



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství

Diplomová práce

Účast pacientů po prodělaném infarktu myokardu na aktivní péči o své zdraví v rámci sekundární prevence

Vypracoval: Bc. Marie Žahourková
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Prevence kardiovaskulárních onemocnění, mezi které patří i infarkt myokardu je v posledních letech velmi diskutovaným tématem. V současné době se kardiovaskulární choroby řadí mezi celosvětově nejrozšířenější onemocnění. Podle Světové zdravotnické organizace představují tato onemocnění nejčastější příčinu morbidity a mortality zejména v západních civilizacích. Odhady do roku 2020 jsou pesimistické a očekává se další nárůst úmrtnosti na onemocnění srdce, a to jak ve vyspělých zemích, tak v zemích rozvojových.

Tato diplomová práce se zabývá účastí pacientů po prodělaném infarktu myokardu na aktivní péči o své zdraví v rámci sekundární prevence. Neboť nedodržováním zásad sekundární prevence dochází ke zvýšení morbidity na kardiovaskulární onemocnění a následně pak k nárůstu nákladů za další léčbu. Časná a cílená prevence je velmi důležitá, jak ke snížení nákladů za léčbu, tak k navrácení zdraví a udržení dobré kvality života.

Diplomová práce je složena ze dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část práce se zabývá popisem kardiovaskulárních onemocnění, především akutního infarktu myokardu, jejich prevencí a edukací včetně edukačního procesu v sekundární prevenci. Empirická část byla realizována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Informace byly shromažďovány technikou polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor byl sestaven z uzavřených i otevřených otázek, ve kterých měli respondenti možnost se individuálně vyjádřit. Výzkumný soubor tvořili pacienti a sestry tří vybraných kardiocenter České republiky - Fakultní nemocnice v Motole, Nemocnice České Budějovice, a.s. a Fakultní nemocnice Plzeň.

V první fázi výzkumného šetření jsme zjišťovali informovanost pacientů o sekundární prevenci. Dále míru vlastní aktivity v péči o své zdraví a vliv uskutečněných změn na jejich životní spokojenost. Výzkumný soubor tvořilo 12 respondentů, pacientů, kteří již v dřívější době prodělali infarkt myokardu a nyní byli opětovně hospitalizováni z důvodu příznaků srdečních komplikací. Pacienti byli pro výzkumné šetření vybráni náhodně a po čtyřech z jednotlivých kardiocenter.

Ve druhé fázi výzkumného šetření jsme zjišťovali možnosti a míru edukace ze strany sester u pacientů po prodělaném infarktu myokardu v rámci sekundární prevence a druhy ošetrovateľské dokumentace vedené kardiologickými sestrami. Tuto část výzkumného souboru tvořilo devět sester, pracujících ve vybraných kardiocentrech. Pro jeden rozhovor byly osloveny vždy tři sestry z jednoho pracoviště s delší dobou praxe v oboru kardiologie.

K výzkumnému šetření bylo stanoveno šest cílů a osm výzkumných otázek. Prvním cílem bylo zjistit, zda pacienti po prodělaném infarktu myokardu obdrželi informace o sekundární prevenci vztahující se k jejich onemocnění. Druhým cílem bylo zjistit, jaký postoj zauímají pacienti po prodělaném infarktu myokardu k potřebě změny životního stylu v závislosti na jejich věku a délce léčby. Třetí cíl zjišťoval, jak jsou pacienti po prodělaném infarktu myokardu aktivní v péči o své zdraví v rámci sekundární prevence. Úkolem čtvrtého cíle bylo zjistit, zda dodržování zásad sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu má vliv na zkvalitnění jejich dalšího života. Pátý a šestý cíl práce se týkal druhého výzkumného šetření. Pátým cílem jsme zjišťovali, zda sestry edukují o sekundární prevenci u pacientů po prodělaném infarktu myokardu a v jaké míře. Posledním šestým cílem bylo zjistit jaká ošetrovateľská dokumentace je vedená kardiologickými sestrami na lůžkových odděleních v rámci edukace u pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Na začátku výzkumného šetření jsme si položili osm výzkumných otázek. Obdrželi pacienti po prodělaném infarktu myokardu informace o sekundární prevenci vztahující se k jejich onemocnění? Byli pro pacienty tyto informace srozumitelné? Jsou pacienti po prodělaném infarktu myokardu aktivní v péči o své zdraví? Jaký postoj zauímají pacienti po prodělaném infarktu myokardu k potřebě změny životního stylu? Má na postoj pacientů k sekundární prevenci vliv jejich věk a délka léčby? Má dodržování zásad sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu vliv na zkvalitnění jejich dalšího života? Edukují kardiologické sestry pacienty po prodělaném infarktu myokardu v rámci sekundární prevence? Jaká ošetrovateľská dokumentace je kardiologickými sestrami vedena v rámci sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu?

V dalším kroku byla provedena analýza získaných dat, jejímž základním krokem byl přepis rozhovorů, který umožnil analýzu dat technikou tzv. Otevřeného kódování. Po procesu stanovení seznamu kódů následovala fáze kategorizace, kdy jsme kódy v této fázi seskupili dle podobnosti nebo vnitřní souvislosti, z té jsme následně vytvořili hierarchický systém. Kategorie jsou v diplomové práci znázorněny přehledovými diagramy. Celkem jsme získali pro první šetření 12 a pro druhé 7 kategorií.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti jsou relativně dobře edukováni o zásadách sekundární prevence u kardiovaskulárních onemocnění, ne však dostatečně ze strany sester. Znalost prevence infarktu myokardu a opatření sekundární prevence je u pacientů na poměrně dobré úrovni. Vlastní míra změn v přístupu k sekundární prevenci je však ze strany pacientů stále nedostatečná a neodpovídá úrovni zlepšení možností moderní medicíny a to bez ohledu na jejich věk a délku léčby. Výzkum dále prokázal pozitivní vliv dodržování zásad sekundární prevence na kvalitu života pacientů.

Výsledky výzkumného šetření mohou být podkladem pro zdravotnický management ke zlepšení úrovně edukační činnosti kardiologických sester zaměřené na sekundární prevenci u pacientů po prodělaném infarktu myokardu. A zamyšlením nad možnostmi zahrnout do preventivní edukace rodinné příslušníky a blízké osoby. Jejich podpora a pomoc je pro kardiologické pacienty velkým přínosem při uskutečňování změn životního stylu a dodržování režimových opatření. Výsledky diplomové práce by tedy mohly být přínosné, jak pro laickou veřejnost, tak i zdravotnické pracovníky, kteří se zajímají o problematiku sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním.

Klíčová slova: edukační proces, infarkt myokardu, kardiovaskulární onemocnění, pacient, rizikové faktory, sekundární prevence, sestra

Abstract

Prevention of cardiovascular disease including myocardial infarction is in recent years a widely discussed topic. Cardiovascular diseases are currently the most widespread disease among the worldwide. According to the World Health Organization, this disease represents the most common cause of morbidity and mortality especially in western civilization. Estimates for 2020 are pessimistic and is expected to further increase of mortality from heart disease both in developed countries and in developing countries.

This thesis deals with the participation of patients after myocardial infarction in active care of their health in secondary prevention. For failure principles of secondary prevention is increased morbidity of these cardiovascular diseases and subsequently increase the costs for further treatment. Well-timed and targeted prevention is very important how to reduce the cost of treatment and the restoration of health and maintaining a good quality of life.

The thesis is composed of two parts, theoretical and empirical. The theoretical part of the thesis describes cardiovascular diseases, especially acute myocardial infarction, prevention and education, including educational process of secondary prevention. The empirical part was realized by qualitative research. Information was collected by semi-standardized interview technique. The interview was composed of both closed and open-ended questions where had respondents the opportunity to express individually. The research group consisted of patients and nurses of three selected cardiocenters in Czech Republic - University Hospital Motol, České Budějovice Hospital, a.s. and Faculty Hospital Plzeň.

In the first phase of the research we examined the awareness of patients of secondary prevention. In addition we inquire into the level of their activities in the care of their health and the impact of realized changes to their life satisfaction. The research sample is consisted of 12 respondents - patients who in former times have had a myocardial infarction and now were re-hospitalized due to symptoms of heart problems. For the research were patients selected by random sampling and divided into three groups, four from each cardiocenter.

In the second phase of the research, we investigated the options and rate of education of nurses taking care of patients after myocardial infarction in pursuance of secondary prevention and types of nursing documentation kept by nurses of cardiology ward. This part of the study sample was consisted of nine nurses working in selected cardiocentre. For one interview were approached three nurses from each chosen department with longer experience in the field of cardiology.

For the research was established six goals and eight research questions. The first objective was to find out whether patients after myocardial infarction received information about secondary prevention related to their disease. The second objective was to discover an attitude of patients after myocardial infarction to the need for lifestyle changes depending on their age and length of treatment. The third objective inspected the activity of patients after myocardial infarction in taking care of their health in secondary prevention. The task of the fourth objective was to determine whether the conformity to the rules and principles of secondary prevention of patients after myocardial infarction has an impact on improving their next life. The fifth and sixth goal of the thesis were concerned the second research. The fifth objective investigated whether nurses educate patients after myocardial infarction about secondary prevention and to what extent. The last sixth objective was to determine what nursing documentation is led by nurses of cardiology ward on wards block within the education of patients after myocardial infarction. At the beginning of the survey we asked eight research questions. Did patients after myocardial infarction received some information about secondary prevention related to their disease? Were the informations for patients understandable? Are patients after myocardial infarction active in taking care of their health? What is the attitude of patients after myocardial infarction to the need for lifestyle changes? Has age and duration of treatment some influence on the attitude of patients to secondary prevention? Does the conformity to the rules and principles of secondary prevention of patients after myocardial infarction some influence on improving the quality of their life? Are cardiology nurses educate patients after myocardial infarction within the framework of secondary prevention? What is

nursing documentation kept by cardiology nurses about secondary prevention by patients after myocardial infarction?

The next step was the analysis of the obtained data including an essential step - the transcription of interviews which enabled data analysis technique called open coding. After the process of establishing a list of codes followed by categorization phase during which were codes grouped according to their similarities or internal context we subsequently created a hierarchical system. In the thesis are categories represented by survey diagrams. For the first survey we collected totally 12 and for the second 7 categories.

The results of the research showed that the patients are relatively well educated in the principles of secondary prevention of cardiovascular disease, but not enough by nurses. The knowledge of patients of prevention of myocardial infarction and secondary prevention measures is at a relatively good level. The rate of changes in the approach to secondary prevention is unsatisfactory and doesn't meet the rate of improvement of capabilities of modern medicine regardless of their age and length of treatment. The research also showed a positive effect of the principles of secondary prevention on the quality of life of patients.

The results of the research can be the basis for health management to improve the level of educational activities of cardiology nurses focused on secondary prevention for patients after myocardial infarction. The results could be also used as a reflection on the possibilities to include preventive education of family members and close friends. Their support and assistance is for cardiac patients a great benefit during making lifestyle changes and adherence to measures directed at lifestyle changes. The results of the thesis could thus be beneficial for both the general public and healthcare professionals who are interested in the issue of secondary prevention for patients with cardiovascular disease.

Key words: cardiovascular disease, educational process, myocardial infarction, nurse patient, risk factors, secondary prevention

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....

Bc. Marie Žahourková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za cenné rady a připomínky během psaní mé diplomové práce. Dále také děkuji osloveným sestřám a respondentům za jejich ochotu a čas, který mému výzkumnému šetření věnovali.

Obsah

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV	15
1.1 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ	15
1.1.1 Ateroskleróza.....	15
1.1.2 Rizikové faktory aterosklerózy.....	16
1.2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU	19
1.2.1 Klinický obraz infarktu myokardu	19
1.2.2 Diagnostika infarktu myokardu	20
1.2.3 Terapie infarktu myokardu	21
1.3 PREVENCE KVO A INFARKTU MYOKARDU	22
1.3.1 Modely prevence	23
1.3.2 Strategie prevence kardiovaskulárních chorob.....	24
1.3.3 Výsledky vybraných studií zaměřených na kardiovaskulární prevenci	25
1.3.4 Zásady Sekundární prevence u IM	27
1.3.5 Farmakologická podpůrná léčba v sekundární prevenci	28
1.3.6 Nefarmakologická léčebná opatření a principy zdravého životního stylu v rámci sekundární prevence.....	28
1.4 EDUKACE A EDUKAČNÍ PROCES V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI.....	36
1.4.1 Právní normy a kompetence sester	38
1.4.2 Edukační činnost sestry	40
1.4.3 Ošetrovatelská diagnostika-edukační diagnózy	41
1.4.4 Edukace pacientů s akutním infarktem myokardu	43
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
2.1 CÍLE PRÁCE.....	44
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
3 METODIKA.....	46
3.1 METODIKA PRÁCE	46

3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	47
3.2.1	Pacienti po prodělaném infarktu myokardu	47
3.2.2	Kardiologické sestry	49
4	VÝSLEDKY	50
4.1	KATEGORIZACE RESPONDENTŮ PO PRODĚLANÉM INFARKTU MYOKARDU	50
4.1.1	Informovanost respondentů o sekundární prevenci.....	50
4.1.2	Znalost ovlivnitelných rizikových faktorů infarktu myokardu	51
4.1.3	Podpora respondenta okolím při uskutečňování změn.....	53
4.1.4	Změny v oblasti stravovacích návyků	54
4.1.5	Změny v oblasti kouření	56
4.1.6	Konzumace alkoholu	57
4.1.7	Zvládnutí stresové zátěže	58
4.1.8	Účast respondentů na preventivních prohlídkách.....	59
4.1.9	Změny v oblasti fyzické aktivity	59
4.1.10	Nejtěžší režimová opatření respondentů	61
4.1.11	Přínos změn pro životní spokojenost respondentů	62
4.1.12	Největší změna životního stylu respondentů	64
4.2	KATEGORIZACE KARDIOLOGICKÝCH SESTER.....	66
4.2.1	Edukace kardiologických pacientů sestrami	66
4.2.2	Preventivní vzdělávání kardiaků z pohledu sester.....	67
4.2.3	Nedostatky v oblasti informovanosti kardiaků z pohledu sester	67
4.2.4	Poučení kardiologických pacientů před ukončením hospitalizace	68
4.2.5	Ošetrovatelská dokumentace vedená sestrami k edukaci kardiaků	69
4.2.6	Stanovení cílů pro kardiologické pacienty	69
4.2.7	Kontrola kardiologických pacientů	70
5	DISKUSE	71
6	ZÁVĚR.....	79
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	82
8	PŘÍLOHY	88

Seznam použitých zkratk

AIM akutní infarkt myokardu
AKS akutní koronární syndrom
BMI body mass index
CNS centrální nervová soustava
ČAS Česká asociace sester
DM diabetes mellitus
CK celková kreatinínáza
CK-MB celková kreatinínáza a její MB frakce
EKG elektrokardiogram
HDL high density lipoprotein, lipoproteiny o vysoké hustotě
ICHS ischemická choroba srdeční
IM infarkt myokardu
KVO kardiovaskulární onemocnění
LDL low density lipoprotein, lipoproteiny s nízkou hustotou
NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification
NTN náhradní terapie nikoniten
PCI perkutánní koronární intervence
PTCA perkutánní transluminální koronární angioplastika
SKG selektivní koronarografie
STEMI infarkt myokardu s elevací úseku ST
NSTEMI infarkt myokardu bez elevací úseku ST
QRS depolarizace komor

Úvod

„Zdraví pochází jen ze zdravého způsobu života.“

T. C. Fry

Současná doba je dobou významného pokroku, a to ve všech oblastech života společnosti. Díky dostupnosti nových, kvalitních technologií má lidstvo možnost ulehčení a zkvalitnění života v mnoha směrech. Významným rozvojem prošla i oblast medicíny. Hranice léčebných možností se v posledních desetiletích výrazně posunuly. Ještě nedávno téměř vždy smrtelná onemocnění, se v dnešní době stávají úspěšně léčitelná. Proto lidé mnohdy zcela mylně předpokládají, že nové, účinné způsoby léčby jsou definitivním řešením jejich onemocnění. A zcela opomíjejí fakt, že právě předcházení nemocem a jejich komplikacím by měla být věc prvořadá. V žádném případě by neměl klesat význam prevence. Je potřeba lidem vštípit, že nejen medikamentózní léčba, ale především změna jejich životního stylu a aktivní přístup k sobě samému, povede k navrácení a upevnění jejich zdraví. A dále také k udržení si dobré kvality života po celou dobu jeho trvání.

Mezi celosvětově nejrozšířenějších onemocnění se řadí onemocnění kardiovaskulární, mezi které patří i infarkt myokardu. V průmyslově vyspělých částech světa jsou právě tato onemocnění hlavní příčinou hospitalizace a mortality. Česká republika se bohužel řadí na jedno z předních míst v úmrtnosti právě na tato onemocnění. V roce 2012 zemřelo v České republice 108 189 osob, z toho na kardiovaskulární onemocnění celkem 53 046 (49 %) (ÚZIS ČR, 2011). A to i přesto, že během posledních let byla zaznamenána díky novým, účinným léčebným možnostem snižující se tendence úmrtnosti.

K napsání této diplomové práce mě motivovala práce na kardiologickém oddělení. Velké procento zde hospitalizovaných tvoří právě pacienti s infarktem myokardu. Pro řadu těchto pacientů je prodělání tohoto onemocnění okamžikem změny životního stylu a přehodnocení svého hodnotového žebříčku. Bohužel ne vždy je to pravidlem. Akutní infarkt myokardu a další kardiovaskulární onemocnění se řadí mezi takzvané choroby civilizace a proto je velmi důležitá časná a cílená prevence. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla psát svou práci na téma Účast pacientů po prodělaném

infarktu myokardu na aktivní péči o své zdraví v rámci sekundární prevence.

