

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukace pacientů po infarktu myokardu v rámci sekundární prevence

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr.Lenka Šedová, R.N.

Autor práce:
Jana Rybářová

2008

ABSTRACT

Education of patients with myocardial infarction within secondary care

Myocardial infarction is the acute form of the coronary artery disease. The most common triggering effect is the rupture of an atherosclerotic plaque in a epicardial coronary artery that supplies heart with blood. The cardiovascular disease mortality in the Czech Republic is about 600 deaths per year per 100 000 persons. Also young people at productive age are being stricken by heart attack – as myocardial infarction is commonly known.

To treat myocardial infarction effectively, it is necessary for the patient to follow all the principles of secondary care. The main demand is quitting smoking, changes in patient's diet, reducing weight and increasing physical activity.

The method of education is used to prevent the patient from recurrence of heart attack. The patient establishes new emotional and personal attitudes to his or her health. In the theoretical part of my thesis information on the anatomy and physiology of the heart, as well as general facts on the origin, symptoms and treatment of myocardial infarction are given. The issue of secondary prevention is dealt with at full length. The principles of the educational process, the appropriate communication with the patient and the choice of educational aids are mentioned.

To meet the targets of the thesis the quantitative research was chosen. To collect relevant data I used the questionnaire method. The research was anonymous both for nurses and patients. There were 30 questions in questionnaires for nurses and 22 questions in questionnaires for patients. The research was conducted in March 2008 in the cardiology departments in hospitals in České Budějovice and Pardubice and in consulting rooms of cardiologists and internists in České Budějovice and Pardubice. I handed out 100 questionnaires to patients and 50 questionnaires to nurses. 79% patients and 98% nurses filled them in and sent them back to me.

The objectives of the thesis was to examine if patients who have undergone myocardial infarction follow regimen instructions and if nurses give them enough information. The objectives were achieved.

I formulated the following hypotheses in the practical part: H I: Patients are not informed by nurses about the principles of secondary care after undergoing myocardial infarction. This hypothesis was confirmed. H II: Patients do not follow the regimen instructions. This hypothesis was confirmed. H III: Nurses do not provide education for patients. This hypothesis was confirmed.

The analysis of the data obtained shows that patients are informed about the principles of regimen but they do not always abide by them. The education provided by nurses is often done by handing over educative brochures and leaflets.

The results of my research are applicable in practice. In the theoretical part patients who underwent myocardial infarction find a lot of useful information on the regimen – the plan to improve and maintain health. Nurses may learn how to provide the education effectively. This thesis can contribute to better awareness on the issue of secondary care for patients after myocardial infarction.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „**Edukace pacientů po infarktu myokardu v rámci sekundární prevence**“ 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 jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích2008

.....

Podpis studentky

Poděkování

Děkuji především své vedoucí práce, paní Mgr. Lence Šedové, R.N. za poskytnutí cenných rad, připomínek a odborné vedení bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Anatomie a fyziologie srdce	5
1.2 Ateroskleróza	6
1.2.1 Teorie vzniku aterosklerózy.....	7
1.2.2 Vývojová stadia vzniku aterosklerózy.....	7
1.2.3 Rizikové faktory aterosklerózy	8
1.3 Ischemická choroba srdeční	9
1.3.1 Infarkt myokardu	9
1.3.1.1 Etiopatogeneze infarktu myokardu	9
1.3.1.2 Klinický obraz akutního infarktu myokardu.....	10
1.3.1.3 Diagnostika akutního infarktu myokardu	10
1.3.1.4 Terapie akutního infarktu myokardu	11
1.4 Edukační proces u pacientů po infarktu myokardu	11
1.4.1 Pedagogika, andragogika	12
1.4.2 Vliv výchovy a vzdělávání na zdraví	13
1.4.3 Edukační proces	13
1.4.3.1 Edukátor, edukant	14
1.4.3.2 Edukační prostředí	14
1.4.4 Edukační metody a pomůcky.....	15
1.4.5 Komunikace v edukaci.....	17
1.4.6 Didaktické zásady	19
1.5 Sekundární prevence po infarktu myokardu	21
1.5.1 Možnosti léčby kouření.....	22
1.5.2 Dietní opatření.....	25
1.5.3 Fyzická aktivita	27
1.5.4 Rehabilitace.....	29
1.5.5 Sexuální aktivita.....	31
1.5.6 Psychosociální stres.....	32

2. PRAKTICKÁ ČÁST	
2.1 Cíl práce	34
2.2 Hypotézy	34
3. METODIKA	
3.1 Metodika práce.....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4. VÝSLEDKY	37
5. DISKUZE	88
6. ZÁVĚR	95
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	97
8. KLÍČOVÁ SLOVA	102
9. PŘÍLOHY	103

ÚVOD

Česká republika dosahuje v porovnání s jinými zeměmi Evropské unie vysokých hodnot v morbiditě a mortalitě kardiovaskulárních onemocnění, mezi kterými infarkt myokardu značně dominuje. Závažnost této skutečnosti není ale jen v počtu nemocných a zemřelých, ale také ve stále se snižující věkové kategorii, která je touto chorobou zasažena. Onemocní tedy i mladí lidé, kteří jsou v produktivním věku a prodělané onemocnění jim způsobuje, kromě jiných, také pracovní a ekonomické problémy.

V tuto chvíli, kdy již na významu ztrácí primární prevence a všechny snahy o předcházení kardiovaskulárního onemocnění, dostává se do popředí prevence sekundární. Její snahou je zabránit recidivě již vzniklého onemocnění a zamezit případným komplikacím, které po takto závažném onemocnění mohou vzniknout.

Role sestry spočívá v seznámení pacienta s rizikovými faktory, které mohou vyvolat opětovné onemocnění, dále by měl pacient vědět, jaká režimová opatření jsou po infarktu myokardu vhodná a jakou má vést životosprávu. Tyto činnosti sestra provádí v rámci edukace, kterou by měla správně ovládat tak, aby pacienta získala ke spolupráci, aby jí pacient důvěřoval a jejich vzájemná snaha tak vedla k co možná nejefektivnější péči o pacientovo zdraví. V případě, že je člověk zdravý a netrpí žádnými obtížemi, může i kvalitně a plnohodnotně prožívat svůj život. A to se může dít jedině tehdy, pokud má člověk dostatek informací o své chorobě a ví, jak si počínat v návratu do běžného života, který vedl před onemocněním. Cílem této práce bylo zmapování edukace z pohledu sestry i pacienta se zaměřením na problematiku dodržování režimových opatření, které jsou nezbytné pro kvalitní a efektivní léčbu pacientů po infarktu myokardu.

V teoretické části uvádíme informace, týkající se anatomie a fyziologie srdce, dále obecná fakta o vzniku, příznacích a léčbě infarktu myokardu. Podstatná část je však věnována edukačnímu procesu v oblasti sekundární prevence po proděláním infarktu myokardu. Jsou zde uvedeny nejen informace o pedagogice jako vědě a zásadách vzdělávacího procesu, ale také o vhodné komunikaci s pacientem, vhodném výběru edukačního prostředí, edukačních pomůcek a tvorbě edukačního procesu.

Toto téma jsem si vybrala nejen pro to, že mě daná problematika zajímá, ale také pro to, že jsem se v blízké rodině s tímto onemocněním setkala a vím, že není snadné potřebné informace příliš jednoduše vyhledat a následně ještě obtížnější všechny zásady také správně dodržovat.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda pacienti dodržují režimová opatření po prodělaném infarktu myokardu, druhým cílem je zjistit, zda sestry, které se s takovými pacienty setkávají, provádějí edukaci.

Doufám, že tato práce poslouží nejen pacientům po prodělaném infarktu myokardu jako edukační materiál, ale i sestřám a jiným zdravotnickým pracovníkům, kteří se setkávají s pacienty po infarktu myokardu a není jim lhostejné, kolik a jakým způsobem tolik potřebné informace pacientům poskytnou.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie srdce

Srdce je dutý svalový orgán, který je uložen ve středním mediastinu. Jeho hmotnost je ovlivněna pohlavím a fyzickou zátěží, průměrně však dosahuje kolem 250-350g (31).

Stěna srdce má tři vrstvy. Endokard tvoří vnitřní výstelku srdeční dutiny, z níž vychází cípate chlopně. Střední nejsilnější vrstvou je srdeční svalovina – myokard. Vazivovou blánu na povrchu tvoří epikard, který přechází v zevní list vazivového obalu – perikard (7, 31).

Srdce se skládá ze dvou síní a dvou komor. Pravé a levé srdce odděluje síňová a komorová přepážka. Mezi pravou síní a komorou se nachází trojcípá chlopeň, mezi levou síní a komorou je mitrální (dvojcípá) chlopeň. Na začátku plicního kmene a aorty je chlopeň poloměsíčitá (7).

Výživa srdečního svalu je zprostředkovávána koronárními (věnčitými) tepnami – arteria coronaria cordis dextra a arteria coronaria cordis sinistra. Mezi těmito tepnami se nachází spojky, arterioarteriální anastomózy, mající význam při patologickém, pomalu probíhajícím uzávěru tepny, kdy dochází k jejich rozšíření asi na 1mm v průměru. Žilní krev odvádějí ze srdce žíly, spojující se v sinus coronarius, který ústí do pravé síně (31).

Čerpací funkce srdce je výsledkem střídání systoly (kontrakce) a diastoly (ochabování myokardu). Během diastoly dochází k plnění srdce krví, během systoly k jejímu vypuzení. Krev vypuzená tlakem z komor putuje plicnicí do malého oběhu a plic, ve kterých dochází k okysličení krve a k eliminaci oxidu uhličitého. Krev dále putuje do systémového oběhu, kde dochází k prokrvení tkání (16).

Převodní systém srdeční je specializovaná tkáň srdce schopná tvořit a vést vzruchy. Tvoří ji sinoatriální a atrioventrikulární uzlík, které jsou umístěny ve stěně pravé síně, Hisův svazek, elektricky spojující síně a komory, Tawarova raménka a Purkyňova vlákna (16).

Sled neustále se opakujících tlakově objemových fází v srdci během jedné srdeční akce se nazývá srdeční revoluce. Fází izovolumickou provází uzavření cípatých chlopní na počátku systoly komor, to způsobí uzavření komor a otevření poloměsíčitých chlopní. Následuje vypuzení krve do aorty a uzavření semilunárních chlopní, diastola komor, otevření cípatých chlopní a plnění komor. Tato fáze je ukončena systolou síní a po opětovné systole komor se děj znovu opakuje (16).

Srdeční činnost lze z fyzikálního hlediska posuzovat pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Nejčastěji vyšetřovaným zevním projevem činnosti srdce je arteriální tep (pulz) a srdeční ozvy (16).

Řízení činnosti srdce je zprostředkováváno především nervovou regulací prostřednictvím vegetativního nervového systému – sympatikem, který způsobuje zrychlení srdeční frekvence, zvýšení síly srdeční kontrakce a urychlení vedení vzruchů převodním systémem srdečním. Řízení činnosti opačným vlivem se uskutečňuje pomocí parasympatiku. Humorální regulace je zprostředkována vlivem adrenalinu a noradrenalinu. Regulace, kdy vlastní svalové buňky myokardu reagují na své větší protažení a tím na větší objem silnějším stahem, se nazývá celulární vliv (Starlingův zákon) (16).

Hlavním energetickým zdrojem pro myokard je glukóza, mastné kyseliny a kyselina mléčná (16).

1.2 Ateroskleróza

Ateroskleróza je proces, při kterém dochází k proměnlivým změnám v intimě a medii tepen, kde dochází k ukládání lipidů, krevních buněk, vaziva a vápníku. Tento proces aterogeneze je započat již v dětství a postihuje stěnu cév různými stupni aterosklerózy (31).

1.2.1 Teorie vzniku aterosklerózy

Existuje několik teorií vzniku aterosklerotického procesu. Jednou z nich je lipidová teorie, při které dochází ke kumulaci lipidů v cévním endotelu, z důvodu jejich zvýšené koncentrace v krvi. Tyto lipidy spolu se změněnými makrofágy a hladkými svalovými buňkami vytváří tzv. pěnové buňky, které jsou následně podkladem pro vznik aterosklerózy (36).

Druhou hlavní teorií je teorie endoteliálního poškození, kdy dochází k přilnutí trombocytů na poškozený cévní endotel. Na takto změněný endotel nasedá sekundární ukládání lipidů do aterosklerotického ložiska (36).

Sjednocená teorie aterosklerózy neboli teorie endoteliální dysfunkce předpokládá, že základním prvkem v rozvoji aterogeneze je lokalizované postižení endotelu. Zejména zvyšování obsahu endoteliálních buněk, snížená produkce oxidu dusného a zvýšená propustnost pro některé molekuly vede ke vzniku fibro-ateromové léze, ruptuře nebo fisuře plátu s nasedající trombózou, způsobující obliteraci arterie (36).

Další z novějších teorií je teorie o vlivu infekčních faktorů. Předpokládá, že chronické bakteriální a virové infekce jsou základním etiologickým agens, který vyvolává endoteliální dysfunkci a zánětlivou reakci v cévní stěně. Mezi tyto agens lze zařadit *Chlamydia pneumoniae*, Cytomegalovirus, *Helicobacter pylori* a herpetické viry (15, 36).

Významné faktory vyvolávající aterosklerotické změny jsou také fyzikální vlivy, tlakové, hemodynamické nebo změny v charakteru proudění krve. Vlivem těchto faktorů následně vznikají predilekční místa, kde se aterosklerotické změny objevují častěji, oproti místům, které těmito fyzikálními faktory vystaveny nejsou. Nejčastěji bývají postiženy femorální, koronární, cerebrální arterie a aorta (36).

1.2.2 Vývojová stadia vzniku aterosklerózy

Prvním krokem v procesu aterosklerózy je lipidový proužek. Vzniká tak, že přítomnost lipoproteinů (LDL) v krvi přitahuje monocyty, které začnou fagocytovat

lipidy za vzniku pěnovitých buněk. Toto stadium se neprojevuje žádnými klinickými příznaky, někdy lipidový proužek zcela mizí nebo přejde do druhého stupně (31).

Druhým stadiem je fibrózní plát. Jeho přítomnost se projevuje klinickými příznaky z nedokrvení orgánů, protože promínuje do lumen cév, a tím jej zužuje. Objevuje se přibližně mezi 30.-40. rokem věku. V pozdějším období pak přechází v aterosklerotický plát - aterom, dutinu v intimě cévy vyplněnou žlutavou mastnou kaší (31).

Třetí stadium je provázeno vznikem ateromového vředu, při kterém dochází k prasknutí ateromového plátu a shlukování trombocytů za vzniku trombu až uzávěru tepny (31).

Mezi hlavní faktory vypovídající o charakteru plátu a prognóze onemocnění patří velikost a konzistence lipidového jádra, síla fibrózního krytu a jeho obsah kolagenu a poměr aktivity zánětlivých a reparativních procesů (36).

Stabilní pláty ohrožují pacienta pouze zužováním cévy a může u nich docházet k reparativním procesům. Oproti tomu nestabilní (vulnerabilní) pláty jsou hemodynamicky nevýznamné, ale pro svou vysokou nestabilitu ohrožují pacienta vznikem infarktu myokardu (31, 36).

1.2.3 Rizikové faktory aterosklerózy

Rizikové faktory jsou charakterizované jako ukazatelé, kteří má vztah k později se projevující chorobě, ale nemusí se stát její příčinou (3).

Rizikové faktory aterosklerózy je možno rozdělit z různých hledisek. Nejčastěji se však používá rozdělení na faktory neovlivnitelné a ovlivnitelné (3).

Neovlivnitelné osobní faktory zahrnují věk a pohlaví. Vyšší riziko ohrožení tímto onemocněním narůstá u mužů nad 45 let věku a u žen v postmenopauzálním období. Obecně má k této chorobě větší predispozice mužské pohlaví. Velký význam představuje také rodinná anamnéza, předčasné ICHS nebo jiné projevy aterosklerózy u příbuzného jako jsou rodiče, sourozenci a děti. V neposlední řadě přihlížíme k osobní anamnéze, kdy sledujeme projevy onemocnění nebo asymptomatické formy choroby (15, 32).

Ovlivnitelných faktorů, způsobujících aterosklerózu, je mnoho, ale převážně mezi ně zahrnujeme hyperlipoproteinémii, kouření, arteriální hypertenzi, onemocnění diabetem mellitem 2. typu a inzulínovou rezistenci, nedostatek fyzické aktivity a obezitu, zvýšenou koncentraci homocysteinu a fibrinogen (3).

1.3 Ischemická choroba srdeční

„Ischemická choroba srdeční (ICHS) je definována jako nedokrevnost (ischemie) myokardu, způsobená patologickým procesem v koronárním řečišti“ (28,s.55).

Ischemická choroba srdeční je způsobena změnami koronárních tepen, nejčastější příčinou je ateroskleróza. Mezi akutní formy ischemické choroby srdeční řadíme náhlou smrt a akutní koronární syndrom (infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris). Mezi chronické formy stabilní anginu pectoris , srdeční selhání a arytmie (31).

1.3.1 Infarkt myokardu

Mezi akutní formy ICHS patří mimo jiné akutní infarkt myokardu, vznikající na podkladě náhlého uzávěru nebo progresivního náhlého zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou oblast srdce (31, 36).

1.3.1.1 Etiopatogeneze infarktu myokardu

Příčinou akutního uzávěru bývá v 90-95% trombus, který nasedá na aterosklerotický plát. Vzácnější příčinou může být také embolus, zachycený v místě aterosklerotického plátu, spasmus věnčité tepny, plát samotný nebo poranění či zánět koronární tepny (10, 31).

Faktory, které ovlivňují rozsah nekrózy, závisí na průsvitu uzavřené tepny, rychlosti a době trvání uzávěru, srdeční frekvenci, stavu kolaterál, fyzické zátěži v době infarktu a hladině adrenalinu a noradrenalinu (10, 31).

Podle rozsahu nekrózy postihující vnitřek srdeční stěny lze infarkt myokardu rozlišit jako transmúární nebo netransmúární. Transmúární postihuje celou šířku stěny srdeční a vzniká na podkladě uzavření velké větve koronární tepny. Netransmúární

postihuje pouze část tloušťky stěny srdeční a to buď úsek v oblasti endokardu, epikardu, nebo část uvnitř stěny levé komory (10, 31).

Z hlediska lokalizace bývá nejčastější infarkt anteroseptální, postihující přední plochu levé srdeční komory a přední polovinu mezikomorové přepážky. Infarkt posteroseptální postihuje zadní polovinu mezikomorové přepážky, objevuje se jako druhý nejčastější. Někdy se při tomto druhu vyskytuje současně také infarkt pravé komory. Vzácnější bývají infarkty boční stěny levé komory, které se mohou vyskytnout spolu s infarktem levé síně. Stejně tak výjimečný je i izolovaný infarkt pravé komory srdeční (10).

1.3.1.2 Klinický obraz akutního infarktu myokardu

Významným a velmi spolehlivým klinickým příznakem je u infarktu myokardu anginózní bolest, stenokardie, která bývá lokalizována retrosternálně s propagací na přední plochu hrudníku, do krku, dolní čelisti a tváří, ramen, zad, levé paže, vzácněji do břicha. Charakter této bolesti je pacienty popisován jako svíravý, pálivý, řezavý, bodavý. Je velmi intenzivní až šokující, trvá více než 30 minut a k úlevě nedojde ani po podání nitrátů či opiátů. Objevují se také další příznaky jako úzkost, strach ze smrti (angor mortis), zvýšené pocení, bledost, nauzea, zvracení, zpočátku bradykardie, později přecházející v tachykardii, palpitace, arytmie, dušnost, hypertenze i hypotenze a jiné. U 10% pacientů proběhne infarkt jako němý, asymptomaticky, bez bolestí nebo s tak nepatrnými příznaky, že jim nevěnují pozornost (10, 31).

1.3.1.3 Diagnostika akutního infarktu myokardu

Z diagnostických metod je první volbou EKG, kde při infarktu myokardu spatřujeme na elektrokardiogramu patologický Q kmit, tvořený vymizením R kmitu a splynutím kmitů Q a S. Dále je pozorována elevace úseku S-T a negativní vlna T. Patologický Q kmit se většinou objevuje až při transmúrním poškození myokardu, pokud tedy nedojde k tak rozsáhlé nekróze, patologický Q kmit se nemusí vůbec objevit (2, 10, 18).

Zobrazení aterosklerotických stenóz nebo uzávěrů koronárních tepen lze zjistit pomocí invazivní katetrizační vyšetřovací metody, koronarografie. Z dalších vyšetřovacích metod využíváme rentgenové vyšetření, echo, radionuklidové vyšetření a laboratorní nálezy, z nichž nejvýznamnější je zvýšení enzymu kreatinkináza (CK). Zvýšena bývá také bílkovina troponin. Při vyšetření krevního obrazu se objevuje leukocytóza, významné je také zvýšení hematokritu a sedimentace 4-5 dnů po akutním infarktu (10, 31).

1.3.1.4 Terapie akutního infarktu myokardu

Mezi nejdůležitější terapeutické zásahy používané při léčbě infarktu myokardu patří časná obnova perfuze myokardu a prevence a léčba komplikací (28, 35).

V předhospitalizační fázi se zaměřujeme na rychlý převoz pacienta do specializovaného interního pracoviště. Ve voze RZP monitorujeme EKG, podáváme léky tlumící bolest, antiagregační léčbu a v případě potřeby zahajujeme neodkladnou resuscitaci. Po převozu do nemocnice bývá prováděna trombolýza, která by měla být podána nejpozději do 12 hodin od začátku bolesti, aplikuje se látka altepláza. Na lůžku, většinou jednotce intenzivní péče nebo koronární jednotce, se monitoruje EKG, krevní tlak, srdeční frekvence, dýchání, oxygenace a diuréza. Je nutno zajistit žílu, a to buď periferní nebo centrální. Z lékových skupin se podávají zpravidla betablokátory, nitráty, ACE inhibitory a statiny. Po propuštění z nemocnice by měl pacient provádět preventivní opatření, měl by být pravidelně kontrolován odborným lékařem a užívat předepsané léky (2,28, 35).

1.4 Edukační proces u pacientů po infarktu myokardu

Edukace je nezbytnou součástí ošetrovatelství, a má tak mnohostranný význam. Podílí se na zlepšení, ochraně a udržování zdraví pacientů nejen po infarktu myokardu (44).

Proto, aby sestra pacienta seznámila s riziky, které vedou k opakovanému infarktu myokardu, využívá metodu edukace. Pomocí této metody si pacient vytváří

prostor pro osvojení nových poznatků, vytváří si hodnotové a emocionální složky osobnosti a tím se snaží o dosažení pozitivního jednání v péči o své zdraví (44).

Sekundární zdravotní výchova je výchova a vzdělávání pacientů o jejich zdravotním stavu a správném jednání po prodělaném infarktu myokardu. Takovýto kontakt může probíhat jako skupinová edukace nebo jako edukace individuální, která se jeví jako nejúčinnější, protože umožňuje osobní kontakt pacienta se sestrou, která se zaměřuje na jeho specifické potřeby, a ovlivňuje tak pacientovi vědomosti, postoje a jednání (44).

1.4.1 Pedagogika, andragogika

Pedagogika jako věda o výchově a vzdělávání produkuje vědecké poznatky o edukačních jevech, procesech a konstruktech a tím poskytuje širokou rozlohu použití. Její využití se nabízí nejen v oblastech školství, ale také v oblasti pomáhajících profesích, kde se uplatňuje především pedagogika sociální. V ošetrovatelských oborech pomáhá pedagogika zvládnout edukační postupy v oblasti podpory, uchování a navrácení zdraví a slouží jako návod komplexní a individualizované ošetrovatelské péče (25, 24, 44).

