

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Využití edukačních plánů v péči o kardiaky
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, R.N.

Autor práce: Lenka Soukupová

2010

Abstract

The topic of the bachelor's work is Utilization of the educational plans in the care of cardiac patients. Heart & blood vessels diseases belong to the civilisation diseases. Circular system diseases are the most frequent cause of death in the advanced countries of the western civilisation, including the Czech Republic. The theoretical part is focused on heart and blood vessels anatomy, ischemic cardiac disease, education, the methods and forms of education of cardiac patients, where dietary measures, physical burden in cardiac patients, the possibility of balneotherapy and other recommendations for cardiac patients are described.

The bachelor's work has two goals Goal 1. To find out whether education of cardiac patients is being done in selected cardio centres, who provides the education, whether they have educational plans in the selected cardio centres and whether they utilize them and what is the effect of the education. Goal 2. To create and realize an own educational plan in cardio centre at hospital in České Budějovice. For these goals, 6 research questions have been set. RQ 1. Is education of cardiac patients being done in the selected cardio centres? RQ 2. Does the nurse participate in the education? RQ 3. Do they have an educational plan in the selected cardio centres? RQ 4. Do they utilize the educational plan in the selected cardio centres? RQ5. Does the education of cardiac patients have a positive effect in keeping regime and curative measures? RQ 6. Is the created educational plan going to have an effect on the knowledge and skills of a patient?

A qualitative form of research, by the technique of semi-standardised interview has been used for the achievement of the goals. The research set consisted of 8 selected cardio centres and 8 cardiac patients who were hospitalized at hospital in České Budějovice.

After the qualitative research has been conducted, answers were acquired. Answer 1: Education of cardiac patients is being done in all cardio centres. Answer No.2: General nurse takes part in the education of cardiac patients. Answer No.3: Only 3 out of 8 selected cardio centres have an educational plan created. Answer No.4: Most of the cardio centres don't have an educational plan created. An educational plan is utilized only in 3 cardio centres where they have created it. Answer No.5: The

education of cardiac patients has a positive effect in keeping curative and regime measures. Answer No.6 The created educational plan has a positive influence on the knowledge and skills of patients. There was only 1 patients where the educational plan had no effect, 4 patients started to change their food habits.

It is very important that the people know the risk factors of ischemic heart diseases and the possibilities of prevention. A properly conducted education will mediate this information to people and therefore it would be suitable to train the medical staff working in the cardio centre at Hospital in České Budějovice, for an education of cardiac patients.

I think that the created educational plan could be used for the education of cardiac patients at Hospital in České Budějovice

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Využití edukačních plánů v péči o kardiaky vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě archivované Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2010

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce, paní Mgr. Lence Šedové, R.N. za cenné rady, odborné vedení práce a připomínky, díky kterým dostala práce konečnou podobu. Dále děkuji všem blízkým za poskytnutí trpělivosti a zázemí.

OBSAH

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Anatomie a fyziologie srdce.....	4
1.2 Ischemická choroba srdeční	6
1.2.1 Náhlá smrt.....	7
1.2.2 Akutní infarkt myokardu	7
1.2.3 Nestabilní Angina pectoris.....	11
1.2.4 Stabilní angina pectoris	12
1.2.5 Srdeční selhání.....	14
1.2.5.1 Pravostranné srdeční selhání	15
1.2.5.2 Levostranné srdeční selhání	17
1.2.6 Arytmie.....	19
1.3 Edukace.....	22
1.3.1 Formy edukace.....	23
1.3.2 Metody edukace.....	25
1.3.3 Poradenství zdravotně znevýhodněných osob.....	29
1.4 Edukace kardiaků.....	29
1.4.1 Fyzická zátěž kardiaků.....	30
1.4.2 Výživa kardiaků.....	32
1.4.3 Balneoterapie.....	33
1.4.4 Další vhodná doporučení pro kardiaky	35
2 Cíle práce.....	37
2.1. Cíle práce.....	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
3 Metodika.....	38
3.1 Metodika práce.....	38
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	38
4 Výsledky	39

4.1	<i>Rozhovory s kardiocentry</i>	39
4.2	<i>Kategorizační tabulky kardiocenter</i>	43
4.3	<i>Kategorizační tabulky pacientů</i>	46
5	Diskuse	72
6	Závěr	81
7	Seznam použitých zdrojů	82
8	Klíčová slova	87
9	Přílohy	88
9.1	<i>Seznam příloh</i>	88

ÚVOD

Mezi choroby kardiovaskulárního systému patří hypertenze, ateroskleróza, ischemická choroba srdeční (ICHS), záněty srdce, kardyomyopatie, ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) a onemocnění žil. Onemocnění srdce a cév patří mezi civilizační choroby. Onemocnění srdce a cév, obzvláště ICHS patří k nejčastějším příčinám úmrtí ve vyspělých zemích západní civilizace, včetně České republiky i přes veškeré úspěchy a pokroky současné lékařské vědy a praxe.

Mezi rizikové faktory ICHS patří faktory neovlivnitelné a ovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné patří věk, pohlaví a genetické faktory. Mezi ovlivnitelné řadíme hyperlipidemii, kouření, obezitu, stres, hypertenzi, nedostatek fyzické aktivity a diabetes mellitus. Proto je důležité, aby veřejnost znala možnosti prevence. Úkolem edukace je nejen veřejnost informovat o režimových opatřeních, ale také veřejnost motivovat k jejich dodržování.

K napsání této práce jsem se rozhodla z důvodu aktuálnosti tohoto tématu. Zajímalo mě, kolik lidí je informováno o rizikových faktorech ICHS a možnostech prevence a zda se doporučeními lidé řídí.

V této práci jsem se zabývala Využitím edukačním plánů v péči o kardiaky. Mým cílem bylo: 1. Zjistit, zda ve vybraných kardiocentrech provádí edukaci kardiaků, kdo se na edukaci podílí, zda mají ve vybraných kardiocentrech edukační plány a zda je využívají a jaký je efekt edukace. 2. Vytvořit a realizovat vlastní edukační plán v nemocnici v Českých Budějovicích, a.s.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie srdce

Srdce je dutý svalový orgán, který se pravidelně stahuje a ochabuje a tím vypuzuje krev do tepenné soustavy (3,15). Stah srdce se nazývá systola, ochabnutí srdce se nazývá diastola. V srdci jsou přítomné chlopně, které brání regurgitaci krve (3,4). Srdce je uloženo v mediastinu ve vazivovém vaku (perikard) (3,15). Z bočních stran na srdce naléhá pravá a levá plíce, ze předu srdce kryje sternum (5). Poloha srdce v hrudníku je individuální a mění se v závislosti na věku, na poloze bránice, na dýchacích pohybech, na tvaru hrudníku, který souvisí s tělesnou konstitucí a na poloze těla (vleže, ve stoje) (3). Srdce se skládá z pravé síně a komory a z levé síně a komory. Srdce dělíme na pravostranné (pravá síň a komora) a levostranné (levá síň a komora), které od sebe oddělují přepážky. Pravostranné srdce pumpuje krev do malého (plicního) oběhu, levostranné srdce pumpuje krev do velkého (systémového) oběhu (3,8,15).

Horní a dolní dutou žilou přitéká odkysličená krev do pravé síně, její kontrakce vypuzují krev skrze trikuspidální chlopeň do pravé komory a po její kontrakci přes pulmonální chlopeň do plic. Čtyřmi plicními žilami proudí okysličená krev z plic do levé síně. Kontrakcí levé síně je krev vypuzena přes mitrální chlopeň do levé komory. Z levé komory proudí krev přes aortální chlopeň do aorty, která rozvádí krev do tepen celého těla (4).

Rozeznáváme 3 vrstvy srdce: endokard, myokard a epikard, který přechází v zevní obal srdce perikard.

Endokard je tenká, hladká, lesklá blána, která tvoří výstelku srdce a také chlopně. Chlopně máme cípaté a poloměsíčité. Mezi cípaté chlopně patří trikuspidální chlopeň, která se nachází mezi pravou síní a komorou a mitrální chlopeň, která se nachází mezi levou síní a komorou. Mezi poloměsíčité chlopně patří pulmonální chlopeň – mezi pravou komorou a plicní tepnou a aortální chlopeň – mezi levou komorou a aortou.

Myokard je srdeční svalovina tvořící střední vrstvu srdce. Myokard tvoří příčně pruhovaná svalovina srdeční.

Epikard je vazivový list na povrchu srdce, který přechází v zevní obal srdce (perikard). Mezi epikardem a perikardem je perikardiální dutina, v níž je malé množství perikardiálního likvoru, který umožňuje klouzávý pohyb srdce (3,5).

Srdeční činnost řídí převodní systém srdeční, který tvoří buňky s elektrickou aktivitou. Převodní systém srdeční se skládá ze sinoatriálního uzlíku (dále SA uzlík), atrioventrikulárního uzlíku (dále AV uzlík), Hisova svazku, pravého a levého Tawarova raménka a sítě Purkyňových vláken, které přenášejí podráždění přímo na svalová vlákna komor. Sinoatriální uzlík leží ve stěně pravé síně při ústí horní duté žíly. Sinoatriální uzlík je primárním centrem srdeční automacie, který vytváří vzruchy o frekvenci šedesát až sto za minutu a ty jsou dále převedeny na ostatní části převodního systému srdečního. Atrioventrikulární uzlík leží na rozhraní pravé síně a komory. Pokud se netvoří vzruch v sinoatriálním uzlíku, tak atrioventrikulární uzlík funguje jako sekundární centrum srdeční automacie. Vytváří vzruchy o frekvenci čtyřicet až šedesát za minutu. Z atrioventrikulárního uzlíku vychází Hisův svazek, který se dále dělí na pravé a levé Tawarovo raménko a ty se větví do sítě Purkyňových vláken.

Srdce vyživují koronární tepny. Srdce má dvě koronární tepny: arteria coronaria dextra, která odstupuje ze sinus aortae dexter a arteria coronaria sinistra, která odstupuje ze sinus aortae sinister. Arteria coronaria dextra vyživuje pravou síň, část levé síně a stěnu pravé komory. Arteria coronaria sinistra se dělí na dvě větve: ramus interventricularis anterior a ramus circumflexus, proto se často hovoří o třech koronárních tepnách. Arteria coronaria sinistra vyživuje stěnu levé síně, část pravé síně a stěnu levé komory (3,5,8,15). V povodí hlavních věnčitých tepen se vytvářejí kolaterály, které mají ohromný význam u postupně se uzavírajících koronárních tepen (15). Při postižení srdce stenózou a jejím následným uzávěrem není srdce vyživováno a pokud nejsou vytvořeny kolaterály, tak dochází k akutnímu infarktu myokardu (5,15).

Krev ze srdečních stěn odvádějí srdeční žíly do sinus coronarius, který ústí do pravé síně. Mezi žíly srdce patří vena cordis magna (největší srdeční žíla), dále vena cordis media, vena cordis parva, venae cordis anteriores, které vedou přímo do pravé síně a drobné žilní spojky, které ústí do některého ze srdečních oddílů (3,5,15).

Funkce srdce ovlivňují kromě vlastního převodního systému srdečního také autonomní nervy. Nervy přicházející k srdci ovlivňují frekvenci a intenzitu srdečních stahů podle nynějších potřeb organismu. Vlákna krčního sympatiku a horní hrudní sympatické nervy zrychlují a zintenzivňují srdeční akci a také způsobují dilataci koronárních tepen. Parasympatická vlákna jsou vlákna nervu vagu a ty naopak zpomalují srdeční akci, rychlost převodu v AV uzlu a snižují kontraktilitu síní. Mají tedy antagonistický účinek (3,4,5). Funkce sympatiku převládá při stresu, fyzické či psychické zátěži (15). S vegetativními vlákny probíhají současně i vlákna senzitivní, které vedou informace o napětí ve stěně srdce a cév a o bolestivých podnětech do centrálního nervového systému (4).

1.2 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční (dále ICHS) je onemocnění srdečního svalu způsobené jeho ischemií, při níž dochází k nedostatečnému přívodu krve koronárními tepnami. Nejčastěji vzniká na podkladě zúžení nebo až uzávěru věnčitých tepen aterosklerózou (26). Dalšími příčinami mohou být spasmy koronárních tepen, výrazná hypertrofie myokardu a syndrom X (38).

ICHS se rozděluje na akutní a chronické formy. Mezi akutní formy patří náhlá smrt a akutní koronární syndrom (akutní infarkt myokardu a nestabilní angina pectoris). Mezi chronické formy patří: stabilní angina pectoris, kterou nazýváme také námahová, dále variantní angina pectoris (Prinzmetalova, vasospastická, spastická), srdeční selhání a arytmie (15,26,34). Méně častěji dělíme ICHS na nebolestivé a bolestivé formy. Mezi nebolestivé řadíme němou ischemii, srdeční selhání, arytmie. Mezi bolestivé formy se řadí námahová angina pectoris, infarkt myokardu, Prinzmetalova angina pectoris (38).

Ischemická choroba srdeční vzniká častěji u lidí s pozitivními rizikovými faktory. Rizikové faktory dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné patří věk, pohlaví (náchylnější jsou muži), osobní anamnéza a dědičnost. Mezi ovlivnitelné a ty by lidé měli znát obzvláště patří kouření jako hlavní rizikový faktor, dále pak hypertenze, hyperlipidemie, diabetes mellitus, obezita, nedostatek fyzické aktivity a stres (22,26,34,38,41).

1.2.1 Náhlá smrt

„Náhlá smrt je náhlá zástava oběhu, k níž dochází bez varovných příznaků, nebo do jedné hodiny po vzniku příznaků“ (15, 200 s.).

Mezi nejčastější příčiny náhlé smrti patří komorové tachykardie (až osmdesát procent), fibrilace komor, zástava komor, elektromechanické disociace a srdeční ruptury (1,15). Náhlá srdeční smrt může být buď koronárního nebo nekoronárního původu. Náhlá smrt koronárního původu je na podkladě ICHS a jejích komplikací. Náhlá smrt nekoronárního původu se vyskytuje u hypertrofické kardiomyopatie, stenózy aortální chlopně, plicní embolie, u myokarditid, při závažné hypokalémii způsobené diuretiky, předávkování antiarytmiky. V některých případech se příčiny nezjistí.

Existují různé možnosti prevence. Při prvním výskytu ICHS je to primární prevence, především změna životního stylu, obzvláště přestat kouřit. V rámci sekundární prevence se provádí revaskularizační výkony, které prokazatelně snižují riziko náhlé smrti a léčba betablokátry.

U nemocných, u kterých se objevila komorová tachykardie se indikuje koronografické a elektrofyziologické vyšetření. Podle výsledků se pak rozhoduje o další léčbě. Lze zvolit revaskularizační léčbu, léčbu farmakologickou, katetrizační ablací a nebo implantaci kardiovertru defibrilátoru (dále ICD)(15). ICD dokáže rozpoznat komorové tachyarytmie a udělat stupňovitou terapii- elektroimpulzoterapii, kardioverzi nebo defibrilaci (39). Léčba při srdeční zástavě se zahajuje kardiopulmonální resuscitací. Při úspěšné kardiopulmonální resuscitaci přichází následná léčba a sekundární profylaxe náhlé srdeční smrti (1).

1.2.2 Akutní infarkt myokardu

Definice

Akutní infarkt myokardu je ložisková nekróza způsobená poruchou koronárního prokrvení (26,38).

Jaký bude rozsah akutního infarktu myokardu (dále AIM) závisí na průsvitu tepny v místě uzávěru, přítomnosti kolaterálního řečiště, spasmu koronárních tepen, rychlosti uzávěru, srdeční funkci, hladině katecholaminů (adrenalin, noradrenalin), na fyzické zátěži v době uzávěru a na době trvání uzávěru (15,26).

Následky

Následky nekrózy závisí na její velikosti. Pokud je postiženo méně jak dvacet procent, tak se následky téměř neprojeví, při postižení dvaceti až čtyřiceti procent dojde k akutnímu selhání srdce a je-li zasáhnuo více jak čtyřicet procent srdeční svaloviny, tak hrozí vznik kardiogenního šoku s následkem smrti (26).

Rozdělení

AIM se může rozdělit podle přítomnosti Q kmitu na Q infarkt myokardu a non Q infarkt myokardu (8). Dále se AIM může dělit podle lokalizace na zadní infarkt myokardu- postihuje zadní stěnu srdečního svalu, přední infarkt myokardu- postihuje přední stěnu srdečního svalu a spodní infarkt myokardu- postihuje spodní stěnu srdečního svalu. Někdy se také mohou vyskytovat kombinace těchto lokalizací, ako například předozadní infarkt myokardu (9,26). A také se může infarkt myokardu dělit podle velikosti nekrózy na transmulární a netransmulární. Transmulární infarkt postihuje všechny vrstvy myokardu (celou tloušťku). Vzniká při uzavěru velké koronární tepny. Netransmulární infarkt postihuje oblast přiléhající k endokardu (subendokardiální infarkt), oblast přiléhající k epikardu (subepikardiální infarkt), anebo oblast uvnitř stěny (intramulární infarkt) (15,26).

Etiopatogeneze

Nejčastěji AIM způsobuje aterosklerotický plát, který způsobuje stenózu koronární tepny. Dojde-li k ruptuře/fisuře aterosklerotického plátu, naruší se nesmáčivý povrch endotelu a adherují na něj trombocyty a vzniká trombus, který uzavře koronární tepnu (22). Méně často bývá příčinou akutního infarktu myokardu embolie do koronární tepny, spasmus koronární tepny, poranění či zánět koronární tepny (8,15,26,34).

Příznaky

Hlavním příznakem infarktu myokardu je přítomnost stenokardie, což je ischemická bolest srdce, která trvá déle než dvacet minut. Nemocný ji může popisovat jako pálivou, krutou, svíravou, šokující bolest za sternem. Bolest může vystřelovat do levé horní končetiny až do malíčku, do krku, dolní čelisti, zřídka do pravé horní končetiny a břicha. Bolest je trvalá, nezávislá na změně polohy a nelepší se ani po podání nitroglycerinu.

Mezi další příznaky infarktu myokardu patří úzkost, strach ze smrti (angor mortis), vlivy parasympatiku, který způsobuje pocení, bledost, nauzeu a zvracení, změny pulsu (v prvních hodinách bradykardie vlivem parasympatiku, později tachykardie vlivem sympatiku), palpitace, arytmie, změny krevního tlaku, subfebrilie, zmatenost z důvodu hypoxie mozku. Při levostranném srdečním selhávání se objevuje dušnost, tachypnoe, ortopnoe. Při infarktu pravé komory se objevuje zvýšená náplň krčních žil a hepatomegalie. Někdy může infarkt myokardu probíhat asymptomaticky, tzv. němý infarkt (8,15,22,26,34).

Komplikace

Při AIM se mohou vyskytnout i komplikace. Mezi hlavní a závažné komplikace infarktu myokardu patří arytmie, nejčastěji se vyskytuje bradykardie, později supraventrikulární či síňové extrasystoly a fibrilace síní. Velmi vážně ohrožují život fibrilace komor nebo asystolie. Dále to mohou být nekróza myokardu větší jak čtyřicet procent, aneurysma, ruptura srdeční stěny, což vede k srdeční tamponádě- akutnímu levostrannému srdečnímu selhání až kardiogennímu šoku (26).

Diagnostika

Jako u každé choroby, je i u infarktu myokardu důležitá anamnéza nemocného. Velký význam se přikládá subjektivnímu popisu bolesti (její charakter, vyzařování, atd.) nemocným. Základním vyšetřením je natočení 12 svodového elektrokardiogramu (dále EKG). Na EKG vidíme typické změny, přítomnost patologického kmitu Q, zvýšenou elevaci úseku S-T, tzv. Pardeho vlna, negativitu vlny T. Dále se provádí laboratorní vyšetření. Z krve vyšetřujeme myokardiální enzymy, myokardiální bílkoviny, sedimentaci erytrocytů, hematokrit, glykémii, krevní obraz. Mezi myokardiální enzymy patří kreatinkináza (CK), současně vyšetřujeme i izoenzym MB (MB frakce), laktátdehydrogenáza (LDH) a asparátaminotransferáza (AST). Avšak LDH a AST jsou méně senzitivní, oproti CK-MB. Mezi myokardiální bílkoviny patří troponiny a myoglobin. Pro diagnostiku AIM jsou vhodné troponiny I a T. V krevním obraze se prokáže leukocytóza. Zvýšení hladiny leukocytů bývá obvyklá reakce na nekrózu. Často se objevuje hyperglykémie, nejen u diabetiků. Hyperglykémii způsobuje stres při vzniku a průběhu AIM. K dalším velice důležitým vyšetřením řadíme koronografii.

Nástřik koronárních tepen nám zobrazí jejich uzávěr. Podle výsledku vyšetření se indikuje terapie. K doplňujícím vyšetřovacím metodám patří rentgen srdce a plic (dále RTG S+P), kde může být patrné srdeční selhání, echokardiografické vyšetření a scintigrafie srdce.

Léčba

Léčba akutního infarktu myokardu má tři etapy: přednemocniční léčbu, nemocniční léčbu a sekundární prevenci (15,26).

Při přednemocniční léčbě se podávají farmaka. Podáváme nitráty sublingválně nebo sprejem. Zlepšují prokrvení myokardu a snižují metabolické nároky srdce. Nitráty nelze podat při krevním tlaku (dále TK) pod 100/60 mm Hg. Dále se podává kyselina acetylsalicylová, která brání narůstání trombu. K potlačení bolesti a zpomalení tepové frekvence se dává Morfin, popřípadě Fentanyl. Protože je pacient ve velkém stresu, tak na uklidnění podáváme Diazepam. Při bradykardii se podá Atropin, naopak při tachykardii se dají betablokátory (15,26,38,39). Když má nemocný současně ještě edem plic, podává se Furosemid.

Po převozu do nemocnice nemocného přijmou na koronární jednotku nebo jednotku intenzivní péče (dále JIP), kde nemocnému monitorují životní funkce. Podle doby, která uplynula od vzniku potíží se volí vhodná léčba (15,26). Mezi jednu z možností, kterou je možné zvolit patří perkutánní transluminální koronární angioplastika (dále PTCA). PTCA se provádí, pokud uběhla teprve jedna hodina od vzniku potíží a při kontraindikaci trombolýzy. Při PTCA mohou provést rotační ablacii k vyfrézování aterosklerotického plátu a zavést stent do stěny cévy. Jako další možnost se provádí trombolýza. Ideálně provedeme trombolýzu do dvou hodin od vzniku potíží, ještě efektivní je doba do dvanácti hodin od vzniku potíží. K trombolýze se užívá Streptokináza, Urokináza a Altepláza. Streptokináza má řadu kontraindikací a nežádoucích účinků. Mezi kontraindikace streptokinázy patří krvácivé stavy, podezření na aortální disekci, léčba streptokinázou v posledních šesti měsících, nekorigovaná hypertenze, závažné alergie, hepatální nebo renální insuficience, gravidita a za relativní kontraindikaci se považuje věk nad sedmdesát let. Při aplikaci streptokinázy může dojít k hypotenzi, alergické reakci, reperfuční arytmii

nebo ke krvácivým komplikacím. Trombolýza může být celková nebo místní, kdy se trombolitikum podá katetrizací přímo k trombu, tzv. pulzní sprejová trombolýza (15,26,39). U nemocných s vysokým rizikem vzniku náhlé smrti a s vhodným nálezem na koronografii, se provádí aortokoronární bypass. Aortokoronární bypass je přemostění zúženého nebo uzavřeného místa koronární tepny (34,39). Používají se jak žilní štěpy- vena saphena magna, tak tepenné štěpy- arteria mammaria, méně často arteria radialis. Při operativním zákroku na ramus interventricularis se používá arteria mammaria a na ostatní koronární tepny vena saphena magna (35). Dále se podávají antikolagancia v kombinaci s antiagregancii, která brání zvětšování trombu a také se užívají jako prevence recidivy, nitráty v kontinuální infuzi dva až čtyři dny. Také se může podávat kyslík. Při podávání betablokátorů nesmí klesnout TK pod 100/70 a puls pod 50/minutu. Nemocný dodržuje režimová opatření a provádí rehabilitaci (viz.Edukace kardiaků).

Po prodělaném akutním infarktu by měl nemocný dodržovat zásady sekundární prevence (viz.Edukace kardiaků), o kterých ho informují před propuštěním z nemocnice (15,26).

1.2.3 Nestabilní Angina pectoris

Nestabilní angina pectoris tzv. předinfarktová angina pectoris je forma akutní ICHS charakterizovaná ischemickou bolestí, nespecifickým obrazem EKG a normální hodnotou kardiomarkerů (15,26). Rizikovost nestabilní anginy petoris (dále NAP) spočívá v tom, že může kdykoliv dojít ke vzniku AIM nebo náhlé smrti (26). NAP způsobuje přechodné, často se opakující ischémie myokardu, které ani často nesouvisí s fyzickou námahou.

Stenokardie zapříčiňuje krátkodobá nedokrevnost myokardu (15).

NAP můžeme rozdělit na tři typy: nově vzniklé záchvaty, záchvaty se zvyšující se frekvencí, intenzitou a trváním nebo záchvaty přicházející v klidu (8,15).

NAP se projevuje stenokardiemi s typickou lokalizací (viz. příznaky u AIM), stenokardie jsou u NAP častější, silnější, trvají déle než u stabilní anginy pectoris, ustupují pomaleji než dříve a někdy se vyskytují bez fyzické či psychické námahy i v klidu. K potlačení bolesti nemocný potřebuje větší dávky nitroglycerinu,

kteřé mohou být někdy také zcela neúčinné. Současně s bolestí může nemocný pociťovat výraznou dušnost, těžší dech, popřípadě bušení srdce.

Klinický obraz nestabilní anginy pectoris může být téměř shodný s obrazem AIM. K základní diagnostice patří anamnéza, kdy nám nemocný popíše subjektivní potíže. Jako základní vyšetření k určení diagnózy provádíme natočení dvanácti svodového klidového EKG, laboratorní vyšetření, Holterovo monitorování EKG, echokardiografii a koronografií, popřípadě intravaskulární ultrazvuk. Na EKG se mohou vyskytovat nespecifické změny, ale s normálními hodnotami srdečních enzymů.