Dobrá spolupráce a komunikace mezi sestrou a pacientem jsou jednou z neúčinnějších složek vedoucích k úspěšnému zvládnutí procesu navrácení zdraví a k získání pacienta k aktivní spolupráci. Aby pacient po propuštění do domácí péče byl dostatečně motivován dodržovat poskytnuté informace a doporučení v oblasti sekundární prevence, aby si uvědomoval zodpovědnost za vlastní zdraví a zamezil tak případné progresi onemocnění.

Proto jsem se ve své práci zaměřila na změnu životního stylu u pacientů po prodělaném infarktu myokardu s cílem zjistit, jaká režimová opatření pacienti dodržují a která naopak v rámci sekundární prevence nerespektují, a dále také na posouzení informovanosti u těchto pacientů. Práce se věnuje nejvýznamnějším rizikovým faktorům kardiovaskulárních onemocnění a dodržování zásad zdravého životního stylu. Neboť právě mnohdy opomíjená sekundární prevence by se měla stát nedílnou a naprosto přirozenou součástí léčby kardiovaskulárních onemocnění.

1 Současný stav

1.1 Kardiovaskulární onemocnění

Dnešní uspěchaná doba, je dobou každodenního stresu, nevhodné životosprávy a nedostatku pohybu. To vše má negativní dopad na zdraví každého člověka (Sovová, 2005).

Nesprávný životní styl dnešní populace vedl ke vzniku takzvaných civilizačních chorob, mezi které řadíme kardiovaskulární neboli srdečně-cévní onemocnění. Podle zjištění Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) představují KVO nejčastější příčinu úmrtí zejména v západních civilizacích. Bohužel odhady jsou do dalších let spíše negativní a očekávají nárůst úmrtnosti na KVO celosvětově, tedy jak v zemích vyspělých, tak i rozvojových (Češka, 2010).

Mezi kardiovaskulární onemocnění, které sdružují řadu forem nemocí srdce a cév, patří také ischemická choroba srdeční. ICHS je onemocnění, při němž dochází k nedostatečnému prokrvení srdečního svalu způsobené patologickým procesem v koronárním řečišti, nejčastěji aterosklerózou (Štejfa, 2007).

1.1.1 Ateroskleróza

Ateroskleróza a především její rizikové faktory představují v současnosti jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů civilizace. Dříve se na aterosklerózu pohlíželo jako na mechanický proces, charakterizovaný pouhým nahromaděním tuků. Tento názor se v posledních letech značně změnil. V současné době mluvíme o ateroskleróze jako o imunitně zánětlivém procesu. Aterosklerózou rozumíme proměnlivé změny v intimě a medii tepen. Tyto změny jsou způsobené nahromaděním lipidů, sacharidů, krevních buněk, vaziva a vápníku. Hlavní podíl na vzniku aterosklerózy má porušení celistvosti nebo struktury endotelu cévní stěny (Žák, 2011).

Proces aterogeneze je proces, který trvá léta, začíná již v dětství a jeho průběh bývá postupný a v nárazech. První stádia bývají bezpříznaková, nezpůsobují jedinci

obtíže. V této době dotyčný ani neví, že u něj probíhají nějaké změny vedoucí později ke vzniku onemocnění. Naproti tomu poslední fáze je již velmi závažná, neboť nastává kalcifikace ateromového plátu a céva se stává definitivně nepružnou (Češka, 2005).

1.1.2 Rizikové faktory aterosklerózy

Ateroskleróza je označována jako multifaktoriální onemocněním. To znamená, že se na jejím vzniku podílí větší množství rizikových faktorů. Jsou to faktory, které urychlují rozvoj aterosklerózy nebo zvyšují pravděpodobnost trombózy kolaterálních cév (Navrátil, 2008).

Rizikové faktory KVO jsou výsledkem životního stylu každého jedince s jeho danou genetickou výbavou (Šimon, 2009). Za velmi významné kardiovaskulární rizikové faktory považujeme především věk, mužské pohlaví, kouření, hypertenzi, obezitu, dyslipidémii, diabetes mellitus a faktory socioekonomické. Bohužel ne všechny faktory lze příznivě ovlivnit, z tohoto důvodu byly rozděleny na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné (Špinar, 2007).

Mezi faktory, které nemůžeme ovlivnit, patří věk, pohlaví, genetická zátěž a pokleslá fibrinolytická aktivita (Sovová, 2005).

Dle různých autorů lze jmenovat desítky různých ovlivnitelných rizikových faktorů KVO i předčasné aterosklerózy. Mezi faktory ovlivnitelné patří především faktory úzce související s životním stylem. Mezi nejdůležitější řadíme zejména vysokou hladinu cholesterolu v krvi, arteriální hypertenzi, kouření, alkohol, cukrovku, sníženou pohybovou aktivitu, obezitu, metabolický syndrom a stres (Sovová, 2005).

Na počátku 21. století se staly středem zájmu tzv. rizikové faktory nekonvenční, ty byly podnětem pro řadu výzkumných programů. Intervenční studie (např. studie INTERHEART z roku 2004) zaměřené na tyto faktory nepřinesly vesměs pozitivní výsledky. Z tohoto důvodu se další výzkum v oblasti preventivní kardiologie zaměřil zpátky především na rizikové faktory konvenční (Rosolová, 2013).

Hyperlipoproteinemie a dyslipidémie je charakterizována zvýšenou hladinou tuků v krvi. Její nejčastější příčinou je nadměrný příjem především cholesterolu a

nasycených mastných kyselin v potravě. Osoby, u kterých je hladina cholesterolu nad 6,5 mmol/l bývají ohroženi vznikem aterosklerózy 2,5 krát častěji, než osoby s hodnotou pod 5 mmol/l (Žák, 2011). V současné době postihují hyperlipoproteinémie a dyslipoproteinémie až 30 % dospělé populace, při hodnocení dnešní šedesátileté populace se dostáváme na hodnoty přesahující i 50 % (Češka, 2010).

Druhým významným rizikovým faktorem je vysoký krevní tlak. Ten poškozuje výstelku cév mechanicky. Hypertenze dnes patří v průmyslově vyspělých zemích mezi nejčastější KVO s velmi vysokou prevalencí v dospělé populaci (20-50 %). Za arteriální hypertenzi považujeme opakovaně zvýšené hodnoty krevního tlaku nad 140/90 mm Hg. Na základě výsledků různých klinických studií bylo potvrzeno, že účinná léčba hypertenze přispívá ke snížení kardiovaskulární mortality o 16 % (Widimský, 2012).

Za třetí nejčastější rizikový faktor dnešní populace považujeme kouření. Kouření nám trojnásobně zvyšuje riziko koronární aterosklerózy. Vlivem toxických látek dochází k působení oxidu uhelnatého na cévní výstelku (Štejfa, 2007). Kouření má v ČR 20 % podíl na vzniku kardiovaskulárních onemocnění a nejméně 15 % podíl na všech úmrtích z kardiovaskulárních příčin (Cífková, 2011).

Dalším rizikovým faktorem je požívání alkoholu. Je obecně známo, že pití alkoholu v malé míře má příznivý účinek na kardiovaskulární systém. Studie prokázaly, že přísní abstinenti mají vyšší riziko vzniku srdečně cévního onemocnění než jedinci s mírným pravidelným příjmem alkoholu. Bylo zjištěno, že 10-15 g alkoholu u mužů a 5-7 g alkoholu u žen denně snižuje riziko vzniku KVO o 30-40 %. Naopak vyšší příjem alkoholu má efekt zcela opačný (Šamánek, 2011).

Také diabetes mellitus patří dnes k důležitým rizikovým faktorům. Jako významný rizikový faktor KVO byl uznán v roce 1999 American Heart Association (Štejfa, 2007). Díky zvýšené koncentraci tuků v krvi je výskyt infarktu myokardu v porovnání s ostatní populací zhruba trojnásobně vyšší (Šafránková, 2006). V dnešní době je toto onemocnění přítomno téměř u každého desátého jedince v populaci. I přes mnohá dostupná a publikovaná doporučení 20 % diabetiků s kardiovaskulárním onemocněním stále kouří, 43 % trpí obezitou a u 57 % je nedostatečná kompenzace poruchy metabolismu tuků nebo vysokého krevního tlaku (Štejfa, 2007).

Dalším podstatným rizikovým faktorem je fyzická aktivita. Ta bývá u dnešní přetechtizované populace poměrně nízká a společně se sedavým životním stylem má nepříznivý vliv na zdravotní stav obyvatelstva. Fyzická aktivita má nejen komplexní a mnohostranně příznivý účinek, ale ve svých důsledcích zmírňuje u pacientů symptomy, odstraňuje stres, zlepšuje toleranci zátěže, a v neposlední řadě jejich celkovou prognózu (Maršálek, 2006).

V dnešní populaci je velmi vysoké procento mužů i žen s nadváhou. Kardiovaskulární systém je více namáhán, proto jsou tito lidé podstatně více ohroženi vznikem a rozvojem ICHS. V dnešní době prevalence obezity stoupá ve všech věkových skupinách u obou pohlaví (Štejfa, 2007). V roce 2010 bylo v ČR z důvodu obezity dispenzarizováno 938 800 pacientů, v témže roce bylo do dispenzarizace pro nově zjištěnou obezitu zařazeno dalších 71 400 pacientů (ÚZIS ČR, 2011).

V současnosti je stále více v souvislosti s obezitou spojován metabolický syndrom. Na jeho vzniku se podílí genetická predispozice jedince a přítomnost nevhodného životního stylu. Kritéria vztahující se k přítomnosti metabolického syndromu byla přesně definována v roce 2009. Jedná se o přítomnost a působení tří a více nejen klasických rizikových faktorů, důraz je kladen na dva další - obvod pasu (u mužů větší než 102 cm a u žen více než 88 cm) a hladinu triacylglycerolů (Rosolová, 2012). V ČR se výzkumem metabolického syndromu zabývala v roce 2009 Marie Tomečková. Z jeho závěru vyplývá, že výskyt v české populaci činí u mužů 32 % a 25 % u žen (do dalších let je předpokládán ještě vzestup) (www.cims-ops.cz).

Mezi významné činitele kardiovaskulárních onemocnění se řadí také stres. Stresem rozumíme nepříznivou reakci lidí vystavených nadměrnému psychickému tlaku (Křivohlavý, 2010). Řada studií nám potvrdila, že negativní emoce zvyšují koronární riziko a to až o 50% (Štejfa, 2007).

Působí-li na člověka dva nebo dokonce více rizikových faktorů současně jejich účinek se nesčítá, ale násobí. Tím roste nebezpečí vzniku aterosklerózy a jejích závažných komplikací (Špinar, 2007).

1.2 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu různé velikosti a lokalizace. Vzniká na podkladě náhlého přerušení průtoku krve věnčitou tepnou zásobující přilehlou oblast myokardu (Kolář, 2009). Toto přerušení je způsobeno trombózou věnčité tepny, poškozené aterosklerotickým procesem. Charakter velikosti infarktu je dán průsvitem tepny v místě uzávěru, stavem kolaterální cirkulace, rychlostí vzniku uzávěru a srdeční funkcí. Infarktové ložisko vždy omezuje srdeční funkci a ve velké míře určuje i charakter komplikací (Šafránková, 2006).

1.2.1 Klinický obraz infarktu myokardu

Vedoucím příznakem AIM je anginózní bolest na hrudi, označovaná jako stenokardie. Je přítomna u více než 80 % pacientů a zpravidla trvá déle než 20 minut. Tento typ bolesti pacienti popisují jako svíravý či palčivý s typickou propagací, zpravidla lokalizovanou retrosternálně, která se šíří do levého prekordia, vystřeluje do paží a to typicky po ulnární straně levé horní končetiny, dále do ramen, krku, dolní čelisti, do zad mezi lopatky nebo do epigastria (Kolář, 2009). Často bývá tato bolest krutá až šokující. Typická infarktová bolest přetrvává obvykle hodiny a její ústup nereaguje ani na podání nitroglycerinu. Bývá doprovázená velkou úzkostí a strachem z možné blížící se smrti. Dále také dušností jako projevem levostranného srdečního selhání, palpitacemi při arytmiích, hypertenzí nebo hypotenzí a vegetativními projevy jako je pocení (studený, lepkavý pot), bledost, nauzea až zvracení. U starší populace se mohou objevit poruchy chování, zmatenost, které jsou důsledkem poklesu perfuze CNS (Navrátil, 2008).

Infarkt myokardu může také proběhnout jako takzvaný němý infarkt zcela asymptomaticky nebo jen s minimální symptomatologií (Kolář, 2009). Většinou je diagnostikován později zcela náhodně při elektrokardiografickém nebo echokardiografickém vyšetření prováděném za jiným účelem (Šafránková, 2006).

1.2.2 Diagnostika infarktu myokardu

Diagnostika AIM je založená na správně odebrané a zpracované anamnéze, podrobném fyzikálním vyšetření pacienta, odebráním krve ke stanovení hladin biochemických markerů myokardiální nekrózy a přístrojovém vyšetření. Do něho patří zhotovení křivky elektrokardiogramu, echokardiografické vyšetření a invazivní katetrizační vyšetřovací metoda sloužící k vyšetření koronárních tepen - koronarografie (Kolář, 2009).

Pro stanovení diagnózy AIM je nutné splnění alespoň dvou ze tří kritérií, jedná se o typický nárůst a pozvolnější pokles biochemických ukazatelů nekrózy srdečního svalu, troponinu nebo rychlejší nárůst a pokles CK, CK-MB spolu s minimálně jedním dalším kritériem jako jsou klinické ischemické symptomy, vývoj patologického Q-kmitu na EKG záznamu, známky ischemie, deprese nebo elevace ST úseků a koronární intervence (Štejska, 2007).

Laboratorní vyšetření jsou všeobecně zásadním diagnostickým kritériem objektivně potvrzujícím různé druhy diagnóz. V kardiologii slouží vyšetření specifických kardiomarkerů k potvrzení nebo vyloučení nekrózy myokardu. Tato speciální laboratorní vyšetření jsou důležitým ukazatelem vývoje infarktu myokardu a ukazatelem rozsahu poškození srdeční tkáně (Šafránková, 2006). Pro diagnostiku AIM jsou v biochemickém vyšetření nejspolehlivější srdeční markery, mezi které v současnosti považujeme myokardiální enzymy, jako kreatinkinázu a její MB frakci. Dále myokardiální bílkoviny troponiny I nebo T a myoglobin. Mezi dalšími laboratorní nálezy přispívající k diagnostice AIM jsou sledovány hodnoty leukocytů, hematokrit, sedimentace erytrocytů, zvýšení koncentrace glukózy v krvi a sérové lipoproteiny. Díky dynamice jednotlivých kardiomarkerů máme možnost co nejpřesnější diagnostiky vývoje AIM v časové ose a v rozsahu poškození (Kolář, 2009).

Elektrokardiografie je základní neinvazivní vyšetřovací metoda. Pomocí elektrod uložených na hrudníku a končetinách jsou snímány elektrické potenciály, které vznikají při činnosti srdce. Při ischemii jsou pak na EKG záznamu viditelné změny (Hampton, 2008). Pro stanovení diagnózy typického AIM využíváme třech hlavních

kritérií. Mezi první řadíme charakteristické změny komplexu QRS, úseku ST a vlny T. Za druhé sledujeme dynamický vývoj těchto změn, především prohloubení kmitu Q, ústup elevace ST a vznik negativního T. Třetím kritériem je určení místa infarktu a to podle svodů, v nichž se uvedené změny objeví (Navrátil, 2008).

Echokardiografie je neinvazivní diagnostická metoda, kdy za pomoci ultrazvukového vlnění dochází k zobrazení srdečních oddílů a velkých cév (Šetina, 2005). Tato vyšetřovací metoda nám umožňuje posoudit nejen celkový rozsah ischemického poškození srdce, ale i jeho ejekční frakci. Slouží rovněž k určení rozsahu poruchy srdeční kontraktility a k včasné diagnostice možných jak časných tak pozdních komplikací infarktu myokardu (Špínar, 2007).

Selektivní koronarografie je invazivní, diagnostická, katetrizační metoda, při které jsou zobrazovány koronární tepny za pomocí rentgenového záření a kontrastní látky. Tato rentgenová metoda nám umožňuje zobrazit anatomii koronárních tepen a jejich vrozených anomálií. Přináší také informace o závažnosti aterosklerotických změn, tedy o jejich výskytu a rozsahu. SKG umožňuje také zobrazením kolaterálního oběhu a diagnostiku spasmů koronárních tepen. Koronarografický nálezn má zásadní význam při rozhodování o druhu léčby. Velmi významné místo zaujímá koronarografie také v prognostických studiích (Kolář, 2009).

1.2.3 Terapie infarktu myokardu

Během posledních let se léčba AIM stala aktivnější, agresivnější a více účinnější. Optimálním léčebným postupem je v co nejkratší době obnovit průtok uzavřenou tepnou, odstranit anginózní bolesti, zaměřit se na léčbu arytmií a srdeční nedostatečnosti (Špínar, 2007). Mezi léčbu AIM řadíme léčbu medikamentózní, která spočívá v pravidelném užívání léků. Reperfuzní léčbu, zaměřenou na časném obnovení průtoku v postižené koronární tepně a dále na léčbu chirurgickou, pomocí aortokoronárního bypassu (Šetina, 2005).

Medikamentózní léčba může být použita buď samostatně anebo ve většině případů doplňuje invazivní léčbu, a to buď tzv. perkutánní transluminární koronární

angioplastiku nebo chirurgický zákrok. Podpůrná farmakologická léčba AIM spočívá především v podávání antikoagulancií a antiagregancií, dále jsou pacientům s AIM indikovány beta-blokátory, statiny, nitráty a inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin (Sovová, 2005).

V nemocnicích, kde mají katetrizační laboratoř s 24 hodinovou dostupností, se u naprosté většiny pacientů s diagnózou AIM, kteří jsou včas hospitalizováni (tj. do několika hodin od začátku vzniku potíží) provádí koronarografické vyšetření. Následně pak se dle nálezu provádí přímá perkutánní koronární intervence. Primární PCI je dnes nejefektivnější léčbou AIM. Její úspěšnost v rekanalizaci infarktové tepny se pohybuje přes 90 %. Díky možnosti použití PCI se podstatně snížila nemocniční mortalita STEMI na 4-6 % a došlo také k výraznému zkrácení doby hospitalizace (Kolář, 2009).

