

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Petra Jabůrková

Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním
infarktu myokardu

Olomouc 2018

Vedoucí práce: PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 20. června 2018

Bc. Petra Jabůrková

Děkuji PhDr. Janě Haluzíkové, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování této diplomové práce, poskytování rad a materiálůvých podkladů k práci. Dále děkuji všem svým blízkým za podporu během studia.

OBSAH

1	CÍLE PRÁCE.....	9
1.1	Teoretické cíle.....	9
2	TEORETICKÉ POZNATKY	10
2.1	Charakteristika akutního infarktu myokardu	10
2.2	Patogeneze akutního infarktu myokardu	10
2.3	Příčiny akutního infarktu myokardu	11
2.4	Dělení akutního infarktu myokardu	12
2.4.1	Podle lokalizace a rozsahu nekrózy	12
2.4.2	Podle příčiny vzniku.....	13
2.5	Průběh akutního infarktu myokardu	13
2.6	Diagnostika akutního infarktu myokardu	14
2.6.1	Elektrokardiografie.....	14
2.6.2	Laboratorní diagnostika.....	14
2.7	Komplikace akutního infarktu myokardu	15
2.8	Léčba akutního infarktu myokardu.....	15
2.8.1	Přednemocniční léčba	15
2.8.2	Nemocniční léčba.....	17
2.8.3	Po propuštění z nemocnice.....	18
2.9	Prevence akutního infarktu myokardu	18
2.10	Režimová opatření po akutním infarktu myokardu	19
2.10.1	Kouření	19
2.10.2	Stravování.....	20
2.10.3	Fyzická aktivita	21
2.10.4	Psychologické a socioekonomické aspekty.....	21
2.10.5	Sexuální problémy.....	22

2.11	Rehabilitace po akutním infarktu myokardu	23
2.11.1	Hospitalizační fáze	24
2.11.2	Posthospitalizační fáze	24
2.11.3	Stabilizační fáze a udržovací fáze	24
3	EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ	26
3.1	Základní pojmy	26
3.2	Podpora zdraví a prevence	28
3.2.1	Podpora zdraví.....	28
3.2.2	Primární prevence	28
3.2.3	Sekundární prevence	28
3.2.4	Terciární prevence.....	29
3.3	Edukační proces	29
3.3.1	Fáze posouzení	29
3.3.2	Fáze stanovení edukační diagnózy	29
3.3.3	Fáze projektování	30
3.3.4	Fáze realizace	31
3.3.5	Fáze upevňování a prohlubování.....	32
3.3.6	Fáze vyhodnocení výsledků	32
3.4	Sestra jako edukátorka	32
4	KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH PO INFARKTU MYOKARDU	35
5	EMPIRICKÁ ČÁST	37
5.1	Dílčí cíle empirické části	37
5.2	Hypotézy	37
6	Metodika výzkumu	38
6.1	Charakteristika souboru	38
6.2	Výběr dotazníků a jejich popis	38
6.3	Statistické zpracování získaných dat	40

7	ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	41
7.1	Analýza dotazníku - Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu.....	41
7.1.1	Analýza generických údajů respondentů.....	41
7.1.2	Analýza dílčího cíle 1.....	45
7.1.3	Analýza dílčího cíle 2.....	48
7.2	Analýza dotazníku – MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire	53
8	OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ.....	56
8.1	Ověřování platnosti hypotéz 1-3.....	56
8.2	Hodnoty domén dotazníku QLMI na jednotlivých zkoumaných faktorech.	58
9	DISKUZE	63
	ZÁVĚR.....	73
	SHRNUTÍ.....	75
	SUMMARY	76
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	77
	SEZNAM TABULEK	86
	SEZNAM GRAFŮ	89
	SEZNAM ZKRATEK	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91
	PŘÍLOHY	92

ÚVOD

„Patrně jediný způsob, jak si zachovat zdraví, je jíst, co ti nechutná, pít, co se ti oškliví, a dělat, co se ti nechce.“

Mark Twain

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou úmrtnosti nejen v České republice, ale i v Evropě. V současné době je celosvětově kladen důraz na prevenci. Základní cíl kardiovaskulární prevence spočívá ve snižování morbidity a mortality, s cílem zlepšit kvalitu života nemocných. Prevence je zaměřena na změny v oblasti životního stylu, kontrolu rizikových faktorů a kardioprotektivní medikaci (Bruthans et al., 2014). Evropská kardiologická společnost podrobně definovala *Doporučení pro prevenci ischemické choroby srdeční (dále jen ICHS) v klinické praxi*. První doporučení byla publikována v roce 1994. Tato doporučení byla několikrát revidována. Poslední, páté doporučení bylo publikováno v roce 2012. Rozšiřuje okruh rizikových faktorů, markerů rizika a metod jejich stanovení, rozšiřují a upřesňují postupy v oblasti kardiologické prevence (Perk, 2012).

V současné době je akutní péče o nemocné s ICHS (akutním infarktem myokardu, dále jen AIM) v posledních letech na velmi vysoké úrovni. Součástí nákladné léčby je i sekundární prevence, která je podstatně levnější, bohužel stále nedostatečná.

Kardiovaskulární onemocnění (dále jen KVO) zůstávají hlavní příčinou předčasného úmrtí v Evropě. V řadě evropských zemí mortalita na KVO významně poklesla. Třem čtvrtinám úmrtí lze zabránit dodržováním režimových opatření.

Srdci je připisována láska, ale i nenávisť a jsou mu dány charakterové rysy. Funkcí srdce ale není milovat či nenávidět, tyto úkoly plní mozek. Přesto v našem těle zastává důležitou funkci. Jeho úkolem je zásobovat všechny orgány v lidském těle krví, a tím nám umožnit žít. Bez krve není život a ani mozek by nemohl milovat a nenávidět. Z toho důvodu je srdce tak důležité (Špinar et al., 2007).

Začátek vývoje preventivní kardiologie se datuje do období 60. let 20. století. V 60. letech se objevila v USA epidemie AIM. V této době umírala většina americké populace, zejména pak muži středního věku, na ICHS. Ve střední Evropě se tato epidemie objevila na konci 80. let 20. století.

V současné době patří ovlivňování zdravého životního stylu a sekundární prevence KVO k aktivitám prováděným v rámci podpory zdraví. Tyto aktivity vycházejí z celosvětové strategie Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO), Národního programu zdraví ČR a Zdraví 21. Za posledních 50 let se změnila návyky i rizikové faktory. V podobě vysoké konzumace karnivorní stravy s nadbytkem bílkovin a tuků, které vedou k negativním zdravotním důsledkům, vzniku ICHS, AIM nebo anginy pectoris (dále jen AP). Arteriální hypertenze, vysoký cholesterol, kouření, příliš tučná, slaná strava, vysoká konzumace soli, stres, sedavý způsob života se v posledních letech významně podílejí na vzniku KVO. Uvedené faktory vedou k nadváze, obezitě a u jedinců se sklonem k inzulinové rezistenci k rozvoji diabetu 2. Typu. Je prokázán vztah mezi metabolickým syndromem diabetem mellitem a vztah metabolického syndromu s kardiovaskulární morbiditou. (Rosolová, 2013).

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Teoretické cíle

Hlavní cíl:

Hlavním cílem této práce je zmapovat režimová opatření vedoucí ke snížení rizika opětovného akutního infarktu myokardu.

Dílčí cíle:

Vytvořit ucelený přehled o onemocnění akutního infarktu myokardu, popsat akutní infarkt myokardu, rizikové faktory, klinický obraz a léčbu.

Uvést základní informace o jednotlivých režimových opatřeních po akutním infarktu myokardu.

Popsat pojem edukace a její postavení v ošetrovatelství.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Charakteristika akutního infarktu myokardu

Akutní infarkt myokardu je závažnou, život ohrožující formou akutní ICHS. Z patologického pojetí je AIM charakterizován jako odumření buněk srdečního svalu v důsledku dlouhodobého nedostatečného zásobení myokardu krví (Vojáček et al., 2013).

2.2 Patogeneze akutního infarktu myokardu

Krevní zásobení srdečního svalu zajišťují věnčité tepny. Tyto tepny vystupují z aorty ihned po jejím výstupu z levé srdeční komory. Srdce má dvě věnčité tepny, pravou a levou (arteria coronaria dextra a arteria coronaria sinistra) (Naňka et Elišková, 2015).

Jestliže dojde k akutnímu uzávěru tepny, dochází k nekróze srdečního svalu. Nejčastější příčinou takového stavu (v 90 %) je trombus v koronárním řečišti, nasedající na nestabilní aterosklerotický plát. Časně po uzavření arterie podléhá myokard nekróze. Než dojde k rozšíření nekrózy na srdeční stěnu v celé její tloušťce, může uběhnout několik hodin. Další příčinou může být komprese nebo spazmus přívodné cévy (Šimek, 2015; Mačák et al., 2012).

Při AIM se změny na svalových vláknech vyvíjejí postupně v průběhu desítek minut. V této době jsou přeměny vyvolané ischemií reverzibilní. Později vzniká ireverzibilní poškození myokardu. Dříve než je možné makroskopickými či mikroskopickými vyšetřeními rozpoznat nekrózu srdeční svaloviny, může uběhnout i několik hodin. K histologické smrti buněk myokardu dochází po uplynutí určité časové prodlevy, přibližně za 20 minut, někdy i dříve. K naprosté nekróze buněk srdeční svaloviny dochází za 2–4 hodiny, popřípadě později. Záleží totiž na přítomnosti kolaterálního vaskulárního zásobení ischemické oblasti, na senzitivitě srdečních buněk vůči ischemii, dále na adaptaci myokardu a na individuálních požadavcích myokardu na zásobení živinami a kyslíkem. V rozmezí 18 až 24 hodin je infarktové ložisko bledé nebo tmavočervené až cyanotické. Histologické změny odpovídají koagulační nekróze. Nekrotické ložisko se začíná ohraničovat od okolí. Po 3–7 dnech od infarktu bývá ložisko infarktu nažloutlé. Celý proces vedoucí ke vzniku zhojeného infarktu obvykle trvá alespoň 5–6 týdnů. Reperfuze může zapříčinit změnu jeho makroskopického a mikroskopického vzhledu (Vojáček et al., 2013; Šimek, 2015).

2.3 Příčiny akutního infarktu myokardu

Aterosklerózu považujeme za nejčastější příčinu tepenných onemocnění. V současné době se setkáváme se značným nárůstem výskytu tohoto onemocnění. Velký podíl připisujeme změněnému životnímu stylu, například nezdravé změně výživy, zvláště velkému vzestupu konzumace živočišných tuků, mastných smažených a slaných pokrmů oproti snížené spotřebě zeleniny a ovoce. K dalším faktorům patří kouření a pokles tělesné námahy v zaměstnání i doma (Klener et al., 2012).

Rozlišujeme tři formy aterosklerózy

Tukové proužky – vyskytují se již v dětství u každého jedince. Jsou charakteristické žlutou barvou. Nezasahují do lumen cévy, tudíž není nijak omezen průtok krve cévou. Vznikají ukládáním tukových látek - lipoproteinů a cholesterolu (LDL - low density lipoproteins) do intimy a medie tepen, kde jsou následně fagocytovány makrofágy, které se mění na pěnové buňky.

Fibrózní pláty – ateromy, prominují již do lumen cévy, jsou větší a tužší. Začínají se objevovat první příznaky z nedokrevnosti orgánů.

Komplikované léze – vzniká z ateromového plátu, který praskne. Aterom se tak stává místem shlukování trombocytů s následným vznikem trombu. Ten je pak příčinou náhlého cévního uzávěru (Vrablík et al., 2011).

Ročně zemře v České republice na následky aterosklerotického procesu 50 000 – 60 000 osob, polovinu z tohoto počtu tvoří ženy. Ženy nejsou před kardiovaskulárními onemocněními zcela chráněny, mají jen jistý odklad manifestace. V případě projevení akutní formy koronárního syndromu je u žen horší prognóza než u mužů (Pitřha, 2011).

Mnoho rozvinutých zemí je svědky rostoucího výskytu diabetu a kardiovaskulárních onemocnění. Častou intervencí, jak snížit kardiovaskulární riziko u populace, je propagace zdravého životního stylu (Muray et al., 2012).

Incidence kardiovaskulárních onemocnění před dosažením padesáti let věku je u žen výrazně nižší než u mužů. Počet případů AIM v mužské populaci středního věku činí asi 10–15 případů/1000 mužů/rok. Obecným předpokladem pro pozdější výskyt AIM u žen než u mužů je přisuzován ochranným účinkům ženských pohlavních hormonů.

Jestliže se objeví AIM v menopauze, bývá na podkladě familiární hypercholesterolemie, trombofilie či spazmu věnčité tepny. Po menopauze incidence infarktu značně stoupá a blíží se četnosti, jakou je možné spatřovat u mužů. Významný podíl má také odlišná stavba stravy a vlivy kouření. Ženy prodělají svůj první infarkt o 9 let později než muži (Klener et al., 2012).

Proces aterosklerózy u žen a mužů se vyvíjí odlišně. Doporučení k prevenci kardiovaskulárních onemocnění se zakládají na zkoumání v mužské populaci. Z toho důvodu byla od roku 1999 publikována mezinárodní doporučení namířená na ženskou populaci. Poslední novelizace byla vydána v únoru 2011. Platí podobná doporučení pro prevenci kardiovaskulárních příhod pro ženy i muže. Vyskytuje se zde ale několik výjimek. Jednou z nich je kupříkladu umírněnost v dlouhodobém užívání kyseliny acetylsalicylové v základní prevenci AIM u žen. Kromě toho platí, že hormonální léčba vede u žen k primární prevenci AIM, u žen mladších 65 let ale není prospěšná, a nemá se tedy podávat (Piřha, 2011).

Mezi další rizikové faktory vzniku AIM řadíme kouření, dyslipidémii, hypertenzi, abdominální obezitu, diabetes mellitus a nízkou fyzickou aktivitu. Tyto patří k ovlivnitelným rizikovým faktorům, které mají na svědomí 90 % akutních infarktů myokardu (Vrablík et al., 2011).

2.4 Dělení akutního infarktu myokardu

Infarkt se dělí na dvě skupiny, a to podle lokalizace a podle příčiny (Klener et al., 2012; Vojáček et al., 2013).

2.4.1 Podle lokalizace a rozsahu nekrózy

Infarkt s elevací úseku ST (ST-elevations myocardial infarction – STEMI) a bez elevace úseku ST (NSTEMI).

Masivní ischemické poškození, postihující všechny vrstvy srdečního svalu od endokardu k epikardu nazýváme transmurální AIM nebo též Q infarkt. Jedná se o infarkt s elevací úseku ST (STEMI). Tento typ AIM je prokazatelný na elektrokardiografickém vyšetření (dále jen EKG).

Druhým typem je netransmurální infarkt, non - Q infarkt, vyznačován depresi ST úseku (NSTEMI). Je charakterizován menším poškozením myokardu, lokalizovaného subendokardiálně. Diagnostika tohoto typu se opírá o laboratorní změny srdečních enzymů (Klener et al., 2012).

2.4.2 Podle příčiny vzniku

Spontánní akutní infarkt myokardu – jeho příčinou je ruptura, ulcerace, eroze nebo disekce aterosklerotického plátu. Následkem je vznik trombu, který promínuje do lumen koronární arterie. Tento stav způsobuje ischemii myokardu nebo embolizaci trombu s následnou nekrózou srdečních buněk.

Akutní infarkt myokardu podmíněný ischemickou nerovnováhou – v případě, že dojde k poškození myokardu z jiného důvodu než na podkladě ischemické choroby srdeční, může být příčinou vzniku AIM koronární spasmus, embolie, anémie, arytmie, hypertenze, hypotenze nebo anémie.

Srdeční smrt v důsledku akutního infarktu myokardu – u pacientů s příznaky svědčícími pro ischemii myokardu, doprovázenými novými ST elevacemi, popřípadě průkaz čerstvého trombu pomocí angiografie, smrt, ke které došlo před získáním krevních vzorků.

Dalšími příčinami vzniku AIM mohou být akutní infarkt myokardu spojený s perkutánní koronární intervencí (dále jen PCI), infarkt spojený s trombózou stentu nebo infarkt spojený s aortokoronárním bypassesem (Vojáček et al., 2013).

2.5 Průběh akutního infarktu myokardu

Typickým příznakem AIM je ischemická bolest srdce – stenokardie. Vyskytuje se ve více než 80 % případech srdečních příhod. Charakter bolesti je totožný s bolestí u AP s rozdílem v délce trvání a její intenzitě. Nemocní ji často popisují jako náhlou svíravou, pálivou nebo krutou až šokující bolest za hrudní kostí, která vystřeluje do levé horní končetiny, až do malíčku, do krku, dolní čelisti, mezi lopatky a do epigastria. Bolest bývá trvalá, nezávislá na změně polohy těla. Nemívá vztah k pohybu a obvykle nevyčizí po užití nitroglycerinu, jako je tomu u AP. Trvá zpravidla desítky minut až hodiny (Klener et al., 2012). Mnohdy může být stenokardie atypická. Často může napodobovat náhlou příhodu břišní, vertebrogenní potíže nebo i bolesti zubů (Pokorný et al., 2012; Klener et al., 2012).

Nemocní trpí úzkostí a obavou z blížící se smrti, již nazýváme angor mortis. Velmi častými, závažnými symptomy jsou nauzea a zvracení, pocení, bledost, palpitace nebo arytmie. Častým příznakem AIM bývají subfebrilie. Vyskytují se jako reakce na probíhající nekrózu srdečního svalu. Zvláště v prvních hodinách infarktu můžeme nalézt bradykardii. V těchto fázích bývá dominantní parasymptikus.

V pozdějších fázích infarktu se objevuje sympatikus, projevující se tachykardií. Krevní tlak mnohdy zůstává v obvyklých hodnotách, můžeme se ale setkat nejen s hypertenzí ale i s hypotenzí (Klener et al., 2012). U 10 % nemocných probíhá infarkt asymptoticky, tzv. němý infarkt. Diagnostika se opírá o náhodné provedení EKG vyšetření nebo při pitvě přítomností vazivové jizvy. S tímto typem AIM se setkáváme u diabetiků. Nejsou přítomny typické stenokardie. Na AIM se přijde náhodně anebo se rozvinou komplikace, zejména srdeční selhání (Klener et al., 2012; Fischerová, 2008).

2.6 Diagnostika akutního infarktu myokardu

I přes významný rozvoj, ke kterému došlo v kardiologii, sehrává zcela podstatnou roli v diagnostice akutního koronárního syndromu (dále jen AKS) přesné vyhodnocení klinických příznaků, elektrokardiogramu a interpretace zjištěné hladiny srdečních enzymů. Ani jeden z těchto základních kamenů diagnostiky nelze vyjímát, ale jejich výsledky je důležité interpretovat v celkovém klinickém kontextu (Pudil, 2014).

2.6.1 Elektrokardiografie

Elektrografie je vyšetření, jehož úkolem je snímání a zaznamenávání šíření elektrického vzruchu srdeční svalovinou. Součástí každého EKG vyšetření je křivka EKG, na které se popisuje, rytmus, akce, frekvence, sklon srdeční osy, jednotlivé vlny, kmity a měří se základní intervaly PQ, QRS, QT (Bulava, 2017).

U pacientů s podezřením na AIM se doporučuje do deseti minut od prvního kontaktu s nemocným provést 12svodové EKG. U 1/3 pacientů se nemusí na EKG vyskytnout žádné změny. V takových případech je infarkt prokazatelný stanovením srdečních biomarkerů poškození srdečních buněk, srdečního troponinu (Widimský et al., 2012).

2.6.2 Laboratorní diagnostika

Stanovení specifických kardiologických enzymů v plazmě umožňuje diagnostikovat AIM a odlišit nekrózu od ischemie v případě chybějícího nálezu na EKG.

Laboratorní diagnostika AIM se postupně stala spolu s klinickým obrazem a analýzou EKG křivky jedním z hlavních diagnostických kroků při průkazu tohoto onemocnění. V současné době se opíráme o hodnoty troponinu, který patří k dalšímu vysoce citlivému indikátoru myokardiální nekrózy (Janoušek, 2011).

2.7 Komplikace akutního infarktu myokardu

Komplikace se mohou objevit v prvních dnech po akutním infarktu myokardu, ačkoli incidence výrazně klesla využitím PCI. Tyto stavy jsou život ohrožující a potřebují rychlou diagnostiku a léčbu. Při podezření na komplikace je nutné okamžité echokardiografické vyšetření (Ibanez et al., 2017).

Komplikace AIM mají velký význam pro jejich přímý dopad na prognózu nemocných (Klener et al., 2012). K nejzávažnějším komplikacím patří arytmie, ruptura myokardu, ruptura komorového septa, ruptura papilárního svalu, kardiogenní šok, perikarditida (Klener et al., 2012; Ibanez, et al., 2017).

2.8 Léčba akutního infarktu myokardu

Základ úspěšné léčby pacienta s AIM spočívá v časné pomoci zprostředkovanou sítí kardiocenter, která jsou schopna poskytnout okamžitou revaskularizační terapii. Provedením revaskularizace myokardu, ale léčba pacientů s AIM nekončí. Další, neméně důležitou složkou léčby je změna životního stylu pacienta spolu s komplexní farmakoterapií s důrazem na správnou kombinaci léčiv podávaných v přiměřených dávkách. K takto vedené farmakoterapii se vztahuje i snaha maximalizovat pacientovu compliance k léčbě, protože nízká adherence k léčbě značně zhoršuje prognózu nemocných (Rutar, 2017).

Cílem terapie infarktu je zajistit prokrvení srdečního svalu rekanalizací neprůchodné cévy a upravit výkon srdce, aby nedošlo k srdečnímu selhání nebo kardiogennímu šoku. Více než polovina úmrtí na AIM nastane do 2 hod. po jeho vzniku. Proto velice důležitou roli hraje rychlá diagnostika a správná léčba. Z výše uvedeného plyne, že léčba pacientů s AIM je „závod s časem“ (Šimek, 2015). Léčba AIM začíná v přednemocniční péči, na ni navazuje nemocniční léčba a součástí je také sekundární prevence (Šafránková et Nejedlá, 2006).

2.8.1 Přednemocniční léčba

Základem pro správné poskytnutí první pomoci u postiženého při vědomí s podezřením na AIM je uložení nemocného do Fowlerovy polohy, aplikace jedné tablety Nitroglycerinu pod jazyk nebo Isoket spray. Takto postupujeme, pokud se pacient léčí a má léky u sebe a on nebo jeho příbuzní vědí, jak léky aplikovat. Sledujeme základní fyziologické funkce, pulz, dech a stav vědomí.

Neprodleně po zajištění pacienta voláme zdravotnickou záchrannou službu (Bydžovský, 2011). Jakýkoli jiný způsob transportu postiženého je nesprávný. V rámci přednemocniční péče je důležité podávání kyseliny acetylsalicylové. Během prvních 24 hodin po nástupu bolestí na hrudi u pacientů s AKS totiž snižuje úmrtnost. Existuje souvislost mezi časným podáváním Aspirinu v přednemocniční první pomoci a snížení úmrtnosti u pacientů s AIM. Přednemocniční podávání Aspirinu je bezpečné (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2016). V jakémkoli případě selhání fyziologických funkcí je nutné neprodleně zahájit resuscitaci, případně pokud je k dispozici automatický externí defibrilátor (dále jen AED), použít jej (Truhlář et al., 2015).

Počet pacientů, u nichž došlo v rámci první pomoci k resuscitaci, se v Evropě pohybuje od 16 – 119/100 000 obyvatel ročně. Častěji dochází k zástavě u mužů než u žen. Průměrný věk pacientů se také liší mezi pohlavími (68 ± 14 let u mužů, 76 ± 12 let u žen) (Porzer et al., 2017).

Úkolem předhospitalizační léčby je snížit vysoké riziko náhlé smrti. Aby bylo možné zachránit co největší část myokardu, je cílem první pomoci včas nemocného dopravit do nejbližšího kardiocentra nebo na nejbližší koronární jednotku. Množství zachranitelného myokardu se s každou hodinou prodlevy rychle snižuje. Do 60 minut od uzávěru koronární arterie můžeme její úspěšnou rekanalizaci zachránit až 60 % ischemizovaného myokardu, po 3 hodinách je to méně než 20 % a po 6 hodinách je transmurální ischemická nekróza dokončena.

Je důležité co nejdříve natočit EKG a zahájit antiagregační léčbu kyselinou acetylsalicylovou (např. Anopyrin nebo Acylpyrin). Následuje analgosedace – anodiny. Zpravidla se používá např. morfin aplikovaný pod kůži nebo nitrožilně v kombinaci s Diazepamem. Dále je vhodné podání Nitroglycerinu tbl. sublingválně nebo Isoketu, aplikace kyslíku maskou (Pokorný et al., 2012).

V případech, kdy záchranná služba není schopna rozeznat změny na EKG, může využít služby Lifenet, kdy záznam z EKG odešle ze sanitky rovnou na koronární jednotku. Na základě této informace lékař z koronární jednotky doporučí další postup (Kordulová, 2017).

2.8.2 Nemocniční léčba

Po příjezdu zdravotnické záchranné služby je pacient přijat na koronární jednotku. Z uvedeného vyplývá, že je nutné usilovat o to, aby reperfuze byla zahájena v co nejkratším čase. Čím dříve je průtok myokardem obnoven, tím menší je velikost infarktu, a tudíž je příznivější i prognóza (Šimek, 2015).

V posledních 50 letech prošla léčba srdečního infarktu podstatnými změnami. Úmrtnost na AIM v nemocnici, která byla před rokem 1960 kolem 30 %, se po zavedení antiarytmické terapie, betablokátorů a intenzivní péče snížila na 15 %. K nejvýraznějšímu poklesu úmrtnosti na 8-9 % došlo reperfuze léčbou systémovou trombolýzou a Aspirinem koncem 80. let. Od konce 90. let se ve vyspělých státech stala základní léčebnou metodou PCI. Díky tomu úmrtnost poklesla na 7 % a méně (Dvořák, 2011).

V České republice jsou nemocní po AIM nejčastěji ošetřeni primární koronární angioplastikou se zavedením stentu do postižené koronární arterie (Špinar et al., 2011).

Nemocnému dle ordinace lékaře se podávají antiagregantia, betablokátory, ACE inhibitory. AIM může být léčen trombolýzou anebo PCI.

Perkutánní koronární intervence - PCI

V roce 1977 provedl Andreas Gruntzig první balónkovou koronární angioplastiku. Tuto metodu léčby AIM používáme od počátku 90. let 20. století. PCI s sebou přináší nízké riziko a možnost včasného propuštění pacienta do dalšího ošetřování. V současné době provádíme čtyřikrát více PCI než koronárních bypassů (dále jen CABG) (Želízko et al., 2011). Podstatou metody je rozšíření koronární tepny pomocí speciálního balónku.

Primární PCI je preferovanou reperfuze strategií u STEMI. PCI je lepší volbou než nemocniční trombolýza. Jestliže nemůže být primární PCI provedena do 120 minut od prvního kontaktu pacienta se zdravotnickou službou, přistupuje se k podání trombolýzy, zvláště pokud může být podána v přednemocničních podmínkách a do 120 minut od objevení se symptomů. Prodlevy jsou spojeny s horšími výsledky.

V zásadě by primární PCI měla být provedena do 90 minut od prvního kontaktu zdravotníků s pacientem. U pacientů s časnou manifestací a s rozsáhlou oblastí myokardu v ohrožení by mělo být zpoždění kratší než 60 minut. Tyto cílové časy jsou indikátory kvality a liší se od maximálního zpoždění spojeného s PCI, které činí 120 minut (Widimský et al., 2012).

Rozhodnutí o metodě revaskularizace je závislé na závažnosti a velikosti koronárního postižení. PCI je dávana přednost při zasažení jedné nebo dvou povodí

(2/3 nemocných). CABG je častěji indikován u nemocných, kde je stenózou postižen kmen nebo při postižení všech tří povodí (20 % nemocných) (Želízko et al., 2011).