Andragogika je věda o výchově a vzdělávání dospělých a péči o dospělé, která respektuje zvláštnosti dospělé populace. Z této disciplíny se odštěpila také andragogická didaktika, které se zabývá teoriemi o vyučování a učení dospělých a přihlíží k věkovým zvláštnostem. Gerontagogika (gerontopedagogika), teorie o vzdělávání seniorů, se zabývá osobami v ekonomicky neproduktivním věku (25).

Mnoho poznatků z pedagogiky a andragogiky je také možno využít při edukaci pacientů. Je to například přechod člověka od závislosti k nezávislosti v procesu dozrávání. Dále je to poznání, že člověk může při edukaci čerpat z předcházejících zkušeností. Ochota a zájem člověka získávat nové vědomosti často souvisí se zadanou úlohou nebo společenským postavením. V neposlední řadě také možnost pacienta využít nabyté poznatky a informace ihned a ne až v budoucnosti (44).

Vždyť Etický kodex práv pacientů, který by měl být poskytnut na každém oddělení nemocnic, mimo jiné uvádí, že má pacient právo na informace, rady a poučení.

U pacientů, kteří jsou dostatečně informováni a jejich práva jsou respektována, probíhá také kratší doba léčba a celková rekonvalescence, což má pozitivní vliv na kvalitu jejich života (44).

1.4.2 Vliv výchovy a vzdělávání na zdraví

Výchova je cílevědomý, záměrný proces, který je vlastní pouze lidské společnosti. Při výchově sledujeme osvojování nejen určitých poznatků, vědomostí, zručnosti, ale především se zaměřujeme na schopnosti, vlastnosti a návyky pacienta. Výchova je tedy zaměřena na rozvoj osobnosti každého jedince (44).

Zdravotní uvědomování jednotlivce nebo skupiny předpokládá jistý konkrétní okruh vědomostí o individuálním a společenském zdraví, o jeho upevnování, udržování a ochraně. Vědomosti jsou samozřejmě předpokladem pro určité jednání, ale nejsou zcela zásadní podmínkou. Zdravotní vědomosti tak představují komplexní osvojení si zkušeností, faktů, pojmů, jednání a konání. Správné a dostatečné vědomosti o zdraví a jeho ochraně jsou základním předpokladem pro úspěšné zdravotní uvědomění (44).

1.4.3 Edukační proces

Pedagogická věda využívá základního pojmu, kterým je edukační realita, ta označuje jakýkoliv úsek objektivní skutečnosti, ve které probíhají edukační procesy (25).

Edukační procesy jsou určité činnosti lidí, při kterých se jeden subjekt učí a druhý subjekt nebo zařízení mu toto učení zprostředkovává. V oblasti zdravotnictví můžeme tedy tento proces chápat jako předávání konkrétních informací, uskutečňovaných v rámci interakce sestry-pacient. Edukační proces bývá součástí ošetrovatelského procesu a také z něho vychází. Při edukaci dochází k celoživotnímu rozvíjení osobnosti působením formálních institucí, profesionálů a neformálního prostředí. Dělíme ji na základní, komplexní, která je realizována v edukačních kurzech, a reedukační (44, 25).

Edukační proces tvoří pět fází. První z nich se zabývá sběrem dat a analýzou pacientových schopností učit se a nedostatkem informací. Ve druhé fázi si sestra

stanovuje vzdělanostní diagnózu a určuje všechny cíle edukace. Následuje příprava edukačního plánu, ve čtvrté fázi dochází k vlastní realizaci edukace a závěrem edukačního procesu sestra zjišťuje pacientovi vědomosti, postoje, zručnost a celkovou efektivnost edukace (44) (viz příloha č.3).

Při plánování a tvorbě edukačního plánu by měla sestra zohlednit nejen pacientovi vědomosti o dané problematice, ale také přihlídnout k citovým projevům jako je strach a úzkost. Edukační plán se vypracovává písemně, informace předává sestra pacientovi od jednoduchých údajů ke složitějším a volí vhodnou formu vyučovací metody, která je zvolena dle individuální osobitosti pacienta, aby bylo dosaženo požadovaných cílů (44).

Samotná realizace edukačního plánu by měla být chápána jako multidisciplinární činnost a mělo by se na ní podílet nejen spektrum zdravotnických profesionálů, ale také rodina, blízcí pacienta a převážně sám pacient. Edukace by tedy měla představovat řádně připravenou a kvalitně realizovanou výuku, měla by podávat nová fakta, pro pacienta funkční a efektivní. Nejvýhodněji se jeví používat model, ve kterém sestra pacientovi nabízí různé zdroje informací, alternativy, postupy, možná řešení a přístupy k dalším zdrojům informací. Pacient je aktivním členem celého edukačního procesu, rovnocenným partnerem a přijímá zodpovědnost za vlastní rozhodnutí, své zdraví i důsledky jeho chování (20).

1.4.3.1 Edukátor, edukant

Za edukanta se v obecné rovině považuje ten, který je subjektem učení. Nezáleží tedy na věku nebo typu prostředí. Ve zdravotnictví je jím zpravidla pacient (44, 24).

Edukátor je kterýkoliv aktér vyučování či jiné edukační aktivity. Jsou to takové osoby, které nějakým způsobem vyučují, poučují, instruuji jiné lidské subjekty. Tedy sestra, případně lékař nebo jiný zdravotnický pracovník (44, 24).

1.4.3.2 Edukační prostředí

Edukační prostřední je místo, kde je edukace prováděna. Je jedním z klíčových konceptů, který umožňuje vhodně a adekvátně vysvětlovat jevy a procesy edukační

reality. Edukační prostředí se odlišují typem zúčastněných subjektů, obsahem, formami a intenzitou edukačních procesů (24).

Za vhodné prostředí se považuje místnost, která je správně osvětlena, má optimální teplotu, není příliš hlučná a lze zde zachovat pacientovu intimitu (44, 24).

1.4.4 Edukační metody a pomůcky

Všeobecnými otázkami řízení výchovně vzdělávacího procesu se zabývá pedagogická disciplína, která se nazývá didaktika, je teorií vyučování. Mezi její součásti patří metody, formy a prostředky vyučování (44).

Metoda je určitý záměrný, cílevědomý, uvědomělý postup, který je zaměřován k dosažení stanoveného cíle. Forma zdravotní výchovy je již konkrétní podoba, ve které se obsah dostává k pacientům. Zahrnuje nejen metody a pomůcky, které se při edukaci využívají, ale také organizační uspořádání vnějších podmínek, za kterých se zdravotně-výchovné působení uskutečňuje. Prostředek zdravotní výchovy je odvozen od cíle a je to každé konkrétní opatření, jev nebo činnost, která slouží k dosažení zdravotně-výchovného cíle (44).

Metoda mluveného slova

Výklad je jednou z edukačních metod, která je využívána nejčastěji. Jde o nejběžnější a nejpřesvědčivější odevzdání poznatků, které zároveň formují postoje a dávají podnět k vytváření nových názorů. Výchovné působení slovem se v praxi jeví jako velmi účinné. Probíhá tak, že edukátor slovně vysvětluje informace edukantům. Výhodou je, že jde o poměrně rychlou metodu seznamování s daným obsahem edukace, nevyžaduje příliš mnoho přípravy ani pomůcek a tvoří osobnější metodu komunikace než metoda písemná. Nevýhodou naopak bývá nemožnost zpětné vazby, pacient se i po kratší době přestává na výklad soustředit, neaktivita pacienta vede k neefektivnosti edukace. Vysvětlování by mělo být přizpůsobeno současným znalostem pacienta a jeho slovní zásobě, mělo by být stručné, srozumitelné, logicky vystavěné. Podstatné části výkladu by měly být několikrát zopakovány a zdůrazněny (21, 44).

Při této metodě lze využít formu přednášky, rozhovoru nebo besedy (44).

Demonstrování praktických dovedností

Protože nejpřirozenějším způsobem učení je napodobování, lze demonstraci využít k edukaci, a seznámit tak pacienty se správným provedením určité činnosti tak, aby ji napodobili nebo si jí přizpůsobili (21).

Nejprve provedeme přípravu všech pomůcek a také seznámíme pacienty se smyslem demonstrace. Pokud bude problém zrcadlový obraz, ukazujeme činnosti z pohledu pacienta. Před samotnou realizací je možné klást otázky, které s následující činností souvisejí. V průběhu demonstrace je zase možné klást otázky, které průběh činností vysvětlují a zároveň umožňují aktivní zapojení pacienta do edukační činnosti. Nezapomínáme na zdůraznění nejdůležitějších bodů. Zvýšení účinku demonstrace dosáhneme současným předváděním, mluvením, případně psaním a očním kontaktem pacientů. Pokud uděláme chybu, je vhodné využít ji ve výuce a přenést se nad ní s úsměvem (21).

Metoda tištěného slova

Výhoda této metody spočívá v možnosti ovlivnění velkého počtu obyvatelstva prostřednictvím textu. Pacienti, kteří lépe vnímají vizuálně, případně z různých zdravotních důvodů nemohou vnímat mluvené slovo, pochopí tímto způsobem edukace poskytnuté informace mnohem lépe než slovo mluvené. Tato metoda je ovšem pracnější a dražší. Formami tištěného slova mohou být různá hesla, letáky, články, brožury, časopisy a knihy (44).

Vybavovací pomůcky

Z vybavovacích pomůcek, které pacientovi poskytneme pro pozdější zopakování edukačního tématu, který absolvoval, je možné použít různé učebnice nebo zápisy ve formě edukačních letáků, brožurek nebo i zápisů na tabuli. Měly by být stručné, jednoduché, užívány by měly být krátké věty s jednoduchou slovní zásobou a případné odborné výrazy by měly být vysvětleny. Dále by měly být materiály graficky přitažlivé, psané nejlépe na počítači a neměly by být zahlceny mnoha informacemi na jedné straně (21).

Učební pomůcky

I přesto, že je při edukační činnosti nejčastěji používán verbální komunikační kanál, bývá velmi efektivní podávat informace také vizuální formou, popřípadě výklad vizuálními pomůckami oživit. Hlavní výhodou vizuálních pomůcek je to, že upoutávají pozornost, přinášejí změnu, vzbuzují zájem edukantů, jsou snáze zapamatovatelné a napomáhají konceptualizaci, tedy že pacienti mnoha myšlenkám porozumí lépe vizuálně než verbálně. Výhodou je také to, že jsou projevem zájmu edukátorů, protože pacienti tak vidí, že sestře záleží na tom, aby se pacient něčemu naučil (21).

Z vizuálních pomůcek lze využít výrobu vlastních materiálů, zpětný projektor, tabuli, různé modely, tabulky, vývěsky, videa, diapojektor a samozřejmě osobní počítač, který nabízí mnoho možností, jak edukaci pacientů zpříjemnit a oživit (21).

1.4.5 Komunikace v edukaci

V každém edukačním procesu jsou sdělovány nějaké informace, které se sdělují převážně prostřednictvím mluvených verbálních projevů. Jde o vzájemnou výměnu informací mezi účastníky výuky a slouží k realizaci stanovených cílů. Jde o prostředek výchovy a vzdělávání. Komunikace je ale také spojována s termínem interakce, kterým se označuje vzájemné působení při společenských činnostech. Tyto dvě složky, interakce a komunikace spolu velmi těsně souvisejí, nikdy nejsou bez emocionálního výrazu, percepce je individuálně rozdílná a výběrová (9).

V edukaci užíváme různé prostředky sociální komunikace, jedná se o formu verbální, tedy mluvenou a nonverbální, která zahrnuje mimoslovní projev (9).

Verbální komunikace

Verbální komunikace slouží jako nejčastěji užívaný prostředek mezilidské komunikace. Je charakterizována intenzitou hlasu, barvou hlasu, délkou projevu, rychlostí mluveného projevu, přestávkami a pauzami, přesností řeči a způsobem předávání slov (9).

Správná a účelná verbální komunikace respektuje osobnost pacienta, edukátor má zaujímat autentický, opravdový postoj, má být konkrétní a vcit'ovat se do pacientova stavu (9).

Jednou ze zásad úspěšné verbální komunikace je jednoduchost. Sdělení, která jsou pacientovi předávána, musí být jasná a stručná. Používáme pouze běžné slovní obraty a pro posluchače známou terminologii, zdlouhavě neopisujeme situaci. Ověřujeme si, zda pacient sdělovanému porozuměl. Informace, které podáváme, musejí být stručné, zbytečné rozebírání dané problematiky vzbuzuje pacientovu nedůvěru. Po stručném sdělení ponecháváme prostor pro případné dotazy. Při komunikaci jasně vyjadřujeme podstatu věci, nepoužíváme různé dvojsmysly a nejasná sdělení. Úspěšná komunikace musí být prováděna ve vhodnou dobu. Dostatek času, nerušený prostor a soukromí je podmínkou. Při projevu přizpůsobujeme styl hovoru pacientovi, sledujeme jeho reakce a neverbální vyjadřování. Poskytujeme dostatek času na oddech a vstřebání nových informací (38).

Neverbální komunikace

Jde o záměrné nebo bezděčné vyjádření gesty, mimikou, pozicí těla a dalšími výrazovými prostředky (9).

Neverbální komunikaci používáme k podpoře a nahrazení řeči, k vyjádření emocí a svého interpersonálního postoje (38).

V edukaci využíváme sdělování pohledy, udržujeme oční kontakt s pacientem. Ve výrazu pacientova obličeje zase můžeme vyčíst různé emocionální projevy jako je strach, úzkost, smutek či radost a přizpůsobit tak náplň a formu edukace. Stejně tak může i kinezika (sdělovací pohyby) vyjadřovat psychické prožívání člověka. Svě pocity dáváme najevo také posturologií (fyzickými projevy) a sdělováním pomocí gest a dotyků. V edukaci využíváme také proxemiku (vzájemné přiblížení a oddálení). Sestra se při edukaci pohybuje ve veřejné sféře (3,6-7,6m) nebo proniká do sféry sociální až osobní. Důležité je také sdělování úpravou zevnějšku, tedy volbou oblečení, účesu a líčení. Zevnějšek edukátora vyjadřuje jeho osobnost a je prostředkem kultivovaného působení edukátora na pacienty (9).

1.4.6 Didaktické zásady

Didaktické zásady jsou obecné požadavky, které, spolu se základními zákonitostmi výuky a s výchovnými a vzdělávacími cíli, určují charakter edukace. Vztahují se na činnost edukátora, formy výuky, na materiální didaktické prostředky a poznávací činnosti pacienta. U didaktických zásad se uplatňuje vedle stránky objektivní také stránka subjektivní (9).

Zásada komplexního rozvoje osobnosti spočívá v komplexním přístupu k osobnosti pacienta. Tedy v oblasti kognitivní, afektivní i psychomotorické. Od sestry je také očekáváno, že se bude celoživotně vzdělávat v oboru a využívat tak všech vzdělávacích možností k aktualizaci poznatků. Významnou didaktickou zásadou je individuální přístup k pacientovi, sestra by měla individuální zvláštnosti edukanta rozpoznat a přizpůsobit k nim edukační činnost. Samozřejmostí je v edukaci snaha o propojení teorie s praxí, další z didaktických zásad. Uvědomělost a aktivita vyjadřuje nejen postoj k učení, ale vztahuje se i na kvalitu těchto osvojených poznatků. Takové poznatky jsou hluboce pochopené a pacient je na jejich základě schopen vykonat určitou činnost. Zásada názornosti využívá srozumitelné příklady a pojmy, které pacienti dobře znají. Poslední zásada soustavnosti a přiměřenosti reaguje na známou zkušenost, že logicky uspořádané poznatky jsou lépe chápány, zapamatovány a lépe tak používány v praxi (9).

Na výsledku edukace se podílejí vlastnosti edukantů, edukátorů, edukačních faktorů a zařízení, ve kterých je edukace uskutečňována. Proto by měla sestra dodržovat zásady, které vedou k úspěšnému provedení edukace. Na počátku edukačního procesu je klíčové stanovit si cíle, které vycházejí z potřeb pacienta nebo skupiny (11,44).

Při edukaci se sestra dostává do role učitele, je proto nezbytně nutné, aby ovládala didaktické zásady, které jí pomohou úspěšně plnit cíle edukačního procesu. Při edukaci sestra podává informace od jednoduchých ke složitějším, názorně činnosti předvede a po pacientovi pak požaduje, aby danou činnost nebo zásady bez chyby zopakoval. To je pro ni zpětná vazba, do jaké míry tuto skutečnost pacient ovládá. V žádném případě není vhodné poskytnout pacientovi pouze brožurku nebo jiný

podobný informační materiál. Sestra má možnost využívat při edukační činnosti různé teorie, modely, plány a předpisy ve formě knih, edukačních plánů, norem, standardů a výukových filmů. Při edukaci se sestra snaží o zapojení co nejvíce smyslů pacienta. Musí být trpělivá, podporuje pacienta pochvalou, motivuje ho, využívá empatie a na závěr se snaží o závěrečné shrnutí edukačního tématu (26, 38, 44).

Pacienta ovlivňuje mnoho faktorů a skutečností, mající vliv na pozdější dodržování zásad sekundární prevence. Kladně ovlivňuje pacienta přesvědčení, že to, co mu sestra doporučila, bude mít skutečně pozitivní vliv na jeho zdraví. Záleží také na tom, s jakým postojem pacient k edukačnímu procesu přistupuje a jaký je jeho vztah k radám sestry. Pacient se při edukaci musí cítit jako partner, se kterým vede sestra přátelský rozhovor. Kladně pacient hodnotí dobré komunikační dovednosti a kladný emocionální vztah sestry. Neméně důležitá je sociální opora pacienta, převážně rodiny a blízkých přátel. Účinnost edukace také závisí na tom, jak byl pacient veden přistupovat k jiným doporučením a omezením v dosavadním životě (13).

Pacient může také přicházet s odmítavým postojem k dodržování všech rad a doporučení. Tato neochota může být způsobena tím, že příznaky onemocnění, kterými pacient trpěl, mohly odeznít a pacient nemá dále potřebu opatření dodržovat. Negativně může také působit vliv kulturního či etnického prostředí, ze kterého pacient pochází a kterým je ovlivňován. Nebo byl pacient nucen vyčkávat dlouhou dobu na ošetření, léčení trvá již dlouhou dobu, pacient bere mnoho léků, v oblasti zdravotního stavu dochází ke zhoršení, rady, které jsou pacientovi poskytovány, znamenají velký zásah do jeho života. Takovýchto příčin může být velká řada. Sestra se v této situaci snaží příčinu pacientovi neochoty rozpoznat a vhodným individuálním přístupem a komunikací, jednáním pacienta alespoň částečně ovlivnit (13).

1.5 Sekundární prevence po infarktu myokardu

Za sekundární prevenci v obecné rovině se označují postupy a opatření, které snižují prevalenci onemocnění. Snahou těchto opatření je co nejdříve detekovat a správně diagnostikovat onemocnění ještě v presymptomatické fázi. Mezi charakteristické metody práce sekundární prevence patří preventivní prohlídka, depistážní akce, screeningové metody, monitoring a další (40).

Mortalita na kardiovaskulární onemocnění se v České republice pohybuje kolem 600 úmrtí ročně na 100 000 obyvatel. V roce 2004 patřily nemoci oběhové soustavy do nejčastějších příčin hospitalizace. Protože průměrná hospitalizace dosahovala 9,8 dne, byly vynaloženy nemalé finanční náklady a vysoké nároky na zdravotní péči. I když od roku 1990 došlo v České republice k výraznému poklesu úmrtnosti na kardiovaskulární choroby, je morbidita kardiovaskulárních onemocnění, v porovnání se zeměmi Evropské unie, stále vysoká. Nejčastější příčinou smrti a invalidity z kardiovaskulární onemocnění připadá na srdeční infarkt a to převážně u mužů v produktivním věku. Závažná kardiovaskulární morbidita dosahuje v České republice více než 50 % všech hospitalizací na interních odděleních nemocnic a stále narůstá (5, 30, 32).

Pacienti po infarktu myokardu, propuštění z nemocnice, jsou ohroženi náhlým úmrtím z fatální i nefatální recidivy. Toto nebezpečí je největší v prvních měsících a v prvním roce po prodělaném onemocnění, v pozdějších letech postupně klesá na úroveň rizika nemocných se stabilní anginou pectoris (19).

Snížení počtu úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob u osob mladších 65 let a vybudování dobře fungující a efektivní péče o nemocné s chorobami srdce a oběhu má za cíl i Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva – Zdraví 21 a Národní kardiovaskulární program, vypracovaný Českou kardiologickou společností ve spolupráci s Českou společností kardiovaskulární chirurgie (5, 30).

Dodržování všech zásad sekundární prevence je tedy nezbytné pro účelnou léčbu infarktu myokardu. Režimová opatření u tohoto onemocnění vycházejí především ze snahy zanechat kouření, změny stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti a zvýšení pohybové aktivity. Ukázalo se, že právě zásadní změna životního stylu dané

populace vedla k výraznému poklesu mortality, incidence a prevalence kardiovaskulárních onemocnění v různých evropských zemích (1,5).

V praxi se v oblasti prevence častěji setkáváme s lékařským modelem, který se zabývá již postiženou nebo vysoce rizikovou osobou a volí proto léčbu farmakologickou. Dle výzkumů se zdá účinné kombinovat model lékařský s modelem populačním, který naopak sleduje rizikovou populaci. Je založen na poznatku distribuce rizikových faktorů v dané populaci. Na základě faktorů životního stylu jako je nutriční, kouření, spotřeba alkoholu, spotřeba soli a tělesná aktivita, vznikají rozdíly v prevalenci a incidenci ischemické choroby srdeční mezi populacemi (32).

1.5.1 Možnosti léčby kouření

Statistiky uvádějí, že kouření způsobuje 50% všech úmrtí, polovina takovýchto smrtelných případů je zapříčiněna kardiovaskulární chorobou. Míra škodlivosti kouření se odvíjí od množství denně vykouřených cigaret a na celkovém trvání kouření. Proto je po infarktu myokardu zcela zásadním opatřením právě naprostý zákaz kuřáctví. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO je kouření považováno za nemoc a označeno diagnózou F 17 – závislost na tabáku (32, 34, 37, 43).

Cigaretový kouř obsahuje z největší části látky nikotin a oxid uhelnatý. Při interakci těchto dvou složek dochází ke zvýšenému uvolňování katecholaminů a adhezivitě destiček. Zrychluje se také srdeční frekvence a krátkodobě i krevní tlak. Kouření vyvolává vzestup dalších koagulačních faktorů, zpomalení fibrinolýzy, inzulinovou rezistenci a snižování hladiny HDL cholesterolu. Tabákový kouř dále obsahuje asi 4000 složek, z nichž je přibližně 100 přímých kancerogenů, řada dalších látek jsou mutageny, jiné mají vysokou schopnost alergizovat (32, 34, 43).

U osob se závislostí dochází většinou k psychosociální interakci a denním stereotypem, při kterém kuřáci často využijí situace navyklých činností, psychické tenze nebo pozitivní či negativní emoce k zapálení cigarety. Drogová závislost je vyvolána zmnožením acetylcholinových a nikotinových receptorů v mozku a má podobný výsledek jako závislost na jiných těžkých drogách. Je charakterizována tím, že si kuřák

zapálí první cigaretu ihned ráno po probuzení nebo i v noci a spotřebuje denně nejméně celý balíček cigaret (32, 34, 43).

Tabakismus lze zjišťovat pomocí osobní anamnézy a laboratorního vyšetření. Míru závislosti na kouření je také možno získat Fagerstömovým dotazníkem. Po 2-3 letech úplné abstinence kouření se snižuje možnost recidivy myokardu o 20-30%, tedy na stejné riziko jako u nekuřáků (32, 34, 43).