Chirurgickou léčbu závažných kardiologických onemocnění reprezentují bypassové operace. Pomocí bypassu dochází k obnovení průtoku koronární tepnou přemostěním její uzavřené části. Aortokoronární obchvat, je indikován u pacientů, u kterých angioplastika infarktové tepny nebyla úspěšná nebo nemohla být při koronarografickém vyšetření vůbec provedena z důvodu rozsáhlého postižení koronárních tepen vylučující možnost použití této techniky (Šetina, 2005).

Nedílnou součástí léčby medikamentózní, invazivní pomocí PCI a chirurgické je léčba nefarmakologická. Ta zahrnuje celkovou změnu životního stylu u pacientů po prodělaném infarktu myokardu (Špínar, 2007).

1.3 Prevence KVO a infarktu myokardu

Slovo prevence pochází z latinského slova *praevenire* a znamená předcházet něčemu. Ve zdravotnictví rozeznáváme tři druhy prevence - primární, sekundární a terciální. Rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že v primární prevenci by lidé měli předcházet samotnému vzniku onemocnění, zatímco v sekundární prevenci by se měli snažit zabránit u již proběhlé choroby jejímu dalšímu rozvoji a případným komplikacím. Důležitá je i prevence terciální, ta zahrnuje následnou péči o pacienty, jejich soustavné sledování v rámci pravidelných kontrol ve specializovaných

kardiologických ambulancích (O'keefe, 2009).

Předcházení KVO zůstává základní prioritou současné preventivní medicíny. I přes veškerý pokrok preventivní kardiologie se v dnešní době daří zabránit pouze jedné třetině závažných cévních komplikací aterosklerózy. V současnosti je u všech pacientů s KVO kladen důraz na realizaci preventivních opatření, která souhrnně nazýváme sekundární prevence (Vrablík, 2009).

Cílem preventivní kardiologie je snížit globální rizikový profil dnešní populace, významným snížením počtu kuřáků, hypertoniků, osob s dyslipidemií a obezitou a zastavit stále rostoucí vzestup pacientů s diabetem mellitem. Program péče o kardiologické pacienty je obecně deklarován v Národním kardiiovaskulárním programu, který se řadí ke zdravotnickým prioritám všech polistopadových vlád od roku 1989. Organizačně se na tomto programu podílí kromě státního aparátu především Česká kardiologická společnost a její pracovní skupiny (Rosolová, 2013).

1.3.1 Modely prevence

Kategorizace prevence na sekundární a primární se stává v dnešní době diskutabilní, ale v klinické praxi se stále používá jako základní dělení preventivního přístupu. G. Rosem byly navrženy dvě nové strategie prevence KVO (Rosolová, 2013). První model je zaměřen na prevenci prováděnou v celé populaci, jde o tzv. populační model prevence. Druhý model, nazývaný jako lékařský model prevence, se zaměřuje na prevenci cílenou na jedince s vysokým KV rizikem. Základem těchto dvou modelů prevence je prosazování zdravého životního stylu (Štejf, 2007).

Populační model prevence se zabývá ovlivňováním životních návyků v celé společnosti. Tento model by měl být prováděn v celé populaci systematicky, pravidelně a měl by být veden odbornou institucí (u nás Státním zdravotním ústavem). Populační model spadá do oblasti primární strategie. Jeho prioritou je snížit rizikové faktory v celé populaci, nejen u osob s již vzniklým stupněm rizika. Populační model prevence je uskutečňován pomocí zdravotní osvěty. Jedná se především o preventivní programy, nejruznější výživová doporučení, zdravotnická a regulační opatření na základě

společenské a politické součinnosti. Cílem tohoto modelu je ovlivnit všechny věkové skupiny obyvatel (Rosolová, 2013).

Lékařský model prevence je zaměřen na přístup k vysoce rizikovým osobám. Spadá už více do oblasti prevence sekundární a přibližuje se větší měrou k přístupu léčebnému. Tento model stanovuje na základě různých klinických a epidemiologických studií hraniční hodnoty cholesterolemie, glykemie a krevního tlaku. Podle zjištěných hodnot je pak následně navrhován individuální léčebný postup. Cílem lékařského modelu je především zaměřením se na jedince s vysokým KV rizikem a to ještě před zjevným stádiem choroby (Štejfa, 2007).

1.3.2 Strategie prevence kardiovaskulárních chorob

Kardiovaskulární onemocnění vznikají působením a kombinací několika různých rizikových faktorů. Proto došlo ze stran českých odborných společností k dohodě o spolupráci při tvorbě doporučení pro prevenci ischemické choroby srdeční. Česká doporučení pro prevenci ICHS byla vytvořena, dle vzoru evropských doporučení, koncem 90. let 20. století. Tato doporučení byla vypracována Pracovní skupinou preventivní kardiologie České kardiologické společnosti. Od této doby byly díky mnoha klinickým studiím získány a uveřejněny nejrůznější nové poznatky. To vedlo k tomu, že se Evropská kardiologická společnost rozhodla vytvořit Evropská doporučení pro prevenci KVO v klinické praxi. Česká kardiologická společnost v roce 2011 rozhodla, že všechna evropská doporučení, týkající se kardiologické problematiky, budou převzata v plném znění. (Rosolová, 2013).

„V roce 2012 byla vydána nová společná doporučení The Fifth Joint Task Force. Jsou zpracována především podle medicíny založené na důkazech, za použití metod Evropské kardiologické společnosti a podle GRADE systému (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Tato doporučení dávají odpověď na pět klíčových otázek: co znamená KV prevence, proč je nutná, kdo by z ní měl profitovat, jak má být prevence prováděna a kde by měl být preventivní program poskytován“ (Rosolová, 2013, str. 21).

1.3.3 Výsledky vybraných studií zaměřených na kardiovaskulární prevenci

Při volbě léčebného postupu nebo výběru vhodných léčiv se v dnešní době opíráme o výsledky nejrůznějších klinických studií. Jejich závěry se stávají nedílnou součástí lékařské praxe a důležitým podkladem pro medicínu postavenou na důkazech. Ta je charakterizována jako kombinace praktických zkušeností a důkazů ze závěrů experimentálních dat uskutečněných klinických studií (Rosolová, 2013).

Ve 20. století dochází k rozvoji nové neinfekční epidemie, začíná stoupat výskyt akutní formy ischemické choroby srdeční - infarktu myokardu a to převážně v USA. V roce 1948 americký National Heart Institute (později National Heart, Lung and Blood Institute) inicioval první epidemiologickou kardiovaskulární studii, pod názvem Framinghamská studie. Studie jako první definovala rizikové faktory a rizikové skóre. Poskytla vědecké informace o přítomnosti třech hlavních rizikových faktorů podílejících se na rozvoji ICHS. Zjistila, že ovlivněním hypertenze, kouření a zvýšené hladiny cholesterolu v krvi, lze riziko vzniku ICHS podstatně snížit (Šimon, 2009).

Na přelomu 50. a 60. let vzniká Keysova studie sedmi zemí. Tato studie porovnávala výsledky šetření v Itálii, Řecku, Jugoslávii, Finsku, Holandsku, Japonsku a USA. Touto studií bylo následně prokázáno, že výskyt ICHS závisí v největší míře na hladině cholesterolu v krvi, především na spotřebě nasycených tuků a to v přímé souvislosti s dietními zvyklostmi v jednotlivých sledovaných populacích účastnících se států (Rosolová, 2013).

V roce 1968 byl poprvé vydán manuál pro výzkum kardiovaskulárních onemocnění, pod názvem Cardiovascular Survey Methods. Manuál popisuje především základní principy a standardizované metodiky kardiovaskulární epidemiologie a prevence ICHS v populaci (Rosolová, 2013).

První Kardiovaskulární program ČSSR byl zahájen v roce 1973, jeho první částí se stal koronární program. Program kladl důraz především na včasnou diagnostiku koronárního syndromu, zkrácení doby mezi objevením příznaků a přijetím do nemocnice a na doléčení IM s vhodnou rehabilitací (Rosolová, 2013).

Na počátku 70. let 20. století dochází v zemích východní a střední Evropy ke

značnému rozšíření epidemie ICHS. Následkem toho se začínají rozvíjet multifaktoriální intervenční epidemiologické studie (Rosolová, 2013).

Z aktivity Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) vznikl v 80. letech 20. století celosvětový Intenzifikovaný program prevence ICHS. Programu se účastnilo kolem 20 zemí světa, včetně tehdejší ČSSR. Tento program byl veden k iniciaci Národních programů týkajících se převážně aktivního populačního přístupu v primární prevenci ICHS. Cílem byla modifikace životního stylu. V této době se již vědělo, že ICHS je preventabilní nemoc, a že je potřeba edukovat jak lékaře, tak i laickou veřejnost o možnostech prevence (Rosolová, 2013).

Po roce 1990 došlo u obyvatelstva s vlivem rozvoje revaskularizačních možností léčby akutních forem ICHS k poklesu úmrtnosti. Zároveň, ale stále stoupaly náklady na léčbu. Na tento problém se zaměřila mezinárodní studie EUROASPIRE I (1995), kde výsledek studie prokázal, že nejsou dostatečně využívány zásady sekundární prevence. Následovala studie EUROASPIRE II (1999-2000), kdy bylo zjištěno, že došlo ke zlepšení v léčbě medikamentózní, nikoli však v životním stylu obyvatelstva a EUROASPIRE III (2005) (Šimon, 2009). Při této poslední studii dochází k alarmujícímu zjištění, že ačkoliv jsou rizikové faktory ICHS známé a dobře ovlivnitelné, prevalence rizikových faktorů spíše narůstá. Z výzkumu vyplývá, že přestože umíme neustále zlepšovat možnosti moderní medicíny, nedokážeme prosadit jednoduché preventivní prostředky v praxi, a dále že je populací kardiologická prevence stále podceňována (Mayer, 2008).

Mezinárodní projekt MONICA, koordinován Světovou zdravotnickou organizací, probíhal ve 21 zemích světa (v Evropě, Severní Americe, Asii, Austrálii) včetně tehdejšího Československa. U nás probíhalo výzkumné šetření v letech 1985, 1988 a 1992 v šesti okresech, následně pak v letech 1997-1998 a 2000-2001 v devíti okresech ČR pod názvem Post-MONICA a v období 2007-2009, opět v devíti okresech ČR (Cífková, 2011). Z výsledků tohoto šetření u náhodného, reprezentativního vzorku české populace byla zjištěna snížená prevalence některých rizikových faktorů KVO (kouření u mužů středního věku, hypertenze a hodnot celkového cholesterolu u obou pohlaví) na druhé straně přibylo žen kuřáček, obézních osob, lidí trpících metabolickým

syndromem a inzulínovou rezistencí (Štefja, 2007).

Výsledky prováděných studií prokázali, že od 80. let začala úmrtnost na KVO ve vyspělých zemích světa včetně Evropy klesat (celosvětově o 48 %, podíl primární a sekundární prevence je 60 %, zlepšení léčebných možností má podíl 40 %). Znalost novodobých trendů a strukturálních změn nemocnosti a úmrtnosti na tato onemocnění je nutná především pro další racionální rozvoj preventivní i léčebné péče. Proto současná preventivní kardiologie stále hledá nová a účinnější systémová řešení ke snížení kardiovaskulárních rizik (Bruthans, 2011).

1.3.4 Zásady Sekundární prevence u IM

Dodržování zásad prevence by se mělo stát v dnešní době nedílnou součástí života každého občana. Bez aktivní spolupráce ze strany jednotlivce je jakákoliv prevence problematická a v podstatě nemožná. Hlavní rizikové faktory KVO může každý sám účinně a kladně ovlivňovat a to především změnou nevhodného životního stylu (Setoguchi, 2008).

Cílem sekundární prevence infarktu myokardu je soubor léčebných a režimových opatření, kterými se snažíme předcházet komplikacím a zabránit zhoršování zdravotního stavu. V prevenci se jedná především o cílenou edukaci pacientů s danou diagnózou, kdy je zapotřebí, aby v rámci léčebného procesu změnilo aktivně své chování (Vráblík, 2009). Ve většině případů jde o napravení chybných stravovacích návyků a zařazení dostatečného množství pohybových aktivit. Dalším poměrně velkým problémem bývá změna návyků u kuřáků a častějších konzumentů alkoholických nápojů (Williams, 2004).

K naplnění všech cílů prevence nám pomáhá farmakologická a především nefarmakologická léčba kardiovaskulárních onemocnění (Holm, 2011).

1.3.5 Farmakologická podpůrná léčba v sekundární prevenci

Součástí farmakologické léčby pacientů po prodělaném infarktu myokardu je v rámci sekundární prevence pravidelné užívání předepsané medikamentózní léčby. Účinky léků, podávaných po infarktu myokardu umožňují při dlouhodobém užívání zlepšit zdravotní stav a prodloužit pacientův život (Špinarová, 2011). V dnešní době je na trhu k dispozici dostatečné množství léků, u kterých byly různými klinickými studiemi potvrzeny pozitivní účinky na srdečně cévní systém. K základní farmakologické strategii vedoucí k maximálnímu snížení rizika cévních komplikací aterosklerózy se v současnosti využívá léčba antihypertenzivní, antikoagulační, antiagregační a hypolipidemická (Vlček, 2010).

Mezi další doporučené léky kardiakům řadíme nitráty, diuretika, antiarytmika a blokátory vápníkového kanálu. Díky možnostem dnešní doby v dostupnosti užívání těchto léků dochází k významnému snížení mortality i morbidity kardiologických pacientů (Vlček, 2010).

1.3.6 Nefarmakologická léčebná opatření a principy zdravého životního stylu v rámci sekundární prevence

Základním předpokladem nefarmakologické léčby je především aktivní přístup jedince v péči o své zdraví. Důležitá je změna životního stylu a cílená redukce rizikových faktorů (Holm, 2011).

V dnešní době stále zůstává nevyřešená otázka, jak přimět všechny kardiaky k trvalé úpravě životního stylu. Bohužel zatím žádný z dostupných přístupů nepřinesl v tomto ohledu potřebnou účinnost (Bruthans, 2011).

1.3.6.1 Self-management u pacienta po IM

Životní styl dnešní většinové populace je značně alarmující, velkou měrou se na tom podílí především moderní technika. Vědecké poznatky dokládají, že současný

špatný životní styl má 60 % podíl na všech onemocněních, a dále také poukazují na to, že většina lidí onemocní vlastní vinou, tím že zanedbávají prevenci a často podceňují negativní vliv špatného životního stylu (Kukačka, 2010).

Nejdůležitější a zároveň nejtěžší bývá přijmout požadovanou změnu chování. Je potřeba změnit jak myšlení, tak především zvyky. Změna postojů je úkol dlouhodobý a vyžadující multidisciplinární přístup a pomoc (ze strany okolí a společnosti). Nepostradatelnou součástí self-managementu je kromě motivace, vůle a důslednosti, také informovanost v dané oblasti. Cílem zdravého životního stylu je snižování zatížení lidského organismu a to pomocí vhodné stravy, pohybové aktivity, eliminací stresu a dostatečnou relaxací (Klescht, 2008).

U pacienta po prodělaném IM je potřeba jako první zahájit časnou mobilizaci a edukaci. Snažíme se o jeho brzký návrat do běžného života a o přijatelné, bezpečné formy cvičení. Dále se zaměřujeme na redukci rizikových faktorů v rámci sekundární kardiovaskulární prevence a trvalou rehabilitaci. Základem self-managementu u těchto pacientů je přijmout změny životního stylu, mít zájem a využít nabízenou edukaci v péči o své zdraví, pokusit se ovlivnit co nejvíce rizikové faktory svého onemocnění. U diety jíst vše, ale nezdravé pochoutky podstatně méně, pro fyzickou aktivitu si najít pro sebe vhodný pohyb, který nás bude bavit a u kuřáctví zanechat kouření. Zaměřit se na psychosociální zdraví (redukovat stres, dostatečně odpočívat), umět zhodnotit přicházející změny, využít podpory v rámci spolupráce v různých kardiologických skupinách, dodržovat nastavenou farmakoterapii, a dodržovat pravidelné, preventivní návštěvy u praktického lékaře a v kardiologické ambulanci. Přijmout požadované změny za své a dlouhodobě se jimi řídit (Špínar, 2007).

1.3.6.2 Dietní opatření

Strava doporučovaná v rámci prevence KVO vychází z racionální diety doporučené americkou kardiologickou společností (Příloha 1a). Za racionální dietu je považována taková strava, jejíž denní energetický přínos je vyjádřen trojpoměrem základních živin (55–65 % polysacharidů, 25–35 % tuků a 15 % bílkovin) (Češka,

2010). Celkový energetický příjem by měl být nastaven tak, aby se BMI pohyboval v optimálních mezích (mezi 19–25 kg/m²). Správný energetický příjem má odpovídat energetickému výdeji (Příloha 1b) (Kunová, 2005).

Optimální stravování po infarktu myokardu by mělo odpovídat vhodnému složení potravin a správným stravovacím návykům spojeným s dostatečným množstvím fyzické aktivity (Kroužková-Zdeňková, 2009). Již od začátku sedmdesátých let 20. století je prokázána souvislost mezi poruchami tukového metabolismu a vznikem onemocnění srdce a cév. Studie prokázaly, že dodržováním vhodné stravy po infarktu myokardu se riziko nového infarktu významně snižuje (Sovová, 2005).

Jedním z prvních předpokladů je snížení příjmu tuků, jako druhé podstatné složky naší potravy. Důležité je pro nás zastoupení mastných kyselin v tucích (Vráblík, 2009). Mastné kyseliny dělíme na nasycené neboli nezdravé, zvyšující hladinu cholesterolu, na mononenasycené, které působí neutrálně a na polynenasycené, které hladinu cholesterolu snižují. Nasycené tuky se vyznačují vysokou kalorickou hodnotou, přičemž jejich zdrojem bývají potraviny živočišného původu jako například tučné maso, uzeniny, máslo a sádlo a plnotučné mléčné výrobky. I ve sladkém a slaném pečivu je obsaženo jejich velké množství. Mononenasycené tuky se nachází jak v potravinách rostlinného tak i živočišného původu. Polynenasycené tuky jsou obsaženy převážně v mořských rybách (losos, makrela) a v řepkovém oleji nebo sóje (Sovová, 2005).

