

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vliv edukačních plánů na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu

bakalářská práce

Autor práce: Martina Šimová
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3.5.2013

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem edukačních plánů na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu. V teoretické části se zabýváme aterosklerózou, akutním infarktem myokardu, sekundární prevencí infarktu myokardu a edukačním procesem v ošetrovatelství.

Do praktické části této bakalářské práce jsme vstoupili se dvěma vytyčenými cíli. Cíl 1: Zjistit, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu mají stejné vědomosti jako pacienti edukováni pomocí edukačního plánu. Cíl 2: Porovnat, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu dodržují zásady sekundární prevence infarktu myokardu jako pacienti, u kterých se edukační plán využil. Dále jsme si položili čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Ovlivňuje využití edukačních plánů dodržování zásad sekundární prevence po infarktu myokardu? Výzkumná otázka 2: Mají edukační plány vliv na vědomosti a znalosti pacienta? Výzkumná otázka 3: Získali pacienti dostatek informací o režimových opatřeních? Výzkumná otázka 4: Má edukace vliv na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu?

Pro bakalářskou práci jsme zvolili formu kvalitativního výzkumu, technikou polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor je sestaven z uzavřených i otevřených otázek, ve kterých měli respondenti možnost se individuálně vyjádřit. Rozhovor jsme rozdělili do pěti oblastí – kouření, stravování, pohyb, edukace a oblast stresu. Rozhovor byl veden s pacienty s časovým odstupem 2 měsíců od edukace. U každého respondenta probíhal rozhovor individuálně.

Výzkumný soubor se skládal ze dvou skupin pacientů. Výzkumný vzorek první skupiny tvořili pacienti, kteří prodělali infarkt myokardu léčený perkutánní transluminární angioplastikou. Tyto pacienty jsme edukovali v rámci hospitalizace podle edukačního plánu a označili jsme je jako respondenty „E“. Výzkumný soubor druhé skupiny tvořili pacienti, kteří prodělali infarkt myokardu léčený perkutánní transluminární angioplastikou. U těchto pacientů se edukační plán nevyužil. Tuto skupinu jsme označili jako respondenty „N“.

Záměrem práce bylo prokázání vlivu edukace pomocí edukačních plánů na úroveň vědomostí a znalostí pacienta, na dodržení režimových zásad pacientů s ICHS.

Dále jsme prováděli analýzu získaných dat. Základním krokem analýzy dat byl přepis rozhovorů, který umožnil analýzu dat kódováním. Pro účely bakalářské práce jsme přepsali celé rozhovory. Po fázi přepisu rozhovorů následovala fáze otevřeného kódování. Po procesu stanovení seznamu kódů následovala fáze kategorizace. Kódy jsme v této fázi seskupili dle podobnosti či vnitřní souvislosti, z té jsme vytvořili hierarchický systém. Kategorie jsme znázornili přehledovými diagramy. Celkem jsme získali 27 kategorií.

Na VO č.1 jsme získali odpověď č.1.: Využití edukačních plánů ovlivňuje dodržování zásad sekundární prevence po infarktu myokardu. Tuto odpověď jsme získali analýzou získaných výsledků, ze kterých vyplývá následující. Respondenti, kteří byli edukováni dle edukačního plánu

dodržují režimová opatření svědomitěji než respondenti, kteří byli edukováni bez edukačního plánu. Respondenti skupiny E snížili od edukace svou hmotnost, změnili své stravovací návyky a dva respondenti zanechali kouření.

Na VO 2: Mají edukační plány vliv na vědomosti a znalosti pacienta? jsme získali Odpověď č.2 Edukační plány nemají vliv na vědomosti a znalosti pacienta. Z analýzy získaných dat vyplývá, že vědomosti respondentů skupiny E a N jsou na stejné úrovni.

VO 3: Získali pacienti dostatek informací o režimových opatřeních? nám poskytla Odpověď č.3 Pacienti získali dostatek informací o režimových opatřeních. Pouze jeden respondent potřebuje doplnit informace o pohybových aktivitách. Dalších 5 respondentů zastává názor, že nepotřebují doplnit žádné informace.

Na VO 4: Má edukace vliv na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu? jsme získali Odpověď č. 4: Edukace má vliv na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu. Respondenti zásluhou edukace získali informace o vhodných stravovacích návycích, o nutnosti zanechání kouření a o tom, že je vhodné zvýšit pravidelnou pohybovou aktivitu.

Na základě těchto znalostí naši respondenti začali dodržovat některá režimová opatření po IM.

V bakalářské práci byly stanoveny 2 cíle.

C1: Zjistit, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu mají stejné vědomosti jako pacienti edukováni pomocí edukačního plánu.

Analýzou získaných výsledků jsme zjistili, že pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu mají stejně vědomosti jako pacienti edukováni pomocí edukačního plánu.

C2: Porovnat, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu dodržují zásady sekundární prevence infarktu myokardu jako pacienti, u kterých se edukační plán využil.

Porovnáním získaných výsledků jsme zjistili, že edukovaní pacienti podle edukačního plánu dodržují zásady sekundární prevence důsledněji než pacienti, u kterých se edukační plán nevyužil.

Cíle práce byly splněny.

Abstract

This bachelor thesis deals with the effects of educational plans on the compliance with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction. The theoretical background covers atherosclerosis, acute myocardial infarction, the secondary prevention of myocardial infarction and the educational process in nursing.

Prior to elaborating the practical part of the thesis we had established two objectives. Objective 1: To find out whether the patients educated without an educational plan are as knowledgeable as the patients educated through an educational plan. Objective 2: To compare whether the patients educated without an educational plan comply with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction in the same way as the patients with an educational plan. Furthermore, we asked four research questions. Research question 1: Does using educational plans influence the compliance with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction? Research question 2: Do the educational plans influence the awareness and knowledge of the patients? Research question 3: Did the patients get sufficient information about regimen measures? Research question 4: Does education influence the compliance with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction?

A qualitative form of research had been chosen for this thesis, semi-standardized interview in particular. The interview included closed and open questions where the respondents could individually express themselves. It was divided into five areas - smoking, diet, exercise, education and stress. The patients were interviewed two months from the education. Each respondent was interviewed individually.

The research group consisted of two groups of patients. The research sample of the first group concerned patients who had suffered myocardial infarction treated by percutaneous transluminal angioplasty. These patients marked as "E" Respondents were educated under the educational plan during their hospitalization. The research sample of the second group included patients who had suffered myocardial infarction treated by percutaneous transluminal angioplasty. These patients marked as "N" Respondents had no educational plan.

The intention of the thesis was to demonstrate the effects of education via educational plans on the level of the awareness and knowledge of the patients as well as on the compliance with the regimen principles of the IHD patients.

The analysis of the data gained was subsequently carried out. The main stage of the data analysis lay in interview transcripts that enabled the data analysis by means of coding. We made transcripts of the whole interviews for the purpose of the thesis. The transcription stage was followed by an open coding stage. After establishing the list of codes, the categorization stage proceeded. At this stage we grouped the codes in accordance with their similarities and internal

context, creating a hierarchy system. We illustrated the categories through outline diagrams. Overall we obtained 27 categories.

Research question 1: Does using educational plans influence the compliance with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction? resulted in Answer 1: Using educational plans influences the compliance with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction. This outcome was gained by the analysis of the obtained data, which resulted in the following. The respondents who were educated using the educational plan comply with regimen measures more conscientiously than the respondents educated without an educational plan. Following their education, E respondents decreased their weight, changed their diet and two respondents gave up smoking.

Research question 2: Do the educational plans influence the awareness and knowledge of the patients? resulted in Answer 2: Educational plans do not influence the awareness and knowledge of the patients. The analysis of the obtained data indicates that the knowledge of both E respondents and N respondents are at the same level.

Research question 3: Did the patients get sufficient information about regimen measures? resulted in Answer 3: The patients got sufficient information about regimen measures. Only one respondent needed some extra information on exercising. Further 5 respondents felt that they needed no extra information.

Research question 4: Does education influence the compliance with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction? resulted in Answer 4: Education influences the compliance with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction. Owing to the education, respondents gained information about appropriate diet, the need to stop smoking as well as the need to increase exercising activities. Based on this knowledge, our respondents started to comply with some regimen measures following myocardial infarction.

Two objectives had been established in the thesis.

Objective 1: To find out whether the patients educated without an educational plan are as knowledgeable as the patients educated through an educational plan.

Through the analysis of the obtained data we found out that the patients educated without an educational plan are as knowledgeable as the patients educated through an educational plan.

Objective 2: To compare whether the patients educated without an educational plan comply with the principles of the secondary prevention of myocardial infarction in the same way as the patients with an educational plan.

Having compared the results we found out that the patients with an educational plan comply with the principles of the secondary prevention more consistently than the patients educated without an educational plan. The objectives of the thesis were met.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2013

Martina Šimová
(jméno a příjmení)

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za pomoc, rady a cenné připomínky při psaní mé bakalářské práce. Děkuji také všem pacientům, kteří mi věnovali svůj čas a poskytli mi rozhovor. Dále děkuji všem svým blízkým za poskytnutí podpory a zázemí.

Obsah

ÚVOD

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Ateroskleróza	12
1.1.1 Patogeneze aterosklerózy.....	12
1.1.2 Vývojová stadia aterosklerózy.....	12
1.1.3 Rizikové faktory aterosklerózy.....	13
1.2 Akutní infarkt myokardu	15
1.2.1 Etiopogeneze infarktu myokardu	15
1.2.2 Klinický obraz infarktu myokardu	16
1.2.3 Diagnostika infarktu myokardu	17
1.2.4 Terapie infarktu myokardu	18
1.3 Sekundární prevence infarktu myokardu	19
1.3.1 Dietní opatření	19
1.3.2 Kouření	21
1.3.3 Fyzická aktivita	22
1.3.4 Stres	24
1.3.5 Lázeňská péče	25
1.3.6 Sexuální život	26
1.4 Edukační proces v ošetrovatelství	26
1.4.1 Edukační proces	27
1.4.2 Druhy edukace	30
1.4.3 Edukační metody	30
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Výzkumné otázky	32
3 METODIKA	33
3.1 Metodika práce	33
3.2 Specifika analýzy rozhovorů.....	34
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	35

4 VÝSLEDKY	36
4.1 Kategorie výsledků.....	37
5 DISKUSE	51
6 ZÁVĚR	55
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
8 KLÍČOVÁ SLOVA	61
9 PŘÍLOHY	62
9.1 Seznam příloh	

Seznam použitých zkratek

ACD arteria coronaria dextra, pravá koronární tepna

AIM akutní infarkt myokardu

ASTRUP vyšetření krevních plynů

BMI body mass index

CABG Coronary Artery Bypass Grafting, aortokoronární bypass

DM diabetes mellitus

CK kreatin kináza

EKG elektrokardiogram

FW sedimentace Farhaeus a Westergren

HDL high density lipoprotein, lipoproteiny o vysoké hustotě

ICHS ischemická choroba srdeční

IM infarkt myokardu

KVO kardiovaskulární onemocnění

LDL low density lipoprotein, lipoproteiny s nízkou hustotou

NTG nitroglycerin

NTN náhradní terapie nikoniten

PCI, PTCA perkutánní transluminální koronární angioplastika

Rcx ramus circumflexus

RIA ramus interventricularis anterior

RMS ramus marginalis sinister

RZP rychlá zdravotnická pomoc

SKG selektivní koronarografie

STEMI infarkt myokardu s ST elevacemi

$T_{f_{max}}$ maximální tepová frekvence

WHO Světová zdravotnická organizace

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění, zejména ischemická choroba srdeční, představují v České republice jednu z hlavních příčin vysoké úmrtnosti. K terapii těchto onemocnění se využívají velice účinné moderní invazivní léčebné metody. Přes vývoj a pokroky v této oblasti, se preventivní opatření považují za nejlevnější a nejúčinnější cestu ke snižování morbidity a mortality těchto nemocí.

Mezi hlavní rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění patří arteriální hypertenze, dyslipidémie, kouření cigaret, obezita a diabetes mellitus. Tyto rizikové faktory považujeme za ovlivnitelné. Do druhé skupiny neovlivnitelných rizikových faktorů patří dědičná dispozice, věk a pohlaví.

Cílem prevence kardiovaskulárních onemocnění je snížit incidenci a recidivu klinických příhod jako důsledek ischemické choroby srdeční. Sekundární prevence ischemické choroby srdeční spočívá v dodržování režimových opatřeních v oblasti dietních opatření, zanechání kouření tabákových výrobků, snižování tělesné hmotnosti a zvýšení pohybové aktivity.

Ve všech oblastech prevence zastává edukace zásadní roli. Edukace spadá do okruhu činností ošetřovatelského personálu. Každá sestra edukátorka musí mít znalosti o dané problematice na vysoké úrovni. Sestra podává informace pouze v mezích svých pracovních kompetencí. Kvalitu edukace ovlivňují edukační konstrukty, ve zdravotnictví edukační plány. Ty jsou stále více ve zdravotnických zařízeních využívány.

K napsání této práce jsem se rozhodla z několika důvodů. Touto problematikou se zabývám ve svém životě jako zaměstnanec Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. V době, kdy probíhalo výzkumné šetření, se na tomto oddělení k edukaci pacientů nevyužívaly edukační plány. To mne inspirovalo k tomu, zjistit a porovnat, zda edukace dle edukačních plánů ovlivňuje dodržování režimových opatřeních u pacientů po infarktu myokardu s těmi, u kterých se edukační plány nevyužil. V neposlední řadě je toto téma stále aktuální.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 ATEROSKLEROZA

Ateroskleróza predstavuje najčastejšiu neinfekčnú nemoc na svete (Rosolová, 2012). Ateroskleróza je definovaná ako menlivé kombinované patologické zmeny v intímě a medii tepen, pôsobené nahromadením lipidů, sacharidů, krevních buněk, fibrozních tkání a vápníku. Aterosklerotický proces začíná zpravidla v mládí a probíhá po řadu let asymptomaticky, tedy bez klinických projevů (Kolář, 2009).

1.1.1 Patogeneze aterosklerózy

Rozvoj aterosklerózy podmiňují dvě základní příčiny – hyperlipoproteinémie a opakující se mikrotraumatizace cévní stěny (Kolář, 2009). Na počátku aterosklerotického procesu stojí endotelová dysfunkce neboli poškození endotelu a zvýšení jeho propustnosti pro molekuly lipidů (Šafránková, 2006). Na poškození endotelu působí řada vlivů. Například vlivy chemické jako oxid uhelnatý a nikotin při kouření cigaret. Dále vysoká hladina cholesterolu, bakteriální toxiny a viry. V místě poškození výstelky se shromažďují leukocyty, především monocyty a také krevní destičky. Monocyty se po proniknutí pod endotel mění na makrofágy, ve kterých se postupně nahromadí tukové částice. V cévní stěně se hromadí převážně lipoproteiny o nízké hustotě - LDL, které jsou považovány za hlavní nosiče cholesterolu. Lipoproteiny s nízkou denzitou pronikají i do buněk hladkého svalstva medie a mění jejich vlastnosti. Podmiňují bujení hladkého svalstva, pronikání buněk hladkého svalstva do endotelové vrstvy, dále tvorbu kolagenu a produkci růstových působků. Proces aterosklerózy se často přirovnává k obdobému bujení jako u nádorů (Kolář, 2009).

1.1.2 Vývojová stadia aterosklerózy

Z patologicko-anatomického hlediska jsou rozlišovány tři základní formy aterosklerózy - první stadium časné léze, tukové proužky, druhé stadium fibrozní a ateromové pláty a třetí stadium je stadium komplikovaných lézí (Češka, 2005).

Tukové proužky jsou nejčastější formou aterosklerózy. Běžně se vyskytují již v dětském věku. Nacházíme je především v intimě velkých cév. Makroskopicky jsou zbarvené žlutě. Neprominují do lumina arterie a nemohou tedy ovlivnit průtok krve. V tukových proužcích se nachází pěnové buňky a T lymfocyty (CD4, CD8). Pěnové buňky mohou vzniknout z monocytů přeměněných na makrofágy, které jsou chemicky atrahovány do cévní stěny, kde akumulují lipidy a mění se v pěnové buňky. Pěnové buňky mohou vznikat z buněk hladkých svalů, které migrují z medie do intimy, kde posléze dochází k hromadění esterů cholesterolu. Tukové proužky nejsou zcela stabilním a definitivním poškozením cévní stěny. Během života se mohou vyvíjet v další aterosklerotické léze nebo může dojít k jejich regresi (Češka, 2005).

Fibrozní pláty neboli ateromy jsou větší, většinou ostře ohraničená ložiska v cévní stěně. Bývají tužší, někdy až chrupavčité konzistence. Prominují do lumina arterií a představují tak ztlustění cévní stěny, což vede k částečné nebo úplné obstrukci lumina cévy. Tyto pláty obsahují velké množství proliferujících buněk hladkých svalů a makrofágy v různém stupni přeměny v pěnovou buňku. Hlubší vrstvy plátů mohou podléhat nekróze. Nekrotická ložiska mohou kalcifikovat a obsahovat cholesterolové krystaly (Kolář, 2009).

Komplikované léze vznikají z fibrozních plátů kalcifikací a těžkými degenerativními změnami, například ulcerací, rupturou. V místě změny dochází k adherenci trombocytů, k agregaci, k trombóze a k organizaci trombu (Kolář, 2009). Ateromový vřed vzniká z ateromového plátu, který na svém povrchu praskne. Tím přestane být povrch nesmáčivý a začnou se na něm shlukovat trombocyty a dojde ke vzniku trombu (Šafránková, 2006).

1.1.3 Rizikové faktory aterosklerózy

Příčiny aterosklerózy nejsou zcela jasné. Byly však zjištěny okolnosti a vlivy, které vznik a rozvoj aterosklerózy zrychlují nebo onemocnění vzniká častěji při jejich působení. Tyto vlivy jsou označovány jako rizikové faktory aterosklerózy (Kolář,2009).

Dle Zemana lze rizikový faktor definovat jako „určitý klinický nebo laboratorní znak, zjištěný u jedinců bez manifestních příznaků onemocnění, jehož přítomnost je sdružena se statisticky významně vyšším relativním rizikem, že k onemocnění v budoucnu dojde" (Zeman, 20011, str 19). Mezi hlavní rizikové faktory se řadí výskyt kardiovaskulárních onemocnění v rodině, arteriální hypertenze, dyslipidémie, kouření cigaret, obezita a diabetes mellitus (Kolář,2009). Rizikové faktory dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné faktory patří dědičná dispozice, pohlaví a věk. K ovlivnitelným faktorům řadíme dyslipidémii, hypertenzi, kouření, DM, obezitu a psychosociální zátěž (Šafránková,2006). Mezi nejvýznamější rizikové faktory ICHS řadíme lipidové faktory (Zeman,2011).

Dyslipidemie je považována za nejčastější rizikový faktor aterosklerózy, především zvýšená hladina LDL. Příčinou je nadměrný příjem nasycených mastných kyselin a cholesterolu v potravinách. Častá bývá familiární hypercholesterolemie, tedy vrozená porucha metabolismu tuků. Lidé s hladinou cholesterolu nad 6,5mmol/l jsou 2,5krát více ohroženi rizikem vzniku aterosklerózy než osoby s koncentrací cholesterolu pod 5 mmol/l (Kolář, 2009, Žák 2011).

Za další nejčastější rizikový faktor je považována hypertenze, kdy dochází k poškození cévní výstelky mechanicky. Vyšší krevní tlak je nebezpečný především při současné zvýšené hladině cholesterolu v krvi (Kolář,2009). Při poklesu tělesné váhy dochází k poklesu vysokého krevního tlaku. Souvislost mezi obezitou a vysokým krevním tlakem je známa již delší dobu (Widimský,2012).

Třetím důležitým rizikovým faktorem je kouření tabákových výrobků. To zvyšuje riziko aterosklerózy koronárních tepen trojnásobně. Na cévní výstelku má toxický vliv oxid uhelnatý. Při kouření dále dochází ke zvýšenému vyplavování katecholaminů, které nejen poškozují stěnu cévy, ale usnadňují shlukování trombocytů v místě poškození cévní výstelky a pronikání lipoproteinů do cévní stěny. Závislost

na tabákových výrobcích je považována za chronické onemocnění. Tato nemoc zkracuje život až o 15 let. Za nebezpečné se považuje i pasivní kouření. Kardiovaskulární riziko se u žen – pasivních kuřáček, zvyšuje až o 91% (Mandovec,2008). Nikotin aktivuje nervový systém, což vede ke zhoršení inzulínové rezistence. Kuřáci se častěji stávají diabetiky 2.typu (Rosolová,2012).

Dalším rizikovým faktorem je diabetes mellitus, kdy dochází ke zvyšování koncentrace tuků v krvi a urychlování jejich průniku do cévní stěny (Kolář, 2009). Pacienti s diabetem, poruchou glukózové tolerance, prediabetickými stavy metabolického syndromu a porušenou glykemií na lačno mají zvýšené riziko vzniku ischemické choroby srdeční. Prognóza u diabetiků s infarktem myokardu je závažnější než u pacientů nediabetiků (Aschermann, 2003).

Obezita představuje další důležitý rizikový faktor. V první řadě tvoří precipitující faktor pro manifestaci jiných důležitých rizikových faktorů jako je hypertenze, dyslipidémie s nízkým HDL cholesterolem. Dále je považována za samostatný rizikový faktor ischemické choroby srdeční. Zde je důležitý typ obezity, především obezita s nadměrným množstvím břišního tuku (Češka, 2005).