Aortokoronární bypass - CABG

Aortokoronární bypass je forma chirurgické léčby ICHS. Princip výkonu se zakládá v přemostění postižené kardiální tepny vaskulární štěpem, což umožní průtok krve do částí srdce, které jsou vlivem zúžení tepny nedostatečně zásobeny (Uhlíř et al., 2013).

2.8.3 Po propuštění z nemocnice

Při propuštění z nemocnice pacient obdrží řádná doporučení ohledně změny životního stylu a dietních opatření, o možnostech odvykání kouření, o možnostech rehabilitačních programů. Pacient by měl mít vhodně nastavenou farmakoterapii.

Praktický lékař by měl provádět kontroly co nejdříve po propuštění, dále měsíc po propuštění a následně každé 3–4 měsíce. Ke kardiologovi má pacient docházet v prvním roce 2–3x a má být konzultován při každém zhoršení stavu.

Součástí kontrol má být vždy kontrola hmotnosti (popřípadě obvodu pasu), měření krevního tlaku a tepové frekvence. Měsíc po AIM a pak minimálně 1× za rok by měla být odebrána základní biochemie, především lipidové spektrum a glykemie (Špinar et al., 2011).

V každém případě zhojené srdce bez odpovídající léčby a správné životosprávy, postupně selhává. Nastává městnavé srdeční selhání, které končí smrtí (Rokyta et al., 2015).

2.9 Prevence akutního infarktu myokardu

Nemocní po prodělané cévní příhodě na podkladě aterosklerózy mají vysokou pravděpodobnost, že dostanou další kardiovaskulární příhodu. Je nezbytné u těchto nemocných realizovat intenzivní sekundární prevenci, aby se zabránilo vzniku další příhody. Naopak u osob, které dosud neprodělaly žádnou kardiovaskulární příhodu a nemají žádné symptomy aterosklerózy, se určuje v rámci primární prevence kardiovaskulární riziko. Celkové kardiovaskulární riziko rozhoduje o intenzitě intervence, tj. o nefarmakologické a farmakologické léčbě přítomných rizikových faktorů.

Prevence KVO je celoživotní proces, který by se měl dotýkat všech jedinců v celé populaci. Kategorizujeme prevenci na sekundární, tj. prevenci zaměřenou na nemocné, kteří v minulosti prodělali kardiovaskulární příhodu, a na prevenci primární, tj. na prevenci prováděnou u jedinců bez KVO s různým celkovým kardiovaskulárním rizikem.

Podstatou obou modelů prevence je prosazování zdravého životního stylu. Největšího výsledku prevence a léčby lze očekávat u nemocných s KVO nebo u osob s velmi vysokým celkovým kardiovaskulárním rizikem. Účinná prevence může zabránit až 80 % KVO, a dokonce 40 % rakoviny (Rosolová, 2013).

2.10 Režimová opatření po akutním infarktu myokardu

Po AIM jsou pacienti povzbuzováni k přijetí zdravého životního stylu. Nejsou ovšem vždy dostatečně motivováni a podporováni k udržení potřebného chování.

Jako příklady rizikového chování po AIM můžeme uvést kouření, nezdravé stravovací návyky, fyzickou nečinnost a nízkou sociální interakci. Dalšími rizikovými faktory jsou dědičnosti a věk (Junehag et al., 2013). Proto je velmi důležité, aby sestra pracující v oblasti kardiologie disponovala komunikační dovedností a psychologickou, edukační a výchovnou dovedností (Kordulová, 2017).

2.10.1 Kouření

Kouření patří mezi rizikové faktory, které se podílejí na vzniku KVO. Úkolem lékaře a sestry je v rámci edukace podporovat pacienta v nekuřáctví, zejména ty, kteří kouřit přestali (Haluzíková, 2012).

Kouření má silný protrombotický účinek a odvykání kouření je potenciálně nejefektivnější ze všech opatření sekundární prevence. Mělo by začít v průběhu hospitalizace a pokračovat během následné rehabilitace (Ibanez et al., 2017). Ideální pro odvykání kouření jsou nemocniční odvykací programy, které by si měla každá nemocnice osvojit (Widimský et al., 2012). Avšak krátké programy pro odvykání kouření nejsou pro pacienty se srdečním onemocněním dostačující, aby bylo dosaženo výsledku permanentního nekuřáctví.

V Evropě se uvádí se, že 48 % pacientů s ICHS začne znovu kouřit po roce a půl od propuštění z nemocnice. Je to rozdíl oproti Američanům, kdy už po 6 měsících od příhody se ke kouření navrátí 12,5 % nemocných. Značný počet kardiologických pacientů pokračuje v kouření nebo znovu začne kouřit, což potvrzuje návykovou povahu kouření.

Poradenství je způsob, jak pomoci pacientům iniciovat a udržovat zdravý životní styl. Individuální poradenství může být účinnější při podpoře odvykání kouření než intervence za pomoci návodu, jak přestat kouřit (Park et al., 2015; Ibanez et al., 2017).

2.10.2 Stravování

Jídlo jako jed, jídlo jako lék. Přílišný přísun kalorií vede k nadváze až obezitě. Ta pak může být jednou z příčin rizika vzniku diabetu 2. typu, kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny (Křivohlavá, 2017).

Nutriční terapie je součástí rehabilitačního programu. Je prováděna především nutričními terapeuty, neboť pro pacienty je často obtížné hledat chyby ve stravovacích návycích (Mok et al., 2013). Informace z oblasti výživy by měly podávat ve svém oboru dostatečně vzdělané nutriční terapeutky, nejlépe prostřednictvím odborných přednášek pro kardiaky, kde by byly zodpovězeny veškeré dotazy. Za účelem porozumění stravovacímu režimu je nutný edukační materiál se vzorovými jídelníčky a tabulkami energetických hodnot potravin. Je nezbytné nemocné povzbuzovat při dodržování dietních opatření při ICHS, která mají zásadní vliv na vznik a průběh onemocnění. Navzdory tomu jsou nemocní, kteří nechtějí provést podstatné změny ve složení potravy (Haluzíková, 2012).

Strava pro prevenci KVO by měla zahrnovat denní příjem různých druhů ovoce a zeleniny (200 g), celozrnné potraviny s vysokým obsahem vlákniny (30 – 45 g), a ořechy (30 g nesolených). Ryby, které obsahují omega-3 mastné kyseliny, by měly být konzumovány nejméně dvakrát týdně a červené maso by mělo být nahrazeno masem drůbežím. Příjem nasycených tuků, ztužené tuky by měly být omezeny výběrem libového masa a zeleninovými alternativami, jako jsou luštěniny s nízkým obsahem tuku nebo nízkotučným mlékem a mléčnými výrobky. Je třeba vyhnout se potravinám s přidaným cukrem a solí. Příjem soli by měl být omezen do 5 g denně. (Mok et al., 2013; Ibanez et al., 2017).

Prognózu nemocných zlepšuje „dieta Středozevního moře“ díky svému nízkému obsahu tuků, s vysokým podílem tuků rostlinného původu, olivového oleje a s dostatkem ovoce i zeleniny a menšího množství masa a mléčných produktů. Denní spotřeba červeného masa není ve středomořské dietě stanovena, jelikož bílé maso je preferováno před červeným masem. Pro osoby s vysokým kardiovaskulárním rizikem je vhodná středomořská dieta obohacená extra panenským olivovým olejem nebo ořechy. Dieta snížila incidenci kardiovaskulárních příhod (Křivohlavá, 2017).

Ve spojení s touto dietou doporučujeme pití malého množství alkoholu denně 20–40 g alkoholu za den u mužů a 20–30 g u žen. První písemná zpráva o pozitivním účinku alkoholu na počínající AIM pochází od Williama Heberdena z roku 1786. V roce 1926 Raymond Pearl napsal práci o vlivu alkoholu na úmrtnost Američanů. Dokázal, že nejvíce umírají abstinenti a osoby pijící velké množství alkoholu, načež nejnižší mortalitu mají střídmi pijáci alkoholu. Až St. Leger v roce 1979 nejen prokázal, že střídme pití alkoholu

má ve světě příznivý vliv na prevenci úmrtnosti na AIM, ale také to, že nejlépe ze všech alkoholických nápojů účinkuje víno (Šamánek et Urbanová, 2011; Mok et al., 2013).

2.10.3 Fyzická aktivita

Důležitou roli v prevenci KVO hraje pravidelná fyzická aktivita. Samostatný domácí trénink se týká většiny pacientů po propuštění, měl by být na něj tedy kladen patřičný důraz. Osvědčuje se chůze, jízda na kole nebo rotopedu, běh na lyžích nebo turistika. Nemocný by měl ujít 17–35 km týdně. Podstatné je zvyšování tolerance zátěže, které vede k významnému prodloužení života.

Vedle chůze patří nejčastěji doporučovaným aktivitám jízda na kole, plavání, běh a gymnastika. Nevhodné je pro kardiologicky nemocné lyžování z důvodu fyzické námahy a zvýšení krevního tlaku. Také poskytnutí první pomoci v případě vzniku obtíží je v horských podmínkách obtížnější. Kolektivní sporty nesou riziko pro pacienty s kardiologickým onemocněním, jelikož u nich může nastat náhlá smrt (Vítovec et al., 2011; Haluziková, 2012). Avšak intenzitu a druh zátěže je třeba přizpůsobit stavu kardiovaskulárního, respiračního a pohybového aparátu jednotlivců. Ne každý jedinec má pozitivní vztah ke sportu, proto je třeba zvolit takovou aktivitu, která ho bude bavit (Rosolová, 2013).

U nemocných s nadváhou (BMI > 25 kg/m²) nebo obezitou (BMI > 30 kg/m²) je zvýšené riziko rozvoje ICHS. Redukce tělesné hmotnosti pozitivně působí i na ostatní rizikové faktory rozvoje aterosklerózy. Směrodatným ukazatelem v rychlé orientaci v nadváze a obezitě je obvod pasu. Důvodem ke snižování hmotnosti je obvod pasu u mužů ≥ 102 cm a ≥ 88 cm u žen. Úkolem lékaře je, aby nemocnému vysvětlil podstatu důležitosti redukce hmotnosti a s ní spojená dietní opatření, jež jsou nedílnou součástí komplexní léčby, a vyzdvihl příznivý vliv i na ostatní rizikové faktory (Vítovec et al., 2011).

2.10.4 Psychologické a socioekonomické aspekty

Důležitou roli v míře úmrtnosti a délce života hraje socioekonomický status. Lidé s nízkými příjmy nemají možnost zajistit si kvalitní potraviny vedoucí ke snížení chorob související s výživou, jako je diabetes a obezita, jež vedou ke KVO. Riziko onemocnění se zvyšuje s nižší úrovní vzdělání a stresem v práci. Nemocní, kteří žijí v domácnosti s partnerem, a jež navštěvují společnost, mají nižší mortalitu než jedinci žijící sami (Notara et al., 2014).

U některých osob se po prodělání AIM vyskytuje únava, která se liší od obvyklé únavy. Její účinky mají vliv na vnímání nemoci a ovlivňují kontakt se sociálním prostředím.

Přístup k životu nemocných se zpravidla liší, někteří situaci přijímají a nepřipouštějí si vzniklá omezení, jiní se cítí v životě nejistě. Spojují si AIM se smrtí a objevují se u nich myšlenky na smrt a na další srdeční příhodu, což pro ně znamená existenční hrozbu. Již se necítí ve svém těle bezpečně jako předtím a cítí nejistotu. Tato situace může ovlivnit celkový management rekonvalescence (Notara et al., 2014).

Nepříjemné pocity bychom měli potlačit aktivitami, které v nás vyvolávají příjemné pocity. K těmto činnostem patří kulturní nebo sportovní zážitky, spánek aj. Kompenzace stresu docílíme tím, že dobře vyvážíme stresové a protistresové faktory. Jestliže neumíme najít rovnováhu, je zapotřebí vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra (Rosolová, 2013).

Naopak u některých jedinců přináší akutní infarkt myokardu pozitivní zkušenosti, jako je vděčnost za život, která působí jako motivační faktor (Junehag et al., 2013). Proto by zdravotničtí pracovníci měli být schopni identifikovat problémy, tyto pacienty podporovat a sledovat (Notara et al., 2014).

2.10.5 Sexuální problémy

Nemocní s KVO se často setkávají s velkými změnami ve svém životě. U řady z nich může dojít k významnému ovlivnění kvality života v oblasti fyzické a psychické. Kromě toho mohou výrazné změny nastat v oblasti sexuálního života, který je nezbytnou součástí životního stylu. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní postoj k sexualitě a sexuálním vztahům, jako schopnost mít ze sexu prožitek a zároveň pocit bezpečí (Špinar et Vítovec, 2014).

Sexuálním problémům není věnována dostatečná pozornost. Praktičtí lékaři ani specialisté o sexuálních dysfunkcích s nemocnými nehovoří, anebo této problematice nevěnují pozornost. V současné době se doporučuje zaměřit se na vyhledávání těchto problémů a pomoci pacientům a jejich partnerovi s jejich řešením. K zásadním problémům patří obavy z obtížné komunikace, nezáměr lékaře, nedůvěra, nedostatek času, nízká erudice, stud nebo skutečnost, že to lékař nepovažuje za důležité, popřípadě náboženské důvody.

Po nekomplikovaném AIM se povoluje sexuální aktivita za týden, doporučuje se méně náročná forma. Před plánovanou sexuální aktivitou se doporučuje odpočinek, poučení, jak reagovat na nedostatek dechu.

Sexuální aktivitu nezakazujeme. Zpočátku doporučujeme ohleduplnost a porozumění partnera, užívání méně energeticky náročných poloh. Pravidelný trénink vede k návratu dobré kondice i v této oblasti.

Pohlavní styk může zatěžovat, došlo-li k němu v cizím prostředí, s náhodným partnerem, při únavě, po těžkém jídle a velkých dávkách alkoholu. Zatěžující může být i pro nemocného milenecký pohlavní styk, zde se setkáváme především s obavami z prozrazení.

Kvalita sexuálního života může být ovlivněna nejen samotnou nemocí, ale i medikamentózní léčbou. Především antihypertenziva a antianginózní léky tlumí pohlavní reflexy (Špinar et Vítovec, 2014).

2.11 Rehabilitace po akutním infarktu myokardu

Kardiovaskulární rehabilitace tvoří nedílnou část komplexní léčby nemocných po infarktu. Cílem rehabilitace je umožnit nemocnému návrat k pracovním a rekreačním aktivitám v maximálním rozsahu. Základem pohybové aktivity je aerobní trénink (Chaloupka, 2004). Rehabilitační fáze se dělí do čtyř fází – hospitalizační, posthospitalizační, stabilizační a udržovací (Mífková, et al., 2014; Noites et al., 2017).

Jedná se o celistvý proces, jehož snahou je navrátit a zachovat optimální fyzický, psychický, sociální, pracovní a emoční stav u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. Z toho důvodu je velmi důležitá multidisciplinární spolupráce (Mífková et al., 2014; Foster et al., 2017).

Se stárnoucí populací v Evropě dochází ke zlepšení péče o akutní kardiovaskulární příhody. Tento jev vede k obecnému rozšíření pacientů s KVO, kteří akutní příhodu přežili. I přes dokonalejší farmakoterapii má u nemocných po AIM neustále smysl měnit životní návyky. Optimálně léčení pacienti po AIM, kteří přestanou kouřit, mají o 43 % nižší riziko opětovného výskytu AIM. Jestliže se pacienti pravidelně věnují fyzické aktivitě a zdravě se stravují, mají o 48 % nižší riziko rekurence AIM. Na rozdíl od těch, kteří nadále pokračují v kouření a nevěnují se cvičení, mají 3,8krát vyšší nebezpečí vzniku infarktu, cévní mozkové příhody nebo úmrtí (Tuka et Matoulek, 2013).

Tuka et Matoulek (2013) uvádějí, že prognózu po infarktu zlepšuje pohybová aktivita, nízkocholesterolová dieta, udržování normálních hodnot krevního tlaku, udržení nízkých hladin krevních tuků a udržení nízkých hladin glykémie. S těmito parametry úzce souvisí obezita. V poslední době se upozorňuje na psychický stav nemocných, což má podstatný vliv na délku života. Můžeme tedy říci, že prevence u pacientů s KVO založená na pohybové aktivitě evidentně snižuje morbiditu a mortalitu.

2.11.1 Hospitalizační fáze

Proces kardiovaskulární rehabilitace začíná zpravidla 12–24 hodin po akutní koronární příhodě, a to pouze za předpokladu, že je pacient stabilní. V průběhu této fáze fyzioterapeut pacienta pomocí postupného zvyšování pohybové aktivity formou prvků kinezioterapie připraví na běžné denní aktivity. Součástí je vysvětlení základních principů dodržování zásad sekundární prevence, doporučení vhodných aktivit v domácím prostředí a seznámení s dalšími fázemi celého rehabilitačního procesu.

2.11.2 Posthospitalizační fáze

Posthospitalizační fáze zahrnuje intervenční tréninkový kardiovaskulární rehabilitační program, jenž je v celém procesu zásadní. Dochází zde k hemodynamické adaptaci nemocného na obvyklou tělesnou zátěž, ke zvyšování aerobní kapacity a k osvojování si principů aerobně odporového tréninku.

2.11.3 Stabilizační fáze a udržovací fáze

Tyto fáze již neprobíhají pod odbornou kontrolou fyzioterapeuta. Dochází ke stabilizaci klinického stavu a udržení tréninkových návyků (Vysoký et al., 2014).

Kardiovaskulární rehabilitace byla převážně realizována v nemocnicích nebo v léčebně rehabilitačních zařízeních s vyškoleným personálem. Domácí rehabilitační programy mají vysoký potenciál, jak zvýšit účast pacientů na rehabilitaci. Nabízí větší flexibilitu a možnosti pro aktivity. Domácí rehabilitace tak nabízí alternativu pro některé pacienty, i když relativně málo programů v Evropě takovou možnost nabízí (Noites et al., 2017; Piepoli et al., 2016).

Zvláštním druhem je telerehabilitace prováděná prostřednictvím elektronických komunikačních a informačních technologií. Jednoduchý telemonitoring, včetně telefonického přenosu EKG u pacientů s KVO, je popisován jako bezpečný a přijatelný pro pacienty a vede ke zlepšení stavu. U mladších nemocných lze využít aplikace pro sledování a podporu chování. Telerehabilitace by tak mohla dále zvýšit účast pacientů a zajistit monitorování a větší individualizaci podpory chování, stále jsou ale zapotřebí rozsáhlé studie (Piepoli et al., 2016).

V současné době je rehabilitace nabízena jako ambulantní program trvající 8-24 týdnů (Ibanez et al., 2018). Účastv kardiovaskulární rehabilitaci je spojena se zlepšením kvality života jako snížení morbidit a mortality (Pesah et al., 2017).

Náplní kardiiovaskulární rehabilitace by mělo být sedm podstatných složek:

- edukace ke změně životosprávy;
- příznivé ovlivnění rizikových faktorů životního stylu (fyzická aktivita, zanechání kouření, změna stravovacích návyků a snížení hmotnosti);
- psychosociální zdraví;
- ovlivnění zdravotních rizikových faktorů;
- využití kardioprotektivních léčebných postupů;
- dlouhodobá péče;
- kontrola a pravidelné hodnocení (Tuka et Matoulek, 2013).

3 EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Edukace pacienta a jeho rodiny představuje významnou roli v ošetrovatelském procesu. Dobře vedenou edukací jsou nemocnému poskytnuty nejen informace či rady, ale dochází i k získání důvěry (Míčková, 2009).

Sestry, které se podílejí na ošetrovatelském procesu, plní mnoho rolí. Ke své ošetrovatelské roli zastávají úlohu asistentky lékaře a koordinátorky ošetrovatelské péče. Působí v oblasti výchovy a vzdělávání pacientů a široké veřejnosti. Podle svého pracovního zařazení směřuje jejich působení do oblasti primární, sekundární nebo terciární prevence.

Efektivní vzdělávání a výchova pacientů má vliv i na ekonomickou stránku zdravotnického systému. Pacientův aktivní přístup k léčbě zpravidla značí úspěšnější léčbu, rychlejší rekonvalescenci, což vede ke snížení nákladů na zdravotní péči (Svěráková, 2012).

3.1 Základní pojmy

Edukace je odvozena z latinského slova *educare*, *educare*. Jeho význam je vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace jde vymezit jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeníková, 2010).

Edukace může být jednorázová (při příjmu pacienta k hospitalizaci, při první návštěvě v ordinaci nebo odborné ambulanci) nebo opakovaná (během hospitalizace, při opakovaných návštěvách). Při edukaci pacienta je důležité brát zřetel na typ a stádium onemocnění. Edukace je tedy zaměřena na konkrétní chorobu, problém nebo riziko.

Edukace může být skupinová nebo individuální. Měla by být cílená a trvalá. Cílem je, aby si pacient informace zapamatoval, proto je nezbytné kontrolovat úroveň jeho znalostí a dovedností. Pacient by neměl být zahlcen velkým množstvím informací. Nejdříve je nutné edukovat v oblastech, které jsou za daného stavu pro pacienta stěžejními. Je vhodné doplnit ústní informace příručkami a edukačním materiálem. O obsahu edukace je zapotřebí provést záznam do dokumentace pacienta (Míčková, 2009).

Lze rozlišit několik typů edukace:

- a) **Základní edukace** - jedinci nebo skupině jsou předávány nové vědomosti a dovednosti, jsou motivováni ke změně postojů např. při nově zjištěném onemocnění.

- b) **Reedukační edukace** – navazující na předchozí vědomosti, zahrnuje opakování a aktualizaci základních informací, poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám.
- c) **Komplexní edukace** – klientovi nebo skupině klientů jsou etapově předávány ucelené vědomosti a dovednosti. Jsou prováděny v rámci edukačních kurzů (Juřeníková, 2010).

Edukátor je jakýkoli aktér vyučování nebo jiné edukační aktivity. Ve zdravotnictví se jedná o lékaře, všeobecnou sestru, porodní asistentku, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta aj.

Edukant je jakýkoliv subjekt učení. Ve zdravotnictví se jedná o zdravého či nemocného klienta. Edukantem může být i zdravotník, který se vzdělává v rámci celoživotního vzdělávání. Každý edukant je jedinečná bytost ovlivněna svou fyzickou psychickou, afektivní a kognitivní stránkou. Je potřeba brát v úvahu věk, etnickou příslušnost, víru a sociálně-kulturní podmínky. U geriatrických pacientů nastává problém v pochopení závažnosti jejich onemocnění, proto jim musí napomáhat zdravotnický personál (Juřeníková, 2010; Míčková, 2009).

Edukační konstrukty jsou určité plány, zákony, předpisy, edukační standardy a materiály, jejichž úkolem je ovlivňovat kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místem, kde se uskutečňuje edukace. Jeho podmínky mají vliv na samotný edukační proces. Jedná se o osvětlení, barvu, zvuky, nábytek, celkový prostor, sociální klima a atmosféra při edukaci.

Edukační proces je předávání konkrétních informací, uskutečňuje se ve specifickém prostředí ve vztahu zdravotník – pacient.

Úkolem edukace ve zdravotnictví je přispívat k předcházení nemocí, udržení nebo navrácení zdraví a přispět ke zkvalitnění života formou primární, sekundární a terciární prevence (Juřeníková, 2010).

3.2 Podpora zdraví a prevence

Prevence je zaměřena proti nemocem se snahou předcházet jejich vzniku. Může být namířena na jedince nebo na celou skupinu. Dělí se na primární, sekundární a terciární prevenci (Machová et al., 2015).

3.2.1 Podpora zdraví

Postupy a opatření pro podporu zdraví v ČR jsou obsaženy v základních principech podpory zdraví:

- je zaměřena na celou populaci;
- věnuje se opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemoci;
- využívá komplementární metody a postupy;
- usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti;
- důležitou roli v naplňování mají zdravotničtí pracovníci (Čeledová et Čevela, 2010).

3.2.2 Primární prevence

Činnosti zdravotnických pracovníků nebo odborníků z oboru zaměřené na předcházení vzniku nemocí. V konceptu této prevence se realizují projekty směřující k široké veřejnosti, které cílí na výskyt a rozvoj civilizačních nemocí. Do projektů jsou zapojeny kromě zdravotnictví také resort školství, samosprávy měst a obcí, potravinářský průmysl, tělovýchovná jednota a provozovatelé sportovišť (Juřeniková, 2010; Svěráková, 2012).

3.2.3 Sekundární prevence

Je výchovně vzdělávací činnost zdravotnických pracovníků, která se zaměřuje na pacienty, u nichž bylo diagnostikováno nějaké onemocnění. Jejím cílem je přispět k vyléčení onemocnění a zamezit rozvoji komplikací (Juřeniková, 2010; Svěráková, 2012). Jedná se o edukaci pacientů, za účelem změny rizikového chování, zejména špatných stravovacích návyků, pohybové aktivity, kouření a zvýšené konzumaci alkoholu.

Edukace se zaměřuje také na nácvik určité činnosti, např. aplikace inzulínu, antikoagulancií, manipulace s novorozencem nebo ošetřování stomie. Předávání informací a nácvik činností pacientům, se řídí stejnými zásadami jako jakýkoli jiný výukový proces. Edukace pacienta je však ovlivněna nemocí. V oblasti vzdělávání pacienta je důležité zaujímat interdisciplinární přístup.

Motivace je soubor podnětů, které ovlivňují rozhodování a jednání pacienta. U úspěšné edukace, jež vede pacienty ke změně chování, je klíčová. Dělí se na vnitřní a vnější. Pohnutky, které vedou k určitému jednání, označujeme jako vnitřní motivaci. Patří sem to, čeho chce jedinec dosáhnout sám a o čem je přesvědčený. Z toho důvodu je tento typ motivace nejsilnější. Může se jednat o návrat do zaměstnání, starost o domácnost, záliby a další. Odvíjejí se od lidských potřeb. Je důležité, aby sestra identifikovala pacientovy potřeby a uměla je využít ke změně jeho jednání. K vnější motivaci patří stimuly a cíle, kterých je potřeba dosáhnout, např. naučit se aplikovat inzulín nebo zdokonalit jemnou motoriku (Svěráková, 2012).

3.2.4 Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na osoby, které mají trvalé a ireverzibilní změny ve svém zdravotním stavu. Soustředí se na zlepšení kvality života, již lze ovlivnit edukací tak, aby nedošlo k dalším možným komplikacím (Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

3.3 Edukační proces

Edukace pacientů má svá specifika. Jelikož zdravotnická zařízení pečují o zdraví svých klientů, musí být edukace v souladu s poskytovanou péčí. Pro pacientův pozitivní přístup k léčbě je podstatná pečlivá příprava edukačního procesu. Skládá se z pěti na sebe navazujících kroků (Juřeníková, 2010).

3.3.1 Fáze posouzení

Podstatou této fáze je zjištění úrovně vědomostí a dovedností, návyků a postojů edukovaného v dané problematice. Úkol edukátora spočívá v určení potřeby edukanta, a to prostřednictvím pozorování nebo rozhovoru. Důležité je zjistit prvky, které budou sloužit pro motivaci klienta. Je nutné vzít v úvahu sociální a ekonomické faktory, věk a úroveň vzdělání edukanta. Tato fáze je zásadní pro stanovení výsledných cílů edukace (Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

3.3.2 Fáze stanovení edukační diagnózy

Na základě posouzení nemocného je důležité stanovit edukační diagnózu. Po vypracování edukační diagnózy se připraví edukační plán.

Při formulaci edukační diagnózy se čerpá z poznatků o ošetřovatelské diagnóze:

- a) Problém: Deficit ve vědomostech – životosprávy po AIM.
- b) Etiologie: (E): Nedostatek zkušeností s daným problémem, mylný výklad informací.
- c) Symptomy (S): Vývoj komplikací, kterým bylo možno zabránit (Haluzíková, 2010).