Velmi sledovaným ukazatelem dnešní doby je hodnota cholesterolu. Cholesterol dělíme na špatný (LDL), který se usazuje v cévách a dobrý (HDL), který je přenášen do jater a tam následně odbouráván (Štejfa, 2007). Jeho největším zdrojem v potravě jsou právě produkty živočišného původu, mezi které patří uzeniny, vnitřnosti, tučné mléčné výrobky a vaječný žloutek. Zvýšené hodnoty cholesterolu jsou pro organismus alarmující, neboť podporují vznik aterosklerózy. Proto je zapotřebí snížit příjem cholesterolu a to nahrazením živočišných produktů bílkovinami rostlinného původu jako jsou například celozrnné obiloviny a luštěniny. Příjem cholesterolu by neměl překročit dávku 200 mg za den (Špínar, 2007).

Během posledních let se v rámci prevence zaměřujeme také na konzumaci vhodného masa. Upřednostňuje se zařadit do jídelníčku více maso bílé, králíčí, kuřecí,

krůtí a rybí. Naopak omezit vnitřnosti, červená masa, vepřové, hovězí, a vynechat co nejvíce uzeniny. Tyto potraviny lze úspěšně nahradit sójovým masem nebo tofu. Obecně se doporučuje zvýšit konzumaci ryb, pravidelně do jídelníčku zařazovat minimálně dvě porce ryb týdně. Bylo prokázáno, že pravidelnou konzumací ryb dochází ke snížení kardiovaskulárního rizika až o 30 % (Frej, 2006).

I sodík je potřeba přijímat pouze v doporučeném množství. Nadměrný přísun kuchyňské soli je jedním z faktorů vedoucích k vzestupu krevního tlaku a následně akceleraci aterosklerózy. V ČR denní příjem soli převyšuje doporučenou spotřebu. Světová zdravotnická organizace doporučuje denní příjem soli u dospělých 5g a u dětí (v závislosti na jejich věku) maximálně 3 g denně (Urbanová, 2011).

Co se sacharidů týče, máme také zájem o snížení jejich spotřeby. Obecně se doporučuje snížit obsah takzvaných jednoduchých sacharidů, jako jsou sladkosti a slazené nápoje a naopak zvýšit obsah komplexních sacharidů, celozrnného pečiva, rýže, brambor, ovoce i sušeného, zeleniny čerstvé, ale i mražené (Špinar, 2007). Denní příjem ovoce a zeleniny by měl být 200 g (200 g představuje 2-3 porce) (Rosolová, 2013).

Vhodné je také zvýšit příjem potravin s vysokým obsahem vlákniny. Do jídelníčku se doporučuje pro dostatečný příjem vlákniny přidat více celozrnných obilovin a luštěnin, dále čerstvé ovoce a zeleninu. Doporučená optimální dávka vlákniny je minimálně 30 g denně (Grofová, 2007).

Velmi důležitý je pro pacienty také pitný režim, ten by měl být zaměřen na pravidelné doplňování tekutin do organismu. Za nejvhodnější je doporučována čistá voda, naopak sladké limonády a džusy, které bývají bohaté na kalorie je vhodné co nejvíce omezit nebo nejlépe z jídelníčku úplně vyloučit (Grofová, 2007).

1.3.6.3 Kouření

Dle statistik se kouření podílí z 25 % na onemocnění srdce. V České republice kouří 31,9 % mužů a 23,3 % žen, tyto výsledky jsou bohužel ve srovnání s vyspělými západními zeměmi vysoké (Cífková, 2011). Kouření cigaret má zodpovědnost nejméně z 15 % za všechna úmrtí z kardiovaskulárních příčin. Kardiovaskulární riziko se také

zvyšuje vlivem pasivního kouření (a to o 20-30 %). Statistiky uvádějí, že je celosvětově vystaveno pasivnímu kouření 33 % mužů - nekuřáků, 25 % žen - nekuřaček a až 40 % dětí. Některé klinické studie států Itálie a Francie prokázaly přímou souvislost při omezení kouření v restauracích, na veřejných prostranstvích a na pracovišti, s poklesem úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění o 10-15 % (Ascherman, 2010).

O závislosti na tabáku můžeme v začátcích mluvit jako o závislosti psychosociální. Až po určité době podle množství vykouřených cigaret dochází ke vzniku závislosti i fyzické, takzvané drogové závislosti na nikotinu. V dnešní době se ke stanovení nikotinové závislosti využívá Fagerströmův dotazník nikotinové závislosti (Příloha 2) (Špinar, 2007).

Srdeční infarkt je 3-5 krát častější u kuřáků než u nekuřáků. S počtem vykouřených cigaret a s roky kouření riziko vzniku infarktu myokardu stoupá. Pacienti, kteří nejsou ochotní po prodělání infarktu myokardu s kouřením skončit, zvyšují dvojnásobně svoji pravděpodobnost reinfarktu. Po zanechání kouření se riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění u kuřáka během 2-5 let snižuje na polovinu a postupně klesá až na úroveň nekuřáka (Králiková, 2005).

Léčba tabákové závislosti vede jednoznačně ke snižování rizika AIM a kardiovaskulárních komplikací. Šance kuřáků na abstinenci zvyšují současné možnosti pomoci při odvykání od kouření (Graham, 2007). Současná intenzivní léčba kuřáctví zahrnuje terapii nefarmakologickou, kam řadíme poradenství a léčbu psychosociální a dále terapii farmakologickou pomocí léků. K léčbě závislosti na tabáku se využívají nikotinové náhražky, k dispozici jsou různé formy například žvýkačky, tablety pod jazyk, pastilky, náplasti, inhalátory nebo nosní spreje. Jako pomocnou terapii lze také využít léčbu Bupropionem, jedná se o lék snižující chuť na kouření. Tato náhradní terapie nikotinem se zakládá na principu potlačení vzniku abstinčních příznaků a má pozitivní vliv a velkou úspěšnost při odvykání kouření (Sovová, 2005).

1.3.6.4 Fyzická aktivita

Již v 50. letech 20. století se objevily první informace o prospěšnosti pohybové aktivity pro zdravý život. V sedmdesátých letech vznikala řada epidemiologických studií, které prokázaly, že tělesná inaktivita (především sedavý způsob života) významně zvyšuje nemocnost i úmrtnost na KVO. Bylo prokázáno, že pravidelná fyzická aktivita je významným rysem zdravého životního stylu, že právě pravidelný pohyb má vliv na zlepšení kardiorepirační zdatnosti organismu, pomáhá redukovat a udržovat tělesnou hmotnost, brání vzniku metabolického syndromu i inzulínové rezistanci a je také velmi účinnou kompenzací chronického stresu (Štejfá, 2007).

V současné době je kardiiovaskulární rehabilitace vnímána jako proces, potřebný k navrácení a udržení optimálního fyzického, psychického, sociálního, pracovního a emočního stavu u pacientů se srdečními chorobami. Jedná se především o komplexní přístup k pacientovi, který nezahrnuje pouze fyzickou aktivitu, ale je zaměřen i na prosazování a dodržování zásad sekundární prevence a ostatních důležitých složek týkajících se změn životního stylu (Ištoňová, 2011).

V posledních letech došlo k velmi podstatné změně názorů na fyzickou aktivitu a pravidelné cvičení a to nejen v prevenci týkající se KVO, ale především u pacientů po prodělaném infarktu myokardu (Kumstát, 2011).

Rehabilitační proces u kardiaků můžeme rozdělit na čtyři fáze, fázi nemocniční, posthospitalizační, období stabilizace a fázi udržovací (Příloha 3a). Hlavním cílem nemocniční rehabilitace je zabránit tromboembolickým komplikacím, zbavit pacienta strachu z aktivního pohybu a připravit nemocného na návrat k běžným denním aktivitám. Zahájení rehabilitace po infarktu myokardu indikuje ošetřující lékař co nejdříve, ale vždy dle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Stanovení intenzity a náplně rehabilitace se odvíjí od individuálních fyzických možností pacienta a je v kompetenci fyzioterapeutických pracovníků (Williams, 2004).

Časná posthospitalizační rehabilitace je nejdůležitější a podstatnou částí celého procesu, její součástí je ambulantně řízený trénink pro kardiaky, individuální domácí program (Příloha 3b) a lázeňská léčba zaměřená na balneoterapii (Chaloupka, 2009).

Ambulantně řízený trénink by měl začít co nejdříve po propuštění, nejlépe do tří týdnů. Většina těchto programů je organizována 3 krát týdně po dobu 2-3 měsíců. Program bývá zaměřen na aerobně-vytrvalostní cvičení (Kraus, 2007).

Vytrvalostní aerobní trénink je považován za základ pohybové aktivity kardiaků, má jednoznačně nejpříznivější vliv na srdce. Jedná se o déletrvající dynamickou zátěž, při které dochází ke střídání stahování svalových skupin s jejich uvolňováním (Kraus, 2007). Mezi nejvhodnější formy aerobní pohybové aktivity patří chůze, běh, plavání, cyklistika nebo jízda na rotopedech. Doporučuje se aerobní aktivita prováděná alespoň 20 až 30 minut 4-5 krát týdně nebo cvičení v délce 45 až 60 minut 2-3 krát týdně. Cílem aerobního tréninku je zlepšit funkci kardiovaskulárního systému, zamezit atrofii kosterních svalů, zlepšit toleranci zátěže omezenou dušností a únavou (Fait, 2008).

Další důležitou a dostupnou terapií pro kardiaky je lázeňská léčba (balneoterapie). Cílem této léčby je upevnění správných návyků týkajících se změny životního stylu, eliminace hlavních rizikových faktorů v rámci zásad sekundární prevence a pozitivní ovlivnění psychiky pacienta odstraněním stresových faktorů. Léčba v lázních nemá být pro pacienta pouze pasivním procesem v rámci celkové rehabilitace, ale naopak procesem aktivním, který umožní jeho rychlejší návrat ke společenskému a pracovnímu životu. V České republice je lázeňská péče pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním poskytována v pěti lázeňských střediscích, mezi ně patří lázně v Poděbradech, Teplicích nad Bečvou, Františkovy Lázně, Konstantinovy Lázně a Lázně Libverda (Špinar, 2007).

1.3.6.5 Obezita

Jedná se o závažné metabolické onemocnění, charakterizované zvýšenou hladinou lipidů v krvi se současným vzestupem hmotnosti (Frej, 2006). Významnou součástí sekundární prevence u KVO je v souvislosti s úpravou životosprávy právě redukce hmotnosti (Housková, 2005).

Zastoupení obezity u české populace je poměrně vysoké. Podle výzkumu obezity z roku 2010 spadá 35 % dospělé populace v ČR do kategorie nadváhy a 23 %

do kategorie obezity. Ke stanovení stupně nadváhy se u nás nejčastěji používá Body Mass Index (Příloha 4), za optimální hranici je považováno rozmezí mezi 18,5-24,9 kg/m² (Vítek, 2010). Průměrná hodnota BMI je v ČR 27,6 kg/m² pro muže a 27,8 kg/m² pro ženy. Požadované hodnoty BMI dosahuje pouze 23,2 % mužů a 44,5 % žen. Prevalence obezity má stále stoupající tendenci ve většině evropských zemí, v Kanadě, USA a také v Austrálii (Cífková, 2011). Řada klinických studií prokázala, že vlivem obezity dochází ke zkrácení délky života. Pro obezitu jsou sledováni pacienti, jejichž BMI je větší než 30 kg/m² (ÚZIS ČR, 2011).

Na základě hodnoty BMI rozlišujeme hmotnost normální, nadváhu nebo obezitu různého stupně a závažnosti rizika pro daného jedince. Dalšími možnostmi pro stanovení obezity je měření obvodu pasu. Za rizikový je považován obvod pasu u mužů ≥ 102 cm, u žen ≥ 88 cm. Tyto hodnoty jsou určující pro populaci severoamerickou a evropskou (Štejfa, 2007). Celosvětově je nejčastější příčinou nadměrné tělesné hmotnosti porušení rovnováhy mezi příjmem potravy a výdejem energie. Důvodem je pozitivní kalorická bilance, do které se dostává organismus a přebytečná energie je pak následně ukládána ve formě tuku (Kroužková-Zdeňková, 2009).

Léčba obezity vychází ze snížení energetického příjmu a naopak zvýšení energetického výdeje. Zahrnuje především redukční dietu, příjem nízkoenergetických potravin, pohybovou aktivitu, ale i léčbu farmakologickou (léky Sibutramin, Orlistat) a chirurgickou (u extrémní obezity bývá indikována bandáž žaludku) (Špinar, 2007).

1.3.6.6 Stres

Vliv psychosociálních faktorů na KVO je sledován již několik let. V této oblasti byla provedena řada epidemiologických studií, které řešily vliv negativních emocí na vznik infarktu myokardu. Touto otázkou se zabývala také americká studie NHANES a dánská studie Barefoota a Schrollové. Obě prokázaly, že depresivní symptomy jsou důležitým nezávislým rizikovým faktorem pro srdeční infarkt (Štejfa, 2007). Výzkumná literatura zabývající se stresem a jeho podílem na vzniku srdečně cévního onemocnění, rozděluje stresové události do dvou skupin. Jako tzv. velké životní události a menší

epizodické příhody. Někteří autoři se domnívají, že na výskytu KVO má větší vliv stres kumulovaný a nenápadný než dopad velkých stresových událostí (Hazulíková, 2010).

Stres je vlastně přirozený obranný mechanismus, který si organismus sám vyvinul. Při stresové reakci dochází k vyplavení adrenalinu a tím zvýšení srdeční frekvence, tlaku krve, zvýšení hladiny cukru a tuků v krvi (Sovová, 2005). Stresogenní faktory, které na člověka působí, jsou zpravidla velmi různorodé a také v odlišné míře působící. Zvládání stresových situací závisí především na našem individuálním, konstruktivním jednání a realistickém pohledu na sebe, na své okolí a svůj zdravotní stav (Hazulíková, 2010). Akutní koronární příhoda je pro většinu pacientů náhlou, neočekávanou a závažnou situací, která je nepříjemně zaskočí. Proto je zapotřebí podpory jak ze strany zdravotnického personálu, tak především ze strany rodiny a nejbližších přátel. Pomoc kardiakům je také nabízena ve speciálních klubech pod vedením kardiologů, psychologů a dalších odborníků (Špinar, 2007).

1.4 Edukace a edukační proces v sekundární prevenci

Edukace se zaměřuje na vzdělávání a výchovu určité osoby. Vnímáme jí jako určitý proces soustavného ovlivňování jedince, jeho chování a jednání. Cílem tohoto procesu je navodit pozitivní změny u jedince v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeníková, 2010). V dnešní době patří edukační činnost neboli výchova a vzdělávání pacientů mezi velmi žádoucí aktivity ošetřovatelství. Edukační proces je symbolem současné doby, moderního ošetřovatelství a nového aktivního přístupu k životu a zdravému životnímu stylu (Němcová, 2010). Je zaměřen především na osvětu, výchovu, podporu a udržení zdraví veškerého obyvatelstva, na předcházení vzniku nemocí a na dodržování zásad primární, sekundární i terciální prevence (Svěráková, 2012).

V ošetřovatelství je edukace zaměřena na poskytování odborné pomoci pacientům, jejichž zdraví je ohroženo nemocí, stresovými situacemi či jinými problémy. Hlavním cílem je zkvalitnit život pacienta, navrátit a udržet jeho zdraví. K tomu, aby výchovné působení na pacienty bylo úspěšné, je zapotřebí navázání kontaktu s

pacientem, zájem a získání pacienta ke spolupráci, ale také vhodné vlastnosti a osobnost sestry (Němcová, 2010).

Úkolem edukačního procesu v ošetrovatelství je pomoci lidem pochopit otázky týkající se zdraví a nemoci. Naučit jedince zdravému způsobu chování, seznámit ho s principy vhodné životosprávy, snažit se co nejvíce omezit rizika vzniku komplikací jeho nemoci. Proto je právě edukace v podobě edukačních procesů nedílnou součástí i sekundární prevence po infarktu myokardu (Kuberová, 2010).

Edukační proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování péče pacientovi. Edukační procesy jsou činnosti, pomocí kterých se určitý subjekt učí (působením přímým nebo zprostředkovaným) pomocí jiného subjektu, který jej vyučuje či instruuje. Proces edukace se skládá z pěti fází, je to fáze posouzení pacienta a vzdělávacích potřeb, stanovení edukačních diagnóz, dále plánování edukačního procesu, jeho realizace a závěrem zhodnocení efektivnosti edukačního plánu (pacientových vědomostí, dovedností) (Kuberová, 2010). Cílem edukačního procesu je zhodnotit pacientův zdravotní i psychický stav, aktuální nebo potenciální problémy vztahující se k péči o jeho zdraví a stanovit si individuální plány na zhodnocení pacientových potřeb. Edukační cíle dělíme na krátkodobé (edukační lekce), dlouhodobé, nižší a vyšší. Správně stanovený cíl musí splňovat podmínku přiměřenosti, dále jednoznačnost, kontrolovatelnost, konzistentnost a komplexnost, jinak může dojít k demotivaci. Důležitým prvkem edukačního procesu jsou didaktické zásady, které by měly působit ve vzájemné shodě. Jedná se o zásady názornosti, vědeckosti, přiměřenosti, aktuálnosti, zpětné vazby, zásada spojení teorie s praxí, uvědomělosti a aktivity, individuálního přístupu, soustavnosti, trvalosti a zásada kulturního kontextu (Juřeniková, 2010).