1.2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

Akutní infarkt myokardu bývá označován jako akutní ischemická ložisková nekróza srdečního svalu, která vzniká na podkladě přerušení průtoku krve koronární tepnou do dané oblasti. Jedná se o nejzávažnější formu akutního koronárního syndromu (Kolář, 2009).

1.2.1 Etiopatogeneze infarktu myokardu

AIM se považuje za komplikaci pokročilého aterosklerotického poškození věnčitých cév. V 95% stojí za vznikem infarktu uzávěr koronární tepny trombem, který nasedá na plát (Kolář, 2009). IM vznikne v případě, kdy část myokardu není po určitou dobu zásobena krví. Velmi častou příčinou je trombóza v koronárním řečišti, dále

embolizace věnčité tepny, subintimální krvácení nebo výrazná hypotenze, například při šoku nebo při velké krevní ztrátě u pacienta (Navrátil, 2008). Velikost nekrózy myokardu je závislá na více faktorech. V první řadě je důležitá velikost uzavřené tepny, jelikož čím větší tepna je neprůchodná, tím vzniká významnější nekróza. Dále velikost nekrózy závisí na době trvání uzávěru koronární cévy a na rychlosti rekanalizace řečiště. Dalším faktorem určujícím stupeň nekrózy je stav fyzické zátěže v době, kdy došlo ke vzniku infarktu. Při vyšší zátěži se zvyšují metabolické nároky srdce a vzniká tak větší nekróza (Šafránková,2006). AIM může postihnout kterýkoliv srdeční oddíl, ovšem nejzávažnější a nejčastější je postižení levé komory srdeční. Nekrotický myokard nahrazuje vazivová tkáň různě velikého rozsahu, která je označována jako infarktová jizva (Sovová, 2004).

1.2.2 Klinický obraz infarktu myokardu

Projevy IM určuje rychlost vzniku tepenného uzávěru. K tomuto stavu většinou dochází bez předchozích varujících příznaků, jde tedy o náhlou srdeční příhodu (Navrátil, 2008). Hlavním projevem IM je stenokardie, neboli ischemická bolest srdce, která trvá déle než 20 minut. Pacienti ji popisují jako bolest náhlou, svíravou, pálivou až krutou, často šokující. Jde o bolest za hrudní kostí, která propaguje do levé horní končetiny, často až do malíku, dále do krku, do dolní čelisti, někdy do pravé končetiny, do břicha nebo zad. Bolest je trvalá, nezávislá na poloze a její změně. Stenokardie neustupuje po podání nitroglycerinu, čímž se odlišuje od anginy pectoris, kdy bolest ustupuje do 20 minut po podání nitroglycerinu. Mezi další příznaky patří strach ze smrti neboli angor mortis, úzkost, nauzea, zvracení, pocení, bledost, palpitace, dušnost při levostranném srdečním selhání, tachypnoe či ortopnoe. Dále se může objevit jak hypotenze, tak hypertenze, v prvních hodinách vzniku potíží se objevuje spíše bradykardie, později tachykardie. Často dochází k výskytu sebfibrilací, zmatenosti jako následek hypoxie mozku. IM však může proběhnout asymptomaticky jako němý infarkt. Tento stav se prokáže náhodně při využití EKG (Šafránková,2006).

1.2.3 Diagnostika infarktu myokardu

Diagnostika AIM má tři základní kritéria – klinický obraz, vyšetření EKG a laboratorní průkaz nekrózy. Mezi další diagnostická kritéria patří koronarografie a echografické vyšetření srdce (Kolář, 2009).

EKG je vyšetřovací metoda, která provádí záznam elektrické aktivity srdečního svalu (Šafránková,2006). Elektrokardiograf snímá rozdíly elektrických potenciálů na kožním povrchu, které vznikly díky repolarizaci a depolarizaci myokardu. Elektrokardiogram je grafický záznam, který se snímá pomocí elektrod a je zobrazen graficky na papír (Sovová,2006). Elektrické signály vycházející ze srdce jsou zaznamenávány deseti elektrodami, které jsou přiloženy na povrchu těla. Na každou končetinu se připevní jedna elektroda a dalších šest se fixuje podtlakem k hrudníku (Hampton,2008).

V diagnostice AIM mají laboratorní vyšetření klíčovou roli. V laboratorní diagnostice nekrózy myokardu vyšetřujeme látky, které se za normálních podmínek v plazmě nenacházejí. Při nekróze buněk myokardu jsou z nich tyto látky vylučovány. Nazývají se srdeční markery (Kolář, 2009). Kreatinkináza CK je obsažena jak v myokardu, tak v buňkách kosterního svalstva. Po vzniku nekrózy se její hladina zvyšuje v séru po 6-8 hodinách. Myoglobin je bílkovina, která se nachází v srdečním svalu a ve svalech kosterních. Při nekróze se do séra začne uvolňovat již za 2 hodiny. Troponin je soubor tří bílkovin, které se také nacházejí v myokardu a v kosterním svalstvu. Při zvýšené hladině Troponinu T se snadno prokáže poškození srdečního svalu. Troponin T je specifický ukazatel nekrózy a jeho hladina v krvi se zvyšuje již za 3 hodiny po infarktu. Dále se provádí vyšetření krevního obrazu, glykemie, sedimentace FW, ASTRUP a vyšetření srážlivosti krve (Šafránková,2006).

Echokardiografie je velice cenné vyšetření, při kterém se zobrazuje anatomie srdečních oddílů a chlopní. Vyšetřuje se kinetika komor a síní, velikost oddílů srdce, hybnost chlopní, zúžení či nedomykavost chlopní (Šetina, 2005).

Další významou vyšetřovací metodou je koronarografie, což je invazivní katetrizační vyšetřovací metoda věnčitých tepen. Tepny se po nástřiku kontrastní látkou

zobrazí rentgenograficky. Při vyšetření se zobrazí vrozené anomálie, aterosklerotické stenózy nebo uzávěry koronárních tepen (Šafránková,2006). Indikace k provedení koronarografie jsou veškeré formy ICHS, bolest na hrudníku nejasného původu, kardiomyopatie. Za kontraindikaci považujeme alergii na kontrastní látku, poruchy hemokoagulace a nespolupráce pacienta (Kolář, 2009, Kapounová, 2007).

1.2.4 Terapie infarktu myokardu

Cílem léčby je zajištění prokrvení myokardu a výkonu srdce, aby nedošlo k srdečnímu selhání nebo ke kardiogennímu šoku (Šafránková,2006). Důležitá je rychlá obnova perfuze srdečního svalu a léčba komplikací. Časový interval od začátku potíží a obnovou perfuze myokardu je nejvýznamnější faktor, který ovlivňuje další prognózy pacienta. V prehospitální fázi je důležitý rychlý převoz na specializované pracoviště. V tuto dobu je nutné zajistit monitoraci EKG, tišení bolestí a zahájení antiagregační terapie (Sovová, 2004). Nemocniční léčba začíná přijetím pacienta na oddělení, nejčastěji na koronární jednotku nebo jednotku intenzivní péče, kde jsou monitorovány životní funkce pacienta (Šafránková,2006). PTCA je nejúčinnější metoda, která umožňuje zprůchodnění postižené cévy (Kolář, 2009). Tento výkon probíhá prakticky bezbolestně za krátkodobé hospitalizace. Výhodou je časná mobilizace a rychlý návrat k normálnímu životu. Nevýhodou je riziko vzniku restenózy (Horák, 2012). Chirurgickou léčbu představuje aortokoronární bypass. Indikací k chirurgické léčbě jsou pacienti, u kterých není z technických důvodů možné provést perkutánní koronární intervenci (Šetina, 2005). Bypass lze definovat jako cévní náhradu. Ke koronární arterii se chirurgicky přišívá, před a za místo postižení nebo zúžení, žíla. K tomuto účelu se využívají žíly z dolních končetin pacienta nebo také arterie, které se nachází přímo v hrudníku (Špínar,2007). Chirurgická terapie představuje nekompromisní revaskularizaci všech postižených cév. Nevýhodou je delší hospitalizace nemocného a pomalejší návrat k činnostem běžného života (Horák,2012).

1.3 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE INFARKTU MYOKARDU

Pro účelnou terapii kardiovaskulárních nemocí je dodržování pravidel sekundární prevence nezbytné. Zásady sekundární prevence se rozdělují na režimová opatření a opatření, která vedou k omezení rizikových faktorů jejich terapií. Ukončení kouření, zlepšení výživových zvyků, snížení tělesné hmotnosti a vyšší pohybová aktivita patří mezi režimová opatření. Na uplatnění sekundární prevence se podílí všechny složky kardiologické péče (ČKS, 2001). Prevence představuje nejúčinnější metodu snížení počtu srdečněcévních onemocnění (Vurm,2011). Sekundární prevence spočívá ve snaze omezit recidivu klinických příhod u nemocných s rozvinutým onemocněním (Huang,2010). Kardiovaskulární nemoci patří mezi nejčastější neinfekční onemocnění. Jeden z cílů programu Zdraví 21 je snížení těchto neinfekčních nemocí. U KVO je nutné pozitivně ovlivňovat kouření, užívání alkoholu, nezdravou výživu, stres a dostatek fyzické aktivity (Zdraví 21).

1.3.1 Dietní opatření

Snižování hmotnosti při obezitě řadíme mezi základní režimová opatření. Optimální hranice BMI je mezi 18,5-24,9 kg/m² (Vurm,2011). Výživa představuje zdroj energie a dalších potřebných látek, které jsou nezbytné k růstu a obnově tkání. Správná výživa udržuje ideální přísun energie a živin, tedy bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů, minerálů a vody. Nevhodné složení potravin nebo nadbytečný příjem živin má za následek vznik některých nemocí (Kukačka,2010). Stravovací návyky velmi ovlivňují vznik aterosklerózy a KVO. Obezita patří ve vyspělých zemích mezi nejčastější metabolickou nemoc. Pro zjištění obezity se užívá body mass index (BMI – hmotnost /kg/ : kvadrát výšky /m²) (Příloha 1)(Frej,2006).

Dietetika tvoří nedílnou komponentu terapie pacientů kardiologicky nemocných. Dietní doporučení musí být navržena individuálně s přihlédnutím k výskytu dyslipidémie, hypertenze, obezity či diabetu u pacienta (Graham, 2007). Dietní opatření tvoří součást primární a sekundární prevence. Mezi hlavní dietní doporučení patří

konzumace celozrnných obilnin, 3-4x týdně luštěnin, sóji nebo tofu. Dále je nutné snížit nasycené tuky ve stravě (červené maso, výrobky z mléka a sádlo) tím, že se nahradí mononenasyčenými tuky, které jsou obsaženy v olivovém a řepkovém oleji. Polynenasycené tuky rostlinného původu najdeme ve lněném, sojovém oleji, ve vlašských ořeších, dýňových a lněných semíncích (Frej,2006). Při vhodné dietě činí energetický příjem 60-65% polysacharidů, 15% bílkovin a 25-30% tuků (ČSAT,2007).

Klíčovou součástí nefarmakologické terapie je snížení příjmu mastných kyselin, které zvyšují hladinu cholesterolu. Mléčné a živočišné tuky představují hlavní zdroj nasycených mastných kyselin v potravinách (Huang,2010). Červené maso nahradíme masem rybím, které je vhodné konzumovat 2-3 krát týdně. Nezbytné je zvýšit příjem čerstvého ovoce a zeleniny. Vhodné je jíst 5 porcí zeleniny a ovoce za den, přičemž 1 porce je hrst sušeného nebo 1 kus čerstvého ovoce, 1 kus zeleniny. Důležitou zásadou je snížení kalorického příjmu. Omezení konzumace soli tvoří další dietní zásadu, stejně jako omezování alkoholu. V dietních opatřeních se objevují menší porce, nepřejídat se, 5x denně jíst ovoce a zeleninu, 6 porcí luštěnin a celozrnných potravin za den, ořechy nebo semena či luštěniny konzumovat 5x týdně, libové maso připravovat 3-4x týdně, 2-4x za týden jíst ryby, zařadit do každého dne 30 minut rychlé chůze, postupně snižovat váhu u osob s nadváhou, omezit alkohol (Frej,2006).

Velmi důležitý je i pitný režim. Pitný režim představuje průběžné a pravidelné doplňování tekutin organismu. Za nevhodnější se považuje čistá voda. Vhodné je omezit sladké limonády a 100% džusy, které bývají bohaté na kalorie (Grafová,2007).

V prevenci je kladen důraz na nefarmakologickou terapii vysokého krevního tlaku. Zde se doporučuje již zmíněné snížení tělesné váhy a zvýšení tělesné aktivity. Dále se doporučuje redukovat příjem soli. Snižování příjmu soli ovlivňuje účinek farmakologické terapie, zmenšují se ztráty draslíku močí u terapie diuretiky a zamezuje vzniku osteoporózy. Mezi potraviny s vysokým podílem soli patří uzené masné výrobky, uzené marinované rybí maso, máslo s přídavkem soli, sýry tavené, olivy, zelí, ořechy, mandle a solené pečivo. Za vhodné se považuje omezit spotřebu alkoholu. Maximální dávka etanolu denně u zdravého muže činí 30 g. Tato dávka je obsažena přibližně v 250 ml vína a 720 ml piva. Maximální denní dávka etanolu u žen by měla

být do 15 g. Krevní tlak negativně ovlivňuje kofein. Pravidelný konzument kávy by si neměl dopřát více jak 2 šálky za den (Adámková, 2003).

1.3.2 Kouření

Kouření definujeme jako naučené chování, určitý návyk či rituál, kterým snižujeme stres, nejistotu nebo nervozitu. Kouřením tabákových výrobků vzniká do dvou let po zahájení kouření fyzická drogová závislost na nikotinu. Přibližně 75% kuřáků lze označit za závislé na nikotinu (Adámková, 2003). Kouření se považuje za nejvýznamnější rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění. Kouření je v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO považováno za nemoc s diagnózou F 17 (závislost na tabáku). Závislý kuřák kouří minimálně 10-15 cigaret za den, přičemž první cigaretu si zapálí do 1 hodiny po probuzení. K upřesnění stupně závislosti se používá Fagerströmův test nikotinové závislosti (Příloha 2). Závislost na tabáku se dá léčit. Terapie spočívá v poradenství, intenzivní podpoře a léčbě, kterou poskytují specializovaná pracoviště - centra léčby závislosti na tabáku. Uplatňuje se také farmakologická intervence. Poradny pro odvykání kouření poskytují zejména podporu psychosociální (Špinar,2007). Zanechání kouření představuje jedno z nejúčinnějších preventivních opatření. Každý kuřák by měl být tedy zdravotnickým personálem podporován při zanechání kouření (Graham,2007).

Většina kuřáků při odvykání kouření projde pěti stadii. První prekontemplační stadium je období před rozhodnutím, což je doba, ve které si nepřipouštíme žádné informace o negativech kouření, domníváme se, že nás se rizika kouření netýkají. Druhé kontemplační stadium je období rozhodování. V této chvíli začínáme chápat škodlivost kouření, finanční následky. Ve třetím přípravném stadiu se začneme zajímat o to, jakým způsobem se podařilo zanechat kouření jiným osobám, o metody zanechání kouření a dojdeme k rozhodnutí stát se nekuřákem. Čtvrté stadium akce je období, kdy momentálně dotyčný odvyká kouření. Poslední stadium setrvání, tedy zůstat nekuřákem. Délka daného stadia bývá individuální (Králíková,2003).

Na počátku terapie závislosti na tabáku stojí motivace pacienta s přihlédnutím na jeho priority a hodnotový žebříček. Při odvykání kouření je vhodné dodržovat následující režimová opatření – stanovit si den, kdy přestat kouřit v horizontu 14 dní, informovat se o způsobech náhradní terapie nikotinem, pořídit si nikotinové přípravky dopředu, večer před dnem začátku odvykání odstranit cigarety a vše související ze svého okolí, všimnout si chvíl, kdy obvykle dotyčný kouří a předem se připravit na zvládání náročných situací. Dále oznámit okolí svůj plán zanechání kouření. Vhodné je požádat kuřáky ve své blízkosti, aby za přítomnosti dotyčného nekouřili nebo mu nenabízeli cigarety. Prospěšné je zvyšovat tělesnou aktivitu a pozměnit denní stereotyp. Jelikož by při zanechání kouření mohlo dojít k nárůstu tělesné hmotnosti, je důležité si hlídat váhu, doplnit ve stravě ovoce, zeleninu, vlákninu, omezit sladká a tučná jídla. Důležité je vyhledat mezi blízkými osobu, která dotyčného podporuje a utvrzuje jej ve svém rozhodnutí. Povzbuzující je rekapitulovat si důvody, proč zanechat kouření a za dosažené úspěchy se odměňovat (Sovová, 2005).

Při odvykání kouření tabákových výrobků může nastat abstinenci syndrom. Nejznámější příznaky abstinenciho syndromu jsou bažení, touha po cigaretě, zhoršená nálada, podráždění, vztek, návaly úzkosti, snížená schopnost koncentrace, narušený spánek, nárůst chuti k jídlu. Farmakologická terapie zmírňuje abstinenci příznaky. NTN využívá tyto formy – žvýkačky, náplasti, nosní spray, tablety, pastilky a inhalátory. NTN je volně prodejná. U velmi silných kuřáků bývá doporučována kombinace náplasti a ústní formy. Terapie má trvat nejméně 8 týdnů, vhodné je 12 a více týdnů. Motivovat kuřáka k zanechání kouření by měl každý lékař, který by dotyčnému vysvětlil spojitost kouření s diagnózou a s prognózou. V případě závislosti na tabáku má lékař navrhnout některou verzi farmakoterapie a provádět u pacienta v prvních týdnech kontroly, případně se obrátit na specialistu na léčbu závislosti (Špinar, 2007).

1.3.3 Fyzická aktivita

Pohybová aktivita je pro pacienty po infarktu myokardu velice podstatná. Pacienti, kteří prodělali první srdeční infarkt a kteří nevěnují dostatek času pohybovým

aktivitám, umírají 3-4 krát častěji než pacienti, kteří mají pravidelný pohyb. Pravidelná fyzická aktivita příznivě ovlivňuje rizikové faktory aterosklerózy (Špinar,2007, ČSAT,2007). Rehabilitaci pacientů po IM můžeme rozdělit do čtyř fází. První fáze nemocniční rehabilitace spočívá v zabránění vzniku dekonidice a tromboembolických komplikací. Druhá fáze časné posthospitalizační rehabilitace začíná co nejdříve po propuštění v délce do 3 měsíců. Považuje se za rozhodující k začátku důležitých změn životního stylu a dodržování opatření sekundární prevence. Třetí fáze je období stabilizace. Tato fáze nastupuje v době stabilizace klinického nálezu. Důraz se klade na vytrvalostní trénink a udržení změn životního stylu. Čtvrtá fáze je fáze udržovací, kdy pacient dodržuje zásady předchozích činností (Chaloupka,2004). Efektivní pohybová zátěž u kardiaků by měla být kontinuální. Za vhodný se považuje aerobní pohyb střední intenzity, aby nedošlo ke vzniku nepřiměřené únavy, ale zároveň docházelo optimálnímu spalování zásob tuku. Ideální doba cvičení je nejméně 20-30 minut (Maršálek, 2006). Po infarktu myokardu nejsou vhodná silová cvičení, kdy dochází ke stahování určitého svalu proti odporu se zadržným dechem. Za dynamickou zátěž se považuje chůze, běhání, plavání, cyklistika a lyžování na běžkách (Špinar,2007). Další vhodnou pohybovou aktivitou je jogging, aerobic, tanec, tenis či golf (Graham,2007). Izometrickou zátěž představuje kulturistika, posilování, přemisťování a zvedání předmětů o větší váze, stavební práce, úklid sněhu a sečení trávy. Po ukončení hospitalizace se doporučuje za vhodné začít s procházkami. Podle tolerování zátěže je možné procházky prodlužovat, zrychlit chůzi nebo střídat chůzi s během. Pokračovat je možné jízdou na kole. Ideální začátek cvičení představuje protažení svalů a rozcvičení. Délka rozcvičky by měla být mezi 15-20 minutami. Po skončení cviků se doporučuje stretching, tedy protažení svalů, uklidnění. Pohybová aktivita by se měla provádět minimálně 3krát týdně, ideálně 5 krát za týden. Cvičení je vhodné zakotvit do denního a týdenního plánu (Špinar,2007). Intenzita cviků způsobuje zrychlenou srdeční činnost a frekvenci tepů. Každé tělo dosahuje pouze určité maximální výše tepové frekvence. Tepová frekvence je závislá na věku dotyčného. Tf_{max} neboli Maximální tepová frekvence se vypočítá podle vzorce $Tf_{max} = 220 - \text{věk}$ (Sovová,2005). Pohybová aktivita by neměla probíhat s plným žaludkem, tedy do jedné

hodiny po jídle. Pobyt v extrémních podmínkách se nepovažuje pro kardiaka za vhodný. Ideální pro kardiaka je teplota ovzduší mezi 4-30°C. Teploty nad a pod toto rozmezí zvyšují pro osobu s onemocněním srdce různá rizika (Maršálek,2006). Pacient by měl být seznámen s příznaky, které by měly vést k přerušování cvičení. Především je to bolest na hrudi, dušnost trvající i delší dobu po skončení cviků, tepová nepravidelnost, arytmie, bolesti hlavy, závratě a trvající únava (Špínar,2007).

1.3.4 Stres

Stres je reakce, která připravuje náš organismus na situaci, ve které bude třeba více energie než je obvyklé. V současnosti dělíme stres na eustres a distres. Eustres představuje pozitivní stres. Jde o situace, kdy se například velmi radujeme. Tento stres je pro naše tělo užitečný. Distres je pro náš organismus škodlivý. Původně užitečná reakce se především kvůli změně životního stylu v současnosti, změnila v reakci pro organismus škodlivou. V současné době jsme stále častěji a dlouhodoběji vystaveni stresu, například v zaměstnání, objevují se problémy v rodině či problémy se zdravím (Ptáček,2010).