V první fázi úspěšného odvykání sestra provádí krátkou několikaminutovou intervenci, během níž seznámí pacienta s riziky spojené s kuřáctvím, doporučí, aby vážně uvažoval o abstinenci kouření pro udržení dobrého zdravotního stavu. Tato fakta je třeba neustále zdůrazňovat v opakovaných krátkodobých intervencích a případně doplnit vizuálními schémata, které ukazují pozitivní vliv na zdraví při odstranění nikotinové závislosti. Dále doporučí pacientovi, aby si alespoň týden vedl zápisník, ve kterém si bude poznamenávat hodinu a důvod, proč má potřebu si cigaretu zapálit. Tímto způsobem zjistí, jaká cigareta je pro pacienta důležitá a která naprosto nedůležitá. Ty se bude pacient v dalších 14 dnech snažit eliminovat (23, 34).

Se sníženým množstvím cigaret setrvá asi týden a v den, který si určil, ponechá kouření naráz a úplně. Je důležité, aby před tímto dnem pacient odstranil ze svého okolí všechny popelníky, zapalovače a cigarety a aby se pokusil změnit stereotypy dne, které jsou spojeny se zapálením cigarety (23, 34).

Samozřejmě je také vhodné změnit celkový postoj k životnímu stylu, snažit se vyplnit čas sportovními aktivitami a jinými zálibami, které by oddálily chuť na cigaretu. Vyvarovat se příležitosti nabídky cigaret, při stresových situacích proventilovat plíce, pít dostatečné množství tekutin nejlépe s bikarbonou, protože vylučování nikotinu je v zásadité moči zpomaleno. Důležité je upozornit pacienta, že jedna znovu zapálená cigareta během odvykání vede k opětovnému návratu k pravidelnému kouření (23, 34).

Jestliže při vyšetření zjistí sestra silnou závislost na nikotinu a hrozí možnost abstinčních příznaků je třeba uvažovat o náhradní léčbě nikotinem (34).

Náhradní léčba nikotinem pomocí žvýkaček

Podáním těchto preparátů se snižuje, až eliminuje výskyt abstinčních příznaků, vznikajících po deprivaci nikotinu. Žvýkačka poskytuje malou dávku nikotinu, který se vstřebává bukalní sliznicí. Je třeba ji použít v době, kdy se objeví chuť na cigaretu a přesně dodržovat daný postup. Žvýkačku žvýkat pomalu 10krát až 15krát v intervalu jedné sekundy, pak vložit žvýkačku na půl minuty mezi tvář a zuby nebo pod jazyk, opakovat pomalé žvýkání a půl minutovou pauzu, tento postup opakovat 30 minut. Nikotin se vstřebává ústní sliznicí a v zásaditěm prostředí, vytvářené samotnou žvýkačkou. Z tohoto důvodu se nesmí při žvýkání pít jakákoliv tekutina. Je vhodné vyvarovat se rychlému žvýkání, které vyvolává vedlejší účinky jako slinění, škytavku, pálení jazyka a pocit plnosti žaludku. Množství použitých 2mg žvýkaček se pohybuje kolem 8 až 10 denně, při nutnosti větší spotřeby je vhodné přejít na 4mg preparáty. Po takovýchto opatřeních trvajících přibližně 3 měsíce, snižujeme počet denně spotřebovaných žvýkaček tak, aby během 6-8 týdnů došlo k úplnému vymizení užívání (23, 34).

Náhradní léčba nikotinem pomocí náplastí

Tento způsob náhradní léčby nikotinem se ve svém účinku podobá použitím nikotinových žvýkaček. Na trhu se objevují náplasti s různým množstvím obsaženého nikotinu (15, 10 nebo 5mg, 21, 14 nebo 7mg) a také s různou dobou působení (16, 24 hodin). Náplast se nalepí na suchou a neochlupenou část kůže v oblasti předloktí, dlaňovou část paže nebo pektorální krajinu. Po uplynutí uvedené doby dojde k výměně náplasti a opětovné aplikaci na jiné místo. Na stejnou část kůže lze opět aplikovat náplast až po 2-3 dnech. Po uplynutí doby 3 měsíců se začíná s třítýdenní aplikací náplastí obsahující menší množství nikotinu a dále se pokračuje s podáváním náplastí s nejnižším obsahem nikotinu opět po dobu 3 týdnů (23, 34).

Ostatní nikotinové náhražky

Další z dostupné náhradní léčby nikotinem je nosní sprej, který z tlakové nádoby poskytne 0,5 mg nikotinu v jedné dávce. Aplikuje se do obou nosních

průduchů a umožňuje okamžitou úlevu od chuti na cigaretu. V některých případech však může vyvolávat podráždění nosní sliznice. Ústní inhalátor vypadá jako cigaretová špička, ve které je umístěna porózní vložka impregnovaná 10mg nikotinu. Tento prostředek je vhodný pro kuřáky silně závislé na nikotinu a také závislých na rituálním chování, které představuje akt kouření (34).

Kontraindikace podání náhradní nikotinové léčby

Za kontraindikace podání nikotinových náhražek se považuje srdeční infarkt nebo jiné kardiovaskulární obtíže v posledním měsíci. Relativní kontraindikací žvýkačky může být protéza nebo averze ke žvýkání. Problémy se zubní protézou lze částečně vyřešit jemným, lehkým žvýkáním, případně nedokusováním žvýkačky. U náplasti je kontraindikací generalizované kožní onemocnění nebo alergie na náplast (23, 34).

1.5.2 Dietní opatření

Výživa hraje jednu z hlavních rolí při vzniku infarktu myokardu, proto lze vhodnou nutriční kompenzovat nejen projevy aterosklerózy, ale také diabetu mellitu a hypertenze, které se spolupodílí na vzniku ischemické choroby srdeční (32, 33).

Dietní faktory uplatňující se při vzniku infarktu myokardu, jsou jednak aterogenní, které způsobují zvýšení sérového cholesterolu a urychlují aterosklerózu, nebo trombogenní, vyvolávající trombotické změny na aterogenních plátech. Mezi tyto vyvolávající faktory patří živočišné tuky, obsahující nasycené volné mastné kyseliny (SFA), které se v potravě vyskytují ve formě triglyceridů (33).

Naopak ochranný vliv mají oleje rostlinného původu a oleje nacházející se v rybím tuku, které obsahují nenasycené mastné kyseliny, vlákninu, antioxidantní vitamíny, kyselinu listovou, vitaminy B6 a B12 a alkohol v malém množství. Některé studie prokázaly také pozitivní účinky některých ořechů, sojových proteinů a česneku (33, 4, 17).

Obecně by tedy měla sestra pacientovi po infarktu myokardu doporučit dietu nízkotučnou s vysokým obsahem polysacharidů, dietu s vysokým obsahem

nenasycených mastných kyselin a dietu s vysokým obsahem vlákniny. Nejlepší účinek je vyvolán kombinací všech těchto dietních opatření (33).

Konkrétně tedy hlavní dietní zásady po infarktu myokardu spočívají ve snížení množství nasycených mastných tuků ve formě červeného masa, mléčných výrobků a sádla a jejich nahrazení olivovým, řepkovým a lněným olejem, vlašskými ořechy, dýňovými a mletými lněnými semínky a mořskými živočichy (8, 33).

Tučné ryby je vhodné konzumovat 2krát až 3krát týdně ve 100g dávkách. Za nejvhodnější ryby byly označeny makrela, slanečci, sardinky, šproty, losos, pstruh a tuňák. Případně lze nahradit nebo doplnit obsah omega-3 mastných kyselin rybím tukem v kapslích (8, 33).

Úlohou sestry je doporučit pacientovi příjem ovoce a zeleniny 5krát denně, a to ve formě syrové, sušené, vařené nebo konzumace různých salátů a šťáv. K úpravě vysokého krevního tlaku je nezbytné snížit příjem kuchyňské soli na maximálně 5-6g soli denně, což představuje jedna čajová lžička. Sůl je možné nahradit bylinkami a jiným vhodným kořením - pepřem, orgánem, bazalkou, cibulí, česnekem (8, 33, 17).

Vhodné je vyvarovat se konzumace bílé mouky, rafinovaného cukru, vnitřností, kachního, husího, vepřového masa, bílého masa s kůží, uzenin, smažených jídel a tučných mléčných výrobků (8, 33).

Naopak za vhodné se považuje konzumace celozrnných obilovin, žitného chleba, nových brambor, neloupané a basmati rýže, dostatek tekutin kolem 1,5 l denně a alkohol v malém množství, které představuje vypití maximální denní dávky asi 1/2 – 1 l piva, 2 dcl vína nebo 0,4 – 0,5 dcl lihoviny. U žen platí dávka poloviční (8, 33, 17).

Pokud pacienti trpí nadváhou nebo obezitou, měli by se pomocí diety zaměřit na snížení tělesné hmotnosti. Zjištění závažnosti nadváhy lze zjistit stanovením hodnoty BMI (Body Mass Index), která se vypočítá tak, že se váha člověka v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky v metrech (kg/m^2). Za normální hmotnost se považuje hodnota BMI 20-25, hodnota 25-30 značí nadváhu, při hodnotě nad 30 hovoříme o prosté obezitě a při hodnotě nad 40 o obezitě maligní. Dalším ukazatelem je měření obvodu v pase. Pokud u mužů dosahuje 94cm a výše, u žen 80cm a výše, jedná se o indikaci k redukci tělesné hmotnosti. V takových situacích je vhodné pokusit se o snížení

hmotnosti o 500-1000g týdně, buď snížením příjmu potravy, nebo zvýšeným výdejem energie, nejlépe kombinací těchto doporučení. Dle WHO lze také břišní typ obezity vyhodnotit dle poměru pas/boky. Stupně obezity je dosaženo u hodnoty nad 0,9 u mužů a nad 0,85 u žen (8,18,37).

Pro shrnutí zdravého a vyváženého stravování poslouží třináct zásad zdravé výživy. Ta se skládá z pestré a pravidelné stravy, kde by měl být oběd hlavním jídlem dne. Konzumace bílkovin, sacharidů, tuků a vlákniny by měla být přiměřená, doporučována je konzumace dostatku ovoce a zeleniny. Člověk by se měl naopak vyvarovat konzumaci nasycených tuků, rafinovaného cukru a slazených nápojů. Jíst by se mělo v klidném a příjemném prostředí, sousta pomalu a soustředěně rozžvýkávat, nepřejídat se. Pokrmy by měly být čerstvé, neohříváné a teplé. Další zásadou je zařazení jednoho odlehčovacího dne jednou za dva týdny. Může se skládat z ovoce a zeleniny nebo obojího. Při jídle je vhodné popíjet pouze doušky vody nebo slabého čaje. Pro dobré trávení může být vhodné vypít po jídle podmáslí. Poslední zásadou je konzumace alkoholu pouze v malém množství (8).

1.5.3 Fyzická aktivita

Nedostatek pohybu nepříznivě ovlivňuje zdraví kardiaka. Sedavý způsob života tak způsobuje ochabování svalstva, zhoršení hybnosti kloubů a snížení výkonnosti kardiiovaskulárního systému (29).

Podle intenzity metabolismu rozeznáváme různé typy zátěže. Lehká až střední zátěž odpovídá úrovni 40-60% max. spotřeby kyslíku (VO_2 max.), kdy je poměrně malé zatížení všech systémů, energie je hrazena z metabolismu glycidů a později i lipidů. Zátěž submaximální odpovídá 60-75% VO_2 max., tato spotřeba kyslíku leží na hranici anaerobního prahu a dochází při ní k přesmyknutí hrazení energie z aerobní do anaerobního způsobu. Tento druh se považuje za nejpřínosnější. Posledním typem zátěže je maximální, odpovídající úrovni 75-90% VO_2 max. Je vždy krátkodobá a jsou při ní kladeny vysoké nároky jak na metabolismus, tak na koordinaci. Pro pacienta je ovšem nejjednodušší, aby dokázal hodnotit svou tepovou frekvenci. Vyhmatání pulzu je možné na zápěstí nebo na krku na krkavicích. Tréninkovou tepovou frekvenci, která by

neměla být přesažena, lze vypočítat podle věku pacienta: $(220 - \text{věk}) \times 0,6 - 0,8$. Tento údaj je však pouze orientační (18, 37).

Pravidelná a přiměřená tělesná aktivita v podobě rytmického pohybu se současným zapojením svalových skupin, vede ke zvýšení aerobního metabolismu, poklesu systémového tlaku, zlepšení metabolismu lipidů a cukrů. Neméně významný je také vliv na psychickou pohodu a s tím související stres. Pohyb se dále podílí na snižování tělesné hmotnosti a tím eliminuje riziko spojené s následky obezity (12, 29, 43).

Sestra v této oblasti sekundární prevence seznámí pacienta s faktem, že za nejpřiměřenější lze považovat takové tělesné cvičení, které snáší nemocný bez anginy pectoris, dušnosti a po němž je příjemně unaven (43).

Cvičební aktivity, které pro kardiaky nelze vůbec doporučit, jsou cvičení izometrického typu jako je zdvihání těžkých břemen, kopání a rytí (43).

Před samotným cvičením je vždy nutné provést v úvodu cca 5-10 min. "fázi zahřívací" tak, aby postupně došlo jednak ke zvýšenému prokrvení svalů a postupně k celkovému zvýšení metabolismu. Vede to k prevenci úrazů a různých kardiovaskulárních příhod. Stejně tak na konci cvičení zařazujeme 5-10 min. "fázi uklidňovací", kde provádíme protahovací a relaxační cviky (18, 4).

Za vhodná cvičení považujeme aerobní izotonická, pacientovi doporučíme procházky rychlou chůzí, indiánskou chůzí, jogging, klus, jízdu na kole nebo doma na rotopedu (ergometru), plavání, běh na lyžích a tanec v nezakouřeném prostředí. Jako nejdostupnější a nejvhodnější typ tělesné aktivity po infarktu myokardu se jeví rychlé procházky po rovině, při dobré snášenlivosti ve členitém terénu rychlostí 4-5 km/h po dobu 20-40 minut 3-5krát týdně. Fyzickou aktivitu je možné rozdělit do několika kratších úseků, to je vhodné zejména u starších pacientů. Objeví-li se při fyzické aktivitě neobvyklá změna tepové frekvence (neadekvátní zvýšení nebo snížení), bolesti na hrudi, nepřiměřená dušnost, únava, bledost, pocit na omdlení či závratě, měl by to být pro pacienta pokyn k okamžitému přerušení cvičení (12, 29, 43).

Určitou alternativou fyzické aktivity může být i intermitentní, krátkodobá, středně intenzivní zátěž, trvající i méně než 10 min., celkem denně prováděna 30 min.

Může jít o nahrazení jízdy výtahem chůzí do schodů, část nebo celou cestu do zaměstnání absolvovat pěšky, různé procházky před jídlou a víkendové rodinné výlety (18).

Pacienti, kteří byli delší dobu fyzicky nečinní, by měli s tělesnou aktivitou začínat pozvolna. Sestra pacienta upozorní, že by měl první týden provozovat pomalou chůzi deset minut třikrát týdně, potom dobu i tempo postupně prodlužovat (6).

Kardiologičtí pacienti by měli být pravidelně kontrolováni lékařem a jejich tělesná aktivita musí být řízena individuálně podle klinického stavu, výsledků zátěžového testu a stavu kardiovaskulárního aparátu (39, 43).

1.5.4 Rehabilitace

„Rehabilitace kardiaků spočívá v kombinaci programu postupně stále namáhavějšího cvičení a výchovy pacienta k dosažení co největšího zlepšení jeho kardiovaskulárních funkcí po prodělaném infarktu myokardu“ (23, s.38).

Účinná kardiologická rehabilitace probíhá v kombinaci s fází prováděnou v nemocnici a programem ambulantním (15, 23).

První fáze prováděná v nemocnici začíná ihned po stabilizaci pacientova stavu, tedy první až třetí den, pokud se neobjeví jiné kontraindikace. Komplikace akutního infarktu myokardu oddalují vertikalizaci a tím dochází i k prodloužení hospitalizace. Je tedy nutné zaměřit se na zlepšení oběhových parametrů, prevenci tromboembolických komplikací a také na zpomalení nastupující dekondice. Postupná vertikalizace pacienta zajišťuje optimální ventilaci, prevenci dekubitů, muskuloskeletních deformit a negativní bilanci kalcia (15, 23, 42).

Cvičení zpočátku pasivní přechází ve cvičení aktivní. Doporučit lze plantární a dorzální flexi nohy v kotníku a postupně přecházet v pohyb všech končetin vsedě na lůžku, nohy spuštěné z postele. Pokud pacient vše snáší bez potíží, může, po rozsvícení v podobě mírného strečinku, provádět pomalou chůzi 15m a zpět (15, 23).

Postupem času prodlužujeme rozsah pohybů a délku chůze. Pacient také zkouší chůzi po schodech. Nezbytná je v této době edukace klienta sestrou, měl by být poučen, jak si má měřit a hodnotit puls a jaké cvičební aktivity má po návratu domů vykonávat.

Před propuštěním pacienta do domácího léčení, je proveden test fyzické zátěže s mírnou námahou, z důvodu zjištění možných komplikací při fyzickém výkonu a určení stupně domácího cvičení (15, 23).

Druhá fáze rehabilitace, trvající 6-12 týdnů, doporučuje lehčí cvičení, aby došlo k dohojení poškozené srdeční tkáně. V tuto chvíli je také možné, aby pacient po předchozím doporučení lékaře, navštívil některé z lázeňských zařízení. Významným přínosem lázeňského pobytu je intenzita a soustředěnost na předepsané procedury a psychická uvolněnost pacienta (15, 23, 37).

Fáze rehabilitace je nejvhodnější dobou pro celkovou edukaci pacienta sestrou o rizikových faktorech onemocnění a možnostech sekundární prevence (15, 23).

Lázeňská léčba

V České republice je možné navštívit 5 lázní, které se specializují na pacienty po srdečních příhodách a srdečních operacích. Jsou to lázně Poděbrady, Teplice nad Bečvou, Konstantinovy lázně, Františkovy lázně a Libverda (15, 23, 37).

Ústavní lázeňská rehabilitační léčba svým přístupem ideálně navazuje na hospitalizaci pacienta nebo na ambulantní rehabilitaci. Normalizuje fyzický a psychický stav pacienta, vytváří a upevňuje návyky vhodného životního stylu a potlačuje stresové faktory (37).

Lázeňské léčení se skládá převážně z řízené pohybové aktivity, která obsahuje léčebný tělocvik 30 minut, 4krát týdně, ergometrický trénink 30 minut, 4krát týdně, terénní léčbu s kardiometrem, rehabilitaci v bazénu a plavání. Pacienti jsou ke kardiorehabilitaci zařazováni do skupinových pohybových aktivit podle aktuálního zdravotního stavu a podle výsledků zátěžového EKG vyšetření. Tyto pohybové aktivity jsou vedeny fyzioterapeuty (15, 23, 37).

V lázeňských zařízeních se také využívá balneologická a fyziatrická terapie, mezi které patří uhličité koupele, vodoléčebné procedury, elektroléčebné procedury a jiné procedury jako magnetoterapie, ultrazvuk a další (37).

Pacientům je v lázních podávána racionální nízkocholesterolová dieta spojená s možnou redukcí hmotnosti. Velmi důležitou součástí lázeňského léčení je také kontrola rizikových faktorů, psychoterapie a zdravotní výchova (37).

„Hlavním cílem léčení pro kardiology a rehabilitační pracovníky je vrátit nemocného do pracovního a společenského postavení, jaké měl před onemocněním, anebo mu zabezpečit takové postavení ve společnosti, které využívá všechny funkční rezervy a zabezpečí nemocnému životní maximum i při snížení tělesné funkce – v tomto případě oběhového systému“ (37, s.217).

Ne každý kardiak má však nárok na lázeňskou péči. Podmínky jsou dány § 33 Zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zde je uvedeno, že lázeňskou péči doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař a hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Vyhláška ministerstva zdravotnictví č.58/1997 Sb. dále stanovuje indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. V této vyhlášce jsou uvedeny indikace a kontraindikace lázeňského pobytu pro kardiovaskulární choroby a určité požadavky a vyšetření, které musí lékař provést (37).

1.5.5 Sexuální aktivita

Během sexu dochází v organismu k fyziologickým změnám jako je zrychlené dýchání, zrychlený puls, zvýšení krevního tlaku a změna barvy kůže - zčervenání. Díky těmto změnám, které způsobují větší nároky na prokrvení srdečního svalu, se mohou u kardiaka objevit srdeční obtíže. Tyto komplikace však mohou nastat i při vykonávání jakýchkoliv jiných aktivit, a proto bývají při sexu spíše subjektivního (psychického) rázu. Opatrnost je ovšem na místě, neměla by ale kazit příjemné chvíle (37).

Úlohou sestry je v tuto dobu pacienta seznámit s tím, že k sexuální aktivitě je možné se po prodělaném infarktu myokardu, který probíhal bez komplikací, vrátit za 3-4 týdny s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu a po poradě s lékařem. Doporučováno je začít se sexem v době psychické vyrovnanosti, delší dobu po jídle a na místě, kde nehrozí vyrušení. Mimomanželský sex je spojen s větším rizikem, než sex se stálým partnerem, protože se objevuje větší psychické napětí nebo také požití alkoholu (29, 37).

1.5.6 Psychosociální stres

Stres je přirozený obranný mechanismus člověka, tato neuroendokrinní reakce postihuje všechny důležité orgánové systémy. Původní funkce stresu, která měla člověka připravovat k útoku nebo útěku, je dnes potlačována, a tak současní lidé nemají možnost nashromážděnou energii uvolnit. Tento neblahý vliv pak negativně působí zejména na kardiovaskulární aparát (23, 29).

V důsledku vyplavení adrenalinu, provázející stresové situace, dochází k prudkému zvýšení činnosti srdce, tlaku krve, hladiny cukru a tuků v krvi. Dále se objevuje tachypnoe, bronchodilatace, zvýšená gastrointestinální motilita a vylučování žaludečních kyselin. Kůže se nadměrně potí, zvyšuje se síla kosterního svalstva, zejména při akutním stresu. Naopak při chronickém stresu dochází k úbytku svaloviny. Dlouhotrvající stres vede k atrofii brzlíku, sleziny a lymfatických žláz z důvodu snížené tvorby lymfocytů (23, 29).

Stres se spolupodílí na vzniku celé řady symptomů, jako jsou bolesti hlavy, zácpa nebo průjem, poruchy spánku, bolesti hlavy a mnoho dalších. Stresové působení ale také vyvolává různé emocionální reakce, k nimž patří různé fobie, zlost, hněv, frustrace, deprese, podrážděnost a pocity bezmocnosti. Negativní dopad má stres na etiologii ischemické choroby srdeční, hypertenze a náhlé srdeční smrti (23).

Strategie, která napomáhá zvládnutí stresu, sestává z několika částí. Nejprve se sestra od pacienta snaží vhodnou formou zjistit, jak stres prožívá a co bývá jeho příčinou. Po té je možno nabídnout mu jednoduché nefarmakologické postupy ve formě relaxačních a dechových cvičení, pravidelného aerobního cvičení, dostatku spánku a odpočinku. Doporučíme omezení pití kávy a jiných stimulancií, vyhnout se zjištěnému specifickému stresoru, a pokud je to možné, měl by pacient předcházet dalším výrazným životním změnám (23).

Jako vyšetřovací metodu přítomnosti stresu lze využít jednak metodu pozorování chování, dále dotazník WHO, který je psychologickou metodou diagnostikování stresu, hodnotí se zde fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu. Dále je možno využít stupnici těžkých životních situací a diagnostiku drobných každodenních starostí (Lazarusův model stresu) (14).

Relaxační metody, které lze doporučit při zvládnání stresu, ovlivňují oblast svalového napětí, psychického napětí a funkčního stavu vegetativní nervové soustavy. Cílem relaxačních technik je dosáhnout uvolnění – relaxace, která se děje prostřednictvím nácviku. Relaxaci lze navodit pomocí autogenního tréninku, progresivního svalového uvolnění, meditace a biologickou zpětnou vazbou (41).