Při Holterově monitorování můžeme zachytit typické změny úseku S-T, které se vyskytnou při záchvatu NAP. Echokardiografické vyšetření nám umožní neinvazivně posoudit celkový rozsah ischemického postižení a srdeční funkci. K dalším velice důležitým vyšetřením řadíme koronografií. Podle jejích výsledků se určuje postup léčby. Pomocí intravaskulárního ultrazvuku můžeme zhodnotit změny na endotelu koronárních tepen.

Cílem léčby bývá zpomalení aterosklerózy, zlepšení průtoku myokardem a zabránění vzniku trombu. Léčebné postupy mohou být konzervativní či invazivní. Zpomalit aterosklerózu můžeme režimovými opatřeními, např. nekouřit, redukovat hmotnost, snížit hypertenzi, kontrolovat diabetes mellitus, nerozčilovat se a nízkocholesterolovou dietou. Účinnými farmaky jsou hypolipidemika a inhibitory ACE. Zlepšit průtok myokardem můžeme betablokátory, které sníží tepovou frekvenci a nitráty, které působí vasodilataci koronárních tepen. Dále můžeme použít invazivní zákroky- PTCA, rotační ablaci, stenting, bypass nebo endarterektomii. Zabránit vzniku trombů můžeme antiagregancii a antikoagulancii (15,26).

1.2.4 Stabilní angina pectoris

„Stabilní (chronická) angina pectoris, nazývaná obvykle námahová angina pectoris, se projevuje jako bolest vyvolaná ischemií myokardu, vznikající při fyzické nebo psychické zátěži a mizící v klidu (15, 283 s.).“ Ischemická angiózní bolest vzniká při nepoměru mezi potřebou a přísunem kyslíku v myokardu (15,38). Nepoměr vzniká obvykle v době, kdy se zvyšují nároky na potřebu kyslíku, např. při námaze, rozčilení, přechodu z tepla do zimy, chůze do schodů atd. (26).

Existují dvě hlavní příčiny a to fixní a nebo funkční zúžení ateroskleroticky změněné tepny. Často je to kombinace obou výše zmíněných příčin. Fixní zúžení se uplatňuje při zátěži, při které se zvyšuje potřeba kyslíku. Fixní zúžení brání zvýšenému přítoku krve. K funkčnímu zúžení dochází u ateroskleroticky změněných tepen. Ke spasmu tepny dojde po psychickém stresu, v chladu, po vykouření cigarety, někdy se příčina nezjistí (15).

Hlavním příznakem stabilní anginy pectoris jsou opakující se stenokardie lokalizované za hrudní kostí a s propagací do levé části paže až k malíčku, krku, dolní čelisti, epigastria či zad. Bolest trvá vteřiny až několik minut, přinutí nemocného ke zpomalení činnosti. Na nemocném pozorujeme úzkost, dušnost, pocení, bledost, může být rychlejší puls a dech, někdy i zvýšený TK a nemocný může pociťovat palpitace (15,26,38).

Stabilní angina pectoris se dělí do čtyř stupňů podle New York Heart Association klasifikace (dále NYHA klasifikace) (Příloha 1) (15,34).

Diferenciálně diagnosticky musíme odlišit anginu pectoris od jiných onemocnění, která se také projevují bolestmi na hrudi. Mezi taková onemocnění patří bolest vertebrogenního původu, muskuloskeletární, neurocirkulační astenie, reflexní ezofagitida, perikarditida nebo pleuritida a psychogenní bolest (15,26,38).

Na standardním klidovém EKG nebývá mimo záchvat stabilní anginy pectoris zjištělný nálezn. Při ergometrii se objeví při zátěži, kterou má každý individuální podle pokročilosti aterosklerózy charakteristické změny na EKG. Dále se používá Holterovo monitorování EKG. Nálezy umožňují posoudit četnost, dobu trvání, okolnosti, za kterých vzniká ischemie a vliv léčby. Dále se provádí koronární angiografie, což umožňuje zjistit stupeň a rozsah zúžení koronárních tepen, závažnost koronární nemoci, prognózu a dle toho postup léčby. Také můžeme provést zátěžovou scintigrafii thaliem. Zátěžová scintigrafie nám umožňuje přímo poznat ischemii myokardu, určit lokalizaci a rozsah (15,26).

Stabilní anginu pectoris můžeme léčit medikamentózně nebo invazivními zákroky. Nemocní s lehkou anginou pectoris užívají Nitroglycerin a Anopyrin. U nemocných, kteří trpí častými záchvaty se předepisují nitráty s dlouhodobým

účinkem, betablokátory nebo blokátory kalciových kanálů. Pokud nepostačuje monoterapie, používá se dvojkombinace či trojkombinace léků.

Při léčbě stabilní anginy pectoris pomocí invazivního zákroku se používají metody katetrizační, jako je PTCA a intervenční postupy. Jako poslední možnost zbývá kardiologická operace. Mezi intervenční postupy řadíme zavádění koronárních stentů, koronární rotablance, koronární direkční aterektomie, transluminární extrakční aterektomie nebo laserová angioplastika. Kardiologická léčba (implantace aortokoronární spojky) se indikuje u nemocných s aterosklerózou koronárních tepen, u kterých není účinná medikamentózní ani katetrizační léčba (většinou jsou to nemocní s klasifikací NYHA III nebo IV) (15).

Také existují netypické formy anginy pectoris (variantní angina pectoris a mikrovaskulární angina pectoris neboli kardiologický syndrom X).

Variantní angina pectoris je též nazývána jako vasospastická či spastická nebo Prinzmetalova angina pectoris. Příčinou vasospastické anginy pectoris je endotelová dysfunkce koronárních tepen, projevující se jejich spasmy. Prinzmetalova angina pectoris postihuje nezměněné tepny. Vyvolávající příčinou může být chlad, emoční stres či nikotin. Bolest se dostavuje v klidu, v noci nebo v ranních hodinách, někdy po rozčilení, ale ne po námaze. Většinou postihuje ženy kuřačky ve věku čtyřicet let.

Variantní angina pectoris postihuje ateroskleroticky změněné tepny, obvykle u mužů, silných kuřáků. Vyvolávající příčiny jsou stejné jako u vasospastické anginy pectoris.

Mikrovaskulární angina pectoris, zvaná též kardiologický syndrom X postihuje malé konečné tepénky, které nejsou schopny dostatečně se rozšířit při námaze. K potvrzení diagnózy je nutná zátěžová scintigrafie (15,26,34).

1.2.5 Srdeční selhání

Srdeční selhání (srdeční insuficience) je neschopnost srdce přečerpávat takové množství krve, které je potřeba pro aktuální stav organismu. Srdce selže jako pumpa.

Srdeční selhání můžeme dělit několika způsoby. Podle vyvolávající příčiny na: pravostranné, levostranné a oboustranné. Podle rychlosti vzniku na: akutní, chronické

a latentní. Podle obnovení výkonu srdce při selhání na: kompenzované a dekompenzované (15,22,26,34). Srdeční selhání může být systolické a diastolické (15,34).

Při selhání srdce se aktivují kompenzační mechanismy, které však mají pouze krátkodobý účinek. Pokud tento stav trvá dlouho, působí kompenzační mechanismy negativně. Mezi kompenzační mechanismy organismu patří: sympatoadrenální systém, kdy se zvýší tepová frekvence, dojde k vasokonstrikci a zvýší se kontraktilita srdce, systém renin- angiotensin- aldosteron, hypertrofie srdce a využití anaerobního metabolismu (26).

Srdeční selhání klasifikujeme podle stupnice NYHA (Příloha 1) (15).

1.2.5.1 Pravostranné srdeční selhání

Při akutním pravostranném srdečním selhání dochází k náhlému vzestupu plicního tlaku pravé komory srdce a akutní respirační insuficienci (26).

Příčinou bývá náhlý vysoký odpor v plicnici nebo plicním řečišti pro krev přitékající z pravé komory. Vysoký odpor v plicnici způsobuje překážka (nejčastěji embolus, výjimečně akutní pneumotorax nebo status astmaticsus). Další příčinou může být infarkt pravé komory srdeční a z jiných vzácných příčin (např. infekční endokarditida, masivní trikuspidální insuficience atd.) (1,26,34).

Příznaky se vykytují různorodé, lišící se podle velikosti postižené tepny v plicním řečišti.

1. Masivní plicní embolie- postihuje více jak padesát procent řečiště, příznaky vznikají náhle: klidová dušnost, cyanóza, hemoptýza, zvýšená náplň krčních žil, tlak na hrudi, pleurální bolest až stenokardie, vzniká cor pulmonale acutum, hypotenze, synkopa, kardiogenní šok až náhlá smrt.
2. Submasivní embolizace (plicní infarkt)- postiženy tepny střední velikosti. Příznaky vznikají náhle: dušnost, tachypnoe, kašel, hemoptýza, pleurální bolest.
3. Sukcesivní mikroembolizace- uzávěry malých artérií. Příznaky se rozvíjí pomalu: dušnost, postupně pravostranné srdeční selhávání. Jednorázová mikroembolizace je asymptomatická (26,34).

K základnímu vyšetření patří EKG. Dále biochemické vyšetření krve, včetně D-dimerů a vyšetření krevních plynů a vnitřního prostředí (dále ASTRUP). Na RTG srdce a plic můžeme vidět nález vyššího stavu bránice a ložiskové infiltrace. Echokardiografie se provádí k vyloučení jiných příčin dušnosti. Plicní embolii prokážeme plicní scintigrafií nebo spirální počítačovou tomografií (dále CT). Také můžeme provést srdeční katetrizaci, která vyloučí jiné příčiny dušnosti. Velice důležitou vyšetřovací metodou je plicní angiografie, při které vidíme defekt v náplni v místě embolie.

Akutní srdeční selhání léčíme dle vyvolávající příčiny. Nejčastější příčinu akutního pravostranného srdečního selhání, plicní embolii léčíme fibrolýzou, pokud není kontraindikována. Pokračujeme podáváním Heparinu a po stabilizaci stavu přecházíme na léčbu kumariny. Při masivní plicní embolii se provádí plicní embolektomie. Preventivně se může zavést kavární filtr (34).

Při chronickém srdečním selhání se plicní tlak pravé komory zvyšuje postupně a krev městná v systémových žilách. Při selhávání krev městná v povodí horní a dolní duté žíly.

Nejčastější příčinou chronického pravostranného srdečního selhání je onemocnění plic- chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc, plicní emfyzém, cystická fibróza, bronchiektázie, tuberkulóza, pneumokoniózy a embolizace plic (26,34). Dalšími příčinami mohou být mitrální vady, perikarditida, vrozené vývojové vady, hyperthyreóza, anémie a cirhóza (26).

Chronické srdeční pravostranné selhání se projeví zvýšenou náplní krčních žil, hepatojugulárním refluxem, hepatosplenomegalií, perimaleolárními otoky u chodících pacientů ze začátku pouze večer, později trvale i na bérkách, u ležících na zádech, při těžkém selhání anasarka, hydroperikard, hydrothorax a ascites. Snížená diuréza během dne, nykturie, únavnost svalů až svalová atrofie, závratě, spavost, neklid, zmatenost, nechutenství, pocit plnosti, nauzea, zvracení.

Hlavními vyšetřovacími metodami jsou anamnéza, fyzikální vyšetření, kdy při poslechu můžeme slyšet srdeční cval, systolický šelest, laboratorní vyšetření, RTG srdce a plic, na kterém lze vidět dilataci pravé komory a pravé síně, EKG,

echokardiografii, kdy diagnostikujeme základní chorobu a pro přesnost můžeme provést pravostrannou srdeční katetrizaci. Aby se daly objektivně zhodnotit subjektivní potíže pacienta, provádí se zátěžové testy.

Při léčbě se zaměřujeme na vyvolávající příčinu a odstranění vyvolávajících mechanismů. Léčba může být pomocí režimových opatření nebo farmakologicky. Mezi režimová opatření patří antisklerotická dieta, omezení soli na pět gramů/den, popřípadě dva gramy/den, zákaz pití minerálních vod, důležité je upozornit pacienta na „skrytou sůl“ v potravinách (např. v sýrech, uzeninách, polotovarech atd.), stravu podávat v menších dávkách a častěji (pětkrát až šestkrát za den), dostatek vlákniny, vitamínů a minerálů (především draslíku), povolují se jeden až dva šálky kávy přes den, redukce hmotnosti u obézních, individuálně u každého kardiaka volíme pohybovou aktivitu. Absolutně se zakazuje kouření. Jako hlavní léky na chronické pravostranné srdeční selhání volíme srdeční vazodilatancia (ACE inhibitory, nitráty, přímá vazodilatancia), diuretika, betablokátory a kardiotonika (1,22,26,34,39).

1.2.5.2 Levostranné srdeční selhání

Akutní levostranné srdeční selhání se projevuje náhle vzniklým vzestupem plicního tlaku levé komory, městnáním v malém plicním oběhu a sníženým minutovým výdejem (26).

Příčiny akutního levostranného srdečního selhání lze rozdělit na myokardiální a hemodynamické. Mezi myokardiální patří AIM, myokarditida či kardiomyopatie. Mezi hemodynamické příčiny patří objemové přetížení komor (insuficience chlopní, zkraty), tlakové přetížení komor (systémová hypertenze, hypertenzní krize, aortální stenóza) a překážka plnění komor (stenózy cípatých chlopní, konstriktivní perikarditida) (15,26,34).

Klinický obraz probíhá ve dvou fázích.

První fáze bývá nazývána astma cardiale, kdy se pacient budí s pocitem dechové tísně, s úzkostí, zrychleně dýchá (tachypnoe), má pocit nedostatku vzduchu-záchvatovitá (paroxysmální) noční dušnost. Dušný pacient se musí posadit, opírá se rukama a pevnou podložku (zapojuje pomocné dýchací svaly), často spí ve zvýšené

poloze s více polštáři (ortopnoická poloha). Dušnost je expirační, provázena pískoty a vrzoty, neproduktivní kašel.

Druhou fází je plicní edem. V této fázi pacient vykašlává zpěněné růžové sputum, vtahují se supraklavikulární jamky, pacient má tachykardii, je studený, opocení, bledý. V této fázi plicní sklípky zaplňuje tekutina a nemůže probíhat výměna dýchacích plynů. V tomto nejtěžší stadiu levostranného srdečního selhání může dojít i ke smrti (1,8,15,22,26,34).

K diagnostice akutního levostranného srdečního selhání provádíme fyzikální vyšetření, RTG S+P, EKG, echokardiografii, laboratorní vyšetření (26). Při poslechu slyšíme nepřízvučné chropy po celých plicích (1). Na RTG snímku vidíme městnání v plicním řečišti. EKG prokáže AIM (26), echokardiografie prokáže snížení systolického objemu a může určit příčinu selhání (34). Hlavním laboratorním vyšetřením je ASTRUP, při kterém zjistíme hypoxémii a hyperkapnii (15,26).

Pacienta hospitalizují na jednotce intenzivní péče (dále JIP) či koronární jednotce, kde pacientovi monitorují životní funkce. Zaujímá polohu v sedě a má naordinován klidový režim. Můžeme provádět nekrvavou venepunkci. Dále se k léčbě užívají farmaka. Podává se Nitroglycerin sublinguálně, nitráty intravenózně, oxygenoterapie, při těžkém selhání umělá plicní ventilace, opiáty, Furosemid, hradí se ztráty kálie, podávají se antiarytmika. Při fibrilaci síní se podává Digitalis a při těžkém srdečním selhání nebo kardiogenním šoku Dopamin. Při výrazném bronchospasmu podáváme Syntofylin. Současně léčíme příčinu akutního levostranného srdečního selhání (15,26,34).

Při chronickém levostranném srdečním selhání roste plnicí tlak levé komory postupně, krev městná v malém plicním oběhu a je snížený minutový výdej (26).

Příčinami chronického srdečního selhání jsou hypertenze, stavy po infarktu myokardu, aortální nebo mitrální srdeční vady nebo kardiomyopatie.

Srdeční selhání probíhá ze začátku symptomaticky. Postupně ale dochází k hypoxii a v souvislosti s tím dochází ke zhoršení výkonnosti, koncentrace, paměti, spánku. Nemocný je neklidný, zmatený a unavený, trpí bolestmi hlavy. Dýchání bývá Cheyneho- Stokesovo. Jak krev městná v plicním oběhu, tak nemocný trpí námahovou

dušností, později klidovou a kašlem. Mezi další příznaky patří tachykardie, periferní vasokonstrikce, hypertenze, hypertrofie levé komory. Při pokročilých fázích se sníží denní diuréza a objeví se nykturie. Hypoxie postihuje i trávicí ústrojí, což se projeví anorexií a maloabsorbci (1,26,34).

Diagnostika chronického levostranného srdečního selhání viz. akutní srdeční levostranné selhání.

Při léčbě je potřeba, aby nemocný dodržoval režimová opatření- dodržování diety (snížení solení na pět gramů/den, zákaz minerálek), snížená pohybová aktivita, což je individuální u každého nemocného. Mezi užívaná farmaka patří vazodilatancia, ACE inhibitory, nitráty, blokátory kalciových kanálů, diuretika a kardiotonika. Pokud nelze zvládnout chronické srdeční levostranné selhání farmakologicky, tak přistupujeme k transplantaci srdce (26). K transplantaci srdce jsou indikováni pacienti s pokročilou NYHA III nebo NYHA IV (1). Transplantace zlepšuje a prodlužuje nemocným život (1,31). Aby mohla být transplantace provedena, musí být nemocný zařazen v čekací listině a splňovat podmínky k transplantaci (pacient, který trpí nezvratným selháním orgánu, nereaguje na farmakologickou léčbu, musí být schopný plánované operace v celkové anestézii a užívání dlouhodobé imunosupresivní terapie atd.). Srdce k transplantaci se dává od kadaverózního dárce, u kterého byla potvrzena smrt mozku a za života nevyslovil prokazatelný nesouhlas k transplantaci (31).

1.2.6 Arytmie

Definice

Arytmie jsou poruchy srdečního rytmu (1).

Rozdělení

Arytmie můžeme dělit podle rychlosti srdeční frekvence na bradyarytmie a tachyarytmie (1,34,39). Arytmie můžeme dělit také podle patofyziologie vzniku na arytmie vznikající změnou automacie, spouštěnou aktivitou, pomocí reentry. Arytmie mohou být paroxysmální, nesetrválé, incesantní, setrválé či intermitentní (34).

Etiopatogeneze

Příčiny arytmií se projevují jako onemocnění srdce- ICHS, kardiomyopatie, myokarditida, perikarditida, AIM, srdeční vady. Také vznikají vlivem poruchy vnitřního prostředí- porucha metabolismu kalia, kalcia a magnézia či vlivem hormonální dysbalance- tyreotoxikóza, vlivem léků (15,22,34), podmíněny vegetativním systémem. Dalšími příčinami mohou být akutní infekce, plicní embolie, hypotenze, hypovolémie, hypoxémie, anémie, chirurgické výkony a endoskopické vyšetření (15).

Bradyarytmii způsobuje porucha tvorby vzruchu nebo porucha vedení vzruchu v srdci. Tachyarytmii způsobuje nadměrné zrychlení tvorby vzruchů nebo jsou vzruchy abnormálně převáděny (22).

Rozdělení

Bradyarytmie dále dělíme na: sinusové bradykardie, sinoatriální blokádu (SA blokády), sick sinus syndrom (SSS), syndrom karotického synu a poruchy atrioventrikulárního vedení (AV vedení).

Tachyarytmie dělíme na: supraventrikulární tachykardie a komorové tachykardie. Mezi supraventrikulární tachykardie řadíme: fibrilaci síní, flutter síní, AV nodální reentry tachykardie, AV reentry tachykardie. Mezi komorové tachykardie patří: komorové tachykardie a fibrilace komor.

Nejčastější arytmií bývají extrasystoly, což je předčasný stah srdce, mimo pravidelný rytmus. Dělíme je na supraventrikulární a komorové (22,34).

Příznaky

Při tachyarytmii trpí nemocný palpitacemi, může pociťovat bolesti na hrudi a dušnost. Také může dojít k synkopě. Nemocný pociťuje zvýšenou únavnost, má sníženou toleranci zátěže.

Při bradyarytmii dochází k synkopě, po které se u nemocného vyskytuje dezorientovanost a retrográdní amnézie nebo dochází k presynkopě, která se projevuje slabostí, mžitky před očima, nevolností, pocitem na omdlení, vertigem. Nemocný se cítí unavený, malátný, nevykonný a dušný (15,22,34,39).

Diagnostika

Ke zjištění diagnózy provádíme anamnézu, fyzikální vyšetření, EKG, v některých případech ergometrii, elektrofyzilogické vyšetření. Pokud nestanovíme diagnózu při standardním dvanáctisvodovém EKG, provádí se Holterovo monitorování EKG. Pokud vznikají potíže při námaze, provádíme ergometrii (15,22,34). Novou možností jsou loop monitory. To jsou monitory se zpětnou pamětí. Monitor má nemocný pod kůží. Podle naprogramování lze na monitoru zachytit tři nejrychlejší a tři nejpomalejší úseky srdeční akce (39). Při elektrofyzilogickém vyšetření se snímají elektrické aktivity srdečních oddílů a jejich stimulační. Tím zjistíme arytmogenní ložisko (26).

Léčba

Léčba se liší podle typu arytmiie. Při léčbě bradyarytmie lze zvolit farmaka anebo kardiostimulaci. Farmakologická léčba je omezená. Základní metodou léčby je kardiostimulace (15,34). Kardiostimulace se používá jako nejčastější nefarmakologická léčba bradyarytmií i tachyarytmií. Účinkuje na principu rytmického nadprahového dráždění myokardu elektrickým impulsem. Kardiostimulace může být: transtorakální, ezofageální nebo transvenózní (10). Stimulace může být dočasná nebo trvalá (1,15,34). Podle typu poruchy se používá jednodutinový, dvoudutinový nebo bivenrikulární kardiostimulátor (39).

K léčbě tachyarytmií se volí antiarytmika, katetrizační ablace, chirurgická ablace a kardiovertr defibrilátor (dále ICD). Katetrizační ablace se provádí při elektrofyzilogickém vyšetření. Po nalezení arytmogenního ložiska se aplikuje radiofrekvenční energie (15,34). Indikováni bývají symptomatictí pacienti, u kterých není účinná léčba betablokátory (28). Chirurgickou ablací dnes provádíme, pokud se současně provádí jiný kardiochirurgický výkon nebo revaskularizační léčba (1). ICD se provádí u kardiaků s vysokým rizikem náhlé smrti (1,34). ICD monitoruje EKG a při vzniku arytmiie buď srdce stimuluje nebo defibriluje podle typu arytmiie (34). Indikací je závažná maligní komorová tachyarytmie (15).

V některých případech si nemocný může pomoci i sám vagovými manévry. Mezi vagové manévry patří zadržení dechu, tlak na stolicí, hluboký předklon, tlak

na oční bulby, vyvolání dávivého reflexu. Pokud vagové manévry nepomohou, je potřeba vyhledat lékaře (15,22).

1.3 Edukace

Edukace (z latinského jazyka- educio, educare) je situace, kdy probíhá edukační proces (40). Pojem edukace zahrnuje výchovu a vzdělávání. Za cíl edukace se považuje osvojení si nových poznatků, získání nových vědomostí, naučení zručnosti a dosažení změny chování (42). Člověk, který vyučuje se nazývá edukátor, tím může být učitel, lektor, vychovatel, instruktor, konzultant atd. Jako edukant se označuje osoba, která se učí (je edukována), tím může být žák ve škole, pacient edukovaný zdravotníky atd.

Aby edukace byla co nejúčinnější, přizpůsobíme ji fyzickým, finančním, emocionálním, intelektuálním, kulturním, etnickým a sociálním podmínkám edukovaného (40).

V předchozím odstavci byla vysvětlena edukace, speciálním oborem, který se zabývá výchovou a vzděláváním dospělých je andragogika (42). „Andragogika z latinského slova (anér, andros) znamená doprovázení člověka při jeho cestě za vzděláváním, poznáváním a pochopením světa (2, 11 s.)." Vzdělávání dospělých se v současnosti chápe jako nutnost a samozřejmost. Toto společensky uznávané jednání se nazývá institucionalizace (2).

Pedagogika je věda o výchově. Zdravotnická pedagogika se zabývá výchovou a vzděláváním zdravotnických pracovníků a zdravotní výchovou lidí všech věkových skupin, edukací nemocných a postižených (42). Výchovu můžeme definovat jako záměrné, cílevědomé a plánovité ovlivňování člověka, na kterého působíme. Naopak vzdělávání definujeme jako proces zprostředkování znalostí, dovedností a rozvoj schopností. Vzdělávání provází člověka celý život. Vzdělávání dospělých se mění v celoživotní proces učení (2).

Edukace je důležitou součástí ošetrovatelství (42). Edukace má několik fází.

První fáze se nazývá posouzení- zjistíme si důležité údaje o pacientovi a určíme oblast edukačních témat, které pacient potřebuje.

Při druhé fázi stanovíme edukační diagnózy. K určení diagnózy používáme NANDA taxonomii II.

Ve třetí fázi se stanoví edukační plán, který probíhá po etapách. Nejprve si společně s pacientem sestra stanoví priority v edukaci podle důležitosti. Dále sestra společně s pacientem stanoví cíle, které mohou být krátkodobé či dlouhodobé. Dále si zvolí vhodnou metodu edukace (viz. metody edukace). Dále si sestra musí zvolit obsah edukace a edukaci si dobře naplánovat. Sestra by měla zvolit k edukaci vhodné prostředí, aby bylo zachováno soukromí pacienta, respektován jeho stud, s dostatkem světla a tepla v místnosti, zajistit pohodlí pacienta, aby udržel pozornost atd.

Poté může sestra edukaci realizovat. Aby edukace byla efektivní, je zapotřebí minimalizovat možné překážky edukace. Je potřeba přizpůsobit tempo edukace pacientovi (edukantovi). Dále před začátkem edukace odstranit z okolního prostředí rušivé elementy a tím vytvořit vhodné prostředí k edukaci, zvolit vhodné učební pomůcky a metody. Výběr edukační metody odpovídá cílům edukace. Efektivnost edukace závisí na motivaci pacienta. Po dobu edukace sestra edukanta povzbuzuje. Opakování, souhrn, jiná formulace obsahu edukace posilují učení. Používání odborných a cizích výrazů, zkratk z oblasti ošetrovatelství a medicíny může vytvořit bariéru v komunikaci, proto se jejich užívání vyhýbáme. Důležitou součástí edukace je efektivní komunikace. Nutností je brát ohled na celkový stav pacienta. Velmi důležité je před začátkem edukace zhodnotit celkový stav pacienta, čímž můžeme zjistit další překážky v učení. Pacienti v akutním onemocnění, při bolesti, ve stresu atd. nejsou schopni vnímat podrobné informace, jež se týkají jejich choroby, kondice, léčby a prevence. U pacientů, kteří trpí bolestí, zajistíme její tlumení. U pacientů, kteří hovoří cizím jazykem zajistíme tlumočnicka atd.