Příznaky stresu dělíme do tří skupin – fyziologické, psychické a behaviorální. Mezi fyziologické příznaky stresu řadíme bušení srdce, bolesti hlavy či na hrudi, nechutenství, ztráta chuti na sex až impotence či frigida. Psychické příznaky stresu se projevují změnou nálad, podrážděností, popudlivostí či úzkostností. Mohou se objevit nadměrné pocity únavy, nadměrné starosti o zdravotní stav a vlastní zjev. Často dochází k neschopnosti projevit náklonnost a sympatii druhým lidem. V oblasti behaviorálních změn, tedy změn v chování, se objevuje nerozhodnost, vyhýbání se pracovním úkolům a zodpovědnosti. Často přicházejí obtíže se spánkem v podobě narušeného usínání, dlouhého bdění, probouzení v noci, které vyústí v pocit únavy. Dále se objevují změny přijímání potravy, tedy nechutenství či nadměrné přijímání potravy. Dalším příznakem je porucha pozornosti. V oblasti životosprávy dochází k nárůstu spotřeby cigaret a alkoholických nápojů (Křivohlavý,2010).

Také u stresu má prevence velký význam. Cílem prevence je eliminace stresu.

Každý člověk by si měl vytvořit smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní životní styl. Velký význam má duševní hygiena, což je systém doporučení a pravidel, které napomáhají udržet, prohloubit a navrátit psychickou rovnováhu (Hazulíková,2010).

1.3.5 Lázeňská péče

Ústavní lázeňská rehabilitační péče spadá do terapie osob trpících kardiovaskulárním onemocněním. Lázeňská péče se provádí v ústavech, které splňují podmínky pro tuto činnost. Při této péči by mělo dojít k ustálení nově naučených zvyků v oblasti správného stylu života, k omezení rizikových faktorů ICHS a snížení psychických stresových vlivů (ČKS,2010). Lázeňskou péči hradí v České republice zdravotní pojišťovny a to do 4 měsíců u nekomplikovaného IM a do 12 měsíců komplikovaného IM. Žádost o lázeňský poukaz vystavuje praktický lékař společně s kardiologem. Lékaři se řídí indikačním seznamem pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, který tvoří přílohu k Vyhláše ministerstva zdravotnictví. Choroby kardiovaskulární patří do skupiny II. Terapie v lázních spadá do sekundární prevence ICHS, jelikož lázně navštěvují osoby, které již trpí srdečním onemocněním. Tato terapie získá smysl jen v případě, že o ní má zájem pacient, který chce zkvalitnit svůj zdravotní stav. V kardiolázních se v současnosti požaduje aktivní přístup klienta, kterému je navržen léčebný plán. Ten zahrnuje dietní a režimová opatření. Lázeňské léčení kardiaků je složeno z řízené pohybové aktivity. Další složku lázeňské terapie představuje úprava dietního režimu v podobě racionální nízkocholesterolové diety s redukcí váhy. Pacienti se seznamují během svého pobytu s novým jídelníčkem, s potravinami nutnými v rámci sekundární prevence navýšit a s potravinami, které je potřeba omezit. Klienti si mohou zdravou stravu při pobytu vyzkoušet, získat rady od nutričních asistentek či lékařů. Během pobytu probíhají přednášky o zdravé výživě, kde mají pacienti možnost zdravou stravu ochutnat, případně získat recepty jídel. Stravování v kardiolázních podléhá striktním pravidlům, které doporučily odborné lékařské společnosti zkoumající negativní vliv nevhodné výživy na lidské tělo (Špinar,2007).

Neopomenutelnou součástí lázeňské terapie je kontrola rizikových faktorů aterosklerozy. Laboratorně se kontroluje hladina glukózy, krevních tuků a kyseliny močové v krvi. Dále jsou hlídány výsledky nefarmakologických opatření – dodržování dietní stravy a zákazu kouření (Špinar,2007).

1.3.6 Sexuální život

Sex hraje v lidském životě důležitou roli. Sexuální zdraví se skládá ze dvou složek, a to složky fyzické a psychické. Fyzická složka se podílí na anatomicko-morfologickém a funkčním kritériu provádění sexuální aktivity. Psychická složka zahrnuje pozitivní prožitky a city během sexuálního aktu. Zátěž kladená na kardiovaskulární aparát je přímo úměrná délce a intenzitě sexuálního styku (Kukačka,2010). Sex vyvolává fyziologické změny, například zrychlení dechu, tepu, zvýšení tlaku krve. Pacienti po IM mívají větší sklon se pozorovat a všimnout si změn, které při sexu nastávají. Osoby, které prodělaly IM, se k sexuálnímu životu mohou vrátit ve chvíli, kdy se budou cítit dostatečně fit. U IM, který proběhl bez komplikací, tento okamžik nastává po 3-4 týdnech. Ideální je toto téma konzultovat s ošetřujícím lékařem. Lze doporučit návrat k sexuálnímu životu ve chvílích psychické pohody. Sexuální zvyky, které páru vyhovovali, není ve většině případů nutné měnit (Špinar, 2007). Přiměřený sexuální život má na pacienta a jeho psychiku především pozitivní účinek. Ovšem je vhodné odložit sexuální styk po těžkém jídle, po užití většího množství alkoholu a za nevhodných psychických podmínek, například při spěchu, strachu ze selhání nebo při mimomanželském kontaktu (Sovová,2005).

1.4 EDUKAČNÍ PROCES V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pojem edukace definujeme jako „ proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návy-

cích a dovednostech. Edukace představuje vzdělávání a výchovu určité osoby (Juřeníková, 2010, str 9). Edukace v ošetrovatelství poskytuje odbornou pomoc pacientům, kterým hrozí nemoc, jsou stresováni situacemi či jinými problémy (Kuberová, 2010). Edukace ve zdravotnictví má za cíl prevenci nemocí, udržení nebo navrácení zdraví a zkvalitnění života. V primární, sekundární a terciální prevenci zastává edukace stěžejní roli (Juřeníková, 2010).

1.4.1 Edukační proces

Edukační proces lze definovat jako lidskou činnost během které nastává učení. Tyto procesy se prolínají naším životem od prenatálního vývoje až do smrti (Juřeníková, 2010). Edukační proces v ošetrovatelství pomáhá lidem pochopit zdraví a nemoci, naučit se zdravému chování, správné stravování, omezení rizik vzniku nemocí, ale také zásady první pomoci při nehodách a úrazech a sebekpěči při počátcích nemocí (Kuberová, 2010).

Edukantem se rozumí učit se subjekt. Ve zdravotnictví se edukantem stává zdravý nebo nemocný klient. Edukanta chápeme jako individuální osobnost s kognitivními (schopnost učení), afektivními (motivace) a fyzickými vlastnostmi (věk, pohlaví). Edukanta ovlivňuje také etnické zařazení, náboženství, sociální životní podmínky (Juřeníková, 2010).

Edukátor je osoba provádějící edukační činnost, tedy lékař, sestra, fyzioterapeut, nutriční asistent či porodní asistent ve zdravotnictví (Juřeníková, 2010). Sestra edukátorka musí mít na vysoké úrovni znalosti o dané problematice. Sestra podává pacientovi informace jen v mezích svých pracovních kompetencí. Sestra edukátorka vytváří prostředí, které motivuje a podporuje pacienta k edukaci (Svěráková, 2012).

Edukační konstrukty mají vliv na kvalitu procesu edukace. Patří sem plány, předpisy, standardy a edukační materiály (Juřeníková, 2010). Malíková definuje edukační plán jako „vypracovaný písemný dokument, který stanovuje průběh následné edukace. Obsahuje stanovený cíl, uvádí, kdo edukaci provede, jaké pomůcky

a prostředky bude používat, a stanovuje časový rozvrh edukace, obsah každé edukační etapy a způsob hodnocení výsledku" (Malíková, 2011, str.255).

Edukačním prostředím označujeme místo, kde dochází k edukaci. Na edukační prostředí mají vliv ergonomické podmínky jako osvětlení, barva, hluk, nábytek, velikost místnosti, ale také sociální podmínky jako klima a atmosféra edukace (Juřeníková, 2010).

Edukační proces probíhá v pěti fázích. Je to záměrný, řízený, cílevědomý a plánovaný proces, který probíhá v rámci jedné edukační formy. Jeho příprava souvisí se základními kompetencemi a povinnostmi sester před edukací, ale i v průběhu a také skončení edukace (Kuberová, 2010). Edukační proces probíhá ve spolupráci edukanta s edukátorem. Kvalitu edukačního procesu ovlivňuje jejich interakce, osobnostní kvality, hodnoty, názory, normy, postoje a zájmy. Edukační proces se skládá z pěti fází – posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Kuberová, 2010).

První fáze edukačního procesu v ošetrovatelství, tedy posuzování, spočívá v důkladném sběru a analýze údajů o dotyčném jedinci. Potřebné údaje můžeme získat formou rozhovoru, pomocí dotazníku, pozorováním, fyzikálním vyšetřením či z dokumentace. Úloha sestry spočívá v analýze klientových schopností učení a zhodnocení faktorů, které by mohli proces učení ovlivnit jako například postoj dotyčného k sobě samému, ke své nemoci a k životu (Kuberová, 2010). Dále sestra zjišťuje ekonomické a společenské faktory, které mohou výsledky edukační činnosti ovlivňovat. U starších pacientů je nutné zjistit, zda nemají zrakové či sluchové problémy, případně obtíže s udržení pozornosti či schopnosti soustředění (Svěráková,2012). Snahou edukátora během této fáze je zjistit stupeň vědomostí, schopností, zvyků a postojů edukanta a odhaluje edukační potřeby dotyčného. Významnost této fáze spočívá ve stanovení budoucích cílů edukace (Juřeníková, 2010).

Druhá fáze edukačního procesu – diagnostika – nastává po tom, co jsme získali, posoudili, ověřili a shrnuli všechny údaje o edukantovi. Druhá fáze edukačního procesu spočívá v určení edukační diagnózy. Edukační diagnóza vymezuje potřeby a problémy dotyčného, faktory a příčiny, které mají vliv na tyto problémy. Přesně charakterizuje tyto problémy. Edukační diagnózy rozdělujeme dle stupně důležitosti, přičemž

přihlížíme na potřeby jedince (Kuberová, 2010).

Třetí fáze edukace je etapa plánování. Hlavní cíl plánování je vypracovat edukační plán. Při jeho tvorbě se určují cíle, jimiž dokážeme upevnit zdraví pacienta nebo odstranit jeho zdravotní problém. V této fázi si stanovíme aktivity, které nám pomohou splnit určený cíl. Určujeme si také délku a frekvenci edukačních činností. V této fázi volíme edukační metodu. Zvolená edukační metoda by měla co nejvíce vyhovovat určenému pacientovi a sestře, ale také danému tématu. Obsah edukace určují cíle, které vycházejí z potřeb pacienta. Cíl vnímáme jako ideální výsledek, ke kterému hodláme pomocí edukace dospět. Týkat se může nabytí vědomostí, dovedností či schopností, změny postojů a určitých hodnot nebo naučení návyků. Cíle mají být ověřitelné, měřitelné a jasně formulované. Sestra musí při plánování edukačního procesu vždy respektovat stav jedince (Kuberová, 2010).

Čtvrtá fáze edukace – realizace. V této fázi sestra využije teoretickou přípravu, ale také prokazuje praktické schopnosti vedení edukace. Pro efektivní edukaci se přizpůsobujeme pacientovi tak, aby mu tempo vyhovovalo. Během realizace edukačního plánu nepoužíváme odborné termíny, kterým by jedinec nerozuměl. Kvalitní realizace edukačního procesu představuje prostředek, který vede ke zlepšení kvality života jedinců, zlehčuje jim získání vědomostí a znalostí o preventivních a léčebných opatřeních (Kuberová, 2010).

Pátá fáze edukačního procesu je stadium vyhodnocení. Při vyhodnocení sestra poskytne pozitivní zpětnou vazbu. Zvolit může různý způsob, například pochvalu. Negativní zpětná vazba může jedince od učení odradit. Sestra spolu s edukantem hodnotí změny chování a jednání. Metody vhodné k hodnocení jsou diskuze či rozhovor nebo řešení problémových úkolů. Dále může sestra během pozorování pacienta při provádění praktických úkolů hodnotit motorické schopnosti dotyčného (Kuberová, 2010). Hodnocení výsledků nám přináší možnost zpětné vazby (Juřeníková, 2010). Výsledky edukační činnosti lze ověřit pomocí objektivních ukazatelů, jež prokážou pozitivní změnu v pacientově chování. Jde především o výsledky laboratorních vyšetření (hladina cholesterolu) nebo pokles hmotnosti (Svěráková,2012).

1.4.2 Druhy edukace

Edukaci dělíme na základní, komplexní a reedukační (Kuberová, 2010). Základní edukace v ošetřovatelství umožňuje prvotní zásadní získání vědomostí v dané oblasti. Používáme ji v případě, že pacient dosud vůbec nebyl seznámen s problematikou svého onemocnění (Kuberová, 2010). Nemocnému předáváme nové dovednosti nebo vědomosti a klienta motivujeme ke změně postojů a hodnotového žebříčku. Při reedukační edukaci navazujeme na již získané vědomosti edukanta a prohlubujeme je (Juřeníková, 2010).

Komplexní edukace spočívá v etapovém předávání ucelených vědomostí. Dále jsou vytvářeny dovednosti a postoje pro zdraví prospěšná opatření, jež mají za cíl udržet nebo zlepšit zdraví (Juřeníková, 2010). Komplexní edukace často probíhá v edukačních kurzech. Během této edukace edukátor vysvětluje a současně zapojuje každého edukanta do probíhajících cvičení a aktivit. Dále připravuje domácí program učení a cvičení. Navrhuje výchovné činnosti jedince s příslušníky rodiny. Edukátor poskytuje konzultace a rady rodinným příslušníkům o dané problematice a informuje je o všech souvislostech a okolnostech (Kuberová, 2010).

1.4.3 Edukační metody

Formu edukace můžeme definovat jako souhrn opatření a organizace výuky při vykonávání specifického vzdělávacího postupu (Kuberová, 2010). Při volbě edukační formy přihlížíme ke stanovenému cíli, obsahu látky, ke specifickým potřebám vyučovaného a k jeho individuálním specifickým a možnostem, k jeho zdravotnímu stavu. Ve zdravotnictví se nejčastěji používá individuální forma edukace. Zdravotník navazuje s nemocným úzký osobní kontakt. Edukace probíhá vždy u jednoho pacienta. Tato forma edukace se nejčastěji uskutečňuje v ambulanci, u nemocničního lůžka nebo v ordinaci lékaře. Při skupinové edukaci rozdělujeme edukanty do různě velikých skupin. Tato metoda je často využívána v lázeňské edukaci. Ideální počet edukantů ve skupině je 3-5 (Juřeníková, 2010).

Vysvětlování je metoda, při které posluchači objasňujeme příčiny a souvislosti tak, aby pochopil podstatu problému. Tuto metodu využíváme v případě, že nemůžeme využít předcházející vědomosti a zkušenosti jedince. Při použití vysvětlování postupujeme systematicky, logicky a srozumitelně objasňujeme vztahy, fakta a souvislosti. Vhodné je doplnit vysvětlování názornými pomůckami (Juřeníková, 2010).

Instrukáž považujeme za teoretický úvod před praktickým cvičením. Edukanti jsou seznamováni s pracovním postupem a získají tak psychomotorickou dovednost. Instrukáž probíhá nejčastěji prostřednictvím mluveného slova. Instrukáž navazuje na teoretické znalosti. Ve zdravotnictví se často užívá tato metoda při nácviku aplikace inzulínu (Juřeníková, 2010).

Rozhovor používáme ve zdravotnictví každý den. Zdravotnický pracovník by měl tuto metodu dobře ovládat. Základ metody tvoří otázky, které klade edukátor edukantovi a dochází tak k vzájemné výměně informací. Rozhovorem získáme potřebné informace o pacientovi, sdělujeme jím nové poznatky či předáváme vědomosti. Otázky musí být správně jazykově spisovně formulovány, stručné, nesugestivní, jedna otázka musí obsahovat pouze jeden problém a otázky by měly logicky navazovat (Juřeníková, 2010).

Práce s textem se ve zdravotnictví používá velmi často. Nejvíce jsou používány letáky, knihy, plakáty, články. Písemný materiál by neměl být jediným zdrojem informací. Doplnujeme jej další metodou edukace, například vysvětlováním (Juřeníková, 2010).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle

C1: Zjistit, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu mají stejné vědomosti jako pacienti edukovaní pomocí edukačního plánu.

C2: Porovnat, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu dodržují zásady sekundární prevence infarktu myokardu jako pacienti, u kterých se edukační plán využil.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Ovlivňuje využití edukačních plánů dodržování zásad sekundární prevence po infarktu myokardu?

VO2: Mají edukační plány vliv na vědomosti a znalosti pacienta?

VO3: Získali pacienti dostatek informací o režimových opatřeních?

VO4: Má edukace vliv na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu?

3 METODIKA

3.1 Metody sběru dat

Pro bakalářskou práci jsme zvolili formu kvalitativního výzkumu, technikou polostandardizovaného rozhovoru. Pro semistrukturovaný rozhovor je typické vytvoření si schématu otázek, které jsou pro tazatele závazné. Toto schéma se týká předem připraveného tématu. Ústředním tématem této práce bylo dodržování režimových opatření u pacientů s ICHS.

Rozhovor byl prováděn s pacienty hospitalizovanými na Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. – kardiologie lůžková část, intermediální péče a koronární jednotka. Rozhovory byly zaznamenávány do výsledkového záznamového archu. Rozhovor (Příloha 3) je sestaven z uzavřených i otevřených otázek, ve kterých měli respondenti možnost se individuálně vyjádřit. Rozhovor jsme rozdělili do pěti oblastí – oblast kouření, oblast stravování, oblast pohybu, oblast edukace a oblast stresu. Rozhovor byl veden s pacienty s časovým odstupem 2 měsíců od edukace. U každého respondenta probíhal rozhovor individuálně.

Struktura otázek byla tvořena schématem tzv. Pyramidového modelu. Pyramidový model umožňuje klást otázky základní výzkumné, které jsou rozloženy do otázek specifických výzkumných a dále do otázek tazatelských.

Záměrem práce bylo prokázání vlivu edukace pomocí edukačních plánů na úroveň vědomostí a znalostí pacienta, na dodržení režimových zásad pacientů s ICHS.

Pro edukaci jsme využili Edukační plán autorek: Soukupová, Šedová (s jejich souhlasem) vytvořený v rámci bakalářské práce z roku 2010 s názvem Využití edukačních plánů v péči o kardiaky. Tento plán byl v původní bakalářské práci hodnocen jako využitelný pro pacienty na kardiologickém oddělení. Edukační plán (Příloha 5) byl upraven pro potřeby bakalářské práce v oblastech výživy, pohybové aktivity a zanechání kouření. Edukace byla realizována na Kardiologickém oddělení Nemocnice a.s.. Probíhala vždy individuálně, ústní formou. Abychom prokázali význam edukačních plánů na úroveň znalostí a dodržování režimových opatření, vytvořili jsme

dvě skupiny pacientů. Pacienti, kteří edukováni nebyli, jsou v průzkumném šetření a ve výsledcích označení písmem N. Pacienti, kteří pomocí edukačního plánu byli edukováni, jsou označení písmenem E. Výsledky vybraných atributů edukace byly v těchto skupinách pacientů porovnávány.

Edukace pacientů byla zaměřena na možnost prevence ischemické choroby srdeční v rámci dietních režimových opatření, pohybových aktivitách a v zanechání kouření.

3.2 Specifika analýzy rozhovorů

Základním krokem analýzy dat byl prepis rozhovorů, který umožnil analýzu dat počítáním a kódováním. Pro účely bakalářské práce jsme přepsali celé rozhovory, některé části s přímou interpretací. Důvodem pro přepsání rozhovorů byl především proces kódování s následnou možností vytváření obrazových diagramů/sítí vztahů a přehledových tabulek. Transkripce rozhovorů jsou uvedené v Příloze 4.

Po fázi prepisu rozhovorů následovala fáze kódování. „Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby“ (Strauss, Corbinová 1999).

Pro kódování jsme využili nejvíce využívanou techniku tzv. Otevřeného kódování. Otevřené kódování jsme realizovali označováním a kategorizací pojmů v záznamovém archu polostandardizovaných rozhovorů jednotlivých účastníků. Pracovali jsme procesem rozdělení textu na jednotky podle významu. Této jednotce byl přidělen kód, který byl vystižen slovem či frází. Tento proces jsme realizovali technikou čtení „řádek po řádku“. Ze vzniklých kódů byl vytvořen jejich seznam.

Po procesu stanovení seznamu kódů následovala fáze kategorizace. Kódy jsme v této fázi seskupili dle podobnosti či vnitřní souvislosti, z té jsme vytvořili hierarchický systém. Vybrané kategorie jsme rozvinuli podle dalších vlastností a dimenzí. Kategorie jsme znázornili diagramy.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze dvou skupin pacientů.