Hlavním úkolem edukačního procesu je aktivní zapojení pacienta do preventivního i léčebného plánu. To znamená pozitivní přístup pacienta k osvojení si nejen vědomostí, postojů a zručností, které souvisí jak se všeobecnou prevencí onemocnění, tak s konkrétní nemocí, ale zároveň musí pacient přijmout zodpovědnost za ochranu a podporu svého zdraví. Edukační proces bývá realizován za přítomnosti edukačního týmu a pacienta, pomocí edukačního programu. Program k edukaci

obsahuje metodiku výuky, cíl a obsah učebního programu, různé edukační metody spolu s pomůckami pro edukátora i edukanta (pomůcky textové, vizuální, auditivní, audiovizuální, počítačové edukační programy a internet) a kritéria hodnocení jak edukanta tak edukátora. Edukační program zahrnuje také správnou organizaci výuky, přípravu vhodného prostředí a vedení edukačního záznamu. Důležitý je také individuální přístup k edukaci jednotlivých pacientů, je nutné neopomenout současnou výkonnost pacienta, jeho věk, motivační schopnosti, fyziologický stav po nemoci a předcházející kladné i záporné zkušenosti (Juřeníková, 2010).

Splnění cílů edukačního procesu závisí ve velké míře i na výběru vhodné vyučovací metody (k edukaci můžeme využít mluvené slovo, audiovizuální prostředky, tištěné materiály, instruktáž a praktické cvičení), druhu edukace (zda se jedná o základní, komplexní či reedukační edukaci) a formy (individuální, skupinové působení nebo E-learning) (Svěráková, 2012).

V edukaci není možné označit jednu jedinou metodu za tu správnou a všeobecně platnou. Naopak vedle sebe existují vyučovací metody klasické, tradiční (jako rozhovor, výklad nebo přednáška) a nové, náhradní nebo alternativní metody. Je potřeba, aby se tyto metody navzájem doplňovaly a edukátor tak dosáhl stanoveného cíle. Správný výběr metody závisí jak na sesterských dovednostech, ošetrovatelských problémech a stanovených cílech, tak i na individualitě každého pacienta (Kuberová, 2010).

1.4.1 Právní normy a kompetence sester

Edukace samotná se pokládá za jednu z funkcí ošetrovatelství. Na edukaci nemocného by se měl podílet ten kdo je s ním ve styku, tudíž nejen lékař, ale i sestra. Aby deskripce stávajícího systému požadavků na vzdělávání pacientů byla kompletní, je potřeba hledat argumentační oporu v legislativě. Pokud se bude problematika edukace pacientů sestrami odrážet v legislativě, budou tím jasně specifikovány kompetence sester v této oblasti (Vévoda, 2013).

V České republice právně vymezuje kompetence všech zdravotnických pracovníků zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich

poskytování, především § 3, odst. 2) „Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se rozumí zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb“. Ošetřujícího zdravotnického pracovníka přitom definuje § 12, především odst. 1) a zároveň v něm odkazovaný zákon č. 105/2011 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností s poskytováním zdravotní péče a dále také vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ve zmíněné vyhlášce v § 4, písm. j) nalezneme také oporu v kompetenci edukovat pacienty, případně další osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály. V popsanych kompetencích, respektive v obecné dikci daných ustanovení českého právního systému je tedy možno na první pohled nalézt právní podporu pro vlastní edukaci pacientů sestrami, při bližším studiu právních norem však přesné a jednoznačné vymezení oblasti edukačních kompetencí sester chybí (v současné době mohou sestry edukovat pacienty v oblasti prevence s využitím ošetrovatelských diagnóz zaměřujících se na podporu zdraví). K dalšímu přesunu kompetencí a posunu v chápání moderního pojetí ošetrovatelství, obdobného jako v dalších částech rozvinutého světa, stále v České republice chybí jasně vymezená právní opora, kde hlavní kompetence nejen v oblasti edukace jsou stále dány jednoznačně pouze lékařům. (zákon č. 105/2011 Sb.; vyhláška č. 55/2011 Sb.).

O zvýšení kompetencí sester se snaží již léta Česká asociace sester, její snahou je zajistit právní existenci pro všechny činnosti, které může sestra vykonávat. Jejím požadavkem je, aby byly kompetence sester přesně specifikovány. Vše záleží ve velké míře na domluvě s lékaři, bohužel lékaři v České republice nejsou v otázce zvyšování kompetencí sester jednotní a jejich postoj je spíše negativní. (Di Cara, 2013). To potvrdil i výzkum Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pod vedením docentky Bártlové zaměřený na předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. Podle závěrů pouze 18,5 % lékařů je ochotno a souhlasí s předáním některých kompetencí sestram (jedná se však o kompetence především administrativní povahy), naopak 81,5 % lékařů tuto možnost odmítá (lékaři stále nechtějí v převážné

většinou uznat sestry za samostatné odborníky, přestože dnes jsou sestry již vysokoškolsky vzdělané). Z výzkumu je dále také zřejmé, že zdravotnický personál, a to jak lékaři, tak sestry, neznají přesné vymezení skutečných kompetencí sester daných právním řádem ČR (Bártlová, 2010).

V mnoha zemích EU, ale i ve Spojených státech se setkáváme s širšími kompetencemi zdravotních sester, než je tomu u nás. Například v USA mají sestry daleko širší prostor k samostatnému rozhodování (lékař přichází většinou jednou za den), provádějí úkony, které u nás smí zastávat pouze lékaři. Sestry mají kompetence např. k provádění základních vyšetření, stanovují diagnózy, provádějí edukační činnosti, mohou předepisovat i některé léky, s vyšším vzděláním stoupají na vyšší pozice s lepším finančním ohodnocením a především lékaři berou sestry jako plnohodnotné profesní partnery. Ve Velké Británii jsou kompetence sester definovány podobně jako v USA. Zdravotní sestry fungují často naprosto samostatně i bez lékařů. Jsou oprávněny v rámci svých kompetencí například samostatně očkovat, provádět drobné úkony, mohou předepisovat i léky, které pacient dlouhodobě užívá (recept, ale musí vždy podepsat lékař a pouze on má kompetence k předepisování nových léků) a v neposlední řadě do jejich kompetencí patří také edukace pacientů v rámci prevence. I ve Španělsku jsou kompetence sester velmi podobné. I zde mají sestry větší zodpovědnost než sestry u nás, mohou předepisovat léky, určovat diagnózu nebo provádět denní vizity místo lékaře (Pullon, 2008).

1.4.2 Edukační činnost sestry

Edukační činnost zaujímá v moderním ošetrovatelském procesu velmi důležitou pozici. Klade na sestru značné kvalifikační i osobnostní požadavky. Vyžaduje také velkou dávku empatie, trpělivosti a kreativity. Úloha sestry v edukační činnosti je závislá nejen na jejích odborných vědomostech, ale především na jejím vlastním, individuálním přístupu k vnímání zdraví a nemoci. Nejdůležitější je aktivní přístup, jenž klade důraz na interakci psychofyziologických potřeb, vycházejících z charakteristiky holistického pojetí ošetrovatelské péče (Svěráková, 2012). Proces edukace

v ošetrovatelství se v současné době považuje za jeden ze základních pilířů efektivní léčby, na jehož kvalitu mají vliv individuální vlastnosti edukátora a míra jeho vlastní aktivity. Sestra v roli edukátorky zaujímá v rámci edukačního procesu velmi významné a nezastupitelné místo. Na základě svých vědomostí pomáhá pacientovi při nutné realizaci změn jeho životního stylu, podává dostatek potřebných informací o důležitosti eliminace rizikových faktorů vztahujících se k onemocnění (Juřeníková, 2010).

Pro správné provádění edukační činnosti je pro sestru podstatné mít na dobré úrovni komunikační dovednosti a didaktické znalosti. Dále je důležitý cit pro vhodné dávkování informací, které jsou pacientovi předávány a dostatek empatie (Venglářová, 2006). Při realizaci veškerých edukačních aktivit je třeba uplatňovat zásady holistického pojetí, respektovat nejen intelektuální předpoklady a sociální postavení, ale i etnicko-kulturní odlišnosti pacientů. Je potřeba, aby sestra v roli edukátorky uměla také vytvořit vhodné, motivující a podporující prostředí k edukaci a byla schopna aplikovat v praxi kulturní, etnické a profesionální normy (Juřeníková, 2010).

1.4.3 Ošetrovatelská diagnostika-edukační diagnózy

Vlivem postupné profesionalizace ošetrovatelství dochází od poloviny 20. století k tvorbě klasifikací a jednotné terminologie pro ošetrovatelské diagnózy (Plevová, 2011). V dnešní době jsou nejčastěji využívané klasifikační systémy ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA International, zaměřující se na třídění a pojmenování problému pacienta. Tato taxonomie je v průběhu let soustavně modifikována a obohacována o nejnovější ošetrovatelské diagnózy. Klasifikace ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA je v současnosti všeobecně uznávaným ošetrovatelským jazykem sester celého světa (Tóthová, 2009).

Pro zahájení ošetrovatelské péče je stěžejní zhodnocení zdravotního stavu pacienta, jeho potřeb a problémů a určení ošetrovatelské diagnózy (Herdman, 2010). Na 9. Národní konferenci o klasifikaci sesterských diagnóz v roce 1990 byla přijata definice ošetrovatelské diagnózy ve znění: „Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodin či komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní

problémy či životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná“ (Tóthová, 2009, s. 65). Základem ošetrovatelské diagnózy jsou údaje o potřebách pacienta a zaměření na uspokojení těchto potřeb. Cílem je určit nejen klientovu reakci na nemoc, ale také na vnímání problému samotným klientem. Na základě stanovení ošetrovatelské diagnózy sestra samostatně plánuje a vykonává ošetrovatelskou péči a to v rámci svých profesionálních kompetencí (Tóthová, 2009).

K definování problémů jsou využívány ošetrovatelské diagnózy aktuální, potenciální (rizikové), pravděpodobné, diagnózy vztahující se k určitému syndromu a wellness diagnózy. Ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke zlepšení zdraví, neboli wellness diagnózy, se používají u pacientů, kteří sami chtějí v dané oblasti dosáhnout zlepšení (lepších vědomostí, dovedností či schopností). Tyto diagnózy bývají také označovány jako edukační (Tóthová, 2009).

Diagnózy vztahující se ke zdraví jedince, rodiny nebo komunity spadají pod lidské potřeby mít informace o svém zdraví a řídit své zdraví (Příloha 5). Napomáhají ovlivnit činitele působící na zdraví, jsou závislé na aktivním přístupu a ochotě účastníků nalézt řešení odstraňující problémy. Nacházejí se nejčastěji pod doménou Podpora zdraví - třída uvědomování si zdraví (rozpoznávání zdravého života a pohody). Jsou to ošetrovatelské diagnózy nedostatek zájmových aktivit 00097, sedavý způsob života 00168. A třída management zdraví (udržování zdravého života a pohody) a ošetrovatelské diagnózy snaha zlepšit management vlastního zdraví 00162, chování náchylné ke zdravotním rizikům 00188, neefektivní ochrana 00043, oslabené zdraví v komunitě 00215, neefektivní udržování zdraví 00099, neefektivní management vlastního zdraví 00078, neefektivní management léčebného režimu v rodině 00080, snaha zlepšit stav imunizace 00186 (Herdman, 2013). Diagnózy k podpoře zdraví jsou „klinickým posouzením motivace a touhy osoby, rodiny nebo komunity zvýšit svůj well-being (pocit pohody, blaha) a aktualizovat potenciál lidského zdraví ve snaze zlepšit specifické zdravotní chování (např. prostřednictvím výživy a cvičení)“ (Herdman, 2013, s. 101).

1.4.4 Edukace pacientů s akutním infarktem myokardu

Edukační proces u pacientů na kardiologickém oddělení je nepostradatelnou a důležitou součástí léčebné a ošetrovatelské terapie (Sovová, 2009). Na edukaci pacienta spolupracují všichni ti, co jej léčí a ošetřují. Především je to ošetřující lékař, ale nepostradatelnou roli zde hraje také sestra (Svěráková, 2012).

Při poskytování informací týkajících se prevence akutních koronárních onemocnění je nutné dodržovat určitá pravidla (Svěráková, 2012). Velký význam je kladen na kvalitní verbální komunikaci. Informace, které jsou podávány pacientovi, musí být jednoduché, srozumitelné a na úrovni jeho chápání. Předpokladem pro kvalitní přijetí informací je potřeba správně odhadnout emocionální stav pacienta, jeho duševní úroveň a schopnost jeho informovanosti (Venglářová, 2006). Dále je třeba se zaměřit na úroveň vzdělání a sociální poměry pacienta. Při podávání veškerých informací je nutné, aby si edukující vždy ověřil, zda pacient všem podaným informacím porozuměl a to co nepochopil s trpělivostí vysvětlit znovu. Také je nezbytné v rámci edukace zamezit různým falešným domněnkám o nemoci a následné léčbě. Proto je nutné používat takové pojmy a termíny, které pacient chápe a bezpodmínečně jim rozumí. Vždy je zapotřebí vytvořit klidnou atmosféru a dostatečný prostor pro pacientovy dotazy, zjistit zda mu byli opravdu podány veškeré informace, které potřebuje. Na závěr vše shrnout a zkontrolovat, že pacient podané informace správně pochopil (Juřeníková, 2010).

Pro velkou řadu kardiologických pacientů je změna jejich chování velmi obtížná z důvodu jim vyhovujícího zažitého stereotypu. Důležité je cílenou edukací vysvětlit pacientům, jakým způsobem a do jaké míry může doporučená změna chování upevnit jejich zdraví (Sovová, 2009). Bohužel se stále ještě v praxi setkáváme s poměrně velkou neochotou některých jedinců aktivně spolupracovat. Pouze část kardiaků ochotně spolupracuje a řídí se radami lékaře. U některých pacientů dojde k přerušení léčby po určitém čase a jsou i tací, kteří neužívají léky a doporučenou terapii vůbec. Neochota pacienta spolupracovat často vede ke zhoršování jeho zdravotního stavu, rozvoji dalších potíží a narůstání nákladů za další léčbu (Svěráková, 2012).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda pacienti po prodělaném infarktu myokardu obdrželi informace o sekundární prevenci vztahující se k jejich onemocnění.
2. Zjistit jaký postoj zauímají pacienti po prodělaném infarktu myokardu k potřebě změny životního stylu v závislosti na jejich věku a délce léčby.
3. Zjistit, jak jsou pacienti po prodělaném infarktu myokardu aktivní v péči o své zdraví v rámci sekundární prevence.
4. Zjistit, zda dodržování zásad sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu má vliv na zkvalitnění jejich dalšího života.
5. Zjistit zda sestry edukují o sekundární prevenci u pacientů po prodělaném infarktu myokardu a v jaké míře.
6. Zjistit jaká ošetrovatelská dokumentace je vedená kardiologickými sestrami na lůžkových odděleních v rámci edukace u pacientů po prodělaném infarktu myokardu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Obdrželi pacienti po prodělaném infarktu myokardu informace o sekundární prevenci vztahující se k jejich onemocnění?
2. Byli pro pacienty tyto informace srozumitelné?
3. Jsou pacienti po prodělaném infarktu myokardu aktivní v péči o své zdraví?
4. Jaký postoj zauímají pacienti po prodělaném infarktu myokardu k potřebě změny životního stylu?
5. Má na postoj pacientů k sekundární prevenci vliv jejich věk a délka léčby?
6. Má dodržování zásad sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu vliv na zkvalitnění jejich dalšího života?
7. Edukují kardiologické sestry pacienty po prodělaném infarktu myokardu v rámci

sekundární prevence?

8. Jaká ošetrovatelská dokumentace je kardiologickými sestrami vedena v rámci sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření, technikou polostandardizovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili pacienti a sestry tří vybraných kardiocenter České republiky - Fakultní nemocnice v Motole, Nemocnice České Budějovice a. s., a Fakultní nemocnice Plzeň. Výzkumná šetření probíhala na jaře 2014, vždy se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči z jednotlivých zmiňovaných kardiocenter (Příloha 11).

Výběr respondentů byl podřízen strategii získání vyčerpávajících dat ke zkoumané problematice. V rámci toho byla zvolena výběrová strategie pro typ výběru respondentů. Jako nejvhodnější byl zvolen účelový výběr. V tomto případě je vzorek konstruován s ohledem na výzkumný problém a kritéria pro zařazení do vzorku jsou dána předem výzkumným problémem. Kritériem výběru u všech respondentů byla ochota spolupracovat při výzkumu. Ve všech případech výběru jednotek výzkumného souboru šlo o účelové vzorkování, tedy o záměrný výběr. Proces výběru byl ukončen v okamžiku podrobného rozvinutí a zpracování zkoumaných témat, kdy vzorkování již nepřinášelo nové informace a bylo dosaženo saturace zjišťovaných skutečností. Proto výzkumný soubor tvořilo 12 pacientů a 9 sester. Důvodem výběru konkrétních respondentů byla oborová specializace u sester v souvislosti s délkou jejich praxe. U pacientů byl důvodem pro výběr již dříve prodělaný infarkt myokardu. Všechny provedené rozhovory byly zaznamenány do záznamových archů, následně přepsány a podrobeny analýze.

Rozhovor pro pacienty (Příloha 6) byl sestaven z okruhu otázek uzavřených, které nabízely výběr konkrétních odpovědí a otázek otevřených, ve kterých se každý pacient individuálně vyjádřil. Rozhovory byly vedeny s pacienty po prodělaném infarktu myokardu a zjišťovaly jejich informovanost o sekundární prevenci, míru vlastní aktivity v péči o své zdraví, zda věk a délka léčby má vliv na provedení režimových opatření, přínos a obtížnost uskutečněných změn a jejich vliv na

spokojenost pacienta. Celkem bylo uskutečněno 12 rozhovorů. Byla provedena analýza získaných dat, jejímž základním krokem byla transkripce rozhovorů (Příloha 8), ta umožnila analýzu dat kódováním (využili jsme techniku tzv. Otevřeného kódování). Poté následovala fáze kategorizace. V této fázi jsme kódy seskupili dle podobnosti či vnitřní souvislosti a vytvořili hierarchický systém. Kategorie jsme následně znázornili do diagramů.