V poslední fázi edukace provádíme kontrolu a zhodnocení. Sestra si musí uvědomit, že ze strany pacienta mohou být přítomné překážky edukace. Těmi může být bolest, akutní onemocnění, věk, prognóza, biorytmus, emoce, jazykové a etnické bariéry. Sama si také musí dávat pozor, aby nevznikaly překážky z její strany, které závisí na jejím chování a postoji (17,40).

1.3.1 Formy edukace

Organizační forma výuky je vytvoření prostředí a způsob organizace činnosti učitele i žáků při vyučování (12).

Formy edukace můžeme dělit podle počtu žáků na: individuální, kdy se jedná o edukaci jednoho žáka učitelem, hromadnou při které učitel edukuje více žáků a smíšenou, což je kombinace individuální a hromadné formy. Dále můžeme formy edukace dělit podle místa, kde se edukace realizuje na formu ve škole a mimo školu (např. v nemocnici) (2). A také můžeme dělit formy edukace podle samostatnosti práce ve vyučovacím procesu na individuální výuku, skupinovou a frontální.

Při individuální výuce sedí žáci různého věku a různé úrovně vědomostí v jedné místnosti, jeden učitel vyučuje, učivo je určeno pro každého žáka zvlášť, každý žák pracuje sám, nijak mezi sebou nespolupracují, mají volnou dobu vyučování a žáci se rozmisťují libovolně. Individuální výuka se využívá např. při doučování, výuce cizích jazyků. Žák se učí velice intenzivně, protože se mu učitel může plně věnovat.

Při skupinové výuce se vytvoří skupina žáků zhruba stejného věku a mentální úrovně. Typickým příkladem je školní třída. Žáci při výuce dělají stejné úlohy ve stejném čase. Učitel řídí činnost všech žáků najednou. Lavice stojí obvykle ve třech řadách a žáci dodržují zasedací pořádek. Výuka trvá čtyřicet pět minut. Jednotlivé hodiny oddělují přestávky. Školní den určuje rozvrh hodin. Má své výhody, ale i nevýhody.

Při frontální výuce každý pracuje samostatně na společném úkolu, postupují hromadně stejným způsobem (2,12).

Při projektové formě výuky žáci nemají povinnost vyslechnout výklad učitele, který může být doplněn názornými ukázkami, které usnadňují zapamatování si látky a učí žáky použít naučené dovednosti v praxi. Při této formě výuky mají žáci za pomoci učitele řešit projekt. Jsou čtyři základní kroky projektu: záměr projektu, zpracování plánu, provedení projektu a vyhodnocení. Projekt může být individuální, kdy každý na svém projektu pracuje sám, skupinový, při kterém se určí skupiny žáků pro společnou práci, třídní, kdy na projektu jako celek pracuje celá třída a školní, což bývají rozsáhlé projekty pro celou školu. Při projektové výuce se rozvíjí tvořivost, vede k odpovědnosti a toleranci, podporuje vnitřní kázeň.

Při diferencované formě výuky se žáci seskupují do homogenních skupin podle kritérií (např. podle úrovně intelektu, nadání, zájmů, místa bydliště apod.).

Vytváření homogenních skupin se považuje za vhodné, protože umožňují individuální rozvoj každého žáka.

Jako další formy výuky lze použít skupinovou a kooperativní. Práce ve skupině zlepšuje průběh učení a žáci mohou dosáhnout lepších výsledků., umožňuje zvýšenou pozornost při komunikaci a kooperaci žáků. Kooperativní výuka má schémata vyučování. Důraz se klade na komunikaci mezi skupinami. Učitel má roli koordinátora a poradce.

Při týmové formě výuky jde o spolupráci více učitelů v rámci žákovských skupin. Učitelé vytvářejí tým.

Poslední formou výuky je otevřené vyučování, to může mít formu týdenního plánu nebo otevření školy navenek. Při týdenním plánu mají žáci větší zodpovědnost za průběh vlastního učení. Denní rozvrh rozdělujeme na bloky volné práce, ve kterých žáci plní dané úkoly. Týdenní plán připravuje vyučující, ale podílí se na něm i sami žáci. Tato forma výuky bere ohled na zájmy, schopnosti a potřeby jedince. Při otevírání školy navenek se vytvářejí kontakty s mimoškolním prostředím (např. rodiče, obec, podnikatelé, zájmové organizace atd.) (12).

Při vyučování v ošetrovatelství se využívá forma individuální, skupinová a hromadná. Ve zdravotnictví se nejčastěji používá individuální forma, kdy je edukátor (zdravotník) v úzkém kontaktu s edukantem (pacient, klient). Individuální forma edukace se uplatňuje v ambulancích, u lůžka nemocného a v ordinaci praktického lékaře. Skupinová forma edukace se využívá ve zdravotnictví v láních a ve svépomocných skupinách. Počet členů ve skupině nepřesahuje 5 edukantů. Hromadná forma výuky se ve zdravotnictví používá, pokud chceme sdělit edukantům stejné informace. Mezi nevýhody hromadné formy lze počítat nízkou aktivitu edukantů, malý individuální přístup a nízkou zpětnou vazbu mezi edukátorem a edukantem (11).

1.3.2 Metody edukace

„Metoda je záměrný, cílevědomý, uvědomělý postup, kterým směřujeme k dosažení stanoveného cíle (42, 40 s.).“

Mezi nejčastěji používané patří slovní metody. Slovní metody můžeme dělit na monologické, kam řadíme vysvětlování, přednášku, vyprávění, instruktáž a popis.

A metody dialogické, mezi které patří rozhovor, diskuse a beseda (12,40,42). Při dialogických metodách komunikuje nejen učitel, ale i žák.

Vysvětlování edukátor používá, pokud nemůže počítat s tím, že edukant (např.žák) má s danou problematikou již zkušenosti. Edukátor postupně, logicky a výstižně podá výklad.

Při přednášce osoba prezentuje informace souvisle, logicky utříděné a bez jazykově chybného projevu. Přednáška má úvod (vytvoření zájmu o problematiku, seznámení s problémem), výkladovou a závěrečnou část (zopakování důležitých myšlenek). Cílem přednášky je prezentovat nové poznatky, které žák může spojit již s tím, co zná, což mu umožní pochopit novou látku.

Při vyprávění se podávají informace citově podbarveným způsobem. Při ošetřovatelství je tato metoda vhodná při uvádění příkladů z praxe.

Instruktaž může být slovní či písemnou formou. Objasňuje postup a činnosti s objekty, pojmy, texty atd. popis se používá k zachycení znaků a rysů skutečnosti, obvykle formou výčtu (12,40). Zvláštním typem popisu je charakteristika, při které popisujeme vnitřní znaky osobnosti, popisem jejích vlastností nebo stylem jednání (40).

Při rozhovoru dochází k výměně názorů. Při rozhovoru se kladou otázky, na které dotazovaný odpovídá. Klademe otázky stručné a srozumitelné. Na odpověď musíme ponechat dostatek času.

Diskuse je veřejná rozprava, při které probíráme možnosti, které vedou k řešení otázky, problému. Probíhá ve skupině. Při této metodě musí mít každý člen určité množství vědomostí, které se vztahují k problému.

Další metodou je práce s texty, učebnicí, knihou. Tato metoda je důležitá k tomu, aby se žák naučil správně pracovat s textem a získané poznatky uměl správně zpracovat.

Metody názorně demonstrační jsou důležité k poznání, k získání zkušeností (12,40).

Další možností mohou být inscenační metody (metody hraní rolí, role play). Žáci mají role. Hraním napodobují životní nebo profesní situaci, problémy. Vymezí se čas a na konci se zhodnotí přínos, jak pro aktéry, tak pro pozorující.

K dalším využívaným metodám patří: brainstorminské metody, metoda bzučící skupiny, analýza případu, metoda myšlenkové mapy, metoda pětílístku, I.N.S.E.R.T. metoda, R/A/F/T metoda, metoda T-grafu, křížovky, praktické metody, metody myšlenkových operací, všeobecné metody, reproduktivní metody, metoda problémového výkladu, výzkumná metoda, alternativní metody, metoda vrstevnického vyučování.

Brainstorminské metody lze přeložit jako útočení na mozek, burzu dobrých nápadů, konferenci dobrých nápadů. Na začátku se řekne problém a hledá se k němu řešení. V potaz se berou všechny nápady, i ty, které se zdají bláznivé. Pokud už nikoho nic nenapadá, nastává další fáze, kdy žáci diskutují o jednotlivých návrzích. Návrhy podrobují kritice. Poté následuje přestávka. Mezi nápady, které projdou kritikou se hledá řešení. Každý ze skupiny má možnost vyjádřit svůj názor (12,40,42). Při metodě bzučící skupiny (buzz groups) se aktivizují studenti po delší aktivitě učitele. Nejprve učitel žákům podá určité informace a poté žáci diskutují o svých názorech na danou problematiku. Na diskusi se přesně vymezí čas (40). Při metodě analýzy případu (case study) se podrobně popisuje, analyzuje, prošetřuje událost, problém či situace. Osoba se musí ponořit do problému. O vhodnosti řešení problému musí žáci rozhodnout. Metodu lze použít v malých i velkých skupinách (12,40). Při metodě myšlenkové mapy (clustering) je principem vytvoření asociací. Metoda povzbuzuje žáky k volnému a otevřenému myšlení. Při metodě pětílístku (cinquains) se uspořádají verbálně vyjádřené pocity a názory autora do „ básničky". Žák stručně shrne názor, postoj a svoji zkušenost. Metoda pětílístku má pět částí- téma, popis, činnost, pocit a rekapitulaci. Touto metodou se podporuje tvůrčí vyjadřování. Při metodě I.N.S.E.R.T. si žáci systémem záznamů, značek v textu označují jim známé, neznámé a rozporné informace. Metoda R/A/F/T je postup, kdy učitel zadá celé třídě téma (T), metodou brainstormingu všichni vymýšlejí role (R). (A) je obecenstvo- auditorium, pro které bylo téma napsáno. (F) je forma textu. Metodou T-grafu můžeme graficky znázornit protikladné názory při diskusi. Při metodě křížovky se hravou formou opakuje učivo. Tato metoda velice motivuje (40). Při praktických metodách je zdrojem poznání aktivní činnost. Mezi praktické metody patří nácvik pohybových a pracovních dovedností, laboratorní

práce, pracovní činnosti (např. v dílnách, na pozemku), grafické a výtvarné činnosti. Mezi metody z hlediska myšlenkových operací řadíme analyticko- syntetické metody- poznání celku a jeho částí a opačně, správnost se ověřuje syntézou, induktivní metoda- metoda konkrétní a názorná, postupujeme od konkrétního k obecnému, deduktivní metoda- je opakem induktivní metody, porovnávání- zjišťujeme shody a rozdíly předmětů, jevů. Při všeobecné metodě (metoda informačně- receptivní) učitel podává žákům kompletní informace, využívá při tom nejen mluvenou řeč, ale i názorné pomůcky. Tato metoda se užívá převážně na základní a střední škole. Při reproduktivní metodě se činnost několikrát opakuje, čímž si žák osvojí informace a způsoby činnosti. Při této metodě si učitel musí uvědomit, že nadměrný počet jednotvárných učebních úloh utlumuje zájem. Při metodě problémového výkladu učitel určí problém, na který žáci neznají odpověď a mají za úkol se pomocí osobních aktivit dopracovat k řešení. Tato metoda má fáze- vyjasnění problému, rozbor problému, určit možný postup řešení, vybrat nejlepší způsob řešení, ověření použitého řešení. Při heuristické metodě žáci neřeší úlohu jako celek, ale pouze její jednotlivé části- etapy, kroky. Při této metodě je zapotřebí rovnováha aktivity mezi učitelem a žáky. Výzkumná metoda vyžaduje od žáků samostatné hledání řešení daného problému. Učitel udržuje svou aktivitu v pozadí (12,40). Mezi novější metody patří alternativní metoda. Pomocí této metody učitel docílí zájmu, vnímání, pozornosti, myšlení žáka (42). Při metodě vrstevnického vyučování žák prezentuje ostatním spolužákům určenou látku. Učitel v roli zkušenějšího pomáhá žákovi (12).

Při výběru vhodné metody musí učitel zvážit faktory pro a proti dané metody. V ošetrovatelství se využívají metody slovní, především vysvětlování, instruktáž a rozhovor. Metoda vyprávění se využívá pouze tehdy, pokud se uvádějí příklady z praxe. Mezi další velice užívané metody v ošetrovatelství patří práce s texty, metoda názorně demonstrační, analýza případu, praktické, reproduktivní nebo všeobecné metody, metoda brainstormingu a alternativní metody. Alternativní metody se využívají při reedukaci, v psychiatrickém ošetrovatelství, a v komunitním ošetrovatelství (17,42).

1.3.3 Poradenství zdravotně znevýhodněných osob

Zdravotní postižení je jednou z největších zátěží člověka. Proto se často zdravotně znevýhodněný člověk neumí sám zapojit do pracovního procesu. Zdravotně znevýhodnění lidé bývají často nezaměstnaní proti své vůli. Projekt Podaná ruka pomáhá zdravotně znevýhodněným spoluobčanům v produktivním věku. Projekt se snaží integrovat zdravotně znevýhodněné osoby zpět do společnosti (30).

V roce 2000 vznikla Národní rada osob se zdravotním postižením (dále NRZP), která zastřešuje 101 členských organizací zdravotně postižených (7). Pod NRZP spadá také Svaz postižených civilizačními chorobami (dále SPCCH), který vznikl v roce 1999. SPCCH byl původně Kardio klub České Budějovice založený roku 1986.

SPCCH v Českých Budějovicích zajišťuje pravidelné týdenní cvičení, rekondiční pobyty, víkendové výlety, mimořádné a společenské akce. Při pravidelném týdenním cvičení cvičí kardiaci dvě hodiny, vždy za přítomnosti lékaře, všeobecné sestry a rehabilitačního pracovníka. Před zahájením cvičení se kontrolují hodnoty krevního tlaku a tepu. Cvičení začíná rozvíčkou, pokračuje vlastním rehabilitačním cvičením a cvičební hodinu zakončují míčovou hrou (19).

V České republice existují také centra pro kardiaky. Centrum je v Havířově, Kladně, Příbrami, Litoměřicích, Pelhřimově a Plzni (36).

1.4 Edukace kardiaků

V předchozí části je již vysvětlen pojem edukace. Dalším pojmem je kardiak. „Kardiak je osoba, která trpí chronickým srdečním onemocněním (13).“

V kapitole Ischemická choroba srdeční jsou vyjmenovány rizikové faktory onemocnění. Režimová opatření po kardiovaskulární příhodě se dělí na primární a sekundární. Mezi primární patří režimová a farmakologická opatření u lidí bez manifestace choroby. K sekundární prevenci patří zvýšení pohybové aktivity, abstinence kouření, sekundární prevence DM, léčba hypertenze a dieta (20,38). V následujících kapitolách bude popsána vhodná fyzická zátěž u kardiaků, výživa, možnost balneoterapie a další vhodná doporučení pro kardiaky.

1.4.1 Fyzická zátěž kardiaků

Fyzická aktivita má pozitivní vliv na organismus. Ovlivňuje hypertenzi, sacharidový metabolismus, vede ke snížení hmotnosti. Pravidelné cvičení má vlivy kardiologické, metabolické a ovlivňuje životní styl (Příloha 2) (37,38).

U kardiaka se pomocí rehabilitace snažíme navrátit a udržovat jeho přiměřený fyziologický, psychologický, sociální, pracovní a emoční stav. Rehabilitace zaujímá komplexní přístup k nemocnému. Rehabilitace se nezabývá pouze fyzickou aktivitou, ale také prosazuje zásady sekundární prevence a změny životního stylu (37).

Rehabilitace nemocných po akutních koronárních syndromech má čtyři fáze: nemocniční rehabilitaci, časnou posthospitalizační rehabilitaci, období stabilizace, udržovací fáze (23,37,38,39).

Hlavním smyslem nemocniční rehabilitace je zabránit dekonkci, tromboembolickým komplikacím a připravit nemocného k návratu do běžného života. Klid na lůžku se musí dodržovat většinou pouze dvanáct až dvacet čtyři hodin a poté začínáme s aktivním cvičením, kdy provádíme pohyby horních a dolních končetin (dále HK a DK) na lůžku. Cvičení trvá pět až deset minut. Aktivní cvičení zlepší průtok krve a zabraňuje snižování svalové síly, předchází tromboembolickým komplikacím. Druhý den se již nemocný může posadit na lůžku, třetí den cvičí v leže a vsedě, postupně začíná vstávat z lůžka a krátce chodit (23,38).

Každý nemocný cvičí individuálně. Důvodem k přerušení cvičení může být objevení se subjektivních potíží (stenokardie, dušnost, výrazná únava), arytmie, srdeční frekvence nad sto dvacet za minutu aj. (23).

U každého nemocného musíme zvážit kontraindikace fyzické aktivity, podle nichž se pak kardiaci dělí do skupin: nízké riziko, střední riziko a vysoké riziko (23,37).

Další fáze- posthospitalizační rehabilitace začíná co nejdříve po propuštění do domácího ošetřování. Je důležitá pro navození změn životního stylu a dodržování zásad sekundární prevence. Než nemocného propustí domů, připravují ho na pokračování rehabilitace v domácím prostředí. Nemocného poučí o redukci rizikových faktorů, dietních opatřeních, potřebě pokračovat ve cvičení a doporučeném

pohybovém režimu (vhodné cviky, intenzita chůze, aktivity denního života atd.) (23,37,38). Posthospitalizační rehabilitace může být prováděna formou nemocničního řízeného programu, individuálního domácího tréninku nebo lázeňské léčby (23,37).

Cvičební jednotka má fázi zahřívací, vlastní aerobní cvičení a relaxační fázi (23,37,38). Intenzitu, frekvenci a trvání zátěže určuje lékař (39). Obvykle nemocní během jedné cvičební jednotky cvičí okolo šedesáti minut (23,37,38). Kardiak by měl cvičit alespoň třikrát týdně. Před, během a po cvičení zkontrolujeme hodnoty pulzu, TK a ptáme se na subjektivní potíže.

Pro určení pohybového režimu se provádí ergometrie (23,37). U kardiaka stanovíme tréninkovou srdeční frekvenci. Tréninková srdeční frekvence je maximální hodnota srdeční frekvence, která je pro kardiaka bezpečná. Tuto hranici by neměl kardiak překračovat (23). Kardiaci by se měli vyhýbat aktivitám, při kterých se vystavují větší emoční zátěži.

Ve fázi stabilizace by měli kardiaci pokračovat ve změnách životního stylu a dodržovat vytrvalostní trénink.

V udržovací fázi nemocný dodržuje zásady zdravého životního stylu s minimálním odborným dohledem. Kardiaka dispenzarizuje jeho odborný lékař (23,37,38).

Vhodné jsou aerobní aktivity, při kterých se posiluje výkonnost kardiiovaskulárního systému, spalují se tuky a tím se redukuje hmotnost, vyplavují se endorfiny, což pozitivně ovlivňuje naši náladu (33). Vhodná je dynamická zátěž, při které se střídá rytmické stahování svalových skupin s jejich uvolňováním. Při dynamickém cvičení není příliš zadržován dech (39).

Nejvhodnějším druhem pohybu je chůze v dobré obuvi a dobrém terénu, dále je vhodné plavání, některé zimní sporty (např. jízda na běžkách) a letní sporty, jako třeba cyklistika.

Kardiak by neměl provádět silové sporty, při kterých dochází k intervalovému snižování a zvyšování tepové frekvence a zadržuje se při nich dech, např. posilování, kulturistika, nošení a zvedání těžkých předmětů aj. (33,38,39).

1.4.2 Výživa kardiaků

Mezi další důležitá režimová opatření patří dodržování diety. Dieta je správně a zdravě upravená strava (39). Doporučuje se dieta středozevního moře charakteristická nízkým obsahem nasycených mastných kyselin a vysokým obsahem antioxydantů (27,38).

Zásady Středozevní diety:

- Několikrát za měsíc se konzumuje červené maso, hovězí, vepřové, skopové a občas cukrovinky a pečivo
- Pouze několikrát za týden drůbež, vejčička a ryby
- Obden sýry, jogurty, mléčné výrobky, luštěniny, lusky, a ořechy
- Denně zeleninu, rajčata, papriku, salát, brokolici, mrkev, a ovoce všeho druhu, olivy, olivový olej, jako přílohu chleba, těstoviny, rýži, obilné kaše. K tomu malé množství alkoholu ve formě vína při jídle (37).

Zdravá strava obsahuje nízký obsah nasycených mastných kyselin, trans-nasycených mastných kyselin a cholesterolu, vysoký obsah zeleniny, ovoce a vlákniny. Dieta omezuje tuky, u obézních i množství cholesterolu v potravě. Cholesterol se vyskytuje ve vaječných žloutcích, v mase, živočišném tuku, mléce a mléčných výrobcích. Dále omezuje živočišné tuky a nasycené mastné kyseliny v potravě. Ty jsou obsaženy v mléčných produktech, másle, zmrzlině, sýrech, smažených brambůrkách, trvanlivém slaném pečivu a sladkém pečivu, hamburgerech, bifteku, šunce, slanině, vepřovém mase, uzeninách. Naopak zvyšuje nenasycené mastné kyseliny v potravě, které jsou v rostlinných tucích, rybách a také zvyšují obsah vlákniny v potravě. Dále se doporučuje jíst vitamíny s antioxidačním účinkem, jako např. vitamín E, C a betakaroten.

Dieta podle Americké kardiologické společnosti má tři stupně.

První stupeň diety má toto složení: padesát až šedesát procent sacharidů, patnáct procent bílkovin a méně jak třicet procent tuku. Nenasycené tuky, monoenoové a polyenoové mastné kyseliny zastoupeny deseti procenty. Obsah cholesterolu méně jak tři sta gramů na den.

Dieta druhého stupně: obsah tuku dvacet pět procent, cholesterol dvě stě až dvě stě padesát gramů na den.

Dieta třetího stupně: tuky jsou striktně omezeny na dvacet procent denního příjmu energie, bílkoviny patnáct procent, šedesát pět procent cukry. Množství cholesterolu v potravě je sto až sto padesát gramů za den (27).

Celkové množství přijaté potravy musíme přizpůsobit tělesné aktivitě, pravidelně a více chodit, sledovat tělesnou hmotnost, chránit se před tloustnutím. Alkohol má pozitivní účinky na kardiovaskulární aparát. U lidí zvyklých na pití piva, můžeme doporučit místo pití vína během jídla, pití deseti stupňového piva (37). Pivo v množství půl litru/den u mužů a 1/3 litru u žen má také antioxidační účinky (6).

Kardiaci a nejen oni by měli dodržovat zásady zdravé výživy: jídlo by mělo být vždy čerstvé a z čerstvých potravin, dobře uvařené a chutné, před dalším jídlem by měly uplynout alespoň čtyři hodiny od posledního jídla, při jídle se nedoporučuje kombinovat příliš mnoho potravin, stravu je potřeba pořádně žvýkat, jíst v klidu a pomalu, v čistém a upraveném prostředí, ovoce jíst vždy samostatně a nekombinovat s jiným jídlem, hodinu před a po jídle nepít, po malých doušcích lze pít k jídlu teplou vodu (29).

1.4.3 Balneoterapie

Balneoterapie znamená léčení v lázních. Léčba v lázních může být komplexní nebo příspěvková (39). Proto, aby mohl být nemocný léčen v lázních, musí splňovat stanovená kritéria, která jsou uvedena ve Vyhlášce ministerstva zdravotnictví (23,39). Léčbu v lázních schvaluje revizní lékař.

V České republice existuje pět lázeňských míst, kam se jezdí léčit pacienti po srdečních příhodách a srdečních operacích. Jsou to lázně Poděbrady, Teplice nad Bečvou, Konstantinovy lázně, Františkovy lázně a Libverda (38,39). Dalšími místy, kde se léčí nemoci oběhové soustavy jsou Běláhoř, Běláhoř, Hodonín, Jeseník, Karlova Studánka, Luhačovice a Teplice v Čechách.

Lázeňská léčba nabízí relativně dlouhé období, během kterého je nemocný denně dostupný, psychicky uvolněný (39). Do lázní jezdí většinou pacienti, kteří prodělali IM, pacienti s ICHS, u kterých byla provedena kardiochirurgická operace (21,39). V současné době jako v prvních lázních v České republice provádí

v Poděbradech časnou rehabilitaci po srdečních operacích, tzn. přímo překladem z lůžka kardiologických klinik (21). Hlavním smyslem léčby v lázních je sekundární prevence. Lázeňská léčba má smysl pouze tehdy, když pacient spolupracuje a má zájem zlepšit svůj zdravotní stav. Nejde pouze o pasivní léčbu, kdy se pacient podrobuje léčebným procedurám, ale pacient zároveň sám aktivně spolupracuje na zlepšení svého zdravotního stavu. Lázeňská rehabilitační léčba navazuje na hospitalizační.

Hlavním cílem lázeňské léčby je navrátit nemocného do společenského postavení, které nemocný měl před vznikem onemocnění. Nemocnému se stanoví léčebný plán. Ten obsahuje dietní opatření, režimová opatření (stupeň a druh pohybové aktivity) (39). Časná rehabilitace velmi významně snižuje následnou zdravotní péči v pooperačním i dalším období a tím výrazně snižuje ekonomické náklady na léčbu. Časná rehabilitace zlepšuje fyzický i psychický stav léčených kardiaků (16).

Lázeňská léčba kardiaků obsahuje řízenou pohybovou aktivitu, racionální nízkocholesterolovou dietu eventuelně s redukcí hmotnosti, balneologickou a fyziatrickou terapii, kontrolu rizikových faktorů, psychoterapii a zdravotní výchovu.

Při řízené pohybové aktivitě rozdělují kardiaky do skupin podle výsledků ergometrie (39). Součástí řízené pohybové aktivity jsou: skupinový léčebný tělocvik třicet minut denně, alespoň čtyřikrát za týden, progresivní ergometrický trénink třicet minut denně, alespoň čtyřikrát za týden, terénní léčba s kardiometrem, rehabilitace v bazénu, plavání. Během léčby kardiaka kontrolují.