Výzkumný soubor první skupiny tvořili pacienti, kteří prodělali infarkt myokardu léčený perkutánní transluminární angioplastikou. Tyto pacienty jsme edukovali v rámci hospitalizace podle edukačního plánu. Tuto skupinu jsme označili jako Respondenty „E“. Do tohoto výzkumného souboru jsem náhodně vybrali 2 muže a jednu ženu. Na věk nebyl u těchto respondentů brán zřetel, viz. Tabulka 1

Výzkumný soubor druhé skupiny tvořili pacienti, kteří prodělali infarkt myokardu léčený perkutánní transluminární angioplastikou. U těchto pacientů se edukační plán nevyužil. Tuto skupinu jsme označili jako Respondenty „N“. Do tohoto výzkumného souboru jsme náhodně zařadili tři muže. Na věk nebyl u těchto respondentů brán zřetel, viz. Tabulka 1

Tabulka 1 Základní údaje o výzkumném souboru

	E1	E2	E3	N1	N2	N3
Výška	178cm	182cm	175cm	172cm	182cm	185 cm
Váha	100kg	124 kg	95kg	82 kg	102 kg	76 kg
BMI	31,56	37,44	30,5	27,72	30,79	27,44
Věk	47let	59 let	55 let	50 let	51 let	60 let
Pohlaví	muž	muž	žena	muž	muž	muž
DM	ano	ano	0	0	0	0
KVO v rodině	ano	ne	ano	ano	ano	ano
PTCA	1	0	1	1	0	0
CABG	0	0	1	0	0	0
Hypertenze	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Dyslipidémie	ano	ne	ano	ano	ano	ne
Kouření	ano	ano	ano	ne	ano	ano

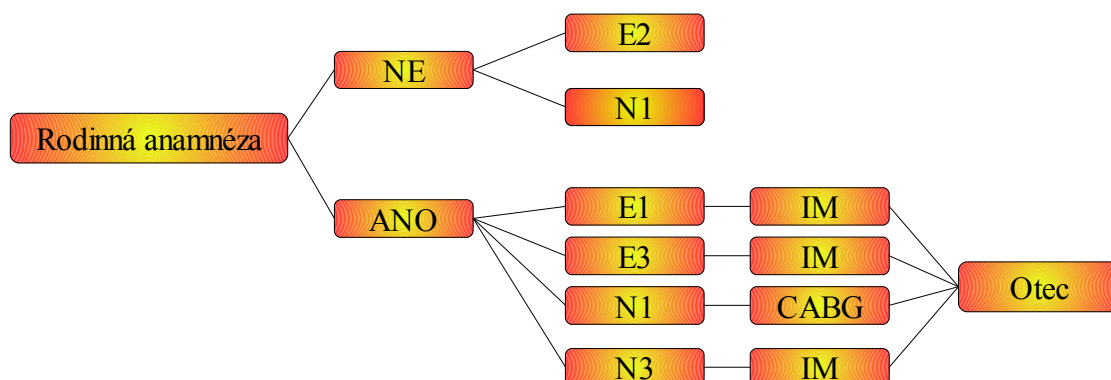
4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorie výsledků

Kategorie č. 1 Pozitivní rodinná anamnéza respondentů

Výskyt kardiovaskulárního onemocnění v rodině jsme detekovali u 4 našich respondentů. Ve 3 případech se jednalo o výskyt IM v rodině, jednou byla v rodině provedena operace CABG. Ve všech případech se KVO objevilo u muže. Otec Respondenta E1 prodělal IM v 75 letech. U Respondentky E3 familiární výskyt kardiovaskulárního onemocnění potvrdil otec, který ve věku 65 let prodělal IM. Ve věku 73 let podstoupil otec Respondenta N1 výkon na koronárních cévách – aortokoronární bypass. Otec Respondenta N3 podlehl srdečněcévnímu onemocnění, poté co prodělal AIM. Zemřel ve věku 65 let.

Diagram Pozitivní rodinná anamnéza respondentů



Kategorie č.2 Kardiovaskulární onemocnění respondenta

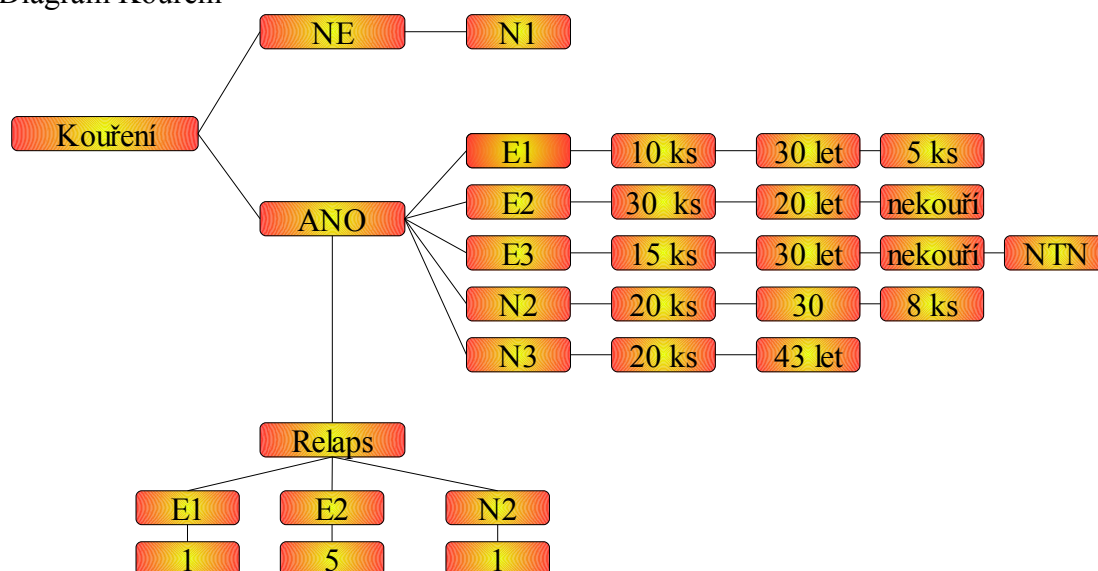
Tři naši respondenti již v minulosti prodělali výkon na koronárních cévách. Respondenti E1 a E3 prodělali PCI v roce 2009. Respondent N1 podstoupil PCI v roce 2010. Respondentka E3 prodělala CABG.

Kategorie č. 3 Kouření

Z 6 dotazovaných pacientů pouze respondent N1 nikdy nekouřil. Respondent E2

se v minulosti jednou pokusil přestat kouřit, ale ke kouření se opět vrátil po necelém roce. Respondent E2 vykouřil 30 cigaret denně po dobu 30 let. Po edukaci na Kardiologickém oddělení přestal zcela kouřit. Dotazovaný E1 kouří 10 cigaret za den již 20 let. Pokusy, při kterých se snažil zanechat kouření, absolvoval již čtyři. Nikdy nebyl dlouhodobě úspěšný. Také po edukaci se pokusil ukončit kouření, ale po týdnu se opět k cigaretám vrátil, přičemž omezil počet cigaret za den maximálně na pět. Účastnice výzkumného šetření E3 se stala kuřačkou již před 30-ti lety. Denně vykouří přibližně 15 cigaret. S kouřením se nikdy nepokusila přestat. Poprvé se pokusila zanechat kouření po propuštění z Kardiocentra. Tato respondentka jako jediná ze všech dotazovaných využila nikotinové náhražky ve formě nikotinových náplastí. Zúčastněný N2 kouří 20 cigaret denně, již 30 let. V minulosti zkusil nekouřit, ale vydržel pouze několik dní. Po dimisi z Kardiologického oddělení kouří 8 cigaret za den, ale zanechat kouření nezkusil. Respondent N3 denně vykouří 20 a více cigaret. Tabákovým výrobkům holduje již 43 let. Zanechat kouření se nikdy nepokusil, ani po ukončení hospitalizace na Kardiologickém oddělení. Jako nejčastější důvod znemožňující zanechání kouření respondenti udávají pevnou vůli a chuť na cigaretu. Z pěti účastníků kuřáků nenavštívil žádný odborníka na léčbu závislosti na nikotinu.

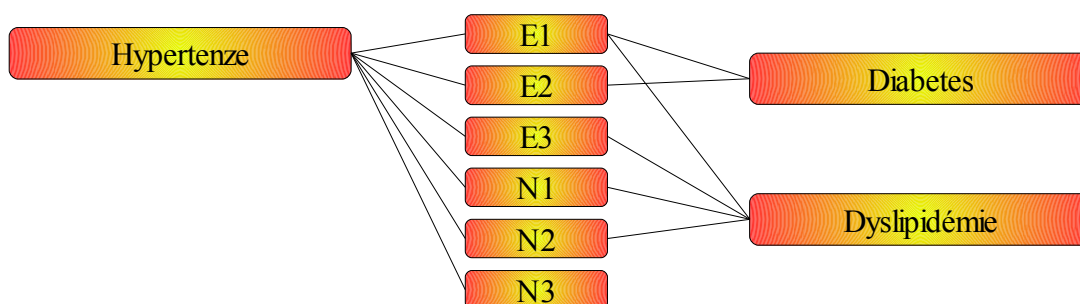
Diagram Kouření



Kategorie č.4 Přidružená onemocnění

Všichni naši respondenti trpí hypertenzí. U čtyř dotazovaných byla diagnostikována dyslipidémie. Respondent E1 se léčí s DM II. Typu, Respondent E2 je léčen s DM I. typu. Dotazovaný E1 trpí tedy DM, hypertenzí a dyslipidémií zároveň. Respondent E2 trpí hypertenzí a DM. U Respondentky E3 také diagnostikovali hypertenzi a dyslipidémii. Informace o dyslipidémii a hypertenzi jsme dále získali u respondentů N1 a N2. Respondent N3 podstupuje terapii hypertenze.

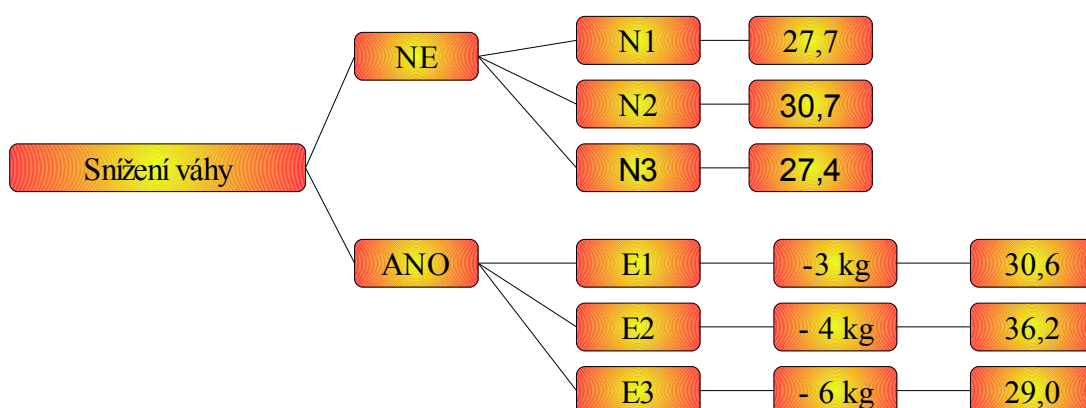
Diagram Přidružená onemocnění



Kategorie č. 5 BMI a snížení váhy

BMI Respondenta E1 v době hospitalizace bylo 31,56 při váze 100 kg a výšce 178 cm. Během dvou měsíců, které uplynuly od edukace na Kardiologickém oddělení snížil Respondent E1 svou váhu o 3 kg a hodnota BMI se snížila na 30,61. Respondent E2 vážil při hospitalizaci 124 kg, přičemž BMI jsme vypočítali 37,44 při výšce 182 cm. Při našem dalším setkání, které nastalo 8 týdnů od edukace snížil svou váhu Respondent E2 o 4 kg. Došlo i k poklesu BMI na hodnotu 36,2. Respondentka E3 při první části našeho výzkumného šetření vážila 95 kg při 175 cm. Získali jsme výsledek BMI 30,5. Tato dotazovaná byla při snižování váhy nejméně úspěšná, jelikož dokázala svou hmotnost snížit o 6 kg. To ovlivnilo i hodnotu BMI, které klesla na 29. U respondentů N1, N2 a N3 nedošlo k poklesu hmotnosti.

Diagram BMI a snížení váhy



Kategorie č. 6 Počet porcí jídla za den

Po edukaci zvýšil Respondent E1 ze tří porcí jídla za den na čtyři, přidáním svačiny. Respondent E2 po edukaci stále jí tři porce jídla za den. Dotazovaná E3 zvýšila počet porcí jídla za den na 5. Účastník výzkumného šetření N1 zvýšil počet porcí jídla za den ze 4 na 6. Další dotazovaný N2 nyní konzumuje místo 2 porcí denně porce 3. Pacient N3 jí stále 3 porce jídla během dne, stejně jako při hospitalizaci.

Kategorie č. 8 – Konzumace masa

Všichni naši respondenti konzumují maso. Námi oslovení účastníci výzkumného šetření E1, E2, E3 a N1 jedí maso 5krát týdně. Respondent N2 jí maso 4krát během týdne. Po dvou měsících od edukace snížil konzumaci masa Respondent E1, u kterého se nyní maso objeví na jídelníčku 2krát za týden. V rozhovoru po edukaci uvedl Respondent E2, že maso jí denně. Dotazovaná E3 omezila maso na 3krát za týden. Respondent N1 konzumaci masa téměř nezměnil a stále ho jí 4-6 krát týdně. Stejný výsledek jsme našli u Respondenta N2, který také konzumuje maso 4krát za týden. Také účastník výzkumného šetření N3 nezměnil konzumaci masa v týdnu, stále jej jí 3-4krát za týden.

Respondent E1 po edukaci uvedl, že kuřecí maso jí jednou týdně. Respondent E2 při rozhovoru odpověděl, že kuřecí maso nejí vůbec. Respondentka E3

po propuštění z Kardiologického oddělení zvýšila spotřebu kuřecího masa a toto maso si dopřává 3krát za týden. Respondent N1 jí kuřecí jednou týdně. Respondent N2 konzumuje kuřecí maso jednou týdně. Respondent N3 jí kuřecí maso jednou za měsíc.

Respondent E1 jí jednou týdně vepřové maso. Respondent E2 stále vepřové maso konzumuje třikrát týdně v době po edukaci. Respondentka E3 omezila konzumaci vepřového masa po edukaci. Nyní si vepřové maso dá pouze jednou týdně. Respondent N1 jí vepřové maso 2-3 krát za týden. Vepřové maso je v jídelníčku Respondenta N2 obsaženo dvakrát za týden. Respondent N3 preferuje právě maso vepřové a tak ho zařadil do svého jídelního plánu 3 krát za týden. Při rozhovoru, který proběhl dva měsíce po dimisi z Kardiologického oddělení nedošlo k omezení v počtu porcí masa během týdne.

Krůtí maso se v jídelníčku našich respondentů objevuje nejméně často. Pouze u odpovídajícího N1 nalezneme krůtí maso při přípravě jídel jednou týdně. U Respondenta E1 se spotřeba krůtího masa zvýšila na jednou za týden. Respondent E2 krůtí maso nejí. Také z odpovědi pacientky E3 vyplývá, že krůtí maso po edukaci zařadila jednou za dva týdny do svého jídelníčku. U Respondenta N1 nedošlo po uplynutí dvou měsíců k žádné změně, konzumuje krůtí maso jednou za týden. Dotazovaný N2 při setkání odpověděl, že krůtí maso jí jednou měsíčně. U respondenta N3 nedošlo ke změně konzumace krůtího masa po edukaci. Stále jí tento druh masa pouze jednou za měsíc.

Respondent E1 zvýšil konzumaci hovězího masa na jednou týdně. Respondent E2 po edukaci udal, že hovězí maso jí jednou týdně. Respondentka E3 používá maso ve své kuchyni jen jednou měsíčně v době po edukaci. Námi oslovený N1 zmínil, že hovězí maso vyhledává jednou za dva týdny. Další dotazovaný N2 v rozhovoru oznámil, že hovězí maso jí jednou za dva týdny. Respondent N3 si dopřává hovězí maso dvakrát měsíčně po uplynutí dvou měsíců od edukace.

Respondent E1 jí libové maso 3krát týdně. Respondent E2 v rozhovoru uvedl, že libové maso jí denně. Účastnice E3 jí libové maso 4 krát týdně. Respondent N1 uvedl v rozhovoru, který proběhl s časovým odstupem osmi týdnů, že libové maso jí 4-5krát týdně. V oblasti konzumace libového masa nedošlo u osloveného N2 k žádné změně, jelikož libové maso konzumuje 1-2 krát týdně před edukací i po ní. Respondent N3 jako

jediný nejí libové maso.

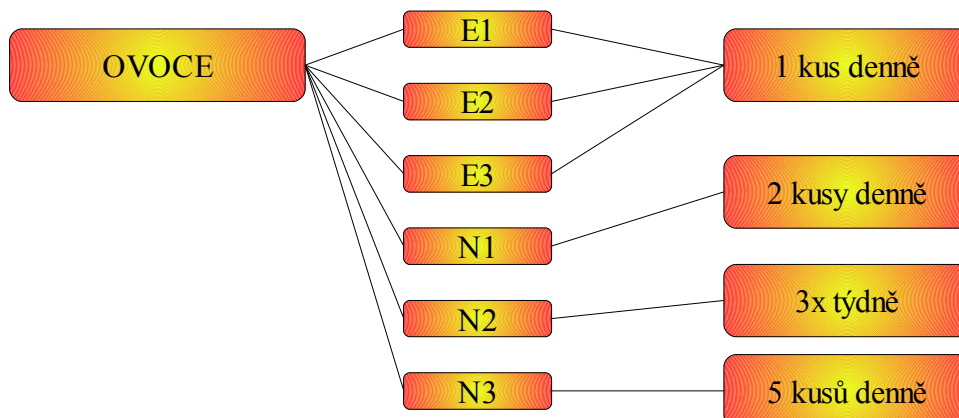
Respondent E1 po edukaci snížil konzumaci tučného masa a snaží se mu vyhýbat. Odpovídající E2 jí maso pouze libové. Respondentka E3 po edukaci zcela vyřadila tučné maso ze svého jídelníčku. Respondent N2 se na druhém setkání vyjádřil, že tučné maso jí jednou týdně. Respondent N3 se stravuje tučným masem 3krát týdně a to jak v době před edukací, tak i po edukaci.

Respondent E1 konzumuje ryby na jednou za tři dny. Respondent E2 ryby nejí. Respondentka E3 poté co absolvovala edukaci na Kardiologickém oddělení jí ryby častěji, tedy jednou za dva týdny. Respondent N1 nám sdělil, že rybí maso jí jednou za dva týdny. Oslovený N2 po proběhlé edukaci konzumuje rybí maso jednou týdně. Vášnivý rybář N3 jí své rybí úlovky přes léto 2krát týdně. Po zbytek roku rybí maso nejí. To se nezměnilo ani po edukaci.

Kategorie č. 9 – Konzumace ovoce

Respondenti E1 a E2 jedí po edukaci 1 kus ovoce denně. Oslovená E3 jedla ovoce před edukací jednou týdně, přičemž jsme v rozhovoru po edukaci zjistili, že tato dotazovaná zvýšila konzumaci ovoce a jí jeden kus ovoce za den. Respondent N1 jedl před hospitalizací ovoce 3krát týdně. V rozhovoru s časovým odstupem jsme získali odpověď, že ovoce jí denně po dvou kusech. Respondent N2 nám sdělil, že ovoce jí 3krát týdně 2 kusy. Další odpovídající N3 jí denně 5 kusů ovoce v době před edukací a také s časovým odstupem po edukaci..

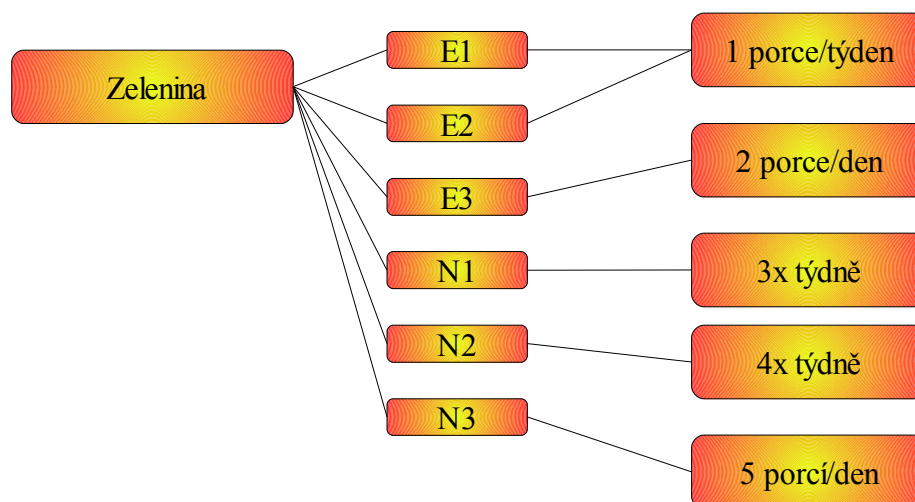
Diagram Konzumace ovoce



Kategorie č.10 Konzumace zeleniny

Oslovený E1 při našem setkání uvedl, že zeleninu jí obden. Respondent E2 po edukaci konzumuje zeleninu jednou týdně. Před edukací E3 konzumovala zeleninu jednou za týden. Po edukaci nastala u této respondentky změna a jí dva kusy zeleniny denně. V rozhovoru respondent N1 uvedl, že zeleninu po edukaci najdeme v jeho jídelníčku 3krát týdně. Odpovídající N2 tvrdí, že zeleninu jí 4 krát týdně přibližně 200 gramů. Dotazovaný N3 v rámci rekonvalescence po IM zařadil do svého dne zeleninu 5krát denně.