3.3.3 Fáze projektování

V této fázi edukátor musí naplánovat cíle, zvolit metody a formu edukace, její obsah, potřebné pomůcky a časovou dotaci (Juřeníková, 2010).

Cíle edukace

Cíle edukace představují to, čeho chceme v edukačním procesu dosáhnout. Cíle musejí splňovat určité požadavky: je zapotřebí, aby byly komplexní, konzistentní, kontrolovatelné, přiměřené a jednoznačné. Dělí se podle toho, na jakou oblast rozvoje osobnosti působí:

- a) **kognitivní** – vztahují se k osvojování vědomostí v dané problematice;
- b) **afektivní** – zahrnují osvojování postojů a k vytváření hodnotové orientace;
- c) **psychomotorické** – slouží k osvojování dovedností a manipulace s nástroji a předměty (Zormanová, 2014).

Metody edukace

Metoda je charakterizována jako postup směřující k určitému cíli. Je zaměřena na optimální zvládnutí obsahu vzdělávání, realizaci v rámci určité vzdělávací formy a na realizaci za určitých výukových podmínek. V rámci vzdělávání dospělých neexistuje „jediná správná volba“ nebo univerzální metoda. Při výběru didaktické metody je zapotřebí brát zřetel na vhodný výběr metody. Metody totiž ovlivňují postoje a hodnotové orientace a napomáhají ke zvládnutí dovedností a rozvoji schopností, dále sehrávají úlohu při osvojování vědomostí a znalostí (Juřeníková, 2010, Zormanová, 2014, Svěráková, 2012).

Dělení didaktických metod:

- a) **teoretické didaktické metody** – probíhají v učebně, posluchárně. Klasická přednáška, přednáška ex katedra, přednáška s diskuzí, cvičení, seminář;

- b) **teoreticko-praktické** – probíhají v učebně, posluchárně. Diskusní metody, problémové metody, programovaná výuka, diagnostické a klasifikační metody, projektové metody;
- c) **praktické** – probíhají na pracovním místě. Instruktaž, coaching (mentoring, counseling), asistování, rotace práce, stáž, exkurze (Juřeníková, 2010).

Formy edukace

Lze rozlišit dvě základní formy edukace:

a) Individuální forma

Cílem individuální formy je přihlížet na osobnost nemocného, jeho věk, pohlaví, kognitivní schopnosti a zdravotní stav. Je realizována individuálně. Mezi edukantem a edukátorem je umožněna zpětná vazba a komunikace mezi účastníky o specifických problémech, kvůli čemuž je tato metoda časově značně náročná.

b) Skupinová forma:

Tato forma edukace je realizována pro skupinu nemocných se stejným onemocněním, pohlavím, věkem a pracovním tempem. Umožňuje vzájemnou interakci mezi nemocnými, kteří si mohou vyměňovat zkušenosti a nabyté vědomosti. Je umožněno sblížení nemocných se stejným problémem a jejich vzájemná podpora. Skupinová forma edukace je méně náročná na čas (Juřeníková, 2010).

3.3.4 Fáze realizace

Je složena z několika na sebe navazujících částí. Jedná se o:

- a) **motivační fázi:** vzbuzení zájmu, je možné zapojit i rodinu;
- b) **expoziční fázi:** zprostředkování nových poznatků, je vhodná aktivní účast edukovaného;
- c) **fixační fázi:** upevňování a prohlubování osvojených vědomostí, dovedností nebo návyků;
- d) **diagnostickou fázi:** prověření a testování nových poznatků;
- e) **aplikační fázi:** edukant by měl umět získané dovednosti, návyky a vědomosti využít (Zormanová, 2014; Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

3.3.5 Fáze upevňování a prohlubování

Je často opomíjenou fází ve zdravotnictví. Dochází k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Musíme brát v úvahu, že 50 % učiva je zapomenuto do druhého dne (Juřeníková, 2010).

3.3.6 Fáze vyhodnocení výsledků

Sestra, která edukaci provedla, musí zhodnotit úroveň dosažených výsledků, musí provést konečné zhodnocení a ujistit se, že pacient novým znalostem porozuměl, dovednosti si osvojil a že dokáže nové postoje aplikovat i po propuštění z nemocnice. Ke zhodnocení můžeme využít vědomostní test, kladení otázek nebo provedení naučeného výkonu.

Změnu chování můžeme ověřit prostřednictvím změřených hodnot laboratorního vyšetření (např. snížení hladiny cholesterolu), snížení hmotnosti, zlepšení pohyblivosti po ochrnutí aj. (Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

Po provedení edukace je nutné provést záznam do edukačního plánu s podpisem pacienta o absolvování výkladu. Je informací pro členy ošetrovatelského týmu. Zabraňuje se opakování jednotlivých lekcí (Svěráková, 2012).

3.4 Sestra jako edukátorka

V posledních letech získává edukace ve zdravotnictví vyšší postavení. V minulosti byly za edukátory považováni především absolventi pedagogických fakult. Rozšířením kompetencí sester/zdravotníků vyvstala otázka, jak připravit tyto profese pro roli edukátora. K tomu, aby sestra mohla vést edukační proces, je potřeba mít odborné znalosti z oblasti medicíny, ošetrovatelství a edukační činnosti na vysoké úrovni. V dnešní době mají pacienti nastudovanou problematiku svého stavu z internetu. Neznalost sestry by tak snížila její postavení a podtrhla důvěru pacienta.

Kromě znalostí je důležitá empatie, ochota seznámit pacienta s jeho problémem a respekt k jeho osobě a etnicko–kulturní odlišnosti. Dalším předpokladem je umění komunikace, trpělivost, důslednost, zodpovědnost, zručnost, obratnost a schopnost přizpůsobit se. Sestra-edukátorka musí vytvářet motivující prostředí a mít vlohy pro pedagogickou činnost (Svěráková, 2012; Juřeníková, 2010).

V průběhu edukace sestra nesmí zapomínat na využívání didaktických zásad – zásadu uvědomělosti a aktivity, zásadu komplexnosti, zásadu vědeckosti, zásadu spojení teorie s praxí, zásadu přiměřenosti, zásadu individuálního přístupu, zásadu

emocionálnosti, zásadu trvalosti, zásadu názornosti, zásadu soustavnosti a zásadu zpětné vazby (Zormanová, 2014).

Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, má všeobecná sestra, praktická sestra/zdravotnický asistent (nevymezeno), nutriční terapeut a fyzioterapeut kompetenci motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe.

Musíme mít na mysli, že informace nemusejí být nemocnému jasné, napoprvé nemusí porozumět. Uvádí se, že informace podané poprvé si zapamatujeme ve 20 %, z toho, co slyšíme, si pamatujeme 30 %, z toho, co vidíme, 50-75 %, z toho, co vidíme a slyšíme, a 80 % z toho, co čteme.

Kompetence všeobecné sestry v oblasti edukace

Zahrnují edukaci pacienta nebo jiné osoby v ošetrovatelských postupech a v použití zdravotnických prostředků. Všeobecná sestra může připravovat informační materiály.

Kompetence nutričního terapeuta v rámci edukace

Nutriční terapeut může v rámci své odborné způsobilosti vykonávat aktivity při edukaci jedinců, rodin a skupin v oblasti zdravé výživy a léčebné výživy (vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění).

V současné době je edukace stále aktuálním problémem. V řadě zdravotnických zařízení zdravotníci poskytují informace nemocným a jejich rodinným příslušníkům, nelze hovořit o edukaci. Zdravotnické zařízení by mělo vybrat vhodné edukátory, u kterých se musí zohlednit dosažené stadium profesionální úrovně. Edukátoři musí zvládnout problematiku edukace, obohatit znalosti o nové poznatky z psychologie a didaktiky. Kvapil uvádí (2011), že smyslem je přivést pracovníky zabývající se edukací k poznání správných principů komunikace mezi edukátorem a pacientem, zdůvodnit jim vhodnost, správnost a účinnost takovýchto postupů způsobem, aby je přijali za vlastní a řídili se jimi v praxi. Součástí přípravy edukace je praktický nácvik pro dokonalé zvládnutí těchto nových dovedností. Jedním z novějších způsobů je cesta využívající empatie. Vhodné je, pokud edukátor je postaven modelově do stejné situace, v jaké se nachází kardiak, a může pochopit mnohem jasněji problematiku chronické choroby v celé její šíři i hloubce.

V rámci procesu zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče vznikl v roce 2012 ve Fakultní nemocnici v Olomouci (dále jen FNOL) projekt „Edukační sestra“. Projekt slouží k aktivnímu zapojování pacienta a jeho příbuzných do procesu poskytování zdravotní péče.

Edukační program si klade za cíl sjednotit a posílit podněty vedoucí k informování pacientů, příbuzných a veřejnosti v oblasti edukace a v oblasti prevence proti nemocem. V nemocnici byl stanoven kolektiv edukačních sester, které poskytují nejen hospitalizovaným ale i ambulantním edukaci na vysoké úrovni.

U každého pacienta ve FNOL je zhodnocena potřeba edukace na základě informovanosti o jeho aktuálním zdravotním stavu, pro přípravu edukačního programu na míru.

Za účelem projektu byl vytvořen metodický pokyn a dokumentace k zápisu edukací edukační sestrou.

Edukační a informační materiály pro potřeby edukačních sester vznikly ve spolupráci s lékaři, nutričními terapeuty, Úsekem nelékařských oborů, Odborem kvality a studenty Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, které jsou dostupné na webových stránkách FNOL. Cílem dnešní medicíny je zapojit nemocného do léčby (Drobiličová, 2015).

4 KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH PO INFARKTU MYOKARDU

K měření dopadů onemocnění na kvalitu života existuje mnoho nástrojů. Na základě modelu vycházejícího z potřeb nemocného byl vyvinut nástroj pro měření kvality života (dále jen QoL). V klinické praxi a pro výzkumníky se jako nástroj pro hodnocení kvality života používá skórovací systém Health Related Quality of Life (dále jen HRQoL) - Kvalita života závislá na zdraví. HRQoL je obecně vnímán jako vícerozměrný nástroj, jenž zahrnuje oblasti fyzické, sociální a emocionální. Princip tohoto modelu spočívá v hodnocení rozsahu narušení uspokojování potřeb nemocného v důsledku nemoci nebo její léčby. Pokud je narušení uspokojování potřeb co nejmenší, QoL je nejvyšší a na nejnižší úrovni, jestliže je narušení uspokojování potřeb na vysoké úrovni. Nástroje založené na tomto modelu jsou schopny měřit celkový dopad nemoci a její léčby na nemocného.

Informace z HRQoL mají mnoho důležitých funkcí, jako je například zlepšení interakce mezi lékařem a pacientem, kvalita ošetření a lobování za větší finanční podporu od pojišťoven. Z tohoto důvodu je nutné efektivně posoudit HRQoL pacientů s danou chorobou (Tománková, 2015).

Hodnocení kvality života je v současné době poměrně samostatnou mezioborovou oblastí. Každým rokem se vyvíjejí ať už nové, nebo upravované diagnostické nástroje, používané pro výzkumné účely, ale i pro rutinní aplikaci v praxi. Tyto nástroje jsou většinou dotazníky. Nejčastěji používané jsou Sickness Impal Profile, Nottingham Health Profile, WHOQOL-BREF, European Quality of Life Questionnaire, Quality of Life Profile a RAND 36 – Item Health Survey (SF-36) (Voborník et al., 2015).

Existuje řada srdečních onemocnění a k nim specifických nástrojů HRQL. Většina z nich je určena speciálně na diagnostiku onemocnění srdce (Höfer et al., 2004).

American heart Association doporučuje posouzení kvality života související se zdravím (HRQoL) pro pacienty, kteří podstupují kardiovaskulární léčbu (Kang et al., 2017; Yeng et al., 2015). Ačkoliv je známo, že PCI zlepšuje prognózu AIM, dopad na kvalitu života není tak dobře popsán. Vysoký podíl pacientů, kteří podstupují tuto léčbu, jsou starší lidé ve věku ≥ 70 . Poměrně málo studií se zaměřuje na potenciální rozdíly v kvalitě života, ke kterým dochází s věkem.

Koronární onemocnění ovlivňuje více dimenzí života člověka, např. fyzické, duševní a sociální oblasti (Yeng et al., 2015). Ke snížení kvality života často vedou život ohrožující povaha onemocnění, potřeba dlouhodobých změn životního stylu a léčebné režimy po AIM (Kang et al., 2017).

Pro hodnocení kvality života u pacientů po prodělaném AIM, kteří byli odkázáni na následnou srdeční rehabilitaci, byl vyvinut nástroj MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire (dále jen MacNew QLMI). Jedná se o modifikaci původního QLMI.

MacNew se skládá z 27 otázek, které spadají do tří domén – fyzické, emoční a sociální. Zjišťuje, jak se pacienti v jednotlivých doménách cítí za poslední dva týdny. Bodování MacNew je přímočaré. Maximální možné skóre v jakékoli doméně je 7 (vysoká HRQL) a minimum je 1 (špatná HRQL). Chybějící odpovědi nemají vliv na bodování (např. otázka 27 "sexuální styk", může být vyloučena bez vlivu na bodování). V každé doméně se vypočítá její průměr (např. pokud je zodpovězeno pouze 10 ze 14 odpovědí z emoční domény, výsledek je průměr z 10 odpovědí). Pokud více než 50 % položek pro doménu chybí, nelze hodnotit. Pokud není žádná z položek výsledků celkového hodnocení kvality života úplně ztracena, mohou být výsledky zahrnuty do průměru všech zaznamenaných předmětů (objektů) (Höfer et al., 2004).

5 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirickým cílem diplomové práce bylo zjistit reálnou situaci v oblasti znalostí dodržování režimových opatření a rizikových faktorů u nemocných po akutním infarktu myokardu a sledovat kvalitu života nemocných po akutním infarktu myokardu.

5.1 Dílčí cíle empirické části

Dílčí cíl 1: Znalosti o změně životního stylu po AIM jsou považovány za dostačující.

Dílčí cíl 2: Informace o nemoci mohou mít vliv na kvalitu života po prodělaném AIM.

Dílčí cíl 3: Zjistit kvalitu života po prodělaném AIM.

5.2 Hypotézy

H1₀: Znalosti o změně životního stylu po AIM považují za dostatečné spíše ženy.

H2₀: Kvalita života nezávisí na informacích o AIM před onemocněním.

H3₀: U respondentů existuje rozdíl v kvalitě života po AIM.

6 Metodika výzkumu

Ke zkoumání výše stanovených cílů byl zvolen kvantitativní výzkum. Respondenti byli oslovoováni formou dotazníkového šetření.

6.1 Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor tvořili respondenti po akutním infarktu myokardu, kteří byli sledováni v kardiologické ambulanci. Stanoveným kritériem bylo minimálně 6 týdnů po AIM až 12 měsíců. Výzkumný soubor tvořila heterogenní skupina složená z mužů i žen.

Ve výzkumném šetření byla u mužů stanovena věková kategorie od 42 - 85 let a u žen 57 - 82 let. Dalším kritériem bylo, že respondenti museli podstoupit primární perkutánní koronární angioplastiku. Účast respondentů na průzkumném šetření byla dobrovolná a zakládala se na osobním zájmu a souhlasu respondentů.

Všichni oslovení respondenti souhlasili s průzkumným šetřením. Dotazník vyplňovali v čekárně, a to před zahájením vyšetření. Vyplněný dotazník odevzdali v zalepené obálce do určeného boxu. Za pacienty jsem docházela osobně.

Výzkum probíhal v období od ledna 2017 do července 2017 na kardiologické ambulanci interního oddělení v Nemocnici ve Frýdku-Místku. Šetření bylo schváleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v této nemocnici (příloha č. 1)

Celkem bylo osloveno 95 respondentů. Navrátilo se 75 dotazníků tj. 79 %. Po jejich kontrole bylo 15 vyřazeno, tedy 25 %. K statistickému zpracování bylo vyhodnoceno 60 dotazníků, tj. 100%. V průběhu šetření byla zajištěna anonymita respondentů, jednotlivé dotazníky byly kódovány. Respondenti byli osloveni tak, jak postupně přicházeli do ambulance na kontrolu.

6.2 Výběr dotazníků a jejich popis

K výzkumnému šetření byly použity dva typy dotazníků. První dotazník byl vlastní konstrukce, *Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu*, a zjišťoval znalosti o rizikových faktorech a o dodržování režimových opatření po AIM. Dále byl použit standardizovaný dotazník *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire (MacNew QLMI)*, jenž je modifikací původního QLMI.

Dotazník vlastní konstrukce, byl zaměřen na znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu (příloha č. 2). Dělí se do osmi bloků. V první části jsou zjišťovány generické údaje, kdy jsme zjišťovali věk, pohlaví, vzdělání, postavení a sociální status respondenta. Další části dotazníku zjišťovaly znalosti o AIM

(položka č. 1 – 10), životosprávu (položka č. 11 - 15), příjem tekutin (položka č. 16 - 20), fyzickou aktivitu (položka č. 21 - 25), kouření (položka č. 26 - 29) a dodržení režimových opatření (položka č. 30 - 35). Dotazník byl složen celkem z 35 položek. Jednotlivé dotazníkové položky byly konstruovány pomocí uzavřených otázek dichotomických (položka č. 1, 9, 21), otázky umožňující více odpovědí (2, 3, 10, 12, 13, 23, 31), tři položky byly formulovány pomocí Likertovy 4 - bodové škály (souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, nesouhlasím, položka (č. 15, 32, 33), polozavřených otázek (položka č. 19) a uzavřených otázek (položka č. 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35). Respondenti byli upozorněni na položky, u kterých mohou označit více odpovědí.

Pro hodnocení kvality života u pacientů po prodělaném AIM byl použit standardizovaný dotazník *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire (MacNew QLMI)* (příloha č. 3). Jedná se o modifikaci původního QLMI. Dotazník je volně dostupný v originále na internetu. Před jeho použitím jsme písemně požádali autora dotazníku o svolení k použití do diplomové práce.

Před použitím dotazníku jsme oslovili dvě nezávislé překladatelské firmy o jeho přeložení z anglického jazyka. Třetí firma přeložila dotazník zpět z češtiny do angličtiny. Poté byla vybrána verze, jejíž překlad, nejvíce odpovídal originálu.

MacNew se skládá z 27 otázek, které spadají do tří domén – fyzické (položka č. 1, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27), sociální (položka č. 2, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26) a emoční (položka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 18, 22). Otázky jsou uzavřené s výběrem jedné správné odpovědi. Cílem otázek bylo zjistit, jak se pacient cítí v jednotlivých doménách za poslední dva týdny.

Maximální možné skóre dosažitelné v jakékoli otázce je 7 (vysoká HRQL) a minimum je 1 (špatná HRQL). Chybějící odpovědi nemají vliv na bodování (např. otázka č. 27 „sexuální styk“, může být vyloučena bez vlivu na bodování). V každé otázce se vypočítá její průměr (např. pokud je zodpovězeno pouze 10 ze 14 odpovědí z emoční domény, výsledek je průměr z 10 odpovědí). Pokud více než 50 % položek pro doménu chybí, nelze ji hodnotit. Výsledky vypočtené v jednotlivých doménách u konkrétních respondentů byly zahrnuty do celkového průměru všech tří domén.

6.3 Statistické zpracování získaných dat

Data získaná vyplněním dotazníků respondenty byla přepsána do programu Microsoft Office Excel, verze 2010. Byla statisticky zpracována s využitím statistického programu STATISTICA 7.

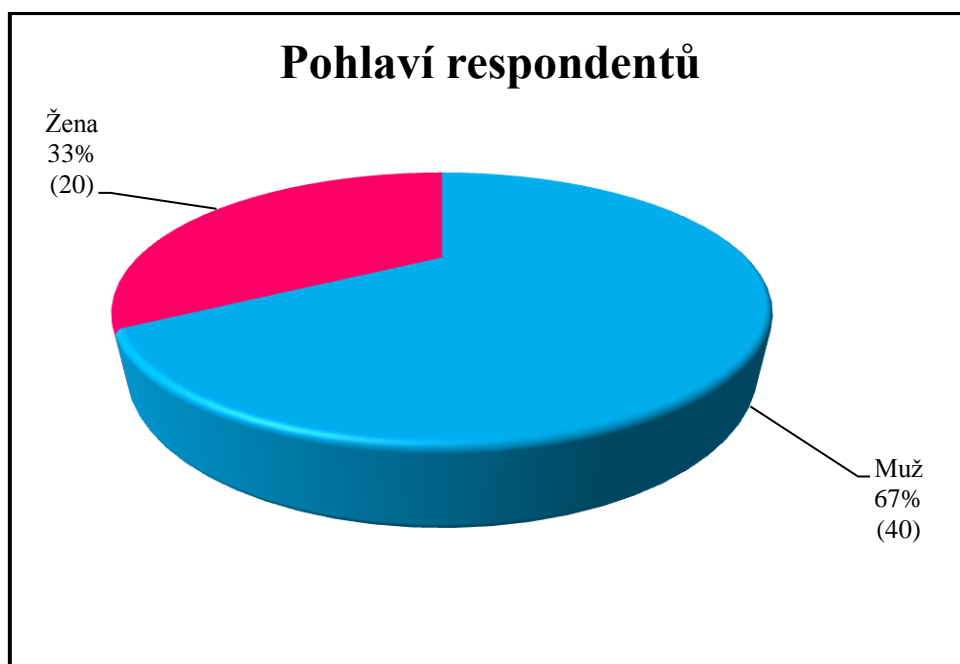
Pro popis souboru byla použita popisná statistika a data jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. K ověření platnosti hypotéz se použily testy Kruskal-Wallis ANOVA, Mann-Whitney U-test a Spearmanova korelační analýza.

Výsledky byly shrnuty a uspořádány do tabulek a grafů.

7 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

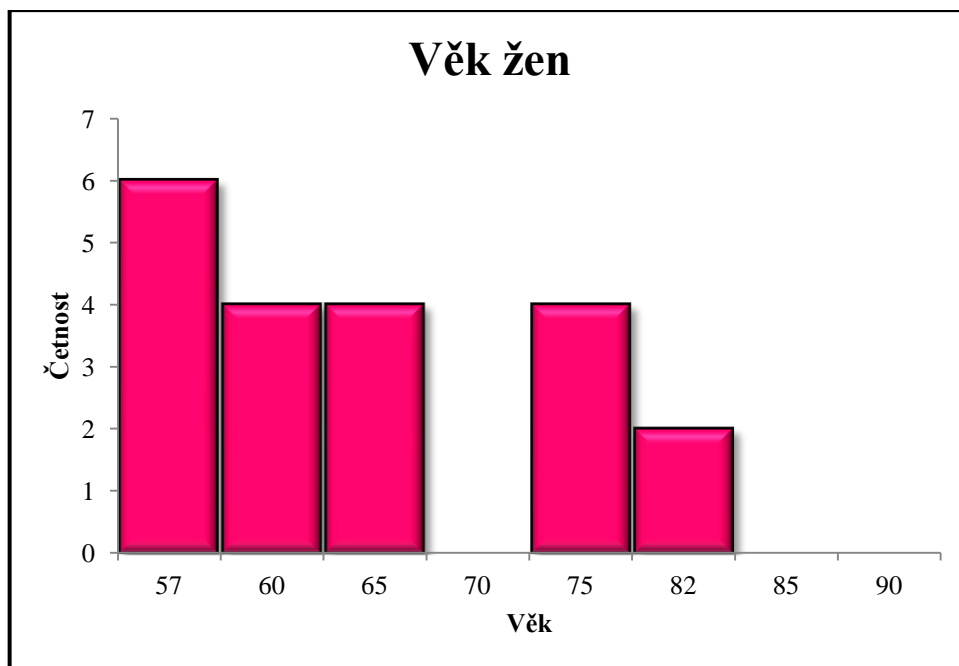
7.1 Analýza dotazníku - Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu

7.1.1 Analýza generických údajů respondentů



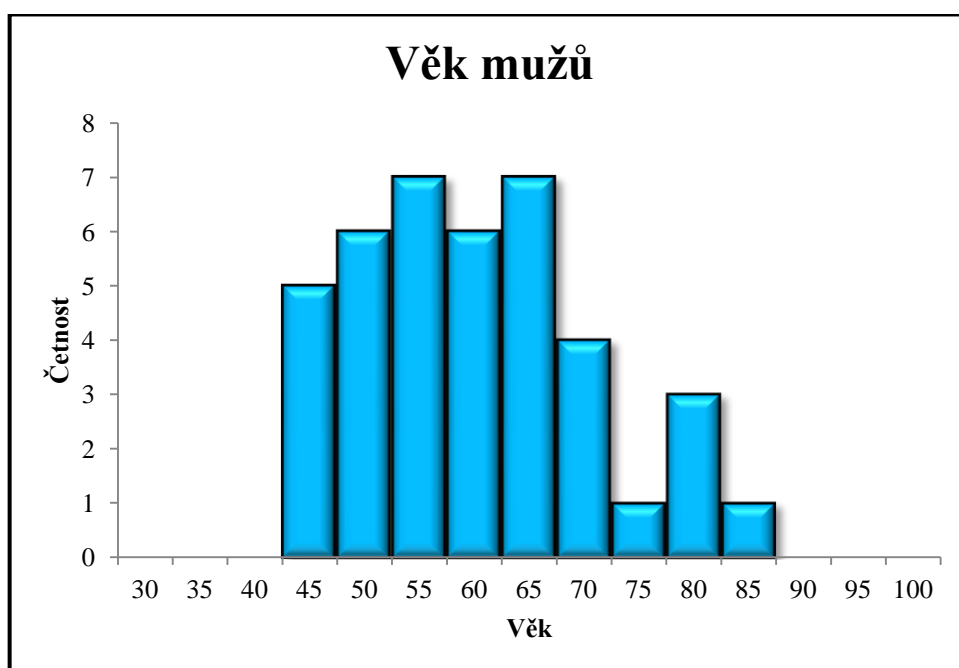
Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 60 respondentů. Z celkového počtu bylo 67 % (40) mužů a 33 % (20) žen.



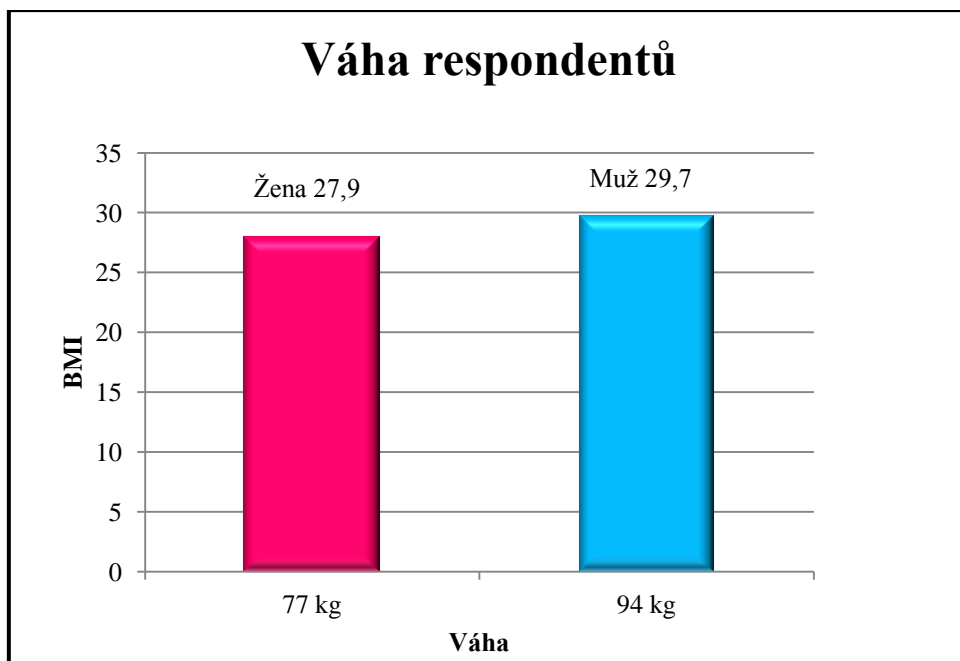
Graf č. 2: Věk žen

Průměrný věk u žen byl 64 let.