Rozhovor pro sestry (Příloha 7) byl sestaven také z okruhu otázek uzavřených, které nabízely výběr konkrétních odpovědí a otázek otevřených, ve kterých byla možnost se taktéž individuálně vyjádřit. Rozhovor byl veden se sestrami pracujícími ve vybraných kardiocentrech. Zjišťoval možnosti, míru edukace ze strany sester u pacientů po prodělaném infarktu myokardu v rámci sekundární prevence a druhy ošetrovatelské dokumentace vedené sestrami k edukaci pacientů po infarktu myokardu v jednotlivých kardiocentrech. Pro jeden rozhovor byly osloveny vždy tři sestry najednou z jednoho pracoviště. Rozhovor probíhal po vzájemné dohodě po skončení pracovní doby, aby nenarušoval chod oddělení. Důvodem skupinového rozhovoru byla potřeba dostatečného popisu skupinových procesů v týmu, kdy existoval zcela reálný předpoklad, že informace od jednoho informanta nebudou pro popis dostatečné. Provedené skupinové rozhovory přihlížely k faktu společné zkušenosti. To vedlo také k tomu, že získané výsledky adekvátněji reflektují kolektivní pohledy členů skupiny a nedochází pouze k agregaci individuálních názorů. Analýza získaných dat byla provedena stejně jako v prvním šetření transkripcí rozhovorů (Příloha 9) a následně technikou Otevřeného kódování (Příloha 10). Získané kategorie jsme znázornili opět diagramy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

3.2.1 Pacienti po prodělaném infarktu myokardu

Výzkumný soubor tvořilo dvanáct pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Rozhovory byly vedeny s pacienty, kteří byli opětovně hospitalizováni z důvodu příznaků srdečních komplikací po dříve prodělaném IM ve vybraných kardiologických

centrech. Pacienti byli pro výzkumné šetření vybráni záměrně a po čtyřech z jednotlivých kardiocenter.

V úvodu rozhovoru byly položeny identifikační otázky, které zjišťovaly věk respondenta a délku doby respondenta od prodělání infarktu myokardu.

První respondent, muž, 41 let, 2 roky po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru pro anginózní bolesti.

Druhá respondentka, žena, 54 let, 4 roky po infarktu myokardu, léčena metodou PTCA, nyní hospitalizována v kardiocentru pro déle trvající dušnost.

Třetí respondent, muž, 63 let, 18 měsíců po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru pro neprůchodnost v jednom z implantovaných stentů při dřívější hospitalizaci.

Čtvrtý respondent, muž, 58 let, 9 měsíců po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru pro srdeční arytmie.

Pátý respondent, muž, 47 let, 2 roky po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru pro nespecifické bolesti na hrudi.

Šestý respondent, muž, 65 let, 3 roky po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru z důvodu vzniklé neprůchodnosti v jednom z dříve implantovaných stentů.

Sedmá respondentka, žena, 66 let, 4 roky po infarktu myokardu, léčena metodou PTCA, nyní hospitalizována v kardiocentru pro vyloučení nového infarktu myokardu.

Osmý respondent, muž, 45 let, 1 rok po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru pro zjištěné srdeční arytmie.

Devátý respondent, muž, 58 let, 3 roky po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru pro déletrvající námahovou dušnost.

Desátá respondentka, žena, 62 let, 14 měsíců po infarktu myokardu, léčena metodou PTCA, nyní hospitalizována v kardiocentru pro opakující se bolesti na hrudi.

Jedenáctá respondentka, žena, 57 let, 18 měsíců po infarktu myokardu, léčena metodou PTCA, nyní hospitalizována v kardiocentru pro námahovou dušnost.

Dvanáctý respondent, muž, 55 let, 3 roky po infarktu myokardu, léčen metodou PTCA, nyní hospitalizován v kardiocentru pro vznik nového infarktu myokardu.

3.2.2 Kardiologické sestry

Druhou část výzkumného souboru tvořilo devět sester pracujících na kardiologickém oddělení ve vybraných kardiocentrech. Z jednotlivých kardiocenter byly osloveny vždy tři sestry s delší dobou praxe v oboru kardiologie.

V úvodu rozhovoru, byla položena identifikační otázka, která zjišťovala délku praxe oslovených sester v oboru kardiologie. Záměrem bylo vybrat pro výzkumné šetření sestry s delší dobou praxe v oboru kardiologie.

První respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie 7 let.

Druhá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie 5 let.

Třetí respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie více než 6 let.

Čtvrtá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie 6 let.

Pátá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie 12 let.

Šestá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie 7 let.

Sedmá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie víc než 4 roky.

Osmá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie 9 let.

Devátá respondentka pracuje na kardiologickém oddělení jako sestra u lůžka s délkou doby praxe v oboru kardiologie 5 let.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace respondentů po prodělaném infarktu myokardu

4.1.1 Informovanost respondentů o sekundární prevenci

Všichni respondenti výzkumného šetření uvedli, že získali potřebné informace o režimových opatřeních, která je nutno dodržovat po infarktu myokardu, jednalo se o výživové poradenství, informace o pohybových aktivitách o možnostech zanechání kouření. Informace získali respondenti především od lékaře, ale i od sester.

Respondent R1, R3, R4, R6, R10 obdržel informace týkající se zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění od lékaře i od sester. Respondent R2, R5, R7, R8, R9, R11, R12 především od lékaře. R2 dostala od sestry pouze tištěný informační materiál, obsahující základní pokyny týkající se režimových opatření po infarktu myokardu a před propuštěním kontakt na klub kardiaků. Respondenti R7, R8 a R11, R12 dostali od sestry informace ohledně režimových opatření pouze, když se sami zeptali. Respondenti kuřáci R3, R4, R5, R6, R9 byli více edukováni v oblasti kouření. Respondent R6 byl více edukován jak v oblasti kouření, tak v oblasti výživy a pohybu. Respondentce R7 bylo lékařkou doporučeno, aby snížila svou tělesnou hmotnost. Respondenti R1, R2, R3, R4, R9, R10 před ukončením hospitalizace obdrželi od sestry informační materiál v podobě letáku, brožury obsahující základní doporučení týkající se sekundární prevence po infarktu myokardu. Respondentům R5, R7, R8, R11, R12 byl poskytnut rozhovor zdravotnickým personálem a zodpovězeny všechny jejich otázky ohledně režimových opatření, R12 navíc získal kontakt na specialistu v oboru kardiologie. Respondent R6 obdržel základní informace o sekundární prevenci po infarktu myokardu a na svůj dotaz získal od sestry ještě informace týkající se preventivní rehabilitace pod odborným dohledem. Respondentka R11 dostala na své dotazy podrobnější, doplňující informace a také doporučení na kardiologickou ambulanci a v rámci posthospitalizační rehabilitace na fyzioterapeuta. Respondenti R1, R2, R6, R8, R11, R12 si ještě doplnili informace pomocí internetu. Zbývajícím respondentům R3, R4, R5, R7, R9, R10 stačili informace, ohledně zásad sekundární

prevence kardiovaskulárních onemocnění, které obdrželi od lékaře a sester před ukončením hospitalizace. A to v podobě rozhovoru a tištěného informačního materiálu.

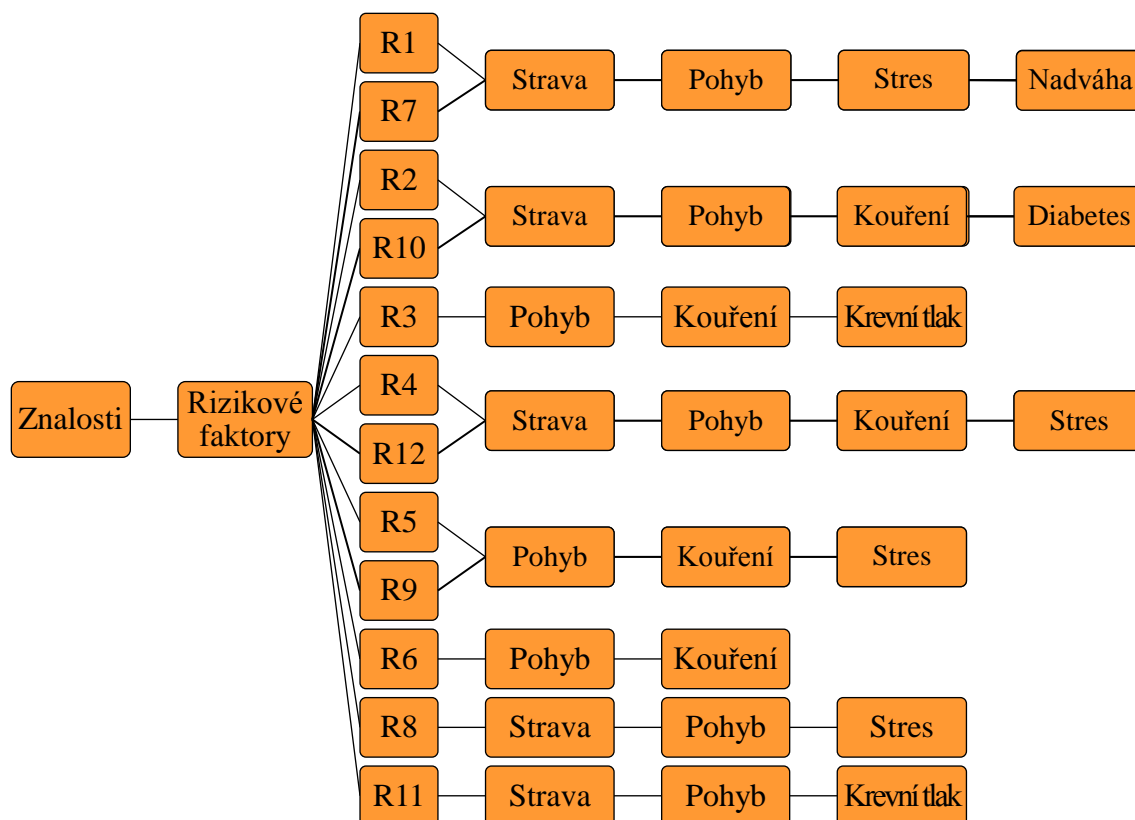
4.1.2 Znalost ovlivnitelných rizikových faktorů infarktu myokardu

Všichni respondenti výzkumného šetření uvedli, že znají rizikové faktory podílející se na vzniku infarktu myokardu. Při rozhovoru jmenovali ty, které znají a mohou jejich prevencí infarkt myokardu úspěšně ovlivnit.

Respondent R1 ví, že infarkt myokardu může částečně ovlivnit prevencí, především správnou stravou, pohybem a omezením stresu. Z rizikových faktorů uvedl dietu, nadváhu, pohyb a stres. Jako ovlivnitelné rizikové faktory infarktu myokardu respondentky R2 a R10 jmenují zdravou stravu, cukrovku, pohyb a kouření. Respondentky ví, že kardiovaskulárním onemocněním se dá předcházet dodržováním zdravého životního stylu. Respondent R3 uvádí jako hlavní rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu pohyb, kouření a vysoký tlak. Jako preventivní opatření jmenuje zdravou výživu. Respondent R4 si je vědom potřeby zdravého životního stylu, z ovlivnitelných rizikových faktorů jmenuje stres, kouření, dietu a pohyb. Preventivní opatření infarktu myokardu zná také respondent R5 a dodává, že by člověk měl jíst zdravě, mít dostatek pohybu, nekouřit a omezit stres. Z rizikových faktorů uvádí kouření, pohyb, stres. Odpovídající respondent R6 říká, že infarkt myokardu může ovlivnit tím, že bude správně jíst, hýbat se, nekouřit a pít rozumně. Jako ovlivnitelné rizikové faktory infarktu myokardu jmenuje pohyb a kouření. Respondentka R7 se domnívá, že na snížení rizika vzniku infarktu myokardu má podíl především zdravé jídlo, pohyb, snížení hmotnosti a menší stresová zátěž. Je si vědoma, že kardiovaskulárním onemocněním se dá předcházet dodržováním zdravého životního stylu. O tom, že onemocnění srdce se dá předcházet změnou životního stylu je přesvědčen respondent R8, dodává, že by se měl člověk zajímat, jaké potraviny konzumuje, dále mít dostatek pohybu a nebýt obézní. Z rizikových faktorů uvádí dietu, pohyb a stres. Oslovený respondent R9 jmenuje z ovlivnitelných rizikových faktorů pohyb, kouření a stres. Je si vědom, že infarktu myokardu se dá předcházet změnou a

dlouhodobým dodržováním pravidel zdravého životního stylu, především zdravou stravou, pohybem, nekouřením a abstinencí. Respondentka R11 uvádí, že mezi rizikové faktory patří zdravá strava, vysoký krevní tlak a stres. Z ovlivnitelných rizikových faktorů infarktu myokardu respondent R12 jmenuje kouření, zdravé jídlo, pohybovou aktivitu a stres. Respondentka R11 a respondent R12 shodně uvádějí, že onemocnění srdce se dá předcházet změnou nevhodného životního stylu a dodržováním doporučených preventivních opatření.

Diagram 1: Znalost ovlivnitelných rizikových faktorů



Z výzkumného šetření vyplývá, že všech 12 oslovených respondentů ví, že mezi rizikové ovlivnitelné faktory infarktu myokardu patří pohybová aktivita. Stres jako rizikový faktor neuvodli respondenti R2, R3, R7 a R11. Kouření naopak jmenovalo respondentů více, byli to respondenti R2, R3, R4, R5, R6, R9, R10 a R12. Také zdravou

stravu jmenovala většina dotázaných respondentů, byli to respondenti R1, R2, R4, R6, R7, R8, R10, R11 a R12. Hmotnost jako rizikový faktor uvedli tři respondenti R1, R7 a R8. O alkoholu se zmínili respondenti R1, R5, R6 a R9. Cukrovku jako rizikový faktor infarktu myokardu označili pouze respondenti R2 a R10. Také krevní tlak byl jmenován pouze dvěma respondenty a to respondenty R3, R11.

4.1.3 Podpora respondenta okolím při uskutečňování změn

Respondent R1 za velkou pomoc a podporu při změně stravovacích návyků vděčí manželce a to především v dodávání a přípravě vhodné, dietní stravy. Změnu týkající se pohybové aktivity zvládl provést sám díky své pevné vůli a odhodlání. Dotazovaná respondentka R2 zvládla zlepšit svůj postoj ke stravě sama, také dokázala po infarktu myokardu sama zvýšit svou pohybovou aktivitu. Změnu v oblasti výživy provést sám nezvládl a ani nechtěl respondent R3, přestože rodina byla ochotná v tomto respondentovi pomoci. Při zanechání kouření ho rodina nepodpořila, manželka je kuřákem, což mu situaci přestat kouřit ztěžuje. Podporu rodiny nezískal ani při změně pohybové aktivity. Respondent R4 žije sám a se zvládnutím změny stravovacích návyků mu pomohla dcera a její rodina, sám by změnu provést nezvládl. Při změně pohybové aktivity se mu pokusila pomoci dcera a fyzioterapeut, bohužel neúspěšně. Stejně to dopadlo i při odvykání kouření, ani s pomocí okolí respondent tuto změnu provést nezvládl. Respondenta R5 při změnách stravovacích návyků podporovala manželka a jeho blízcí, zanechat kouření a zvýšit pohybovou aktivitu zvládl sám. Účastníka výzkumného šetření R6 podporovala manželka při změnách stravovacích návyků a při pohybových aktivitách kolega, který ho ke sportu přivedl. Při zanechání kouření se mu pokoušela pomoci rodina a přátelé, přesto se mu nepodařilo závislosti na kouření zbavit. Respondentka R7 nezískala podporu od svých blízkých při dodržování dietních opatření, ale v pohybové aktivitě ano. Respondent R8 získal podporu v oblasti výživy u své rodiny, především u manželky, která mu se zdravou stravou nejvíce pomohla a pomáhá i nadále. Zvýšit pohybovou aktivitu po infarktu myokardu zvládl sám. Denně cvičí na rotopedu. Respondent R9 změnu v oblasti výživy sám provést nezvládl, v této

snaze mu pomohla manželka a dcera. S kouřením se mu pokusila pomoci manželka a specialista na odvykání, zatím neúspěšně. Při zvyšování pohybové aktivity podporu neměl. Respondentku R10 podporovala celá rodina při dietních opatřeních, při zvyšování pohybové aktivity rodina a přátelé a přestat úplně s kouřením se jí ani za pomoci rodiny, odborníka a využitím nikotinové léčby nepodařilo. Respondentku R11 podporovala celá rodina při dietních opatřeních a při zvyšování pohybové aktivity. Dotazovaného respondenta R12 manželka a jeho nejbližší podporovali při snaze zanechat kouření. Také při změnách stravovacích návyků měl podporu rodiny. Se zvýšením pohybové aktivity mu pomohl kamarád, se kterým chodí respondent hrát pravidelně tenis.