Pokud však pacient pociťuje velmi silný stres, který se projevuje somaticky a předchozí techniky zvládnání stresu nejsou úspěšné, je na místě zvážit návštěvu psychologa či psychiatra (22, 23).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit dodržování režimových opatření u pacientů po prodělaném infarktu myokardu.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry provádějí edukaci pacientů po infarktu myokardu.

2.2 Hypotézy

H1: Pacienti nejsou informováni o dodržování režimových zásad po prodělaném infarktu myokardu od sestry.

H2: Pacienti nedodržují režimová opatření.

H3: Sestry neprovádějí edukaci pacientů po infarktu myokardu.

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

K naplnění cílů bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie. Ke sběru dat byla využita technika dotazníku. Anonymní dotazníky tvořily dotazníky pro pacienty (viz Příloha č.1) a dotazníky pro sestry (viz Příloha č.2). Dotazník pro pacienty obsahoval 30 otázek. Z tohoto celkového počtu bylo 21 otázek uzavřených, 6 otázek polootevřených a 3 otázky otevřené. U polootevřených otázek mohli respondenti doplnit podle vlastního názoru odpověď, která nebyla nabízena v předchozích možnostech. První 3 otázky tohoto dotazníku se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru, zbylých 27 otázek se týkalo daných hypotéz.

Dotazník pro sestry obsahoval 22 otázek. Z tohoto celkového počtu bylo 16 otázek uzavřených, 6 polootevřených a žádná otázka nebyla otevřená. U polootevřených otázek mohli respondenti doplnit podle vlastního názoru odpověď, která nebyla nabízena v předchozích možnostech. První 4 otázky tohoto dotazníku se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru, zbylých 18 otázek se týkalo daných hypotéz.

Výzkumné šetření bylo provedeno během měsíce března 2008, na vybraných odděleních nemocnic a v ordinacích ambulantních specialistů.

Získaná data byla zpracována popisnou statistikou v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2003.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen pacienty z Kardiologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a Kardiologického oddělení Pardubické krajské nemocnice a.s., dále pacienty z kardiologických a interních ambulancí specializovaných lékařů v Českých Budějovicích a Novém Boru.

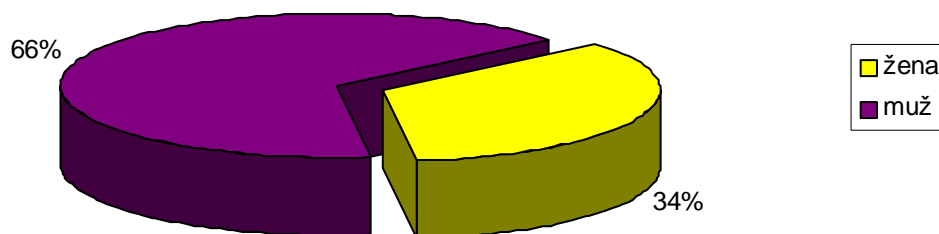
Celkem bylo pacientům rozdáno 100 dotazníků. Z 85 dotazníků, které se vrátily, muselo být 6 dotazníků vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Výsledky výzkumu tedy vycházely ze 79 kompletně vyplněných dotazníků. Návratnost byla v tomto případě 79%.

Výzkumný soubor z řad sester byl tvořen sestrami, pracujícími na Interním a Kardiologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a Kardiologickém oddělení Pardubické krajské nemocnice a.s. a sestrami z interních a kardiologických ambulancí specializovaných lékařů v Českých Budějovicích.

Celkem bylo sestrám rozdáno 50 dotazníků. Návratnost byla bez jednoho dotazníku 98%. Žádný dotazník nebyl vyřazen.

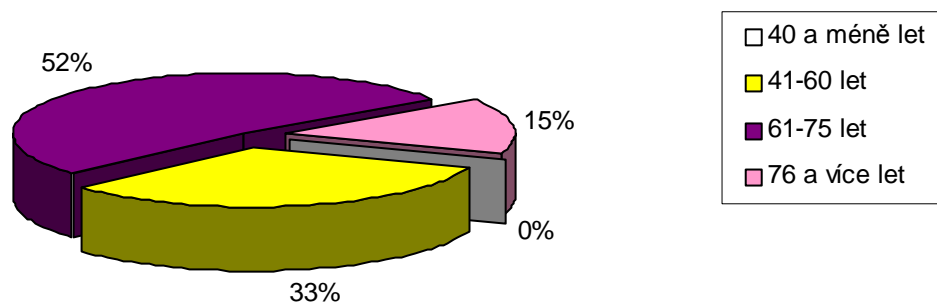
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Pohlaví respondentů
(odpovídá otázce č.1, Dotazník č.1)



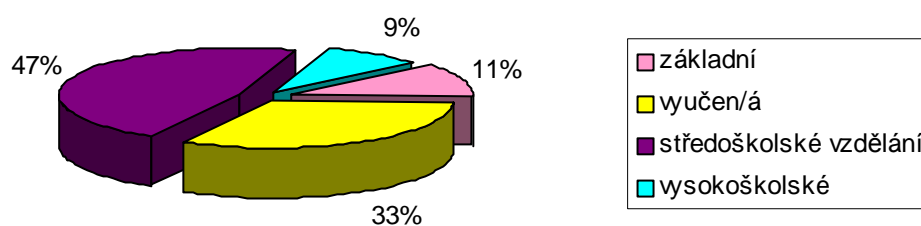
Z celkového počtu respondentů (79) bylo 34% (27) žen a 66% (52) mužů.

Graf 2 Věk respondentů
(Odpovídá otázce č.2, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) bylo osob ve věku pod 40 let a méně 0% (0), osob 41-60 let 33% (26), osob 61-75 let 52% (41) a osob starších 76 let 15% (12) respondentů.

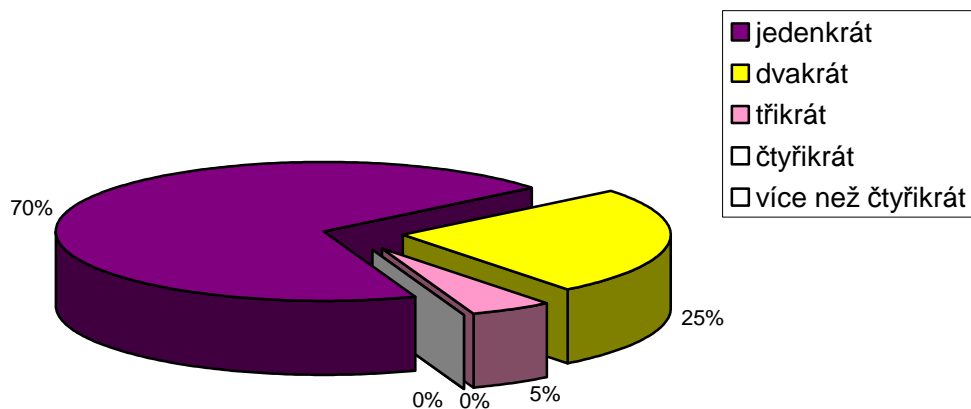
Graf 3 Vzdělání respondentů
(Odpovídá otázce č. 3, Dotazník č. 1)



Z celkového počtu respondentů (79) dosáhlo základního vzdělání 11% (9) osob, vyučení uvedlo 33% (26) osob, středoškolské vzdělání uvedlo 47% (37) osob a vysokoškolské vzdělání uvedlo 9% (7) osob.

Graf 4 Počet prodělaných infarktů myokardu během života

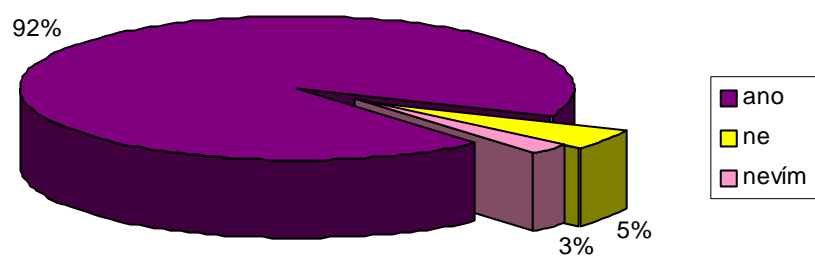
(Odpovídá otázce č.4, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) uvedlo jedenkrát prodělaný infarkt myokardu 70% (55) osob, dvakrát prodělaný infarkt myokardu uvedlo 25% (20) osob, třikrát prodělaný infarkt myokardu uvedlo 5% (4) osob, čtyřikrát prodělaný infarkt myokardu neuvedl žádný z respondentů a infarkt myokardu prodělaný více než čtyřikrát neuvedl také žádný z respondentů.

Graf 5 Nutnost hospitalizace při probíhajícím infarktu myokardu

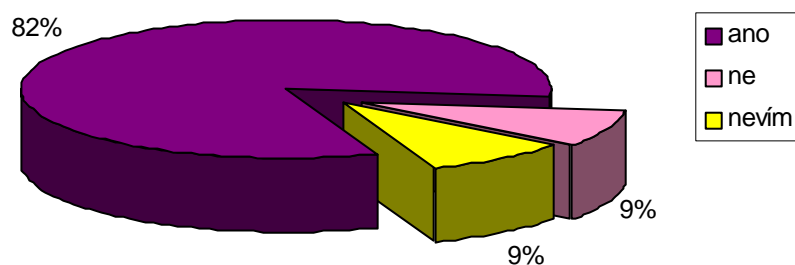
(Odpovídá otázce č.5, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) uvedlo 92% (73) osob nutnost hospitalizace v nemocnici při probíhajícím infarktu myokardu, 5% osob (4) uvedlo, že nebyla při probíhajícím infarktu myokardu nutná hospitalizace a 3% (2) osob o této skutečnosti neví.

Graf 6 Nutnost hospitalizace na jednotce intenzivní péče při probíhajícím infarktu myokardu

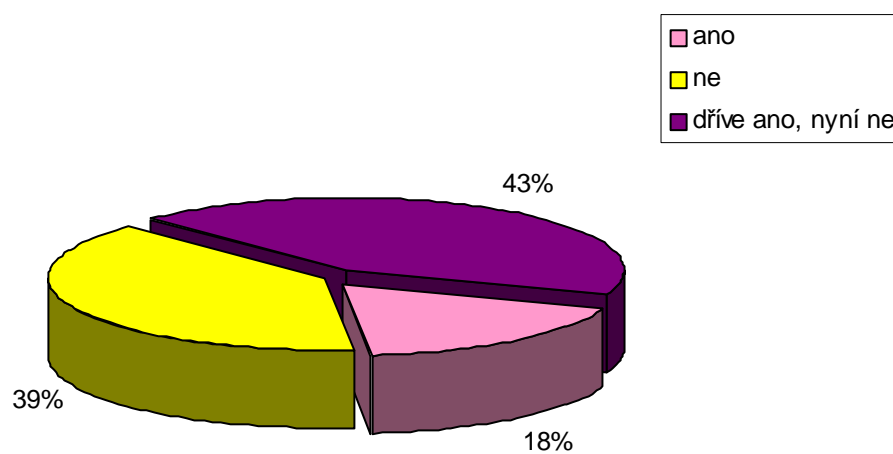
(Odpovídá otázce č.6, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) bylo 82% (65) osob hospitalizováno na jednotce intenzivní péče, 9% (7) osob nebylo hospitalizováno na jednotce intenzivní péče a 9% (7) osob o této skutečnosti neví.

Graf 7 Kuřáctví

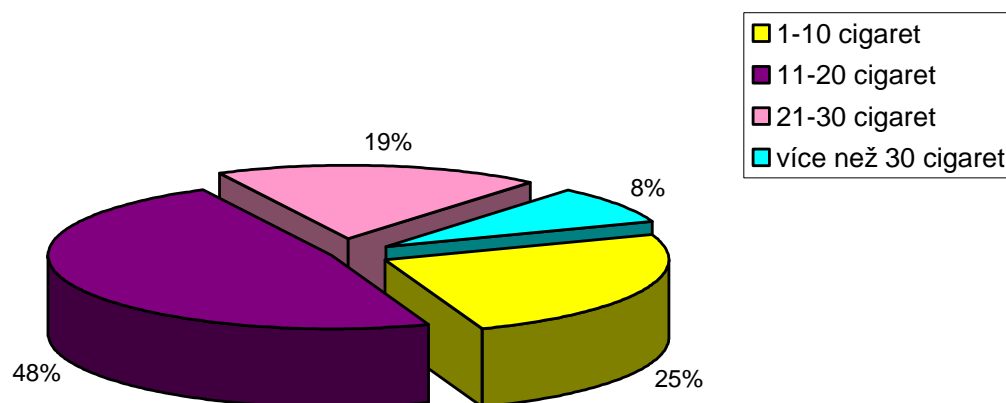
(Odpovídá otázce č.7, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) kouří i v současné době 18% (14) osob, 39% (31) osob nekouří vůbec a 43% (34) osob kouřilo dříve a nyní již nekouří.

Graf 8 Počet vykouřených cigaret

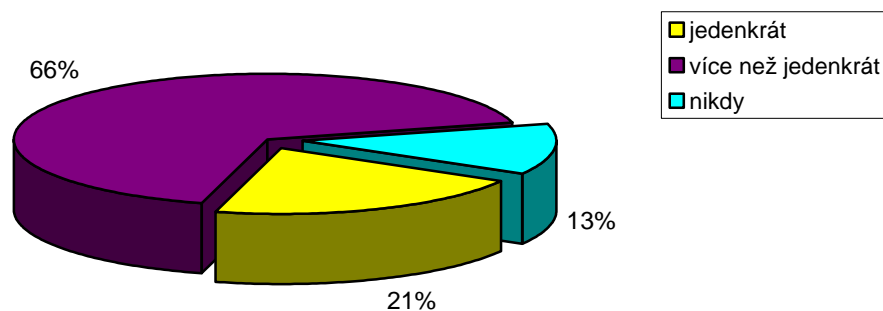
(Odpovídá otázce č.8, Dotazník č.1)



Z respondentů (48), kteří uvedli, že kouří i nyní nebo kouřili dříve a nyní nekouří, uvedlo množství denně vykouřených cigaret 1- 10 25% (12) osob, denně vykouřených cigaret 11-20 48% (23), denně vykouřených cigaret 21-30 19% (9) osob a více než 30 cigaret denně vykouřených cigaret uvedlo 8% (4) osob.

Graf 9 Počet snah o zanechání kouření

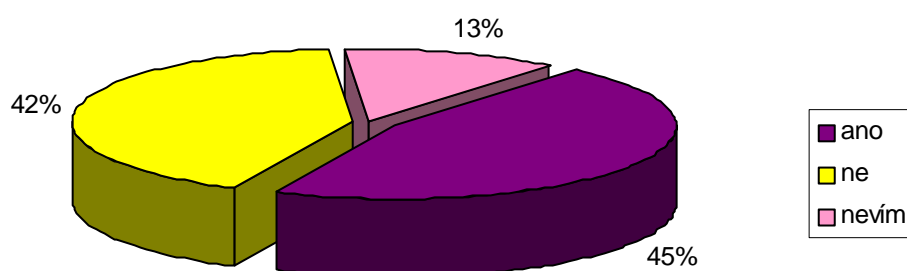
(Odpovídá otázce č.9, Dotazník č.1)



Z respondentů (48), kteří uvedli, že nyní kouří nebo kouřili dříve a nyní nekouří uvedlo 21% (10) osob, že se pokusili zanechat kouření jedenkrát, 66% (32) osob se pokusilo zanechat kouření vícе než jedenkrát a 13% (6) osob se nepokusilo zanechat kouření nikdy.

Graf 10 Informovanost o možnostech v odvykání kouření

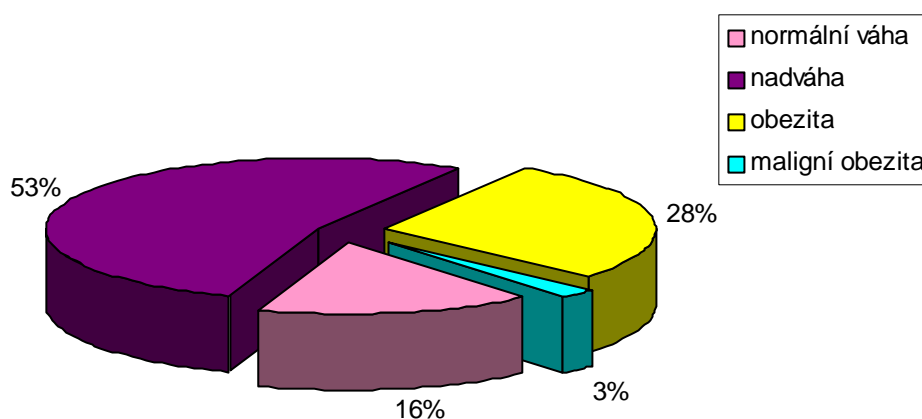
(Odpovídá otázce č.10, Dotazník č.1)



Z respondentů (48), kteří uvedli, že nyní kouří nebo kouřili dříve a nyní nekouří uvedlo 45% (22) osob, že byli informováni o možnostech v odvykání kouření, 42% (20) osob uvedlo, že nebyli informováni o možnostech v odvykání kouření a 13% (6) osob o této skutečnosti neví.

Graf 11 BMI pacientů po infarktu myokardu

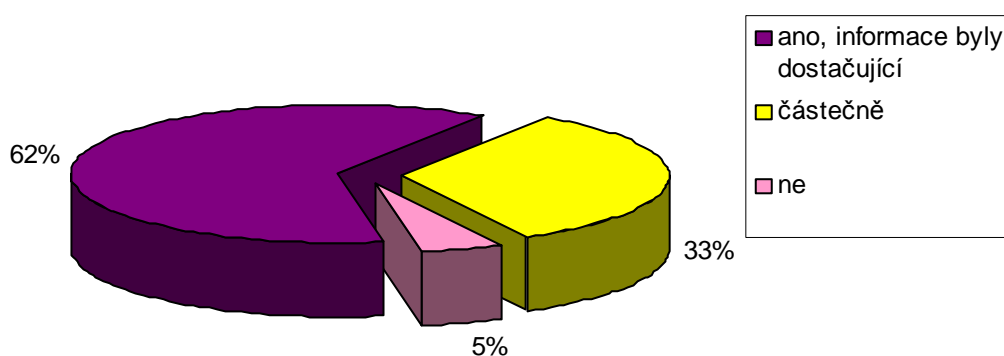
(Odpovídá otázce č.11 a 12, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79), kteří uvedli svoji hmotnost a výšku bylo výpočtem BMI zjištěno, že 16% (13) osob má podle BMI normální váhu, 53% (42) osob trpí nadváhou, 28% (22) osob trpí obezitou a 3% (2) osob trpí maligní obezitou.

Graf 12 Informovanost o vhodném životním stylu po prodělaném infarktu myokardu

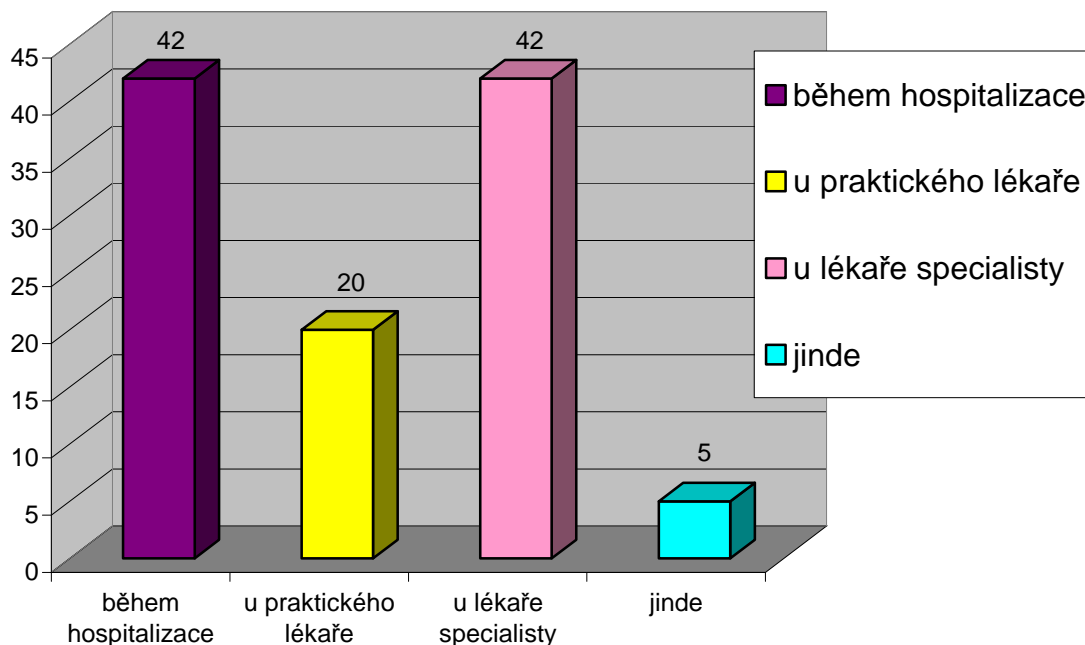
(Odpovídá otázce č.13, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79), uvedlo 62% (49) osob dostačující informovanost o vhodném životním stylu po prodělaném infarktu myokardu, 33% (26) uvedlo částečnou informovanost o vhodném životním stylu a 5% (4) osob uvedlo, že nebylo informováno o vhodném životním stylu.

Graf 13 Místo nabízených informací o vhodném životním stylu po infarktu myokardu

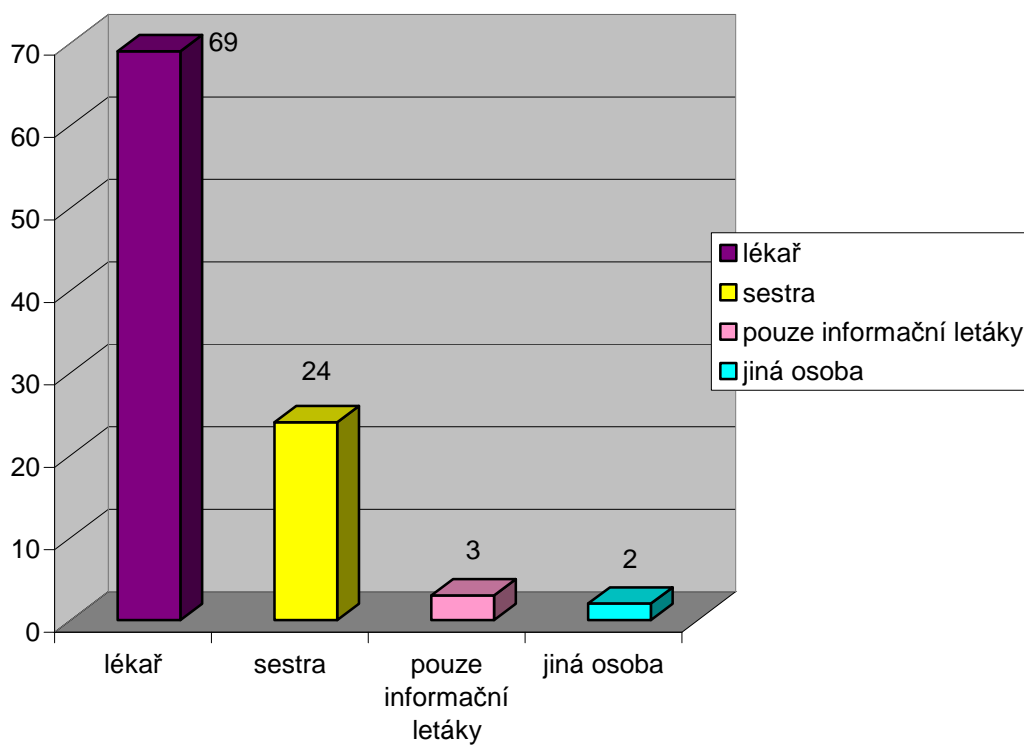
(Odpovídá otázce č.14, Dotazník č.1)



Respondenti mohli v této otázce zvolit více odpovědí z nabízených možností. 42 osob bylo informováno o vhodném životním stylu během hospitalizace, 20 osob bylo informováno u praktického lékaře, 42 osob bylo informováno u lékaře specialisty a 5 osob bylo informováno jinde, nejčastěji respondenti uváděli v médiích, poradně pro odvykání a informace podávané rodinnými příslušníky.