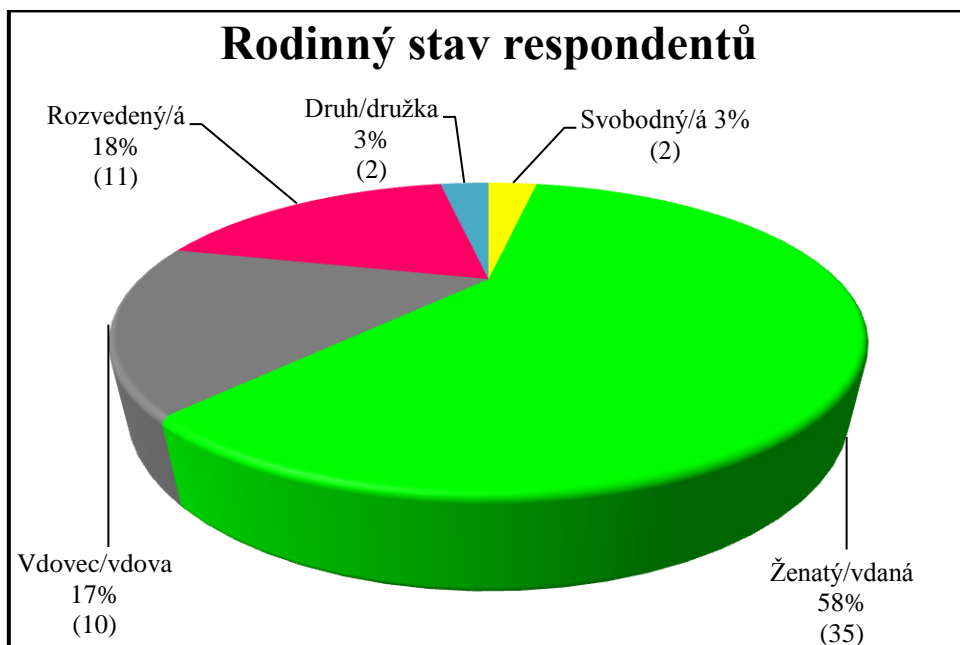
Graf č. 3: Věk mužů

Průměrný věk u mužů byl 59 let. Průměrný věk všech respondentů v souboru byl 61,5 let.



Graf č. 4: Váha respondentů

Průměrná váha respondentů ve výzkumném vzorku činila 85,5 kg. U žen to bylo 77 kg a u mužů 94 kg. Průměrné BMI bylo u žen při průměrné výšce (příloha č. 4) a váze 27,9. U mužů tato hodnota činila 29,7. Obě pohlaví spadají do kategorie nadváha.



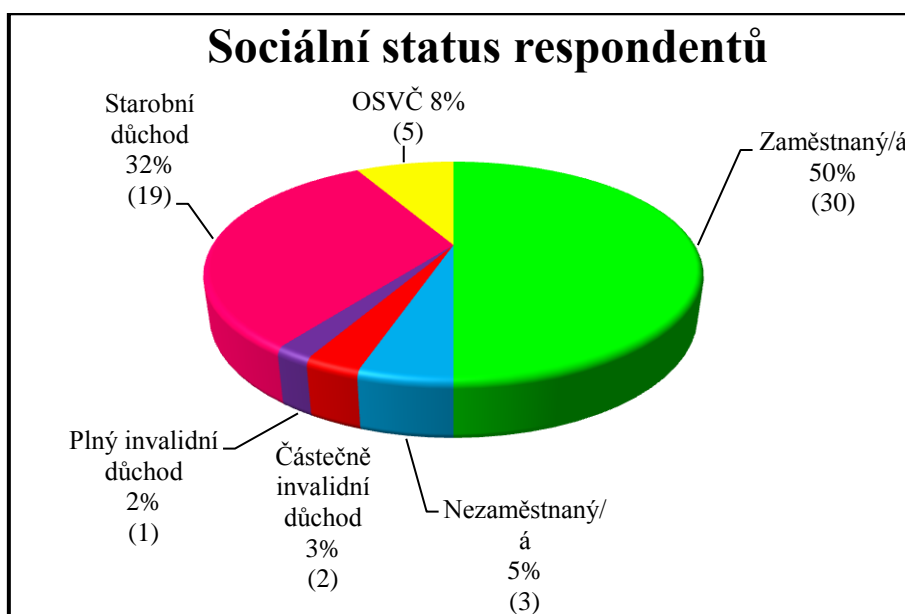
Graf č. 5: Rodinný stav respondentů

Možnost odpovědi ženatý/vdaná uvedlo 58 % (35) respondentů, 18 % (11) je rozvedených, 17% (10) respondentů je ovdovělých, nejméně jsou infarktem postiženi svobodní a ti, co žijí ve vztahu druh/družka, zaujímají po 3 % (2).



Graf č. 6: Vzdělání respondentů

Vyučeno v oboru je 32 % (19) a ti tvoří největší zastoupení, 35 % (21) je středoškoláků s maturitou a 23 % (14) jsou vysokoškolsky vzdělaní. Se základním vzděláním je 10 % (6) respondentů.



Graf č. 7: Sociální status respondentů

V zaměstnaneckém poměru je 50 % (30) oslovených, 32 % (19) je ve starobním důchodu, 8 % (5) OSVČ, 5 % (3) je nezaměstnaných, 3 % (2) jsou v částečném invalidním důchodu a na plném invalidním důchodu jsou 2 % (1).

7.1.2 Analýza dílčího cíle 1

Dílčí cíl 1: Znalosti o změně životního stylu po AIM jsou považovány za dostačující.

Otázka č. 30: Máte zájem dodržovat režimová opatření?

Tabulka č. 1: Máte zájem dodržovat režimová opatření?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ano	36	60 %
Ne	1	2 %
Nevím	23	38 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Z tabulky je zřejmé že 60 % (36) respondentů chce daná opatření dodržovat. V 38 % (23) případech respondenti neví, jestli je chtějí a 2 % (1) respondent žádná omezení v životním stylu nechce.

Otázka č. 31: Kdo Vás poprvé informoval o režimových opatřeních? Můžete zvolit více odpovědí (respondenti mohli označit více odpovědí)

Tabulka č. 2: Kdo Vás poprvé informoval o režimových opatřeních?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sestra	18	30 %
Lékař	41	68 %
Jiný pacient	15	26 %
Internet	14	23 %
Média	12	20 %
Brožury, letáky, jiné...	9	15 %

U této položky mohli respondenti označit více odpovědí. 68 % (41) respondentů poskytl potřebné informace lékař. Sestra poskytla informace ve 30 % (18) případech. Informace od jiných nemocných získali naši respondenti ve 26 % (15), internet byl informačním zdrojem u 23 % (14) respondentů. Média byla vybrána u 20 % (12) respondentů. Informace z brožur, letáků, aj. získali respondenti v 15 % (9) případech.

Otázka č. 32: Byly informace, o změně životního stylu po prodělaném akutním infarktu myokardu, které vám byly sděleny, dostačující?

Tabulka č. 3: Byly informace, o změně životního stylu po prodělaném akutním infarktu myokardu, které vám byly sděleny, dostačující?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Souhlasím	17	28 %
Spíše souhlasím	38	63 %
Spíše nesouhlasím	4	7 %
Nesouhlasím	1	2 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Tabulka č. 3, vyjadřuje, že 63 % (38) respondentů spíše souhlasí s výrokem, že pro ně byly informace o potřebě změny životního stylu dostačující. S výrokem souhlasí 28 % (17) respondentů. Spíše nesouhlasí 7 % (4) respondentů a nesouhlasí 2 % (1) respondent.

Otázka č. 33: Změnili jste svůj životní styl od objevení se nemoci?

Tabulka č. 4: Změnili jste svůj životní styl od objevení se nemoci?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ano	15	25 %
Spíše ano	34	57 %
Spíše ne	11	18 %
Ne	0	0 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Počet respondentů, kteří změnili svůj životní styl, činí 25 % (15). Odpověď spíše ano zvolilo nejvíce respondentů, 57 % (34), u 18 % (11) respondentů se vyskytla odpověď spíše ne.

Otázka č. 34: Rozumíte tomu, proč dodržovat režimová opatření?

Tabulka č. 5: Rozumíte tomu, proč dodržovat režimová opatření?

Odpověď	n	%
Ano	44	73 %
Ano, ale potřeboval/a bych více informací	12	20 %
Ne	4	7 %
Celkem	60	100 %

Většina respondentů, což je 73 % (44), ví, proč je nutné tato opatření dodržovat. U 20 % (12) respondentů je zřejmé, že ví, proč opatření dodržovat, ale potřebovali by znát ještě více informací. Naopak 7 % (4) respondentů, neví, proč by měli režimová opatření po AIM dodržovat.

Otázka č. 35: K dodržování režimových opatření by mi pomohlo pravidelné týdenní připomínání režimových opatření zdravotnickým pracovníkem?

Tabulka č. 6: K dodržování režimových opatření by mi pomohlo pravidelné týdenní připomínání režimových opatření zdravotnickým pracovníkem?

Odpověď	n	%
Ano, pomohlo by mi připomínání pomocí e – mailu	6	10 %
Ano, pomohlo by mi připomínání pomocí SMS	7	12 %
Ano, pomohlo by mi připomínání pomocí telefonu	6	10 %
Ano, pomohlo by mi připomínání pomocí osobního kontaktu	11	18 %
Ne, ani připomínání by mi nepomohlo k dodržování režimových opatření	9	15 %
Ne, připomínání režimových opatření by mě obtěžovalo	21	35 %
Celkem	60	100 %

V otázce číslo 35 bylo cílem zjistit, zda by respondentům při dodržování režimových opatření pomohl určitý druh připomínání. V 35 % (21) odpovědí figurovala u respondentů odpověď, že by je připomínání těchto režimových opatření po AIM obtěžovalo. Na rozdíl od 18 % (11) respondentů, kteří by upřednostňovali přímo osobní kontakt při připomínání režimových opatření. Připomínání pomocí telefonu by pomohlo 10 % (6) respondentů, pomocí SMS 12 % (7) a připomínání formou e–mailu zvolilo 10 % (6) respondentů. U zbytku respondentů, tedy u 15 % (9), by nepomohlo ani žádné připomínání k tomu, aby daná režimová opatření začali dodržovat.

7.1.3 Analýza dílčího cíle 2

Dílčí cíl 2: Informace o nemoci mohou mít vliv na kvalitu života po prodělaném AIM.

Otázka č. 1: Měl/a jste informace o akutním infarktu myokardu předtím, než jste touto nemocí onemocněl/a?

Tabulka č. 7: Měl/a jste informace o akutním infarktu myokardu předtím, než jste touto nemocí onemocněl/a?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ano	21	35 %
Ne	39	65 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Informace ohledně onemocnění nemělo 65 % (39) dotazovaných a pouze 35 % (21) tyto informace mělo. Z toho vyplývá, že většina respondentů se začne nemocí a případnou léčbou a změnou návyků zabývat až ve chvíli, kdy se jich samotná nemoc začne dotýkat. Do té doby se o onemocnění nezajímají.

Otázka č. 2: Znáte příznaky akutního infarktu myokardu? (Respondenti mohli označit více odpovědí)

Tabulka č. 8: Znáte příznaky akutního infarktu myokardu?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ischemická bolest srdce – stenokardie.	45	75 %
Brnění jazyka a konečků prstů.	6	10 %
Infarkt nemusí mít žádné příznaky.	13	22 %
Bledost, až zmodrání a bolestivost dolních končetin.	2	3 %
Nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, zvýšená únava.	7	12 %

V 75 % (45) se vyskytla odpověď, že AIM se projevuje stenokardií. Naopak odpověď, že AIM nemusí mít žádné příznaky, se vyskytla pouze ve 22 % (13). Brnění jazyka a konečků

prstů vybralo 10 % (6) respondentů. Odpověď bledost až zmodrání a bolestivost dolních končetin zvolila 3 % (2).

Otázka č. 3: Jaké jsou nejspeciřičtější rizikové faktory akutního infarktu myokardu? (Respondenti mohli označit více odpovědí.)

Tabulka č. 9: Jaké jsou nejspeciřičtější rizikové faktory akutního infarktu myokardu?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Kouření	44	73 %
Věk	11	18 %
Pohlaví	3	5 %
Vysoký cholesterol	36	60 %
Cukrovka	7	12 %
Dědičnost	23	38 %
Stres	28	47 %
Fyzická nečinnost	13	22 %
Vysoký krevní tlak	39	65 %

Tabulka zobrazuje nejčastěji uváděné rizikové faktory vzniku AIM. Z celkového počtu 60 jako stěžejní uvedli respondenti kouření (73 % (44), dále vysoký krevní tlak 65 % (39) a vysoký cholesterol 60 % (36). Skoro polovina osob, 47 % (28), uvedla stres jako nejspeciřičtější rizikový faktor. V poslední řadě neovlivnitelných rizikových faktorů zaujímá 5 % (3) pohlaví, 15 % (11) věk, 38 % (23) dědičnost. Pouze 22 % (13) respondentů uvedlo rizikový faktor, který lze ovlivnit, a to fyzickou nečinnost. Cukrovku uvedlo 12 % (7) respondentů.

Otázka č. 4: Akutní infarkt myokardu je:

Tabulka č. 10: Akutní infarkt myokardu je:

<i>Odpověď</i>	<i>Četnost n</i>	<i>%</i>
Zánětlivé onemocnění srdce, léčí se antibiotiky.	0	0 %
Kornatění tepen, vzniká v důsledku ukládání tukových látek do stěny tepny.	9	15 %
Náhlé přerušení krevního zásobování části srdce.	51	85 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Správnou odpověď ze tří možností, tedy náhlé přerušení krevního zásobování části srdce, vybralo 85 % (51) dotazovaných. Zbylých 15 % (9) osob vybralo odpověď, kdy AIM je

kornatění tepen, vzniká v důsledku ukládání tukových látek do stěny tepny, což je příčina vzniku AIM. Odpověď, že AIM je zánětlivé onemocnění srdce, které se léčí antibiotiky, nevybral žádný z respondentů.

Otázka č. 5: Jak závažné je onemocnění akutním infarktem myokardu?

Tabulka č. 11: Jak závažné je onemocnění akutním infarktem myokardu?

<i>Odpověď</i>	<i>Četnost n</i>	<i>%</i>
Není závažné.	0	0 %
Je to velmi závažné, život ohrožující onemocnění.	48	80 %
Je to závažné onemocnění ale neohrožuje na životě.	12	20 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

V 80 % (48) odpověděli respondenti správně, zbývajících 20 % (12) respondentů odpověděli špatně, a to, že AIM je sice závažné onemocnění, ale neohrožuje na životě.

Otázka č. 6: Co má vliv na úspěšnou léčbu akutního infarktu myokardu?

Tabulka č. 12: Co má vliv na úspěšnou léčbu akutního infarktu myokardu?

<i>Odpověď</i>	<i>Četnost n</i>	<i>%</i>
Včasné zavolání sanitky	34	57 %
Nic nemá vliv na úspěch léčby	0	0 %
Čas mezi objevením se příznaků a zavoláním sanitky	26	43 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Podle 57 % (34) dotazovaných je to včasné zavolání sanitky. Čas mezi objevením se příznaků a zavoláním sanitky byl zvolen v 43 % (26) případech. Žádný z respondentů neuvěděl odpověď, že nic nemá vliv na úspěšnou léčbu.

Otázka č. 7: Co uděláte při náhlé bolesti za hrudní kostí?

Tabulka č. 13: Co uděláte při náhlé bolesti za hrudní kostí?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Otevřu si okno, lehnu si a počkám 2 hodiny.	4	7 %
Posadím se do polosedu, opřu se o lokty, budu zhluboka dýchat, pokud potíže nevyjmizí, vezmu si tabletu Nitroglycerinu nebo použiji sprej a lehnu si.	15	25 %
Vezmu si tabletu Nitroglycerinu pod jazyk nebo použiji sprej. Zopakuji po 5 minutách. Pokud příznaky nevyjmizí do 20 minut, zavolám sanitku.	41	68 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Správně odpovědělo 68 % (41) respondentů, 25 % (15) respondentů by si sedlo do polosedu s opřenými lokty, zhluboka dýchalo, a pokud by potíže nevyjmizely, vzali by si nitráty. Respondentů, kteří by si otevřeli okno, lehli si a čekali dvě hodiny, bylo 7 % (4).

Otázka č. 8: Nejvhodnější počasí pro venkovní aktivity je:

Tabulka č. 14: Nejvhodnější počasí pro venkovní aktivity je:

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Teploty nad 27°C	3	5 %
Teploty pod -5°C	2	3 %
Teploty mezi 0 – 25°C	52	87 %
Když fouká studený vítr	3	5 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Podle respondentů jsou pro venkovní aktivity nejvhodnější teploty mezi 0 – 25 °C, což uvedlo 87 % (52) respondentů. Teploty pod -5 °C jsou vhodné pro 3 % (2) respondentů. Teploty nad 27 °C a počasí, kdy fouká studený vítr, zvolilo 5 % (3) respondentů, a to v obou případech.

Otázka č. 9: Po akutním infarktu myokardu není vhodné navštěvovat teplé oblasti s větší vlhkostí vzduchu.

Tabulka č. 15: Po akutním infarktu myokardu není vhodné navštěvovat teplé oblasti s větší vlhkostí vzduchu.

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ano, není vhodné	43	72 %
Ne, je vhodné	17	28 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Pro 72 % (43) respondentů, tedy více než polovinu, tyto oblasti nejsou vhodné a pro zbývajících 28 % (17) tyto oblasti vhodné jsou.

Otázka č. 10: Které sporty pro mě nejsou po prodělaném akutním infarktu vhodné? (Respondenti mohli označit více odpovědí)

Tabulka č. 16: Které sporty pro mě nejsou po prodělaném akutním infarktu vhodné?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Kolektivní sporty (fotbal, hokej, florbal, basketbal, volejbal...)	47	78 %
Běh	32	53 %
Procházky	6	10 %
Lyžování	24	40 %
Plavání	13	22 %
Jízda na kole	8	13 %

Kolektivní sporty nejsou vhodné v 78 % (47) respondentů, dalším nevhodným sportem byl běh, který vybralo 53 % (32) respondentů. Lyžování vybralo 40 % (24), plavání 22 % (13) respondentů a jízdu na kole 13 % (8) respondentů. Procházky, které se řadí mezi nevhodnější aktivity po AIM, vybralo 10 % (6) respondentů.

7.2 Analýza dotazníku – MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire

Dílčí cíl 3: Zjistit kvalitu života po prodělaném AIM.

Tabulka č. 17: Průměrná kvalita života podle domén u jednotlivých respondentů

<i>Průměrná kvalita života podle domén u jednotlivých respondentů</i>				
<i>Respondent</i>	<i>pohlaví (žena-1, muž-2)</i>	<i>emoční</i>	<i>fyzická</i>	<i>sociální</i>
1	2	4,92	4,62	4,77
2	1	4,07	4,46	4,23
3	2	4,5	4,07	4,46
4	2	3,07	3,46	3
5	2	4,43	3,43	3,46
6	2	3,43	3,07	4,69
7	2	4,36	2,31	2,15
8	2	5,36	5,14	5,3
9	2	6,79	6,71	6,54
10	1	4,71	3,5	3,62
11	2	6,14	6,71	6,84
12	2	5,07	3,46	4,62
13	2	4,79	4,71	5
14	2	5,14	6	5,62
15	2	3,79	2,64	2,62
16	2	4,64	8,3	6,46
17	1	4,5	4,61	4,77
18	2	5,71	6	5,69
19	2	4,58	4,36	4,46
20	1	2,29	2,43	2,46
21	2	4,36	4,46	4,46
22	2	4,21	3,57	3,77
23	2	6,64	6,5	6,62
24	2	4	3,31	3,46
25	1	3,71	4,5	4,54
26	2	5,58	6,23	6,54
27	2	4,58	4,58	4,62
28	2	3,71	4,46	4
29	1	4	4,38	4,31
30	2	4	3,78	3,77

31	1	5,14	5,39	5,23
32	2	5,14	5,08	5,31
33	2	5,43	5,79	6,32
34	1	3,07	4,85	3,46
35	2	1,36	1,46	1,54
36	2	6,71	3,31	3
37	1	1,93	2,54	2,54
38	2	1,86	2,29	2,23
39	2	2,36	2,15	2,31
40	1	4,79	5	5,31
41	2	5,71	5,58	6
42	1	5,29	5,62	5,54
43	2	5,93	6,71	6,84
44	1	5,43	4,15	5
45	2	2,86	2,7	2,54
46	1	4,07	4,71	4,92
47	2	5,07	6,64	5,62
48	2	4,5	5	5,15
49	1	4,86	5,14	5,08
50	2	6,5	5,5	5,7
51	1	4,43	5,07	4,92
52	2	4,79	5,14	4,85
53	2	4,86	5,36	5,54
54	1	3,64	4,36	4,61
55	1	3,36	5,14	4,54
56	1	3,5	5,14	4,77
57	1	4,29	5,43	5,46
58	1	5,07	5,36	5
59	2	4,07	4,7	4,7
60	2	4,71	6,92	5,23

Tabulka vyjadřuje výsledky výpočtů u jednotlivých pacientů v doménách.

Tabulka č. 18: Průměrná kvalita života v jednotlivých doménách podle pohlaví

Průměrná kvalita života v jednotlivých doménách podle pohlaví		
Doména	Muži	Ženy
Emoční	4,423214	4,110714
Fyzická	4,396429	4,500000
Sociální	4,650000	4,511538

Tabulka č. 18 vyjadřuje, jaká byla průměrná kvalita života u respondentů. V tabulce jsou rozděleni zvlášť muži a ženy. Výsledky jsou seřazeny v doménách, do kterých jsou jednotlivé položky seřazeny.

Nejlépe byla respondenty hodnocena doména sociální. U mužů je to hodnota 4,650 a u žen je to 4,511. V oblasti fyzické dosáhly lepších výsledků ženy a to 4,500 oproti mužům, kteří dosáhli hodnoty 4,396. V oblasti emoční naopak dosáhli lepších výsledků muži a to je 4,423 a ženy 4,110. Z uvedených výsledků vyplývá, že respondenti hodnotí kvalitu života pozitivně.

8 OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

V této části práce ověřujeme platnost stanovených hypotéz. Dotazník vlastní konstrukce a dotazník QLMI.

8.1 Ověřování platnosti hypotéz 1-3

H1₀: Znalosti o změně životního stylu po AIM považují za dostatečné spíše ženy.

Tabulka č. 19: Řešení: skóre odpovědí u otázky č. 32 podle pohlaví

Mann-Whitneyův U test (dotazník + QLMI.sta) Dle proměn. pohlaví (žena-1, muž-2) Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$					
	<i>Sčt poř.</i>	<i>Sčt poř.</i>	<i>Úroveň p</i>	<i>N1 platn.</i>	<i>N2 platn.</i>
<i>Ot.32.</i>	565,0000	1265,000	0,406636	20	40

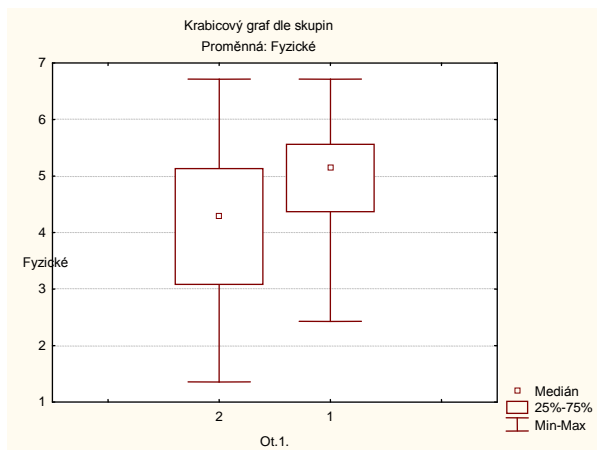
Závěr: Není rozdíl ve vnímání dostatečnosti informací o změně životního stylu mezi pohlavími. Tuto hypotézu zamítáme.

H2₀: Kvalita života nezávisí na informacích o AIM před onemocněním.

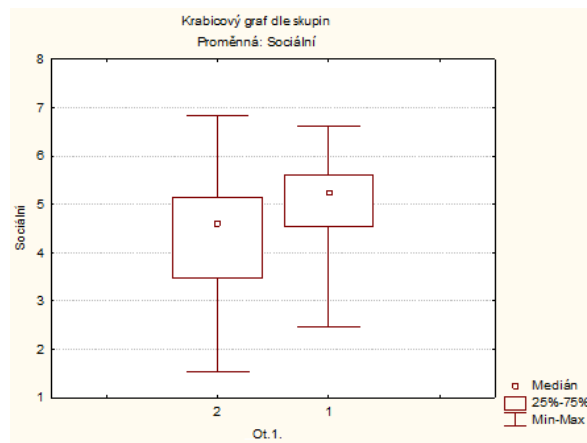
Tabulka č. 20: Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 1 (informace o nemoci před AIM) z vlastního dotazníku

Mann-Whitneyův U test (dotazník + QLMI.sta) dle proměn. Ot.1. Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$					
	<i>Sčt poř. 1</i>	<i>Sčt poř. 2</i>	<i>Úroveň p</i>	<i>N1 platn.</i>	<i>N2 platn.</i>
<i>Emoční</i>	1073,000	757,0000	0,070848	39	21
<i>Fyzické</i>	1028,500	801,5000	0,012501	39	21
<i>Sociální</i>	1054,000	776,0000	0,035636	39	21

Závěr: Fyzická a sociální doména dotazníku QLMI závisí na informacích o nemoci před AIM. Vyšší skóre je u skupiny 1 (respondenti, kteří uvedli, že měli informace o AIM před onemocněním). Výsledky jsou statisticky významné. Statistická významnost je vyznačena červeně. Hypotézu přijímáme.



Graf č. 8: Proměnná fyzická, otázky č. 1



Graf č. 9: Proměnná sociální, otázky č. 1

H3₀: U respondentů existuje rozdíl v kvalitě života po AIM.

Ověřování hypotézy s níže uvedenými položkami.

Podle pohlaví: není rozdíl v žádné ze tří domén dotazníku QLMI.

Podle věku: existuje statisticky významná závislost fyzické domény na věku (negativní korelace).

Podle váhy: není rozdíl v žádné ze tří domén dotazníku QLMI.

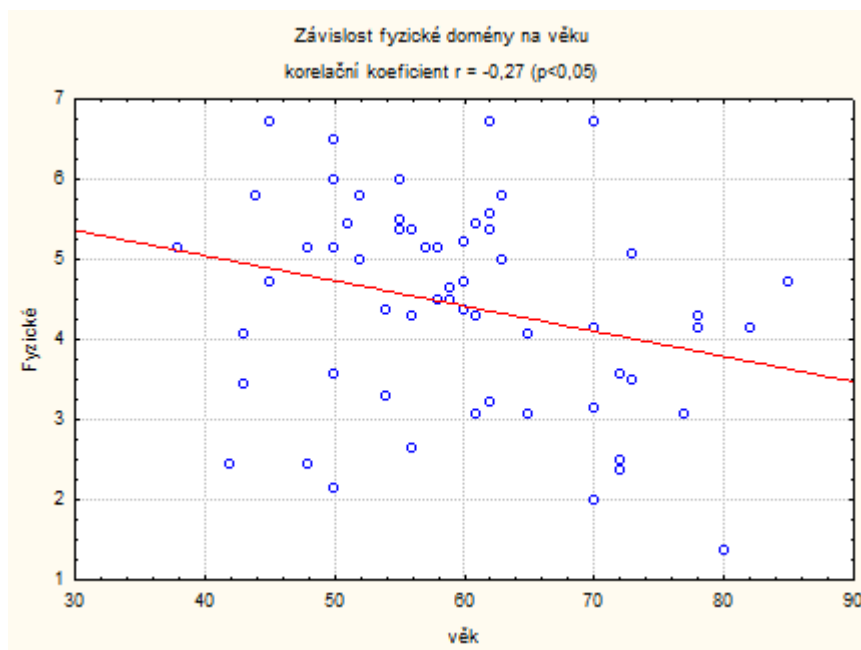
Podle obvodu pasu: není rozdíl v žádné ze tří domén dotazníku QLMI.