Diagram Konzumace zeleniny



Kategorie č.11 Přílohy

Respondent E1 po edukaci preferuje těstoviny, které jí dvakrát týdně. Kupuje vaječné i bezvaječné těstoviny. Rýži a vařené brambory jí dvakrát týdně. Knedlíky pacient omezil a jí je jednou týdně. Klient E2 konzumuje knedlíky po edukaci jednou týdně. Rýži, těstoviny a vařené brambory jí dvakrát týdně. Zúčastněná E3 po edukaci z příloh preferuje těstoviny, rýži a vařené brambory. Těstoviny kupuje pouze bezvaječné. Knedlíky po edukaci zcela vyřadila ze svého jídelníčku. Respondent N1 po edukaci preferuje vařené brambory, které jí 3-4krát týdně. Rýži jí 2krát týdně. Knedlíky jako přílohu využívá jednou za měsíc. Těstoviny jsou v jeho jídelníčku jednou týdně. Odpovídající N2 po edukaci jí jednou týdně rýži. Knedlíky jí jednou za dva týdny. Těstoviny jí 2krát týdně. Vařené brambory jí 3krát týdně. Další zúčastněný N3 konzumuje knedlíky po edukaci stále 3krát týdně. Rýži, těstoviny, brambory jí jednou týdně.

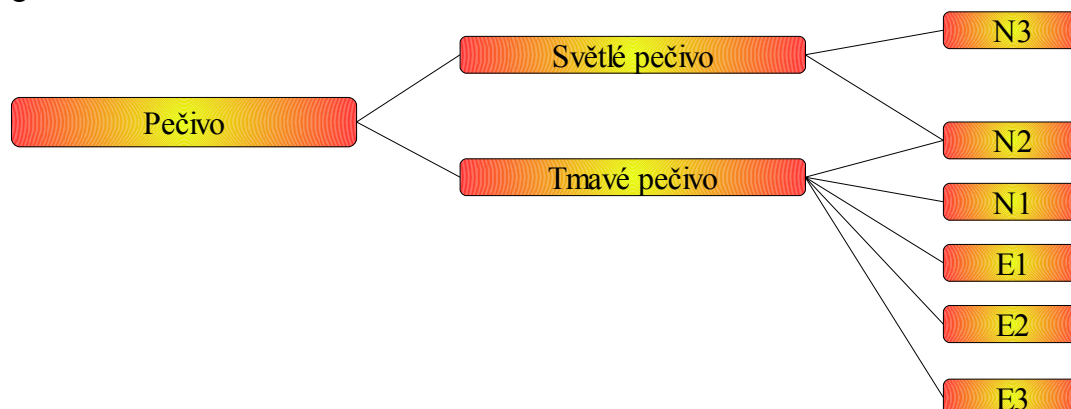
Kategorie č.12 Vejce

Tři naši respondenti konzumují vejce jen ta, která se použila v rámci přípravy jídel. Jsou to respondenti E2, E3, a N3. Respondent N1 si uvaří vejce jednou za dva týdny tři kusy. Další účastník výzkumného šetření N2 využije vejce ve svém menu jednou za tři týdny. Po edukaci nedošlo ke změně u Respondenta E1 a N2, kteří konzumují vejce jednou týdně. Respondentka E3 po edukaci konzumuje vejce jen ta, která jsou již obsažená v jídle. Od osloveného N1 jsme při rozhovoru získali odpověď, ze které je zřejmé, že konzumuje vejce jednou týdně 2-3 kusy.

Kategorie č.13 Pečivo

Pečivo z bílé mouky jedí před edukací respondenti E1, E2, E3, N1 a N3. Oslovený N2 střídá světlé pečivo s celozrnnými výrobky. V rozhovoru po edukaci bylo zjištěno, že respondenti E1, E2, E4 a N1 si zvykli konzumovat pouze tmavé pečivo. U Respondenta N3 a N2 nedošlo v oblasti konzumace pečiva k žádné změně, jelikož po edukaci stále konzumují bílé pečivo.

Diagram Pečivo



Kategorie č.14 Máslo a margaríny

Máslo ve svém jídelníčku využívají respondenti E1, E3, N2 a N3. Margaríny používají respondenti E2 a N1. Po proběhlé edukaci došlo ke změně u respondentky E3, která nahradila máslo margarínem.

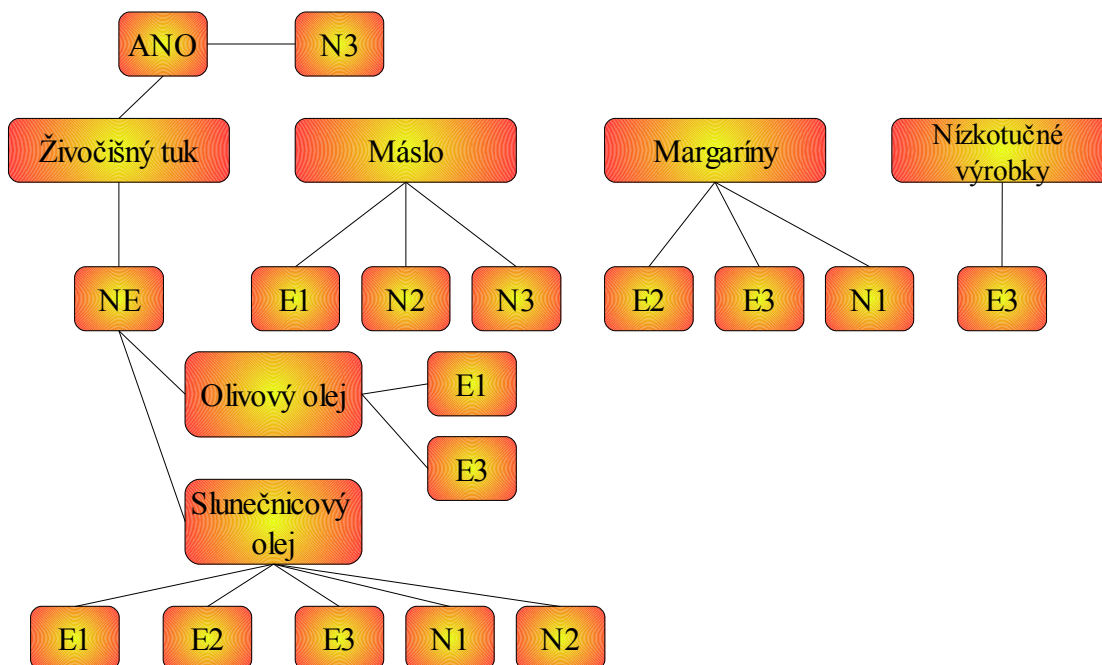
Kategorie č.15 Nízkotučné a odtučněné mléčné výrobky

Mléčné výrobky najdeme v jídelníčku všech našich respondentů. Z šestičlenného výzkumného souboru respondentů žádný respondent nedává přednost odtučněným a nízkotučným výrobkům. Po edukaci realizované v rámci pobytu na Kardiologickém oddělení došlo ke změně pouze u Respondentky E3, které začala konzumovat výrobky odtučněné a nízkotučné.

Kategorie č.16 Živočišné tuky, olej

Účastník výzkumného šetření N3 používá k přípravě pokrmů pouze živočišné tuky (sádlo) jak před edukací, tak dva měsíce po edukaci. Respondenti E1, E2 a N2 využívají živočišné tuky zřídka. Respondent N1 jej nevyužívá vůbec. Respondentka E3 používala živočišné sádlo jednou týdně v době před edukací. U této respondentky nastala po edukaci změna, jelikož nahradila živočišné tuky slunečnicovým a olivovým olejem. Olivový olej dále používá Respondent E1. Slunečnicový nebo jiný rostlinný olej najdeme u Respondetů E1, E2, E3, N1 a N2 .

Diagram Máslo a margaríny, Nízkotučné a odtučněné mléčné výrobky, Živočišné tuky, olej



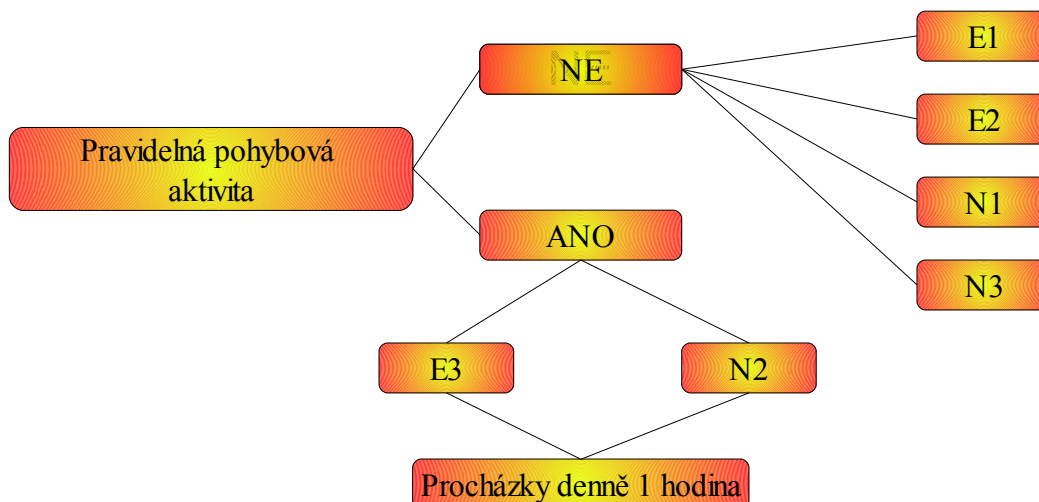
Kategorie č.17 Sladké pochutiny

Respondenti N1 a N3 jí sladké pochutiny denně. Ke změně nedošlo ani po proběhlé edukaci. Respondent E2 uvedl, že sladké pochutiny nejí vůbec. Respondent E1 po edukaci omezil sladké pochutiny a jí hlavně domácí výrobky jednou týdně. Respondentka E3 jedla před hospitalizací sladkosti obden. Po edukaci jsme zjistili, že sladké pochutiny se vyskytují na jejím jídelníčku jednou týdně. Respondentka N2 konzumuje sladké pochutiny minimálně.

Do Kategorie č.18 spadají respondenti, kteří se nevěnují pravidelně pohybové aktivitě. Zde bychom našli respondenty E1, E2, N1 a N3.

Kategorie č.18 patří respondentům, kteří se pravidelně věnují pohybové aktivitě. Po edukaci nastala změna u respondentů E3 a N2, kteří před hospitalizací neprováděli pravidelně žádnou sportovní aktivitu.

Diagram Pravidelná pohybová aktivita



Kategorie č.20 Stres v zaměstnání

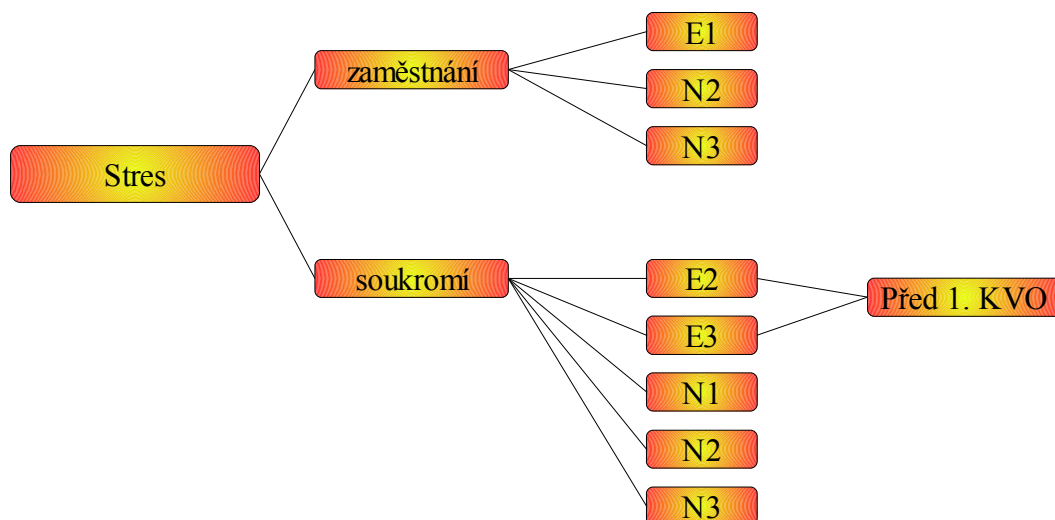
Své zaměstnání považují za stresující Respondenti E1, N2 a N3.

Respondent E1 konkrétně uvedl, že největší stres pro něj představovala práce s lidmi.

Kategorie č.21 Stres před hospitalizací

Stresující událost ve svém životě zaznamenali Respondenti E2, E3, N1, N2 a N3. Zúčastnění E3 a E1 zároveň potvrdili, že se v jejich životě objevila stresující událost již před prvním srdečním onemocněním. Naši respondenti udali jako stresující faktor smrt v rodině a velmi stresující je výskyt onemocnění v rodině. Klientka E3 uvedla, že velice stresující pro ni byla ztráta zaměstnání. Od respondentů N1 a N2 jsme nezískali podrobnější informace, jelikož toto téma bylo příliš osobní, aby se nám svěřili.

Diagram Stres



Kategorie č.22 Podpora v rodině

Respondent N3 nezískal podporu od svých blízkých při dodržování režimových opatření po infarktu myokardu. Dotazovaného E1 manželka podporovala při snaze zanechat kouření. Také při změnách stravovacích návyků jej podporovala, snaží se vařit lehčí jídla. Nepodporovala ho však při zvyšování pohybové aktivity. Respondenta E2 podporovala manželka při zanechání kouření a při změnách stravovacích návyků, ne však při zvyšování pohybové aktivity. Účastníci výzkumného šetření E3 podporovala celá rodina při změnách stravovacích návyků a při pohybových aktivitách a také při odvykání kouření. Respondenty N1 a N2 také podporovala celá rodina při dietních opatřeních a při zvyšování pohybové aktivity.

Kategorie č.23 Informace

Všichni naši respondenti se domnívají, že získali potřebné informace o výživových opatřeních, o možnostech zanechání kouření a o pohybových aktivitách. Respondent E2 by potřeboval doplnit informace o pohybových aktivitách, jelikož se cítí být v tomto směru omezen. Prošel operací kolene a trpí bolestmi, takže neví, co by s těmito obtížemi mohl provozovat za sportovní činnost. Respondenti E1, E3, N1, N2, N3 zastávají názor, že nepotřebují doplnit žádné informace o režimových opatřeních.

Kategorie č.24 Tištěný materiál

Tištěný materiál s režimovými opatřeními získal pouze Respondent N2 a byl tomu velice rád. Zbylí respondenti nedostali do svých rukou tištěný materiál, přičemž respondenti E2, E3, a N1 se shodli v tom, že by informační materiál v tištěné podobě velice uvítali. Od odpovídajících E1 a N3 jsme získali opačnou odpověď, ve které uvedli, že by tištěný materiál neocenili. Domnívají se, že jsou schopni si informace sehnat sami, například na internetu nebo vědí, jak by se měli stravovat. Zároveň z rozhovorů vyplívá, že od ošetřujícího personálu nezískali respondenti tip, kde shánět informace o režimových opatřeních.

Kategorie č. 25 Získání informací

Respondent E1 získal informace od sestry i od lékaře. Od lékaře získal informace při propuštění, přičemž předání informací trvalo přibližně pět minut a dozvěděl se, že by měl zhubnout. Od sestry získal více informací. Předání informací proběhlo na pokoji, kde se spolu bavili o stravování, o tom, že by měl přestat kouřit a více se hýbat. Celé to trvalo dlouho, jak tvrdí respondent. Možnost klást otázky měl respondent hlavně u sestry, jelikož u lékaře měl pocit, že spěchá a nechtěl ho zdržovat. Respondent E2 získal informace pouze od sestry, která se mu taktéž věnovala dlouho a říkala mu, že by měl přestat kouřit a co by měl vynechat ve svém jídelníčku. Dále mu doporučila více pohybu. Od doktora získal informace pouze o užívání nových léků. Respondent E2 mohl klást sestře otázky. Respondentka E3 získala informace od lékaře a sestry a předání informací pro ni bylo příjemné. Edukace probíhala na pokoji, kde jí sestra vyprávěla, jak by se měla stravovat a že by měla přestat kouřit a více se hýbat. Domnívá se, že celé to trvalo jednu hodinu. Lékař jí sdělil, že by měla zhubnout a držet nízkocholesterolovou dietu. Říkal jí to na chodbě, když jí předával propuštěcí zprávu. Respondentka měla možnost klást otázky. Oslovený N1 získal informace od sestry i lékaře. Předání informací probíhalo na pokoji a trvalo několik minut. Přesto měl tento respondent z edukace dobrý pocit. Možnost klást otázky měl. Respondent N2 získal informace o režimových opatřeních od sestry i lékaře, přičemž předání informací probíhalo na pokoji. Lékař mu říkal, že by měl přestat kouřit a držet dietu, když byl

propuštěn domů. Sestra ním hovořila, když se vrátil ze zákroku. Respondent N3 nabyl nové informace od lékařky při propuštění, kdy se dozvěděl, že by měl přestat kouřit a více se hýbat. Dále se zabývala stravováním, jelikož ho informovala o nutnosti vyhýbat se tučnému masu. Možnost klást otázky měl.

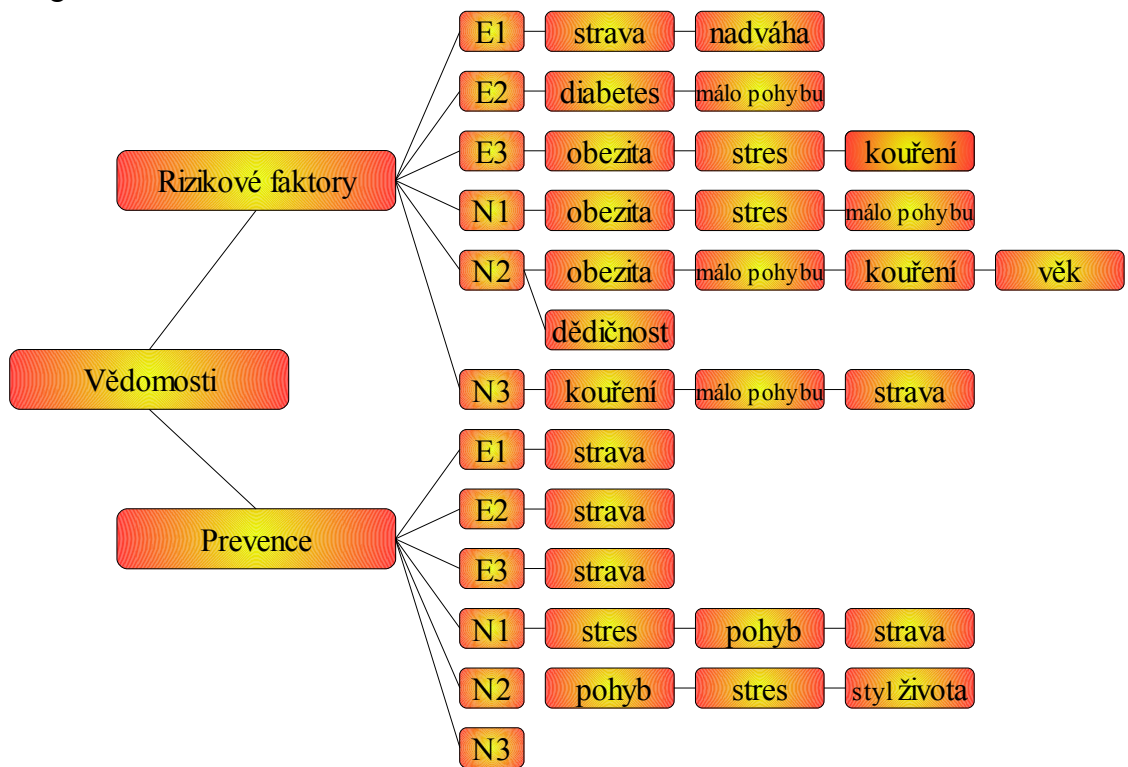
Kategorie č. 26 Nejtěžší režimové opatření

Respondent N3 považuje dodržování všech režimových opatření za těžké. Zanechat kouření je nejtěžší pro odpovídající E1, E3 a N2. Zvýšení pohybové aktivity označil respondent E2. Změny ve stravovacích návycích považuje za těžké respondent N1.

Kategorie č. 27 Vědomosti

Respondent E1 ví, že by se měl stravovat dietně a zhubnout. Z rizikových faktorů IM vyjmenovává stravu a zvýšenou váhu. Domnívá se, že se této nemoci dá předcházet správnou stravou. Respondent E2 ví, že by měl držet dietu a z rizikových faktorů vyjmenovává diabetes a málo pohybu. Myslí si, že se IM dá předcházet stravou. Odpovídající E3 ví, jak by se měla stravovat se svým onemocněním a vyjmenovala omezení tučného masa, 5-6 porcí jídla denně, ke každému jídlu zeleninu a ovoce, vyhýbat se smaženým jídlům, žloutkům, jíst více luštěnin. Za rizikové faktory považuje obezitu, nedostatek pohybu, kouření a stres, přičemž se domnívá, že této nemoci se dá předcházet hlavně stravováním. Oslovený N1 udal, že ví, že by neměl jíst tučná masa, jíst více zeleniny, ovoce a mléčných výrobků. Z rizikových faktorů jmenuje obezitu, málo pohybu a stres. Domnívá se, že se IM dá předcházet nestresováním se, pohybem a stravou. Respondent N2 ví, jak by se měl stravovat se svým onemocněním. Ví, že by měl jíst více zeleniny, ovoce a omezit by měl živočišné tuky. Z rizikových faktorů IM vypočítává obezitu, věk, málo pohybu, kouření, dědičná zátěž. Odpovídající N3 si uvědomuje, jak se stravovat po IM. Rozpovídal se o tom, že by měl jíst hodně ovoce a zeleniny, omezit tučné maso a uzeniny. Z rizikových faktorů vyjmenoval kouření, málo pohybu a stravu. Domnívá se, že se IM nedá předcházet.