Graf 14 Osoba podávající informace o vhodném životním stylu po infarktu myokardu

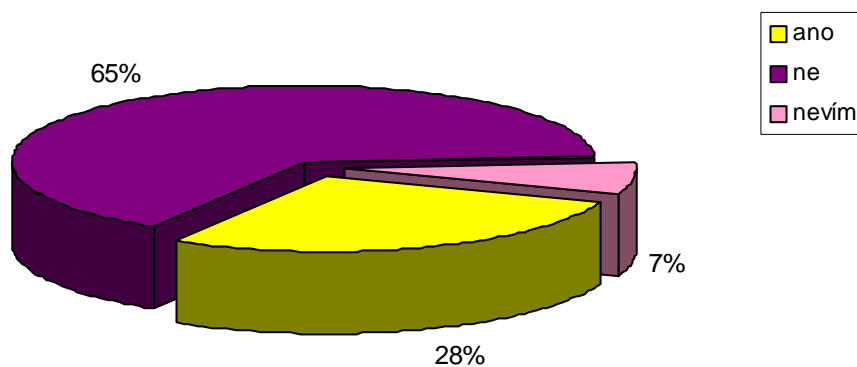
(Odpovídá otázce č.15, Dotazník č.1)



Respondenti mohli v této otázce zvolit více odpovědí z nabízených možností. 69 osob uvedlo podávání informací lékařem, 24 osob bylo informováno od sestry, 3 osoby získali při informování pouze informační letáky a 2 respondenti byli informováni jinou osobou, fyzioterapeutem a rodinnými příslušníky.

Graf 15 Chybění informací během edukace

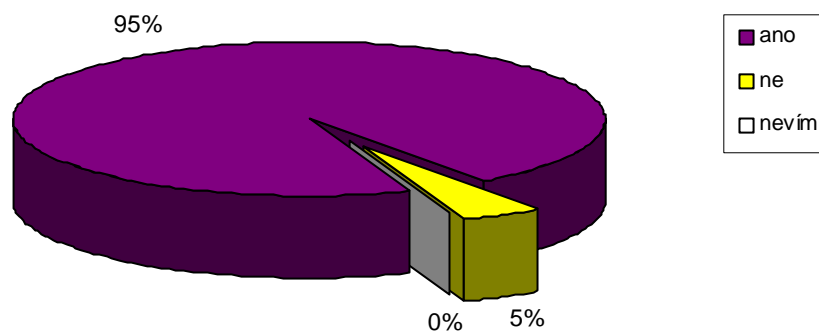
(Odpovídá otázce č.16, Dotazník č.1)



Z počtu respondentů (75), kteří uvedli, že byli informováni o vhodném životním stylu po infarktu myokardu, 28% (21) osob uvedlo, že jim během edukace chyběly informace, 65% (49) osob uvedlo, že jim informace během edukace nechyběly a 7% (5) osob uvedlo, že o této skutečnosti neví.

Graf 16 Zodpovězení dotazů během edukace

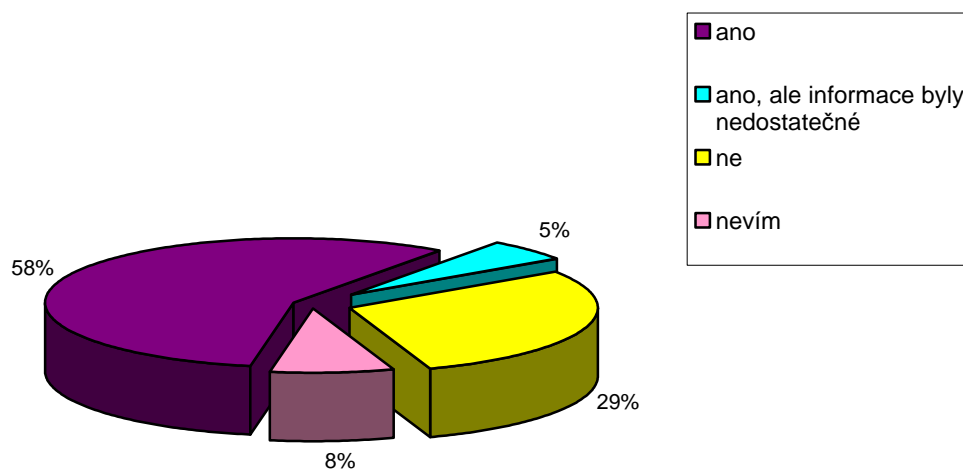
(Odpovídá otázce č.17, Dotazník č.1)



Z počtu respondentů (21), kteří uvedli, že jim chyběly informace při edukaci, 95% (20) osob uvedlo zodpovězení všech kladených dotazů, 5% (1) osob uvedlo nezodpovězení kladených dotazů a žádná osoba neuvedla variantu nevím.

Graf 17 Poskytnutí jiných než ústních informací během edukace

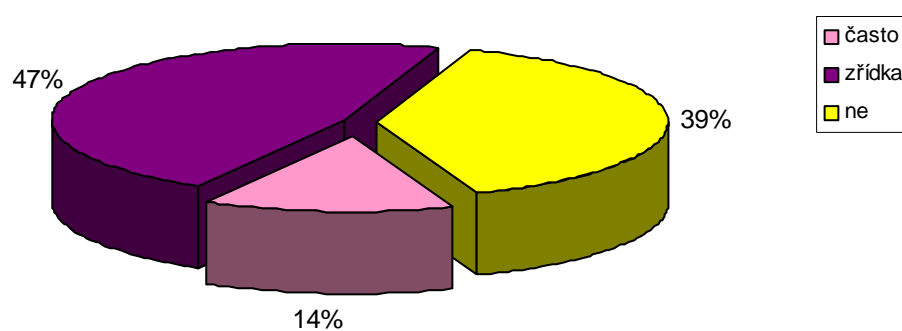
(Odpovídá otázce č. 18, Dotazník č. 1)



Z počtu respondentů (75), kteří uvedli, že byli informováni o vhodném životním stylu po infarktu myokardu uvedlo 58% (43) osob poskytnutí jiných než ústních informací, 5% (4) osob uvedlo nedostatečné informace, 29% (22) osob uvedlo neposkytnutí jiných než ústních informací a 8% (6) osob o této skutečnosti neví.

Graf 18 Vyhledávání informací o životním stylu po infarktu myokardu

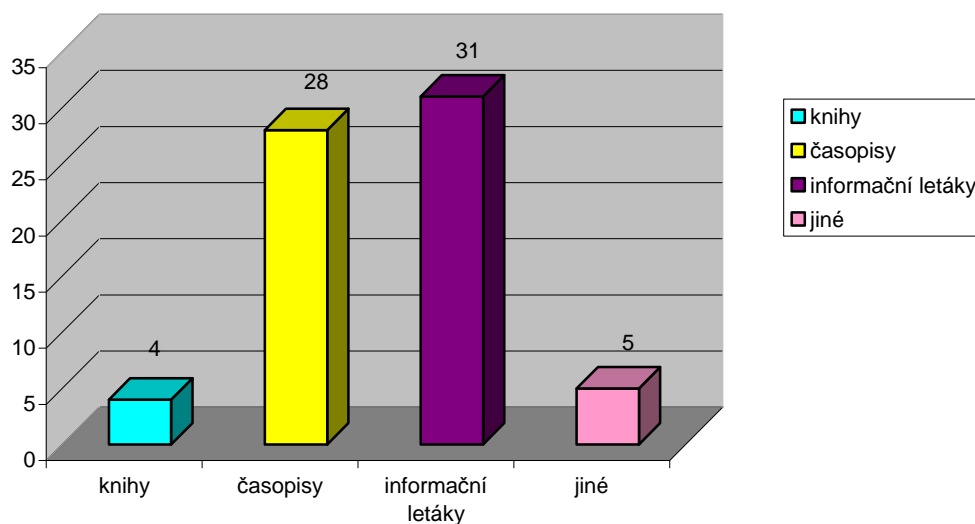
(Odpovídá otázce č.19, Dotazník č.1)



Na otázku, zda respondenti vyhledávají aktivně informace o životním stylu, odpovědělo z celkového počtu respondentů (79), 14% (11) často, 47% (37) zřídka a 39% (31) vůbec.

Graf 19 Zdroj informací k aktivnímu vyhledávání informací po infarktu myokardu

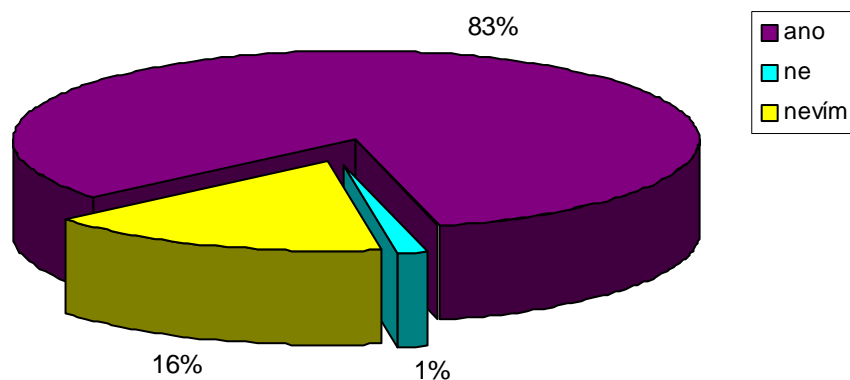
(Odpovídá otázce č.20, Dotazník č.1)



Otázka se týkala zdrojů informací. Respondenti mohli zvolit více odpovědí z nabízených možností. Z analýzy vyplývá, že 4 osoby využívají jako zdroj informací knihy, 28 osob využívá k vyhledávání informací časopisy, 31 osob využívá informační letáky a 5 osob využívá jiné prostředky, internet, rady lékaře, ústní informace.

Graf 20 Zájem ze strany pacienta dodržovat životní styl

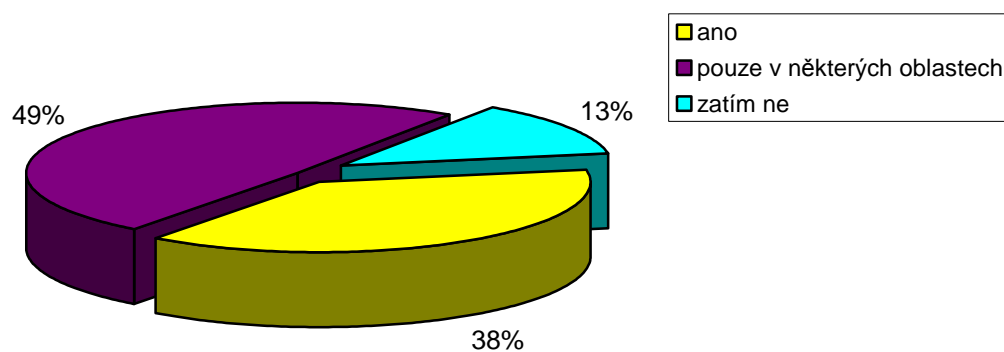
(Odpovídá otázce č.21, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) má zájem dodržovat vhodný životní styl po infarktu myokardu 83% (65) osob, 1% (1) osob nemá vůbec zájem dodržovat vhodný životní styl a 16% (13) osob neví.

Graf 21 Pokus o změnu životního stylu

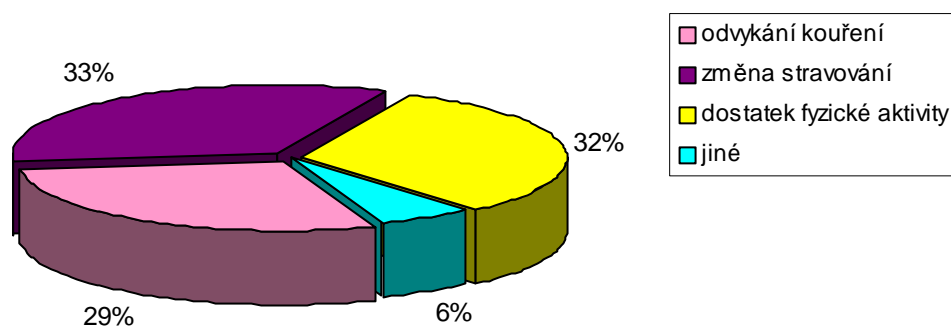
(Odpovídá otázce č.22, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) se 38% (30) osob pokusilo o změnu životního stylu. 49% (39) osob se pokusilo o změnu životního stylu pouze v některých oblastech a 13% (10) osob se zatím o změnu životního stylu nepokusilo.

Graf 22 Největší překážka při změně životního stylu

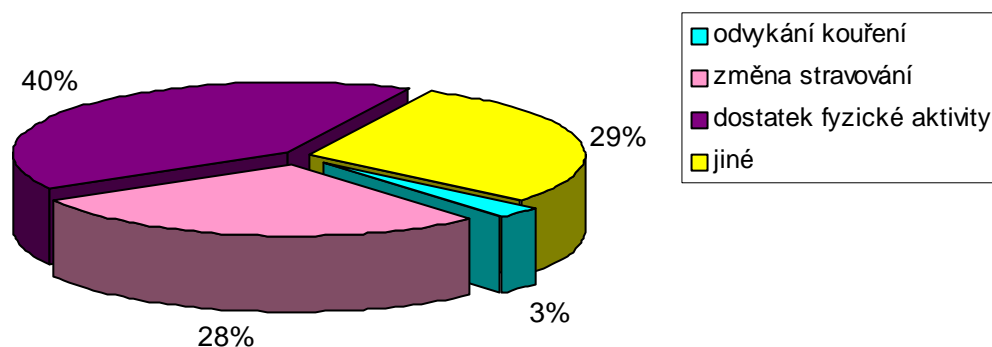
(Odpovídá otázce č.23, Dotazník č.1)



Z počtu respondentů (69), kteří uvedli pokus o změnu životního stylu a pokus o změnu životního stylu alespoň v některých oblastech uvedlo 29% (20) nejtěžší překážku při změně životního stylu odvykání kouření, 33% (23) osob uvedlo nejtěžší překážku změnu stravování, 32% (22) osob uvedlo nejtěžší překážku při změně životního stylu dodržování dostateku fyzické aktivity a 6% (4) osob uvedlo jinou překážku, kompenzaci hypertenze, pracovní aktivitu nebo žádnou překážku.

Graf 23 Nejpříjemnější opatření ve změně životního stylu

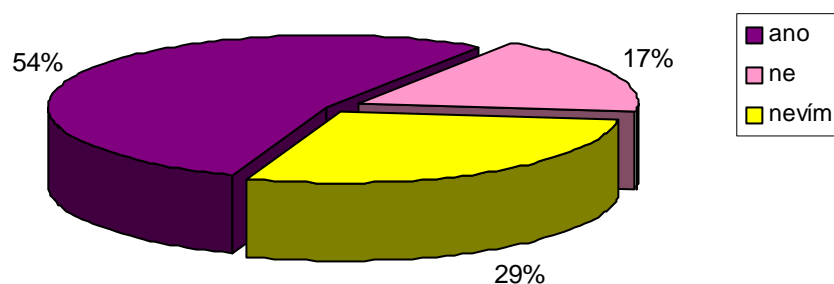
(Odpovídá otázce č.24, Dotazník č.1)



Z počtu respondentů (69), kteří uvedli pokus o změnu životního stylu a pokus o změnu životního stylu alespoň v některých oblastech uvedlo 3% (2) osob nejpříjemnější opatření ve změně životního stylu odvykání kouření, 28% (19) osob uvedlo jako nejpříjemnější opatření změnu stravování, 40% (28) osob uvedlo dodržování dostatku fyzické aktivity a 29% (20) osob uvedlo možnost jiné, ve které respondenti nejčastěji uváděli jako nejpříjemnější žádnou oblast, procházky nebo změnu pracovního prostředí.

Graf 24 Pozitivní vliv změny životního stylu na život

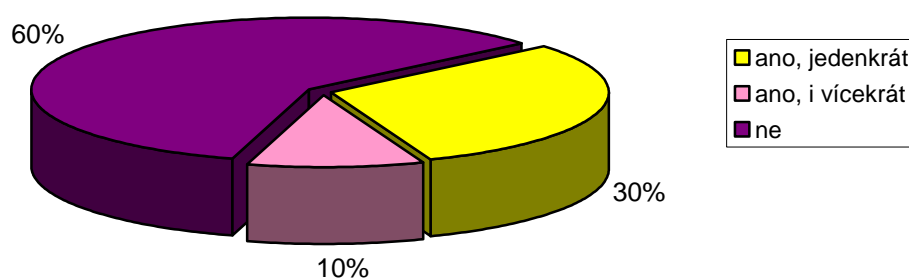
(Odpovídá otázce č.25, Dotazník č.1)



Z počtu respondentů (69), kteří uvedli pokus o změnu životního stylu a pokus o změnu životního stylu alespoň v některých oblastech uvedlo 54% (37) osob pozitivní vliv změny životního stylu na život, 17% (12) osob uvedlo, že změna životního stylu neměla pozitivní vliv na jejich život a 29% (20) osob uvedlo možnost nevím.

Graf 25 Návštěvnost lázní

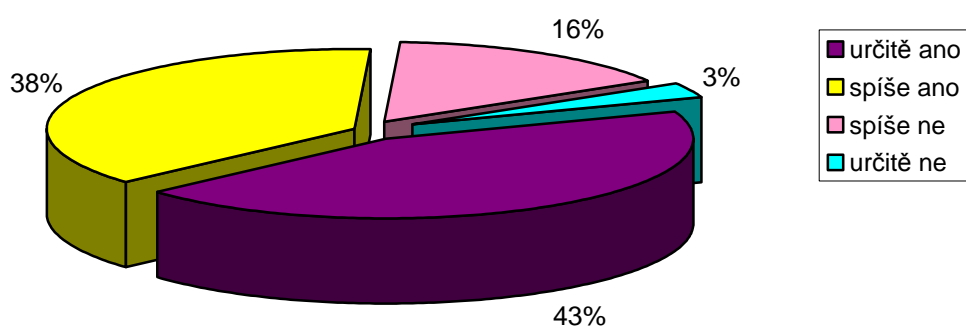
(Odpovídá otázce č.26, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79), odpovědělo na otázku pobytu v lázních 30% (24) osob ano, 10% (8) osob uvedlo absolvování pobytu v lázních více než jedenkrát a 60% (47) osob neabsolvovalo pobyt v lázeňském zařízení.

Graf 26 Pozitivní vliv lázeňského pobytu na životosprávu

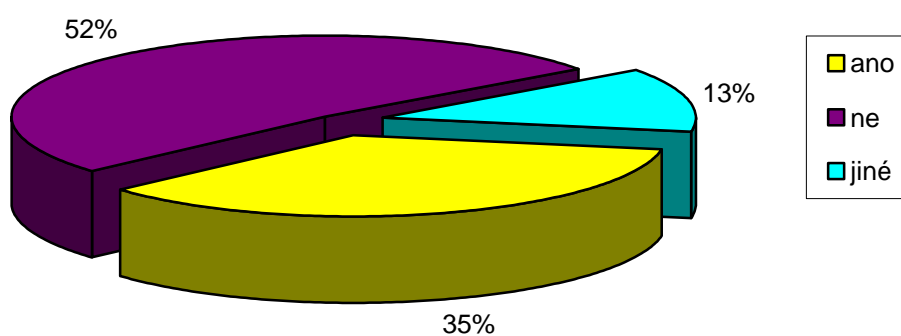
(Odpovídá otázce č.27, Dotazník č.1)



Z počtu respondentů (32), kteří uvedli absolvování pobytu v lázních alespoň jedenkrát uvedlo určitě ano pozitivní vliv lázeňského pobytu na životosprávu 43% (14), spíše ano uvedlo 38% (12) osob, spíše ne uvedlo 16% (5) osob a určitě na pozitivní vliv lázeňského pobytu na životosprávu uvedlo 3% (1) osob.

Graf 27 Vliv nemoci na pozici v zaměstnání

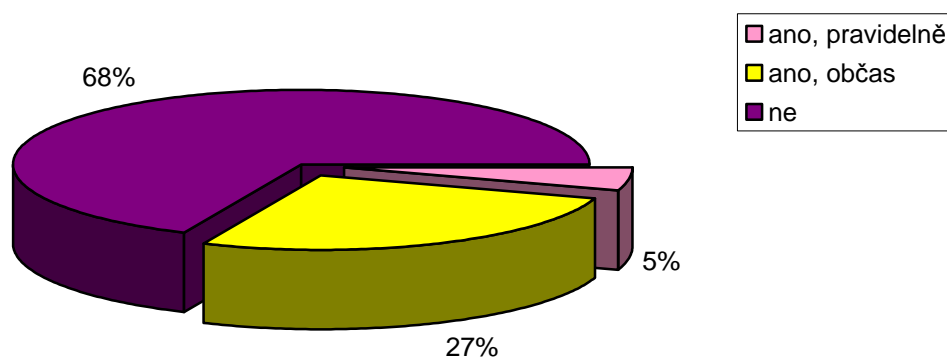
(Odpovídá otázce č.28, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79), uvedlo 35% (28), že onemocnění mělo vliv na pozici v zaměstnání, 52% (41) osob uvedlo, že nemoc neměla vliv na jejich pozici v zaměstnání a 13% (10) osob uvedlo jiné, důchod, nezaměstnanost nebo změnu zaměstnání.

Graf 28 Setkávání se s osobami se stejným onemocněním

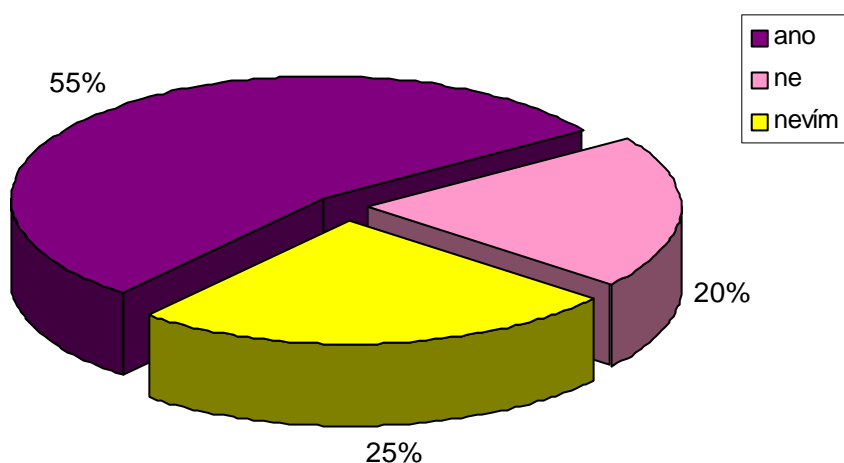
(Odpovídá otázce č.29, Dotazník č.1)



Z celkového počtu respondentů (79) uvedlo pravidelné setkávání se s osobami, které prodělali stejné onemocnění 5% (4) osob, občas uvedlo 27% (21) osob a nese setkávání se s osobami, které prodělali stejné onemocnění uvedlo 68% (54) osob.

