedermanov%E1L_Ischemick%E1Choroba_JF_2014.pdf;jsessionid=33729A39D736311E704C30F44CDA3A0C?sequence=3

LUKEŠOVÁ, Vlasta. *Znalosti pacientů s ischemickou chorobou srdeční o důležitosti výživy a životního stylu* [online]. 2015 [cit. 2024-03-30]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/81956/BPTX_2014_1_11110_0_387413_0_158701.pdf?sequence=1&isAllowed=y

NAIR, Muralitharan a Ian PEATE. *Patofyziologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0229-7.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Civilizační onemocnění* [online]. 2024 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3021>

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Index tělesné hmotnosti* [online]. 2023 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/165>

NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.

PIEPOLI, Massimo F., Ugo CORRA a Jeroen HENDRIKS. *Treatment goals for patients with ischaemic heart disease* [online]. 2017 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Treatment-goals/treatment-goals-for-patients-with-ischaemic-heart-disease>

PLESKOT, Miloslav a Jaroslav KAJZR. *Současné trendy v léčbě anginy pectoris* [online]. 2023 [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c57-soucasne-trendy-v-lecbe-anginy-pectoris>

SADÍLKOVÁ, Aneta. *Výživa v prevenci a léčbě kardiovaskulárních onemocnění* [online]. 2021 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/3/vyziva-v-prevenci-a-lecbe-kardiovaskularnich-onemocneni/>

SHARIF, Omar, Bayan, Hamad Aras RASUL, Osman MAHMUD a Farman Nuri ABDULLA. *Patient's Information Toward Some Modifiable Risk Factors of Ischemic Heart Disease* [online]. 2020 [cit. 2024-03-30]. Research Gate. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/347984609_Patient's_Information_Toward_Some_Modifiable_Risk_Factors_of_Ischemic_Heart_Disease

SOVOVÁ, Eliška a kol. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozšířené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4823-8.

SVATOŇOVÁ, Blanka a Světlana LIŠOVÁ. *Charakteristika onemocnění, symptomatologie, vyšetřovací metody a léčba ischemické choroby srdeční* [online]. 2019 [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/099/page14.html>

ŠEDOVIČ, Lenka. *Neovlivnitelné a ovlivnitelné faktory kardiovaskulárních onemocnění* [online]. 2016 [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/10/neovlivnitelne-a-ovlivnitelne-faktory-kardiovaskularnich-onemocneni/>

ŠPÁČ, Jiří. *Hypertenze a ischemická choroba srdeční – dva nebezpeční sourozenci* [online]. 2017 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2017-2/hypertenze-a-ischemicka-choroba-srdecni-dva-nebezpecni-sourozenci-61196>

ŠPINAR, Jindřich a kol. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přepracované a doplněné vydání. Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4356-1.-

ŠTASTNÁ, Anna. *Edukace v ošetrovatelství* [online]. 2019 [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/119/page00.html>

TÓTH, Lukáš. *Nadváha i obezita u dospělých a dětí jako riziko komplikací? + Příčiny ve zkratce* [online]. 2022c [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://medicspark.cz/priznaky/nadvaha/>

TÓTH, Lukáš. *Infarkt myokardu: Proč vzniká, jaké má projevy akutní srdeční infarkt?* [online]. 2022b [cit. 2023-11-23]. Dostupné z: <https://medicspark.cz/nemoci/infarkt-myokardu/>

TÓTH, Lukáš. *Ischemická choroba srdeční: Příčiny a příznaky koronární choroby* [online]. 2022a [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://medicspark.cz/nemoci/ischemicka-choroba-srdecni/>

TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2197-7.

VÍTOVEC, Jiří a kol. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2931-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.

WICHTERLE, Dan. *Prevence náhlé srdeční smrti* [online]. 2015 [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/prevence-nahle-srdecni-smrti/>

Přílohy

Příloha A Souhlas s provedením výzkumu v Nemocnici Jihlava

Příloha B Výzkumný dotazník