Diagram Vědomosti



5 DISKUZE

V rámci diskuze zhodnotíme výsledky kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce zaměřené na zjištění vlivu edukačních plánů na dodržování sekundární prevence infarktu myokardu.

Do výzkumného šetření jsme zahrnuli pacienty, kteří prodělali infarkt myokardu léčený perkutánní transluminární koronární angioplastikou. Celkem bylo osloveno 6 pacientů, přičemž 3 z nich byli edukováni podle edukačního plánu a u 3 pacientů se edukační plán nevyužil. S časovým odstupem 8 týdnů od edukace jsme opětovně kontaktovali respondenty, s kterými jsme provedli rozhovor, jenž byl zaměřen na oblast stravování, kouření, pohybovou aktivitu, stres a edukaci. Z anamnestických dat pacientů jsme získali informace ohledně historie kardiovaskulárních onemocnění respondenta, rodinné anamnéze a přidružených onemocněních.

Dle Zemana (2011), Koláře (2009) a Šafránkové (2006) patří rodinná anamnéza a pohlaví mezi neovlivnitelné rizikové faktory KVO. Při analýze zjištěných výsledků se nám toto potvrdilo. Pozitivní familiární anamnéza se vyskytla u čtyř našich respondentů, přičemž ve všech případech byl kardiovaskulárním onemocněním postižen muž. Ačkoliv se domníváme, že je již všeobecně známý negativní účinek kouření na lidský organismus, překvapilo nás, že z šesti oslovených respondentů nikdy nekouřil pouze jeden z nich. Za znepokojující považujeme fakt, že doba užívání cigaretových výrobků se pohybuje u našich respondentů od 20 do 43 let. Nutno podotknout, že pouze dva pacienti, kteří byli edukováni dle edukačního plánu, přestali po prodělaném infarktu myokardu zcela holdovat cigaretovým výrobkům, přičemž jen jedna respondentka využila nikotinové náhražky. Konkrétně vyzkoušela Respondentka E3 nikotinové náplastí na doporučení kamarádky. Tento fakt nekoresponduje s názorem Špinara (2007), který uvádí, že terapie kuřáctví zahrnuje také farmakologickou léčbu, která zmírňuje abstinční příznaky. Ačkoliv podle Špinara (2007) spočívá terapie závislosti na tabáku v poradenství, intenzivní podpoře a léčbě, kterou poskytují specializovaná pracoviště, tedy centra léčby závislosti na tabáku, tak z našich výsledků zjišťujeme, že

z šesti účastníků výzkumného šetření nenavštívil ani jeden odborníka na léčbu závislosti na nikotinu. Domnívám se, že v této oblasti nepodávají sestry a lékaři pacientům informace o této možnosti terapie kouření.

Arteriální hypertenze, dyslipidémie, kouření cigaret, obezita a diabetes mellitus představují dle Koláře (2009) další významné rizikové faktory. Taktéž Šafránková (2006) řadí mezi ovlivnitelné faktory hyperlipoproteinémii, hypertenzi, diabetes mellitus, obezitu a psychosociální zátěž. Zeman (2011) považuje za nejvýznamější rizikové faktory ICHS lipidový faktor. S těmito názory musíme souhlasit, jelikož u čtyř našich respondentů byla diagnostikována dyslipidémie. Při analýze zjištěných výsledků jsme potvrdili výskyt hypertenze u všech respondentů. Diabetes mellitus I. typu trpí jeden respondent a DM II. typu taktéž jeden. Obezitu jako významný rizikový faktor nám potvrdila kategorie č. 5, ve které se nachází 4 respondenti, u nichž výsledná hodnota BMI překročila hranici 30-ti. Potěšilo nás, že tři respondenti, kteří byly edukováni dle edukačního, snížili svou váhu. Naopak zklamání pro nás představuje zjištění, že respondenti, kteří byli edukováni bez edukačního plánu, nesnížili svou původní hmotnost. Zastávám názor, že v tomto případě je možné přisoudit edukaci podle edukačního plánu zásadní vliv a pozitivum.

Frej (2006) doporučuje konzumovat během dne 5 až 6 menších porcí jídla. Zde vidíme rozdíl mezi odbornými doporučeními a stravováním našich respondentů. Polovina respondentů konzumuje 3 porce jídla za den. Pouze respondent N1 si dopřává 6 porcí jídla za den. Za zvláště znepokojující výsledek považujeme počet porcí jídla za den u respondenta E2, který trpí DM II. typu. Dotazovaný E2 nám sdělil, že konzumuje za den 3 porce jídla, což se neshoduje také s doporučeními v oblasti výživy diabetiků. Tento stav se nezměnil ani po edukaci dle edukačního plánu.

Maso se velice často objevuje na jídelníčcích vybraných respondentů. Přestože Frej (2006) doporučuje omezit červené maso a nejlépe ho nahradit masem rybím, vidíme v této oblasti další rozdíly mezi doporučenými postupy a zvyklostmi našich respondentů. Vepřové maso konzumuje naše skupina nejčastěji. Za pozitivum lze považovat fakt, že tučné maso jedí pouze dva respondenti

Dále Frej (2006) považuje za nezbytné zvýšit příjem čerstvého ovoce a zeleniny, nejvhodnější je zařadit 5 porcí zeleniny a ovoce do denního jídelníčku. Také zde vidíme značné rozdíly mezi odbornými názory a konáním našich respondentů. Pouze Respondent N3 jedl již v době pře edukací 5 kusů ovoce denně. Respondentka E3 po edukaci navýšila konzumaci ovoce a jí ho jednou denně. Také respondent N1 zvýšil konzumaci ovoce na 2 kusy denně. U dotazovaných E1 a E2 jsme dokonce analyzovali pokles konzumace zeleniny. Tyto změny hodnotíme jako nedostačující.

Výrobky z mléka představují dle Freje (2006) zdroj nasycených tuků ve stravě. Přestože je možné omezit spotřebu tuků obsažených v plnotučných mléčných výrobcích konzumací nízkotučných mléčných výrobků, tak z našeho výzkumného šetření vyplývá, že pouze jeden respondent zařadil nízkotučné výrobky do svého jídelníčku. Další zdroj nasycených tuků představuje živočišné sádlo. Po edukaci přestali čtyři respondenti používat živočišné sádlo k přípravě pokrmů. Odpovídající N3 používá živočišné tuky k přípravě jídel před i po edukaci. Doporučovaný olivový olej používají dva respondenti. Dále je hojně využíván olej slunečnicový.

Pozitivně nás překvapilo, že pět našich respondentů získalo podporu od svých blízkých při dodržování režimových opatření. Přesto zastáváme názor, že rodinným příslušníkům se nevěnuje při edukaci pozornost. Příbuzní pacientů, kteří prodělali infarkt myokardu, nejsou dle mého názoru informováni o nutných opatřeních, neznají souvislosti a důvody, proč měnit rodinné zvyky. Velkou úlohu hraje neinformovanost především ve stravovacím režimu, jelikož jsou to ve velké většině případů ženy, které rozhodují o tom, jak se rodina stravuje a jakým způsobem bude strava upravena. Toto nám potvrdili i někteří respondenti, u kterých vládne v kuchyni manželka.

Zaobírali jsme se také rizikovým faktorem v podobě stresu. Za stresující považují své zaměstnání 3 námi oslovení. Dále nám 5 respondentů potvrdilo výskyt stresující události ve svém životě před vznikem obtíží. Tento fakt koresponduje s výsledky epidemiologického projektu Nova Scotia Health Survey, jež provedli američtí kardiologové z Kolumbijské univerzity. Tento projekt vedla Karina Davidsonová a ve studii byl prokázán vliv pozitivních emocí na snížení rizika kardiovaskulárního onemocnění.

Špinar (2007) doporučuje zakotvit cvičení do denního a týdenního plánu. Upozorňuje také, že vhodná je po infarktu myokardu dynamická zátěž ve formě chůze, běhu či plavání. Tento názor koresponduje s výpověďmi našich respondentů, kteří udávali jako nejčastější pohybovou aktivitu procházky. Za alarmující fakt ovšem považujeme, že pouze dva respondenti jsou po prodělaném IM pravidelně pohybově aktivní.

Juřeníková (2010) označuje edukační prostředí za místo, kde dochází k edukaci. Na edukační prostředí mají vliv ergonomické a sociální podmínky. Nejčastěji byli pacienti edukováni na pokoji, ale dozvěděli jsme se také, že předání informací proběhlo i na chodbě. Na tomto místě poskytl informace lékař. Také Onderková (2007) uvádí ve svém článku Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem, že klidné prostředí považuje 27 z celkového počtu 55 respondentů, za moment, který není dostatečně v průběhu edukačního procesu zastoupen. U Respondenta N2 proběhl předání informací po návratu z vyšetření, což hodnotí sám pacient negativně, jelikož přiznal, že sestru příliš neposlouchal. Ztotožňuji se s názorem pacienta. Považuji toto za ukázkou edukační bariéry ze strany edukanta, konkrétně v oblasti psychiky. Juřeníková (2010) považuje edukační bariéru za překážku či komplikaci, která nám zabrání či znesnadní dosažení edukačního cíle.

Kuberová (2010) uvádí, že edukační proces probíhá v pěti fázích. První fázi edukačního procesu nazývá posuzováním, ve kterém dochází k důkladnému sběru dat a analýze údajů o edukantovi. Domnívám se, že právě této fázi je věnována nejmenší pozornost. Z vlastní zkušenosti vím, že se často edukace provádí u jen pacientů s hodnotou BMI nad 30. Nedochozí ale k důsledné analýze údajů o dotyčném jedinci, při které by se například zjišťovali podrobněji stravovací návyky ve všech oblastech výživy. Zastáváme názor, že informace o režimových opatřeních, které jsou pacientům následně předávány, jsou obecné a nekonkrétní. Podle Juřeníkové spočívá významnost této fáze ve stanovení budoucích cílů edukace.

Edukace je v současné době považována za nedílnou komponentu ošetrovatelské péče. Edukace má zajisté vliv na dodržování zásad prevence ischemické choroby srdeční. Vždy ale záleží na konkrétním pacientovi, jaký zaujme postoj ke své nemoci.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci byly stanoveny 4 výzkumné otázky. Analýzou zjištěných výsledků jsme získali následující odpovědi. Na Výzkumnou otázku č.1: Ovlivňuje využití edukačních plánů dodržování zásad sekundární prevence po infarktu myokardu? jsme získali odpověď č. 1.: Využití edukačních plánů ovlivňuje dodržování zásad sekundární prevence po infarktu myokardu. Tuto odpověď jsme získali analýzou zjištěných výsledků, ze kterých vyplývá následující. Respondenti, kteří byly edukováni dle edukačního plánu dodržují režimová opatření svědomitěji než respondenti, kteří byli edukováni bez edukačního plánu. Respondenti skupiny E snížili od edukace svou hmotnost, změnili své stravovací návyky a dva respondenti zanechali kouření.

Na Výzkumnou otázku č.2: Mají edukační plány vliv na vědomosti a znalosti pacienta? jsme získali Odpověď č.2 Edukační plány nemají vliv na vědomosti a znalosti pacienta. Z analýzy získaných dat vyplývá, že vědomosti respondentů edukovaných dle edukačního plánu a edukovaných bez edukačního plánu jsou na stejné úrovni.

Výzkumná otázka č.3: Získali pacienti dostatek informací o režimových opatřeních? nám poskytla Odpověď č.3 Pacienti získali dostatek informací o režimových opatřeních. Pouze jeden respondent potřebuje doplnit informace o pohybových aktivitách. Dalších 5 respondentů zastává názor, že nepotřebují doplnit žádné informace.

Na Výzkumnou otázku č.4: Má edukace vliv na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu? jsme získali Odpověď č. 4 Edukace má vliv na dodržování zásad sekundární prevence infarktu myokardu. Respondenti zásluhou edukace získali informace o vhodných stravovacích návycích, o nutnosti zanechání kouření a o tom, že je vhodné zvýšit pravidelnou pohybovou aktivitu. Na základě těchto znalostí naši respondenti začali dodržovat některá režimová opatření po IM.

V bakalářské práci byly stanoveny 2 cíle.

Cíl 1: Zjistit, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu mají stejné vědomosti jako pacienti edukováni pomocí edukačního plánu.

Analýzou získaných výsledků jsme zjistili, že pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu mají stejně vědomosti jako pacienti edukováni pomocí edukačního

plánu.

Cíl 2: Porovnat, zda pacienti, kteří jsou edukováni bez edukačního plánu dodržují zásady sekundární prevence infarktu myokardu jako pacienti, u kterých se edukační plán využil.

Porovnáním získaných výsledků jsme zjistili, že edukovaní pacienti podle edukačního plánu dodržují zásady sekundární prevence důsledněji než pacienti, u kterých se edukační plán nevyužil.

Cíle práce byly splněny.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Úvod do problematiky epidemiologie a prevence kardiovaskulárních chorob*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003, 42 s. ISBN 80-704-0607-0.
2. ASCHERMANN, Michael. *Kapesní průvodce prevencí ischemické choroby srdeční*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 126 s. ISBN 80-725-4437-3.
3. ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, xxviii, 753, lix s.: ISBN 80-726-2290-0.
4. ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Národní kardiovaskulární program*. online:
[http://www.kardiocz.cz/resources/upload/data/51_Narodni_kardiovaskularni_program.pdf.] 30.11.2010. Brno
5. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO STEROSKLERÓZU. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií v dospělosti, vypracované výborem České společnosti pro aterosklerózu*. 9.3. 2007. UR [http://www.athero.cz/cze/odborna-doporuceni/Doporuceni_CSAT-07.pdf].
6. ČEŠKA, Richard. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 343 s. ISBN 80-725-4738-0.
7. CHALOUPKA Václav. *Rehabilitace nemocných po infarktu*. URL: [<http://www.solen.cz/pdfs/med/2004/02/03.pdf>]. 2/2004. [30.11.2012].
8. GRAHAM Ian et al.. *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary*. Online [http://www.athero.cz/cze/odborna-doporuceni/Euro_CVD-prevention_07.pdf] 27.8.2007. cit. [16.12.2012]
9. FREJ, David. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2006, 309 s. ISBN 80-725-4537-X.
10. GROFOVÁ Zuzana. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1868-5.
11. HAMPTON, John R. *The ECG made easy*. 7th ed. New York: Churchill Livingstone, 2008, ISBN 978-044-3068-263.

12. HAZULÍKOVÁ Jana a ŘÍMOVSKÁ Zdeňka. *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. Online [<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevence-jeho-nasledku-450941>] 4/2010
13. HORÁK Jan et al.. *Hybridní revaskularizace myokardu – pohled kardiologa*. Cor et vasa. Brno: Česká kardiologická společnost, roč. 12, č. 54, str. 269-278, ISSN 0010-8650.
14. HUANG Robert L. *Dyslipidémie a další srdeční rizikové faktory*. In: O'ROURKE, Robert. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. 1. české vyd. Překlad Hana Pospíšilová. Praha: Grada, 2010. 767 str. ISBN 978-802-4731-759.
15. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
16. KAPOUNOVÁ Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
17. KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009, xxv, 480 s. ISBN 978-807-2626-045.
18. KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří KOZÁK. *Jak přestat kouřit*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, c2003, 130 s. ISBN 80-859-1268-6.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
20. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
21. KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010, 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
22. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích: vědecká monografie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 228 s. ISBN 80-247-1050-1.
23. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

24. MANDOVEC, Antonín. *Kardiovaskulární choroby u žen*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 128 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4728-070.
25. MARŠÁLEK, Pavel. *Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, 125 s. ISBN 80-725-4740-2.
26. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.
27. O'ROURKE, Robert A, Richard A WALSH a Valentí FUSTER. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. 1. české vyd. Překlad Hana Pospíšilová. Praha: Grada, 2010, xxxi, 767 s. ISBN 978-802-4731-759.
28. PETR, Jaroslav. *Závislost na nikotinu neurčují jen geny* [online]. <http://www.osel.cz/index.php?clanek=3780>. 2008-07-18 [cit. 18.2.2013]
29. PTÁČEK Radek. *Stres a zdraví*. [<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/stres-a-zdravi-451322>] 8/2010. [4.1.2013]
30. ROSOLOVÁ, Hana a Martin MATOULEK. *Metabolický syndrom a prevence srdečně-cévních nemocí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 27 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2546-1.
31. SOUKUPOVÁ Lenka. *Využití edukačních plánů v péči o kardiaky*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 3.5.2010 (13.2.2013). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Katedra ošetrovateľství. Šedová Lenka.
32. SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky: vyšetření; rizikové faktory; srdeční onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 117 s. ISBN 80-247-1166-4.
33. SOVOVÁ, Eliška. *100 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-0952-X.
34. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 153 s. ISBN 80-247-1009-9.
35. SOVOVÁ, Eliška. *EKG pro sestry*. Praha: Grada, 2006, 112 s. Sestra. ISBN 80-247-1542-2.
36. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.

37. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
38. ŠETINA, Marek. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 60 s. ISBN 80-704-0779-4.
39. ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 255 s. ISBN 978-802-4718-224.
40. STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie Přel. S. Ježek*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, str. 39, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
41. Vitek Libor. *Body mass index – BMI*. 19.10.2010. URL [<http://www.sportvital.cz/zdravi/civilizacni-nemoci/nadvaha-a-obezita/body-mass-index-bmi/>] Cit. 18.2.2013.
42. VURM Vladimír, Lískovcová Ilona. *Krevní tuky, metabolický syndrom a možnosti jejich ovlivnění*. In Kontakt. URL: [<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2011/685-krevni-tuky-metabolicky-syndrom-a-moznosti-jejich-ovlivneni>] cit.20.6.2011. ISSN 1804-7122.
43. Widimský Jiří jr. a kol. *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy X*. 1. vyd. Praha Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-569-5
44. Zdraví 21. online [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html] 3.12.2002. cit. [10.12.2012]
45. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. *Pozitivní emoce snižují riziko kardiovaskulárních onemocnění*. Online [<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pozitivni-emoce-snizuji-riziko-kardiovaskularnich-onemocneni-450294>] 15.3.2010.
46. ZEMAN Miroslav. *Nové rizikové faktory aterosklerózy*. In: ŽÁK Aleš. *Ateroskleróza, nové pohledy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 183 str., str 19. ISBN 978-80-247-3052-3.
47. ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. *Ateroskleróza: nové pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 183 str., ISBN 978-802-4730-523.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Akutní infarkt myokardu

Edukace

Edukační plány

Metody edukace

Ischemická choroba srdeční

Sekundární prevence infarktu myokardu

Režimová opatření

Sestra

9 PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 BMI

Příloha 2 Fagerstömův test závislosti na nikotinu

Příloha 3 Rozhovor s respondenty

Příloha 4 Transkripce rozhovorů s respondenty

Příloha 5 Edukační plán

PŘÍLOHA 1 BMI

Mezinárodní klasifikace stavu výživy podle BMI

KLASIFIKACE	BMI
Podváha	<18,50
Těžká podváha	<16,00
Středně těžká podváha	16,00-16,99
Mírná podváha	17,00-18,49
Fyziologické rozměří	18,50-24,99
Nadváha	25-29,99
Obezita	> 30
1. stupeň	30-34,99
2. stupeň	35,00-39,99
3. stupeň	> 40

Zdroj: Vitek Libor. *Body mass index – BMI*. 19.10.2010. URL [<http://www.sportvital.cz/zdravi/civilizacni-nemoci/nadvaha-a-obezita/body-mass-index-bmi/>] Cit. 18.2.2013.

PŘÍLOHA 2 Fagerstömův test závislosti na nikotinu

1. Jak brzy po probuzení vykouříte první cigaretu?
 - a) po více než hodině (0 bodů)
 - b) za 31-60 minut (1 bod)
 - c) za 6-30 minut (2 body)
 - d) do 5 minut (3 body)
2. Je pro vás těžké nekouřit tam, kde je to zakázáno?
 - a) ne (0 bodů)
 - b) ano (1 bod)
3. Které cigarety jste nejméně ochotni se vzdát?
 - a) první ranní (1 bod)
 - b) jiné (0 bodů)
4. Kolik cigaret kouříte denně?
 - a) méně než 10 (0 bodů)
 - b) 11-20 (1 bod)
 - c) 21-30 (2 body)
 - d) více než 30 (3 body)
5. Kouříte během první hodiny po probuzení častěji než během zbytku dne?
 - a) ne (0 bodů)
 - b) ano (1 bod)
6. Kouříte, i když jste nemocní tak, že trávíte většinu dne v posteli?
 - a) ne (0 bodů)
 - b) ano (1 bod)

5 bodů – slabá závislost

5-7 bod – silná závislost

7 a více bodů – extrémně silná závislost

Zdroj: PETR, Jaroslav. *Závislost na nikotinu neurčují jen geny* [online].
<http://www.osel.cz/index.php?clanek=3780>. 2008-07-18 [cit. 18.2.2013]

PŘÍLOHA 3 **Rozhovor s respondenty**

OBLAST KOUŘENÍ

1. Kolik cigaret denně vykouříte?
2. Co byla největší překážka při odvykání?
3. Využil/a jste při odvykání nikotinové náhrážky?
4. Navštívil/a jste odborníka na odvykání kouření?
5. Podporovala Vás rodina při odvykání kouření?