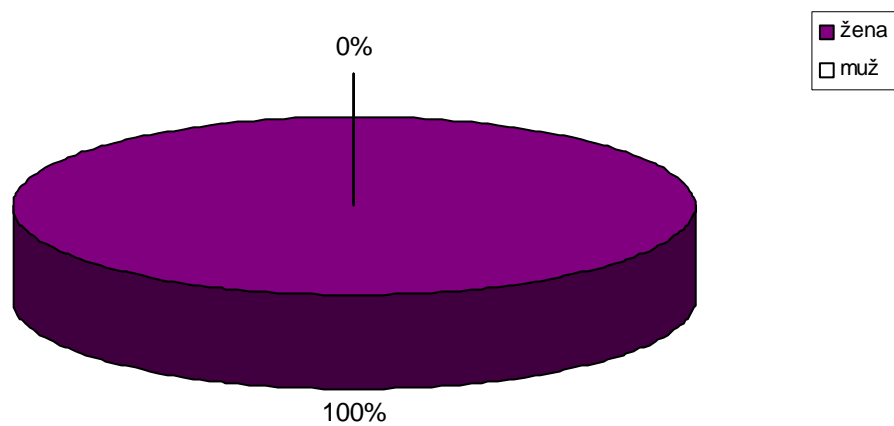
**Graf 29 Důraz na dodržování režimových opatření ze strany zdravotníků
z pohledu pacienta**

(Odpovídá otázce č.30, Dotazník č.1)



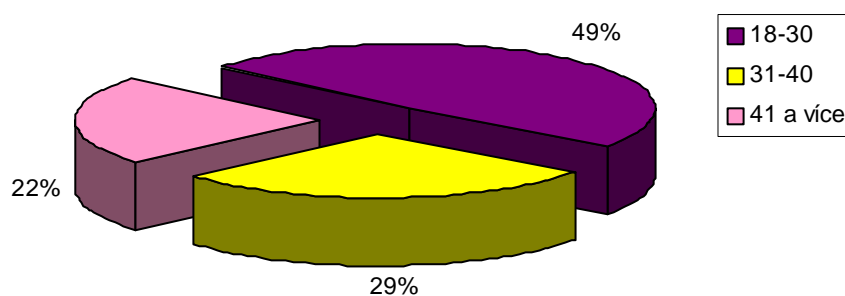
Z celkového počtu 79 respondentů uvedlo 55% (43) respondentů, že zdravotníci kladou důraz na dodržování režimových opatření u svých pacientů. 20% (16) respondentů uvedlo na tuto otázku, že zdravotníci nekladou důraz na dodržování režimových opatření svých pacientů a 25% (20) respondentů zvolilo na tuto otázku variantu „nevím“.

Graf 30 Pohlaví respondentů
(Odpovídá otázce č.1 Dotazník č. 2)



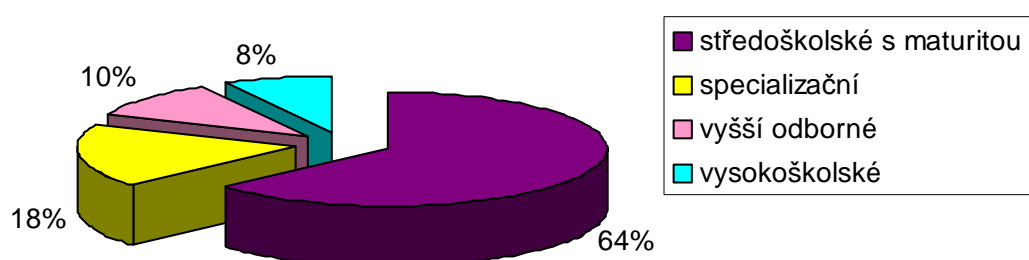
V souboru bylo zastoupeno 100% (49) žen a 0% (žádný) mužů.

Graf 31 Věk respondentů
(Odpovídá otázce č.2 – Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), bylo v souboru zastoupeno 49% (24) sester ve věku 18-30 let, 29% (14) sester ve věku 31-40 let a 22% (11) sester ve věku 41 a více let.

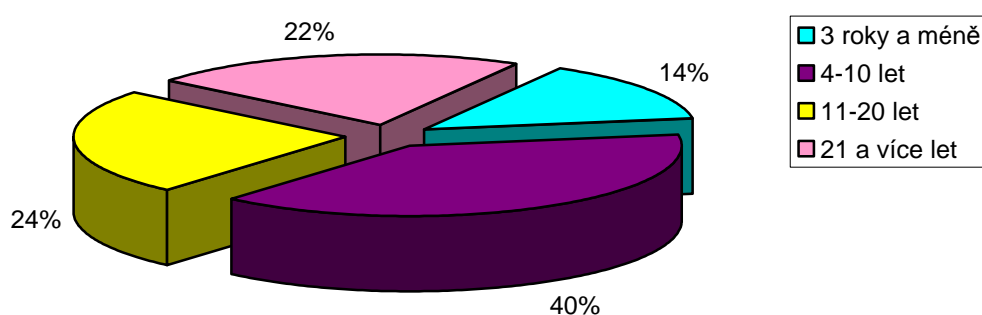
Graf 32 –Vzdělání respondentů
(Odpovídá otázce č.3 – Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), uvedlo středoškolské vzdělání 64% (31) sester, specializační vzdělání uvedlo 18% (9) sester, vyšší odborné vzdělání uvedlo 10% (5) sester a vysokoškolské vzdělání uvedlo 8% (4) sester.

Graf 33 Délka praxe ve zdravotnictví

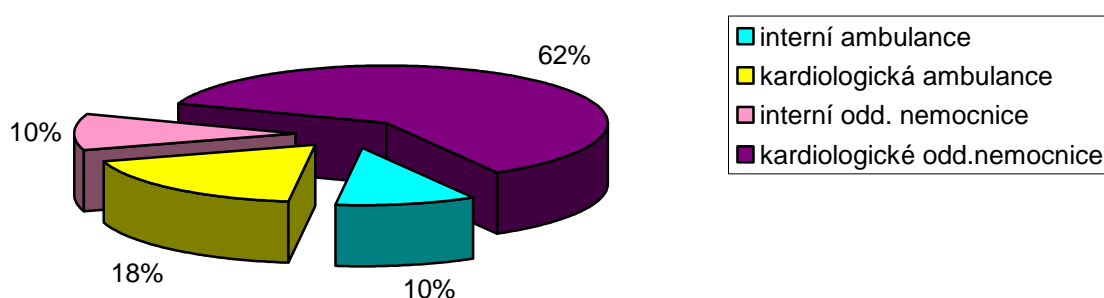
(Odpovídá otázce č.4 – Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), uvedlo délku praxe ve zdravotnictví 3 roky a méně 14% (7) sester, délku praxe ve zdravotnictví 4-10 let uvedlo 40% (19) sester, délku praxe 11-20 let uvedlo 24% (12) sester a 22% (11) sester uvedlo délku praxe 21 a více let.

Graf 34 Současné místo pracoviště

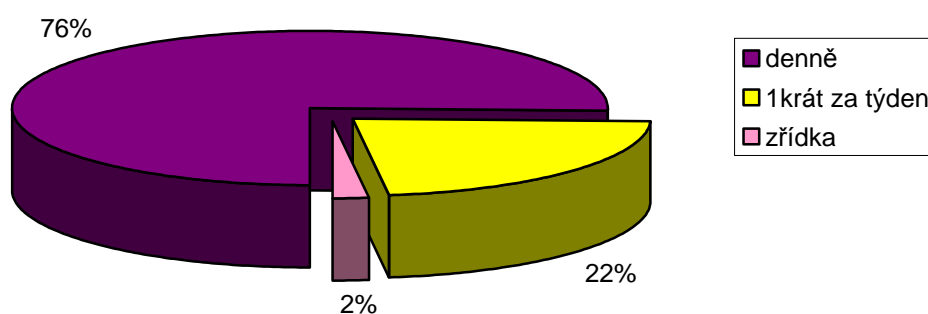
(Odpovídá otázce č. 5 – Dotazník č.2)



Z analýzy otázky číslo 5 vyplývá, že 10% (5) sester uvedlo místo svého současného pracoviště interní ambulanci, 18% (9) sester uvedlo místo pracoviště kardiologickou ambulanci, 10% (5) sester uvedlo místo pracoviště interní oddělení nemocnice a 62% (30) sester uvedlo jako místo pracoviště kardiologické oddělení nemocnice.

Graf 35 Častost setkávání se s pacienty po infarktu myokardu

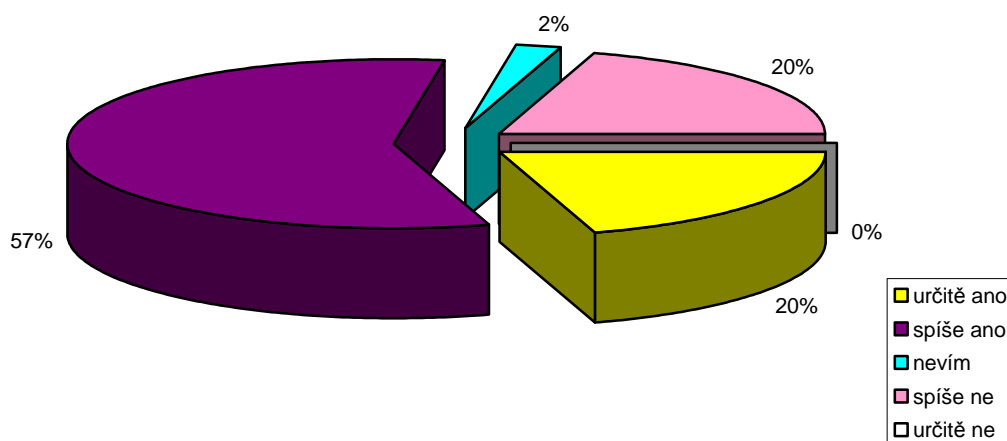
(Odpovídá otázce č.6 – Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), se s pacienty po infarktu myokardu denně setkává 76% (37) sester, 1krát za týden se s pacienty po infarktu myokardu setkává 22% (11) sester a pouze zřídka se s pacienty po infarktu myokardu setkává 2% (1) sester.

**Graf 36 Informovanost pacientů o režimových opatřeních po infarktu myokardu
z pohledu sester**

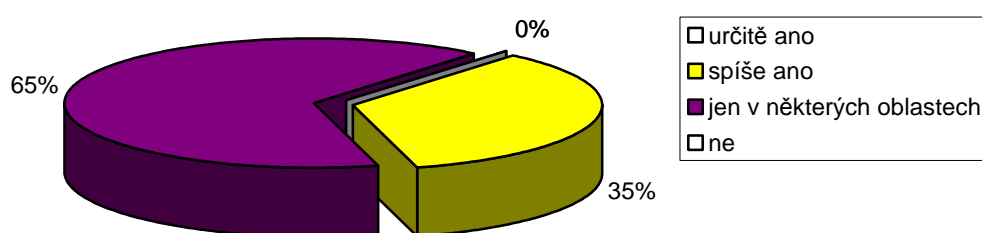
(Odpovídá otázce č.7 – Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů na otázku odpovědělo 20 % (10) variantou odpovědi „ano“. 57 % (28) respondentů užílo k vyjádření variantu „spíše ano“. 2% (1) respondentů odpovědělo variantou „nevím“. 20% (10) respondentů odpovědělo variantou „spíše ne“ a variantu odpovědi určitě ne neužil žádný respondent. Většina respondentů (77%) se k otázce vyjádřila kladně, a informuje své pacienty o režimových opatřeních.

**Graf 37 Dodržování režimových opatření u pacientů po infarktu myokardu
z pohledu sestry**

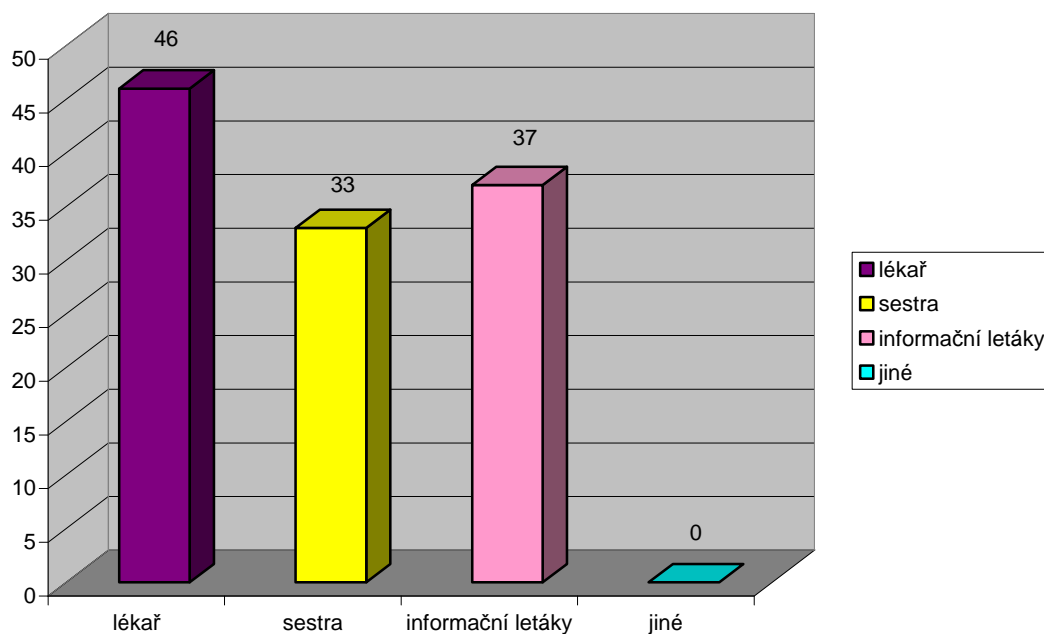
(Odpovídá otázce č.8 – Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49) na otázku, zda pacienti dodržují režimová opatření, 35 % (17) respondentů odpovědělo variantou „spíše ano“. Většina odpověděla, že pacienti dodržují opatření jen některých oblastech (65 %). Žádná sestra nevolila k vyjádření odpověď určitě ano a ne.

Graf 38 – Způsob podávání informací pacientů po infarktu myokardu

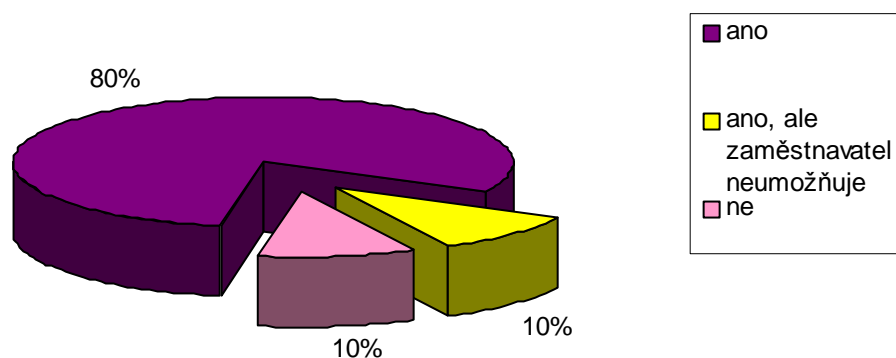
(Odpovídá otázce č.9 – Dotazník č.2)



V této otázce mohli respondenti zvolit více nabídnutých možností. Informování lékařem uvedlo 46 sester, informování sestrou uvedlo 33 respondentek, sdělování informací pomocí informačních letáků uvedlo 37 sester a jinou možnost poskytování informací nevedla žádná sestra.

Graf 39 Zájem o další vzdělávání v oblasti edukace

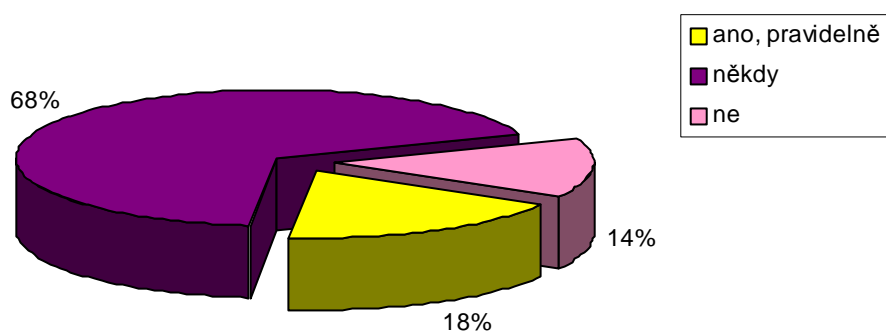
(Odpovídá otázce č.10, Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), uvedlo zájem o další vzdělávání v oblasti edukace 80% (39) sester, 10% (5 sester) uvedlo zájem vzdělávání se v problematice edukace, ale nemožnost vzdělávání ze strany zaměstnavatele. Úplný nezájem o další vzdělávání v oblasti edukace uvedlo 10% (5 sester)

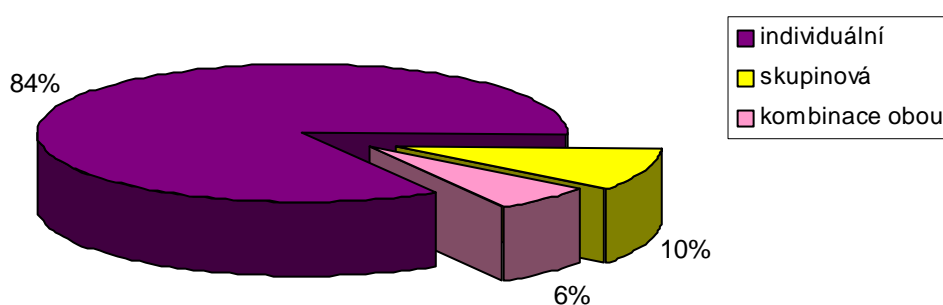
Graf 40 Návštěvnost seminářů s tematikou edukace

(Odpovídá otázce č.11, Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), uvedlo 18% (9) sester pravidelnou návštěvnost seminářů s tematikou edukace. Někdy navštěvuje semináře s tematikou edukace 68% (33) sester a semináře s tematikou edukace vůbec nenavštěvuje 14% (7) sester.

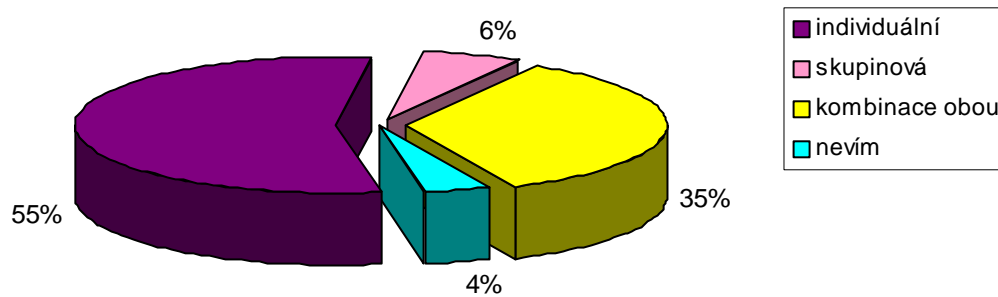
Graf 41 Druh provádění edukace
(Odpovídá otázce č.12, Dotazník č. 2)



Z celkového počtu respondentů (49), uvedlo využívání individuální edukace k informovanosti pacientů 84% (41) sester, skupinovou edukaci využívá 10% (5) sester a kombinace obou edukaci využívá 6% (3) sester.

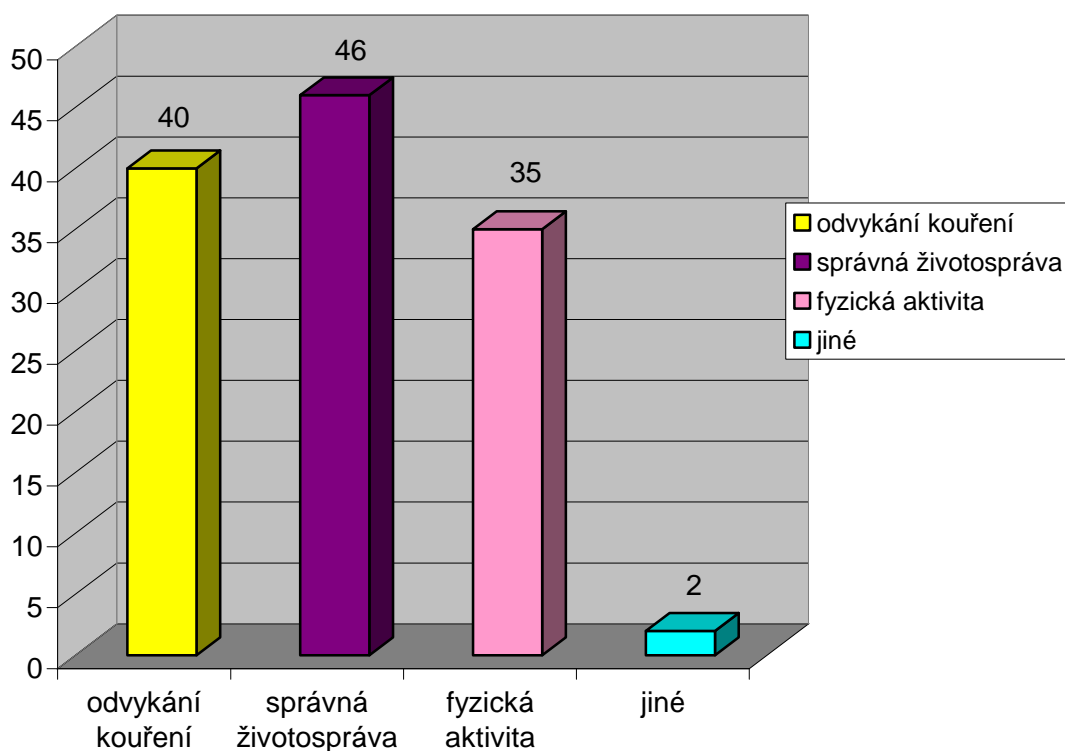
Graf 42 Nejefektivnější edukace z pohledu sester

(Odpovídá otázce č. 13, Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), 55% (27) sester uvedlo jako nejefektivnější edukaci individuální. 6% (3) sester považuje za nejefektivnější edukaci skupinovou edukaci. 35% (17) sester považuje za nejefektivnější edukaci kombinaci obou dvou a 4% (2) se k problematice metody edukace vyjádřilo variantou „nevím“.

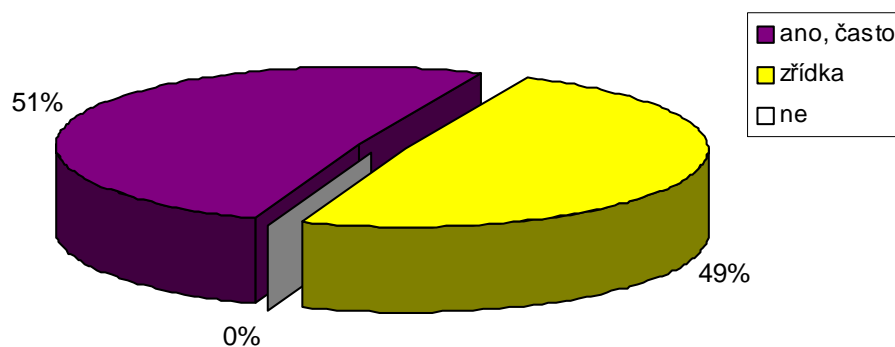
Graf 43 Hlavní náplň edukace
(Odpovídá otázce č.14, Dotazník č.2)



Respondenti mohli na tuto otázku volit více z nabízených odpovědí. V edukaci pacientů se odvykáním kouření zabývá 40 sester, správnou životosprávou se zabývá 46 sester, problematikou fyzické aktivity se zabývá 35 sester a jinými oblastmi se zabývají 2 sestry. Tyto sestry uváděly, že se edukace neprovádí vůbec, nebo že náplní edukace je informovanost o podávaných lécích a informace o dispenzarizaci.