Další součástí léčby je dieta. Cílem je změnit pohled kardiaka na složení stravy. Kardiak má možnost vyzkoušet si zdravou stravu, nechat si poradit od nutričního terapeuta. Součástí jsou přednášky o výživě, při kterých mají nemocní možnost ochutnávky a dostanou recepty jídel (38,39).

Hlavní procedurou balneologické terapie jsou uhličitě koupele. Uhličitě koupele mají vliv na kardiovaskulární aparát, ale i na úpravu vegetativních funkcí a zlepšení trofiky tkání. Dojde k navození rovnováhy nervového systému. Dalšími balneologickými a fyziatrickými procedurami jsou: vodoléčebné procedury- podvodní masáže, skotské stříky, Hauffeho lázeň, vířivá nožní koupel, střídavá šlapací nožní

koupel, elektroléčebné procedury- čtyřkomorová galvanická lázeň, iontoforézy, nízko, středně a vysokofrekvenční proudy, a další druhy procedur- jako magnetoterapie, ultrazvuk, vakumkompresní terapie, kryoterapie, oxygenoterapie, inhalace Vincentky, parafin, manuální terapie aj. (23,38,39). Balneologická a fyziatrická terapie je pouze doplňková metoda léčby v lázních (23).

Součástí komplexní lázeňské léčby je i kontrola rizikových faktorů aterosklerózy. Kromě dodržování dietních opatření také nekuřáctví a pomoc při odvykání kouření, kontrola hladin glykémie, kyseliny močové a krevních tuků.

V lázních probíhá zdravotní výchova formou skupinovou i individuální. Při zdravotní výchově informují kardiaka o hlavních anatomických, fyziologických a patologických poznatech o srdci a cévách, jejich nemocech, rizikových faktorech těchto nemocí a možnostmi jejich ovlivnění. Při individuálních pohovorech probírají s nemocným konkrétně jeho onemocnění a jeho rizikové faktory (38,39).

1.4.4 Další vhodná doporučení pro kardiaky

V předchozích kapitolách byla probrána fyzická aktivita, výživa kardiaka a možnosti balneoterapie. Kromě fyzické aktivity, výživy a možnosti balneoterapie existují ještě další vhodná doporučení pro kardiaky.

Při cestování vznikají pro kardiaka určitá rizika (kardiovaskulární, tromboembolické komplikace, komplikace ICHS, arytmie aj.). Při cestování letadlem, které trvá delší dobu je obávanou komplikací hluboká žilní trombóza a následně plicní embolie. Příčinou je několikahodinové sezení v letadle v úzkých sedadlech, pokles parciálního tlaku kyslíku v letadle, snížení vlhkosti prostředí a přidružené choroby, kterými kardiak trpí. Jako prevence se doporučuje dostatek tekutin, použití kompresivních punčoch, procvičování dolních končetin zatínáním lýtkových a stehenních svalů, postavování se v letadle a procházení se každou hodinu (18).

Před propuštěním do domácího ošetření musí být kardiak správně edukován. Kardiaka informujeme o: vyhýbání se chladnému a větrnému počasí, ale i příliš vysokým teplotám s vysokou vlhkostí vzduchu, nechodit ven, při stupni bio zátěže tři. Kardiak nesmí chodit do sauny, koupat se v horké vodě, doporučuje se sprchování vlažnou vodou (26,32). Dále kardiaka upozorní na nevhodnost kouření, pití alkoholu

a černé kávy, u obézních o potřebě snížit hmotnost, o fyzické námaze, dodržovat pravidelnou životosprávu- pravidelně spát, dodržovat dietní opatření, užívat předepsané léky, chodit na pravidelné kontroly (26).

Dále by si měl kardiak kontrolovat krevní tlak. K zásadám správného měření krevního tlaku patří: krevní tlak by si měl nemocný měřit pravidelně, před měřením tlaku být patnáct minut v klidu, nekouřit a nepít kávu, manžetu mít ve výši srdce, při měření nemluvit, nehýbat se, naměřené hodnoty si zapisovat (14).

Doporučuje se kontrola krevních tuků, především cholesterolu a triglyceridů, hladin glykémie, kontrola hmotnosti pomocí Body Mass Indexu (BMI). Velice důležité je umět relaxovat. Trvalý stres zvyšuje hladinu katecholaminů, což vede k větším nárokům na zásobení tkání kyslíkem a živinami.

Kardiak má často obavy o svůj sexuální život, proto by měl být poučen, že může i nadále žít sexuálním životem. Po IM většinou může začít žít sexuálním životem nemocný po třech až čtyřech týdnech od IM. Vhodné je se sexem začít v době psychické pohody (např. o víkendech), ne po jídle. Na vhodném místě, kdy nehrozí vyrušení, se stálým partnerem.

Dalším častým dotazem je návrat do zaměstnání. Nemocný se po IM může vrátit do zaměstnání za jeden až dva měsíce po propuštění z nemocnice. Samozřejmě záleží na profesi. O návratu do zaměstnání by se kardiak měl poradit s ošetřujícím lékařem (39).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl

1. Zjistit, zda ve vybraných kardiocentrech provádí edukaci kardiaků, kdo se na edukaci podílí, zda mají ve vybraných kardiocentrech edukační plány a zda je využívají a jaký je efekt edukace.

2. Vytvořit a realizovat vlastní edukační plán v kardiocentru v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1. Provádějí ve vybraných kardiocentrech edukaci kardiaků?

VO 2. Podílí se na edukaci sestra?

VO 3. Mají ve vybraných kardiocentrech edukační plán?

VO 4. Využívají ve vybraných kardiocentrech edukační plán?

VO 5. Má edukace kardiaků pozitivní efekt v dodržování režimových a léčebných opatřeních?

VO 6. Bude mít vytvořený edukační plán efekt na znalosti a dovednosti pacienta?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro bakalářskou práci byla zvolena forma kvalitativního výzkumu, technikou polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor byl veden s pacienty na interním oddělení, kardiologii- intermediální péči a kardiochirurgii.

Rozhovor (Příloha 3) je sestaven z otázek uzavřených, které nabízely výběr konkrétních odpovědí a otázek otevřených, ve kterých byla možnost se individuálně vyjádřit. Rozhovor byl veden s vrchními, staničními sestrami ve vybraných kardiocentrech. Rozhovory byly převedeny do kazuistik a následně pak v kategorizační tabulky.

Druhý rozhovor (Příloha 4) je sestaven z otázek uzavřených, které nabízely výběr konkrétních odpovědí a otázek otevřených, ve kterých se každý pacient individuálně vyjádřil. Rozhovor s pacienty byl veden před edukací a po edukaci s odstupem 5-14 dní od edukace, u každého pacienta individuálně. Edukace probíhala během hospitalizace v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. po úvodním rozhovoru s pacientem. Edukace pacientů byla zaměřena na anatomii srdce a cév, patologii srdce a cév, rizikové faktory ischemické choroby srdeční a možnost prevence rizikových faktorů. Rozhovory s pacienty byly také převedeny v kazuistiky (Příloha 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) a následně pak v kategorizační tabulky.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti/klienti s ischemickou chorobou srdeční bez rozdílu věku. Rozhovory byly provedeny s pacienty v Nemocnici České Budějovice, a.s. na interním, kardiologickém a kardiochirurgickém oddělení.

Druhou část výzkumného souboru tvoří vybraná kardiocentra v České republice - Fakultní nemocnice Vinohrady, Institut klinické a experimentální medicíny, Nemocnice Podlesí, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, Nemocnice Jihlava a Fakultní nemocnice Plzeň. Výzkumný soubor tvořilo 8 pacientů a 8 vybraných kardiocenter.

4 VÝSLEDKY

V České republice funguje 17 kardiocenter, která se rozlišují na kardiocentra komplexní, která poskytují i možnost kardiochirurgie a kardiocentra bez kardiochirurgie. Při mé bakalářské práci jsem spolupracovala s 8 vybranými kardiocentry- Fakultní nemocnice Vinohrady, Institut klinické a experimentální medicíny, Nemocnice Podlesí, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, Nemocnice Jihlava a Fakultní nemocnice Plzeň.

4.1 Rozhovory s kardiocentry

Kardiocentrum 1

V kardiocentru 1 provádí edukaci kardiaků lékař a nutriční terapeut, kdy volí individuální formu edukace. Využívané metody k edukaci jsou přednáška, instruktáž, vysvětlování, rozhovor, letáčky a brožurky, doporučují vhodné recepty individuálně u každého pacienta dle potřeby. Při edukaci kardiaka se zaměřují na hmotnost pacienta, jeho laboratorní hodnoty a stravovací zvyklosti. Na otázku jaké jsou nejčastější nedostatky informací kardiaků, se kterými se setkáváte, mi nutriční terapeutka odpověděla: „Nedostatečná informovanost o stravovacích zvyklostech kardiaků, ale i lidí vůbec – např. nepravidelná strava je častý problém a také nedostatečná fyzická aktivita.“ Před tím, než je kardiak propuštěn do domácího prostředí je poučen o režimových opatřeních, která by měl dodržovat. V kardiocentru 1 mají vypracované standardy na edukaci kardiaků, také mají vypracovaný edukační plán, který při edukaci kardiaků využívají. Efektivitu edukace sledují u kardiaků při pravidelných kontrolách 1x za 3 měsíce, ale v případě potřeby (např. při obezitě) jsou pravidelné kontroly individuální. Efektivitu edukace zjišťují pohovorem s kardiakem, zápisem jídelníčku, který si vede kardiak sám a při pravidelné kontrole se zhodnotí skladba jídelníčku a počítačovým zpracováním nutričních údajů se hodnotí rozvržení jídla do jednotlivých porcí, tepelná úprava jídla atd. V kardiocentru 1 uvedli, že edukace má pozitivní vliv v dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Kardiocentrum 2

V kardiocentru 2 edukuje kardiaky lékař a sestra, přičemž využívají individuální i hromadnou formu edukace. Využívanými metodami k edukaci jsou instruktáž, vysvětlování, letáčky a brožurky. Edukaci zaměřují na primární a sekundární prevenci. Na otázku číslo 6: Jaké jsou nejčastější nedostatky informací kardiaků, se kterými se setkáváte, mi nebylo odpovězeno. Před tím, než je kardiak propuštěn do domácího prostředí bývá poučen o režimových opatřeních, která by měl dodržovat. V kardiocentru 2 nemají vypracované standardy k edukaci kardiaků ani edukační plán. Efektivitu edukace, zda pacient správně a dostatečně porozuměl edukaci a zda dodržuje režimová opatření, podle poskytnutých informací zde nesledují, proto nedokáží posoudit, zda má edukace u kardiaka vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Kardiocentrum 3

V kardiocentru 3 provádí edukaci lékař, sestra a rehabilitační pracovník a volí individuální formu edukace. Kardiaky edukují pomocí praktického nácviku, letáčků a brožurek. Tématem edukace jsou režimová opatření a rehabilitace po výkonu. Na otázku číslo 6: Jaké jsou nejčastější nedostatky informací kardiaků, se kterými se setkáváte, mi nebylo odpovězeno. Před propuštěním do domácího ošetřování informují kardiaka o režimových opatřeních, která by měl dodržovat. K edukaci kardiaků zde nemají vypracované žádné standardy. Edukační plán na edukaci kardiaků nemají, edukace se odvíjí dle aktuálních potřeb pacienta. Efektivitu edukace sledují ihned po edukaci a dále kdykoliv v průběhu hospitalizace dotazem kardiaka, zda porozuměl podaným informacím. Dle zkušeností pracovníků v kardiocentru 3 edukace kardiaků nemá pozitivní efekt v dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Kardiocentrum 4

V kardiocentru 4 kardiaka edukuje lékař a sestra. Využívají zde individuální i hromadnou formu edukace. Používanými metodami k edukaci jsou instruktáž, vysvětlování, rozhovor, letáčky a brožurky. Při edukaci kardiaka se zaměřují na životosprávu a stravovací návyky, fyzickou zátěž a prevenci rizikových faktorů. Nejčastějšími nedostatky informací kardiaků, se kterými se v kardiocentru 4 setkávají jsou nevhodné složení stravy a nedostatek fyzické aktivity. Dříve než propustí kardiaka do domácího ošetřování, tak ho poučí o režimových opatřeních, které by měl dodržovat. K edukaci kardiaků mají vypracované standardy i edukační plán, který při edukaci využívají. Ale efektivitu edukace, zda pacient správně a dostatečně porozuměl edukaci a zda dodržuje režimová opatření, podle poskytnutých informací zde nesledují, přesto si myslí, že edukace kardiaků má pozitivní vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Kardiocentrum 5

V kardiocentru 5 provádí edukaci u kardiaků lékař a sestra. K edukaci kardiaků volí individuální i hromadnou formu edukace. K edukaci kardiaků používají rozhovor, vysvětlování, letáčky a brožurky. Edukaci zde mají zaměřenou na nutnost změny životního stylu a potřebu dlouhodobé terapie. Nedokáží posoudit jaké jsou nejčastější nedostatky informací kardiaků. Před propuštěním do domácího ošetřování informují kardiaka o režimových opatřeních, která by měl dodržovat. K edukaci kardiaků zde nemají vypracované žádné standardy ani edukační plán a efektivitu edukace zda pacient správně a dostatečně porozuměl edukaci a zda dodržuje režimová opatření, podle poskytnutých informací zde nesledují. V kardiocentru 5 nedokáží posoudit, zda má edukace kardiaka vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Kardiocentrum 6

V kardiocentru 6 edukuje kardiaky lékař a sestra, volí individuální formu edukace. K edukaci používají rozhovor, letáčky a brožurky. Edukaci zaměřují na správnou životosprávu a důležitost pohybu. Jako nejčastější nedostatky informací u kardiaků pocítují neznalost možností léčby a správného stravování. Před propuštěním do domácího ošetřování informují kardiaka o režimových opatřeních, která by měl dodržovat. K edukaci kardiaků zde nemají vypracované žádné standardy. Obecný edukační plán k edukaci kardiaků nepoužívají, edukují vždy podle stávající diagnózy. Efektivitu edukace zda kardiak správně a dostatečně porozuměl edukaci a zda dodržuje režimová opatření, podle poskytnutých informací zde nesledují. V kardiocentru 6 nedokáží posoudit, zda má edukace kardiaka vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Kardiocentrum 7

V kardiocentru 7 edukuje kardiaky sestra. K edukaci kardiaka volí individuální formu edukace. Metodami edukace, které zde využívají jsou rozhovor, letáčky a brožurky. Edukaci mají zaměřenou na stravování, pohybovou aktivitu, škodlivost kouření a důležitost dodržování režimových opatření. Mezi nejčastější nedostatky informací kardiaka patří nedostatek informací o správném stravování a potřebě a pozitivních vlivech pohybové aktivity. Před propuštěním do domácího ošetřování informují kardiaka o režimových opatřeních, která by měl dodržovat. Na edukaci kardiaků nemají vypracované standardy ani edukační plán. Efektivitu edukace sledují při pravidelných kontrolách, které bývají u každého kardiaka individuální (po onemocnění za 1 měsíc a dále pak 1x za 6 měsíců). V kardiocentru 7 mají pozitivní zkušenost, uvádí že edukace má pozitivní vliv v dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Kardiocentrum 8

V kardiocentru 8 edukuje kardiaky lékař, sestra a rehabilitační pracovník. K edukaci kardiaka volí individuální formu edukace. K edukaci používají rozhovor, letáčky a brožurky. Při edukaci kardiaka se zaměřují na prevenci ischemické choroby srdeční, rehabilitaci, nekouření, stav po infarktu myokardu. Na otázku číslo 6: Jaké jsou nejčastější nedostatky informací kardiaků, se kterými se setkáváte, mi nebylo odpovězeno. Před propuštěním do domácího ošetřování informují kardiaka o režimových opatřeních, která by měl dodržovat. Na edukaci kardiaků nemají vypracované standardy ani edukační plán. Efektivitu edukace sledují u právě hospitalizovaných pacientů zpětnými dotazy s odstupem několika hodin od edukace. V kardiocentru 8 mají pozitivní zkušenost s edukací kardiaků, uvádí že edukace má pozitivní vliv v dodržování režimových a léčebných opatřeních.

4.2 Kategorizační tabulky kardiocenter

Tabulka 1 Edukace kardiaků v kardiocentrech

(Odpovídá otázce č.1 z rozhovoru pro kardiocentra)

K= kardiocentrum	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	Celkem
EDUKACI PROVÁDĚJÍ	1	1	1	1	1	1	1	1	8
EDUKACI NEPROVÁDĚJÍ	-	-	-	-	-	-	-	-	0

Tabulka 1 znázorňuje provádění/neprovádění edukace ve vybraných kardiocentrech. Ve všech kardiocentrech (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8) provádějí edukaci kardiaků.

Tabulka 2 Účast zdravotnického personálu na edukaci

(Odpovídá otázce č.2 z rozhovoru pro kardiocentra)

K= kardiocentrum	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	Celkem
LÉKAŘ	1	1	1	1	1	1	-	1	7
VŠEOBECNÁ SESTRA	-	1	1	1	1	1	1	1	7
REHABILITAČNÍ PRACOVNÍK	-	-	1	-	-	-	-	1	2
NUTRIČNÍ TERAPEUT	1	-	-	-	-	-	-	-	1

Tabulka 2 znázorňuje účast zdravotnických pracovníků na edukaci kardiaků ve vybraných kardiocentrech. V 7 kardiocentrech (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K8) se na edukaci podílí lékař. V 7 kardiocentrech (K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8) se na edukaci podílí sestra. Pouze v 1 kardiocentru (K1) edukuje kardiaky i nutriční terapeut. Pouze ve 2 kardiocentrech edukaci provádí i rehabilitační pracovník (K3, K8).

Tabulka 3 Edukační plán v kardiocentrech

(Odpovídá otázce č.9 z rozhovoru pro kardiocentra)

K= kardiocentrum	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	Celkem
MAJÍ EDUKAČNÍ PLÁN	1	-	-	1	-	-	-	1	3
NEMAJÍ EDUKAČNÍ PLÁN	-	1	1	-	1	1	1	-	5

Tabulka 3 znázorňuje, zda ve vybraných kardiocentrech mají vytvořený edukační plán. Ve 3 kardiocentrech (K1, K4, K8) mají na edukaci kardiaků vytvořený edukační plán, v 5 kardiocentrech (K2, K3, K5, K6, K7) nemají vytvořený edukační plán k edukaci kardiaků.

Tabulka 4 Používání edukačního plánu v kardiocentrech

(Odpovídá otázce č.10 z rozhovoru pro kardiocentra)

K= kardiocentrum	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	Celkem
POUŽÍVAJÍ EDUKAČNÍ PLÁN	1	-	-	1	-	-	-	1	3
NEPOUŽÍVAJÍ EDUKAČNÍ PLÁN	-	1	1	-	1	1	1	-	5

Tabulka 5 znázorňuje, zda ve vybraných kardiocentrech používají k edukaci kardiaků edukační plán. Ve 3 kardiocentrech (K1, K4, K8) používají k edukaci kardiaků edukační plán, v 5 kardiocentrech (K2, K3, K5, K6, K7) nepoužívají k edukaci kardiaků edukační plán, protože žádný edukační plán na edukaci kardiaků nemají (viz.Tabulka 3).

Tabulka 5 Vliv edukace na kardiaky v dodržování režimových a léčebných opatřeních

(Odpovídá otázce č.13 z rozhovoru pro kardiocentra)

K= kardiocentrum	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	Celkem
POZITIVNÍ EFEKT	1	-	-	1	-	-	1	1	4
ŽÁDNÝ EFEKT	-	-	1	-	-	-	-	-	1
NEDOKÁŽI ZHODNOTIT	-	1	-	-	1	1	-	-	3

Tabulka 5 znázorňuje vliv edukace při dodržování režimových a léčebných opatření na kardiaky. Osoby zastupující kardiocentra (K1, K4, K7, K8) uvedli, že edukace kardiaků má pozitivní vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních. Ve 3 kardiocentrech (K2, K5, K6) nedokáží posoudit, zda má edukace kardiaků vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních. V jednom kardiocentru (K3) uvedla osoba zastupující kardiocentrum, že edukace kardiaků nemá žádný vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních.

4.3 Rozhovory s pacienty a kategorizační tabulky

Kazuistika pacienta 1 je popsána v Příloze 8.

Tabulka 6 Pacient 1

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	Nevhodné stravování, nadváha, kouření	Nevhodná strava, kouření, nadváha, nevhodná fyzická zátěž, stres
JE MOŽNOST PREVENCE	Ano	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	Redukce váhy, nekouřit	Nestresovat se, nekouřit, zhubnout, zdravá strava, vhodná pohybová aktivita
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Procházky- 2-3x týdně jízda na kole- občas domácí práce a práce okolo hospodářství- každý den	Práce v dílně- každý den Procházky- 1x za týden
ZNALOST DIETY	Ne	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Ano	Ne, již se změnou jídelníčku začal
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY SPECIALISTY U	Ne	Ne
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	-	-

Tabulka 6 znázorňuje efekt edukace u pacienta 1. Pacient 1 znal před edukací pouze 3 rizikové faktory, po edukaci znal pacient 1 již 5 rizikových faktorů. Již před edukací si pacient 1 myslel, že je možná prevence onemocnění. Před edukací jmenoval pacient 1 pouze 2 způsoby prevence, po edukaci jmenoval pacient 1 již 5 způsobů, jak lze předcházet onemocnění. Pohybová aktivita pacienta 1 je dostačující již před edukací. Před edukací nezná pacient 1 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, pacient 1 si myslí, že bude zapotřebí změnit stravovací návyky. Po edukaci již pacient 1 zná vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu a začal se změnou

stravovacích návyků. Před edukací ani po edukaci se pacient 1 neléčil v lázních a nechodil na preventivní prohlídky ke kardiologovi.

Tabulka 7 Jídelníček pacienta 1

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	2x měsíčně	1x za týden
OVOCE	Každý den	Každý den
ZELENINA	Každý den	Každý den
LUŠTĚNINY	2x za měsíc	2x za měsíc
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	Každý den	Každý den
PEČIVO	Bílý chléb	Bílý chléb
PŘÍLOHY	Rýže, brambory, těstoviny, výjimečně knedlíky	Rýže, brambory, těstoviny, výjimečně knedlíky
UZENINY	Občas	Občas
SALÁMY	Občas	Šunkový
MASO	Kuřecí, vepřové, hovězí	Kuřecí, vepřové, hovězí
SLADKOSTI	Občas	Občas
SOLENÍ	Hodně	Omezil (méně než dříve)
VAJÍČKA	1x za týden	2x za měsíc
TUČNÉ POKRMY	-	-
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	Nejí	Nejí
POLOTOVARY	Nejí	Nejí
ÚPRAVA POKRMŮ	Vaření, pečení, smažení, dušení	Vaření, pečení, smažení, dušení
TEKUTINY	1,5 litrů/den	1,5-2litry za den
KÁVA	Když na ni má chuť	Když na ni má chuť
ALKOHOL	2-3x týdně pivo po jídle	2-3x týdně pivo po jídle

Tabulka 7 znázorňuje stravovací zvyklosti pacienta 1 před edukací a po edukaci. Před edukací jedl pacient 1 ryby 2x za měsíc, po edukaci jí ryby 1x týdně. Již před edukací jedl pacient 1 ovoce a zeleninu, pil mléko a jedl mléčné výrobky každý den. Luštěniny jí pacient 1 před edukací i po edukaci 2x měsíčně. Před edukací i po edukaci jí pacient z pečiva bílý chléb. Jako přílohu k hlavnímu jídlu jí pacient 1 před edukací i po edukaci rýži, brambory, těstoviny a výjimečně knedlíky. Občas jí pacient 1 před edukací i po edukaci uzeniny, salámy a sladkosti. Po edukaci jí pacient 1 pouze šunkový salám. Maso jí pacient 1 kuřecí, hovězí i vepřové před edukací i po edukaci. Pacient 1 jí před edukací vajíčka 1x týdně, po edukaci jí vajíčka 2x

za měsíc. Pacient 1 po edukaci omezil solení. Již před edukací nejedl pacient 1 potraviny na přepalovaném tuku a polotovary. Pokrmy upravuje pacient 1 vařením, pečením, dušením i smažením před edukací i po edukaci. Pacient 1 vypije 1,5litru tekutin za den, kávu pije, když na ni má chuť a pivo 2-3x týdně po jídle před edukací i po edukaci.

Kazuistika pacienta 2 je popsána v Příloze 9.

Tabulka 8 Pacient 2

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	Kouření, nevhodná strava, abnormální fyzická zátěž	Kouření, nevhodná strava, nevhodná fyzická aktivita, stres
JE MOŽNOST PREVENCE	Ano	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	Vhodná sportovní aktivita, dodržování vhodných stravovacích návyků, nekouřit	Dodržovat dietu, pravidelná fyzická aktivita, nekouřit, prevence stresu, relaxace
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Procházky a výlety- 2x týdně	Předsevzetí- krátké procházky každý den
ZNALOST DIETY	Ne	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Mírná změna	Ano
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY SPECIALISTY	Ne	Ne, ale nyní začne
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	-	-

Tabulka 8 znázorňuje efekt edukace u pacienta 2. Pacient 2 znal před edukací pouze 3 rizikové faktory, po edukaci znal pacient 2 4 rizikové faktory. Již před edukací si pacient 2 myslel, že je možná prevence onemocnění. Před edukací jmenoval pacient 2 pouze 3 způsoby prevence, po edukaci jmenoval pacient 2 již 5 způsobů, jak lze předcházet onemocnění. Pacient 2 chodí před edukací 2x týdně na procházky, po edukaci má pacient 2 předsevzetí chodit na krátké procházky každý den. Před edukací nezná pacient 2 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, pacient 2 si myslí, že bude zapotřebí mírně změnit stravovací návyky. Po edukaci již pacient 2 zná vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu a říká, že bude potřeba změnit stravovací návyky. Před edukací ani po edukaci se

pacient 2 neléčil v lázních. Pacient 2 nechodil před edukací na preventivní prohlídky ke kardiologovi, po edukaci chce začít chodit na preventivní prohlídky ke kardiologovi.