Podle rodinného statutu: není rozdíl v žádné ze tří domén dotazníku QLMI.

Podle vzdělání: není rozdíl v žádné ze tří domén dotazníku QLMI.

Podle sociálního statutu: není rozdíl v žádné ze tří domén dotazníku QLMI.

Závěr: Tuto hypotézu částečně přijímáme. Signifikantní závislost fyzické domény na věku.



Graf č. 10: Závislost fyzické domény na věku

Závislost fyzické domény na věku. Korelační koeficient $r = -0,27$.

8.2 Hodnoty domén dotazníku QLMI na jednotlivých zkoumaných faktorech.

Dále se uvádějí hodnoty domén dotazníku QLMI na jednotlivých zkoumaných faktorech.

Tabulka č. 21: Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 6 (vliv na úspěšnou léčbu AIM) z vlastního dotazníku

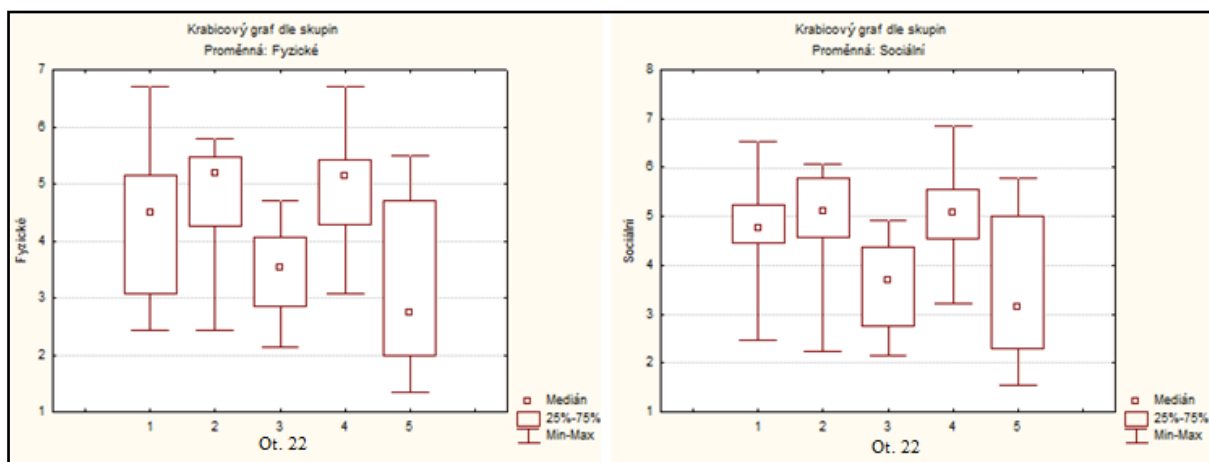
Mann-Whitneyův U test (dotazník + QLMI.sta) Dle proměn. Ot.6. Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$					
	<i>Sčt poř. 1</i>	<i>Sčt poř. 2</i>	<i>Úroveň p</i>	<i>N1 platn.</i>	<i>N2 platn.</i>
<i>Emoční</i>	961,5000	749,5000	0,850475	33	25
<i>Fyzické</i>	937,5000	773,5000	0,571490	33	25
<i>Sociální</i>	958,0000	753,0000	0,807613	33	25

Závěr: Žádná z domén dotazníku QLMI nezávisí na názoru na vliv na úspěšnou léčbu AIM.

Tabulka č. 22: Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 22 (četnost fyzické aktivity) z vlastního dotazníku

Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Emoční (dotazník + QLMI.sta) Nezávislá (grupovací) proměnná : Ot.22. Kruskal-Wallisův test: H (4, N= 60)				
Četnost fyzické aktivity	Počet odpovědí	Emoční	Fyzické	Sociální
1	13	p = 0,0995	p = 0,0113	p = 0,0166
2	8			
3	8			
4	25			
5	6			

Závěr: Emoční doména dotazníku QLMI nezávisí na četnosti fyzické aktivity. Fyzická a sociální doména na četnosti fyzické aktivity částečně závisejí. U fyzické i sociální domény je signifikantní rozdíl mezi skupinami 3 a 4 (fyzická aktivita 1x týdně/nepravidelně - viz krabicové grafy níže). U skupiny 5 (vůbec nesportuje) je hodnota mediánu domén (daná čtverečkem v grafu) zřetelně nejnižší, ale je zde velký rozptyl). Z tohoto není rozdíl signifikantní.



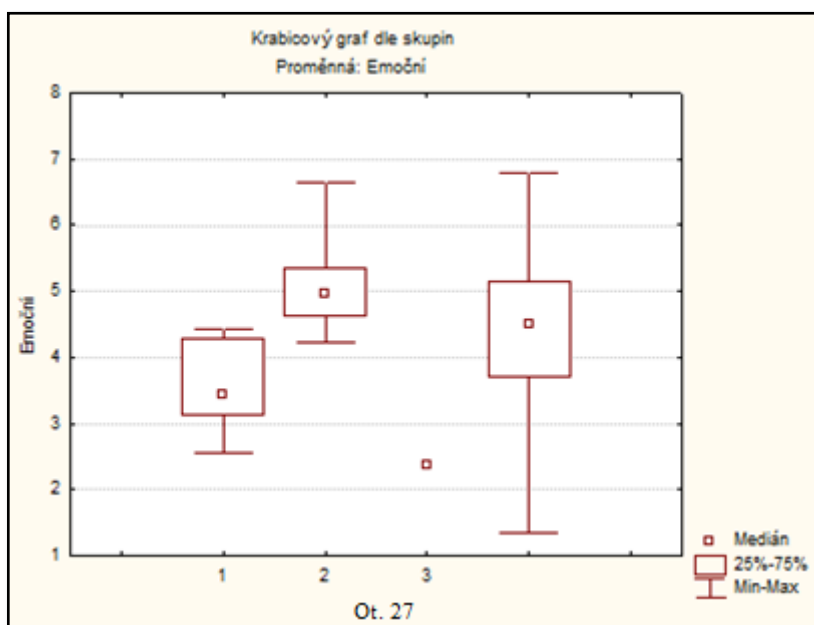
Graf č. 11: Proměnná fyzická, otázky č. 22

Graf č. 12: Proměnná sociální, otázky č. 22

Tabulka č. 23: Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 27 (počet vykouřených cigaret) z vlastního dotazníku

Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Emoční (dotazník + QLMI.sta) Nezávislá (grupovací) proměnná: Ot.27. Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=60) = 10,62821$ $p = 0,0139$				
Počet vykouřených cigaret	Počet odpovědí	Emoční	Fyzické	Sociální
1	6	p = 0,0139	p = 0,0467	p = 0,0222
2	10			
3	1			
Bez odpovědi	43			

Závěr: Emoční doména dotazníku QLMI částečně závisí na počtu vykouřených cigaret. Je zde signifikantní rozdíl mezi skupinami 1 a 2 (1-5, 15-20 cigaret/den – viz krabicový graf níže. K dispozici je ovšem příliš málo dat.

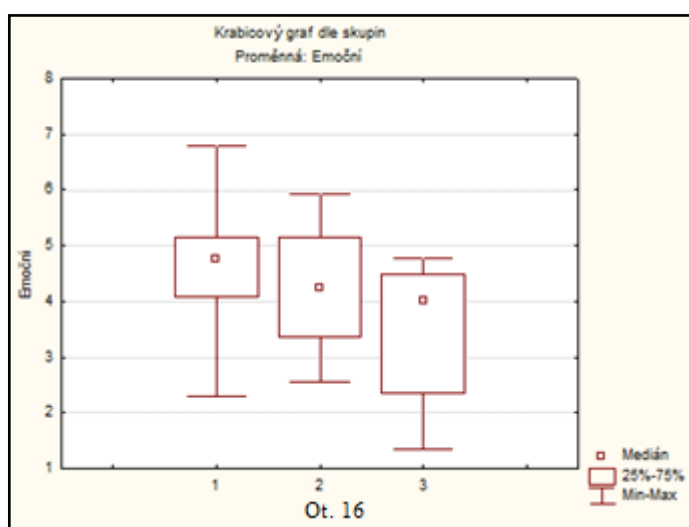


Graf č. 13: Proměnná emoční, otázky č. 27

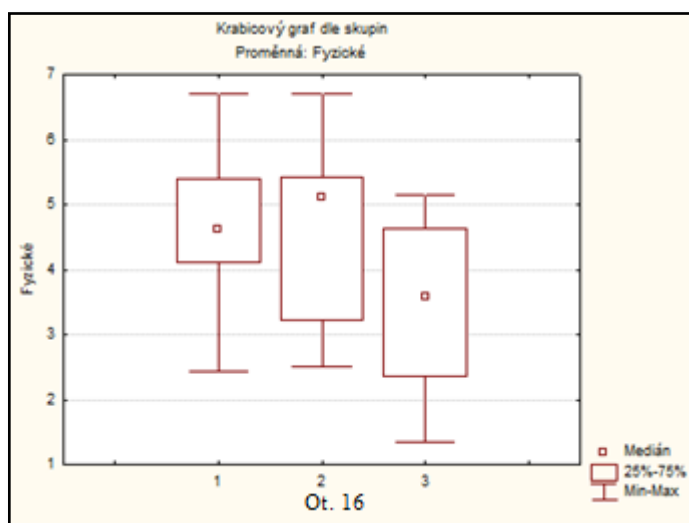
Tabulka č. 24: Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 16 (pití kávy) z vlastního dotazníku

Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Emoční (dotazník + QLMI.sta) Nezávislá (grupovací) proměnná: Ot.16. Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=60) = 9,929829$ $p = 0,0192$				
Odpověď	Počet odpovědí	Emoční	Fyzické	Sociální
1	32	$p = 0,0192$	$p = 0,0163$	$p = 0,0231$
2	14			
3	13			
Chybná odpověď – 5 (dotazník č. 41)	1			

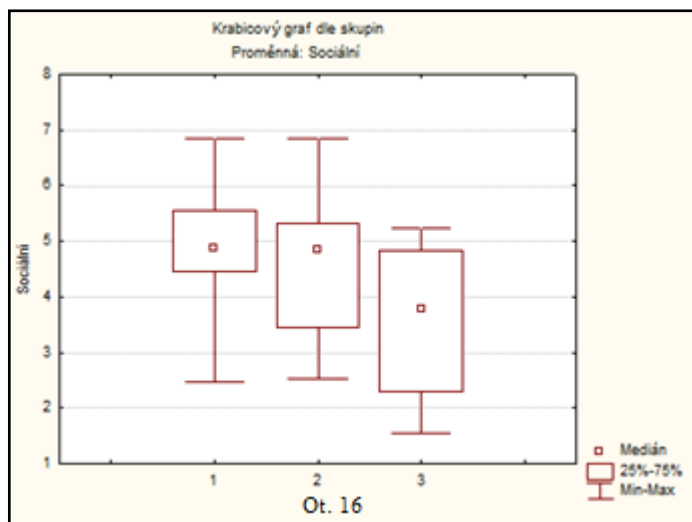
Závěr: Domény dotazníku QLMI částečně závisejí na pití kávy. Je zde signifikantní rozdíl mezi skupinami 1 a 3 (1-2 kávy/den, vůbec nepiji – viz krabicové grafy níže).



Graf č. 14: Proměnná emoční, otázky č. 16



Graf č. 15: Proměnná fyzická, otázky č. 16



Graf č. 16: Proměnná sociální, otázky č. 16

9 DISKUZE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit reálnou situaci v oblasti znalostí o dodržování režimových opatření a rizikových faktorech u nemocných po AIM, a také to, jaká je skutečná kvalita života těchto nemocných.

Poznatky a informace jsme získávali formou dotazníkového šetření u nemocných, kteří prodělali AIM a jsou v dispenzární péči Kardiologické ambulance nemocnice ve Frýdku – Místku.

Jak bylo uvedeno, dotazníkového šetření se aktivně zúčastnilo 60 respondentů. Zajímali jsme se, jak edukace probíhá v daném zdravotnickém zařízení, hovořili jsme s lékaři a sestrami z ambulantní péče, sestrami z jednotky intenzivní péče interního oddělení Nemocnice ve Frýdku – Místku a zúčastnili jsme se edukační lekce.

V úvodu výzkumného šetření byly zjišťovány generické údaje. Průměrný věk respondentů byl 61,5 let, z toho průměrný věk žen byl 64 let a mužů 59 let. Dále jsme zjišťovali váhu respondentů a ukázalo se, že nadváhou trpí všichni oslovení respondenti, jejichž BMI bylo 27,9 (u žen), respektive 29,7 (u mužů). Poněkud nás překvapilo, že pouhých 13 % (8) respondentů se domnívá, že mají ideální hmotnost, zbývající si uvědomují svou nadváhu. Cífková (2016) uvádí v rámci evropských doporučení pro prevenci KVO význam redukce hmotnosti v rámci sekundární prevence. Nadváha i obezita jsou spojeny s vyšší celkovou i kardiovaskulární mortalitou. Dosažení a udržení ideální tělesné hmotnosti má příznivý účinek na metabolické rizikové faktory a snižuje kardiovaskulární riziko. Uysal, Ozcan, (2013) sledovali nemocné po AIM, kdy se věnovali dvěma skupinám. Jedné intervenční a druhé kontrolní skupině po AIM. Zjistili, že respondenti v intervenční skupině více snížili BMI a obvod pasu. Autoři uvádějí, že jen řádnou edukací lze snížit počet nemocných trpících kardiovaskulárním onemocněním.

U všech participujících respondentů byl zjišťován stupeň dosaženého vzdělání. Převládá počet respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou 35 % (21), dále skupinu tvořili vyučení v oboru 32 % (19) a vysokoškolsky vzdělaní 23% (14). Widimský et al., (1980); Notara et al., (2014) studovali stupeň vzdělání a rizikových faktorů ICHS a zjistili, že vzdělání a socioekonomický faktor ovlivňují vznik a průběh KVO. Ve své studii uvádí, že nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé s nižším vzděláním. V oblasti změny životního stylu hrají významnou roli i pečující osoby. Molazem et al., (2013) zdůrazňuje roli rodinného příslušníka, který by měl pacienta povzbuzovat, dohlížet na něho a poskytovat mu podporu.

Zjistili jsme, že 58 % (35) respondentů je v manželském vztahu, rozvedených je 18 % (11) a ovdovělých 17 % (10).

V oblasti sociálního stavu je 50 % (30) respondentů pracujících, ve starobním důchodu je 32 % (19) respondentů. Nízké socioekonomické postavení a sociální izolace, stres v zaměstnání, v rodině, projevy úzkostí a deprese přispívají k rozvoji KVO (Cífková et al., 2014). V zaměstnaneckém poměru bylo 50 % (30) respondentů, 32 % (19) pobíralo starobní důchod.

Jak již bylo zmíněno v úvodu empirické části, k výzkumnému šetření byly použity dva hodnotící nástroje. První byl zaměřen na znalosti o dodržování režimových opatření po akutním infarktu myokardu, druhý na zjištění kvality života u nemocných po AIM.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda získané znalosti o změně životního stylu jsou považovány respondenty za dostačující. Tento cíl byl sledován v otázkách č. 30, 31, 32, 33, 34, 35 z dotazníku – *Znalosti o dodržování režimových opatření po akutním infarktu myokardu*.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že 63 % (38) nemocných spíše souhlasí s tvrzením, že má dostatek informací, a 28 % (17) souhlasí. Potěšilo nás, že nemocní jsou dostatečně informováni. Dále jsme zjišťovali, zda mají zájem dodržovat režimová opatření. Z oslovených respondentů 60 % (36) uvedlo, že je ochotný dodržovat a 38 % (23) neví, zda je budou respektovat. Zajímalo nás, kdo nemocné nejvíce informuje o režimových opatřeních. Respondenti uvedli na prvním místě lékaře 68 % (41) a sestru 30 % (18). Prvním, kdo nemocné informuje, je lékař. Sestra poskytuje informace v rámci svých kompetencí. Z praxe však víme, že nemocní mohou být ve stavu vysokého emotivního vypětí a informace zapomenou anebo popřou. Doplnující informace je vhodné získávat z médií, informačních brožur. V současné době většina lidí využívá k rychlému získání informací internet, který ne vždy poskytuje relevantní informace. V našem souboru uvedlo tuto možnost 23 % (14) respondentů. Dalším zdrojem informací byli jiní nemocní, což uvedlo 26 % (15) respondentů. Nemáme nic proti sdílení informací mezi pacienty, které skýtá určitá úskalí. Životní styl spíše změnilo 58 % (34) nemocných. Doporučeným režimovým opatřením rozumí 73 % (44) respondentů a více informací potřebuje 20 % (12) oslovených. Při zjišťování, zda mají respondenti zájem o připomínání dodržování režimových opatření, uvedlo 50 % (30), že má zájem o jakoukoli formu připomínání, např. SMS, telefon, e-mail anebo osobní kontakt. Ostatní respondenti, 50 % (30), neprojeвили zájem, spíše by je připomínání obtěžovalo anebo by je nemotivovalo k dodržování uvedených doporučení.

K podobným zjištěním došli Ištoňová, et al., (2008), kteří zjišťovali, zda nemocní mají dostatek informací o dodržování režimových opatření, a ve svém průzkumu uvádějí, že 11 % respondentů mělo pocit, že má velmi málo informací o svém onemocnění, 58 % pociťovalo mírný nedostatek informací a 31 % dotázaných uvedlo, že má informací dost. O získávání informací mělo zájem 89 % respondentů, 3 % respondentů nemělo zájem informace získávat a 8 % respondentů se neumělo k otázce vyjádřit. Informace získávali respondenti od lékaře (51 %), od sester (25 %), z internetu, dále z časopisů a letáků (17 %).

Pro zdravotnický personál to znamená, že je potřeba klást důraz na edukaci a motivaci nejen u nemocných, kteří respektují režimová opatření, ale především je zapotřebí zaměřit se na nemocné, kteří nevědí, zda mají pro sebe něco udělat. Edukace je stále opakující se proces a edukant musí průběžně ověřovat, zda informace, které při edukaci poskytuje, edukovaný správně chápe a jestli je považuje za zcela dostatečné. Domníváme se, že někteří z nich dodržují pouze část opatření a některá nerespektují vůbec.

Výzkum rovněž prokázal, že 73 % (44) respondentů pochopilo, že dodržování režimových opatření je důležité. Z vlastní zkušenosti s některými nemocnými po AIM víme, že ani edukace jim nezabrání v nezodpovědném přístupu k vlastnímu zdraví. Jinými slovy řečeno, nemocný na oddělení dodržuje léčebný režim a životosprávu, po propuštění z nemocnice nebo lázeňské léčby na režimová opatření a dietu zapomene. Bohužel řada nemocných, i když dochází do edukační poradny, rozumí tomu, proč dodržovat režimová opatření, neuvědomují si, že tato doporučení dělají pro sebe, nikoli lékaře či sestru. Jak jsme se již zmínili, nemocní informace o změně životního stylu považují za dostačující, mnozí nejsou schopni uvedená doporučení dodržet.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda informace o nemoci mohou mít vliv na kvalitu života po prodělaném AIM. Na tento cíl se zaměřovaly otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Respondenti v nich měli odpovědět, zda se jim dostaly informace o AIM ještě předtím, než onemocněli. 65 % (39) respondentů odpovědělo záporně a 35 % (21) respondentů odpovědělo kladně. Příznaky akutního infarktu myokardu zná 75 % (45) nemocných. V rámci edukace je potřeba informovat nejen o klasických příznacích AIM, ale i o atypických příznacích. Řada kardiologů upozorňuje na revmatické bolesti, vertebrogenní potíže, zvracení, bolesti břicha, bolesti zubů, kterým nemocný mnohdy nevěnuje pozornost, a přitom může jít o AIM.

Z dalších otázek vyplynulo, že 75 % zná příznaky AIM a z uvedených rizikových faktorů uvedli respondenti v 73 % (44) kouření, 65 % (39) hypertenzi, 60 % (36) vysoký cholesterol, 47 % (28) stres, 38 % (23) dědičnost, 22 % (13) fyzická nečinnost, 18 % (11) věk. Bohužel jen 12 % (7) respondentů uvedlo jako specifický faktor diabetes mellitus, který souvisí s KVO.

Hanyu et al., (1999) ve svém průzkumném šetření uvádějí, že jejich respondenti (37 %) měli jen minimální znalosti o svém onemocnění, ale byli i takoví, co uvedli, že nevědí nic. Mírné znalosti mělo 49 % dotázaných a jen 13 % dotazovaných mělo dostatečné znalosti o svém onemocnění a režimových opatřeních. Výsledky jsou ovlivněny věkem, vzděláním a vážností postižení po akutním onemocnění. Lidé s vyšším vzděláním se více snažili doporučení dodržovat. Na druhou stranu staří a vážně nemocní neměli buď dostatek peněz na zdravou výživu, nemohli vykonávat větší fyzickou aktivitu, nebo se potýkali s oběma faktory.

Co je to akutní infarkt myokardu správně uvedlo 85 % (51) respondentů. Závažnost onemocnění hodnotí 80 % (48) nemocných. Těch, kteří sice potvrzují závažnost onemocnění, ale ne ohrožení na životě je 20 % (12). Nemocní si uvědomují, že v případě vzniku potíží mají zavolat sanitku 57 % (34). Důležitou roli v léčbě sehrává čas mezi objevením se příznaků a zavoláním sanitky uvedlo 43 % (26) respondentů. Domníváme se, že nemocní si tyto informace v rámci edukace zapamatovali. Kardiologové zdůrazňují včasný příjezd do zdravotnického zařízení. V prvních dvou hodinách umírá v přednemocniční péči 50 % nemocných. Bohužel v případě vzniku stenokardií pouze 68 % (41) nemocných zná správný postup při aplikaci nitroglycerínu.

Nemocné po AIM motivujeme k pravidelné fyzické aktivitě, která by měla probíhat za vhodných klimatických podmínek. Zajímalo nás, jaké počasí je vhodné pro venkovní aktivity. Potěšilo nás, že 87 % (52) nemocných zná nejvhodnější teplotu (0-25 °C). V současné době řada lidí cestuje do zahraničí. Zajímalo nás, zda nemocní vědí, jakým oblastem se mají vyhýbat. Jejich znalosti můžeme považovat za dostatečné. Teplé oblasti s větší vlhkostí vzduchu by si nevybralo 72 % (43). Jak již bylo zmíněno, je důležitá fyzická aktivita. Z nabízených aktivit, které nejsou po AIM vhodné, vybralo 78 % (47) kolektivní sporty. Poněkud nás zarazilo, že 10 % (6) si vybralo jako nevhodnou aktivitu procházky. Tato aktivita je přitom doporučována a finančně není nákladná. Z uvedených údajů vyplývá, že AIM a následná režimová a medikamentózní opatření ovlivňují kvalitu život po AIM.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit kvalitu života po prodělaném akutním infarktu myokardu. Pro zjištění tohoto cíle byl použit standardizovaný dotazník *MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire*.

Výsledky z jednotlivých domén u konkrétních respondentů byly zprůměrovány a hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 17. Z uvedených hodnot vyplývá, že není výrazných rozdílů ve vnímání kvality života mezi pohlavími.

Dále je zřejmé, že hodnoty mezi jednotlivými doménami (sociální, fyzická, emoční) nevykazují výrazné výkyvy a drží se v průměrných hodnotách. Rančić et al., (2013) uvádějí, že jeden měsíc po akutním infarktu myokardu byla kvalita života u pacientů velmi ohrožena. Nemocní, kteří podstoupili primární koronární intervenci, zhodnotili svůj zdravotní stav lépe než nemocní, kteří byli léčeni trombolytickou léčbou. Tito nemocní měli také nižší průměrné známky anginy pectoris a vyšší kvalitu života související se zdravím. V našem šetření všichni respondenti byli po perkutánní koronární intervenci, tudíž hodnotí kvalitu života pozitivně.

Kala et al., (2017) uvádějí, že v evropských doporučeních pro léčbu AIM je kladen důraz na zásadní intervence v životosprávě, zanechání kouření, kontrolu krevního tlaku, úpravu stravování, úpravu tělesné hmotnosti a větší fyzickou aktivitu.

V rámci dotazníkového šetření jsme získali řadu dat, některé bychom chtěli zdůraznit. Ze všech intervencí v rámci nefarmakologické prevence je na prvním místě zanechání kouření. Kouření je jednoznačným rizikovým faktorem, jenž vede k časně cévní dysfunkci a ke koronární nekróze. Zdravotnický personál má podporovat všechny kuřáky v jejich snaze zanechat kouření. Bohužel pro mnohé je zanechání kouření nesmírně obtížné. Jde o silně návykovou aktivitu. Je zapotřebí doporučit poradenství pro odvykání kouření a náhradní terapii nikotinem. Motivace k nekuřáctví vychází ze strategie pěti A pro skoncování s kouřením tj. A – Ask, A-Advise, A-Assess, A-Assist, A-Arrange (zeptejte se, doporučte, posuďte, pomozte a dohodněte se). Podstatnou roli v krátké intervenci u kuřáků mohou sehrávat sestry. V ČR od roku 2007 probíhá vzdělávání sester v krátké intervenci u kuřáků. Kala et al., (2017) uvádějí, že zanechání kouření u ICHS je spojeno s 36% snížením mortality. V našem výzkumném souboru 50 % (30) respondentů nekouří, 17 % (10) přestalo kouřit a kouří 15 % (9). Zanechat kouření chce 13 % (8) lidí a v domácnosti s kuřákem žije 3 % (2) lidí. Dále jsme zjišťovali, kolik cigaret kuřáci vykouří denně, a zjistili jsme, že deset respondentů vykouří 15-20 cigaret denně. Zajímala nás tedy závislost domén z dotazníku QLMI na počet vykouřených cigaret. Zjistili jsme, že emoční doména dotazníku QLMI částečně závisí na počtu vykouřených cigaret. Signifikantní rozdíl je mezi skupinou kuřáků, kteří vykouří 1–5 cigaret denně a 15–20 cigaret denně. Těmto nemocným je potřeba

při motivaci k odvykání kouření věnovat pozornost. Pravděpodobně zde sehrají velkou úlohu jejich emoce např. úzkost, napětí, strach, deprese aj. Úzkost a deprese zvyšují kardiovaskulární riziko.

Problematicke kouření se věnoval v pilotní studii Bálint (2018), jehož výsledky jsou téměř shodné. Ze 48 % dotázaných jsou kuřáci, 24 % přestalo kouřit a 21 % nekouřilo. Průměrný počet vykouřených cigaret byl 16 denně. Martje et al., (2006) uvádějí, že v jejich studii 50 % respondentů kouřilo a nemělo zájem přestat kouřit. V době hospitalizace nemocní mají zákaz kouření a v tomto opatření je potřeba pokračovat během dalšího sledování nemocného.

Pravidelná fyzická aktivita snižuje kardiovaskulární mortalitu. V našem souboru 53 % (32) nevykonává pravidelnou aktivitu a jen 47 % (28) se věnuje fyzické aktivitě pravidelně. Zjišťovali jsme domény (emoční, fyzickou a sociální) z dotazníku QLMI na četnost fyzické aktivity. Fyzická a sociální doména částečně závisí na četnosti fyzické aktivity. Nepravidelná fyzická aktivita nebo aktivita jednou týdně neovlivňuje pozitivně kvalitu života. Výsledky jsou signifikantní. Vyhodnocená data poukazují na to, že vztah k pohybové aktivitě je u našich nemocných více než záporný.