Graf 44 Požadavek doplnění informací ze strany pacienta

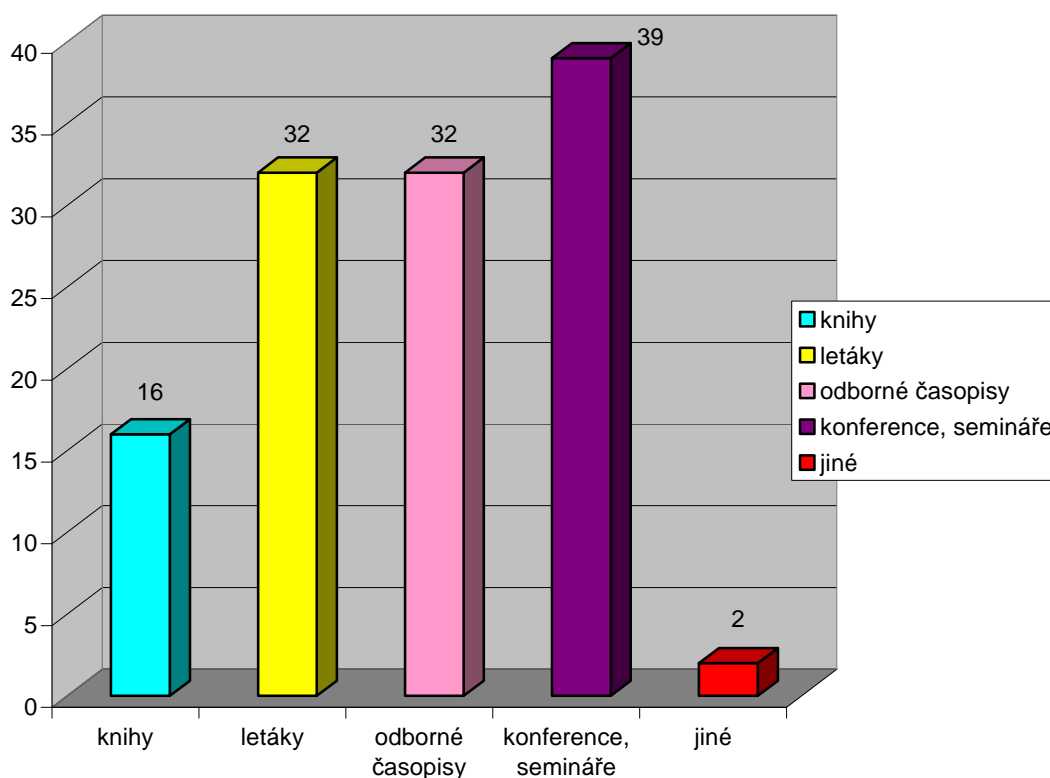
(Odpovídá otázce č. 15, dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), uvedlo požadavek doplnění informací během edukace ze strany pacienta jako častý případ 51% (25) sester, doplnění informací zřídka uvedlo 49% (24) sester a potřebu nedoplnění informací neuvedla žádná sestra.

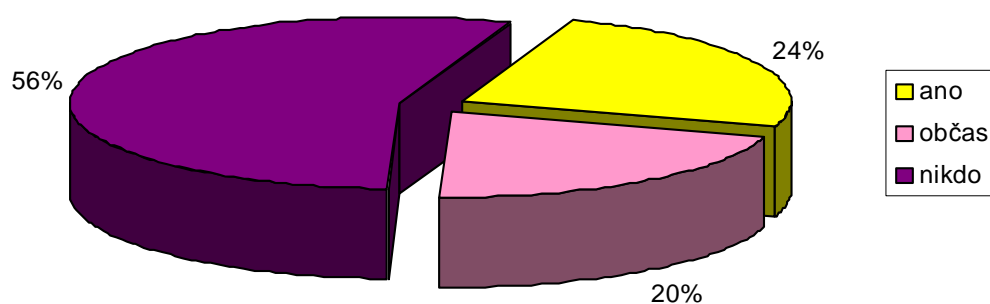
Graf 45 Způsob čerpání informací k edukaci

(Odpovídá otázce č.16, Dotazník č.2)



Respondenti mohli zvolit z více nabídnutých možností. Mezi nečastější způsoby čerpání informací k edukaci pacienta po IM většina respondentů uváděla konference a semináře (39), odborné časopisy (32) a letáky (32). 16 sester uvedlo, že informace čerpá z odborné literatury a 2 sestry uvedly jiné možnosti, kam zařadily informace ze školy, z praxe a internetu.

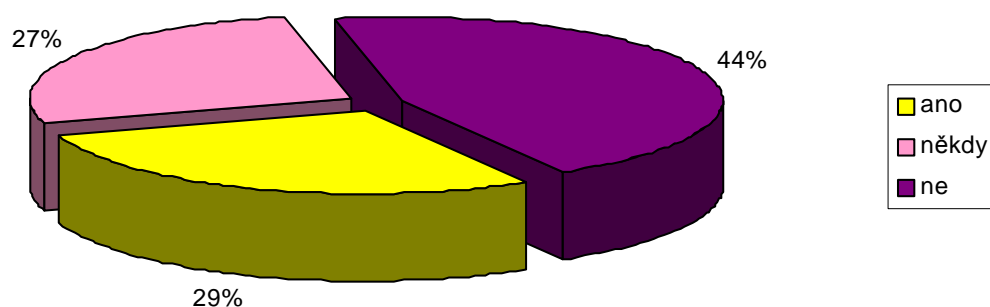
Graf 46 Pomoc při edukaci
(Odpovídá otázce č.17, Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49), na otázku, zda sestry využívají pomoc při edukaci uvedlo 24% (12) sester ano, občasné využívání pomoci při edukaci uvedlo 20% (10) sester a nikdy nevyužívá pomoc při edukaci 56% (27) sester. U varianty ano a občas doplňovali respondenti osobu, nejčastěji byl uveden lékař a kolegyně.

Graf 47 Využívání prostředků zjednodušujících edukaci

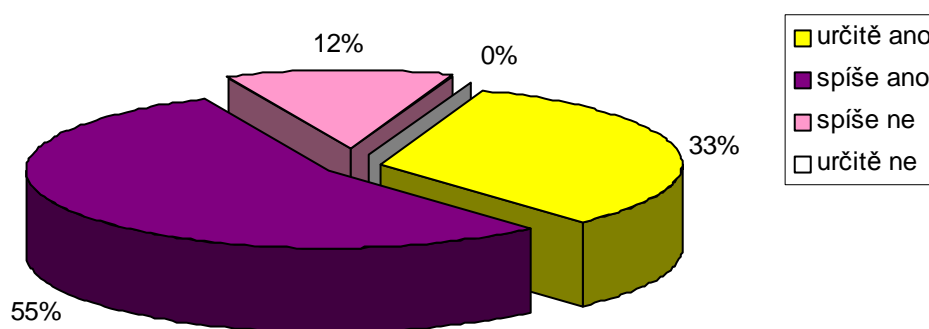
(Odpovídá otázce č.18, Dotazník č.2)



Na otázku, zda respondenti využívají prostředků, které zjednodušují edukaci, většina respondentů odpověděla, že nevyužívá těchto prostředků (44 %). 29 % (14) respondentů těchto prostředků využívá. Nejčastěji respondenti doplňovali prostředky jako letáky, brožury, knihy. 27% (13) respondentů uvedlo, že tyto prostředky užívá jen někdy a nejčastěji doplňovali prostředky jako letáky, knihy, televize, semináře.

Graf 48 Uvítání více edukačních materiálů a pomůcek k edukaci

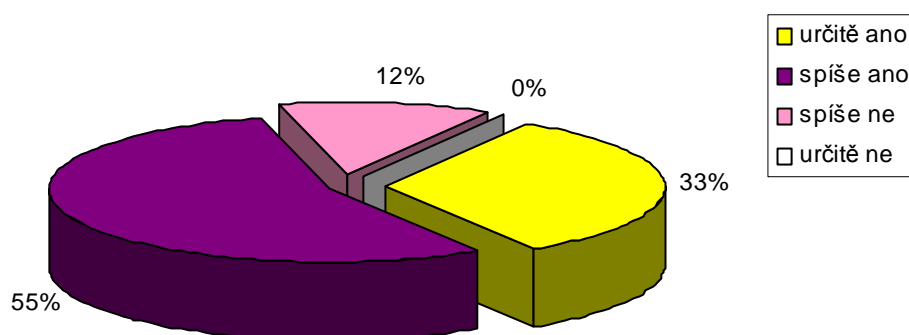
(Odpovídá otázce č.19, Dotazník č.2)



Z celkového počtu respondentů (49) na otázku, zda by sestry uvítaly více edukačních materiálů a pomůcek, odpovědělo 33% (16) sester určitě ano, 55% (27) spíše ano, 12% (6) spíše ne a variantu určitě ne neuvedla žádná sestra.

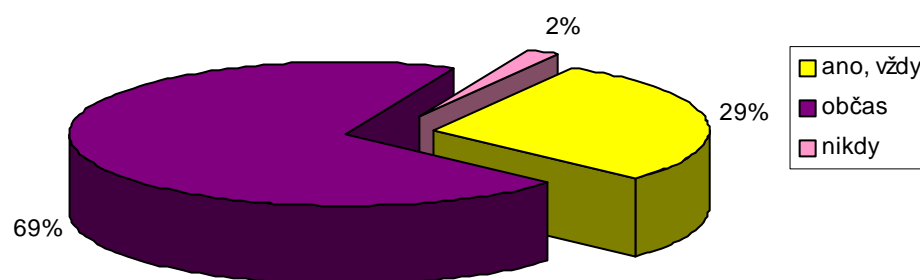
Graf 49 Účelnost edukace na současném pracovišti z pohledu sester

(Odpovídá otázce č.20, Dotazník č.2)



Na otázku, zda sestry považují edukaci prováděnou na jejich pracovišti za účelnou, odpovědělo z celkového počtu respondentů (49) variantu určitě ano 33% (16) sester, variantu spíše ano 55% (27) sester, variantu spíše ne 12% (6) sester a žádná sestra nevedla variantu určitě ne. Z analýzy vyplývá, že většina sester považuje edukaci na jejich pracovišti za účelnou.

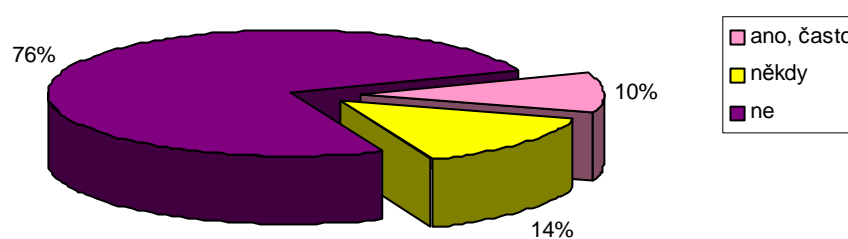
Graf 50 Dostatek času k edukaci
(Odpovídá otázce č.21, Dotazník č.2)



Na otázku, zda mají sestry dostatek času k edukaci, uvedlo z celkového počtu respondentů (49), 29% (14) sester variantu ano, vždy, 69% (34) sester uvedlo variantu občas a 2% (1) sester variantu nikdy.

Graf 51 Spolupráce s jiným pracovištěm v oblasti edukace

(Odpovídá otázce č.22, Dotazník č.2)



Na otázku, zda sestry spolupracují také s jiným pracovištěm, zabývajícím se edukací, uvedlo z celkového počtu respondentů (49) 10% (5) sester variantu ano, často. 14% (7) sester volilo variantu někdy a spolupráci s žádným pracovištěm v oblasti edukace uvedlo 76% (37) sester.

5. DISKUZE

Záměrem bakalářské práce bylo zmapování problematiky edukace z pohledu ošetrovatelského personálu i pacientů po infarktu myokardu. K tomuto záměru byly stanoveny dva cíle.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit dodržování režimových opatření po prodělaném infarktu myokardu. Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry provádějí edukaci pacientů po infarktu myokardu. Oba cíle byly splněny.

K naplnění cílů byly sestaveny 2 typy anonymních dotazníky. Jeden byl určen pacientům po infarktu myokardu, byl rozdán na kardiologických odděleních nemocnic a kardiologických ambulancích. Druhý dotazník byl určen sestřám, byl rozdán na kardiologických a interních odděleních a kardiologických a interních ambulancích (viz Příloha č.1 a Příloha č.2).

K naplnění prvního cíle práce byly zformulovány dvě hypotézy. H1: Pacienti nejsou informováni o dodržování režimových zásadách po prodělaném infarktu myokardu od sestry. H2: Pacienti nedodržují režimová opatření.

V dotazníku určeném pacientům byly první tři otázky identifikační, charakterizující výzkumný soubor (viz Graf 1, 2, 3). V otázce zjišťující pohlaví respondentů se potvrdila skutečnost, že infarktem myokardu onemocní více mužů než žen, jak uvádí Maršálek v publikaci Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech a Šimon v publikaci Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční (viz Graf 1). Také v oblasti věku respondentů bylo zastoupeno velké procento osob ve věku 41-60 let (33%) a ve věku 61-75 let (52%) (viz Graf 2). Výsledky se plně shodují s fakty uváděnými v literatuře. Konkrétně s tím, že infarktem myokardu jsou více postiženi muži a také nemocností i v produktivním věku.

V dotazníku pro pacienty bylo dále zjištěno, že 70% (55) respondentů prodělalo infarkt myokardu během svého života jedenkrát. Překvapující byl i velký podíl respondentů, u kterých proběhl infarkt myokardu dvakrát 25% (20) a dokonce i třikrát 5% (4) respondentů (viz Graf 4).

Závažná kardiovaskulární morbidita je spojená s finančně nákladnou hospitalizací, to také dokládá Česká kardiologická společnost ve svém Národním

kardiovaskulárním programu. Výsledky otázek zaměřených na problematiku nutnosti hospitalizace dokazují, že většina nemocných s infarktem myokardu musela být hospitalizována a většina z nich na jednotce intenzivní péče (viz Graf 5, 6). Během infarktu myokardu muselo být hospitalizováno 92% (73) respondentů (viz Graf 5) a na jednotce intenzivní péče bylo hospitalizováno 82% (65) respondentů (viz Graf 6).

Následující analýza otázek z Dotazníku č.1 se zaměřuje na Hypotézu č.1, tedy informování pacientů o zásadách a režimových opatření po infarktu myokardu. 62% (49) respondentů z řad pacientů odpovědělo kladně, tedy že byli informováni o těchto režimových opatřeních. 33% (26) respondentů považovalo podané informace pouze za částečné (viz Graf 12). Z řad sester byly výsledky podobné. 57% (28) sester si myslí, že jsou pacienti o dodržování režimových opatření spíše informováni, 20% (10) sester si dokonce myslí, že jsou informováni určitě. Naopak 20% (10) sester se domnívá, že pacienti spíše informováni nejsou (viz Graf 36). Podstatnější je ovšem místo a způsob prováděné edukace. Zde nejsou výsledky již tak pozitivní. 42 respondentům byly informace nabízeny již během hospitalizace a 42 respondentům u lékaře specialisty. Z Grafu č. 13 je patrné, že zaostává edukace prováděná u praktických lékařů. Pacient, který nenavštěvuje lékaře specialistu má tedy informace o režimových opatřeních značně omezené. Z osob, které pacientům podávali informace, uvedlo 69 respondentů lékaře, 24 respondentů sestru (viz Graf 14). Výsledky u sester se shodovaly. 46 sester uvedlo jako osobu podávající informace lékaře, 33 respondentek sestru (viz Graf 38). V další otázce bylo zjišťováno chybění informací během edukace. 65% (49) pacientů odpovědělo, že jim informace nechyběly (viz Graf 15). Z těch, kterým chyběly a následně se museli doptávat, byly 95% (21) kladené dotazy zodpovězeny (viz Graf 16). Dále bylo potěšující, že 58% (43) pacientům byly také podávány jiné informace, než ústní. Vhodné je uvést poměrně velký podíl 29% (22) pacientů, kterým byly podávány pouze ústní informace (viz Graf 17). Zklamáním byl přístup pacientů k vlastnímu zdraví. 47% (37) vyhledává aktivně informace o životním stylu kardiaka pouze zřídka a dokonce 39% (31) pacientů nevyhledává informace vůbec (viz Graf 18). Pokud ovšem pacienti informace vyhledávají, slouží jim jako zdroj těchto informací pouze informační letáky (31), které, jak se domníváme, získají od svého lékaře či sestry (viz Graf 19).

Pravděpodobně bude tento přístup pacientů ovlivněn obtížným způsobem dohledávání potřebných informací, protože z vyjádření pacientů vyplývá, že 83% (65) respondentů má zájem dodržovat vhodný životní styl po prodělaném infarktu myokardu (viz Graf 20). *Z analýzy otázek je tedy patrné, že většina pacientů je informovaná o režimových opatřeních, ale ne od sestry, tudíž Hypotézu H1 potvrzujeme.*

Z dotazu určenému sestřám vyplývá, že 65% (32) se domnívá, že pacienti dodržují režimová opatření pouze v některých oblastech a 35% (17) naopak tvrdí, že je pacienti spíše dodržují (viz Graf 37). Výsledky těchto zjištění můžeme porovnat s otázkami v Dotazníku č. 1, kde jsme se zaměřili na oblasti dodržování režimových opatření. Následující analýza otázek se vztahovala k Hypotéze H2.

Otázka č.7 se zaměřovala na současné a předchozí kuřáctví respondentů. Potěšující bylo, že 39% (31) respondentů nekouří vůbec a 43% (34) respondentů sice dříve kouřilo, ale nyní nekouří (viz Graf 7). Dále z těch, kteří odpověděli, že kouří, nebo kouřili dříve a nyní nekouří, vykouří nebo vykouřilo dříve 48% (23) respondentů 11-20 cigaret denně (viz Graf 8). Z těchto výsledků tedy lze usuzovat, že kouření mělo značný podíl na vznik kardiovaskulárního onemocnění. Z analýzy některých odborných publikací je ovšem patrné, že čím déle jsou tyto nemocní od této nepříjemné události, tím méně jsou motivovaní k dodržování léčebného režimu.

Domníváme se také, že zanechání kouření bylo hlavně projevem jejich pevné vůle. V otázce týkající se počtu pokusů o zanechání kouření odpovědělo totiž 66% (32) respondentů, že se pokusili zanechat kouření více než jedenkrát (viz Graf 9). A výsledky z další otázky, zda byli respondenti informováni o možnostech, které by jim pomohly v odvykání kouření, jsou viditelné jen nepatrné snahy pomoci v této oblasti pacientům. Celých 45% (22) respondentů sice informováno o těchto možnostech bylo, ale také poměrně velký podíl 42% (20) respondentů naopak informován vůbec nebyl (viz Graf 10).

Další otázka vztahující se k Hypotéze H2, byla zaměřena na zjišťování tělesné hmotnosti a výšky respondentů. Z těchto údajů bylo následně spočítáno BMI (Body Mass Index) a hodnoty rozčleněny. I přesto, jak opět uvádí Šimon, hraje výživa a tělesná hmotnost jednu z hlavních rolí při vzniku infarktu myokardu a nadměrná

hmotnost působí mnoho komplikací zhoršujících prognózu takto nemocných pacientů, tělesná hmotnost u respondentů nesplňovala doporučené hodnoty. Celých 53% (42) respondentů trpí nadváhou, 28% (22) respondentů se pohybuje v oblasti obezity a 3% (2) respondentů dosahuje dokonce hodnot obezity maligní (viz Graf 11). V této oblasti nás tedy respondenti nepřesvědčili, že by dodržovali dietní opatření a snažili se tak o snížení hmotnosti. Lze tedy usuzovat o nepříliš vysoké efektivitě edukace v oblasti vhodného stravování a redukce tělesné hmotnosti.

Další výsledky opět ukazují, že snažení pacientů dodržovat vhodný životní styl je obtížná překážka v oblasti sekundární prevence infarktu myokardu. 49% (39) pacientů se totiž pokusilo o změnu životního stylu pouze v některých oblastech (viz Graf 21). Největšími překážkami v této změně byly opatření v oblasti vhodného stravování (33%) a v oblasti dodržování dostatku fyzické aktivity (32%) (viz Graf 22), což koresponduje s dosažením vysokého BMI respondentů. Překvapující je, že zároveň 40% (28) pacientů, hodnotí změnu v dodržování dostatku fyzické aktivity jako změnu nejpříjemnější (viz Graf 23). 54% (37) pacientů hodnotí změnu ve svém životním stylu po prodělaném infarktu myokardu pozitivně, překvapující bylo, že 29% (20) pacientů tuto otázku nedokázalo hodnotit (viz Graf 24). Myslíme si, že neuvědomění si pozitivního vlivu vhodné životosprávy na své zdraví spočívá v jejím nedostatečném dodržování. Otázka, která se zaměřovala na pobyt v lázeňském zařízení zjistila, že 30% (24) respondentů lázně navštívilo (viz Graf 25). Je to zřejmě způsobeno legislativním omezením lázeňské péče, jak uvádí Špinar a Vítovec. Potěšující je, že 43% (14) osob, které navštívili lázně, hodnotí velmi pozitivně vliv na jejich životosprávu a 38% (12) ji hodnotí jako spíše pozitivní (viz Graf 26). Protože infarkt myokardu postihuje také často osoby v produktivním věku života, byla v dotazníku pokládána otázka, zda mělo onemocnění vliv na pacientovu pozici v zaměstnání. Velká většina osob, která byla v produktivním věku, uvedla, že onemocnění vliv na pozici v zaměstnání mělo. Ostatní, kteří byli již v důchodovém věku, neuvedli vliv na pozici v zaměstnání. Z tohoto důvodu byly celkové výsledky takové, že u 52% (41) osob pozice v zaměstnání ohrožena nebyla, pro 35% (28) místo v zaměstnání ohroženo bylo (viz Graf 27). Nemilým výsledkem je také setkávání se s jinými lidmi, kteří prodělali stejné

onemocnění. 68% (54) pacientů se s jinými osobami se stejným onemocněním neseťkává vůbec a 27% (21) pacientů se seťkává pouze občas (viz Graf 28). Zde je patrné, že v České republice není zajišťována následná sociální péče pro takové osoby, které by se mohli scházet s lidmi se stejnými potížemi a zaměřovat se při té příležitosti na dodržování režimových opatření. Při těchto oficiálních setkáních by mohla být využívána i edukační činnost a osvěta v oblasti sekundární prevence.

Z těchto výsledků usuzujeme, že *Hypotéza H2: Pacienti nedodržují režimová opatření byla potvrzena*. Pacienti dodržují režimová opatření pouze v některých oblastech, jejich zájem tyto opatření dodržovat je ale velmi vysoký. Příčinu nedodržování všech režimových opatření a nedostatečnou motivaci a snahu pacientů vidíme v nevhodném poskytování informací a nezavedením edukačních procesů. Nabízí se otázka kontroly a intenzivní spolupráce klienta se zdravotníky, kontrola rizikových faktorů jako stravování, kouření, váha a fyzická aktivita. V tomto případě byl překvapující výsledek, při kterém pacienti v 55% (43) uvedli, že považují kladení důrazu na dodržování režimových opatření ze strany zdravotníků za dostatečné, překvapující bylo, že 25% (20) pacientů k této otázce nezná odpověď (viz Graf 29).

K Cíli 2 byla položena Hypotéza H3: Sestry neprovádějí edukaci pacientů po infarktu myokardu.