Tabulka 9 Jídelníček pacienta 2

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	1x za měsíc	Alespoň 1x týdně
OVOCE	2x týdně	Každý den
ZELENINA	2x týdně	Každý den
LUŠTĚNINY	Téměř nejl	-
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	Každý den	Každý den
PEČIVO	Celozrnný chléb	Celozrnný chléb
PŘÍLOHY	Brambory, rýže	Rýže
UZENINY	Každý den	Omezí
SALÁMY	Každý den	Omezí
MASO	Kuřecí, hovězí, vepřové	Kuřecí, hovězí, vepřové
SLADKOSTI	Příležitostně	Příležitostně
SOLENÍ	Stravu nepřisoluje	Stravu nepřisoluje
VAJÍČKA	2x za měsíc	2x za měsíc
TUČNÉ POKRMY	-	-
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	2x za rok	2x za rok
POLOTOVARY	Nejl	Nejl
ÚPRAVA POKRMŮ	Vaření, pečení, 2x měsíčně smažení	Vaření, pečení, chce omezit smažení
TEKUTINY	1,5 litru/den	2litry/den
KÁVA	2 hrníčky	Nyní nepije
ALKOHOL	-	-

Tabulka 9 znázorňuje stravovací zvyklosti pacienta 2 před edukací a po edukaci. Před edukací jedl pacient 2 ryby 1x měsíčně, po edukaci chce jíst ryby alespoň 1x týdně. Před edukací jedl pacient 2 ovoce a zeleninu pouze 2x týdně, po edukaci chce jíst pacient 2 ovoce a zeleninu každý den. Již před edukací pije pacient 2 mléko a jí mléčné výrobky a celozrnný chléb každý den. Jako přílohu k hlavnímu jídlu jí pacient 2 brambory a rýži, po edukaci chce jíst především rýži. Pacient jí před edukací každý den salámy nebo uzeniny, po edukaci chce jejich konzumaci omezit. Před edukací i po edukaci jí pacient 2 kuřecí, hovězí a vepřové maso, příležitostně sladkosti. Stravu ani před edukací nepřisoloval. Vajíčka jí pacient 2 před edukací i po edukaci 2x měsíčně a potraviny připravované na přepalovaném tuku 2x za rok. Polotovary nejedl pacient 2

ani před edukací. Před edukací upravuje pacient 2 pokrmy vařením, pečením a 2x za měsíc smažením, po edukaci chce omezit úpravu pokrmů smažením. Pacient 2 vypije 1,5litru tekutin za den a 2 hrníčky kávy před edukací, po edukaci vypije 2litry tekutin za den a kávu již nepije. Alkohol nepil pacient 2 ani před edukací.

Kazuistika pacienta 3 je popsána v Příloze 10.

Tabulka 10 Pacient 3

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	Stres	Stres, kouření, nevhodná strava
JE MOŽNOST PREVENCE	Ne	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	-	Prevence stresu, nekouřit, zdravá strava
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Procházky- každý den	Procházky- snaha chodit každý den
ZNALOST DIETY	Ano	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Ne	Ano
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY U SPECIALISTY	Ano	Ano
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	1x za měsíc	1x za měsíc

Tabulka 10 znázorňuje efekt edukace u pacientky 3. Pacientka 3 znala před edukací pouze 1 rizikový faktor, po edukaci znala pacientka 3 již 3 rizikové faktory. Před edukací si pacientka 3 myslela, že není možná prevence onemocnění, po edukaci si myslí, že se dá onemocnění předcházet. Před edukací nejmenovala pacientka 3 žádný způsob prevence, po edukaci jmenovala pacientka 3 již 3 způsoby, jak lze předcházet onemocnění. Pohybová aktivita pacientky 3 je dostačující již před edukací. Již před edukací znala pacientka 3 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, pacientka 3 si nemyslí, že bude zapotřebí změnit stravovací návyky, po edukaci pacientka říká, že by bylo potřeba změnit stravovací návyky. Před edukací ani po edukaci se pacientka 3 neléčila v lázních a chodila na preventivní prohlídky ke kardiologovi 1x měsíčně.

Tabulka 11 Jídelníček pacienta 3

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	Nejí (nemá ráda)	Nejí (nemá ráda)
OVOCE	Ano (nejraději jablka)	Ano (nejraději má jablka)
ZELENINA	Ano	Ano
LUŠTĚNINY	Ano	Ano
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	Ano	Ano
PEČIVO	Bílý chléb	Bílý chléb
PŘÍLOHY	Brambory	Brambory
UZENINY	Téměř nejí	Téměř nejí
SALÁMY	Téměř nejí	Téměř nejí
MASO	Kuřecí, vepřové	Kuřecí, vepřové
SLADKOSTI	1x za měsíc	1x za měsíc
SOLENÍ	Nepřisoluje	Nepřisoluje
VAJÍČKA	Občas, když sežene domácí	Občas, když sežene domácí
TUČNÉ POKRMY	-	-
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	Nejí	Nejí
POLOTOVARY	Nejí	Nejí
ÚPRAVA POKRMŮ	Vařením, 1x za měsíc smažením	Vařením, 1x za měsíc smažením
TEKUTINY	1-1,5litrů/den	1-1,5litrů
KÁVA	Bílou	Bílou
ALKOHOL	Nepije	Nepije

Tabulka 11 znázorňuje stravovací zvyklosti pacientky 3 před edukací a po edukaci. Po edukaci nedošlo k žádné změně ve stravovacích zvyklostech pacientky 3. Před edukací i po edukaci nejí pacientka 3 ryby, jí ovoce a zeleninu a pije mléko a jí mléčné výrobky každý den. Z pečiva jí pacientka 3 bílý chléb, jako přílohu k hlavnímu jídlu jí brambory. Salámy a uzeniny pacientka 3 téměř nejí, maso jí kuřecí a vepřové, sladkosti jí 1x za měsíc. Vajíčka jí pacientka 3 pouze, když sežene domácí. Potraviny připravované na přepalovaném tuku ani polotovary nejí. Pokrmy upravuje pacientka 3 vařením a 1x za měsíc smažením. Pacientka 3 vypije 1-1,5litru tekutin za den, pije bílou kávu, alkohol nepije.

Kazuistika pacienta 4 je popsána v Příloze 11.

Tabulka 12 Pacient 4

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	Kouření, nesprávná životospráva	Kouření, stres, nedostatek pohybové aktivity, nevhodná strava, nadváha
JE MOŽNOST PREVENCE	Ano	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	Nekouřit, dodržovat zásady správné životosprávy	Nekouřit, vyvarování se stresu, vhodná strava, dostatečná pohybová aktivita, zhubnout
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Žádná	Předsevzetí- jezdit na kole každý den
ZNALOST DIETY	Ano	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Ano	Ano
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY SPECIALISTY U	Ne	Ne
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	-	-

Tabulka 12 znázorňuje efekt edukace u pacienta 4. Pacient 4 znal před edukací pouze 2 rizikové faktory, po edukaci znal pacient 4 již 5 rizikových faktorů. Již před edukací si pacient 4 myslel, že je možná prevence onemocnění. Před edukací jmenoval pacient 4 pouze 2 způsoby prevence, po edukaci jmenoval již 5 způsobů, jak lze předcházet onemocnění. Před edukací nemá pacient 4 žádnou pohybovou aktivitu, po edukaci má pacient 4 předsevzetí jezdit na kole každý den. Již před edukací zná pacient 4 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, pacient 4 si myslí, že bude zapotřebí změnit stravovací návyky. Ani po edukaci nezačal pacient 4 se změnou stravovacích návyků. Před edukací ani po edukaci se pacient 4 neléčil v lázních a nechodil na preventivní prohlídky ke kardiologovi.

Tabulka 13 Jídelníček pacienta 4

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	Na Vánoce	Na Vánoce
OVOCE	Každý den	Každý den
ZELENINA	Každý den	Každý den
LUŠTĚNINY	3x za měsíc	3x za měsíc
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	K snídani	K snídani
PEČIVO	Rohlíky	Rohlíky
PŘÍLOHY	Brambory, knedlíky	Brambory, knedlíky
UZENINY	Každý den	Každý den
SALÁMY	Každý den	Každý den
MASO	Kuřecí 1x za měsíc kachnu	Kuřecí 1x za měsíc kachnu
SLADKOSTI	Nejí	Nejí
SOLENÍ	Nepřisluje	Nepřisluje
VAJÍČKA	2x za měsíc	2x za měsíc
TUČNÉ POKRMY	Zabijačku	Zabijačku
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	Ano (3-5x týdně)	Ano (3-5x týdně)
POLOTOVARY	Ano (3x za týden)	Ano (3x za týden)
ÚPRAVA POKRMŮ	Smažením 3x týdně	Smažením 3x týdně
TEKUTINY	0,5-1litr/den	0,5-1litr/den
KÁVA	4 hrníčky	4 hrníčky
ALKOHOL	Příležitostně	Příležitostně

Tabulka 13 znázorňuje stravovací zvyklosti pacienta před edukací a po edukaci. Po edukaci nedošlo u pacienta 4 k žádným změnám ve stravovacích zvyklostech. Pacient 4 před edukací i po edukaci jí ryby pouze na Vánoce. Pacient 4 jí ovoce a zeleninu, salámy nebo uzeniny každý den. K snídani pije pacient 4 mléko a jí mléčné výrobky. Luštěniny jí pacient 4 3x za měsíc. Z pečiva jí pacient 4 rohlíky. Jako přílohu k hlavnímu jídlu jí pacient 4 brambory a knedlíky. Maso jí pacient 4 kuřecí a 1x za měsíc kachnu. Sladkosti pacient 4 nejí a potraviny nepřisluje. Vajíčka jí pacient 4 2x za měsíc. Z tučných pokrmů jí pacient 4 zabijačku. Pacient 4 jí potraviny připravované na přepalovaném tuku 4-5x týdně a polotovary 3x týdně. Pokrmy

upravuje smažením 3-4x týdně. Pacient 4 vypije 0,5litru tekutin za den, vypije 4 hrníčky kávy za den a příležitostně pije alkohol.

Kazuistika pacienta 5 je popsána v Příloze 12.

Tabulka 14 Pacient 5

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	Vysoký cholesterol, kouření, nevhodná fyzická zátěž	Kouření, stres, nedostatek pohybu, nevhodná strava, vysoký cholesterol
JE MOŽNOST PREVENCE	Ano	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	Nekouřit, přiměřená fyzická aktivita, hlídat hladiny cholesterolu	Nekouřit, rozumná fyzická aktivita, minimalizace stresu, hlídat hladiny cholesterolu, dodržovat dietu
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Truhlařina- každý den Chodí na dřevo- v létě Procházky- každý den	Truhlařina- každý den Chodí na dřevo- v létě Procházky- každý den
ZNALOST DIETY	Ano	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Ne	Ano
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY SPECIALISTY U	Ano	Ano
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	Dle domluvy s lékařem	Dle domluvy s lékařem

Tabulka 14 znázorňuje efekt edukace u pacienta 5. Pacient 5 znal před edukací pouze 3 rizikové faktory, po edukaci znal pacient 5 již 5 rizikových faktorů. Již před edukací si pacient 5 myslel, že je možná prevence onemocnění. Před edukací jmenoval pacient 5 pouze 3 způsoby prevence, po edukaci jmenoval pacient 5 již 5 způsobů, jak lze předcházet onemocnění. Pohybová aktivita pacienta 5 je dostačující již před edukací. Již před edukací zná pacient 5 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu a myslí si, že nebude zapotřebí změnit stravovací návyky. Po edukaci si pacient 5 myslí, že bude potřeba mírně změnit stravovací návyky. Před edukací ani po edukaci

se pacient 5 neléčil v lázních a na preventivní prohlídky ke kardiologovi chodí dle domluvy s lékařem.

Tabulka 15 Jídelníček pacienta 5

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	3x za měsíc	3x za měsíc
OVOCE	Každý den	Každý den
ZELENINA	Každý den	Každý den
LUŠTĚNINY	1x týdně	1x týdně
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	Každý den	Každý den
PEČIVO	Černý chléb	Černý chléb
PŘÍLOHY	Brambory, rýže, těstoviny, téměř nejlí knedlíky	Brambory, rýže, těstoviny, téměř nejlí knedlíky
UZENINY	2x za měsíc	2x za měsíc
SALÁMY	2x za měsíc	2x za měsíc
MASO	Libové	Libové
SLADKOSTI	-	-
SOLENÍ	Snaží se omezit (dříve solil hodně)	Málo
VAJÍČKA	Několikrát za měsíc	Několikrát za měsíc
TUČNÉ POKRMY	Nemá rád	Nemá rád
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	Ne	Ne
POLOTOVARY	Ano	Ne
ÚPRAVA POKRMŮ	Dušením, vařením, smažené nejlí	Dušením, vařením, smažené nejlí
TEKUTINY	2-2,5litru/den	2-2,5litru/den
KÁVA	Nepije	Nepije
ALKOHOL	Příležitostně	Příležitostně

Tabulka 15 znázorňuje stravovací zvyklosti pacienta 5 před edukací a po edukaci. Před edukací i po edukaci jedl pacient 5 ryby 3x za měsíc, ovoce a zeleninu, mléčné výrobky každý den, luštěniny 1x za týden. Z pečiva jí pacient 5 před edukací i po edukaci černý chléb, jako přílohu k hlavnímu jídlu jí brambory, rýži, těstoviny, téměř nejlí knedlíky. Maso jí pacient 5 libové před edukací i po edukaci. Vajíčka jí pacient 5 několikrát za měsíc. Tučné pokrmy pacient 5 nemá rád, potraviny připravované na přepalovaném tuku pacient 5 nejedl ani před edukací. Pokrmy upravuje pacient 5 před edukací i po edukaci dušením a vařením, smažené pokrmy nejlí. Pacient 5 vypije 2-2,5litru tekutin za den, kávu nepije a alkohol pije příležitostně. Před edukací se

pacient 5 snažil omezit solení, po edukaci solí již málo. Před edukací jedl pacient polotovary, po edukaci už polotovary nejí.

Kazuistika pacientky 6 je popsána v Příloze 13.

Tabulka 16 Pacientka 6

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	Kouření, stres	Kouření, stres, nedostatek pohybové aktivity, nevhodná strava
JE MOŽNOST PREVENCE	Neví	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	-	Nekouřit, aktivní odpočinek, vhodná strava, relaxace
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Chůze do schodů do 4.patra- každý den Procházky, výlety- každý den Plavání- 2x týdně	Nyní dodržuje klidový režim, po zotavení: Chůze do schodů do 4.patra- každý den Procházky, výlety- každý den Plavání- 2x týdně
ZNALOST DIETY	Ano	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Ne	Ne
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY SPECIALISTY U	Ano	Ano
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	1x za 3 měsíce	1x za 3 měsíce

Tabulka 16 znázorňuje efekt edukace u pacientky 6. Pacientka 6 znala před edukací pouze 2 rizikové faktory, po edukaci znala pacientka 6 již 4 rizikové faktory. Před edukací pacientka 6 nevěděla, jestli je možná prevence onemocnění. Před edukací pacientka 6 nejmenovala žádnou možnost prevence. Po edukaci si pacientka 6 myslí, že se dá předcházet onemocnění, jmenuje 4 způsoby prevence. Pohybová aktivita pacientky 6 je dostačující již před edukací. Již před edukací zná pacientka 6 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu a myslí si, že nebude zapotřebí změnit stravovací návyky, i po edukaci si pacientka 6 myslí, že není potřeba změnit stravovací

návyky. Před edukací ani po edukaci se pacientka 6 neléčila v lázních a na preventivní prohlídky ke kardiologovi chodí 1x za 3 měsíce.

Tabulka 17 Jídelníček pacientky 6

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	Nejí (pouze z donucení)	Nejí (pouze z donucení)
OVOCE	Každý den	Každý den
ZELENINA	Každý den	Každý den
LUŠTĚNINY	Téměř nejí	Téměř nejí
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	Každý den	Každý den
PEČIVO	Celozrnné pečivo, müsli	Celozrnné pečivo, müsli
PŘÍLOHY	Brambory, rýži, těstoviny, knedlíky	Brambory, rýži, těstoviny, knedlíky
UZENINY	Nejí	Nejí
SALÁMY	Nejí	Nejí
MASO	Kuřecí, hovězí, vepřové	Kuřecí, hovězí, vepřové
SLADKOSTI	Nejí	Nejí
SOLENÍ	Hodně	Hodně
VAJÍČKA	2x za měsíc	2x za měsíc
TUČNÉ POKRMY	-	-
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	2x za rok	2x za rok
POLOTOVARY	Nejí	Nejí
ÚPRAVA POKRMŮ	Dušení, vaření, 3-5x za měsíc smažením	Dušení, vaření, 3-5x za měsíc smažením
TEKUTINY	1litr/den	1litr/den
KÁVA	Nyní už nepije	Nyní už nepije
ALKOHOL	Příležitostně	Příležitostně

Tabulka 17 znázorňuje stravovací zvyklosti pacientky 6 před edukací a po edukaci. Po edukaci nezměnila pacientka 6 své stravovací zvyklosti. Pacientka 6 jí ryby pouze z donucení, každý den jí ovoce a zeleninu. Pacientka 6 jí celozrnné pečivo a müsli. Jako přílohu k hlavnímu jídlu jí pacientka 6 brambory, rýži, těstoviny a knedlíky. Pacientka 6 nejí uzeniny, salámy, polotovary a sladkosti. Maso jí pacientka 6 kuřecí, hovězí a vepřové. Pacientka 6 hodně solí. Vajíčka jí pacientka 6 2x za měsíc, potraviny připravované na přepalovaném tuku jí 2x za rok. Pokrmy upravuje pacientka 6 vařením,

dušením a 3-5x za měsíc smažením. Pacientka 6 vypije 1litr tekutin za den , kávu nepije a alkohol pije příležitostně.

Kazuistika pacientky 7 je popsána v Příloze 14.

Tabulka 18 Pacientka 7

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	-	-
JE MOŽNOST PREVENCE	Ne	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	-	Neví
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Procházky- 4x za týden Pracuje na hospodářství- každý den	Procházky- 4x za týden Pracuje na hospodářství- každý den
ZNALOST DIETY	Ne	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Ano	Ano
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY U SPECIALISTY	Ne	Ne
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	-	-

Tabulka 18 znázorňuje efekt edukace u pacientky 7. Pacientka 7 si pamatovala z podaných informací pouze zásady vhodné diety při kardiovaskulárním onemocnění. Pacientka 7 nezná rizikové faktory a možnosti prevence před edukací ani po edukaci. Pohybová aktivita pacientky 7 je dostačující již před edukací. Před edukací nezná pacientka 7 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu a myslí si, že bude zapotřebí změnit stravovací návyky. Po edukaci ví pacientka 7, jakou by měla dodržovat dietu. Před edukací ani po edukaci se pacientka 7 neléčila v lázních a na preventivní prohlídky ke kardiologovi nechodí.

Tabulka 19 Jídelníček pacientky 7

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	2x za rok	2x za rok
OVOCE	3x týdně	3x týdně
ZELENINA	3x týdně	3x týdně
LUŠTĚNINY	3x za měsíc	3x za měsíc
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	Ano	Ano
PEČIVO	Chleba	Chleba
PŘÍLOHY	Brambory, knedlíky, rýži, 1x za týden těstoviny	Brambory, knedlíky, rýži, 1x za týden těstoviny
UZENINY	Občas	Občas
SALÁMY	Šunkový	Šunkový
MASO	Kuřecí, hovězí, krůtí 3x za měsíc vepřové	Kuřecí, hovězí, krůtí 3x za měsíc vepřové
SLADKOSTI	2-3x za měsíc	2-3x za měsíc
SOLENÍ	Hodně	Hodně
VAJÍČKA	1x za týden	1x za týden
TUČNÉ POKRMY	-	-
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	4x za rok	4x za rok
POLOTOVARY	Občas	Občas
ÚPRAVA POKRMŮ	Vařením či smažením	Vařením či smažením
TEKUTINY	2-3litry/den	2-3litry/den
KÁVA	3 hrníčky	3 hrníčky
ALKOHOL	Příležitostně (pivo, vodku)	Příležitostně (pivo, vodku)

Tabulka 19 znázorňuje stravovací zvyklosti pacientky 7 před edukací a po edukaci. Pacientka 7 nezměnila po edukaci své stravovací zvyklosti. Pacientka 7 jí ryby 2x za rok, 3x týdně jí ovoce a zeleninu, 3x za měsíc luštěniny. Pacientka 7 hodně solí. Vajíčka jí pacientka 7 1x za týden. Pacientka 7 jí potraviny připravované na přepalovaném tuku 4x za rok a občas jí polotovary. Pokrmy upravuje pacientka 7 vařením a smažením. Pacientka 7 vypije 2-3litry tekutin za den, vypije 3 hrníčky kávy za den a příležitostně pije alkohol (pivo a vodku).

Kazuistika pacienta 8 je popsána v Příloze 15.

Tabulka 20 Pacient 8

(Odpovídá otázky č.4, č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázky č. 3, č.4, č.5, č.6, č.7, č.8, č.10, č.11, č.12, č.13 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RIZIKOVÉ FAKTORY	Nevhodná strava, nedostatek pohybu, nadváha	Nevhodná strava, kouření, nedostatek pohybu, obezita, stres
JE MOŽNOST PREVENCE	Ano	Ano
MOŽNOSTI PREVENCE	Zdravá strava, zhubnout, dostatek pohybové aktivity	Zdravá strava, nekouřit, vyvarovat se stresu, zhubnout, pohybová aktivita
POHYBOVÁ AKTIVITA A JEJICH FREKVENCE	Procházky se psem- 3x denně	Procházky se psem- 3x denně
ZNALOST DIETY	Ne	Ano
POTŘEBA ZMĚNY JÍDELNÍČKU	Neví	Už změnil jídelníček
LÉČBA V LÁZNÍCH	Ne	Ne
PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY SPECIALISTY U	Ano	Ano
FREKVENCE PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	1x za 6 měsíců	1x za 6 měsíců

Tabulka 20 znázorňuje efekt edukace u pacienta 8. Pacient 8 zná před edukací 3 rizikové faktory, po edukaci zná pacient 8 již 5 rizikových faktorů. Pacient 8 si již před edukací myslí, že je možná prevence onemocnění. Před edukací pacient 8 jmenuje 3 možnosti prevence, po edukaci pacient 8 jmenuje 5 způsobů, jak se dá předcházet onemocnění. Pohybová aktivita pacienta 8 je dostačující již před edukací. Před edukací nezná pacient 8 vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu a neví zda bude zapotřebí změnit stravovací návyky. Po edukaci pacient 8 zná vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu a začal se změnou svých stravovacích návyků. Před edukací ani po edukaci se pacient 8 neléčil v lázních a na preventivní prohlídky ke kardiologovi chodí 1x za 6 měsíců.

Tabulka 21 Jídelníček pacienta 8

(Tabulka odpovídá otázce č.12 z rozhovoru pro pacienty/klienty před edukací, otázce č.9 z rozhovoru pro pacienty/klienty po edukaci)

	PŘED EDUKACÍ	PO EDUKACI
RYBY	4-5x za měsíc	chce jíst 2x týdně
OVOCE	Každý den	Každý den
ZELENINA	Každý den	Každý den
LUŠTĚNINY	1x za měsíc	1-2x za měsíc
MLÉKO A MLÉČNÉ VÝROBKY	Každý den	Každý den
PEČIVO	Chléb s dýňovými semínky	Chléb s dýňovými semínky
PŘÍLOHY	Rýže, těstoviny, knedlíky	Rýže, těstoviny, knedlíky
UZENINY	1x za týden	1x za týden
SALÁMY	1x za týden	1x za týden
MASO	Převážně kuřecí maso 1x za měsíc vepřové 2x za půl roku hovězí	Převážně kuřecí maso 1x za měsíc vepřové 2x za půl roku hovězí
SLADKOSTI	1x za týden	1x za týden
SOLENÍ	Hodně	Hodně
VAJÍČKA	1-2x za měsíc	1-2x za měsíc
TUČNÉ POKRMY	-	-
POTRAVINY, PŘIPRAVOVANÉ NA PŘEPALOVANÉM TUKU	Nejí	Nejí
POLOTOVARY	Ano	Ano, ale omezuje
ÚPRAVA POKRMŮ	Vaření, dušení, pečení, smažení	Vaření, dušení, pečení, smažení
TEKUTINY	1-2litry/den	1-2litry/den
KÁVA	1-2 hrníčky	1-2 hrníčky
ALKOHOL	Příležitostně	Příležitostně

Tabulka 21 znázorňuje stravovací zvyklosti pacienta 8 před edukací a po edukaci. Před edukací jedl pacient 8 ryby 4-5x za měsíc, po edukaci chce jíst ryby 2x týdně. Pacient jí už před edukací ovoce a zeleninu, mléčné výrobky nebo pije mléko každý den. Před edukací jí pacient 8 luštěniny 1x za měsíc, po edukaci jí pacient 8 luštěniny 1-2x za měsíc. Z pečiva jí pacient 8 chléb s dýňovými semínky před edukací i po edukaci. Pacient jí před edukací i po edukaci jako přílohu k hlavnímu jídlu rýži, brambory a 2x

za měsíc knedlíky. Uzeniny nebo salámy jí pacient 8 1x za týden pře edukací i po edukaci. Maso jí pacient 8 převážně kuřecí, 1x za měsíc vepřové, 2x za půl roku hovězí před edukací i po edukaci. Před edukací i po edukaci jí sladkosti 1x týdně a hodně solí, vejčička jí 1-2x za měsíc. Potraviny připravované na přepalovaném tuku nejedl ani před edukací. Před edukací jedl pacient 8 polotovary, po edukaci se jejich konzumaci snaží omezit. Pokrmy upravuje pacient 8 vařením, dušením, pečením i smažením. Pacient 8 vypije 1-2litry tekutin za den , vypije 1-2 hrníčky kávy za den a příležitostně pije alkohol.

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá využitím edukačních plánů v péči o kardiaky. Cílem práce bylo: 1. Zjistit, zda ve vybraných kardiocentrech provádí edukaci kardiaků, kdo se na edukaci podílí, zda mají ve vybraných kardiocentrech edukační plány a zda je využívají a jaký je efekt edukace. 2. Vytvořit a realizovat vlastní edukační plán v kardiocentru v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s.