OBLAST STRAVOVÁNÍ

1. Snížila se od hospitalizace vaše váha?
2. Kolik porcí jídel denně jíte?
3. Jak často jíte zeleninu?
3. Jak často jíte ovoce?
4. Jak často jíte maso?
 - kuřecí maso
 - krůtí maso
 - vepřové maso
 - tučné maso
 - libové maso
 - hovězí maso
 - rybí maso
 - vnitřnosti
5. Kolik gramů váží vaše porce masa?
6. Jakou úpravu jídel preferujete?
7. Jak často jíte mléko a mléčné výrobky?
8. Dáváte přednost odtučněným výrobkům?
9. Jak často jíte vejce?
10. Jak často jíte sladké pochutiny?
11. Jak často jíte uzeniny a masné výrobky?
12. Jaké využíváte přílohy?

- smažené přílohy
- knedlíky
- rýži
- vařené brambory
- těstoviny

14. Jaké preferujete pečivo?

15. Kolik porcí pečiva denně sníte?

16. Využíváte ve svém jídelníčku máslo?

- ANO
- NE

17. Využíváte ve svém jídelníčku margaríny?

- ANO
- NE

18. Využíváte při přípravě jídel živočišné tuky?

- ANO
- NE

19. Jak často využíváte při přípravě jídel živočišné tuky?

20. Podporovala Vás rodina při změnách ve stravovacích návycích?

- ANO
- NE

21. Jakým způsobem jste změnil/a Váš jídelníček?

OBLAST POHYB

1. Věnujete se pravidelně pohybové aktivitě?

- ANO
- NE

2. Jaký druh sportu preferujete?

3. Jak často se věnujete sportu?

4. Jak dlouho trvá Vaše sportovní aktivita?

5. Jak probíhá Vaše sportovní činnost?

6. Podporovala vás rodina při zvyšování pohybové aktivity?

- ANO
- NE

OBLAST EDUKACE

1. Získal/a jste potřebné informace o výživě po infarktu myokardu?

- ANO
- NE

2. Získal/a jste potřebné informace pohybových aktivitách?

- ANO
- NE

3. Získal/a jste potřebné informace o možnostech zanechání kouření?

- ANO
- NE

4. Od koho jste získal/a informace?

- SESTRA
- LÉKAŘ
- SESTRA, LÉKAŘ
- Jiné.....

5. Jak předání informací probíhalo?

6. Jak na Vás předání informací působilo?

7. Měl jste možnost klást otázky?

- ANO
- NE

8. Dostal/a jste tištěný materiál?

- ANO
- NE

9. Uvítal/a by jste tištěný materiál?

- ANO

- NE

10. Dostal/a jste tip, kde shánět informace o režimových opatřeních po infarktu myokardu?

- ANO
- NE

11. Víte, jak byste se měl/a stravovat po infarktu myokardu?

12. Dodržování kterého režimového opatření pro vás bylo nejtěžší?

- Zanechání kouření
- zvýšení pohybové aktivity
- stravování

Z jakého důvodu?

13. Víte, jak byste se měl/a stravovat s Vaším onemocněním?

14. Znáte rizikové faktory vzniku infarktu myokardu?

15. Víte, jak se dá předcházet infarktu myokardu?

16. Víte, jak byste se měl/a stravovat po infarktu myokardu?

17. Jaké informace byste potřeboval/a doplnit?

OBLAST STRES

1. Považujete Vaše předchozí zaměstnání stresující?

2. Prožil/a jste v současné době stresovou situaci?

3. Prožil/a jste stresovou situaci před prvním srdečním onemocněním?

4. Podporoval Vás někdo při změnách životního stylu?

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 3 Transkripce rozhovorů s respondenty

Rozhovor s Respondentem E1

Respondent E1 byl přivezen na Kardiologické oddělení RZP poté, co se vzbudil klidovou stenokardií. Hospitalizace probíhala s diagnózou STEMI spodní stěny.

V minulosti byla Respondentovi E1 diagnostikována **essenciální hypertenze**, **dyslipidémie** a **DM II. Typu**. Respondent E1 absolvoval perkutánní angioplastiku ACId. **PCI již podstoupil** v roce 2009. **Rodinná anamnéza je pozitivní**, jelikož otec prodělal IM v 75 letech. Respondent E1 měří 178 cm, váží 100 kg, **BMI 31,56**. Respondentovi E1 je 59 let

Respondent E1 od propuštění z nemocnice **snížil svojí váhu** o 3 kg. Při váze 97 kg a výšce 178 cm se snížila hodnota **BMI** z 31,56 na 30,61.

Respondent E1 se pokusil přestat kouřit. „*Zkusil jsem přestat, ale nevydržel jsem to a za týden zase kouřit začal. Dostal jsem strašnou chuť na cigaretu. Nevydržel jsem to, když jsem viděl svého kamaráda, jak kouří. Snažím se nekouřit denně více jak 5 cigaret. Manželka se mě snaží donutit, abych nekouřil a hlídá mě kolik cigaret za den vykourím.*“ **Nikotinové náhražky nezkusil** ani **nenavštívil odborníka na léčbu závislosti na tabáku**. Nevěděl, že by ho mohl navštívit.

Respondent sní denně **čtyři porce jídla**, snídani, oběd, večeři a svačinu. **Zeleninu** jí obden. **Ovoce** jí denně. Na otázku Jak často jíte maso? odpovídá: „*Maso jím jednou za tři dny, převážně maso libové. Jím maso kuřecí jednou týdně. Krutí maso jím také jednou týdně, stejně jako maso vepřové a hovězí. Rybí maso jím také jednou za tři dny. Vnitřnosti jím jednou za tři týdny.*“ Porce masa váží přibližně 150gramů. Od propuštění upravují jídlo hlavně **dušením** a **vařením**, jednou týdně také **pečením**. Denně jí respondent E1 jogurty a sýry. Většinou si dává jogurt ke svačině. Sýr jí k snídani plátkový i tavený. Přednost **odtučněným výrobkům nedává**. **Vejsce** jí jednou týdně. **Sladké pochutiny** jako je čokoláda nebo sušenky se snažil vyřadit z jídelníčku. Občas ale neodolá, když manželka něco dobrého doma upeče, to je tak jednou týdně. **Uzeniny a masné výrobky** jí Respondent E1 jednou týdně, převážně šunku 10 dkg

například k snídani. Z příloh upřednostňuje **těstoviny**, které jí dvakrát týdně. „*Vaříme těstoviny vaječné i bezvaječné. Záleží na tom, co zrovna manželka nakoupí.*“ Také **rýži** a vařené **brambory** má dvakrát za týden. **Knedlíky** pacient omezil, jí je jednou za týden.

Pečivo od propuštění jí pouze z **tmavé mouky**, **pečivo světlé** zcela vyřadil ze svého jídelníčku. Denně sní 4 kusy tmavého pečiva, dva kusy k snídani a dva k večeři.

Před **margarínem** dává přednost Respondent E1 **máslu**, které používá dvakrát týdně.

Při přípravě jídel využívá **živočišné tuky** jednou za týden, jinak využívají s manželkou **olej slunečnicový**.

Rodina respondenta E1 **podporuje**. Manželka se snaží vařit lehčí jídla.

Na otázku Jakým způsobem jste změnil Váš jídelníček? odpovídá: „*Ve svém jídelníčku jsem změnil pečivo. Dříve jsem jedl světlé pečivo, teď jím jen tmavé pečivo. Jím více zeleniny a také více ryb. Jíme maso hlavně libové a snažil jsem se omezit uzeniny.*“

Respondent E1 se **nevěnuje pravidelně pohybové aktivitě**. Přesto Respondent E1 sportuje aktivně. Preferuje jízdu na kole a chůzi pěšky. Chodí pěšky tři kilometry, ale nepravidelně. Na kole jezdí převážně v létě. Rodina respondenta při zvyšování pohybové aktivity nepodporovala.

Pacient se domnívá, že potřebné **informace** o výživě získal, stejně tak jako o pohybových aktivitách nebo o možnostech zanechání kouření. „*Informace jsem získal od sestry i lékaře. Od lékaře jsem získal informace při propuštění. Mluvil jsem s ním asi pět minut, řekl mi, že bych měl zhubnout. Od sestry jsem získal informaci víc, přišla za mnou na pokoj a bavila se se mnou o tom, jak bych měl jíst, že bych měl přestat kouřit a víc se hýbat. Trvalo to docela dlouho, ale přesně si nepamatuji.*“ Respondent měl možnost klást otázky hlavně sestře, u doktora mu přišlo, že spěchal a tak ho nechtěl zdržovat. **Tištěný materiál** nedostal. Tištěný materiál by **neuvítal**. Vysvětluje: „*Nemám pocit, že bych potřeboval nějakou brožuru nebo leták. Když budu chtít, podívám se na internet a najdu si to tam. To může udělat kdokoliv, kdo se bude chtít něco dozvědět.*“ Tip, kde shánět informace nedostal. Respondent **ví, že se svým onemocněním by se měl stravovat dietně a zhubnout**. **Nejtěžší** pro respondenta E1 bylo přestat kouřit. Myslí si, že na to nemá dostatečně pevnou vůli. **Rizikové faktory** infarktu myokardu

zná, vyjmenovává stravu a zvýšenou váhu. Myslí si, že nemoci se dá **předcházet správnou stravou**. Pacient si myslí, že nepotřebuje doplnit žádné informace.

Respondent E1 **považuje své předchozí zaměstnání za velice stresující**. Pracoval jako operátor na lince Policie, kde to bylo velice náročné. Musel si umět poradit s různými situacemi, které mu lidé volali. Také sloužil 24-hodinové směny. Respondent se domnívá, že před hospitalizací **neprožil vyloženě stresovou situaci**. Nejvíce ho stresovala jeho práce.

Respondenta **podporovala manželka**.

Rozhovor s Respondentem E2

Respondent E2 byl přijat na doporučení praktického lékaře pro změny na EKG. Další diagnózy pacienta jsou **essenciální hypertenze** a **DM** závislý na inzulínu. Doposud se s onemocněním srdce neléčil. Rodinná anamnéza je bezvýznamá. Respondentovi E2 byla provedena PCI RIA+ RMS. Respondent E2 váží 124 kg, měří 182 cm a **BMI** je 37,44. Věk Respondenta E2 je 55 let.

Respondent E2 **snížil svou váhu** o 4 kg. Váha je 120 kg, výška 182 cm a **BMI** 36,2. Původní hodnota BMI byla 37,4.

Respondent E2 **přestal** po propuštění zcela **kouřit**. **Nikotinové nákrážky nevyužil**. **Nenavštívil odborníka na léčbu závislosti**. **Manželka ho při zanechání kouření velice podporovala**. „*Manželka taky kouří. Když jsem jí ale řekl, že bych chtěl opravdu přestat kouřit, tak přede mnou přestala kouřit a nenechává svoje cigarety tam, kde bych je mohl vidět.*”

Respondent E2 jí **tři porce jídla za den** a to snídani, oběd a večeři. **Zeleninu** jí jednou týdně, **ovoce** jí denně. Denně konzumuje Respondent E2 **maso**. Hlavně jí maso vepřové a hovězí. **Vepřové maso** má asi třikrát týdně. **Hovězí maso** jí jednou týdně. Jí jen **maso libové**. **Kuřecí, krůtí** a **rybí maso** nejí vůbec. **Vnitřnosti** jí jen zřídkakdy, přibližně jednou za šest měsíců. Nedává přednost žádné úpravě jídla, jí všechno. Mléko nepije vůbec. Jogurty a sýry jí přibližně jednou za týden. Kupuje pouze **neodtučněné výrobky**. **Vejce** jí jen ty, které se používají k přípravě jídel. **Sladké**

pochutiny vůbec nejí kvůli cukrovce. **Uzeniny a masné výrobky** jí jednou za dva týdny. Často jí **rýži, těstoviny** a **vařené brambory**. Každou tuto přílohu jí dvakrát týdně. **Knedlíky** konzumuje jednou týdně. **Smažené přílohy** nejí vůbec. **Pečivo** jí pouze **tmavé**. Denně sní 1-2 kusy pečiva k snídani. **Máslo** ve svém jídelníčku nepoužívá, přednost dává **margarínům**. Při přípravě jídle nepoužívají **živočišný tuk**. Upřednostňují **slunečnicový olej**. Manželka ho při změnách stravovacích návyků **podporuje**. „U nás doma vaří jen manželka, takže v podstatě záleží na tom, co ona uvaří. Koupili jsme si domů i speciální nádobí, abychom nemuseli používat tolik oleje.“ Respondent E2 dle svých slov svůj jídelníček nezměnil, jen jí trochu menší porce.

Respondent E2 **se nevěnujete pohybové aktivitě**.

Respondent E2 získal potřebné **informace** o výživě a o možnostech zanechání kouření. Informace získal od **sestry**. Na otázku Jak předání informací probíhalo? odpovídá: „*Sestra se mi věnovala dlouho. Říkala mi, co bych měl a neměl jíst a že mám přestat kouřit. Taky mi řekla, že bych se měl víc hýbat. Doktor mi neřekl nic, jen že budu brát nové léky.*“ Respondent E2 měl možnost klást otázky sestře, ale ne lékaři. Respondent E2 nedostal žádný **tištěný materiál**, ale **uvítal by ho**. Respondent E2 nedostal tip, kde shánět informace o režimových opatřeních. Na otázku Víte, jak byste se měl stravovat se svým onemocněním? pacient odpověděl takto: „*Vím, že bych měl držet dietu. Měl bych jíst víc zeleniny a ovoce. Maso bych měl jíst libové a jen občas. Taky bych neměl jíst salámy. Sýry a jogurty bych měl jíst jen odtučněné. Kvůli cukrovce nesmím jíst sladké a to platí i po infarktu.*“

Pro pacienta bylo **nejtěžší** zvýšit svou pohybovou aktivitu. Hlavní důvod je jeho artroza v kolenou. Je i po operaci, takže ho nohy bolí.

Z **rizikových faktorů** IM vyjmenovává cukrovku a málo pohybu. Respondent E2 se domnívá, že IM se dá **předcházet stravou**. Respondent E2 by **potřeboval doplnit informace o pohybu**. Neví, jak by se měl hýbat, když má bolesti.

Respondent E2 **nepovažuje své zaměstnání za stresující**. Před rokem Respondentovi E2 umřela sestra, o kterou se nějakou dobu musel starat. **Prožil** tedy velmi **stresovou situaci**. Při změnách životního stylu jej **podporovala** manželka.

Rozhovor s Respondentem E3

Respondentka E3 byla přijata na Kardiologické oddělení pro doporučení praktického lékaře, kterého navštívila poté, co byla v noci vzbuzena bolestí za hrudní kostí a bušením srdce. Praktický lékař provedl vyšetření EKG, kde shledal změny na křivce a doporučil hospitalizaci. Pacientce byla provedena byciklová ergometrie s pozitivním výsledkem. Po té absolvovala pacientka koronarografické vyšetření, při kterém jí byla provedena PCI RIA. Pacientka Již v minulosti **prodělala PCI** v roce 2009. Další diagnózy pacientky jsou **hypertenze** a **dyslipidémie**. **Rodinná anamnéza je pozitivní**, ve věku 65 let prodělal otec IM. Respondentka váží 95 kg, výška činí 175 cm a hodnota **BMI** je 30,5. Věk Respondentky E3 je 53 let.

Respondentka E3 **snížila svou váhu o 6 kg**, při váze 89 kg a výšce 175 cm. Snížila se také hodnota **BMI** na 29.

Respondentka E3 **přestala kouřit**. Respondentka vypráví: „*Největší překážka pro mě bylo překonání chuti na cigaretu. Na doporučení kamarádky jsem vyzkoušela nikotinové náplasti. Ty mi pomohly a chuť na cigaretu zmírnily. Při odvykání kouření jsem nenavštívila odborníka na odvykání kouření. Při odvykání kouření mě hodně podporoval hlavně manžel. Taky se rozhodl přestat kouřit a tak se podporujeme navzájem. Oznámila jsem také všem kamarádům, že chci přestat kouřit a tak se kuřáci snaží v mojí blízkosti nekouřit a tolerují moje rozhodnutí. Někteří mi závidí, že jsem to dokázala, chtějí to také zkusit.*“

Respondentka jí **pět porcí jídla denně**, snídani, svačinu, oběd, svačinu a večeři. **Zeleninu** jí respondentka denně k snídani a k večeři. Jí dva kusy zeleniny denně. Občas si udělá zeleninový salát. **Ovoce** jí také denně, jeden kus k dopolední svačině. Porce masa je 150 gramů. Upřesňuje: „*Kuřecí maso jím po propuštění častěji, tedy třikrát za týden. Snažím se zařadit do svého jídelníčku také maso krůtí, které jím jednou za dva týdny. Tučnému masu se zcela vyhýbám, i když je to někdy těžké. Vepřové maso kupuji pouze libové, které jím jednou týdně. Libové maso jím 4 krát týdně. Rybí maso jím jednou za dva týdny. Kupuji si nadále tuňáka ve vlastní šťávě, ale i kapra, lososa nebo makrely. Vnitřnosti jsem zcela vyřadila ze svého jídelníčku. Hovězí maso jím jednou*

za měsíc." Při přípravě jídel dává přednost **vařeným** a **dušeným pokrmům**. **Smažené pokrmy** velice omezila, ale úplně vyřadit z jídelníčku je nedokázala. **Smažené pokrmy** jí jednou za měsíc. **Dušené pokrmy** konzumuje jednou týdně, stejně jako pokrmy vařené. Snaží se nevařit **omáčky**, ale lehčí jídla. Zařadila do svého jídelníčku luštěniny, které jí dvakrát týdně. Z příloh dává přednost **těstovinám**, **rýži** a **bramborám**. **Knedlíky** zcela vyřadila ze svého jídelníčku. **Těstoviny** kupuje pouze bezvaječné.

Denně jí jogurt nebo kefir k odpolední svačině. Sýry jí dvakrát týdně, nejčastěji k večeři nebo k snídani. Kupuje **výrobky odtučněné nebo nízkotučné**. Začala sledovat obsah tuku v sušině. **Veje** používá jen v rámci přípravy jídel. Po propuštění z nemocnice omezila pečení buchet, nyní peče pouze jednou za týden. Při pečení používá pouze **tmavou mouku**. Respondentka jí **uzeniny** obden. Dopřává si k snídani tři plátky kuřecí šunky nebo jiného libového salámu. Dělá jí to velké problémy, ale snaží se uzeniny omezit. Od propuštění neodolala uzeninám, když byla na oslavě narozenin její sestry. Respondentka zcela vyřadila ze svého jídelníčku **pečivo z bílé mouky**. Vypráví: „Nyní jím pouze pečivo z mouky tmavé. Denně sním dva kusy pečiva. Někdy si koupím i rýžové chlebičky nebo knackebroty. Ty mi ale příliš nechutnají, takže je jím tak jednou týdně.

I na tmavé pečivo jsem si musela zvyknout. Měla jsem ráda čerstvý rohlík s máslem, který si teď dát nemůžu." Při přípravě jídel používá stále **olej slunečnicový**, ale také **olivový**. Ten používá do salátů. **Sádlo** již nepoužívá k přípravě jídel vůbec. **Máslo** zcela nahradila **margarínem**, který používá na pečivo pouze jednou denně k snídani.

Při změnách stravovacích návyků respondentku **podporovala** celá rodina. Manželovi ani dětem nevadí změny v jídelníčku, i když občas musí uvařit sobě jídlo zvlášť, jelikož děti se nechtějí vzdát úplně řízků nebo omáček.

Respondentka E3 **se věnuje pravidelně pohybové aktivitě**. Respondentka po propuštění z nemocnice denně chodí na procházky. Již chodí na jednu hodinu, ale zpočátku byla brzy unavená a tak začínala se čtvrt hodinovou procházkou, kterou po týdně prodloužila o deset minut. Před měsícem také začala chodit plavat do bazénu, kde tráví jednu hodinu týdně. Plavat sni chodí také manžel. Respondentku při zvyšování pohybové aktivity rodina podporovala.

Respondentka získala potřebné **informace** o výživě, pohybových aktivitách

i o možnostech zanechání kouření. Respondentka informace získala od **sestry i od lékaře**. Říká: „*Předání informací bylo příjemné. Sestřička si ke mě sedla na pokoj a říkala mi, jak bych se měla po infarktu stravovat a co změnit v jídelníčku. Potom mi říkala, že by bylo dobré, kdybych přestala kouřit a jak. Pak mluvila o pohybu, že bude důležité, abych se začala víc hýbat a jak bych to měla po propuštění dělat. Celé to trvalo přibližně jednou hodinu. Lékař mi jen řekl, že bych měla zhubnout a držet nízkocholesterolovou dietu. Říkal mi to, když mi dával propuštěcí zprávu na chodbě.*“ Pacientka měla možnost klást otázky. Respondentka **nedostala tištěný materiál, ale uvítala by ho**. Respondentka nedostala žádný tip, kde shánět informace o režimových opatřeních. Pacientka **ví, jak by se měla stravovat se svým onemocněním**. Říká: „*Měla jsem omezit tučné maso, hlavně vepřové a hovězí. Jíst mám 5krát až 6krát za den. Zeleninu a ovoce bych měla jíst denně ke každému jídlu. Pečivo je vhodné tmavé. Jídlo bych měla upravovat především dušením a vařením, úplně vyhýbat bych se měla jídlům smaženým. Také se musím vyhýbat vajíčkám, hlavně žloutkům. Dobré je více jíst luštěniny.*“

Pro respondentku bylo **nejtěžší** zanechat kouření. Především proto, že kouřila celá léta. Nejhorší bylo překonat chuť na cigaretu a pak to, že nevěděla co dělat s rukama. Cítila se najednou nejistá.