V dotazníku určeném sestřám byly první tři otázky identifikační (viz Grafy 30, 31, 32). Při zjišťování pohlaví bylo zastoupeno 100% sester žen, při zjišťování věku sester bylo zjištěno, že velký podíl respondentek tvořily mladé sestry ve věku 18-30 let (viz Graf 31) a také délka praxe se nejčastěji pohybovala v rozmezí 4-10 let (viz Graf 33). Překvapující bylo, že velká část sester s krátkou dobou praxe pracuje na odděleních a v ambulancích, kde je potřeba již určitá specializace k danému druhu onemocnění. Stejně tak byla překvapující i skutečnost, že 63% (31) sester z celkového počtu respondentek má pouze středoškolské vzdělání a pouze 18% (9) sester má specializační vzdělání (viz Graf 32). Nejčastějším místem pracoviště sester bylo kardiologické oddělení nemocnic 62% (30) a kardiologické ambulance 18% (9) (viz Graf 34) a to z toho důvodu, že nebylo možné pokrýt stejnými podíly také interní oddělení nemocnic a interní ambulance, protože byly většinou specializovány na jiné choroby, než

kardiovaskulární. Sestry se setkávají na daných interních a kardiologických pracovištích s pacienty po infarktu myokardu denně v 76% (37) (viz Graf 35).

V teoretické části uvádíme dle Závodné a Průchy, že při efektivní edukaci pacientů využíváme edukační procesy, činnosti lidí, při kterých se jeden subjekt učí a druhý subjekt mu toto učení zprostředkovává. Tyto edukační procesy ale představují komplexní proces, tvořící pět fází, kde závěrem tohoto procesu pacient získává určité požadované vědomosti, postoje a zručnosti dle stanovených cílů.

V otázkách týkajících se právě této problematiky vyšly zajímavé výsledky, ne však příliš pozitivní. Sestry získávají informace nejčastěji na seminářích a konferencích (39), druhými nejčastějšími zdroji informací jsou odborné časopisy (32) a letáky (32) (viz Graf 45). Z výsledků výzkumu vyplývá i velký zájem o oblast edukace. 80% (39) sester má zájem o další vzdělávání v oblasti edukace a 68% (33) sester občasně navštěvuje semináře s edukační tematikou.

Jak uvádí Závodná, nejúčinnější formou edukace se jeví edukace individuální, umožňuje totiž osobní kontakt pacienta se sestrou, která se tak může zaměřit na jeho specifické potřeby. Pravděpodobně podobný názor mají i sestry, které v 84% (41) uvedly, že na svém pracovišti právě individuální edukaci provádějí (viz Graf 41) a také ji 55% (27) považuje za nejefektivnější (viz Graf 42).

Mezi hlavní náplň edukace zařazují sestry správnou životosprávu (43) a odvykání kouření (40) (viz Graf 43). Z další analýzy vyplývá, že 56% (27) sestrám nikdo při edukaci nepomáhá. Pokud však uvedly, že pomáhá, vypisovaly jako nejčastější osobu lékaře (viz Graf 46). Smutným faktem je výsledek z otázky, která zjišťovala využívání pomocných edukačních prostředků. Z literárního zdroje autorky Závodné vyplývá, že používání edukačních pomůcek jednoznačně nejen edukační proces zjednodušuje, ale také zefektivňuje. Pacient si poznatky také lépe zapamatuje a následně vybavuje, čímž dochází i k urychlení edukační snahy. Z výsledků výzkumu ovšem vyplývá, že 44% (22) sester nevyužívá těchto prostředků vůbec (viz Graf 47). Většina sester, které se účastnily výzkumného záměru, uvádí, že by na svém pracovišti uvítaly více edukačních prostředků (55 % spíše ano a 33 % určitě ano), (viz Graf 48).

Předpokládaným zjištěním byl výsledek týkající se dostatku času na edukaci. 69% (34) sester udává, že na edukaci mají čas pouze občas, 29% (14) udává, že je na edukaci čas vždy (viz Graf 50). Dostatek času na edukaci souvisí s individuálním přístupem k pacientovi. Pokud je splněna tato podmínka, může edukace probíhat komplexně, se zpětnou vazbou, dle didaktických zásad, které jsou popisovány Kalhouskem v publikaci Školní didaktika.

Analýza další otázky ukazuje na zjištění nespolupráce při edukační činnosti s jiným pracovištěm. 76% (37) sester uvedlo žádnou spolupráci, 14% (7) sester uvedlo spolupráci pouze občas (viz Graf 51). Domníváme se, že z těchto výsledků nelze usuzovat, že by edukace na těchto pracovištích prováděná tímto způsobem, naznačovala přílišnou efektivnost. O to víc byl překvapující názor sester, které si z 55% (27) myslí, že edukace u nich prováděná je spíše účelná a 33% (16) sester se dokonce domnívá, že taková edukace je účelná určitě (viz graf 49). Z těchto výsledků lze usuzovat, že se potvrdila *Hypotéza H3: Sestry neprovádějí edukaci pacientů po infarktu myokardu.*

Pacienti sice jsou informováni o dodržování režimových opatřeních, ale informace podává lékař nebo jsou pacienti informováni pomocí informačních letáků, sestra se touto činností zabývá méně často. Ovšem sestry projevují zájem, jak o další vzdělávání v této oblasti, tak návštěvností seminářů s tematikou edukace a studiem informačních zdrojů. Ze znalostí sester o edukaci také vyplývá, že znají efektivnost individuální edukace, ale nevyužívají edukační prostředky, nespolupracují s jinými pracovišti, ani s kolegy v rámci stejného zdravotnického zařízení a dostatek času na edukaci mají pouze občas. Z výzkumu tedy vyplývá, že nepracují pomocí edukačních procesů. Z tohoto důvodu byl vytvořen i vzorový edukační plán pro sestry, které provádějí edukaci pacientů o vhodných dietních opatřeních po prodělaném infarktu myokardu (viz Příloha 3).

6. ZÁVĚR

Dodržování sekundární prevence po infarktu myokardu je velmi významným krokem pro opětovné začlenění pacienta do běžného života, který vedl před propuknutím onemocnění. Zásadní fáze v této nelehké cestě spočívá v osvojení a upevnění si vědomostí a znalostí v problematice režimových opatření. Úkolem zdravotnických profesionálů je jednak pomoc a vedení v oblasti sekundární prevence a také kontrola dodržování režimových zásad. Pouhá medikamentózní léčba totiž nevede ke komplexnímu zotavení zdravotního stavu kardiaka.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit dodržování režimových opatření u pacientů po prodělaném infarktu myokardu a zjistit, zda sestry u těchto pacientů provádějí edukaci. Cíle práce byly splněny.

První hypotéza, ve které jsme předpokládali, že pacienti nejsou informováni o dodržování režimových zásad po prodělaném infarktu myokardu od sestry se potvrdila. Pacientům sice jsou základní informace poskytovány, ovšem osoba, která tyto informace podává je nejčastěji lékař, méně často pak sestra.

Druhá hypotéza předpokládající nedodržování režimových opatření u pacientů se potvrdila. I přesto, že pacienti dodržují pouze některá z opatření, jejich zájem vést zdravý životní styl po infarktu myokardu je značně vysoký. Zde se objevuje spíše nedostatečná informovanost a zpětná kontrola dodržování režimových zásad ze strany sester a lékařů.

Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že sestry neprovádějí edukaci pacientů po infarktu myokardu. Tato hypotéza byla potvrzena. I přesto, že určitá informovanost v této oblasti je, nedochází ke komplexní edukaci pomocí edukačního procesu a sestry nejsou do této edukace zapojovány.

Těmito výsledky bychom chtěli poukázat na základní informovanost pacientů, ale nízkou kontrolu dodržování režimových opatření ze strany zdravotníků. Respondenti sice mají znalosti, ale jejich postoje jsou ve vztahu k těmto znalostem odlišné.

I přesto, že pacienti odpovídali, že informace, které jim byly poskytovány, považují za dostatečné, jejich činnost v oblasti dodržování režimových opatření tomu příliš nenasvědčuje. V budoucnu by tedy mělo dojít k vybudování komplexní péče o

tyto osoby, včetně péče pohospitalizační, návazností na lázně a kardio kluby . Tato péče by měla být zaměřena na edukační činnost prováděnou dle edukačních a didaktických zásad, měla by být řádně vedena a zaznamenávána, nejlépe pomocí edukačního procesu a jeho fází. K dostatečné informovanosti by měly být užívány edukační pomůcky, které pacientovi poslouží k lepšímu zapamatování. Pro opětovné zopakování zásad a informací poslouží pacientovi vybavovací pomůcky. Důležitá je také zpětná kontrola dodržování všech zásad. Tato kontrola by mohla být prováděna u pacienta doma v jeho prostředí a mohla by jí vykonávat sestra, která při této příležitosti může pokračovat v edukačním procesu.

Neméně důležitý je také sociální osud takto postižených osob. V České republice je zatím nedostatek zařízení, které by se specializovali na společenské uplatnění pacientů se srdečním onemocněním. Tyto osoby jsou pak odkázány na samotu a dochází ke zhoršování jejich psychického a fyzického stavu.

Myslíme si, že tato práce jsou aplikovatelná do praxe. Poslouží jednak pacientům, kteří zde najdou důležité informace o dodržování režimových opatřeních po proběhlém infarktu myokardu a jednak je tato práce určena sestřám, které tyto pacienty edukují. Naleznou zde zásady správné u účelné edukace, která pacienty učí vhodnému přístupu ke svému zdraví a zvyšuje tak jeho kvalitu. Dále práce přispěje ke zvýšení informovanosti jak u pacientů, tak hlavně u sester, které se tolik potřebnou edukací věnují pouze minimálně.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADÁMKOVÁ, V. *Úvod do problematiky epidemiologie a prevence kardiovaskulárních chorob*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, 2003. 42 s. ISBN 80-7040-607-0
2. ASCHERMANN, M. *Akutní koronární syndromy*. ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2008-03-08]. Dostupné z <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r062.rtf>
3. ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 754 s. ISBN 80-7262-290-0
4. ASSMANN, G. *Kapesní průvodce prevencí ischemickou chorobou srdeční*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 126 s. ISBN 80-7254-437-3
5. ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Národní kardiovaskulární program*. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2008-03-10]. Dostupné z <http://www.kardio.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>
6. DANCHIN, N. *Srdeční infarkt : jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat*. 1.vyd. Praha:Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-077-1.
7. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2.vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
8. FREJ, D. *Dietní sestra-diety ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X

9. KALHOUS, Z. *Školní didaktika*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 447 s. ISBN 80-7178-253-X
10. KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny I.a II.díl*. 3.vyd. Praha: Akcenta, 2003. 416 s. ISBN 80-86232-06-09,
11. KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLOVIEROVÁ R. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax . Díl 1*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
12. KÖLBEL, F. *Trendy soudobé kardiologie. Sv. 2*. 1.vyd. Praha : Galén , 1999. 374 s. ISBN 80-7262-018-5
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
15. MARŠÁLEK, P. *Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 125 s. ISBN 80-7254-740-2
16. MOUREK, J. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7
17. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1.vyd. Praha: Triton , 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7

18. NĚMCOVÁ, H. *Pohybová aktivita v prevenci civilizačních chorob*. ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2008-03-08]. Dostupné z <<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t253.rtf>>
19. NIEDERLE, P. STANĚK, V. *Zásady péče o nemocné s chronickými formami ischemické choroby srdeční*. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2008-03-10]. Dostupné z <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=110>>
20. ONDERKOVÁ, O. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č.12, s.17-18. ISSN 1210-0404
21. PETTY, G. *Moderní vyučování*. 4.vyd. Praha: Portál, 2006. 380 s. ISBN 80-7367-172-7
22. PONĚŠICKÝ, J. *Když srdce stůně II*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 174 s. ISBN 80-7254-425-X
23. PROVAZNÍK, K. *Manuál prevence v lékařské praxi. Díl I., Prevence poruch a nemocí*. 2.vyd. Praha: Fortuna, 1994. 137 s. ISBN 80-7168-387-6
24. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2.vyd. Praha: Portál, 2002. 481 s. ISBN 80-7178-631-4
25. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky : úvod do studia oboru*. 2.vyd. Praha: Portál, 2006. 271 s. ISBN 80-7178-944-5
26. ROZSYPALOVÁ, M. ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika I: pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2003. 186 s. ISBN 80-7333-014-8

27. SOVOVÁ, E. *EKG pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1542-2
28. SOVOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 156 s. ISBN 80-247-1009-9
29. SOVOVÁ, E. LUKL, J. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-1166-4
30. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3
31. ŠAFRÁNKOVÁ, A. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6
32. ŠIMON, J. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 264 s. ISBN 80-247-0085-9
33. ŠIMON, J. *Role výživy v prevenci kardiovaskulárních chorob*. ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2008-03-08]. Dostupné z <<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t251.rtf>>
34. ŠIMON, J. *Tabakismus*. ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. [on line] aktualizace neuvedena. [cit 2008-03-08]. Dostupné z <<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t250.rtf>>
35. ŠPAČEK, R. WIDIMSKÝ, P. *Infarkt myokardu*. 1.vyd. Praha: Galén, 2003. 231 s. ISBN 80-7262-197-1

36. ŠPINAR, J. VÍTOVEC, J. *Ischemická choroba srdeční*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0500-1
37. ŠPINAR, J. VÍTOVEC, J. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*.1.vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4
38. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
39. VESELKA, J. *Infarkt myokardu*. Praha: Jan Vašut, 2001. 32s. ISBN 80-7236-241-0
40. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 122 s. ISBN 978-80-7254-997-9
41. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2003. 262 s. ISBN 80-247-0253-3
42. VYSOKÝ, R. CHALOUPKOVÁ, Š. Seznámení s kardiovaskulární rehabilitací. *Sestra*. Praha: 2007, roč.17, č.12, s.49. ISSN 1210-0404
43. WIDIMSKÝ, J. *Sekundární prevence po infarktu myokardu*. 1.vyd. Praha: Triton, 1999. 117 s. ISBN 80-7254-068-0
44. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Edukační proces

Infarkt myokardu

Režimová opatření

Sekundární prevence

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Dotazník pro pacienty

Příloha č.2 – Dotazník pro sestry

Příloha č.3 – Edukační plán

Příloha č.1 – Dotazník pro pacienty

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník je anonymní a poslouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma Edukace pacientů po infarktu myokardu v rámci sekundární prevence.

Prosím Vás tímto o jeho vyplnění. Odpovědi zaškrtněte dle nabídnutých možností nebo doplňte vlastními slovy.

Děkuji Vám za čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Jana Rybářová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Jaký je Váš věk?

- 40 a méně let
- 41- 60 let
- 61- 75 let
- 76 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- vyučen/á
- středoškolské vzdělání
- vysokoškolské vzdělání

4. Kolikrát jste ve svém životě prodělal/a infarkt myokardu?

- jedenkrát
- dvakrát
- třikrát
- čtyřikrát
- více než čtyřikrát

5. Vyžadoval Váš zdravotní stav při probíhajícím infarktu myokardu hospitalizaci?

- ano
- ne
- nevím

6. Byl/a jste po infarktu myokardu hospitalizován/a na jednotce intenzivní péče?

- ano
- ne
- nevím

7. Jste kuřák?

- ano
- ne (Pokračujte dále otázkou číslo 11)
- dříve jsem kouřil/a, nyní nekouřím

8. Kolik cigaret denně vykouříte (nebo jste vykouřil/a dříve)?

.....

9. Kolikrát za svůj život jste se pokusil/a přestat kouřit?

- jedenkrát
- více, než jednou
- nikdy

10. Byl/a jste informován/a o možnostech, které by vám pomohly v odvykání kouření?

- ano
- ne
- nevím

11. Jaká je Vaše tělesná hmotnost?

.....

12. Jaké je vaše tělesná výška?

.....

13. Byl/a jste informován/a o vhodném životním stylu po prodělaném infarktu myokardu?

- ano, informace byly dostačující
- částečně
- ne (Pokračujte dále otázkou číslo 19)

14. Kde Vám byly nabídnuty informace?

- během hospitalizace
- u praktického lékaře
- u lékaře specialisty
- jinde, vypište.....

15. Kdo Vám podával informace o životním stylu po infarktu myokardu?

- lékař
- sestra
- dostal/a jsem pouze informační letáky
- jiná osoba, vypište.....

16. Chyběly Vám informace, musel/a jste se doptávat?

- ano
- ne (Pokračujte dále otázkou číslo 18)
- nevím (Pokračujte dále otázkou číslo 18)

17. Byly tyto dotazy zodpovězeny?

- ano
- ne
- nevím

18. Byly Vám poskytnuty jiné, než ústní informace?

- ano
- ano, ale informace byly nedostatečné
- ne
- nevím

19. Vyhledáváte informace o životním stylu kardiaka také aktivně sám/sama?

- často
- zřídka
- ne (Pokračujte dále otázkou číslo 21)

20. Jaký zdroj informací Vám nejvíce vyhovuje? (Můžete zvolit i více možností)

- knihy
- časopisy
- informační letáčky
- jiné, vypište.....

21. Máte zájem dodržovat zdravý životní styl po prodělaném infarktu myokardu?

- ano
- ne
- nevím

22. Pokusil/a jste se změnit životní styl po prodělaném infarktu myokardu?

- ano
- ano, ale jen v některých oblastech
- zatím ne (Pokračujte dále otázkou číslo 26)

23. Co pro Vás bylo při změně životního stylu největší překážkou?

- odvykání kouření
- změna stravování
- dodržování dostatku fyzické aktivity
- jiné, vypište.....

24. Která z oblastí byla naopak nejpříjemnější?

- odvykání kouření
- změna stravování
- dodržování dostatku fyzické aktivity
- jiné, vypište.....

25. Měla změna životního stylu pozitivní vliv na Váš život?

- ano
- ne
- nevím

26. Navštívil/a jste po infarktu myokardu lázně?

- ano, jedenkrát
- ano, i vícekrát
- ne (Pokračujte dále otázkou číslo 28)

27. Měl lázeňský pobyt pozitivní vliv na Vaši životosprávu?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

28. Měla nemoc vliv na Vaší pozici v zaměstnání?

- ano
- ne
- jiné, vypište.....

29. Scházíte se s pacienty, kteří prodělali stejné onemocnění?

- ano, pravidelně
- ano, občas
- ne

30. Myslíte si, že je ze strany zdravotníků kladen důraz na dodržování opatření po prodělaném infarktu myokardu?

- ano
- ne
- nevím

Příloha č.2 – Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník je anonymní a poslouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma Edukace pacientů po infarktu myokardu v rámci sekundární prevence.

Prosím Vás tímto o jeho vyplnění. Odpovědi zaškrtněte dle nabídnutých možností nebo doplňte vlastními slovy.

Děkuji Vám za čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Jana Rybářová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Jaký je Váš věk?

- 18-30 let
- 31-40 let
- 41 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské s maturitou
- specializační vzdělání
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 3 roky a méně
- 4-10 let
- 11-20 let
- 21 a více let

5. Jaké je nynější místo Vašeho pracoviště?

- interní ambulance
- kardiologická ambulance
- interní oddělení nemocnice
- kardiologické oddělení nemocnice

6. Jak často se při své práci setkáváte s pacienty, kteří prodělali infarkt myokardu?

- denně
- 1krát za týden
- zřídka

7. Myslíte si, že pacienti mají informace o sekundární prevenci po infarktu myokardu?

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

8. Myslíte si, že pacienti po infarktu myokardu dodržují opatření v oblasti sekundární prevence?

- určitě ano
- spíše ano
- jen v některých oblastech
- ne

9. Kdo na Vašem pracovišti poskytuje informace o zásadách vhodného životního stylu u pacientů po prodělaném infarktu myokardu? (můžete zvolit i více možností)

- informace podává lékař
- informace podává sestra

- pomocí informačních letáků
- jiné, prosím vypište.....

10. Máte zájem o další vzdělávání v oblasti edukace? (kurzy, semináře, konference...)

- ano, mám
- mám, ale zaměstnavatel nám vzdělávání neumožňuje
- ne

11. Navštěvujete semináře s tematikou edukace?

- ano, pravidelně
- někdy
- ne

12. Jaký druh edukace na Vašem pracovišti provádíte častěji?

- individuální
- skupinovou
- kombinujete obě metody

13. Která z edukací je, podle Vás, nejefektivnější?

- individuální
- skupinová
- kombinace obou dvou
- nevím

14. Co je na Vašem pracovišti hlavní náplní edukace pacientů po prodělaném infarktu myokardu? (Můžete zvolit více možností)

- odvykání kouření
- správná životospráva
- fyzická aktivita

jiné, vypište, která oblast

15. Požadují pacienti během edukace doplnění informací?

ano, často

zřídka

ne

16. Odkud čerpáte aktuální informace o edukaci kardiaků ?(Můžete zvolit i více možností)

knihy

letáky

odborné časopisy

konference, semináře apod.

jiné, vypište.....

17. Pomáhá vám někdo při edukačním procesu?

ano, vypište kdo.....

občas, vypište kdo.....

nikdo

18. Využíváte prostředky, které Vám edukaci zjednodušují?

ano, vypište jaké.....

někdy, vypište jaké.....

ne

19. Uvítali byste na Vašem pracovišti více edukačních materiálů a pomůcek pro edukaci?

určitě ano

spíše ano

spíše ne

určitě ne

20. Myslíte si, že je edukace, prováděná na Vašem pracovišti, účelná?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

21. Máte dostatek času k poskytování informací pacientům, kteří prodělali infarkt myokardu?

- ano, vždy
- občas
- nikdy

22. Spolupracujete s jiným pracovištěm zabývajícím se problematikou edukace?

- ano, často, uveďte s jakým pracovištěm.....
- někdy, uveďte s jakým pracovištěm.....
- ne

Příloha č.3 – Edukační plán

Edukační plán zaměřený na změnu dietního režimu

Posouzení a diagnostika: Nedostatek vědomostí o změně dietního režimu v souvislosti se základním onemocněním.

Edukační cíl: Zlepšit informovanost pacienta o změně dietního režimu jako rizikového faktoru recidivy infarktu myokardu.

Pacient si uvědomuje riziko špatného stravování, do 2 dnů

Pacient pozná vhodné a nevhodné potraviny, do 3 dnů

Pacient umí sestavit denní jídelníček ve správném složení potravin a vhodnou technologií přípravy, do 1 týdne

Pacient dodržuje zásady vhodného dietního opatření, do 2 týdnů

Příprava edukačního plánu: Uskutečnit první setkání s pacientem, do 1 dne

Přípravit pacientovi vhodný informační materiál o vhodné dietě, do 1 dne

1.edukační setkání

zjistit pacientovo BMI, zda netrpí obezitou

zjistit úroveň pacientových znalostí o rizikovosti nevhodné diety a jeho současný jídelníček

seznámit pacienta s vhodnými a nevhodnými potravinami a technologií přípravy

2.edukační setkání

ověřit vědomosti pacienta z předešlého setkání

posoudit motivaci ke změně dietních opatření

zdůraznit důležitost zvýšené tělesné aktivity a dietních opatření

vytvořit individuální denní jídelníček

poskytnout pacientovi další informace a literaturu o změně životního stylu kardiaka

Realizace edukace: S pacientem byl připravený individuální program o změně dietního režimu. Pacientovi byl poskytnut informační materiál.

1. U pacienta bylo zjištěné vyšší BMI, odpovídající nadváze a nedostatečné vědomosti týkající se vhodné výživy po prodělaném infarktu myokardu.

Pacient byl seznámen s vhodnými potravinami a způsobem jejich přípravy.

2. U pacienta byly ověřeny znalosti z předešlého setkání formou dotazování.

Pacient byl seznámen s výpočtem energetického složení potravin a poučen dodržovat nižší energetický příjem odpovídající jeho nadváze.

S pacientem byl sestaven vhodný denní jídelníček.

Pacientovi byla doporučena další literatura a kontakty na odborného lékaře-dietologa

Vyhodnocení edukace: Pacient si uvědomuje důležitost dodržování dietních opatřeních a spolupracuje při vypracovávání denního jídelníčku. Pacient pozná vhodné a nevhodné potraviny a dodržuje správný postup při přípravě jídel.

Pacient upraví svoje stravovací návyky do 7 dnů

Pacient sníží svoji tělesnou hmotnost o 2kg za 3 týdny,