Pro bakalářskou práci byla zvolena forma kvalitativního výzkumu, technikou polostandardizovaného rozhovoru. V bakalářské práci bylo stanoveno 6 výzkumných otázek: 1. Provádějí ve vybraných kardiocentrech edukaci kardiaků? 2. Podílí se na edukaci sestra? 3. Mají ve vybraných kardiocentrech edukační plán? 4. Využívají ve vybraných kardiocentrech edukační plán? 5. Má edukace kardiaků pozitivní efekt v dodržování režimových a léčebných opatřeních? 6. Bude mít vytvořený edukační plán efekt na znalosti a dovednosti pacienta?

V první části kvalitativního výzkumu byl proveden rozhovor s 8 vybranými kardiocentry (Příloha 3)- Fakultní nemocnice Vinohrady, Institut klinické a experimentální medicíny, Nemocnice Podlesí, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, Nemocnice Jihlava a Fakultní nemocnice Plzeň.

Ve všech vybraných kardiocentrech provádějí edukaci kardiaků (Tabulka 1).

Po analýze údajů získaných rozhovorem s vybranými kardiocentry, odpovíme na výzkumnou otázku č. 1. Provádějí ve vybraných kardiocentrech edukaci kardiaků? Odpověď 1: Ve vybraných kardiocentrech provádějí edukaci kardiaků.

Zjištěná skutečnost, že edukaci kardiaků provádějí ve všech vybraných kardiocentrech je jistě velice pozitivní. „Edukace v ošetrovatelství je chápána jako zdravotní výchova jednotlivců i celé společnosti (17, 23s.).“ „Výchovně vzdělávací působení má v ošetrovatelství nezastupitelný význam, protože život a zdraví se právem řadí mezi základní a nejvýznamnější hodnoty člověka. Skutečností však je, že pro většinu lidí se staly už jen frázemi. Život a zdraví nabývají skutečného významu až v situacích, kdy dochází k jejich ohrožení (17, 240s.).“ „ Za cíl edukace se považuje

osvojení si nových poznatků, získání nových vědomostí, naučení zručnosti a dosažení změny chování (42, 9s.)."

V 7 kardiocentrech edukuje kardiaky lékař, v 7 kardiocentrech se na edukaci podílí i sestra spolu s lékařem, v 1 kardiocentru edukuje kardiaky pouze sestra, ve 2 kardiocentrech se na edukaci podílí lékař, sestra a rehabilitační pracovník a v 1 kardiocentru edukuje kardiaky nutriční terapeut spolu s lékařem (Tabulka 2).

Po analýze údajů získaných rozhovorem s vybranými kardiocentry, odpovíme na výzkumnou otázku č.2 Podílí se na edukaci sestra? Odpověď 2: V 7 kardiocentrech se na edukaci kardiaků podílí sestra, v 1 kardiocentru nikoliv.

V bakalářské práci na téma Realizace edukačního programu u klienta s diagnózou infarkt myokardu autorka ve výsledcích své práce uvádí, že „44 % klientů uvedlo, že informace od lékaře, 41 % klientů získalo informace od sestry, 11 % klientů získalo informace od příbuzných a přátel, 4 % klientů získali informace od fyzioterapeuta a od nutričního terapeuta žádné informace (24, 24s.)."

Myslím si, že je pravdou, že se sestra stále méně než lékař podílí na edukaci kardiaků, což je dle mého názoru nedostatek ve zdravotní péči o kardiaky, protože všeobecná sestra je člen zdravotnického týmu, který je v největším kontaktu s pacientem a u pacienta si může získat velkou důvěru. Když má pacient ve zdravotnický personál důvěru, tak tím spíše bude naslouchat podaným informacím a dodržovat předepsaný léčebný režim. „Vedle ošetřovatelky, komunikátorky, poradkyně, manažerky, a mnoha dalších úloh se sestra stává i učitelkou a vychovatelkou. Edukace se tak stává jednou z nejdůležitějších úloh sester.“ „K tomu, aby sestra mohla efektivně plnit funkci edukátorky, je vedle příslušného vzdělání třeba získat si důvěru edukanta, vyhodnotit bariéry, jež by mohly brzdit proces edukace, kterou musí organizovat tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám jedince (17, 33s.).“ V bakalářské práci Realizace edukačního programu u klienta s diagnózou infarkt myokardu autorka ve výsledcích své práce uvádí, že „70 % respondentů uvedlo, že byli výborně sestrou informováni a všemu rozuměli, 26 % respondentů by uvítalo více informací, 1 % respondentů nerozumělo podaným informacím a 3% respondentů nebyli od sester edukováni (24, 25s.)."

Ve 3 kardiocentrech (K1, K4, K8) mají na edukaci kardiaků vytvořený edukační plán, v 5 kardiocentrech (K2, K3, K5, K6, K7) nemají vytvořený edukační plán k edukaci kardiaků (Tabulka 3).

Po analýze údajů získaných rozhovorem s osobami zastupujícími vybraná kardiocentra odpovíme na otázku č.3: Mají ve vybraných kardiocentrech edukační plán? Odpověď 3: Ve 3 kardiocentrech z 8 vybraných kardiocenter používají k edukaci kardiaků edukační plán.

Edukační plán je promyšlený postup, podle kterého sestra postupuje a řídí se jím během edukace. Edukační plán slouží k přípravě edukace. V edukačním plánu stanovíme edukační potřeby, edukační cíle pro následnou kontrolu efektivitu edukace, vybereme vhodnou metodu edukace, formu edukace a pomůcky k edukaci. Edukační plán by se měl využívat proto, aby edukace byla efektivní a směřovala ke splnění edukačních cílů (11,17,42).

„Edukaci v ošetrovatelství mohou bránit různé faktory. K takovým faktorům patří i nekvalifikovaně připravená, realizovaná a hodnocená edukace (17, 72s.).“ Naopak „Edukaci podporují vnitřní motivace, pohotovost, připravenost, ochota učit se, smysluplná zpětná vazba, logicky sestavený edukační plán, možnost opakování klíčových pojmů a faktů, rozvoj pozitivního postoje k vlastnímu zdraví, optimální prostor a čas edukace (17, 70s.).“

Ve 3 kardiocentrech (K1, K4, K8) používají k edukaci kardiaků edukační plán, v 5 kardiocentrech (K2, K3, K5, K6, K7) nepoužívají k edukaci kardiaků edukační plán, protože žádný edukační plán na edukaci kardiaků nemají (Tabulka 4).

Po analýze údajů získaných rozhovorem s vybranými kardiocentry odpovíme na otázku č.4: Využívají ve vybraných kardiocentrech edukační plán? Odpověď č.4: Ve 3 kardiocentrech z 8 vybraných kardiocenter používají edukační plán. Ve zbylých 5 kardiocentrech při edukaci kardiaků nepoužívají edukační plán, protože žádný edukační plán nemají vytvořený.

Dle mého názoru a zkušeností by kardiocentra měly mít vytvořený edukační plán k edukaci kardiaků a tento edukační plán také využívat, aby edukace byla efektivní. „Edukační proces probíhá v logické návaznosti 5 etap jako záměrný,

cílevědomý, řízený a plánovaný proces v rámci jedné edukační formy (17, 25s.)." Jednotlivými fázemi edukace jsou: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení (17).

Další sledovanou oblastí kvalitativního výzkumu byla otázka efektu edukace na dodržování režimových a léčebných opatřeních. Z výsledků rozhovoru se sestrami zastupujícími vybraná kardiocentra je patrné, že ve 4 kardiocentrech (K1, K4, K7, K8) mají kladnou zkušenost s edukací kardiaků. Osoby zastupující kardiocentra (K1, K4, K7, K8) uvedli, že edukace kardiaků má pozitivní vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních, i přesto, že v některých kardiocentrech neprovádějí u kardiaků zpětnou vazbu. Ve 3 kardiocentrech (K2, K5, K6) nedokáží posoudit, zda má edukace kardiaků vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních. V jednom kardiocentru uvedli, že edukace kardiaků nemá žádný vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních (Tabulka 5).

Po analýze údajů získaných rozhovorem s osobou zastupující kardiocentrum, odpovíme na výzkumnou otázku č.5 : Má edukace kardiaků pozitivní efekt v dodržování režimových a léčebných opatřeních? Odpověď č.5: Edukace má pozitivní vliv na dodržování režimových a léčebných opatřeních.

Dodržování léčebného režimu a životního stylu u pacienta s onemocněním kardiovaskulárního aparátu je důležité z důvodu sekundární prevence.

Další oblast hodnocení rozhovoru v kardiocentrech se týkala využití formy edukace. Z výsledků vyplývá, že většina dotazovaných kardiocenter (K1, K3, K6, K7, K8) volí při edukaci individuální formu, ve 3 kardiocentrech (K2, K4, K5) volí při edukaci jak formu individuální, tak i hromadnou.

Z edukačních metod jsou nejčastěji zastoupeny metody práce s textem (letáčky a brožurky), která je používána ve všech vybraných kardiocentrech (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8), v 6 kardiocentrech používají také rozhovor (K1, K4, K5, K6, K7, K8), ve 4 kardiocentrech (K1, K2, K4, K5,) dále také metodu vysvětlování, ve 3 kardiocentrech (K1, K2, K4) používají k edukaci instruktáž, pouze v 1 kardiocentru (K3) používají k edukaci kardiaků praktický nácvik. V 1 kardiocentru kromě výše

zmiňovaných metod využívají přednášku a doporučování vhodných receptů dle potřeby (K1).

V každém z vybraných kardiocenter se při edukaci zaměřují na zásady sekundární prevence.

Na otázku č.6: Jaké jsou nejčastější nedostatky informací kardiaků, se kterými se setkáváte? 3 kardiocentra (K2, K3 K8) neodpověděli, v 1 kardiocentru (K5) nejsou schopni posoudit, jaké jsou nejčastější nedostatky kardiaků a ve zbylých 4 kardiocentrech (K1, K4, K6, K7) uvádějí jako největší nedostatky informací u kardiaků neznalost zásad správné výživy a nedostatek fyzické aktivity.

Ve všech vybraných kardiocentrech informují kardiaka o režimových opatření před propuštěním do domácího ošetřování. Pouze ve 2 kardiocentrech mají vypracované standardy (K1,K4), v dalších 6 kardiocentrech (K2, K3, K5 K6 K7 K8) nemají vypracované standardy k edukaci kardiaků.

Efektivitu edukace u kardiaků sledují ve 4 kardiocentrech (K1, K3, K7, K8), ve zbylých 4 kardiocentrech (K2, K4, K5, K6) edukaci nesledují. V kardiocentru 1 sledují efektivitu edukace kardiaků při pravidelných kontrolách 1x za 3 měsíce pohovorem s kardiakem, zápisem jídelníčku, který si vede kardiak sám, zhodnocením skladby jídelníčku a počítačovým zpracováním nutričních údajů. V kardiocentru 7 sledují efektivitu edukace při pravidelných kontrolách 1x za 6 měsíců, v kardiocentru 3 hodnotí efektivitu edukace dotazem kardiaka, zda porozuměl podaným informacím ihned po edukaci a v průběhu hospitalizace a v kardiocentru 8 hodnotí efektivitu edukace v průběhu hospitalizace dotazováním kardiaka.

Myslím si, že edukovat kardiaky o režimových opatření je jeden z nejdůležitějších úkolů zdravotnického personálu. Správná edukace by mohla mít velký vliv na to, aby kardiaci dodržovali režimová opatření. Bohužel dle mého názoru ne ve všech kardiocentrech provádí edukaci, ale orientují se na pouhé předávání informací. Protože ve 4 z 8 vybraných kardiocenter neprovádí následnou kontrolu efektivity edukace.

Ve druhé části kvalitativního výzkumu byly provedeny rozhovory s 8 pacienty (Příloha 4). U těchto pacientů byl aplikovaný edukační plán (Příloha 5). Rozhovor byl

zaměřen na znalost rizikových faktorů, znalost možností ovlivnění rizikových faktorů, znalost vhodných dietních opatření, stravovací zvyklosti pacienta a druhy pohybové aktivity a jejich frekvenci. Rozhovor po edukaci byl proveden s odstupem 5-14 dní od edukace, individuálně u každého pacienta.

Efekt edukace u pacienta 1 ukazuje Tabulka 6. V rozhovoru po edukaci pacient 1 jmenuje více rizikových faktorů a možnosti jejich prevence. Po edukaci již pacient 1 ví, jakou by měl dodržovat dietu. Pacient 1 byl informován o tom, že je vhodné chodit na preventivní prohlídky ke specialistovi, ale přesto nechodí na preventivní prohlídky ke specialistovi, ale chodí na preventivní prohlídky k obvodnímu lékaři 1x za 6 měsíců. Stravovací zvyklosti u pacienta 1 ukazuje Tabulka 7. Pacient 1 začal jíst častěji ryby a omezil solení. Nyní jí pravidelně a menší porce, což má pozitivní vliv na jeho váhu (zhubnul již 3kilogramy). Podrobně je rozhovor s pacientem 1 popsán v Příloze 8.

Efekt edukace u pacienta 2 ukazuje Tabulka 8. V rozhovoru po edukaci pacient 2 jmenuje více rizikových faktorů a možnosti jejich prevence. Po edukaci již pacient 2 ví, jakou by měl dodržovat dietu. Dříve pacient nechodil na preventivní prohlídky ke specialistovi, protože neměl žádné problémy se srdcem, ale nyní se chce zaregistrovat ke kardiologovi a chodit na pravidelné kontroly. Stravovací zvyklosti u pacienta 2 ukazuje Tabulka 9. Pacient 2 má předsevzetí změnit svůj jídelníček. Pacient 2 chce začít jíst častěji ryby, více a častěji ovoce a zeleninu, omezit smažení při přípravě jídla. Podrobně je rozhovor s pacientem 2 popsán v Příloze 9.

Efekt edukace u pacientky 3 ukazuje Tabulka 10. Před edukací znala pacientka 3 pouze 1 rizikový faktor onemocnění srdce, po edukaci dovede vyjmenovat 3 rizikové faktory a možnost jejich prevence. Před edukací pacientka 3 uvedla, že není možná prevence. Stravovací zvyklosti u pacientky 3 ukazuje Tabulka 11. Pacientka 3 ani po edukaci nezměnila svůj jídelníček. Podrobně je rozhovor s pacientkou 3 popsán v Příloze 10.

Efekt edukace u pacienta 4 ukazuje Tabulka 12. V rozhovoru po edukaci pacient 4 jmenuje více rizikových faktorů a možnosti jejich prevence. Již před edukací pacient 4 věděl, jakou by měl dodržovat dietu, bohužel dietu nedodržoval. Pacient 4 před edukací neměl žádnou pohybovou aktivitu, po edukaci má pacient 4 předsevzetí, jezdit každý

den na kole. Stravovací zvyklosti u pacienta 4 ukazuje Tabulka 13. Pacient 4 ani po edukaci stále nezměnil svůj jídelníček. Podrobně je rozhovor s pacientem 4 popsán v Příloze 11.

Efekt edukace u pacienta 5 ukazuje Tabulka 14. V rozhovoru po edukaci pacient 5 jmenuje více rizikových faktorů a možnosti jejich prevence. Stravovací zvyklosti u pacienta 5 ukazuje Tabulka 15. Pacient 5 po edukaci přestal jíst polotovary a omezil solení. Podrobně je rozhovor s pacientem 5 popsán v Příloze 12.

Efekt edukace u pacientky 6 ukazuje Tabulka 16. V rozhovoru po edukaci pacientka 6 jmenuje více rizikových faktorů a možnosti jejich prevence. Před edukací pacientka neví, jestli je možná prevence. Stravovací zvyklosti u pacientky 6 ukazuje Tabulka 17. Pacientka 6 nezměnila své stravovací zvyklosti. Podrobně je rozhovor s pacientkou 6 popsán v Příloze 13.

Efekt edukace u pacientky 7 ukazuje Tabulka 18. Pacientka 7 si pamatovala z podaných informací pouze vhodnou dietu při onemocnění kardiovaskulárního aparátu. Pacientce byly znovu podány informace o rizikových faktorech o možnosti jejich ovlivnění a o balneoterapii. Pacientka 7 uvažovala o tom, že by jela do lázní. Stravovací zvyklosti u pacientky 7 ukazuje Tabulka 19. Pacientka 7 nezměnila své stravovací zvyklosti. Podrobně je rozhovor s pacientkou 7 popsán v Příloze 14.

Efekt edukace u pacienta 8 ukazuje Tabulka 20. V rozhovoru po edukaci pacient 8 jmenuje více rizikových faktorů a možnosti jejich prevence. Stravovací zvyklosti u pacienta 8 ukazuje Tabulka 21. Pacient 8 po edukaci začal se změnou svých stravovacích návyků. Pacient 8 chce jíst častěji ryby a chce přestat jíst polotovary. Podrobně je rozhovor s pacientem 8 popsán v Příloze 15.

Po analýze údajů získaných rozhovorem s pacienty, odpovíme na výzkumnou otázku č.6 :Bude mít vytvořený edukační plán efekt na znalosti a dovednosti pacienta? Odpověď č.6:Vytvořený edukační plán má pozitivní vliv na znalosti a dovednosti 7 pacientů. U 1 pacientky neměl edukační plán žádný efekt. 4 pacienti začali se změnou svých stravovacích návyků.

V bakalářské práci Realizace edukačního programu u klienta s diagnózou infarkt myokardu autorka ve výsledcích své práce uvádí, že „Obsah jídelníčku změnilo 57 %

respondentů, 43 % nikoliv (24, 28s.)." „55 % respondentů není ve stresu, 34 % uvedlo, že spíše není ve stresu, 11 % respondentů uvedlo spíše ano, nikdo z respondentů neuvedl, že je ve stresu nebo že neví (24, 29s.)." „Fyzickou aktivitu změnilo 2 % respondentů, 19 % respondentů uvedlo spíše ano, 34% respondentů uvedlo spíše ne a 43 % respondentů uvedlo, že nezměnili svoji fyzickou aktivitu (24, 30s.)."

Myslím si, že jestli bude mít vytvořený edukační plán pozitivní vliv na znalosti a dovednosti pacienta je velice individuální. Záleží na každém pacientovi, zda bude chtít změnit své návyky. Edukaci samozřejmě musíme přizpůsobit věku a dosaženému vzdělání pacienta a jeho dosavadním znalostem. „Kvalita edukačního procesu závisí na vzájemné interakci sestry a pacienta, jejich osobnostních kvalitách, normách, hodnotách, názorech, postojích a zájmech (17, 25s.)." Aby edukace byla efektivní, musí sestra dodržet jednotlivé fáze edukace – posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a zhodnocení (17). „Cíle, které sestra stanoví, mají mít formu doporučení, nikoliv zákazů, které vedou spíše k opačnému chování nebo ke vzpouře. V případě samých rozkazů a zákazů pak přirozeně dochází k tomu, že lidé vnímají zdravotníky jako osoby odpovědné za jejich zdravotní stav. Pokud jim však cíle předložíme jako doporučení, co by v zájmu jejich zdraví bylo vhodné a co ne, a vytvoříme prostor pro jejich vnitřní motivaci, z velké části jsme již cíle dosáhli. Pokud se má cíl činnosti stát motivací, je třeba, aby jej edukant přijal za svůj, aby se s ním vnitřně ztotožnil. (17, 27s.)"

Vytvořený edukační plán (Příloha 5), standard (Příloha 6) a audit (Příloha 7) zhodnotila vrchní sestra Bc. P. Havlišová (interní oddělení), vrchní sestra Bc. A. Kutová (kardiochirurgie) a staniční sestra M. Červenková (kardiologie intermediální péče). Oponenti Bc. P. Havlišová a Bc. A. Kutová zhodnotily navržený edukační plán, standard a audit kladně, neměly žádné výhrady a vytvořený edukační plán by použily v praxi. Staniční sestra M. Červenková má výhrady k edukačnímu plánu, se standardem a auditem byla spokojena. Říká: „ Na našem oddělení by se edukační plán na toto téma těžko používal. Pacienti s ischemickou chorobou srdeční jsou zde hospitalizováni 3-5 dní a za tuto dobu sestra nestačí pacienta edukovat a edukaci zhodnotit. Bylo by vhodné vytvořit edukační plán u jiného onemocnění, se kterým jsou zde pacienti hospitalizováni déle (např. endokarditida- 10 dní). Doba edukace je moc dlouhá- navrhuji 15 minut.

Sestra by pacienta edukovala o rizikových faktorech a možnosti jejich ovlivnění, ale o anatomii a patologii srdce a cév by pacienty needukovala. Lépe bych specifikovala časový odstup od edukace (nepochopila jsem k čemu to patří). V edukačním plánu je spousta odborných „školních“ výrazů (např. sestřičky nebudou vědět, kdo je edukant, edukátor- napsala bych jednodušeji)."

Můj názor je, že sestry jsou určitě vzdělané v problematice rizikových faktorů ischemické choroby srdeční. Myslím si, že důsledkem neznalosti základních pojmů edukace a jejich zásad, může být to, že edukace v nemocničním prostředí neprobíhá tak, jak by měla, což může vést k tomu, že edukace pacienta nebude efektivní.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala Využitím edukačních plánů v péči o kardiaky. Cílem bakalářské práce bylo: Cíl 1. Zjistit, zda ve vybraných kardiocentrech provádí edukaci kardiaků, kdo se na edukaci podílí, zda mají ve vybraných kardiocentrech edukační plány a zda je využívají a jaký je efekt edukace. Cíl 2. Vytvořit a realizovat vlastní edukační plán v kardiocentru v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s.

Byl proveden kvalitativní výzkum a získány odpovědi na stanovené výzkumné otázky. VO 1. Provádějí ve vybraných kardiocentrech edukaci kardiaků? Odpověď č.1: Ve všech kardiocentrech provádí edukaci kardiaků. VO 2. Podílí se na edukaci sestry? Odpověď č.2: Na edukaci kardiaků se podílí sestra. VO 3. Mají ve vybraných kardiocentrech edukační plán? Odpověď č.3: Ve 3 kardiocentrech z 8 vybraných kardiocenter mají vytvořený edukační plán. VO 4. Využívají ve vybraných kardiocentrech edukační plán? Odpověď č.4: Edukační plán využívají k edukaci kardiaků ve 3 kardiocentrech z 8 vybraných kardiocenter. VO 5. Má edukace kardiaků pozitivní efekt v dodržování režimových a léčebných opatřeních? Odpověď č.5: Edukace kardiaků má pozitivní efekt v dodržování léčebných a režimových opatřeních. VO 6. Bude mít vytvořený edukační plán efekt na znalosti a dovednosti pacienta? Odpověď č.6: Vytvořený edukační plán má pozitivní vliv na znalosti a dovednosti 7 pacientů. U 1 pacientky neměl edukační plán žádný efekt. 4 pacienti začali se změnou svých stravovacích návyků.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

Ischemická choroba srdeční patří k civilizačním chorobám, které jsou příčinou většiny úmrtí na světě. Proto je velice důležité, aby veřejnost znala rizikové faktory ischemické choroby srdeční a možnosti prevence. Správně vedená edukace veřejnosti tyto informace zprostředkuje, a proto by bylo vhodné vyškolit zdravotnický personál pracující v kardiocentru v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. k edukaci kardiaků.

Myslím si, že vytvořený edukační plán by mohl být používán k edukaci kardiaků v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ASCHERMANN, M. et al. *Kardiologie 2.díl.* 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 725 s. ISBN 80-7262-290-0.
2. BENEŠ, M. *Andragogika.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 136 s. ISBN 978-80-274-2580-2.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 3.* 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 692 s. ISBN 80-247-1132-x.
4. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie.* 2.vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
5. ELIŠKOVÁ, M. NAŇKA, O. *Přehled anatomie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 310 s. ISBN 80-246-1216-x.
6. FILÍPKOVÁ, J. *Alkoholický nápoj zvaný pivo.* URL: [<http://www.kr-plzensky.cz/article.asp?itm=36587>]. 14.7.2009
7. HUTAŘ, J. *Sociální služby a pomoc v hmotné nouzi.* 1. vyd. Pardubice: Silueta, 2007. 137 s. ISBN 978-80-903640-4-2.
8. CHALOUPKA, V. et al. *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu.* 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 198 s. ISBN 80-7013-297-3.
9. *Infarkt myokardu.* URL: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Infarkt_myokardu]. 5. 10. 2009.

10. JANČOVIČOVÁ, R. ĎURIČOVÁ, S. Kardiostimulácia. in *Sestra a lékar v praxi*. Bratislava: 2009, roč.7, č. 9-10. ISSN 1335-9444.
11. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
12. KALHOUS, Z. et al. *Školní didaktika*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 448 s. ISBN 80-7178-253-x.
13. *Kardiak- význam slova, cizí slovo*. URL: [<http://slovník-cizich-slov.uzdroje.com/?s=kardiak>]. cit. 28.11.2009
14. KAREN, I. Léčba arteriální hypertenze v primární péči. in *Lékařské listy*. Praha: 2009, roč. 58, č. 13, s. 32-34. ISSN 0044-1996.
15. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny I. a II. díl*. 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003. 432 s. ISBN 80-86232-06-9.
16. KONSTANTINOVÍ LÁZNĚ, A.S. *Časná rehabilitace pacientů po srdečních operacích a operacích na velkých tepnách*. URL: [<http://konstantinovy.cz/index.php?clanek=31>]. Cit. 2.2.2010
17. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
18. KUBEŠOVÁ, H. Cestující senioři- kardiovaskulární a další rizika. in *Lékařské listy*. Praha: 2009, roč. 58, č. 1, s. 5-7. ISSN 0044-1996.
19. KUBOVEC, Z. *Kardio klub České Budějovice*. České Budějovice: Astron, 2005. 65 s.