Řada provedených studií klade důraz na význam pravidelné tělesné zátěže. Junehag et al., (2014) dále uvádějí, že největší problémy mají jejich sledovaní respondenti při hledání standardních rehabilitačních programů. Naše zdravotnická zařízení nabízejí cílené rehabilitační cvičení pro kardiaky, která bohužel nejsou využívána. Při rozhovoru s nemocnými jsme zjistili, že řada nemocných je z okolních vesnic a je pro ně náročné do okresního města přijet. Jako častý důvod uváděli finanční náročnost, nevhodné spojení anebo neschopnost zvládnout cestu hromadnou dopravou po fyzické stránce a poté ještě cvičit. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, k vhodným typům tělesné zátěže patří chůze, jízda na kole. Zátěž totiž nemá být vyčerpávající, ale úměrná věku a trénovanosti.

Jedním z režimových opatření je snížení spotřeby soli. Zjistili jsme, že 58 % (35) respondentů bylo informováno o prospěšnosti sníženého množství soli, 25 % (15) si na informace nevzpomíná a 17 % (10) nebylo informováno. Potěšující bylo zjištění, že respondenti se snaží omezovat příjem soli, např. jídlo nepřisolují, vyhýbají se slaným pochutinám a konzervovaným potravinám. 17 % (10) dodržuje všechna uvedená doporučení. Při sledování příjmu tekutin jsme se zaměřili na spotřebu minerálních vod. Zjistili jsme, že 45 % (27) respondentů pije minerální vody. Pro 32 % (19) je denní příjem minerálky 1 – 1,5 l denně. Toto číslo je poměrně vysoké, protože obsahují také určité

množství soli, které je potřeba započítat do jejího celkového příjmu. Současná guidelines doporučují příjem soli < 5 g denně.

Spotřeba kávy u našich respondentů se pohybuje v rozmezí 1-2 kávy denně, což je 53 % (32), 3 a více káv denně 25 % (15) respondentů. Kávu nepije 22 % (13). Opět jsme zjišťovali, domény (emoční, sociální a fyzická) dotazníku QLMI k zjišťování množství vypité kávy za den. Domény dotazníku QLMI částečně závisejí na pití kávy. Je rozdíl mezi skupinou, která vypije 1-2 šálky denně a skupinou, která kávu nepije. Výsledky jsou signifikantní.

K režimovým opatřením patří dodržování spotřeby alkoholu. Naši respondenti uvedli, že jsou abstinenti ve 48 % (29) případů, 33 % (20) uvádí spotřebu alkoholu 10-20 g denně. Tyto výsledky nás mile překvapily. Hanyu, et al., (1999) zjišťovali, jak jejich respondenti dodržují režimová opatření. Ze 113 respondentů 25 % dotazovaných pilo tvrdý alkohol i ve větších dávkách a tvrdili, že jim to nemůže uškodit. Jak jsme uvedli v teoretické části, tak i evropská doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění tolerují denní spotřebu alkoholu v rozmezí 30–50 g, u žen je tolerována poloviční dávka než u mužů.

Edukovat nemocné ke změně životního stylu je jednou z kompetencí zdravotnického personálu. Nemocní jsou na začátku onemocnění motivováni ke změně, ale jak se ukazuje, postupně potřebnou motivaci ztrácí. Junehag et al., (2014) sledovali nemocné po AIM, které rozdělili do dvou skupin. Jedna skupina byla podporována v dodržování režimových opatření mentorem, druhá nikoli. Ukazuje se, že pokud mají nemocní svého mentora, je pro ně změna životního stylu mnohem snazší.

Podle Goméra (2007) řadíme kardiovaskulární onemocnění mezi civilizační nemoci, které vážně ohrožují nemocné na zdraví. K příčinám podílejícím se na vzniku KVO patří i psychosociální faktory. Realizují se i behaviorální intervence ke snížení kardiovaskulárního rizika. Změny životního stylu u nemocných s KVO hrají v rámci prevence klíčovou roli. Psychosociální faktory (úzkost, deprese) zvyšují kardiovaskulární riziko. Základem úspěšné léčby KVO je změna životního stylu a chování. Martje et al., (2006) zjišťovali compliance pacientů. Studie zjistila, že 90 % respondentů užívalo řádně veškeré ordinované léky, dietu dodržovalo 83 % respondentů, ordinované omezení tekutin 73 % respondentů, hmotnost snížilo 35 % respondentů. Starších 70 let bylo 72 % respondentů. Závěrem bylo zdůrazněno, že je potřeba zvýšit a přizpůsobit edukaci na přijatelnější úroveň, přiměřeně věku a vzdělání. Starší pacienti často neporozuměli otázkám. U řady respondentů se vyskytovaly projevy deprese, která zhoršuje spolupráci a může zásadně zhoršit zdravotní stav.

Ve vybraných evropských zemích byl realizován průzkum zaměřený na včasnou sekundární prevenci po AIM.

Ke zkvalitnění sekundární prevence je realizován projekt v šesti nemocnicích (jedná se o fakultní nemocnice) v České republice, kde probíhá standardizovaná edukace prováděna sestrami. První výsledky ukazují snížení LDL cholesterolu (Hlinomaz et al., 2018).

Při rozhovorech se sestrami jsme zjistili, jakým způsobem je prováděna edukace pacientů v nemocnici. Edukace začíná bezprostředně na jednotce intenzivní péče, a to po stabilizaci zdravotního stavu pacienta, kdy za ním přichází lékař, který ho seznámí s aktuálním zdravotním stavem a vysvětlí mu další postup léčby. Poté zahajují edukaci sestry. Při každodenních činnostech, jež u nemocného provádějí, jej upozorňují na veškerá rizika spojená s rekonvalescencí. V neposlední řadě za pacientem dochází fyzioterapeut, který jej seznámí s postupem kardiovaskulární rehabilitace po AIM a nutriční terapeutka, jež vysvětlí pacientovi vliv správné životosprávy na jeho rekonvalescenci. Po stabilizaci akutního stavu je pacient přeložen na standardní ošetrovací jednotku interního oddělení. Zde je pravidelně monitorován a upravuje se jeho medikamentózní léčba. Neustále jsou mu připomínána režimová opatření.

S přihlédnutím k celkovému zdravotnímu stavu, jeho věku a ke stavu kognitivních funkcí je po celou dobu zapojena do edukace i rodina pacienta. U některých nemocných, kde se předpokládá, že nemocný nebude schopen o sebe pečovat, řeší situaci sociální pracovník nemocnice, který je v kontaktu nejen s nemocným, ale také s pečující osobou. Sociální pracovník edukuje o možnostech další péče a pobytu v zařízeních dlouhodobé péče.

Na sledovaném pracovišti, kde byl výzkum realizován, pracuje na kardiologické ambulanci sestra, jež je pověřena edukovat nemocné. Lékař nemocnému doporučí návštěvu edukační porady, kam je objednan. Četnost návštěv je ovlivněna samotným nemocným. Minimální počet setkání je jedno, maximálně ale 12 za rok. Po ukončení edukačního programu se mohou nemocní kdykoli na edukační sestru obrátit. Edukace je individuální a edukační lekce trvá 60 minut.

V diplomové práci bylo nashromážděno velké množství dat. Výsledky nás v mnoha případech překvapily. Zjistili jsme, že respondenti mají dobré znalosti, ať už o AIM, či režimových opatřeních a léčebných postupech. Znají příznaky a příčiny AIM, znají rizikové faktory vzniku AIM, uvědomují si závažnost onemocnění. Nadále velkým problémem zůstává fyzická aktivita a kouření. Otázkou zůstává, zda pacienti po AIM režimová doporučení opravdu řádně dodržují a řídí se jimi.

Naše analýza má řadu limitací. Do výzkumu byli zařazeni nemocní po AIM od 6 týdnů až 12 měsíců po AIM. Nejde plně o reprezentativní vzorek, nezaměřovali jsme se na sledování krevního tlaku, celkového cholesterolu, výskyt diabetu mellitu. Z výzkumu byli vyřazeni nemocní, kteří neodpověděli na všechny položky. Tím se počet původních respondentů snížil. Problematikou sekundární prevence se mnoho let zaobírá řada studií, která byla realizována nejen v České republice, ale i v zahraničí. Ty poukazují na význam sekundární prevence, jež je nejen u nás, ale i v zahraničí stále nedostatečná.

Analýza výuky na střední zdravotnické škole

Vzhledem k zaměření diplomové práce jsem prostudovala učební plány pro výuku žáků na střední zdravotnické škole, vyšší odborné škole zdravotnické a studijní plány na vysoké škole. Na střední zdravotnické škole jde o Školní vzdělávací program: praktická sestra, studijní obor zdravotnický asistent. Na vyšší odborné škole zdravotnické se jedná o Návrh vzdělávacího programu: Diplomovaná všeobecná sestra.

V průběhu své pedagogické praxe na střední zdravotnické škole jsem se při následových hodinách zajímala, jaké metody používají odborné učitelky při výuce žáků v rámci edukace.

S problematikou edukace se seznamují žáci v předmětech psychologie, komunikace a ošetrovatelství. Vyučující si připravují simulované situace, ve kterých si žáci osvojují své dovednosti. Velký důraz kladly odborné učitelky na komunikaci a edukaci nemocných v průběhu praktického vyučování v nemocnici.

V rámci předmětu ochrana a podpora zdraví a ošetrovatelství žáci dostávají za úkol vytvořit edukační brožuru na zadané téma. Vytvořené brožury jsou poté prezentovány mezi ostatními žáky. Nejlepší brožury jsou poskytnuty organizacím zaměřeným na sociální činnost. Zde formou konference žáci prezentují svůj projekt.

V rámci mimoškolních aktivit si žáci připravují informační a edukační lekce pod vedením svých pedagogů. Ty pak prezentují na různých vzdělávacích akcích. Cílem těchto projektů je naučit se vystupovat před veřejností a reagovat na otázky. Prováděné aktivity kladou důraz na samostudium a samostatnost. Edukační aktivity jsou vítány v různých seniorských organizacích. K oblíbeným edukačním tématům patří význam dodržování režimových opatření u ischemické choroby srdeční, první pomoc při akutním infarktu myokardu aj.

Studující na vyšší odborné škole zdravotnické a ve studijním programu ošetrovatelství v oboru všeobecná sestra získávají základy edukace v samostatném předmětu.

Obsahová náplň i rozsah předmětů je v souladu s doporučením Metodického pokynu MZČR č. 39/2005 Sb. Cílem předmětu je seznámit studenty se základními poznatky a postupy při edukaci pacientů, jež je nedílnou součástí práce sester. Edukace a informovanost pacientů zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče a právo pacienta na informace je legislativně zakotveno.

Předmět stručně objasňuje společenskou potřebu vzdělávání dospělých, popisuje motivační faktory k učení, hierarchii učení, vysvětluje význam edukace pacientů v ošetrovatelství a popisuje profesionální model edukace pacientů v souvislosti se zdravotním stavem. Dále také vyjmenovává předpoklady a dovednosti sestry k edukační činnosti a charakterizuje zásady edukace pacientů.

Student si svou schopnost edukace a tvorby edukačních plánů bude po absolvování předmětu v dalším studiu a klinické praxi dále prohlubovat a zdokonalovat. V rámci pedagogického procesu musí umět pedagog naučit studenta při edukaci odborným dovednostem, ke kterým patří posouzení potřeby edukace u pacienta, popsání a vysvětlení struktury edukačního plánu a jeho následné vytvoření na vybrané téma. V příloze č. 5 uvádíme přípravu pedagoga na výuku v předmětu ošetrovatelství se zaměřením na edukaci.

V předmětu základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství bude student (sestra) schopen v rámci svých kompetencí ve svém profesním rámci metodicky správně edukovat a informovat jednotlivce, rodiny a skupiny o aktuálním stavu zdraví, opatřeních k jeho zlepšení a předcházení riziku vzniku komplikací. V rámci doporučení pro praxi uvádíme v příloze č. 6 příklad edukační lekce pro nemocné/klienty připravené studentem nebo sestrou.

Motivace k edukačnímu programu, vede ke zlepšení kvality života. Řada studií uvádí efektivnost preventivních programů koordinovaných sestrami.

ZÁVĚR

V teoretické části práce byly cíle bez problému naplněny. V souladu s odbornou literaturou a potřebnými dokumenty byly prostudovány aktuální poznatky z domácích a zahraničních zdrojů k uvedené problematice. Praktická část navazuje na teoretické poznatky a analyzuje poznatky, k nimž jsme došli.

Získané výsledky nám potvrzují, že samotná edukace je nedílnou součástí péče o nemocného po akutním infarktu myokardu. Zároveň však výzkum i naše osobní zkušenosti s nemocnými po AIM dokládají, že významnou roli hraje lidský faktor, ukázněnost a ochota nemocného spolupracovat, jeho osobnost a postoj k životu.

Na základě stanovených cílů jsme si stanovili i hypotézy.

Dílčí cíl 1: Znalosti o změně životního stylu po AIM jsou považovány za dostačující.

H1₀: Znalosti o změně životního stylu po AIM považují za dostatečné spíše ženy.

Závěr: Není rozdíl ve vnímání dostatečnosti informací o změně životního stylu mezi pohlavími. Tuto hypotézu zamítáme.

Dílčí cíl 2: Informace o nemoci mohou mít vliv na kvalitu života po prodělaném AIM.

H2₀: Kvalita života nezávisí na informacích o AIM před onemocněním.

Závěr: Fyzická a sociální doména dotazníku QLMI závisí na informacích o nemoci před AIM. Vyšší skóre je u skupiny 1 (respondenti, kteří uvedli, že měli informace o AIM před onemocněním). Výsledky jsou statisticky významné. Hypotézu přijímáme.

Dílčí cíl 3: Zjistit kvalitu života po prodělaném AIM.

H3₀: U respondentů existuje rozdíl v kvalitě života po AIM.

Podle věku: existuje statisticky významná závislost fyzické domény na věku (negativní korelace).

Závěr: Tuto hypotézu částečně přijímáme. Signifikantní závislost fyzické domény na věku.

Hanyu et al., (1999) zjistili, že výsledky k dodržování režimových opatření po AIM jsou dány rozdílným věkem, vzděláním a vážností postižení po akutním onemocnění. Lidé s vyšším vzděláním mají větší snahu doporučení dodržovat. Na druhou stranu staří a vážně nemocní nemohou doporučená opatření dodržovat kvůli nedobré finanční situaci,

jež ovlivňuje jejich schopnost zakoupit si zdravou výživu. Mnohdy také nemohou vykonávat větší fyzickou aktivitu.

Ze strany nemocných i jejich rodinných příslušníků je nejdůležitější compliance. Jak jsme se již zmínili, k motivaci dodržování režimových opatření je potřeba zapojit nejbližší rodinné příslušníky nebo pečující osoby. Nemocným se těžce dodržují daná doporučení, když se v rodině nekonzumuje zdravá strava, pokud se její členové nedostatečně věnují fyzické aktivitě, kouří apod.

Cífková et al., (2014) upozorňuje na nízké socioekonomické postavení, nedostatek podpory ze strany okolí, stres v zaměstnání a v rodinném životě, hostilitu, deprese, anxieta a ostatní psychické poruchy, které přispívají k riziku rozvoje KVO a horší prognóze. Psychosociální rizikové faktory jsou překážkou v adherenci k léčbě ve zlepšení životosprávy stejně jako překážkou zlepšení zdravotního stavu.

Cílem sekundární prevence je dodržování režimových opatření, dieta, pravidelná fyzická aktivita, nekouření, udržení normální koncentrace lipidů, normální hodnota krevního tlaku. Součástí prevence je ovlivňování psychologických faktorů. Tým zdravotníků by měl věnovat náležitou pozornost psychologické intervenci, která může pomoci při zvládnutí psychosociálního stresu, podpoře zdraví, prospěšnému chování a životosprávě. V současné době je potřeba vzhledem k nárůstu ischemické choroby srdeční podporovat strategii zdraví, léčbu a rehabilitaci rizikových osob, výchovu zdravotníků a celé populace se zaměřením na celou populaci a osoby s nižším vzděláním.

Ve studijních programech pro nelékařská povolání se žáci a studenti průběžně připravují k edukaci nemocných. Informace o sekundární prevenci ischemické choroby srdeční můžeme sledovat i ve sdělovacích prostředcích, např. v rozhlase a televizi. Pro mnohé respondenty v našem průzkumu (23 %) se stal zdrojem informací internet, který ovšem není vždy zárukou kvalitních a relevantních informací.

Z hlediska dlouhodobého horizontu je zapotřebí přehodnotit vzorce chování pro aktivní podporu zdraví za účasti nejen jednotlivců, ale i skupin, komunit, organizací a státu. Teprve na prevenci může navázat podpora zdraví v konkrétní, aktivní a výchovné edukaci. Jen edukovaný nemocný se spolupodílí na svém zdraví nebo v procesu uzdravování.

SHRNUTÍ

Tématem diplomové práce je zjišťování znalostí o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu.

Obsahem diplomové práce jsou základní pojmy týkající se akutního infarktu myokardu, režimových opatření, jako je zdravý životní styl, kde řadíme zdravou stravu, pohybovou aktivitu, dopady kouření a konzumace alkoholu. Každým z těchto režimových opatření se zabývá samostatná podkapitola v teoretické části. Podkapitoly přináší nejen obecné poznatky, ale i detailně popisují dopady nedodržování těchto režimových opatření. V teoretické části je popsáno postavení edukace ve zdravotnictví a kvalita života nemocných.

Praktická část obsahuje výsledky kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření cíleného na nemocné 6 a 12 měsíců po akutním infarktu myokardu, sledovaných v kardiologické ambulanci. Cílem bylo zjistit znalosti nemocných v dané problematice a jejich kvalitu života po prodělání onemocnění. Získané informace jsou uvedeny v kapitole *Analýza výsledků*, kde jsou prezentovány pomocí tabulek a grafů a v kapitole *Diskuse*.

SUMMARY

The topic of my thesis consists in detecting knowledge of keeping the regimen by the sick who have suffered the acute myocardial infarction.

The thesis contains the basic concepts concerning the myocardial infarction, the regimen, such as the healthy lifestyle, e.g. healthy diet, physical activities and impacts of smoking and alcohol consumption. Each of this regimen measures is dealt with in a separate sub-chapter of the theoretical section. The sub-chapters include not only general information, but they also describe impacts of the failure to keep the regimen in detail. The importance of education in the health system and the quality of the sick are detailed in the theoretical section.

The empirical section contains the results of the quantitative research, which was done by means of the questionnaire research aimed at the sick who had suffered the myocardial infarction 6 or 12 months ago and who was treated in the cardiology outpatient department. The aim consisted in finding patients' knowledge of the issues and their standard of living after the disease. The obtained information is listed in chapter *Result Analysis*. It is presented in tables, charts and graphs and in the chapter *Discussion*.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BÁLINT, G. 2018. Užívání tabaku u pacientů s akutním koronárním syndrómem. *Česká kardiologická společnost* [online]. 2018 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: http://www.cksonline.cz/26-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta=368.
2. BRUTHANS, Jan, et al. 2014. State of secondary prevention in Czech coronary patients in the EUROASPIRE IV study 2014. *Cor et vasa*. [online]. **56** (2), 105 - 112 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0010-8650. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.crvasa.2014.02.012>.
3. BULAVA, Alan. 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
4. BYDŽOVSKÝ, Jan. 2011. *Předlékařská první pomoc*. 1. vydání. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2334-1.
5. CÍFKOVÁ, Renata, et al. 2014. Souhrn Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi (verze 2012). Připraven Českou kardiologickou společností. *Cor et Vasa* [online]. 56 (2), 168–188 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0010-8650. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.crvasa.2014.02.009.
6. CÍFKOVÁ, Renata. 2016. Co je nového v evropských doporučeních pro prevenci kardiovaskulárních chorob?. *Medical Tribune* [online]. 7.11.2016 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/40756-co-je-noveho-v-evropskych-doporucenich-pro-prevenci-kardiovaskularnich-chorob>.
7. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví*. Vybrané kapitoly. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
8. ČESKO. 2008. *Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra* [online] In: Praha, číslo 39. [cit. 2018-06-04] Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html.
9. DROBILIČOVÁ, Andrea. 2015. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*. **16**(5), 236-237. ISSN 1213-1768.
10. DVOŘÁK, Karel. 2011. Přednemocniční trombolýza srdečního infarktu – současnost a perspektivy. *Intervenční a akutní kardiologie*. **10**(5-6), 235-238. ISSN 1213-807X.

11. FISCHEROVÁ, Blanka. 2008. Specifika akutního infarktu myokardu ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. **10**(3), 110-112. ISSN 1212-7299.
12. FOSTER, Jennifer G., Steven F. LEWIS a Charles H. HENNEKENS. 2017. Editorial commentary: Cardiac rehabilitation: Major benefits and minor risks. *Trends in Cardiovascular Medicine* [online]. **27**(6), 426-427 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1050-1738. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.03.001>.
13. HALUZÍKOVÁ, Jana. 2010. *Edukační činnost sestry* [CD]. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik [cit. 2018-06-07]. 79 s. ISBN 978-80-7248-576-5.
14. HALUZÍKOVÁ, Jana. 2012. Sledování režimových opatření u nemocných po PTCA a CABG. *Rehabilitácia* [online]. **49**(3), 167-174 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0375-0922. Dostupné z: <http://www.rehabilitacia.sk/archiv/cisla/3REH2012-m.pdf>.
15. HANYU, Ni., et al. 1999. Factors Influencing Knowledge of and Adherence to Self-care Among Patients With Heart Failure. *JAMA Internal Medicine* [online]. 159(14), 613-619 [cit. 2018-06-04]. Dostupné z: doi:10.1001/archinte.159.14.1613.
16. HLINOMAZ, O. et al. 2018. Contract4life. Pro život po infarktu myokardu. *Česká kardiologická společnost* [online]. 2018 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: http://www.cksonline.cz/26-vyrocní-sjezd-cks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta=596.
17. HÖFER, Stefan, et al. 2004. The MacNew Heart Disease health-related quality of life: A summary. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. **2**(1) [cit. 2018-06-04]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-3>.
18. HONG, Judith, Bonnie KOO a John KOO. 2008. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy* [online]. **21**(1), 54-59 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1396-0296. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1529-8019.2008.00170.x.
19. CHALOUPKA, Václav. 2004. Rehabilitace nemocných po infarktu myokardu. *Interní medicína pro praxi*. **6**(2), 74-78. ISSN 1212-7299.
20. IBANEZ, Borja, et al. 2017. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* [online]. **39**(2), 119-177 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1522-9645. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>.

21. International first aid and resuscitation guidelines 2016. In: *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies* [online]. Geneva, 2016 [cit. 2018-06-05]. Dostupné z: http://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/First-Aid-2016-Guidelines_EN.pdf.
22. IŠTOŇOVÁ, Miriam, Marek ZEMAN a Mária JUDIČÁKOVÁ. 2008. Edukácia v rehabilitačnej starostlivosti pacienta s infarktom myokardu. *Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť - základný predpoklad kvality života pacientov: zborník referátov z 3. Slovenského chirurgického dňa v Košiciach* [online]. Prešov: Fakulta zdravotníctva, Prešovská univerzita v Prešove, , 23-30, [cit. 2018-06-04]. ISBN 978-80-555-0261-8.
23. JANOŤEK, Stanislav. 2011. Troponin u akútneho infarktu myokardu – zlatý standard, alebo dobrý sluha, ale špatný pán? *Intervenční a akutní kardiologie*. **10**(1), 18-22. ISSN 1213-807X.
24. JUNEHAG, Lena, Kenneth ASPLUND a Marianne SVEDLUND. 2014. Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. **28**(2), 289-296 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1471-6712. Dostupné z: doi:10.1111/scs.12058.
25. JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
26. KALA, Petr, et al. 2017. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor et Vasa* [online]. **59**(6), 613–644 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0010-8650. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.crvasa.2017.10.008>.
27. KANG, Kyounggrim, et al. 2017. Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **73**(2017), 1-16 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010>.
28. KLENER, Pavel, et al. 2012. *Vnitřní lékařství*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. 1129 s. ISBN 978- 80-7262-857-5.
29. KORDULOVÁ, Pavla. 2017. Vzdělávání sester v akutní kardiologii. *Intervenční a akutní kardiologie*. **16**(1), 32-34. ISSN 1213-807X.

30. KŘIVOHLAVÁ, Lucie. 2017. Strava založená na potravinách rostlinného původu v prevenci civilizačních onemocnění. *Praktický lékař*. Časopis pro další vzdělávání lékařů [online]. 97(3), 131-133 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=53c69745-f87c-4595-b4c6-137287b7c909%40sessionmgr4010>.
31. KVAPIL, Milan. 2011. Edukace edukátorů: klíč k úspěšné terapii diabetu. *Medical Tribune* [online]. 12.9.2011 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/23948-edukace-edukatoru-klic-k-uspesne-terapii-diabetu>.
32. MAČÁK, Jirka, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. 2012. *Patologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
33. MACHOVÁ, Jitka, et al. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
34. MARTJE, H. L., et al. 2006. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal* [online]. 27(4), 434–440, [cit. 2018-06-04]. ISSN 2391-5463, DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi603>.
35. MÍČKOVÁ, Iveta. 2009. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra* [online]. 9.12.2009 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-osestrovatelskeho-procesu-448627>.
36. MÍFKOVÁ, Leona, et al. 2014. Ambulantní rehabilitační program u mužů a žen po akutním infarktu myokardu. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca* [online]. 23(2), 55-65 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1210-5481. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=01e3be31-65eb-4e26-b01c-e215ef820298%40sessionmgr104>.
37. MOK, Vincent K. F., et al. 2013. A Controlled Trial of a Nurse Follow-up Dietary Intervention on Maintaining a Heart-Healthy Dietary Pattern Among Patients After Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*. The Official Journal of The Preventive Cardiovascular Nurse Association [online]. 28(3), 256-266 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0889-4655. Dostupné z: DOI: 10.1097/JCN.0b013e31824a37b7.
38. MOLAZEM, Zahra, et al. 2013. Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. *ARYA Atherosclerosis* [online]. 9(3), 186–191 [cit. 2018-06-04]. Dostupné z: <http://arya.mui.ac.ir/index.php/arya/article/view/518/1174>.

39. MURRAY, Jenni, et al. 2012. A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change. *BMC Cardiovascular Disorders* [online]. **12**(120), 1-12 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1471-2261. Dostupné z: DOI:10.1186/1471-2261-12-120.
40. NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. 2015. *Přehled anatomie*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-807492-206-0.
41. NOITES, Andreia, et al. 2017. Effects of a Phase IV Home-Based Cardiac Rehabilitation Program on Cardiorespiratory Fitness and Physical Activity. *Heart, Lung and Circulation* [online]. **26**(5), 455-462 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1443-9506. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.08.004>.
42. NOTARA, Venetia, Demosthenes B. PANAGIOTAKOS a Christos E. PITSAVOS. 2014. Secondary prevention of acute coronary syndrome. Socio-economic and lifestyle determinants: a literature review. *Central European Journal of Public Health* [online]. **22**(3), 175-182 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1803-1048. Dostupné z: DOI: 10.21101/cejph.a3960.
43. ORTH-GOME'R, Kristina. 2007. Psychosocial and behavioral aspects of cardiovascular disease prevention in men and women. *Current Opinion in Psychiatry* [online]. **20** (2), 147-151 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1473-6578. Dostupné z: doi: 10.1097/YCO.0b013e32802b705e.
44. PARK, Ai Hee, Suk Jeong LEE a Seung Jin OH. 2015. The effects of a smoking cessation programme on health-promoting lifestyles and smoking cessation in smokers who had undergone percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Practice* [online]. **21**(2), 107-177 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1440-172X. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12230.
45. PERK, Joep, et al. 2012. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* [online]. **33**(13), 1635-1701 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1522-9645. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092>.
46. PESAH, Ella, et al. 2017. A Review of Cardiac Rehabilitation Delivery Around the World. *Progress in Cardiovascular Diseases* [online]. **60**(2), 267-280 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0033-0620. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.08.007>.