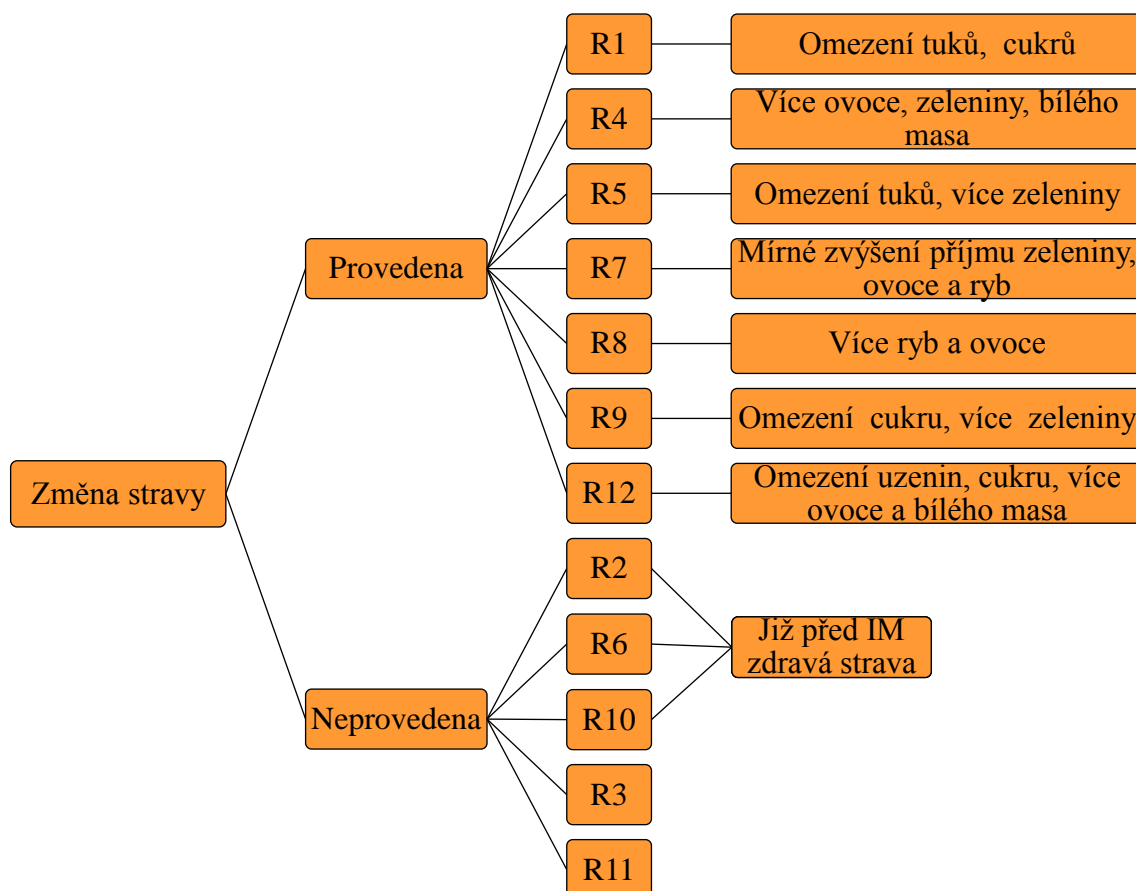
4.1.4 Změny v oblasti stravovacích návyků

Z 12 dotazovaných respondentů tři respondenti R2, R6 a R10 již před onemocněním upřednostňovali zdravou výživu. Po prodělání infarktu myokardu pouze doplnily do svého jídelníčku více rybích pokrmů. Radikálně změnil své stravovací návyky respondent R1, omezil tučná jídla a vynechal sladkosti. Jí teď víc ovoce a zeleniny a tmavé pečivo. Po infarktu zařadil do své stravy více bílého masa. Respondent R3 svůj postoj ke stravování bohužel téměř nezměnil. Jako důvod neprovedení změny uvedl, že vždycky měl rád jídlo a hodně jedl, a že se v jídle nechce omezovat. Částečnou změnu stravovacích návyků se pokusil provést respondent R4, dodává, že dříve stravu z pohledu zdraví neřešil, jedl to, na co měl chuť, jednalo se spíše o nezdravé a slané pochoutky. Respondent zařadil do svého jídelníčku více ovoce, zeleniny a bílého masa. Také respondent R5 se pokusil změnit svůj postoj ke stravě a částečně se mu to podařilo. Omezil především tučné potraviny. Do stravy zařadil více zeleniny a kuřecího masa, ryby ani nejrůznější mořské plody rád nemá a nikdy je nejedl. Své stravovací návyky téměř nezměnila respondentka R7. Dotazovaná uvedla, že ráda vaří, peče a jí. Vaří typicky českou kuchyni a ta, jak dodává je tučnější a slanější. Svou stravu změnila pouze v mírném zvýšení příjmu zeleniny, ovoce a ryb, které před tím téměř nejedla. Stravovací návyky částečně změnil i respondent R8, uvedl, že omezil

konzumaci uzenin a naopak zařadil do svého jídelníčku více ovoce a ryb. I respondent R9 změnil částečně svůj postoj ke stravě. Po infarktu začal více sledovat jaké potraviny z pohledu zdraví koupit. Respondent omezil sladké pochoutky. Začal častěji konzumovat zeleninu, především v podobě salátů a také občas ryby. Respondentka R11 uvádí, že již před proděláním infarktu myokardu se stravovala poměrně zdravě. Svůj problém spatřuje pouze v častější konzumaci sladkých jídel a cukrovinek, které ani po onemocnění neomezila. Dotázaný respondent R12 uvedl, že své stravovací návyky po infarktu změnil. Uvádí, že teď jí méně uzenin a sladkostí. Naopak do své stravy přidal o něco více ovoce a také bílé maso a ryby.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pouze dva respondenti R3 a R11 po proděláním infarktu myokardu svůj špatný postoj ke stravě nezměnili. Ostatní dotázaní respondenti se pokusili své stravovací návyky více či méně zlepšit.

Diagram 2: Změna stravy



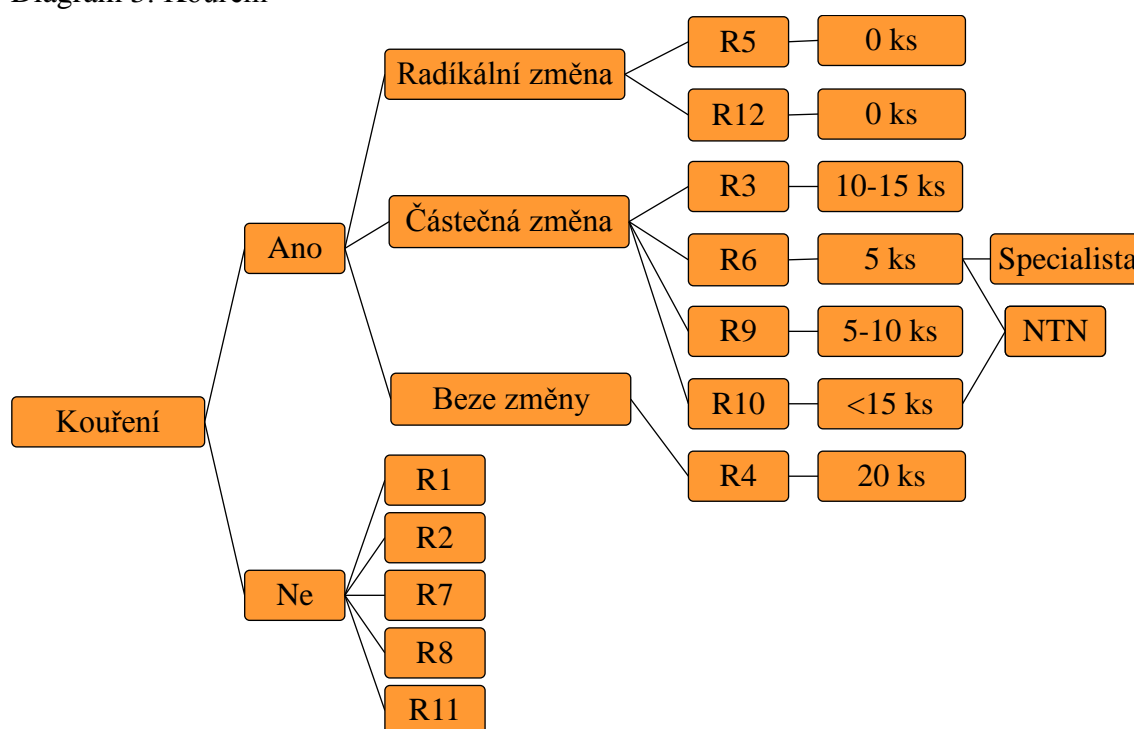
4.1.5 Změny v oblasti kouření

Z 12 dotazovaných respondentů pouze respondenti R1, R2, R7, R8 a R11 uvedli, že nikdy nebyli kuřáky. Dotázaný respondent R3 byl a zůstal i po proděláním infarktu myokardu kuřákem. Kouření pouze omezil z 20 cigaret na 10 až 15 denně. Je si vědom, že by měl přestat úplně, ale k tomu nemá prý dostatek vůle. Navíc nemá podporu ani doma, neboť manželka je zapřísažený kuřák. Také respondent R4 je kuřák. S kouřením se sice pokusil, již několikrát přestat, ale to se mu zatím ani s pomocí druhých nepodařilo, kouří stále 20 cigaret denně. V současné době se snaží kouření alespoň omezit, ale ani to se mu zatím nedaří. I respondent R5 byl před onemocněním kuřákem, to se ale změnilo. Po proděláním infarktu myokardu se rozhodl s kouřením definitivně skoncovat, a je na sebe pyšný, protože to do půl roku s pomocí rodiny, přátel a kolegů dokázal. Respondent R6 je kuřákem od osmnácti let, dříve silným, dnes kouří maximálně 5 cigaret denně. Škodlivost kouření si uvědomuje, pokusil se již v minulosti tohoto zlovyku zbavit. Vyzkoušel i léčbu pomocí nikotinových náhražek, bohužel neúspěšně. Nemá na to prý dostatek pevné vůle, cigaretu porazit. Také respondent R9 patří do skupiny kuřáků. Dnes sice kouří podstatně méně než dříve, 5 maximálně 10 cigaret denně, ale kuřák je stále. Přestat úplně se nikdy nepokoušel, říká, že na nikotinu je hodně závislý a skončit s kouřením vlastně nechce. Respondentka R10 bývala silný kuřák, kouřila i více než jednu krabičku denně. Po proděláním infarktu myokardu kouření alespoň omezila, na 15 i méně cigaret denně. Přestat úplně se pokusila, ale ani za pomoci odborníka a využití nikotinové léčby to nedokázala. Mezi kuřáky patřil i respondent R12. Říká o sobě, že si život bez cigarety nedovedl představit. Po infarktu se rozhodl s kouřením úplně přestat. Ve svém snažení byl respondent úspěšný, dokázal přestat a vydržet.

Z výzkumného šetření vyplývá, že změny v oblasti kouření provedli 4 respondenti, respondenti R5 a R12 změnu radikální, s kouřením úplně skončili. Respondenti R3, R6 a R10 se již v minulosti pokusili své závislosti na nikotinu zbavit, ale neúspěšně. Po proděláním infarktu myokardu se respondentům podařilo kouření alespoň omezit. Své plné závislosti na cigaretě se nikdy nepokoušel zbavit respondent R9,

ale i on dokázal po infarktu kouření částečně omezit. Zato respondent R4 nikdy nezvládl s kouřením přestat ani ho omezit. Pouze respondenti R6 a R10 využili při léčbě závislosti na tabáku léčby pomocí nikotinových náhražek. Respondent R6 navíc ještě využil při odvykací léčbě pomoc odborníka specializujícího se na léčbu závislosti na nikotinu.

Diagram 3: Kouření



4.1.6 Konzumace alkoholu

Bylo zjištěno, že většina oslovených respondentů, a sice respondenti R1, R2, R3, R5, R7, R9, R10 a R11 konzumují alkohol pouze ojediněle, v přijatelné míře, při zvláštních příležitostech nebo na oslavách. Respondent R3 uvedl, že dříve byl větším konzumentem piva a dodává, že provedl změnu a příjem piva omezil. Respondent R6 uvedl, že se napije rád, ale dodal, že to bývá v únosné míře. Podobně je na tom i respondent R8, který říká, že pije s rozumem, ale ne vždy prý mu to vyjde. Posezení a

skleničku dobrého vína s přáteli si občas dopřeje respondent R9. Respondent R12 uvádí, že alkoholu nikdy ve větší míře neholdoval, ale dodává, že si občas rád dá s manželkou skleničku bílého vína.

4.1.7 Zvládání stresové zátěže

Všichni dotazovaní respondenti, uvedli, že stresu se v každodenním životě nevyhnou. Nikdo z respondentů se nedomnívá, že by stresovou zátěž nedokázal do určité míry eliminovat.

Respondent R1 uvádí, že se se stresem dokázal vypořádat sám a to pomocí sportu, který mu přináší pocit uvolnění a psychického odreagování. Respondentka R2 se domnívá, že není ve svém životě vystavena většímu množství stresu. Stres si moc nepřipouští. K odreagování využívá svých koníčků. Rozhovorem bylo zjištěno, že respondent R3 má problémy zvládat pracovní stres. Bohužel pro jeho zdraví se uklidňuje kouřením. Od každodenních pracovních starostí se dále odreagovává drobnými pracemi kolem svého domu a prací na zahradě. Respondent R4 nemá pocit větší stresové zátěže, stres zvládá dobře. Od běžných starostí se odreagovává posezením s kamarády a svým koníčkem, filatelii. Obdobně jsou na tom i respondenti R5 a R6, ani oni si stres moc nepřipouští. Vzniklé stresové situace zvládají pomocí sportu. Sportem dokáží vzniklý stres úspěšně eliminovat. Také respondentka R7 se vyjadřuje v tom směru, že si stres moc nepřipouští. Bohužel vzniklou stresovou zátěž řeší sladkostmi, ale v současné době se odreagovává i prací na zahrádce a hlídáním vnoučat. Obě tyto činnosti jí pomáhají od stresu a přináší pocit radosti a uvolnění. Po prodělání infarktu myokardu se naučil lépe zvládat stresovou zátěž dotazovaný respondent R8. K odreagování mu pomáhá koníček jeho synů, kterým je fotbal. Jejich pravidelné tréninky a zápasy jsou pro respondenta psychickým odpočinkem od každodenních starostí. Díky eliminaci stresu se cítí vyrovnaněji a ve větší psychické pohodě. Dotázaný respondent R9 uvádí, že ani on si každodenní stres moc nepřipouští. Od běžných starostí se odreagovává, bohužel pro jeho zdraví, kouřením a svým koníčkem, kterým jsou šachy. Respondentka R10 uvádí, že dříve častý stres řešila cigaretou. Dnes vlivem změn v

oblasti stravování a pohybu se naučila stresové situace zvládat i jinak a oproti dřívějšímu si stres tolik nepřipouští, díky tomu se cítí více v klidu a ve větší duševní pohodě. Větší pracovní stresovou zátěž pociťuje respondentka R11. Od pracovních starostí se odreagovává svými koníčky, domácími pracemi a občas malou sladkostí, to vše jí přináší pocit psychického uvolnění. Respondent R12 o sobě říká, že všude přítomný stres se snaží připouštět co nejméně. Od nahromaděného napětí se odreagovává sportem, četbou a procházkami se psem, díky tomu se cítí psychicky odpočatý a vyrovnanější.

4.1.8 Účast respondentů na preventivních prohlídkách

Všichni dotazovaní respondenti, uvedli, že na preventivní prohlídky ke specialistovi chodí pravidelně. Pouze respondenti R3 a R4 připustili, že se jim již podařilo zapomenout a na kontrolu se nedostavit. S užíváním naordinovaných léků respondenti problém nemají a shodují se v tom, že léky předepisované lékařem užívají tak jak mají. Oslovení respondenti se shodně domnívají, že pouze pravidelné užívání léků nestačí, aby byli již mimo riziko vzniku dalšího infarktu myokardu. Jsou si vědomi, že je zapotřebí i preventivní léčby nefarmakologické, pomocí doporučených režimových opatření.

4.1.9 Změny v oblasti fyzické aktivity

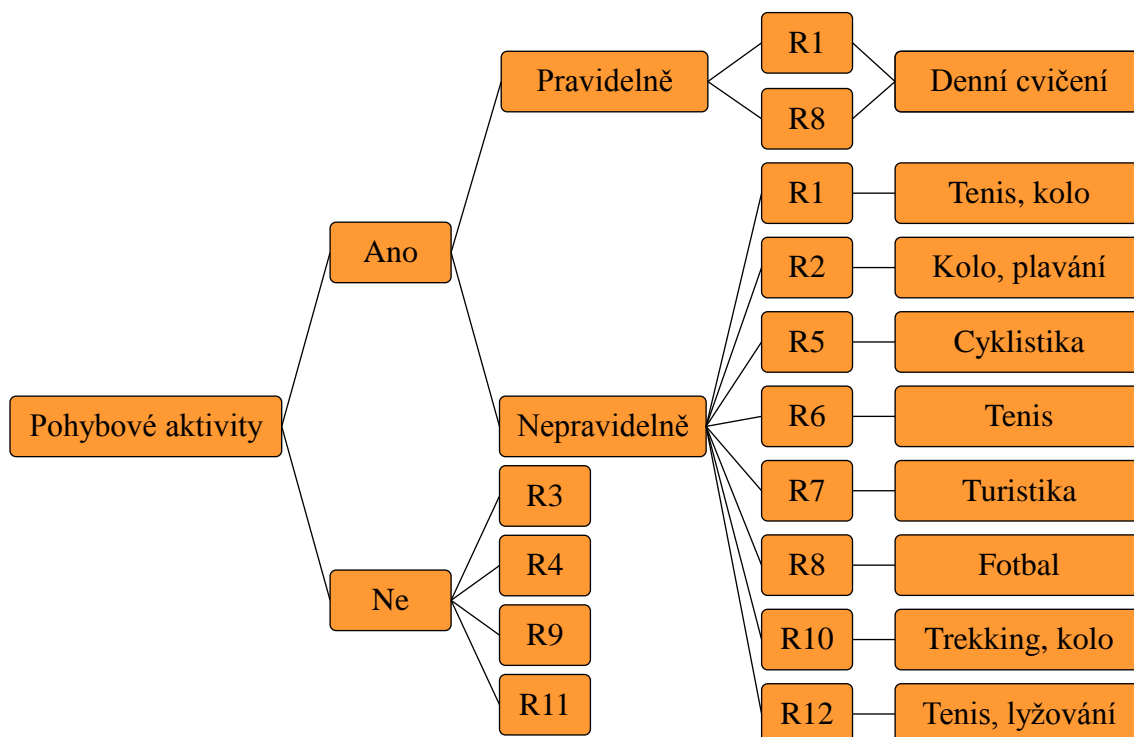
Respondent R1 uvádí, že po prodělání infarktu myokardu se jeho vztah k fyzické aktivitě změnil, před onemocněním byla jeho pravidelná pohybová aktivita nulová. To se změnilo, respondent začal hrát tenis, jezdit více na kole, ale především začal s každodenním pravidelným cvičením. Respondentka R2 pravidelné, denní cvičení neprovádí, z důvodu nedostatku pevné vůle, ale dodává, že denně jezdí na kole a poměrně často chodí plavat. Jízdu na kole a plavání vnímá jako relaxaci, tyto pohybové aktivity jí maximálně vyhovují. Změnu pohybové aktivity nezvládl ani s pomocí svých blízkých provést respondent R3, pravidelné denní cvičení neprovádí a jediný pohyb co