20. KŘEČKOVÁ, M. Režimová opatření po kardiovaskulární příhodě. in *Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: 2008, roč. 4., č. 9 , s. 22. ISSN 1801-1349.*
21. LÁZNĚ PODĚBRADY, a.s. *Léčení.* URL: [<http://lazne-podebrady.cz/cz/leceni.php?pageID=2083>]. cit. 2.2.2010
22. LUKL, J. SOVOVÁ, L. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-1166-4.
23. MARŠÁLEK, P. *Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech.* 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 128 s. ISBN 80-7254-740-2.
24. MATUCHOVÁ, M. *Realizace edukačního programu u klienta s diagnózou infarkt myokardu.* Bakalářská práce. Vedoucí práce Švábová, V. Zdravotně sociální fakulta. 2009
25. NAKLADATELSTVÍ SAGIT. *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výchově činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).* URL: [<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>]. 3.3.2004
26. NEJEDLÁ, M. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

27. PATEJCHLOVÁ, E. WIDIMSKÝ, J. *Dieta při kardiovaskulárních onemocněních*. 2. vyd. Praha: Triton, 2000. 80 s. ISBN 80-7254-119-6.
28. PEICHL, Petr. Katetrizační ablace komorových tachykardií- nové možnosti a indikace. in *Lékařské listy*. Praha: 2009, roč. 58, č.14, s.20-23. ISSN 0044-1996.
29. PONĚŠICKÝ, J. et al. *Když srdce stůně II*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 176 s. ISBN 80-7254-425-x.
30. RADA, M. *Něco o projektu Podaná ruka*. URL: [http://www.michalrada.estranky.cz/clanky/zdravotni-postizeni/podanarukainfo]. 20.4.2007
31. SMOLA, J. Nové srdce, nový život. in *Zdravotnické noviny*. Praha: 2009, roč. 58, č. 3, s. 14-17. ISSN 0044-1996.
32. SMOLKOVÁ, M. Edukácia pacienta s infarktom myokardu. in *Sestra*. Bratislava: 2008, roč.7, č.9-10, s.30-33. ISSN 1335-9444.
33. SOUČKOVÁ, D. Vhodné pohybové aktivity pro pacienty s pohybovými a oběhovými potížemi. in *Lékařské listy*. Praha: 2009, roč. 58, č. 1, s. 12-13. ISSN 0044-1996.
34. SOVOVÁ, E. ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9.
35. ŠETINA, J. Optimální způsob chirurgické léčby ICHS: možnosti a realita. in *Lékařské listy*. Praha: 2009, roč. 58, č. 14, s. 12-14. ISSN 0044-1996.

36. *Svaz postižených civilizačními chorobami v České republice*. URL: [http://www.spcch.cz/article.html?s=&p=272363c1b358a67305e1325a72338c48&m=a77aa494f7c1c9fc82ecb05ac31ae5d6&sm=a77aa494f7c1c9fc82ecb05ac31ae5d6]. 2007.
37. ŠIMON, J. et al. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 266 s. ISBN 80-247-0085-9.
38. ŠPINAR, J. et al. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 364 s. ISBN 80-7169-036-8.
39. ŠPINAR, J. et al. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
40. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 252 s. ISBN 80-247-1213-x.
41. VESELKA, J. *Jaké jsou rizikové faktory vzniku a rozvoje aterosklerózy?*. URL: [http://www.anginaepectoris.cz/main.html#2]. 2008
42. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Srdce

Ischemická choroba srdeční

Kardiak

Edukace

Metody

Formy

Prevence

Režimová opatření

9 PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 NYHA klasifikace

Příloha 2 Vlivy pravidelného cvičení na organismus

Příloha 3 Rozhovor s pacienty/klienty

Příloha 4 Rozhovor pro kardiocentra

Příloha 5 Edukační plán

Příloha 6 Standardní ošetrovatelský postup

Příloha 7 Ošetrovatelský audit

Příloha 8 Kazuistika pacienta 1

Příloha 9 Kazuistika pacienta 2

Příloha 10 Kazuistika pacienta 3

Příloha 11 Kazuistika pacienta 4

Příloha 12 Kazuistika pacienta 5

Příloha 13 Kazuistika pacienta 6

Příloha 14 Kazuistika pacienta 7

Příloha 15 Kazuistika pacienta 8

Příloha 1

NYHA klasifikace

Klasifikace NYHA	
I. stupeň	Potíže vznikají při mimořádné, běžně nedosahované pracovní zátěži
II. stupeň	Potíže vznikají pravidelně při větší zátěži (např. chůze do schodů do 3. patra)
III. stupeň	Potíže vznikají při malé zátěži (např. klidná chůze po rovině, do 1. patra, běžné denní úkony)
IV. stupeň	Potíže vznikají i v klidu a zhoršují se jakoukoliv činností

Strana 285

Kolář, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny I. a II. díl.* 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003, 432 s. ISBN 80-86232-06-9.

Příloha 2

Vlivy pravidelného cvičení na organismus

Kardiologické	Metabolické	Změny životního stylu
Snížení klidové a zátěžové frekvence	Redukce hmotnosti	Snížená pravděpodobnost kouření
Snížení klidových i zátěžových hodnot krevního tlaku	Zvýšení glukózové tolerance	Možná redukce stresu
Snížení požadavků kyslíkové spotřeby myokardu při submaximálních hodnotách fyzické aktivity	Zlepšení lipidového profilu	Krátkodobé snížení chuti k jídlu
Zvýšení plazmatického objemu	-	-
Zvýšení kontraktility myokardu	-	-
Zvýšení periferního žilního tonu	-	-
Změny fybrinolytického systému	-	-
Zvýšení na endotelu závislé dilatace	-	-
Zvýšení tonu parasympatiku	-	-
Pravděpodobné zvýšení koronárního průtoku a denzity myokardiálních kapilár	-	-

Šimon, J. et al. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 266 s. ISBN 80-247-0085-9.

Příloha 3

Rozhovor pro kardiocentra

1. Provádíte u Vás edukaci kardiaků?

- Ano Ne

2. Kdo edukaci provádí?

- Všeobecná sestra Lékař RHB pracovník Jiné (doplňte)...

3. Jakou formu edukaci provádíte?

- Individuální Hromadná Individuální i hromadnou

4. Jaké metody edukace používáte?

- Přednáška Instruktaž Vysvětlování Rozhovor letáčky, brožurky
 Názorně- demonstrační Praktický nácvik Jiné (doplňte)....

5. Na co se při edukaci kardiaků zaměřujete?

....

6. Jaké jsou nejčastější nedostatky informací kardiaků, se kterými se setkáváte?

....

7. Je kardiak poučen o režimových opatřeních před propuštěním do domácího ošetřování?

- Ano Ne

8. Máte vypracované standardy na edukaci kardiaků?

- Ano Ne

9. Máte vytvořený edukační plán k edukaci kardiaků?

- Ano Ne

10. Využíváte k edukaci kardiaků edukační plán?

- Ano Ne

11. Sledujete efektivitu edukace kardiaků?

- Ano Ne

Jakým způsobem sledujete efektivitu edukace kardiaků?

.....

12. S jakým časovým odstupem sledujete efektivitu edukace u kardiaků?

....

13. Má edukace kardiaků pozitivní efekt v dodržování režimových a léčebných opatřeních (dle Vašich zkušeností)?

Ano

Ne

Nedokážu zhodnotit

Příloha 4

Rozhovor pro pacienty/klienty

1. Jaký je Váš věk?

....

2. Pohlaví?

Muž

Žena

3. Jaká je Vaše diagnóza?

.....

4. Jaké jsou rizikové faktory Vašeho onemocnění, které můžete ovlivnit?

.....

5. Trpí srdečním onemocněním někdo z Vaší rodiny?

Rodiče

Sourozenci

Prarodiče

Nikdo

6. Myslíte si, že se dá předcházet Vašemu onemocnění?

Ano

Ne

7. Pokud ano, jak se dá předcházet Vašemu onemocnění?

.....

8. Jakým pohybovým aktivitám se přes den věnujete?

.....

9. Jak často provádíte daný druh pohybové aktivity?

.....

10. Víte jakou byste měla dodržovat dietu?

Ano

Ne

11. Myslíte si, že bude potřeba změnit Váš jídelníček?

Ano

Ne

12. Jaké potraviny preferujete ve stravě?

.....

13. Využil jste již možnost lázeňské terapie?

Ano

Ne

14. Jaké je Vaše zaměstnání?

.....

15. Je Vaše zaměstnání náročné?

- Fyzicky náročná práce Psychicky náročná práce

16. Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi?

- Ano Ne

Jak často?

.....

17. Spolupracujete nyní s Rehabilitačním pracovníkem?

- Ano Ne

18. Limituje Vás Vaše onemocnění při pohybu?

- Ano Ne

Rozhovor po edukaci

1. Jaká doba uběhla od edukace?

- 1 týden 14 dní 1 měsíc Jiné (doplňte)....

2. Jak dlouho se léčíte s Vaším onemocněním?

.....

3. Znáte rizikové faktory svého onemocnění?

- Ano Ne

4. Dokážete rizikové faktory vyjmenovat?

.....

5. Myslíte si, že se dá se předcházet Vašemu onemocnění?

- Ano Ne

6. Pokud ano, jak se dá předcházet Vašemu onemocnění?

.....

7. Víte jakou byste měla dodržovat dietu?

- Ano Ne

8. Myslíte si, že bude potřeba změnit Váš jídelníček?

- Ano Ne

9. Jaké potraviny preferujete ve stravě?

.....

10. Jakým pohybovým aktivitám se přes den věnujete?

....

11. Jak často daný druh pohybové aktivity provádíte?

.....

12. Využil jste již možnost lázeňské terapie?

Ano Ne

13. Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi?

Ano Ne

Jak často?

.....

14. Jste spokojena s podanými informacemi?

Ano Ne

15. Jaké informace byste potřeboval/a doplnit?

.....

Příloha 5

Edukační plán

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

	<input type="checkbox"/> jiné (doplňte).....
KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA	<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická (stres, úzkost, deprese...) <input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> smyslová (postižen zrak, sluch) <input type="checkbox"/> akutní nemoc <input type="checkbox"/> jiné (doplňte).....

00084- Hledání zdravého životního stylu v souvislosti s nedostatkem znalostí klienta/pacienta o podpoře zdraví.		
<p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ K./P. vyjadřuje přání, že chce podporovat své zdraví 	<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ K./P. dovede vyjmenovat zařízení, která se zabývají podporou zdraví, které jsou v jeho okolí ➤ K./P. dokáže vyjmenovat negativní vlivy prostředí na jeho zdraví ➤ K./P. svým chováním podporuje své zdraví 	<p>Intervence:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zjistí jaký je životní styl K./P. ➤ Informuj K./P. o zařízeních, které se zabývají podporou zdraví ➤ Informuj K./P. o negativních vlivech prostředí na jeho zdraví ➤ Pomocí zpětné vazby zjistí, zda zná K./P. zařízení, která se zabývají podporou zdraví ➤ Pomocí zpětné vazby zjistí, zda K./P. zná negativní vlivy prostředí na jeho zdraví ➤ Snaž se K./P. motivovat k chování, které bude pozitivně ovlivňovat jeho zdraví ➤ Sleduj chování K./P.

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

Příloha 6

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.

Název SOP: Edukace klientů/pacientů s Ischemickou chorobou srdeční

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetřovatelský postup
<i>Cíl standardu</i>	1) Informovanost klientů/pacientů o režimových opatřeních 2) Klienti/pacienti dodržují režimová opatření
<i>Skupina péče</i>	Klienti/pacienti s ICHS na kardiologickém, kardiochirurgickém a interním oddělení
<i>Cílová skupina</i>	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice.
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Zdravotničtí pracovníci, kteří získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb. §5, §15, §24, §29, §32 Ve znění novely zákona č.189/2008 Sb.
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	1.1.2010
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za 3 roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Oponent</i>	Bc. P. Havlišová, Bc. A. Kutová, M. Červenková
<i>Kontaktní osoba</i>	Lenka Soukupová
<i>Schválil</i> <i>Náměstek pro ošetřovatelskou péči</i>	Hlavní sestra

Standardní ošetrovatelský postup

Edukace pacientů s Ischemickou chorobou srdeční		
Úvod	Edukace je situace, kdy probíhá edukační proces. Edukace v ošetrovatelství má 5 fází- posouzení, stanovení edukační diagnózy, příprava edukačního plánu, realizace edukace, kontrola zhodnocení.	
Indikace a komunikační bariéry	<u>Indikace:</u> - pacient s ICHS <u>Komunikační bariéra:</u> - edukant není schopen pochopit edukaci (jazyková bariéra, hluchota, pacient tlumený psychofarmaky) - při akutní fázi onemocnění	
Definice	Edukace pacientů s ICHS v sobě zahrnuje edukaci o anatomii srdce a cév, rizikových faktorech ICHS a možnostech sekundární prevence.	
Cíl standardu	1. Informovanost klientů/pacientů o režimových opatřeních 2. Klienti/pacienti dodržují režimová opatření	
KRITÉRIA STRUKTURY	S1 Kompetentní osoby k výkonu	<ul style="list-style-type: none"> - Všeobecné sestry (SZŠ) - diplomované sestry (Dis.) - všeobecné sestry (Bc., Mgr.) - všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace - nutriční terapeut - zdravotnický asistent - fyzioterapeut - nutriční asistent
	S2 Pomůcky	<ul style="list-style-type: none"> - textový materiál - video projektor - zpětný data projektor - počítač
	S3 Dokumentace	Provedenou edukaci zaznamenejte do edukačního záznamu
	S4 Prostředí	<ul style="list-style-type: none"> - místnost na oddělení, kde bude klidné prostředí bez rušivých podnětů z okolí, se zachováním soukromí K./P. - ordinace kardiologa
KRITÉRIA PROCESU	Ošetrovatelský postup	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>před výkonem</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - P1 Pozdrav a představ se (včetně vlastní úlohy ve zdravotnickém zařízení) - P2 Zjistí informovanost K./P. o

		<p>režimových opatřeních rozhovorem s K./P.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P3 Naplánuj si edukaci K./P. - P4 Připrav si vhodné pomůcky k edukaci - P5 Zvol vhodné prostředí. - P6 Informuj K./P. o délce a předmětu edukace
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>během výkonu</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - P7 Udržuj s K./P. oční kontakt - P8 Sleduj neverbální projevy edukanta - P9 Hovořte pomalu, zřetelně artikulujte, používejte jednoduché věty, nepoužívejte odborné termíny
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>po výkonu</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - P10 Odpověz na dotazy edukantovi - P11 Informuj edukanta, kdy znovu přijdete zhodnotit efektivitu edukace
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>záznam do dokumentace</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - P12 Provedenou edukaci zaznamenejte do edukačního záznamu
	Komplikace	<ul style="list-style-type: none"> - odmítnutí edukace - nezájem edukanta o edukaci
	Zvláštní upozornění	<p>Při edukaci používejte individuální formu.</p> <p>Vhodnou metodou k edukaci je vysvětlování a použití textového materiálu.</p> <p>Dodržujte všeobecné zásady komunikace.</p> <p>Během edukace nepoužívejte odborné termíny.</p> <p>Mluvte v jednoduchých větách a pomalu, zřetelně artikulujte .</p> <p>Edukaci přizpůsobte věku a dosaženému vzdělání edukanta.</p> <p>Během edukace dodržujte zásadu názornosti, přiměřenosti, aktuálnosti a individuálního přístupu.</p>
KRITÉRIA VÝSLEDKU	<ul style="list-style-type: none"> - V1 Klienti/pacienti mají dostatek informací o režimových opatřeních - V2 Klienti/pacienti dodržují režimová opatření 	

Literatura

1. Juřeníková, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha:Grada. 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
2. Závodná, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5.
3. Kristová, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta. 2004, 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
4. Kuberová, H. *Didaktika ošetrovatel'ství*. 1.vyd. Praha: Portál. 2010, 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
5. Nakladatelství Sagit. *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výchově činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. URL: [http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r]. 3.3.2004

Zpracovala

Lenka Soukupová

Ošetrovatelský audit**Edukace pacientů s Ischemickou chorobou srdeční****Oddělení/stanice:****Jméno auditorů:****Datum auditu:****Metody auditu:**

- Dotaz na sestru
- Dotaz na klienta/pacienta
- Dotaz na vrchní sestru
- Pozorování sestry
- Kontrola pomůcek
- Kontrola prostředí
- Kontrola dokumentace

KÓD	METODA	KONTROLNÍ KRITÉRIUM	ANO	NE
S1	Dotaz na vrchní sestru	Provádí edukaci zdravotnický pracovník, který je kompetentní k výkonu?		
S2	Pozorování sestry, kontrola pomůcek	Připravila si sestra vhodné pomůcky k edukaci?		
S3	Kontrola dokumentace	Provedla sestra záznam o edukaci do edukačního záznamu?		
S4	Kontrola prostředí	Zajistila sestra při edukaci prostředí bez rušivých podnětů z okolí, se zachováním soukromí?		
P1	Pozorování sestry	Pozdravila sestra K./P. pro navázání komunikace a představila se?		
P2	Pozorování sestry	Zjistila sestra jaké informace má K./P. o režimových opatřeních?		
P3	Dotaz na sestru	Naplánovala si sestra edukaci?		
P4	Pozorování sestry, kontrola pomůcek	Připravila si sestra vhodné pomůcky k edukaci?		
P5	Kontrola prostředí	Zvolila sestra vhodné prostředí k edukaci?		
P6	Dotaz na klienta/pacienta	Informovala Vás sestra o délce a předmětu edukace?		
P7	Pozorování sestry	Udržuje sestra během edukace s klientem/pacientem oční kontakt?		
P8	Pozorování sestry	Sleduje sestra během edukace neverbální projevy klienta/pacienta?		
P9	Pozorování sestry	Hovoří sestra během edukace pomalu a zřetelně artikuluje? Hovoří v krátkých		

Příloha 8

Kazuistika pacienta 1

Pacient 1 byl hospitalizován na interním oddělení v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou městnavé selhání srdce, další diagnózy: nedostatečně léčená hypertenze, koncentrická hypertrofie levé komory, diastolická dysfunkce, diabetes mellitus I.typu na inzulínu. Pacient je mužského pohlaví, věk 75 let. Otec měl aterosklerózu.

Pacient zná důvod hospitalizace- Odpověď pacienta: „, Mám vysoký tlak, otoky nohou a i jinde po těle.“ Jako rizikové faktory onemocnění srdce jmenuje špatnou životosprávu, zejména špatné stravování, dále nadváhu, kouření a celkové opotřebení organismu. Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce – při nadváze zhubnout a žít zdravě (nekouřit, alkohol v rozumném množství).

Přes den se pacient stará o hospodářství, dále dělá běžné domácí práce, chodí na procházky 2x-3x týdně a když je hezky, tak jezdí občas na kole. Zajímá se o jógu a meditaci.

Pacient částečně ví, jakou by měl dodržovat dietu a říká že bude zapotřebí změnit jídelníček (potřeba zredukovat porce jídla). Ve stravě preferuje bílý chléb, který si maže Ramou, jí mléčné výrobky (sýry, ovocné jogurty) každý den, ryby 2 x měsíčně. Občas jí uzeniny, salámy a sladkosti. Jako přílohu k hlavnímu jídlu používá nejčastěji rýži, brambory a těstoviny, knedlíky výjimečně. Zeleninu jí každý den, z ovoce preferuje pomeranče, grepy a jablka, někdy jí ořechy. Luštěniny jí 2x za měsíc. Jídlo hodně solí, ale snaží se solení snižovat. Jídlo připravované na přepalovaném tuku a polotovary nejí. Vajíčka jí 1x týdně. Maso jí kuřecí, hovězí i vepřové. Stravu upravuje vařením, pečením, smažením i dušením. Pacient vypije 1,5litru tekutin za den (pije čaje, grepovou minerálku a 2x-3x týdně pivo po jídle). Kávu pije, když na ni má chuť. Pacient kouřil od 17 let do 40 let.

V lázních se srdcem nebyl, pouze v lázních, kde se zabývají pohybovým aparátem.

V současné době je již pacient v důchodu, dříve pracoval v Jednotném zemědělském družstvu (JZD). Práci vnímal jako velmi fyzicky náročnou.

Pacient chodí na pravidelné prohlídky k obvodnímu lékaři 1x za 6 měsíců na EKG, ke specialistovi nikoliv.

Pacient nespolupracuje s rehabilitačním pracovníkem. Pacient nepociťuje, že by ho onemocnění omezovalo v pohybu.

Pacienta jsem edukovala 4 dny po prvním rozhovoru. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 14 dní od edukace.

Pacient se srdečním onemocněním léčí 5-7 let (neví přesně). Pacient zná většinu rizikových faktorů onemocnění srdce, které se dají ovlivnit. Jako rizikové faktory onemocnění srdce jmenuje stres, nevhodnou stravu, kouření, alkohol, nadváhu a nevhodnou fyzickou zátěž (fyzická zátěž, kdy se přetěžuje srdce- zvedání těžkých věcí).

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce. Na otázku: Jak se dá předcházet Vašemu onemocnění, odpověděl: „Vyloučením rizikových faktorů, takže- nestresovat se, což je ale v dnešní době těžké, no a pak nekouřit, zhubnout, jíst zdravě a mít rozumnou pohybovou aktivitu.“

Pacient ví jakou by měl dodržovat dietu. Nebude potřeba měnit jídelníček, už začal se změnou jídelníčku po propuštění z nemocnice. Zhubnul již 3kg. Snaží se jíst pravidelně, častěji a menší porce, solí méně než dříve. Každý den jí ovoce a zeleninu, z ovoce má nejraději pomeranče, grepy a jablka. Luštěniny jí 2x za měsíc. Dále jí často ryby sladkovodní i mořské, alespoň 1x za týden. Vajíčka jí 2x za měsíc. Salám jí šunkový, uzeniny občas. Jídlo připravované na přepalovaném tuku a polotovary nejí. Maso jí kuřecí, hovězí i vepřové. Jako přílohu k hlavnímu jídlu používá nejčastěji rýži, brambory a těstoviny. Pacient jí mléčné výrobky (sýry, ovocné jogurty) každý den. Tučná jídla jí velmi málo, zřídka. Stravu upravuje vařením, pečením, smažením

i dušením. Vypije 1,5-2litry tekutin za den, pije čaje a grepovou limonádu, 2x-3x týdně pivo po jídle. Kávu pije, když na ni má chuť.

Přes den pracuje v dílně každý den a 1x týdně chodí s manželkou na procházky. Až bude hezké počasí, budou chodit častěji. Zajímá se o jógu a meditaci.

V lázních zabývajících se srdečními chorobami pacient nebyl. Na preventivní prohlídky nechodí ke specialistovi, ale k obvodnímu lékaři 1x za 6 měsíců na kontrolu EKG.

Pacient je spokojen s podanými informacemi během edukace, chtěl by raději zopakovat v bodech dietní opatření.

Příloha 9

Kazuistika pacienta 2

Pacient 2 hospitalizován na kardiologii intermediální péči v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou akutní srdeční selhání, kardiogenní šok, akutní myokarditida, akutní respirační selhání, fibrilace síní s rychlou akcí komor nejasné doby vzniku, trombóza vena subclavia dextra. Pacient je mužského pohlaví, 29 let.

Pacient zná důvod hospitalizace- Odpověď pacienta: „Mám zánět srdce a dávají mi antibiotika.“ Jako rizikové faktory onemocnění srdce jmenuje: „Určitě kouření, alkohol, strava, abnormální fyzická zátěž.“ Matka pacienta má vysoký krevní tlak.

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce rozumnou sportovní aktivitou, dodržováním vhodných stravovacích návyků, abstinencí kouření.

Pacient chodí na procházky a výlety 2x týdně na 1-2 hodiny. Během pracovního týdne nemá čas, pracuje.

Pacient neví, jakou by měl dodržovat dietu. Myslí si, že nebude nutné výrazně měnit stravovací zvyklosti, jen začít jíst víc zeleniny a ovoce. Ve stravě preferuje celozrnný chléb, mléčné výrobky (sýry a jogurty). Jí málo ovoce a zeleniny, asi tak 2x týdně, luštěniny téměř nejí. Jako přílohy k hlavnímu jídlu jí brambory, rýži. Maso jí kuřecí, hovězí i vepřové. Ryby jí 1x za měsíc. Vajíčka jí 2x za měsíc. Polotovary nejí. Úprava jídla vařením, pečením, 2x měsíčně smažením. Potraviny na přepalovaném tuku (např. hranolky, brambůrky) téměř nejí (2x za rok). Denně jí uzeniny a salámy. Stravu nepřisoluje, ale hodně sladí. Příležitostně jí sladkosti. Vypije 1,5litru tekutin za den (pije vodu se šťávou), 2 hrníčky kávy za den. 1 rok kouřil, ale nyní už 2 měsíce nekouří. Dříve měl problémy s tvrdým alkoholem (léčil se).

V lázních zabývajících se onemocněním srdce nebyl, pouze jako dítě byl v lázních s nemocnými plícemi.

Pracuje jako projektant. Práci vnímá jako psychicky náročnou.

Na preventivní prohlídky ke specialistovi nechodí. Dříve žádné problémy se srdcem neměl, až nyní.

S rehabilitačním pracovníkem nespolupracuje, onemocnění ho nyní neomezuje při pohybu, ale bojí se, že po propuštění ho srdeční onemocnění bude omezovat.

Pacienta jsem edukovala 2 dny po prvním rozhovoru. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 6 dní od edukace.

Pacient se léčí s onemocněním 6,5 týdne. Pacient zná několik rizikových faktorů onemocnění srdce, které může svým chováním ovlivnit. Pacient jmenuje: „Kouření, nesprávná výživa, alkohol, nevhodná fyzická aktivita, stres a vrozené dispozice, ale ty neovlivním.“

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce. Na otázku: Jak se dá předcházet Vašemu onemocnění, odpověděl: „Vyloučením rizikových faktorů, žít podle zásad- takže dodržovat dietu, nekouřit, omezit pití alkoholu, vyhýbat se stresu a relaxovat, pravidelně cvičit.“

Pacient ví jakou by měl dodržovat dietu. Myslí si, že bude potřeba změnit jídelníček. Zatím jí, co mu dávají tady v nemocnici. Po propuštění z nemocnice chce začít jíst ovoce a zeleninu každý den, více mléčných výrobků, ryb (alespoň 1x týdně) a zeleninové saláty. Chce ve stravě preferovat celozrnné pečivo, rýži, což jedl i před vznikem onemocnění. Chce ve stravě omezit salámy, uzeniny a smažené pokrmy. Vajíčka jí 2x měsíčně. Potraviny na přepalovaném tuku (např. hranolky, brambůrky) téměř nejí (2x za rok), polotovary nejí. Také chce dodržovat pitný režim (2litry/den). Nyní kávu nepije. S kouřením už znovu začínat nechce.

Pacient chodil 2x týdně na procházky, výlety (o víkendu) na 1-2 hodiny. Nyní má předsevzetí chodit na alespoň krátké procházky denně a přes léto jezdit na kole.

V lázních zabývajících se onemocněním srdce nebyl.

Na preventivní prohlídky ke specialistovi nechodí. Dříve žádné problémy se srdcem neměl, až nyní. Po propuštění se chce objednat ke specialistovi, kterého mu doporučí ošetřující lékařka.