47. PIEPOLI, Massimo F., et al. 2016. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis* [online]. **252**(2016), 207-274 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0021-9150. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.037>.
48. PIŤHA, Jan. 2011. Rizikové faktory aterosklerózy u žen. *Interní medicína pro praxi*. **13**(6), 241-243. ISSN 1212-7299.
49. POKORNÝ, Jiří, Rudolf ČERVENÝ a Petr WIDIMSKÝ. 2012. Vybrané kapitoly lékařské první pomoci (Systém přednemocniční neodkladné péče a poskytování lékařské první pomoci praktickým lékařem - výňatky z aktualizace DP 2010). *Practicus*. Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP [online]. **10**(2), 25-33 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://www.practicus.eu/data/Practicus2012/practicus2012-02.pdf>.
50. PORZER, Martin, et al. 2017. Out-of-hospital cardiac arrest. *Biomedical Papers* [online]. **161**(4), 348-353 [cit. 2018-06-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/bp.2017.054>.
51. PUDIL, Radek. 2014. Troponiny v diagnostice akutních koronárních syndromů – update 2014. *Intervenční a akutní kardiologie*. **13**(1), 23-26. ISSN 1213-807X.
52. RANČIĆ, Nataša, et al. 2013. Health-related quality of life in patients after the acute myocardial infarction. *Central European Journal of Medicine* [online]. 8(2), 266 - 272 [cit. 2018-06-04]. ISSN 2391-5463, DOI: <https://doi.org/10.2478/s11536-012-0118-5>.
53. ROKYTA, Richard, et al. 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
54. ROSOLOVÁ, Hana, et al. 2013. *Preventivní kardiologie v kostce*. 1. vydání. Praha: Axonite. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.
55. RUTAR, Pavel. 2017. Existují rezervy v léčbě pacientů po infarktu myokardu? *Interní medicína pro praxi*. **19**(2), 97-98. ISSN 1212-7299.
56. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry*. Úvod do problematiky. 1. vydání. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

57. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
58. ŠAMÁNEK, Milan a Zuzana URBANOVÁ. 2011. Jak prospívá střídmé pití vína lidskému zdraví?. *Interní medicína pro praxi*. **13**(11), 455-456. ISSN 1212-7299.
59. ŠIMEK, Stanislav. 2015. Léčba infarktu je závod s časem. *Intervenční a akutní kardiologie*. **14**(2), 56-59. ISSN 1213-807X.
60. ŠPINAR, Jindřich, et al. 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1 vydání. Praha: Grada. 254 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
61. ŠPINAR, Jindřich, Jiří VÍTOVEC a Lenka ŠPINAROVÁ. 2011. Farmakoterapie po infarktu myokardu. *Interní medicína pro praxi*. **13**(10), 378-382. ISSN 1212-7299.
62. ŠPINAR, Jindřich, Jiří VÍTOVEC. 2014. Doporučení pro sexuální aktivitu nemocných s kardiovaskulárním onemocněním a jejich partnery-AHA, ESC Guidelines 2013. *Kardiologická revue. Interní medicína*. **16**(4) 267-271. ISSN 2336-288x.
63. TOMÁNKOVÁ, Petra. *Atopický ekzém - kvalita života nemocných dětí a celé rodiny*. Olomouc, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Marie Selerová.
64. TRUHLÁŘ, Anatolij, et al. 2015. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015. Souhrn doporučení. *Urgentní medicína. Časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. **3**(18), 56-59 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_mimoradne-vydani.pdf.
65. TUKA, Vladimír a Martin MATOULEK. 2013. Kardiovaskulární rehabilitace. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca* [online]. **22**(4), 198-205 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1210-5481. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f91d46d2-f139-4a00-a3e2-2f9eea7e03ec%40sessionmgr4007>.
66. UHLÍŘ, Petr, et al. 2013. Efekt lázeňské kardio-rehabilitace na variabilitu srdeční frekvence pacientů po aortokoronárním bypassu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství. Volné pokračování fyziatrického a revmatologického věstníku založeného v roce 1923* [online]. **20**(3), 129-134 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=02ed6c8f-0bf1-4c8a-be36-16f0532337af%40sessionmgr104>.
67. UYSAL, Hilal a Şeyda OZCAN. 2015. The effect of individual education on patients' physical activity capacity after myocardial infarction. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 21(2015), 18 - 28 [cit. 2018-06-04]. Dostupné z: DOI: 10.1111/ijn.12193.

68. VÍTOVEC, Jiří, Lenka ŠPINAROVÁ a Jindřich ŠPINAR. 2011. Sekundární prevence po infarktu myokardu – režimové a farmakologické postupy. *Interní medicína pro praxi*. **13**(5), 202-204. ISSN 1212-7299.
69. VOBORNÍK, Martin, et al. 2015. Kvalita života po chirurgické revaskularizaci myokardu – je operační přístup rozhodující?. *Intervenční a akutní kardiologie*. **14**(4), 144-147. ISSN 1213-807X.
70. VOJÁČEK, Jan, Petr JANSKÝ a Tomáš JANOTA. 2013. Třetí univerzální definice infarktu myokardu. *Cor et vasa*. [online]. **55**(3), 228-235 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1803-7712. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.crvasa.2012.12.004>.
71. VRABLÍK, Michal, et al. 2011. Endoteliální dysfunkce – první stadium aterosklerózy. *Medicína pro praxi*. **8**(3), 119-122. ISSN 1214-8687.
72. VYSOKÝ, Robert, et al. 2014. Kardiovaskulární rehabilitace u pacientů po akutní koronární příhodě. *Kardiologická revue*. Interní medicína [online]. **16**(6), 507-511 [cit. 2018-06-04]. ISSN 2336-2898. Dostupné z: <http://www.kardiologickarevue.cz/pdf?id=50713>.
73. WHALLEY, D., et al. 2004. A new instrument for assessing quality of life in atopic dermatitis: international development of the Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD). *British Journal of Dermatology* [online]. **150**(2), 274-283 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0007-0963. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1365-2133.2004.05783.x.
74. WIDIMSKÝ, J., GEIZEROVÁ, H., HEJL, Z. (1980). Stupeň vzdělání a rizikové faktory ischemické choroby srdeční. *Praktický lékař*, 60, 1980, č. 13, 453 – 455.
75. WIDIMSKÝ, Petr, Petr KALAB a Richard ROKYTA. 2012. Souhrn Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu pacientů s akutním infarktem myokardu s elevací úseku ST z roku 2012. Připraven Českou kardiologickou společností. *Cor et vasa* [online]. **54**(5), 273–289 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0010-8650. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.crvasa.2012.09.001>.
76. YENG, Soo Hoo Soon, Robyn GALLAGHER a Elliott DOUG. 2015. Factors influencing health-related quality of life after primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. *Applied Nursing Research* [online]. **30**(2016), 237-244 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0897-1897. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.09.002>.
77. ZORMANOVÁ, Lucie. 2014. *Obecná didaktika*. Pro studium a praxi. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4590-9.

78. ŽELÍZKO, Michael, et al. 2011. Intervenční kardiologie: co nabízí v roce 2011. *Praktický lékař*. Časopis pro další vzdělávání lékařů [online]. **91**(1), 42-48 [cit. 2018-06-04]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=075e2132-b97a-450a-9282-b4ca0de26957%40sessionmgr104>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Máte zájem dodržovat režimová opatření?
Tabulka č. 2	Kdo vás poprvé informoval o režimových opatřeních?
Tabulka č. 3	Byly informace o změně životního stylu po prodělaném akutním infarktu myokardu, které vám byly sděleny, dostačující?
Tabulka č. 4	Změnili jste svůj životní styl od objevení se nemoci?
Tabulka č. 5	Rozumíte tomu, proč dodržovat režimová opatření?
Tabulka č. 6	K dodržování režimových opatření by mi pomohlo pravidelné týdenní připomínání režimových opatření zdravotnickým pracovníkem?
Tabulka č. 7	Měl/a jste informace o akutním infarktu myokardu předtím, než jste touto nemocí onemocněl/a?
Tabulka č. 8	Znáte příznaky akutního infarktu myokardu?
Tabulka č. 9	Jaké jsou nejspecifičtější rizikové faktory akutního infarktu myokardu?
Tabulka č. 10	Akutní infarkt myokardu je:

Tabulka č. 11	Jak závažné je onemocnění akutním infarktem myokardu?
Tabulka č. 12	Co má vliv na úspěšnou léčbu akutního infarktu myokardu?
Tabulka č. 13	Co uděláte při náhlé bolesti za hrudní kostí?
Tabulka č. 14	Nejvhodnější počasí pro venkovní aktivity je...
Tabulka č. 15	Po akutním infarktu myokardu není vhodné navštěvovat teplé oblasti s větší vlhkostí vzduchu.
Tabulka č. 16	Které sporty pro mě nejsou po prodělaném akutním infarktu vhodné?
Tabulka č. 17	Průměrná kvalita života podle domén u jednotlivých respondentů.
Tabulka č. 18	Průměrná kvalita života v jednotlivých doménách podle pohlaví.
Tabulka č. 19	Řešení: skóre odpovědí u otázky č. 32 podle pohlaví
Tabulka č. 20	Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 1 (informace o nemoci před AIM) z vlastního dotazníku

Tabulka č. 21	Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 6 (vliv na úspěšnou léčbu IM) z vlastního dotazníku
Tabulka č. 22	Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 22 (četnost fyzické aktivity) z vlastního dotazníku
Tabulka č. 23	Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 27 (počet vykouřených cigaret) z vlastního dotazníku
Tabulka č. 24	Závislost domén z dotazníku QLMI na otázce 16 (pití kávy) z vlastního dotazníku

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Pohlaví respondentů
Graf č. 2	Věk žen
Graf č. 3	Věk mužů
Graf č. 4	Váha respondentů
Graf č. 5	Rodinný stav respondentů
Graf č. 6	Vzdělání respondentů
Graf č. 7	Sociální status respondentů
Graf č. 8	Proměnná fyzická, otázky č. 1
Graf č. 9	Proměnná sociální, otázky č. 1
Graf č. 10	Závislost fyzické domény na věku
Graf č. 11	Proměnná fyzická, otázky č. 22
Graf č. 12	Proměnná sociální, otázky č. 22
Graf č. 13	Proměnná emoční, otázky č. 27
Graf č. 14	Proměnná emoční, otázky č. 16
Graf č. 15	Proměnná fyzická, otázky č. 16
Graf č. 16	Proměnná sociální, otázky č. 16

SEZNAM ZKRATEK

AED	Automatický externí defibrilátor
AIM	Akutní infarkt myokardu
AKS	Akutní koronární syndrom
AP	Angina pectoris
BMI	Body mass index
CABG	Aortokoronární bypass
EKG	Elektrokardiografie
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
HRQoL	Kvalita života závislá na zdraví
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
MacNew QLMI	Kvalita života po infarktu myokardu
PCI	Perkutánní koronární intervence
QoL	Kvalita života
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Žádost o povolení sběru dat k diplomové práci
Příloha č. 2	Dotazník – „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu“
Příloha č. 3	Standardizovaný dotazník – „MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire (MacNew QLMI)“
Příloha č. 4	Doplňkové otázky dotazníku „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu“
Příloha č. 5	Příprava pedagoga na výuku v předmětu ošetrovatelství se zaměřením na edukaci
Příloha č. 6	Příklad edukační lekce pro nemocné po akutním infarktu myokardu

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Žádost o povolení sběru dat k diplomové práci

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANTROPOLOGIE A ZDRAVOVĚDY

Jméno a příjmení: Bc. Petra Tománková

Datum narození: 14.3.1993

Korespondenční adresa: Kozlovice 106, 739 47

Telefon: 737 664 324

E-mail: ppetra.tomankova@seznam.cz

Rok studia/semestr: 2./4.

Studijní program: Učitelství odborných
předmětů pro zdravotnické školy

Stupeň studia: Magisterský

Akademický rok: 2016/2017

ŽÁDOST

Žádost o povolení sběru dat k diplomové práci

Odůvodnění žádosti:

Vážená paní náměstkyně,

žádám Vás tímto o povolení sběru dat pro vytvoření praktické části mé diplomové práce. Jsem studentkou 2. ročníku magisterského studijního programu Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy v kombinované formě na Pedagogické fakultě, Univerzity Palackého v Olomouci. Téma mé diplomové práce je „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu.“ Vedoucí práce je PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D., vedoucí Ústavu ošetrovatelství, Fakulty veřejných politik, na Slezské univerzitě v Opavě.

K dokončení své práce bych ráda využila data sesbírána prostřednictvím dotazníku Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI) a vlastního dotazníku, za souhlasu pacientů hospitalizovaných v tomto období ve Vašem zařízení Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace.

Se získanými daty budu zacházet dle platných etických norem a platných zákonů na ochranu osobnosti dle právního řádu České republiky.

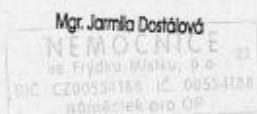
Žádám o povolení sběru dat v období od leden - červenec 2017.

Prosím Vás o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Datum 24. 1. 2017

Mgr. Jarmila Dostálová

Petra Tománková
Bc. Petra Tománková



Příloha č. 2 Dotazník – „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu“

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou 2. ročníku oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě, Univerzity Palackého v Olomouci. Tento dotazník slouží ke zpracování mé diplomové práce na téma „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu“. Dotazník je anonymní.

Prosím Vás o jeho vyplnění, odpovědi zaškrtněte podle nabízených možností, popřípadě vlastními slovy, u některých otázek budete mít možnost vybrat více odpovědí.

Děkuji Vám za trpělivost a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Bc. Petra Jabůrková

Otázky ke zjištění generických údajů:

Pohlaví:

- ŽENA MUŽ

Jaký je Váš věk?

.....

Vyplňte prosím:

Váha.....

Výška.....

Rodinný stav:

- svobodný/á
 ženatý/á
 vdovec/vdova
 rozvedený/á
 druh/družka

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
 vyučen bez maturity
 středoškolské
 vysokoškolské

Jaký je Váš sociální status?

- zaměstnaný/á
 nezaměstnaný/á
 částečně invalidní důchod
 plný invalidní důchod
 starobní důchod
 OSVČ

1. Měl/a jste informace o akutním infarktu myokardu předtím, než jste touto nemocí onemocněl/a?

- ano
- ne

2. Znáte příznaky akutního infarktu myokardu? (Můžete označit více odpovědí.)

- ischemická bolest srdce – stenokardie
- brnění jazyka a konečků prstů
- infarkt nemusí mít žádné příznaky
- bledost, až zmodrání a bolestivost dolních končetin
- nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, zvýšená únava

3. Jaké jsou nejspecifičtější rizikové faktory akutního infarktu myokardu? (Můžete označit více odpovědí.)

- kouření
- věk
- pohlaví
- vysoký cholesterol
- cukrovka
- dědičnost
- stres
- fyzická nečinnost
- vysoký krevní tlak

4. Akutní infarkt myokardu je:

- Zánětlivé onemocnění srdce, léčí se antibiotiky.
- Kornatění tepen, vzniká v důsledku ukládání tukových látek do stěny tepny.
- Náhlé přerušení krevního zásobování části srdce.

5. Jak závažné je onemocnění akutním infarktem myokardu?

- není závažné
- je to velmi závažné, život ohrožující onemocnění
- je to závažné onemocnění ale neohrožuje na životě

6. Co má vliv na úspěšnou léčbu akutního infarktu myokardu?

- včasné zavolání sanitky
- nic nemá vliv na úspěch léčby
- čas mezi objevením se příznaků a zavoláním sanitky

7. Co uděláte při náhlé bolesti za hrudní kostí?

- Otevřu si okno, lehnu si a počkám 2 hodiny.
- Posadím se do polosedu, opřu se o lokty, budu zhluboka dýchat, pokud potíže nevymizí, vezmu si tabletu Nitroglycerinu nebo použiji sprej a lehnu si.
- Vezmu si tabletu Nitroglycerinu pod jazyk nebo použiji sprej. Zopakuji po 5 minutách. Pokud příznaky nevymizí do 20 minut, zavolám sanitku.

8. Nejvhodnější počasí pro venkovní aktivitu je:

- teploty nad 27 °C
- teploty pod -5 °C
- teploty mezi 0 – 25 °C
- když fouká studený vítr

9. Po akutním infarktu myokardu není vhodné navštěvovat teplé oblasti s větší vlhkostí vzduchu.

- Ano není, není vhodné.
- Ne je, je vhodné.

10. Které sporty pro mě nejsou po prodělaném akutním infarktu myokardu vhodné? (můžete označit více odpovědí)

- kolektivní sporty (fotbal, hokej, florbal, basketbal, volejbal...)
- běh
- procházky
- lyžování
- plavání
- jízda na kole

11. Byl/a jste informován/a o sníženém množství soli?

- ano
- ne
- nevím

12. Která z následujících opatření omezující příjem soli dodržujete? (Můžete označit více odpovědí.)

- nepřisoluji hotové jídlo
- vyvaruji se příliš slaným pochutinám
- nekonzumuji konzervované potraviny
- dodržuji všechna uvedená opatření
- nedodržuji žádná z uvedených opatření

13. Jakou formu přípravy pokrmů preferujete? (Můžete označit více odpovědí.)

- vaření
- dušení
- pražení
- smažení
- pečení

14. Sledujete průběžně svou hmotnost?

- denně
- obden
- 1x/týden
- 1x/měsíc
- nesleduji

15. Myslíte si, že máte ideální hmotnost?

- souhlasím
- spíše souhlasím
- spíše nesouhlasím
- nesouhlasím

16. Jak často pijete kávu?

- 1-2 kávy denně
- 3 a více káv denně
- vůbec nepiji kávu

17. Pijete minerální vody?

- ano
- ne
- občas

18. Kolik vypijete denně tekutin?

- do 1 litru
- 1,5 – 2 litry
- více než 2 litry

19. Z přijatých tekutin denně vypijete?

(Můžete označit více odpovědí.)

- vody.....l
- minerálkyl

20. Kolik vypijete denně alkoholu?
(20g alkoholu= 0,5l piva, 2dcl vína, 5cl destilátu)

- 10-20g
- 20 – 40g
- více jak 60g
- jsem abstinent

21. Máte pravidelnou fyzickou aktivitu?

- ano
- ne

22. Jak často se věnujete fyzické aktivitě?

- každý den
- 3x týdně
- 1x týdně
- nepravidelně
- vůbec

23. Z fyzických aktivit preferuji:

(Můžete označit více odpovědí.)

- rychlá chůze minimálně 30 minut denně
- běh
- jízda na kole
- procházky
- plavání
- jiné:.....

24. Jaké máte koníčky?

- žádné (Můžete označit více odpovědí.)
- baví mě duševní práce (hudba, četba, křížovky aj.)
- baví mě fyzická práce (zahrada)
- sport

25. Za jak dlouho po jídle můžete vykonávat fyzickou aktivitu?

- za 30 minut
- za 2 hodiny
- za 1 hodinu

26. Jaký je váš postoj ke kouření?

- kouřím
- nekouřím
- přestal/a jsem kouřit
- kouřím elektronickou cigaretu
- chci přestat kouřit
- nekouřím, ale žiji v domácnosti s kuřákem

27. Kolik vykouříte cigaret za den? (Odpovězte prosím pouze, pokud kouříte.)

- 1 – 5 cigaret/den
- 15 – 20 cigaret/den
- více jak 20 cigaret/den

28. Kolikrát jste se snažil/a přestat kouřit? (Odpovězte prosím, pouze pokud kouříte.)

- nikdy
- 1x
- více jak 1x

29. Znáte možnosti, které pomáhají při odvykání kouření? (Odpovězte prosím, pouze pokud kouříte)

- ano
- ne
- nevím

30. Máte zájem dodržovat režimová opatření?

- ano
- ne
- nevím

31. Kdo Vás poprvé informoval o režimových opatřeních? Můžete zvolit více odpovědí. (Můžete označit více odpovědí.)

- sestra
- lékař
- jiný pacient
- internet
- média
- brožury, létaky, jiné:

32. Byly informace, o změně životního stylu po prodělaném akutním infarktu myokardu, které vám byly sděleny, dostačující?

- souhlasím
- spíše souhlasím
- spíše nesouhlasím
- nesouhlasím

33. Změnili jste svůj životní styl od objevení se nemoci?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

34..Rozumíte tomu, proč dodržovat režimová opatření?

- ano
- ano, ale potřeboval bych více informací
- ne

35. K dodržování režimových opatření by mi pomohlo pravidelné týdenní připomínání režimových opatření zdravotnickým pracovníkem?

- ano, pomohlo by mi připomínání pomocí e – mailu
- ano, pomohlo by mi připomínání pomocí SMS
- ano, pomohlo by mi připomínání pomocí telefonu
- ano, pomohlo by mi připomínání pomocí osobního kontaktu
- ne, ani připomínání by mi nepomohlo k dodržování režimových opatření
- ne, připomínání režimových opatření by mě obtěžovalo

Příloha č. 3 Standardizovaný dotazník – „MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire (MacNew QLMI)“

Rádi bychom se vás zeptali na několik odpovědí o tom, jak se cítíte **V POSLEDNÍCH 2 TÝDNECH.**

Zaškrtněte prosím políčko, které vyhovuje vaší odpovědi.

1. Obecně vzato, kolik času během posledních 2 týdnů jste se cítili frustrováni, netrpěliví nebo naštvaní?

- 1 PO CELOU DOBU
- 2 VĚTŠINU ČASU
- 3 DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 URČITOU DOBU
- 5 NĚCO MÁLO ČASU
- 6 SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ŽÁDNÝ ČAS

2. Jak často jste se během posledních 2 týdnů cítili bezcenní nebo neschopní?

- 1 PO CELOU DOBU
- 2 VĚTŠINU ČASU
- 3 DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 URČITOU DOBU
- 5 NĚCO MÁLO ČASU
- 6 SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ŽÁDNÝ ČAS

3. Jak dlouho jste se za poslední 2 týdny cítili velmi sebevědomí a jistí, že byste mohli zvládnout svůj srdeční problém?

- 1 ŽÁDNÝ ČAS
- 2 NĚCO MÁLO ČASU
- 3 URČITOU DOBU
- 4 DOCELA HODNĚ ČASU
- 5 VĚTŠINU ČASU
- 6 TĚMĚŘ PO CELOU DOBU
- 7 PO CELOU DOBU

4. Kolik času obecně jste se cítili zklamaní nebo pod psa za poslední 2 týdny?

- 1 PO CELOU DOBU
- 2 VĚTŠINU ČASU
- 3 DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 URČITOU DOBU
- 5 NĚCO MÁLO ČASU
- 6 SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ŽÁDNÝ ČAS

5. Kolik času za poslední 2 týdny jste se cítili odpočatí a nepocíťovali jste napětí?

- 1 ŽÁDNÝ ČAS
- 2 NĚCO MÁLO ČASU
- 3 URČITOU DOBU
- 4 DOCELA HODNĚ ČASU
- 5 VĚTŠINU ČASU
- 6 TĚMĚŘ PO CELOU DOBU
- 7 PO CELOU DOBU

6. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili zmožení nebo bez energie.

- 1 PO CELOU DOBU
- 2 VĚTŠINU ČASU
- 3 DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 URČITOU DOBU
- 5 NĚCO MÁLO ČASU
- 6 SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ŽÁDNÝ ČAS

7. Jak šťastní, spokojení nebo potěšení jste byli se svým osobním životem za poslední 2 týdny.

- 1 VELMI NESPOKOJENÝ, NEŠŤASTNÝ VĚTŠINU DOBY
- 2 OBECNĚ NESPOKOJENÝ, NEŠŤASTNÝ
- 3 TROCHU NESPOKOJENÝ, NEŠŤASTNÝ
- 4 OBECNĚ SPOKOJENÝ, POTĚŠENÝ
- 5 ŠŤASTNÝ PO VĚTŠINU ČASU
- 6 VELMI ŠŤASTNÝ PO VĚTŠINU ČASU
- 7 EXTRÉMNĚ ŠŤASTNÝ, NEMOHL BYCH BÝT VÍCE ŠŤASTNÝ

8. Obecně jak často během posledních 2 týdnů jste se cítili neklidní nebo měli pocit, jako kdyby jste měli problém zklidnit se?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

9. Jak moc jste během posledních 2 týdnů pociťovali dušnost při výkonu svých každodenních fyzických činností?

- 1 ⑥ EXTRÉMNI DUŠNOST
- 2 ⑥ ČASTÁ DUŠNOST
- 3 ⑥ DOCELA DOST DUŠNÝ
- 4 ⑥ STŘEDNÍ DUŠNOST
- 5 ⑥ URČITÁ DUŠNOST
- 6 ⑥ MÁLO DUŠNÝ
- 7 ⑥ BEZ DUŠNOSTI

10. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili nutkání k pláči nebo jste měli chuť plakat?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

11. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili, jako kdybyste byli více závislí než předtím, co jste měli problém se srdcem?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU

- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

12. Jak často za poslední 2 týdny jste cítili, že nejste schopni provádět obvyklé společenské činnosti nebo společenské činnosti se svou rodinou?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

13. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili, jako kdyby ostatní už vám tolik nevěřili jako před vaším problémem se srdcem?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

14. Jak často za poslední 2 týdny jste zažili bolest na hrudi při výkonu svých každodenních činností?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

15. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili nejistí sami sebou nebo vám chybělo sebevědomí?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

16. Jak často za poslední 2 týdny vás obtěžovala bolest nebo unavené nohy?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

17. Jak moc jste za poslední dva týdny byli omezeni při sportech nebo cvičení v důsledku vašeho problému se srdcem?

- 1 ⑥ EXTRÉMNĚ OMEZEN
- 2 ⑥ VELMI OMEZEN
- 3 ⑥ DOCELADOST
- 4 ⑥ STŘEDNĚ OMEZEN
- 5 ⑥ TROCHU OMEZEN
- 6 ⑥ MÁLO OMEZEN
- 7 ⑥ VŮBEC NEOMEZEN

18. Jak často za poslední 2 týdny jste pociťovali obavy nebo strach?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS

7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

19. Jak často za poslední 2 týdny jste pocívali závratě nebo točení hlavy?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

20. Obecně vzato, jak mnoho jste za poslední dva týdny byli omezeni nebo limitováni v důsledku vašeho problému se srdcem?

- 1 ⑥ EXTRÉMNĚ OMEZEN
- 2 ⑥ VELMI OMEZEN
- 3 ⑥ DOCELADOST
- 4 ⑥ STŘEDNĚ OMEZEN
- 5 ⑥ TROCHU OMEZEN
- 6 ⑥ MÁLO OMEZEN
- 7 ⑥ VŮBEC NEOMEZEN

21. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili nejistí ohledně toho, jak moc cvičit nebo provádět tělesnou aktivitu?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

22. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili, jak kdyby byla vaše rodina vůči vám příliš ochránářská?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU

- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

23. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili jako přítěž pro ostatní?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

24. Jak často za poslední 2 týdny jste se cítili vyloučení z aktivit s ostatními lidmi kvůli vašemu problému se srdcem?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

25. Jak často jste se za poslední 2 týdny cítili neschopni socializovat se kvůli svému problému se srdcem?

- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

26. Obecně vzato, jak moc jste za poslední dva týdny byli tělesně omezeni nebo limitováni v důsledku svého problému se srdcem?