Pacientka zná **rizikové faktory** infarktu myokardu. Vyjmenovala obezitu, nedostatek pohybu, kouření a stres. Pacientka si myslí, že se této **nemoci dá předcházet hlavně stravováním**. Pacientka nepotřebuje doplnit žádné **informace**.

Při změnách životního stylu ji **podporoval** hlavně manžel, ale i děti.

Respondentka **nepovažuje svoje zaměstnání za stresující**, pracuje jako prodavačka v malém obchodě. Respondentka **se stresovala, když jí onemocněla matka**. Bylo to asi dva měsíce před hospitalizací. **Před prvním onemocněním srdce se stresovala**, jelikož v té době přišla o práci a hledala si nové zaměstnání.

Rozhovor s Respondentem N1

Pacient byl přijat na Kardiologické oddělení pro pozitivní výsledek

na ergometrii. Subjektivně pacient udává přibližně dva měsíce trvající obtíže v podobě píchání pod levým žebrem, které se vyskytovalo především při větší námaze. Pacientovi byla provedena SKG a následně PCI RIA. Další pacientovi diagnózy jsou **hypertenze** a **dyslipidémie**. V roce 2010 již pacient **prodělal PCI**. Otec pacienta prodělal v 73 letech CABG, **rodinná anamnéza je tedy pozitivní**. Pacient měří 172 cm, váží 82 kg, **BMI** je 27,72. Věk Respondenta N1 je 51 let.

Váha Respondenta N1 se od dimise **nesnížila**.

Respondent N1 jí **6 porcí jídel denně**. **Zeleninu** jí 3krát týdně v celkovém množství 0,5 kg. Respondent N1 jí dva kousky **ovoce** denně.

Porce jakéhokoliv masa je 10-15 dkg. V jídelníčku tohoto Respondenta najdememe **maso** 4-6krát týdně. K této otázce dodává: „, **Kuřecí maso** jím jednou týdně. **Krůtí maso** nejím, je moc drahé. **Vepřové maso** jím asi 2- 3krát týdně, ale snažím se jíst jen maso libové, **tučnému masu** se vyhýbám. **Rybí maso** jím 1-2krát za týden.

Vnitřnosti často nevaříme, asi jednou za měsíc. **Hovězí maso** si dám maximálně 2krát za měsíc. **Smažené pokrmy** jí Respondent N1 1krát za měsíc. **Dušené pokrmy**

konzumuje 2krát týdně. Nejrady má **omáčky**, které jí dvakrát týdně. Mléko a mléčné výrobky si dopřává denně. Kupuje si jogurty k snídani, keřiry, podmásli. Přednost **odtučněným nebo nízkotučným výrobkům nedává**. Jednou týdně konzumuje Respondent N1 2-3 **vejce**. Někdy si je uvaří „ natvrdo" nebo si udělá vejce míchaná.

Sladké pochutiny jí Respondent N1 denně, jelikož sladké má velice rád a nedokázal by se vzdát čokolády, sušenky nebo buchet. **Uzeniny a masné výrobky** jí Respondent N1 2-3krát týdně. Kupuje si všechny druhy salámů. Salámy má také velice rád a neuměl by si představit, že by měl je neměl občas k snídani nebo k večeři. Z příloh má

Respondent N1 nejrady vařené **brambory**. Ty jí i 3-4krát týdně. Dále jí **rýži** 2krát týdně. **Knedlíky** jí 1krát za měsíc. **Těstoviny** konzumuje 1krát týdně. Kupuje jak

těstoviny vaječné, tak i bezvaječné, ale rozhoduje se hlavně podle ceny. **Smažené přílohy** jí minimálně, přibližně jednou za dva měsíce. Respondent N1 preferuje **pečivo z tmavé mouky** a celozrné výrobky. Denně sní dva kusy pečiva. Respondent N1 jí asi 2x týdně k snídani cackebrot. Respondent N1 nevyužívá při přípravě jídel **živočišné tuky**. Používá **olej slunečnicový** nebo řepkový. **Máslo** tento respondent nevyužívá.

Raději používá **margaríny** a to denně, k snídani na chleba s medem.

Respondenta N1 rodina při změnách stravovacích návyků **podporovala**. Říká: „*Celá rodina se mnou začala jíst tmavé pečivo. Manželka dokonce začala používat tmavou celozrnnou mouku při pečení. Je to sice dražší, ale nám to za to stojí.*”

Respondent N1 **se nevěnuje pravidelně pohybové aktivitě**. Respondent N1 nesportuje aktivně ani se nevěnuje pohybovým aktivitám.

Respondent N1 získal potřebné **informace** o výživě a pohybových aktivitách. Informace získal od **sestry i lékaře**. Předání informací probíhalo ústně na pokoji a trvalo několik minut. Respondent N1 měl z toho dobrý pocit. Měl možnost klást otázky. **Nedostal žádný tištěný materiál, ale uvítal by ho**. Tip, kde shánět informace o režimových opatřeních také nedostal.

Respondent N1 **nepovažuje své zaměstnání za stresující a neprožil v současné době stresovou situaci**. Vzpomíná si, že **prožil stresovou situaci před prvním srdečním onemocněním**.

Tohoto respondenta **nepodporovala** rodina při zvyšování pohybové aktivity. Při změnách životního stylu Respondenta N1 **podporovala** manželka. Dodržování režimového opatření ve stravování bylo pro Respondenta N1 **nejtěžší**, jelikož má velice rád uzeniny a sladké.

Na otázku Víte, jak byste se měl stravovat s Vaším onemocněním? odpovídá: „*Měl bych jíst netučná masa, více zeleniny, ovoce a mléčných výrobků. Doporučili mi jíst hlavně tmavé pečivo. Z masa bych měl jíst hlavně kuřecí maso a ryby. Vepřové maso není dobré.*” Respondent N1 dle svého názoru omezil uzeniny a méně solí.

Na otázku Znáte **rizikové faktory** své nemoci? Odpovídá: „*Ano, je to obezita, málo pohybu a stres.*” Respondent N1 si myslí, že infarktu myokardu se dá **předcházet** tím, že člověk bude v klidu a nebude se stresovat. Také stravou a pohybem.

Respondent N1 se domnívá, že nepotřebuje doplnit **informace**.

Rozhovor s Respondentem N2

Respondent N2 byl přijat na Kardiologické oddělení pro hodinu trvajících

stenokardie a změny na EKG. Pacientovi byla provedena PCI ACD. Dále byla pacientovi v listopadu 2011 diagnostikována **dyslipidemie** a **essenciální hypertenze**. Pacient váží 102 kg, měří 182 cm a výsledné **BMI** je 30,79. Rodinná anamnéza pacienta je bezvýznamná. Respondentovi N2 je 48 let.

Pacient **kouří 20 cigaret denně**. Kouří již **30 let**. Dříve se pokoušel kouření zanechat, ale po pár dnech opět kouřit začal. Tvrdí, že je to proto, že nemá pevnou vůli. **Nikotinové náhražky nikdy nevyzkoušel** ani nevyhledal odborníka na léčbu závislosti na nikotinu.

Respondent N2 **nesnížil od hospitalizace svou hmotnost**.

Respondent N2 denně **vykouří 8 cigaret**. Nepokusil se zanechat kouření. **Nevyužil nikotinové náhražky** ani **nenavštívil odborníka na léčbu závislosti na nikotinu**. Denně jí **3 porce jídel**. **Zeleninu** Respondent N2 jí 4krát týdně 200gramů. **Ovoce** jí Respondent N2 3krát za týden 2 kusy. **Velikost porce** masa činí u tohoto pacienta 150gramů. Během týdne se objeví v jídelníčku Respondenta N2 **maso** 4krát. „**Kuřecí maso** jím jednou týdně. **Krůtí maso** jím jednou měsíčně. **Vepřové maso** je moje nejoblíbenější a jím ho 2krát týdně. Jednou týdně máme **maso tučné**. **Rybí maso** jím jednou týdně. **Vnitřnosti** jsem přestal jíst úplně. **Hovězí maso** si dám 2krát měsíčně.“ **Smažené pokrmy** jí dvakrát za měsíc. **Dušené a vařené pokrmy** vaří 1×týdně. Při úpravě jídel preferuje pečení. **Pečená jídla** jí 2-3krát týdně. Mléko a mléčné výrobky jí obden. **Odtučněné a nízkotučné výrobky** nekupuje, protože nejsou chuťově tak dobré. Jogurty jí 3krát do týdne. **Vejsce** konzumuje 1×týdně. **Sladké pochutiny** jí minimálně. **Uzeniny a masné** výrobky si dává 5×týdně. Dodává: „Mám rád všechny druhy uzenin. K snídani si většinou dám nějaký salám. Kupujeme si domů všechny druhy salámů. Já mám nejradši lovecký salám, vysočinu nebo paprikáš. Často si k večeři ohřejeme obyčejné párky. Máme zahradu, na které je gril, takže také hodně grilujeme třeba klobásy a nebo maso. Víím, že bych uzeniny jíst neměl, ale já je mám rád a neumím si představit, že bych je nejedl.“ **Rýži** konzumuje Respondent N2 jednou týdně, **knedlíky** jednou za 14 dní. **Těstoviny** jí 2krát týdně. Vařené **brambory** 3krát týdně. Respondent N2 má rád jak pečivo z **mouky světlé**, tak i z **mouky tmavé**. Tyto druhy pečiva střídá, přednost nedává ani pečivu

ze světlé mouky ani pečivu z mouky tmavé. Denně sní 1-2 kusy pečiva. Při přípravě Respondent N2 také **využívá živočišné tuky**, přibližně dvakrát za měsíc. Používá také **slunečnicový olej**. Třikrát týdně použije na pečivo **máslo**. **Margaríny** nevyužívá vůbec.

Tento respondent **se věnuje pravidelně pohybové aktivitě**. Jediným aktivním pohybem, kterému se Respondent N2 věnuje, je chůze. Denně jde na procházku, která trvá 30-60 minut. Respondent N2 získal potřebné **informace** o výživě, pohybových aktivitách a možnostech zanechání kouření. Informace získal od **sestry i lékaře**. Předání informací probíhalo ústně na pokoji. Lékař s ním mluvil, když byl propuštěn domů, dával mu propuštěcí zprávu. Říkal mu, že by měl držet dietu a přestat kouřit. Sestřička mu říkala, že by měl přestat kouřit, když se vrátil ze zákroku. Od lékaře pak **dostal leták** s informacemi. Na otázku Jak na Vás předání informací působilo? odpovídá: „Trochu mi vadilo, že mi sestřička říkala, že bych měl přestat kouřit, když mi točila EKG. Chvilku předtím jsem se vrátil ze sálu a pořádně jsem nevěděl, co se se mnou bude dít. Moc jsem sestřičku v tu chvíli neposlouchal.“ Respondent N2 měl možnost klást otázky. Respondent N2 dostal tištěný materiál a byl rád, že si ho může doma v klidu přečíst. Tip, kde shánět informace o režimových opatřeních nezískal. Respondent N2 **považuje své zaměstnání za stresující**. Před nedávnem **prožil stresovou situaci**. Respondenta N2 **podporovala** rodina při odvykání kouření, při změnách stravovacích návyků i při zvyšování pohybové aktivity.

Pro Respondenta N2 bylo velice **těžké** zanechat kouření. Nemá na to dost pevnou vůli. Na otázku Víte, jak byste se měl stravovat s Vaším onemocněním? odpovídá: „Ano, vím, že bych měl jíst víc zeleninu, ovoce a minimum živočišných tuků. Preferovat bych měl způsob úpravy potravin dušením.“ Respondent N2 se snažil omezit živočišné tuky v jídle a zařadil do svého jídelníčku větší množství ryb.

Respondent N2 zná **rizikové faktory** své nemoci a vyjmenovává obezitu, věk, málo pohybu, kouření a dědičnou zátěž. Respondent N2 **ví jak předcházet této nemoci**, jmenuje více pohybu, omezení stresu, zdravější životní styl.

Respondent N2 se domnívá, že nepotřebuje doplnit žádné **informace**.

Rozhovor s Respondentem N3

Respondent N3 byl přijat na Koronární jednotku Kardiologického oddělení pro den trvající bolest na hrudi kolísavé intenzity. Pacientovi byla provedena koronarografie a následné PCI Rcx. Pacientovi byl diagnostikován STEMI spodní stěny. Dále je Respondent N3 léčen s **essenciální hypertenzí**. **Rodinná anamnéza** Respondenta N3 je pozitivní, otec zemřel v 65 letech na AIM. Respondent N3 váží 76 kg, měří 85 cm, **BMI** činí 27,44. Věk Respondenta N3 59 let.

Respondent N3 **nesnížil** od propuštění z Kardiologického oddělení **svou váhu**. Respondent N3 se od propuštění z nemocnice **nepokoušel zanechat kouření**. Nikdy přestat kouřit nechtěl a nepřemýšlel nad tím ani teď. **Nikotinové náhražky nevyužil**, nevidí k tomu důvod. **Odborníka na léčbu závislosti na nikotinu nevyhledal**. Manželka mu často domlouvá, že by měl přestat.

Respondent N3 jí **tři porce jídla za den**. **Zeleninu** a **ovoce** jí 5krát denně. **Maso** konzumuje tento respondent 3-4krát týdně. Upřesňuje: „**Kuřecí a krůtí maso** jím asi jednou za měsíc. *Nepřidal jsem na konzumaci tohoto druhu masa, protože mi nikdy příliš nechutnalo. Mám rád třeba pečené kuře nebo řízek. Přednost dávám masu vepřovému, které jím docela často, asi 3krát týdně. Vepřové maso jím převážně tučné. Vepřové maso je také levnější. Hovězí maso konzumuje jednou za dva týdny. Rybí maso jím jenom přes léto 2krát do týdne. Vnitřnosti jím jednou za dva týdny.*“ Nejčastěji jí stravu upravenou **dušením**, **vařením** nebo **pečením**. Někdy manželka něco usmaží, to je různé. **Vejsce** konzumuje Respondent N3 jen ta, co jsou přidána do jídel. **Sladké pochutiny** jí Respondent N3 denně. Obden jí Respondent N3 **uzeniny**.

Knedlíky jí stále třikrát týdně. **Rýži**, **těstoviny** a **brambory** jí jednou do týdne. Těstoviny kupují jak vaječné, tak i bezvaječné. **Pečivo** konzumuje jen **světlé**, jelikož mu více chutná. Respondent N3 využívá ve svém jídelníčku jen **sádlo** k přípravě jídel. **Máslo** si maže na pečivo denně. **Margaríny** mu nikdy nechutnali.

Respondenta N3 rodina **nepodporuje** při změnách stravovacích návyků.

Respondent N3 na otázku Jakým způsobem jste změnil Váš jídelníček? Odpovídá:

„*Jídelníček jsem nezměnil. Zeleninu a ovoce jím podle mě dost. Maso mám hodně rád a*

neumím se ho vzdát. Nedávno jsem četl, že je sádlo zdravější než nějaké margaríny, takže ho budu používat dál."

Respondent N3 **se nevěnuje pravidelně pohybové aktivitě.**

Respondent N3 se domnívá, že získal potřebné **informace** o výživě, pohybových aktivitách i o možnostech zanechání kouření. Informace získal od lékaře. Předání informací probíhalo ústně při propuštění. „*Doktorka mi řekla, že bych měl přestat kouřit a víc se hýbat. Pak mi ještě říkala, že bych měl jíst libové maso a vyhýbat se tučnému.*“ Respondent N3 měl možnost klást otázky. Respondent N3 **nedostal tištěný materiál** ani tip, kde shánět informace o režimových opatřeních. **Tištěný materiál by neuvítal.** Respondent N3 **ví, jak se stravovat se svým onemocněním** a říká: „*Měl bych jíst hodně zeleniny a ovoce. Pak bych měl omezit tučné maso a jíst víc masa libového. Neměl bych jíst uzeniny a salámy.*“ Respondent N3 zná **rizikové faktory** IM, vyjmenoval kouření, málo pohybu a strava. Respondent N3 se domnívá, že IM se příliš nedá předcházet. Respondent N3 si myslí, že nepotřebuje doplnit **informace** o režimových opatřeních. Pro Respondenta N3 byla **nejtěžší** všechna režimová opatření. Na to, aby přestal kouřit nemá dostatečnou vůli. Dále si nemyslí, že by se stravoval nějak nevhodně. Jí hodně zeleniny. Maso jí celý život. Nevěří tomu, že kdyby přestal jíst maso, takže by mu to pomohlo. Na pohyb nemá čas a nechce se mu.

Respondent N3 **považuje své zaměstnání za stresující.** Před vznikem potíží **prožil stresovou situaci**, když mu onemocněla manželka. Respondenta N3 **nikdo nepodporoval při změnách životního stylu.**

PŘÍLOHA 5 Edukační plán

TÉMA EDUKACE	Režimová opatření u kardiaků
LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA
EDUKANT	Klienti/pacienti s ischemickou chorobou srdeční
CÍL EDUKACE	1) Klient/pacient zná režimová opatření 2) Klient/pacient dodržuje režimová opatření
DATUM EDUKACE
DOBA EDUKACE	1 hodina
FORMA EDUKACE	Individuální Skupinová
METODY EDUKACE	Slovní: rozhovor <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> instruktáž vysvětlování Práce s textem Názorně demonstrační Analýza případu
OBSAH TÉMATU	- anatomie srdce a cév (10 minut) - patologie srdce a cév (10 minut) - rizikové faktory ischemické choroby srdeční (10 minut) - ovlivnění rizikových faktorů (30 minut)
DIDAKTICKÉ POMŮCKY	Textový materiál Videoprojektor Zpětný data projektor Počítač Jiné (doplňte)....
PODMÍNKY K EDUKACI	- prostředí se zachováním soukromí - pokusit se zajistit klidné prostředí bez rušivých podnětů
OVĚŘENÍ EFEKTIVITY EDUKACE KARDIAKŮ	- rozhovorem s edukantem - kladením otázek edukantovi
ČASOVÝ Odstup od edukace	týden před propuštěním z nemocnice (doplňte) při následných kontrolách (doplňte).....
REAKCE EDUKANTA NA	pochopení edukantem

EDUKACI	dotazy edukanta □ dmítnutí edukace edukantam potřeba edukaci opakovat nezájem edukanta o edukaci
KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA	žádná jazyková psychická (stres, úzkost, deprese...) medikace smyslová (postižen zrak, sluch) akutní nemoc jiné (doplňte).....

00084- **Hledání zdravého životního stylu** v souvislosti s nedostatkem znalostí klienta/pacienta o podpoře zdraví.

<p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ K./P. Vyjadřuje přání, že chce podporovat své zdraví 	<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ K./P. Dovede vyjmenovat zařízení, která se zabývají podporou zdraví, které jsou v jeho okolí ➤ K./P. Dokáže vyjmenovat negativní vlivy prostředí na jeho zdraví ➤ K./P. svým chováním podporuje své zdraví 	<p>Intervence:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zjistí jaký je životní styl K./P. ➤ Informuj K./P. o zařízeních, které se zabývají podporou zdraví ➤ Informuj K./P. o negativních vlivech prostředí na jeho zdraví ➤ Pomocí zpětné vazby zjisti, zda zná K./P. zařízení, která se zabývají podporou zdraví ➤ Pomocí zpětné vazby zjisti, zda K./P. zná negativní vliv prostředí na jeho zdraví ➤ Snaž se K./P. Motivovat k chování, které bude pozitivně ovlivňovat jeho zdraví ➤ Sleduj chování K./P.
--	--	---

REALIZACE EDUKACE			
Datum	Reakce edukanta na edukaci	Doporučení, řešení	Edukátor

00163- **Ochota ke zlepšení výživy** v souvislosti s podanými informacemi o zdravé výživě.

<p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ K./P. má přiměřené znalosti o správné výživě ➤ K./P. dodržuje pravidla správné výživy 	<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ K./P. jí pravidelně ➤ K./P. je informován o správném poměru živin v denním příjmu potravy ➤ K./P. jí vhodnou stravu a přijímá dostatek vhodných tekutin ➤ K./P. se stravuje podle výživové pyramidy 	<p>Intervence:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informuj K./P. o vhodném poměru jednotlivých složek potravy v denním příjmu ➤ Informuj K./P. o vhodnosti jíst pravidelně a menší porce jídla ➤ Pomocí zpětné vazby ➤ zjisti, zda K./P. má dostatečné znalosti o správné výživě ➤ Zajisti K./P. výživovou pyramidu ➤ Sleduj frekvenci stravování K./P. a velikost porcí ➤ Sleduj jaké potraviny K./P. preferuje ve své stravě
---	---	--

REALIZACE EDUKACE			
Datum	Reakce edukanta na edukaci	Doporučení, řešení	Edukátor

00078- Neefektivní léčebný režim v souvislosti s deficitem znalostí.		
<p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ K./P. dodržuje předepsaný léčebný režim 	<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤K./P. má dostatek informací o předepsaném léčebném režimu ➤K./P. spolupracuje se zdravotnickým personálem při léčbě 	<p>Intervence:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informuj K./P. o předepsaném léčebném režimu ➤ Při komunikaci s K./P. a při ošetřovatelských opatřeních sleduj jeho neverbální a verbální projevy ➤ Zodpověz dotazy K./P.týkající se jeho onemocnění a předepsané léčby v rámci svých kompetencí ➤ Snaž se K./P. motivovat, aby spolupracoval se zdravotnickým personálem při léčbě ➤ Sleduj zda K./P. dodržuje předepsaný léčebný režim

Zdroj: SOUKUPOVÁ Lenka. *Využití edukačních plánů v péči o kardiaky*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 3.5.2010 (13.2.2013). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Katedra ošetřovatelství. Šedová Lenka.