Pacient je spokojen s podanými informacemi. Žádné informace doplnit nepotřebuje, ale rád by odkaz na nějaké internetové stránky, kde se zabývají zásadami správné výživy.

Příloha 10

Kazuistika pacienta 3

Pacientka 3 hospitalizována na interním oddělení v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou flebotrombóza ileofemorální na pravé dolní končetině, další diagnózy esenciální hypertenze, chronická ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus II. typu na dietě. Pacientka je ženského pohlaví, věk 80 let.

Pacientka zná důvod hospitalizace- Odpověď pacienta: „Mám vysoký tlak a anginu pectoris 40 let, no a teď mám trombózu v noze.“ Matka měla nemocné srdce, ale pacientka neví, co přesně matce bylo.

Jako rizikové faktory onemocnění srdce pacientka jmenuje stres.

Pacientka si myslí, že se nedá předcházet onemocnění srdce. Pacientka říká: „Když je někdo k tomu náchylný, tak to neovlivní.“

Pacientka chodí na procházky každý den asi na 1 hodinu. Ale říká: „ Poslední dobou mě pořád bolela noha, když jsem chodila. Tak jsem ani moc nechodila, jen nakoupit. No a přišli mi na tu trombózu.“

Pacientka neví, jakou by měla dodržovat dietu. Myslí si, že nebude potřeba změnit její jídelníček. Říká: „Já jim málo, nepřejídám se.“ Pacientka jí malé porce, nepravidelně. Jí bílý chléb, mléčné výrobky (sýry), zeleninu a ovoce (nejraději má jablka), luštěniny jí také. Jako přílohu má nejčastěji brambory. Maso jí kuřecí a vepřové. Ryby nemá ráda. Občas jí vajíčka (když sežene domácí). Uzeniny a salámy téměř nejí. Sladkosti jí 1x za měsíc. Stravu nepřisoluje. Jídlo připravované na přepalovaném tuku a polotovary nejí. Stravu upravuje vařením, 1x za měsíc si udělá smažený řízek. K snídani pije mléko, kakao nebo bílou kávu. Pacientka vypije 1-1,5litru tekutin za den, pije čaje (nejčastěji ovocné, někdy zelený či černý). Alkohol nepije.

V lázních zabývajících se onemocněním srdce nebyla, byla v lázních s nemocnou páteří.

Pacientka je nyní už v důchodu, dříve pracovala jako prodavačka. Práci vnímala jako fyzicky náročnou.

Pacientka chodí na preventivní kontroly ke specialistovi 1x za měsíc.

Pacientka nespolupracuje s rehabilitačním pracovníkem. Pacientka má předepsaný klid na lůžku. Pacientka říká, že: „Při velké námaze jsem dušná a bolí mě na hrudi. Když si na chvíli odpočinu, tak to pak přejde.“

Pacientku jsem edukovala 4 dny po prvním rozhovoru. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 11 dní od edukace.

Pacientka se s onemocněním srdce léčí 40 let. Pacientka zná některé rizikové faktory onemocnění srdce. Na otázku: dokážete vyjmenovat rizikové faktory Vašeho onemocnění, pacientka odpověděla: „U mě stres, ale toho se asi nezbavím, v životě jsem toho hodně zažila. Dále vadí kouření, ale já nekouřím, nezdravá strava.“

Pacientka si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce, tím že se nebude člověk stresovat, abstinencí kouření, zdravým stravováním.

Pacientka od našeho 1. rozhovoru nezměnila svůj jídelníček. Pacientka jí malé porce, nepravidelně. Jí bílý chléb, mléčné výrobky (sýry), zeleninu a ovoce (nejraději má jablka), luštěniny jí také. Jako přílohu má nejčastěji brambory. Maso jí kuřecí a vepřové. Ryby nemá ráda. Občas jí vajíčka (když sežene domácí). Uzeniny a salámy téměř nejí. Sladkosti jí 1x za měsíc. Stravu nepřisoluje. Jídlo připravované na přepalovaném tuku a polotovary nejí. Stravu upravuje vařením, 1x za měsíc si udělá smažený řízek. K snídani pije mléko, kakao nebo bílou kávu. Pacientka vypije 1-1,5litru tekutin za den, pije čaje (nejčastěji ovocné, někdy zelený či černý). Alkohol nepije.

Pacientka chodí na procházky na 1 hodinu. Snaží se chodit každý den.

V lázních zabývajících se onemocněním srdce nebyla.

Pacientka chodí na preventivní kontroly ke specialistovi 1x za měsíc.

Pacientka je spokojena s podanými informacemi. Pacientka má zájem o zopakování dietních doporučení.

Příloha 11

Kazuistika pacienta 4

Pacient 4 hospitalizován na interním oddělení v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou ischemická choroba dolních končetin (ICHDK), stenóza zevní ilické tepny vpravo k pokusu o PTA, další diagnózy: esenciální hypertenze, chronická ICHS, stav po PTCA a zavedení stentů, porucha metabolismu lipoproteinů, nadváha. Pacient je mužského pohlaví, věk 57 let.

Pacient zná důvod hospitalizace, říká: „Rozšiřovali mi cévu na noze stentem a taky mám 2 stenty na srdci a vysoký tlak.“ Bratr pacienta má bypass na srdci.

Na otázku jaké jsou rizikové faktory Vašeho onemocnění, které můžete ovlivnit, pacient odpověděl: „Kouření, alkohol, nesprávná životospráva.“

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce, pokud nebude kouřit a bude dodržovat zásady správné životosprávy.

Pacient nemá žádnou pohybovou aktivitu během dne. Prý na to nemá čas.

Pacient ví, jakou by měl dodržovat dietu. Říká, že bude potřeba změnit jídelníček. Pacient ve stravě preferuje k snídani koláč nebo rohlíky a mléko, k obědu polévku. Často jí smažené věci (3-5x týdně) i na přepalovaném tuku. Polotovary jí 3x týdně. Maso jí kuřecí, 1x za měsíc kachnu, ryby pouze na Vánoce. Téměř každý den jí salámy, či uzeniny. Má rád zabijačku. Jí hodně ovoce a zeleniny. 3x za měsíc jí luštěniny. Sladkosti nejí. Jídlo nepřisoluje. Vajíčka jí 2x za měsíc. Jako přílohy k jídlu jí brambory, knedlíky. Vypije 0,5-1litr tekutin za den a 4 šálky kávy. Pije čaje, minerálku nebo čistou vodu. Příležitostně pije alkohol.

Pacient kouří 30 cigaret denně. Chce s kouřením přestat, snaží se odvyknout.

Pacient nikdy nebyl v lázních.

Pracuje jako řidič dodávky. Své zaměstnání vnímá jako velmi psychicky náročné.

Pacient nechodí na preventivní prohlídky.

Pacient nespolupracuje s rehabilitačním pracovníkem. Při zvýšeném pohybu pociťuje pacient bolest na hrudi.

Po rozhovoru jsem pacienta edukovala. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 1 týdně od edukace.

Pacient se s onemocněním srdce léčí 6 měsíců. Pacient zná některé rizikové faktory onemocnění srdce. Jako rizikové faktory jmenuje kouření, stres, nedostatek pohybu, nevhodnou stravu, nadváhu.

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce. Na otázku: Jak se dá předcházet Vašemu onemocnění? Odpověděl: „Nekouřit, omezit stres, vhodnou stravou a dostatečným pohybem a taky zhubnout.“

Pacient od 1.rozhovoru nezměnil svoje stravovací návyky. Prý to nejde, když je neustále na cestách. Pacient ve stravě preferuje k snídani koláč nebo rohlíky a mléko, k obědu polévku. Často jí smažené věci (3-5x týdně) i na přepalovaném tuku. Polotovary jí 3x týdně. Maso jí kuřecí, 1x za měsíc kachnu, ryby pouze na Vánoce. Téměř každý den jí salámy, či uzeniny. Má rád zabijačku. Jí hodně ovoce a zeleniny. 3x za měsíc jí luštěniny. Sladkosti nejí. Jídlo nepřisoluje. Vajíčka jí 2x za měsíc. Jako přílohy k jídlu jí brambory, knedlíky. Vypije 0,5-1 litr tekutin za den a 4 šálky kávy. Pije čaje, minerálku nebo čistou vodu. Příležitostně pije alkohol.

Zatím pacient nevykonává žádnou pohybovou aktivitu, ale až bude hezké počasí, tak chce jezdit na kole každý den.

Pacient nikdy nebyl v lázních.

Pacient nechodí na preventivní prohlídky.

Pacient je spokojen s podanými informacemi. Pacient nechce doplnit žádné informace.

Příloha 12

Kazuistika pacienta 5

Pacient 5 hospitalizován na kardiologickém oddělení intermediální péče v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou fibrilace a flutter síní, primární hypertenze. Provedena katetrizační ablace. Pacient je muž, věk 67 let.

Pacient zná důvod hospitalizace, říká: „Mám arytmií a vysoký tlak a před 2 lety mi operovali stenózy na dolní končetině." Pacient má pozitivní rodinou anamnézu. Pacient říká: „ Matka má také arytmií a bratři mají stenty."

Pacient jmenuje jako rizikové faktory onemocnění srdce, které může ovlivnit vysoký cholesterol, alkohol, kouření, přehnanou fyzickou zátěž, přecházení chorob (např. angíny.)

Pacient si myslí, že se dá onemocnění srdce předcházet. Na otázku jak se dá předcházet onemocnění srdce, odpověděl: „Nekouřit, nepít alkohol, nepřecházet onemocnění, mít přiměřenou fyzickou aktivitu, hlídat cholesterol."

Pacient se zájmově zabývá truhlářinou každý den, chodí přes léto na dřevo do lesa a každý den chodí na procházky, což v poslední době pacienta unavovalo a proto procházky omezil.

Pacient ví, jakou by měl dodržovat dietu. Pacient si myslí, že nebude potřeba změnit jídelníček. Pacient jí každý den ovoce a zeleninu, 1x týdně luštěniny. Maso jí libové, ryby 3x za měsíc, tučné nemá rád. Denně pije mléko nebo jí mléčné výrobky, jí černý chléb. Stravu upravuje vařením a dušením, smažené pokrmy nejí. Jako přílohu k hlavnímu jídlu jí nejčastěji brambory, rýži a těstoviny, knedlíky téměř nejí. Pacient jí polotovary. Vajíčka jí několikrát za měsíc. Uzeniny a salámy téměř nejí (2x za měsíc). Pacient dříve hodně solil, ale snaží se solení omezit. Vypije 2-2,5litru tekutin za den (pije čaj, občas minerálku). Kávu nepije. Alkohol pije příležitostně.

Pacient nikdy nebyl v lázních.

Nyní je již pacient v důchodu, dříve postříkoval auta barvou. Práci vnímal jako fyzicky i psychicky náročnou.

Pacient chodí na preventivní prohlídky ke specialistovi, dle toho, jak se domluví s lékařem.

Pacient nespolupracuje s rehabilitačním pracovníkem. Pacienta onemocnění srdce limituje snadnou únavou.

Pacienta jsem edukovala druhý den po rozhovoru. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 6 dní od edukace.

Pacient se léčí 9 měsíců s arytmií a 5 let s vysokým krevním tlakem.

Pacient zná rizikové faktory onemocnění srdce. Jako rizikové faktory jmenuje kouření, stres, nedostatek pohybu, nevhodnou stravu, vysoký cholesterol.

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce. Na otázku jak se dá předcházet onemocnění srdce odpověděl: „Nekouřit, alkohol pít přiměřeně (např. 2 piva), rozumnou fyzickou aktivitou, předcházením stresu, hlídat si hladinu cholesterolu a dodržovat dietu.“

Pacient chce spolu s manželkou změnit stravovací návyky. Pacient jí každý den ovoce a zeleninu, 1x týdně luštěniny. Jí libové maso, ryby 3x za měsíc. Denně pije mléko nebo jí mléčné výrobky, jí černý chléb, bílé pečivo vůbec. Stravu upravuje vařením a dušením, smažené pokrmy nejí. Jako přílohu k hlavnímu jídlu jí nejčastěji brambory, rýži a těstoviny, knedlíky téměř nejí. Polotovary už nejí a jíst nechce. Uzeniny a salámy téměř nejí (2x za měsíc). Vajíčka jí několikrát za měsíc. Pacient nyní solí málo, spíše k ochucení používá koření. Vypije 2-2,5 litru tekutin za den (pije čaje, někdy minerálku). Kávu nepije. Alkohol pije příležitostně.

Pacient se zájmově zabývá truhlářinou každý den, přes léto chodí na dřevo do lesa a každý den chodí na procházky, což v poslední době pacienta unavovalo a proto procházky omezil.

Pacient nikdy nebyl v lázních.

Pacient chodí na preventivní prohlídky ke specialistovi, dle toho, jak se domluví s lékařem.

Pacient je spokojen s podanými informacemi. Pacient nechce doplnit žádné informace.

Příloha 13

Kazuistika pacientky 6

Pacientka 6 hospitalizována na kardiochirurgickém oddělení v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou stav po infarktu myokardu. Pacientka má proveden již čtyřnásobný bypass. Pohlaví ženské, věk 75 let.

Pacientka zná důvod hospitalizace, říká: „Měla jsem infarkt a udělali mi byppas.“ Rodiče pacientky zemřeli na infarkt myokardu.

Jako rizikové faktory onemocnění srdce pacientka jmenuje kouření a stres.

Pacientka neví jestli se dá předcházet onemocnění srdce.

Pacientka chodí každý den do schodů do 4.patra, každý den chodí na procházky či výlety, 2 x týdně chodí plavat.

Pacientka ví jakou by měla dodržovat dietu. Pacientka si myslí, že nebude potřeba upravit jídelníček. Pacientka jí každý den celozrnné pečivo nebo müsli, pije mléko a jí mléčné výrobky. Ovoce a zeleninu jí každý den, luštěniny téměř nejí. Jako přílohu jí brambory, rýži, těstoviny, knedlíky. Sladké, salámy ani uzeniny nejí. Maso jí kuřecí, hovězí, vepřové. Ryby nejí, pouze z donucení, nemá ryby ráda. Stravu upravuje dušením, vařením, někdy smažením (3-5x za měsíc). Potraviny na přepalovaném tuku (např. brambůrky, hranolky) jí 2x za rok. 2x za měsíc jí vajíčka. Pacientka hodně solí. Vypije 1litr tekutin za den (pije minerálky, které střídá). Dříve pila 5 šálků kávy, nyní už 2 měsíce kávu nepije. Alkohol pije příležitostně. Pacientka kouřila přes 60 let 10-20 cigaret za den, nyní 2 měsíce nekouří.

Pacientka nikdy nebyla v lázních.

Pacientka je 5 let v důchodu, dříve pracovala jako notářka. Pacientce práce nepřišla fyzicky ani psychicky náročná, práce pacientku bavila.

Pacientka chodí na preventivní prohlídky ke specialistovi 1x za 3 měsíce.

Pacientka nespolupracuje s rehabilitačním pracovníkem. Pacientka se při déletrvajícím pohybu cítí vyčerpaná.

Pacientku jsem edukovala po úvodním rozhovoru. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 6 dní od edukace.

Pacientka se léčí s onemocněním 3 měsíce. Pacientka zná některé rizikové faktory onemocnění srdce, jmenuje kouření, nedostatečný pohyb, nevhodnou stravu.

Pacientka si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce, tím, že člověk nebude kouřit, aktivním odpočinkem a vhodnou stravou.

Pacientka od 1.rozhovoru nezměnila stravovací návyky. Pacientka ví jakou by měla dodržovat dietu. Pacientka si myslí, že nebude potřeba upravit jídelníček. Pacientka jí každý den celozrnné pečivo nebo müsli, pije mléko a jí mléčné výrobky. Ovoce a zeleninu jí každý den, luštěniny téměř nejí. Jako přílohu jí brambory, rýži, těstoviny, knedlíky. Sladké, salámy ani uzeniny nejí. Maso jí kuřecí, hovězí, vepřové. Ryby nejí, pouze z donucení, nemá ryby ráda. Stravu upravuje dušením, vařením, někdy smažením (3-5x za měsíc). Potraviny na přepalovaném tuku (např. brambůrky, hranolky) jí 2x za rok. 2x za měsíc jí vajíčka. Pacientka hodně solí. Vypije 1litr tekutin za den (pije minerálky, které střídá). Dříve pila 5 šálků kávy, nyní už 2 měsíce kávu nepije. Alkohol pije příležitostně.

Pacientka nyní dodržuje klidový režim. Po zotavení chce pacientka chodit na procházky či výlety každý den, 2x týdně chodit plavat.

Pacientka nikdy nebyla v lázních.

Pacientka chodí na preventivní prohlídky ke specialistovi 1x za 3 měsíce.

Pacientka je spokojena s podanými informacemi. Pacientka nechce doplnit žádné informace.

Příloha 14

Kazuistika pacientky 7

Pacientka 7 hospitalizována na kardiologickém oddělení v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou infarkt myokardu, proveden aortokoronární bypass, další diagnózy diabetes mellitus II. typu na dietě. Pacientka ženského pohlaví, věk 61 let. Pacientka říká, že se srdcem marodí syn a matka měla „budík“.

Pacientka zná důvod hospitalizace, říká: „Přestala jsem dýchat a tady mi udělali bypass. A taky mám cukrovku.“

Pacientka nezná rizikové faktory onemocnění srdce, které se dají ovlivnit.

Pacientka si myslí, že se nedá předcházet onemocnění srdce.

Během dne pacientka chodí na procházky 4x za týden na 1 hodinu a pracuje na hospodářství každý den.

Pacientka neví jakou by měla dodržovat dietu. Pacientka si myslí, že by bylo potřeba změnit jídelníček. Ale říká: „Stejně to budu dodržovat chvíli a pak už ne, protože na to nemám peníze.“ Pacientka jí chleba, mléčné výrobky (sýry a jogurty), paštiku. Pacientka jí ovoce, zeleninu 3 x týdně, luštěniny 3x za měsíc. Maso jí kuřecí, hovězí, krůtí a 3x za měsíc vepřové, ryby 2x za rok. Pacientka jí šunkový salám či šunku, občas jí uzeniny. Vajíčka jí 1x týdně. Občas jí polotovary. Stravu upravuje vařením a smažením 2-3x za týden. Potraviny na přepalovaném tuku (např. hranolky, smažené brambůrky) jí 4x za rok. Jako přílohy k hlavnímu jídlu jí převážně brambory, knedlíky a rýži, těstoviny 1x za týden. Pacientka hodně solí. Sladkosti jí 2-3x za měsíc. Pacientka vypije 2-3 litry tekutin za den (pije vodu, čaj, minerálky, které střídá). Příležitostně pije alkohol (pivo a vodku). Pacientka vypije 3 šálky kávy za den. Pacientka kouřila 45 let 5 cigaret za den, nyní 1 měsíc nekouří.

Pacientka nikdy nebyla v lázních.

Pacientka je nyní již v důchodu. Dříve pracovala v kravíně. Práci vnímala jako fyzicky náročnou.

Pacientka nechodí na preventivní prohlídky ke specialistovi, chodí pouze k praktickému lékaři 1x za 3 měsíce.

Pacientka nespolupracuje s rehabilitačním pracovníkem. Pacientka nepociťuje, že by jí onemocnění srdce omezovalo při pohybu.

Pacientku jsem edukovala po úvodním rozhovoru. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 6 dní od edukace.

Pacientka se léčí s onemocněním srdce 8 let. Pacientka nezná rizikové faktory onemocnění srdce, které se dají ovlivnit, nedokáže rizikové faktory vyjmenovat.

Pacientka si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce, ale na otázku jak se dá předcházet Vašemu onemocnění neumí odpovědět.

Pacientka od 1.rozhovoru nezměnila stravovací návyky. Pacientka ví jakou by měla dodržovat dietu. Pacientka si myslí, že je potřeba změnit jídelníček. Ale říká: „ Stejně to budu dodržovat chvíli a pak už ne, protože na to nemám peníze." Pacientka jí chleba, mléčné výrobky (sýry a jogurty), paštiku. Pacientka jí ovoce, zeleninu 3 x týdně, luštěniny 3x za měsíc. Maso jí kuřecí, hovězí, krůtí a 3x za měsíc vepřové, ryby 2x za rok. Pacientka jí šunkový salám či šunku, občas jí uzeniny. Vajíčka jí 1x týdně. Občas jí polotovary. Stravu upravuje vařením a smažením 2-3x za týden. Potraviny na přepalovaném tuku (např. hranolky, smažené brambůrky) jí 4x za rok. Jako přílohy k hlavnímu jídlu jí převážně brambory, knedlíky a rýži, těstoviny 1x za týden. Pacientka hodně solí. Sladkosti jí 2-3x za měsíc. Pacientka vypije 2-3litry tekutin za den (pije vodu, čaj, minerálky, které střídá). Příležitostně pije alkohol (pivo a vodku). Pacientka vypije 3 šálky kávy za den.

Během dne pacientka chodí na procházky 4x za týden na 1hodinu a pracuje na hospodářství každý den.

Pacientka nikdy nebyla v lázních. Pacientka uvažuje o pobytu v lázních. Pacientka se chce zeptat lékaře, zda má právo na komplexní hrazení lázeňského pobytu.

Pacientka nechodí na preventivní prohlídky ke specialistovi, chodí pouze k praktickému lékaři 1x za 3 měsíce.

Pacientka zapomněla podané informace během edukace. Pacientka chce zopakovat rizikové faktory ischemické choroby srdeční a možnost ovlivnění rizikových faktorů.

Příloha 15

Kazuistika pacienta 8

Pacient 8 hospitalizován na kardiologickém oddělení intermediální péči v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. s diagnózou fibrilace a flutter síní, další diagnózy polyneuropatie, porucha metabolismu lipoproteinů. Arytmie nejprve řešena pomocí medikace, pokud léčba nebude efektivní, plánují provést katetrizační ablacii. Pacient mužského pohlaví, 76 let. Bratr má také arytmiu.

Pacient zná důvod hospitalizace, říká: „Mám arytmiu, napsali mi nějaké prášky a pokud nezaberou, tak mi přes tříslu budou zavádět hadičku až do srdce.“

Pacient zná některé z rizikových faktorů onemocnění srdce, které se dají ovlivnit. Pacient jmenuje: „Nevhodná životospráva, kam patří jídlo, alkohol, málo pohybu, nadváha.“

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce zdravou stravou, při nadváze zhubnout a pravidelně provozovat pohybovou aktivitu.

Pacient chodí na procházky se psem 3x denně na 15-20 minut. Dříve hrál závodně volejbal.

Pacient neví jakou by měl dodržovat dietu a zda bude zapotřebí změnit stravovací návyky. Pacient jí chléb s dýňovými semínky namazaný pomazánkovým máslem. Každý den jí ovoce a zeleninu, mléčné výrobky. Pacient jí 3x za měsíc ovocné nebo zeleninové saláty. Luštěniny jí 1x za měsíc. Pacient jí převážně kuřecí maso, 1x za měsíc vepřové a 2x za půl roku hovězí, ryby jí 4-5x za měsíc. Jako přílohu k hlavnímu jídlu preferuje rýži, těstoviny, knedlíky 2x za měsíc. Pacient jí polotovary a rád solí. Pacient jí 1x týdně salámy, uzeniny a sladkosti. Vajíčka jí 1-2x za měsíc. Jídlo připravované na přepalovaném tuku nejí. Stravu upravuje vařením, dušením, pečením či smažením. Pacient vypije 1-2 litry tekutin za den (pije čaj nebo vodu), vypije 1-2 šálky kávy za den, alkohol pije příležitostně při oslavě (pivo nebo víno).

Pacient nikdy nebyl v lázních.

Pacient je již v důchodu. Dříve pracoval jako úředník a také dělal poradenství. Zaměstnání nevnímal jako fyzicky či psychicky náročné.

Pacient chodí na preventivní prohlídky ke specialistovi 1x za 6 měsíců.

Pacient nespolupracuje s rehabilitačním pracovníkem. Pacient posledních 14 dní při chůzi pociťoval tlak na hrudi a mírnou dušnost.

Pacienta jsem edukovala druhý den po rozhovoru. Edukace byla zaměřena na anatomii srdce a cév, ischemickou chorobu srdeční, rizikové faktory a možnost ovlivnění rizikových faktorů (Příloha 5).

Efektivitu edukace jsem provedla následným rozhovorem s odstupem 6 dní od edukace.

Pacient se s onemocněním srdce léčí 2 roky, po roce vysadil předepsané léky a nyní se opět objevily potíže.

Pacient zná několik rizikových faktorů onemocnění srdce, které se dají ovlivnit, jmenuje nevhodnou stravu, kouření, nedostatek pohybu, stres, obezitu.

Pacient si myslí, že se dá předcházet onemocnění srdce. Pacient říká: „Člověk by měl zdravě jíst, nekouřit, nestresovat, být v psychické pohodě, zhubnout je-li potřeba.“

Pacient ví jakou by měl dodržovat dietu, s úpravou jídelníčku již začal. Každý den jí ovoce a zeleninu, mléčné výrobky. Nyní kvůli léčbě Warfarinem nejí listovou zeleninu. Pacient jí 3x za měsíc ovocné nebo zeleninové saláty. V létě chce pacient jíst saláty alespoň 2 x týdně. Luštěniny jí 1-2x za měsíc. Pacient jí převážně kuřecí maso, 1x za měsíc vepřové a 2x za půl roku hovězí, ryby jí 4-5x za měsíc. Pacient chce jíst ryby častěji (2x týdně). Vajíčka jí 1-2x za měsíc. Jako přílohu k hlavnímu jídlu preferuje rýži, těstoviny, knedlíky 2x za měsíc. Pacient jí polotovary a rád solí. Polotovary chce s jídelníčku vyřadit. Pacient jí 1x týdně salámy, uzeniny a sladkosti. Stravu upravuje vařením, dušením, pečením či smažením. Jídlo připravované na přepalovaném tuku nejí. Pacient vypije 1-2litry tekutin za den (pije čaj nebo vodu), vypije 1-2 šálky kávy za den, alkohol pije příležitostně při oslavě (pivo nebo víno).

Pacient chodí na procházky se psem 3x denně na 15-20 minut. Při pohybu po městě chodí pěšky, zřídka využívá jízdu autem. Dříve hrál závodně volejbal.

Pacient nikdy nebyl v lázních.

Pacient je spokojen s podanými informacemi během edukace. Pacient nechce doplnit žádné informace.