- 1 ⑥ EXTRÉMNĚ OMEZEN
- 2 ⑥ VELMI OMEZEN
- 3 ⑥ DOCELADOST
- 4 ⑥ STŘEDNĚ OMEZEN
- 5 ⑥ TROCHU OMEZEN
- 6 ⑥ MÁLO OMEZEN
- 7 ⑥ VŮBEC NEOMEZEN

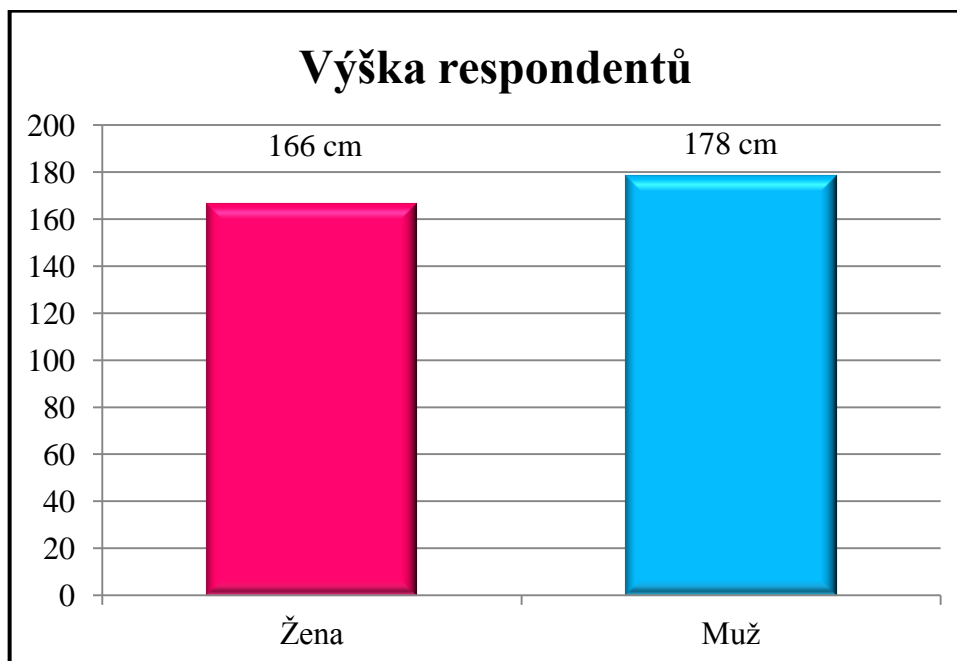
27. Jak často jste se za poslední 2 týdny cítili svým problémem se srdcem omezeni, popř. narušováni při pohlavním styku.

- 0 ⑥ NEUVÁDÍ SE
- 1 ⑥ PO CELOU DOBU
- 2 ⑥ VĚTŠINU ČASU
- 3 ⑥ DOCELA HODNĚ ČASU
- 4 ⑥ URČITOU DOBU
- 5 ⑥ NĚCO MÁLO ČASU
- 6 ⑥ SKORO ŽÁDNÝ ČAS
- 7 ⑥ ŽÁDNÝ ČAS

[září 1996]

Zdroj: OLDRIDGE, Neil a Lim LYNETTE. 1996. *Macnew Quality Of Life After Myocardial Infarction Questionnaire [Macnew QLMI]* [online]. 1996 [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <https://www.jiscmail.ac.uk/search.html?q=macnew+QLMI>.

Příloha č. 4 Doplnkové otázky dotazníku „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu“



Graf č. 1: Výška respondentů

Graf zobrazuje průměrnou výšku všech respondentů. Ženy jsou v našem výzkumném vzorku všeobecně menší než muži o 12 cm. Průměrná výška žen je 166 cm a mužů 178 cm.

Otázka č. 11: Byl/a jste informován/a o sníženém množství soli?

Tabulka č. 1: Byl/a jste informován/a o sníženém množství soli?

Odpověď	n	%
ano	35	58 %
ne	10	17 %
nevím	15	25 %
Celkem	60	100 %

V tabulce je uvedeno, že 58 % (35) respondentů bylo o nutnosti snížit příjem soli lékařem informováno. Naopak 17 % (10) respondentů nebylo o této skutečnosti informováno. Odpověď nevím vybralo 25 % (15) všech dotazovaných.

Otázka č. 12: Která z následujících opatření omezující příjem soli dodržujete? (Respondenti mohli označit více odpovědí.)

Tabulka č. 2: Která z následujících opatření omezující příjem soli dodržujete?

Odpověď	n	%
Nepřisolují hotové jídlo.	24	40 %
Vyvarují se příliš slaným pochutinám.	16	27 %
Nekonzumují konzervované potraviny.	11	18 %
Dodržují všechna uvedená doporučení.	10	17 %
Nedodržují žádná z uvedených doporučení.	16	27 %

Cílem této otázky bylo zjistit, jaká opatření v omezování příjmu soli respondenti využívají. Ve 40 % (24) respondenti nepřisolují hotová jídla. Příliš slaným pochutinám se vyvaruje 27 % (16) respondentů. Stejný počet respondentů odpovědělo, že nedodržuje žádná uvedená opatření v tabulce č. 2. Nejméně byla zastoupena odpověď, kdy respondenti dodržují všechna uvedená opatření, a to 17 % (10).

Otázka č. 13: Jakou formu přípravy pokrmů preferujete? (Respondenti mohli označit více odpovědí.)

Tabulka č. 3: Jakou formu přípravy pokrmů preferujete?

Odpověď	n	%
Vaření	45	75 %
Dušení	14	23 %
Pražení	3	5 %
Smažení	17	28 %
Pečení	24	40 %

Tabulka vyjadřuje preference druhů vaření respondenty. Nejvíce respondentů, 75 % (45), vaří, pečení zvolilo 40 % (24) respondentů. Smažení preferuje 28 % (17) respondentů a dušení zvolilo 23 % (14) respondentů. Nejméně respondentů, 5 % (3), praží.

Otázka č. 14: Sledujete průběžně svou hmotnost?

Tabulka č. 4: Sledujete průběžně svou hmotnost?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Denně	5	8 %
Obden	1	2 %
1x/týden	10	17 %
1x/měsíc	21	35 %
Nesleduji	23	38 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Tabulka vyjadřuje, zda respondenti kontrolují svou hmotnost. Nejvíce respondentů, 38 % (23), nesleduje průběžně svou hmotnost. 1x za měsíc sleduje hmotnost 35 % (21) respondentů, 1x za týden 17 % (10) respondentů, každý den 8 % (5) respondentů a obden 2 % (1).

Otázka č. 15: Myslíte si, že máte ideální hmotnost?

Tabulka č. 5: Myslíte si, že máte ideální hmotnost?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Souhlasím	8	13 %
Spíše souhlasím	20	33 %
Spíše nesouhlasím	22	37 %
Nesouhlasím	10	17 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Se svou hmotností spíše nesouhlasí 37 % (22) respondentů, 33 % (20) respondentů spíše souhlasí, 17 % (10) respondentů nesouhlasí a 13 % (8) respondentů souhlasí s tím, že mají ideální hmotnost.

Otázka č. 16: Jak často pijete kávu?**Tabulka č. 6: Jak často pijete kávu?**

Odpověď	n	%
1-2 kávy denně	32	53 %
3 a více káv denně	15	25 %
vůbec nepiji kávu	13	22 %
Celkem	60	100 %

Přes den vypije 1 – 2 kávy 53 % (32) respondentů. Tři a více káv vypije celkem 25 % (15) respondentů a 22 % (13) nepije kávu vůbec.

Otázka č. 17: Pijete minerální vody?**Tabulka č. 7: Pijete minerální vody?**

Odpověď	n	%
Ano	27	45 %
Ne	12	20 %
Občas	21	35 %
Celkem	60	100 %

Je patrné, že 45 % (27) respondentů pije minerální vody. Podobně je na tom 35 % (21) respondentů, kteří pijí minerální vody občas. Zbytek respondentů, což bylo 20 % (12), nepije minerální vody.

Otázka č. 18: Kolik vypijete denně tekutin?**Tabulka č. 8: Kolik vypijete denně tekutin?**

Odpověď	n	%
do 1 litru	15	25 %
1,5 – 2 litry	36	60 %
více než 2 litry	9	15 %
Celkem	60	100 %

Z tabulky vyplývá, že 1,5 – 2 litry vypije nejvíce respondentů, tj. 60 % (36). Do 1 litru, 25 % (15) respondentů a více než 2 litry vypije 15 % (9) respondentů.

Otázka č. 19: Z přijatých tekutin denně vypijete... (respondenti mohli označit více odpovědí)

Tabulka č. 9: Voda /den

Odpověď	n	%
0-0,5l	9	15 %
1-1,5l	32	53 %
2 – 2,5l	10	17 %
3 a více l	0	0 %

U 53 % (32) dotazovaných byla odpověď 1 - 1,5 l vody. 2 – 2,5 l vypije 17 % (10) respondentů. Množství 0 – 0,5 l vypije 15 % (9) respondentů. Na odpověď 3 a více l neodpověděl nikdo.

Tabulka č. 10: Minerálka/den

Odpověď	n	%
0-0,5 l	14	23 %
1-1,5 l	19	32 %
2-2,5 l	3	5 %
3 a více l	1	2 %

Množství 1 – 1,5 l vypije 32 % (19) respondentů, 0 – 0,5 l vypije 23 % (14) respondentů, 2 – 2,5 l vypije 5 % (3) respondentů a 3 a více l 2 % (1) respondentů.

Otázka č. 20: Kolik vypijete denně alkoholu? (20 g alkoholu= 0,5 l piva, 2 dcl vína, 5 cl destilátu)

Tabulka č. 11: Kolik vypijete denně alkoholu?

Odpověď	n	%
10-20 g	20	33 %
20-40 g	10	17 %
Více jak 60 g	1	2 %
Jsem abstinent	29	48 %
Celkem	60	100 %

Tabulka uvádí, že 48 % (29) respondentů abstinuje, 10 – 20 g vypije 33 % (20) respondentů, 20 – 40 g vypije 17 % (10) respondentů. Více jak 60 g vypijí 2 % (1) respondentů.

Otázka č. 21: Máte pravidelnou fyzickou aktivitu?

Tabulka č. 12: Máte pravidelnou fyzickou aktivitu?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ano	28	47 %
Ne	32	53 %
Celkem	60	100 %

Více jak polovina respondentů, 53 % (32) nemá pravidelnou fyzickou aktivitu. Zbýlých 47 % (28) pravidelnou fyzickou aktivitu má.

Otázka č. 22: Jak často se věnujete fyzické aktivitě?

Tabulka č. 13: Jak často se věnujete fyzické aktivitě?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Každý den	13	22 %
3x týdně	8	13 %
1x týdně	8	13 %
Nepravidelně	25	42 %
Vůbec	6	10 %
Celkem	60	100 %

Nepravidelně se fyzické aktivitě věnuje 42 % (25) respondentů. Každý den se pohybu věnuje 22 % (13) respondentů, 1 x a 3 x týdně zvolilo 13 % (8) respondentů v obou případech. 10 % respondentů (6) neprovádí fyzickou aktivitu vůbec.

Otázka č. 23: Z fyzických aktivit preferuji: (respondenti mohli označit více odpovědí)

Tabulka č. 14: Z fyzických aktivit preferuji:

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Rychlá chůze minimálně 30minut denně	17	28 %
Běh	1	2 %
Jízda na kole	17	28 %
Procházky	34	57 %
Plavání	6	10 %
Jiné.....	10	17 %

V 57 % (34) případech chodí respondenti na procházky. Rychlé chůzi v délce minimálně 30 minut denně se věnuje 28 % (17) respondentů. Stejný počet respondentů se věnuje jízdě

na kole. Jiným druhům fyzické aktivity se věnuje 17 % (10) respondentů. Možnost plavání vybralo 10 % (6) respondentů. Nejméně se respondenti věnují běhu. Ten uvádí 2 % (1) respondentů.

Otázka č. 24: Jaké máte koníčky? (Respondenti mohli označit více odpovědí.)

Tabulka č. 15: Jaké máte koníčky?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Žádné	9	15 %
Baví mě duševní práce (hudba, četba, křížovky aj.)	29	48 %
Baví mě fyzická práce (zahrada)	29	48 %
Sport	9	15 %

Duševní a fyzická práce zaujímá stejný počet respondentů, a to 48 % (29). Sportu se věnuje 15 % (9) respondentů a stejný počet respondentů nemá žádné koníčky.

Otázka č. 25: Za jak dlouho po jídle můžete vykonávat fyzickou aktivitu?

Tabulka č. 16: Za jak dlouho po jídle můžete vykonávat fyzickou aktivitu?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Za 30 minut	24	40 %
Za 2 hodiny	16	27 %
Za 1 hodinu	20	33 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

Za 30 minut po jídle se fyzické aktivitě věnuje 40 % (24) respondentů, za 1 hodinu 33 % (20) respondentů a za 2 hodiny zbylých 27 % (16) respondentů.

Otázka č. 26: Jaký je Váš postoj ke kouření?**Tabulka č. 17:** Jaký je Váš postoj ke kouření?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Kouřím	9	15 %
Nekouřím	30	50 %
Přestal/a jsem kouřit	10	17 %
Kouřím elektronickou	1	2 %
Chci přestat kouřit	8	13 %
Nekouřím, ale žiji v domácnosti s kuřákem	2	3 %
<i>Celkem</i>	<i>60</i>	<i>100 %</i>

V 50 % (30) respondenti nekouří. Počet respondentů, kteří přestali kouřit, činí 17 % (10), 15 % (9) respondentů kouří, 13 % (8) respondentů chce přestat kouřit, 3 % (2) respondentů nekouří, ale žije v domácnosti s kuřákem, elektronické cigarety přišlo na chuť 2 % (1) respondentů. Z uvedeného vyplývá, že celkový počet kuřáků z našeho vzorku dosahuje 30 % (18). Tento počet bude v následujících otázkách zaměřených na kouření vyjadřovat 100 %.

Otázka č. 27: Kolik vykouříte cigaret za den? (Odpovězte prosím, pouze pokud kouříte.)**Tabulka č. 18:** Kolik vykouříte cigaret za den?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1-5 cigaret/den	7	38 %
15-20 cigaret/den	10	56 %
Více jak 20 cigaret/den	1	6 %
<i>Celkem</i>	<i>18</i>	<i>100 %</i>

Tabulka uvádí, že více než polovina kouřících respondentů, konkrétně 56 % (10), vykouří 15–20 cigaret během dne. 1–5 cigaret za den vykouří celkem 38 % (7) respondentů. Dokonce se vyskytla i odpověď více jak 20 cigaret za den, a to u 6 % (1) respondentů.

Otázka č. 28: Kolikrát jste se snažil/a přestat kouřit? (Odpovězte prosím, pouze pokud kouříte.)

Tabulka č. 19: Kolikrát jste se snažil/a přestat kouřit?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nikdy	3	17 %
1x	4	22 %
Více jak 1x	11	61 %
<i>Celkem</i>	<i>18</i>	<i>100 %</i>

Více jak 1x se pokoušelo 61 % (11) respondentů, 1x 22 % (4) respondentů a 17 % (3) respondentů nikdy nemělo snahu skoncovat s kouřením.

Otázka č. 29: Znáte možnosti, které pomáhají při odvykání kouření? (Odpovězte prosím pouze, pokud kouříte.)

Tabulka č. 20: Znáte možnosti, které pomáhají při odvykání kouření?

<i>Odpověď</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ano	16	89 %
Ne	2	11 %
Nevím	0	0 %
<i>Celkem</i>	<i>18</i>	<i>100 %</i>

Jak vyplývá z tabulky, naprostá většina respondentů, konkrétně 89 % (16), tyto možnosti zná. Zbývajících 11 % (2) respondentů neví, jak s kouřením přestat. Položku nevím nevybral žádný z respondentů.

Příloha č. 5 Příprava pedagoga na výuku v předmětu ošetřovatelství se zaměřením na edukaci

1 STRUKTURA PŘÍPRAVY NA VÝUKU

1.1 Plán výuky

1.1.1 Žák

Příprava na hodinu je určena pro žáky 3. ročníků navštěvujících střední zdravotnickou školu v oboru zdravotnický asistent

1.1.2 Téma

Tématem je Akutní infarkt myokardu (ošetřovatelská péče a edukace nemocných), patřící do tematického bloku Ošetřovatelská péče o nemocné s onemocněním srdce a cév. Celému bloku je věnováno 30 vyučovacích hodin. Časová dotace probíraného tématu je 45 minut.

1.1.3 Doporučená literatura

SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3601-3.

ROKYTA, Richard. 2006. *Učebnice Somatologie I. a II.* 3. vydání. Praha 1: EUROLEX BOHEMIA. ISBN 80-86861-59-7.

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

Učebnice budou použity pro vypracování, přípravy a scénáře pro učitele na hodinu a k vypracování prezentace pro žáky. Učebnice jsou vybrány jako opora pro studenty k domácímu studiu.

1.1.4 Materiální didaktické prostředky

Učebna s lavicemi, PC, diaprojektor, laserové ukazovátko, model srdce, učebnice, psací potřeby, tabule, křída, prezentace PowerPoint.

1.1.5 Forma výuky

Hromadná forma výuky (*Třída je vytvořena podle stejného věku žáků; je probírána stejná látka, stejné úkoly ve stejném čase. Učitel řídí učební činnost všech žáků najednou. Uspořádání učebny je stanoveno zasedacím pořádkem, v popředí je místo pro učitele. Organizaci školního dne určuje rozvrh hodin, přičemž jedna vyučovací hodina, oddělená přestávkou, trvá 45 minut.*)

1.1.6 Metody výuky

Informačně receptivní metody (vyprávění, vysvětlování, práce s textem, rozhovor, dialog, výklad, řízený rozhovor) metody názorně demonstrační (předvádění a pozorování, práce s modelem), brainstorming.

1.1.7 Typ hodiny

Kombinovaná - motivace žáků, výklad nového učiva, procvičování, shrnutí.

1.2 Cíle

1.2.1 Kognitivní cíle

Žák popíše ošetrovatelskou péči o nemocného po AIM.

Žák dokáže vysvětlit význam edukace pro pacienta po AIM.

Žák popíše principy zdravého životního stylu po AIM.

Žák se dokáže orientovat v základních pojmech zaměřených na edukaci.

Žák se dokáže orientovat v jednotlivých rizikových faktorech režimových opatřeních po AIM.

1.2.2 Afektivní cíle

Žák si uvědomí vliv nezdravého životního stylu na vznik kardiovaskulárních onemocnění.

Žák se ztotožní s principy zdravého životního stylu.

1.2.3 Psychomotorické cíle

Žák vytvoří edukační materiál pro nemocné po AIM.

2 VÝUKA

2.1 Jednotlivé části a řízení výuky

Čas	Fáze vyučovací jednotky	Typ vyučovací jednotky	Vyučovací metoda	Sociální forma
5 min	Úvod, organizace Zápis do třídní knihy, zápis čísla hodiny na tabuli, nadpis a cíle na tabuli		Řízený rozhovor	Učitel, žáci
5 min	Motivace Představení nového učiva a jeho význam, samostatná práce	Motivační	Výklad, samostatná práce	Učitel, žáci
20 min	Výklad nového učiva vysvětlení látky	Expoziční	Výklad, vysvětlování, předvádění a pozorování, zápis do sešitu	Učitel
8 min	Upevňování probraného učiva kontrola samostatné práce, procvičování	Fixační, aplikační	Práce s textem, řízený rozhovor	Učitel, žáci
5 min	Shrnutí učiva zodpovězení dotazů	Fixační	Řízený rozhovor	Učitel, žáci
2 min	Zadání úkolu, zhodnocení vyučovací jednotky		Dialog	Učitel, žáci

2. 2 Zvláštní didaktická hlediska:

Žáci mají tušení, že existují režimová opatření po AIM, ale nedokáží je správně rozčlenit a charakterizovat. Tyto prekoncepty je možné zjistit krátkým cvičením v podobě samostatné práce v úvodu hodiny, kdy žáci dostanou za úkol vypsát nejdůležitější aktivity týkající se režimových opatření po AIM. Úlohou učitele je tyto prekoncepty studentům buď potvrdit, pokud jsou správné, při tom je rozšířit o další informace, anebo je zcela vyvrátit.

Žáci budou motivováni hned ze začátku formou otázek, aktivizováni formou otázek v průběhu výuky a formou samostatné práce v úvodu hodiny.

2. 3 Učební úlohy

2.3.1 Motivační:

Znáte možnosti pro odvykání kouření?

Znáte principy zdravého životního stylu?

Na základě znalostí učiva z předchozí hodiny o AIM popište, jaká jsou režimová opatření po AIM.

Na základě zkušeností z praktického vyučování popište, jak probíhá edukace v nemocnici u nemocných po AIM.

2.3.2 V průběhu výkladu

Během vyučování budou kladeny otázky typu: Rozuměli jste? Chápete? Chcete něco zopakovat?

2.3.3 Na závěr

Na jakém podkladě vzniká AIM?

Jak můžeme ovlivnit příčinu AIM?

Jaká je první pomoc pro pacienty s AIM?

Jaké jsou režimová opatření pro nemocné po AIM?

Vysvětlete, proč je tak důležité dodržovat režimová opatření po AIM?

2.3.4 Úkol

Žáci budou rozděleni do šesti skupin. Do stanoveného termínu si připraví edukační materiál se zaměřením na rizikové faktory vzniku AIM, příznaky AIM, první pomoc při AIM, dodržování režimových opatření po AIM (zdravá výživa, kouření, fyzická aktivita) pro nemocné po AIM.

Zdroje informací, které mohou použít: internet, letáky, knihy, vědecké časopisy (např. Interní medicína pro praxi, Intervenční a akutní kardiologie aj.). Edukační materiály mohou mít podobu prezentace PowerPoint, letáku, brožury....

Nejlepší práce budou poskytnuty organizacím zaměřeným na sociální činnost. Kde formou konference žáci prezentují svůj projekt.

Příloha č. 6 Návrh edukační lekce pro nemocné po akutním infarktu myokardu

1 Struktura edukačního plánu

1.1 Anamnéza

Klientela je skupina nemocných po AIM, kteří v rámci sekundární prevence chtějí předejít dalším komplikacím. Nemocní vyjadřují zájem o získání nových informací o příznacích, příčinách a dodržování režimových opatření po AIM a také o jeho prevenci. Dále se chtějí naučit správnému postupu při sestavení režimu dne a mají zájem odstranit případné a nesprávné postupy při dodržování doporučených opatření.

1.2 Edukační problém

- deficit informací o prevenci akutního infarktu;
- deficit informací o příčinách a příznacích akutního infarktu myokardu.

1.3 Cíle edukace

1.3.1 Kognitivní cíle

Klientela bude znát a umět vyjmenovat příčiny a příznaky vzniku akutního infarktu myokardu a také jeho prevenci.

1.3.2 Afektivní cíle

Nemocní/klienti vypracují projekt na téma moje vysněná fyzická aktivita. Nemocní/klienti se ztotožní s pravidelnou fyzickou zátěží, kterou budou dělat pro zlepšení života.

1.3.3 Psychomotorické cíle

Nemocní/klienti budou znát zásady a význam pravidelné fyzické aktivity. Nemocní předvedou vhodné cviky vzhledem k jejich věku a dalším onemocněním.

1.4 Plán edukace

1.4.1 Posluchač

Posluchači jsou nemocní po akutním infarktu myokardu.

1.4.2 Časový rozvrh

Celkový rozsah jedné edukační lekce je 20–35 minut.

1. Motivace – Pro naladění a uvedení do problému začnu ukázkou srdce a věnčitých tepen, které jsou v rámci infarktu uzavřeny. Následovat bude úvodní slovo- 5- 10 minut.
2. Expozice – Prezentace a předání nových informací a poznatků - 20-30 minut.
3. Fixace – Nově získané informace upevním následným stručným závěrem těch nedůležitějších informací- 10 minut.
4. Verifikace – Kvůli prohloubení a rozšíření informací zadám vypracování návrhu projektu na další besedu - moje vysněná ideální hmotnost a fyzická aktivita. Následně doporučím, aby navštívili edukační besedu na zvolené téma: Zásady správné výživy, motivace k nekuřáctví, význam fyzické aktivity po akutním infarktu myokardu 5- 10 minut.
5. Diagnóza – Jako ověření získaných nových informací budu volit pro kardiaky dotazník anebo křížovku. Na vyplnění budou mít 10-15 minut.

1.4.3 Teoretické, teoreticko-praktické a praktické didaktické metody

1. Teoretická metoda: přednáška ex katedra, čtený a připravený text.
2. Teoreticko-praktická metoda: diagnostická klasifikační metoda – dotazník anebo křížovka.
3. Praktická metoda: instruktáž, předvádění správného výběru potravin a vhodných sportovních aktivit pro pravidelnou fyzickou zátěž.

1.4.4 Didaktické pomůcky k výuce

Výukové pomůcky: model srdce, plakáty (pyramida potravin), přehled vhodných fyzických aktivit, video.

1.4.5 Místo konání, prostory pro edukaci

Tichá velká místnost ve zdravotnickém zařízení.

1.4.6 Biologická příprava

Před edukací vyvětrám místnost, zajistím dostatečné osvětlení, nabídnu pití a vyzvu nemocné/klienty, aby si zašli na toaletu.

1.4.7 Metody evaluace (hodnocení)

1. Kognitivní cíl: Metoda evaluace bude ve formě samo-vyplňovacího dotazníku anebo zvolím křížovku.
2. Psychomotorický cíl: Metoda evaluace bude nemocní/klienti vyjmenují a předvedou vhodnou fyzickou aktivitu vzhledem k jejich věku a dalším onemocněním.
3. Afektivní cíl: Metoda evaluace bude návrh projektu na zvolené téma: Moje vysněná ideální hmotnost a fyzická aktivita. Nemocní/klienti se ztotožní s pravidelnou fyzickou zátěží a sekundární prevencí, včetně pravidelných kontrolu kardiologa.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Petra Jabůrková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018
Název práce:	Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu
Název v angličtině:	The Knowledge of Keeping the Regimen Measures by the Sick after the Acute Myocardial Infarction
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je zaměřena na znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu.</p> <p>Teoretická část diplomové práce vysvětluje základní pojmy týkající se akutního infarktu myokardu a režimových opatření. Popisuje edukaci a její postavení ve zdravotnictví a kvalitu života nemocných po akutním infarktu myokardu.</p> <p>V praktické části je popsána realizace výzkumného šetření a jeho výsledků. První část výzkumu je zaměřena na znalosti o dodržování režimových opatření a na informovanost o příznacích a příčinách u nemocných po akutním infarktu myokardu. Ve druhé části výzkumu je zjišťováno prostřednictvím standardizovaného dotazníku, jaká je kvalita života nemocných po akutním infarktu myokardu. Zjištěné výsledky jsou statisticky zpracovány.</p>
Klíčová slova:	Akutní infarkt myokardu, rizikové faktory, režimová opatření po infarktu myokardu, kouření, fyzická aktivita, strava, edukace, edukace ve zdravotnictví, kvalita života po infarktu myokardu
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on the knowledge of keeping the regimen by the sick who have suffered the acute myocardial infarction. The theoretical section of the thesis explains the basic concepts concerning the acute myocardial infarction and the

	<p>regimen. It details the education and its position in the health system as well as the standard of living of patients who have suffered the acute myocardial infarction.</p> <p>The empirical section describes the execution of research and its results. The first part of the research is aimed at heart-failure patients' knowledge of keeping the regimen and on the awareness of the symptoms and causes. The other part of the research, there is a standardized questionnaire detecting the quality of life of people who have suffered the acute myocardial infarction. The obtained data are processed statistically.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Acute myocardial infarction, risk factors, regimen measures after the myocardial infarction, smoking, physical activities, diet, education, education in the health system, life quality after the myocardial infarction.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 - Žádost o povolení sběru dat k diplomové práci</p> <p>Příloha č. 2 - Dotazník – „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu“</p> <p>Příloha č. 3 - Standardizovaný dotazník – „MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire (MacNew QLMI)“</p> <p>Příloha č. 4 - Doplnkové otázky dotazníku „Znalosti o dodržování režimových opatření u nemocných po akutním infarktu myokardu“</p> <p>Příloha č. 5 - Příprava pedagoga na výuku v předmětu ošetrovatelství se zaměřením na edukaci</p> <p>Příloha č. 6 - Příklad edukační lekce pro nemocné po akutním infarktu myokardu</p>
Rozsah práce:	91 stran
Jazyk práce:	český