má, jsou procházky se psem. Ani respondent R4 pravidelné denní cvičení neprovádí, dodává, že k pohybu neměl nikdy kladný vztah a to se nezměnilo. Přestože mu dcera zařídila ambulantně řízený trénink pro kardiaky vedený odborníkem, na cvičení docházel pouze tři týdny a pak svou účast ukončil. Uvědomuje si, že tento přístup je špatný, ale nemá vůli ani chuť to změnit. Zcela opačný vztah k pohybu má respondent R5, který se již před onemocněním věnoval cyklistice, a to se nezměnilo. Přestože pravidelné, denní cvičení neprovádí, domnívá se, že díky časté jízdě na kole, splňuje požadavky preventivní rehabilitace. Částečnou změnu pohybové aktivity po prodělání infarktu myokardu provedl respondent R6, dříve pohyb zanedbával, ale dnes, přestože doma pravidelně necvičí, se snaží trochu sportovat. Chodí hrát s kolegou tenis. Také respondentka R7 změnila pozitivně svůj postoj k pohybu, sice ani ona pravidelné cvičení neprovádí, ale s manželem je členkou Českého klubu turistů. V rámci členství v tomto klubu se účastní pravidelných turistických akcí. Chůze, jako druh pohybu pacientce velmi vyhovuje. Velkou změnu v oblasti pohybové aktivity provedl respondent R8, do svých denních aktivit zařadil cvičení na rotopedu, pořídil si ho za tímto účelem i domů. Respondent se také ještě věnuje fotbalu. Respondent R9 uvádí, že pravidelně necvičí a ani jiný pohyb neprovozuje. Akorát s rodinou občas vyrazí do přírody na výlet. Je si vědom, že jeho přístup k pohybu není správný, ale nemá dostatek vůle, ani s pomocí rodiny to změnit. Svůj postoj k pohybu částečně dokázala změnit respondentka R10. Sice po infarktu myokardu nezačala s pravidelným cvičením, ale začala jezdit více na kole a také společně s manželem a partou přátel se věnuje trekkingu. Zato respondentka R11 do svých aktivit žádný pohyb nezařadila. Sice se v rámci rehabilitace účastnila tří měsíčního cvičebního programu pro kardiaky, ale po jeho dokončení se cvičení už nevěnovala. Moc nezměnil svou pohybovou aktivitu ani respondent R12 a to z důvodu, že již před onemocněním se věnoval tenisu a lyžování. To se nezměnilo, těmto sportovním aktivitám se věnuje i nadále. Pravidelné denní cvičení pro kardiaky respondent neprovádí.

Z oslovených respondentů pouze dva respondenti R1 a R 8 se věnují nejen sportu, ale do svých každodenních aktivit zařadili i pravidelné denní cvičení. Nepravidelné pohybové aktivitě se věnují respondenti R2, R5, R6, R7, R10 a R12. Svůj

negativní postoj k pohybu nezměnili v rámci preventivních opatření kardiovaskulárních onemocnění respondenti R3, R4, R9 a R11.

Diagram 4: Pohybové aktivity

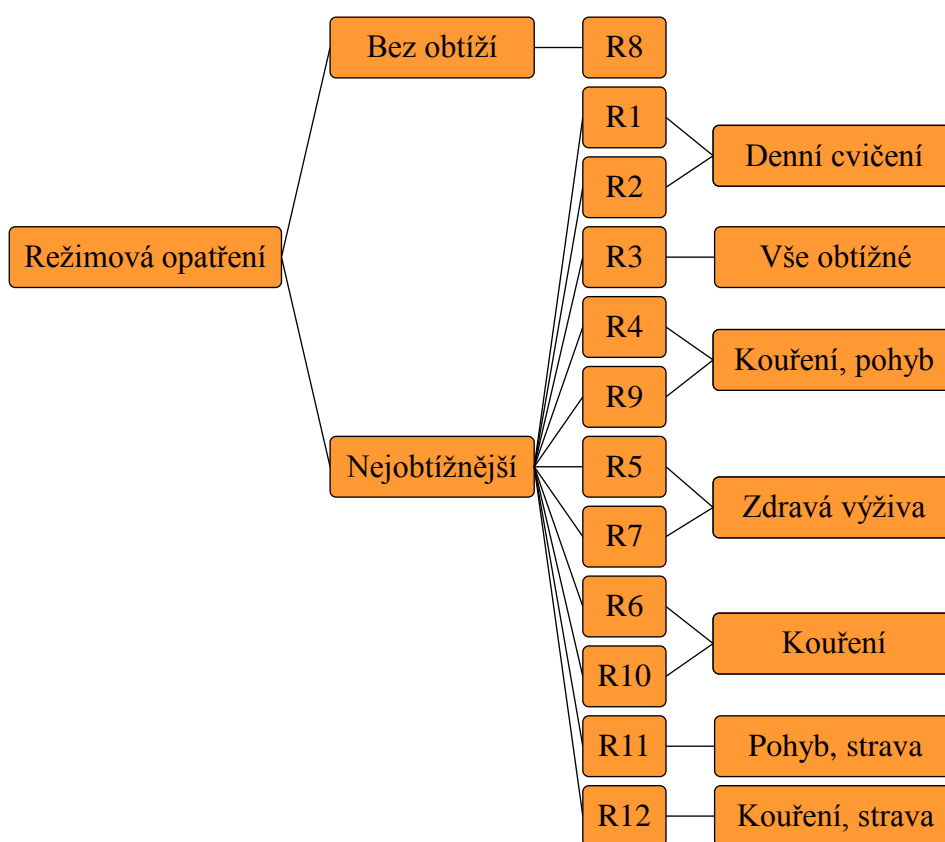


4.1.10 Nejtěžší režimová opatření respondentů

Respondent R1 spatřuje největší problém v dodržování zásad sekundární prevence v dodržení pravidelné denní pohybové aktivity, donutit se a vyčlenit si každý den čas na krátké cvičení. Respondentka R2 nemá dostatek pevné vůle zařadit do svých denních aktivit pravidelné třicetiminutové cvičení. Respondent R3 považuje dodržování všech režimových opatření za těžké. Pro respondenta R4 a R9 je nejobtížnější zanechat kouření a změnit svůj odmítavý postoj k pohybu. Respondenti R5 a R7 vidí svůj největší problém v nedostatcích v oblasti zdravé výživy. Pro respondenta R6 a R10 je nejtěžší zanechat kouření. Respondent R8 se domnívá, že problém s dodržováním zásad

sekundární prevence nemá a doufá, že mu současný aktivní, preventivní přístup vydrží už napořád. Respondentka R11 považuje za svůj největší problém v dodržování zásad sekundární prevence nedostatky v oblasti pohybové aktivity a konzumaci sladkých jídel. Pro respondenta R12 bylo nejtěžší přestat kouřit, to se mu s úspěchem podařilo a nyní považuje za svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence neporušovat dietní opatření.

Diagram 5: Nejtěžší režimová opatření



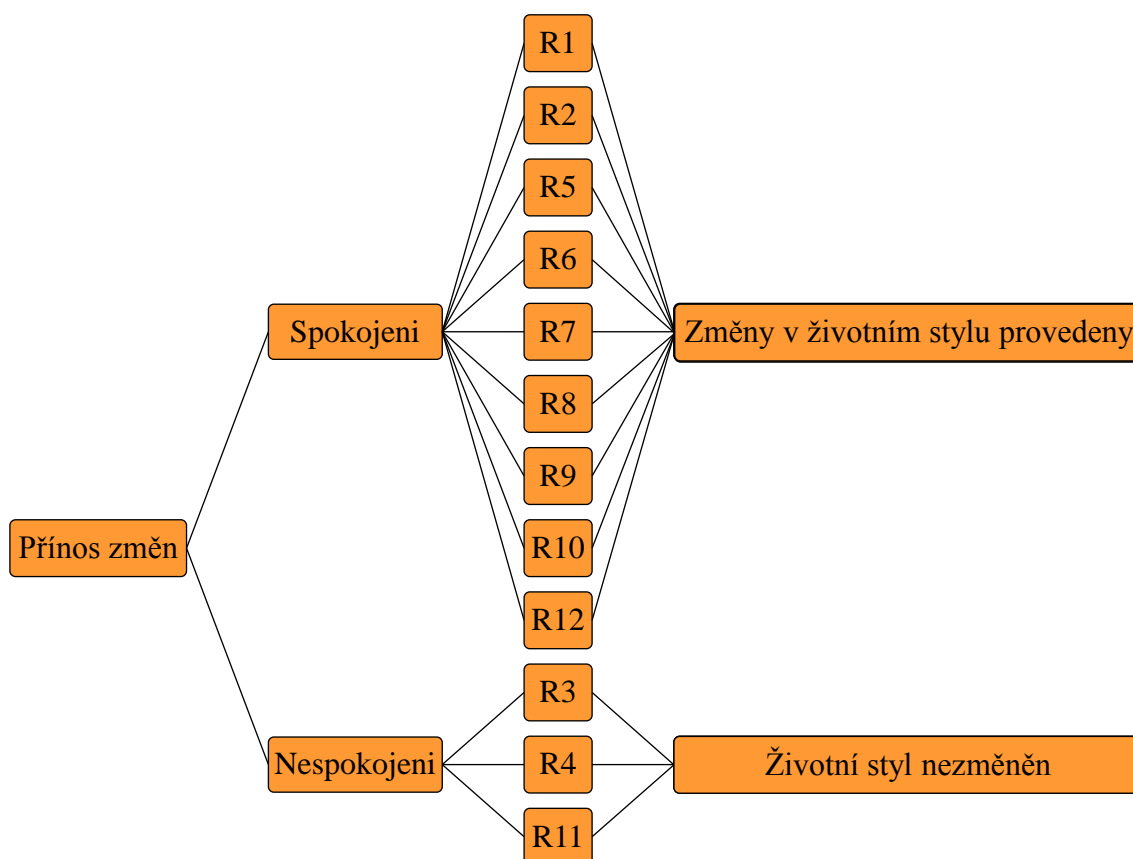
4.1.11 Přínos změn pro životní spokojenost respondentů

Ke spokojenosti s přijatými režimovými opatřeními se respondent R1 vyjadřuje pozitivně a dodává, že se mu díky provedeným změnám podařilo zredukovat hmotnost a že tyto opatření přijal dlouhodobě za své. To ovlivnilo jeho psychickou spokojenost a

fyzickou výkonnost. Respondentka R2 odpovídá, že zdraví životní styl se pro ni a její rodinu stal prioritou. Dále dodává, že má díky provedeným změnám více chuti do života. Respondent R3 je skeptický, je si vědom, že příliš změn neprovedl. Takže nemá ani s čím být spokojený, dodává, že pouze omezil trochu kouření. Stejně je to i u respondenta R4, ani on toho pro své zdraví zatím moc neudělal, takže nemá důvod ke spokojenosti. Zato respondent R5 se díky provedeným změnám cítí lépe, má dobrý pocit, že zvládl přestat kouřit. Dodává, že opatření nekouřit přijal dlouhodobě za své. Dále také, že si uvědomuje pozitivní účinek dosažených změn pro své zdraví a spokojenost a chce nadále aktivním přístupem zlepšovat svůj zdravotní stav. I respondent R6 má díky provedeným změnám více energie a chuti do života, akorát ho trápí kouření, kterého se nedokázal zbavit. Respondentka R7 se vyjadřuje k provedeným změnám pozitivně, dodává, že turistika jí pomohla cítit se lépe psychicky i fyzicky. Spokojený s provedenými změnami je i respondent R8, má pocit, že toho více zvládne, je ve větší psychické pohodě a cítí se lépe i fyzicky. Životní spokojenost respondenta R9 ovlivnila především změna v oblasti stravy, je rád, že této změny s pomocí rodiny dosáhl. Respondentka R10 uvádí, že její spokojenost pozitivně ovlivnila pohybová aktivita v podobě trekkingu. Cítí se teď více vyrovnaně a uvolněnější. Naproti tomu respondentka R11 spokojená není. Uvědomuje si, že toho zatím moc nedokázala a bojí se, že se k dalším změnám ani neodhodlá. Respondent R12 vnímá s uspokojením dosažené změny a dodává, že se cítí lépe po fyzické i psychické stránce a má snahu do budoucna pro své zdraví toho ještě více udělat.

Z výzkumného šetření vyplývá, že pouze respondenti R3, R4 a R11 nedosáhli životní spokojenosti a to z důvodu neprovedení téměř žádných změn, které by měly pozitivní vliv na jejich zdraví.

Diagram 6: Přínos změn



4.1.12 Největší změna životního stylu respondentů

Respondent R1 uvádí, že největší změny týkající se jeho životního stylu provedl v dietních opatřeních a pohybové aktivitě, především zařadil do svého denního programu pravidelné cvičení na stepperu. Velmi pozitivně hodnotí snížení své tělesné váhy o 17 kg. Svůj životní styl moc měnit nemusela respondentka R2, domnívá se, že žije zdravě. To, že prodělala infarkt myokardu, přičítá spíše genetice, neboť matka a sestra respondentce zemřely na infarkt. Dotázaný respondent R3 zatím žádnou velkou změnu neprovedl, pouze malé ústupky v oblasti výživy. Je si vědom svých nedostatků, bohužel jeho postoj ke zlepšení životního stylu je zatím stále negativní. Podobně je na tom i respondent R4, také toho moc nezměnil, pouze nepatrně jídelníček, a sice v tom,

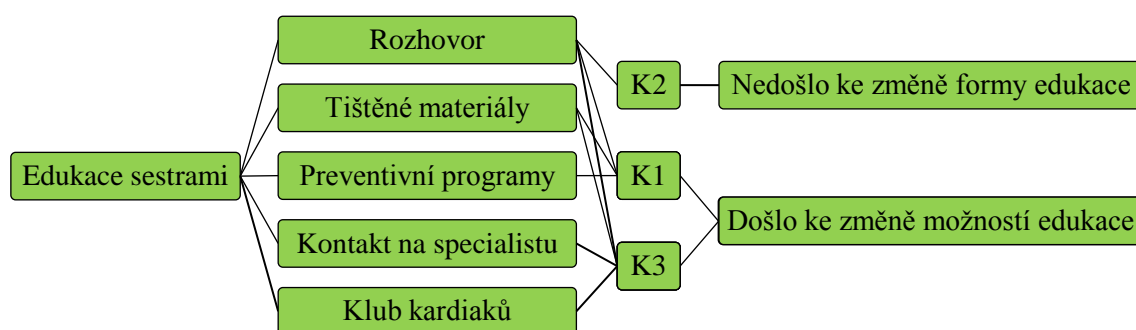
že začal jíst trochu zdravěji než dřív. Je si vědom svých nedostatků a má obavy z toho zda dosáhne dalších změn. Respondent R5 považuje za svou největší dosaženou změnu zanechání kouření a dále zvládnutí některých dietních opatření. Také respondent R6 vidí svou největší změnu v oblasti kouření, i když se jedná pouze o jeho omezení. Další důležitou změnou je pro respondenta větší pohybová aktivita, kterou je hraní tenisu. Respondentka R7 považuje za svou největší změnu zařazení častější pohybové aktivity, vyplývající ze členství v turistickém klubu. Oslovený respondent R8 vnímá pravidelné denní cvičení na rotopedu a zlepšení jídelníčku jako svou největší změnu životního stylu. Nedostatky v oblasti potřebných změn si uvědomuje respondent R9, udělal pouze změny ve stravování. Je za ně rád, protože mu pomohli zredukovat hmotnost. Také respondentka R10 vnímá zlepšení životosprávy a zařazení více pohybu do svých denních aktivit jako svou největší dosaženou změnu. Dotázaná respondentka R11 udává, že její největší změnou je strava. Jí celkově méně a naopak zařadila do svého jídelníčku více ovoce. Odměnou je respondentce redukce hmotnosti. Také se více naučila eliminovat stres a odpočívat. Respondent R12 vnímá změny svého životního stylu ovlivňující jeho zdraví pozitivně. Je pyšný na to, že dokázal skončit s kouřením a dosáhl i zlepšení v oblasti výživy. Tyto dvě změny považuje za největší, kterých po prodělání infarktu myokardu dosáhl.

4.2 Kategorizace kardiologických sester

4.2.1 Edukace kardiologických pacientů sestrami

Dotazované sestry z vybraných kardiocenter České republiky K1, K2 a K3 shodně uvedly, že se na preventivním vzdělávání kardiaků, sestry na jejich pracovišti podílejí, ale domnívají se, že tato činnost stále náleží převážně lékařům. Sestry S1, S2, S3 se nedomnívají, že by měly v současné době větší možnosti v edukaci kardiologických pacientů v oblasti sekundární prevence než dříve. Dodávají, že mají pouze v současné době pro pacienty k dispozici větší množství tištěného informačního materiálu a mohou pacientům doporučovat i různé preventivní programy zaměřené na prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Také sestry S4, S5 a S6 z kardiocentra K2 si myslí, že se během posledních let jejich možnosti, účastnit se vzdělávání pacientů moc nezvýšily. Sestry se domnívají, že přestože se dnes mohou do edukace kardiologických pacientů více zapojit, je tato činnost stále v kompetencích převážně lékařů. Oslovené sestry z kardiocentra K3 spatřují své větší možnosti ve vzdělávání kardiologických pacientů v poskytování edukačních materiálů a kontaktů na kardiologického specialistu, speciální poradny poskytující různé preventivní programy, na fyzioterapeuta případně na klub kardiaků.

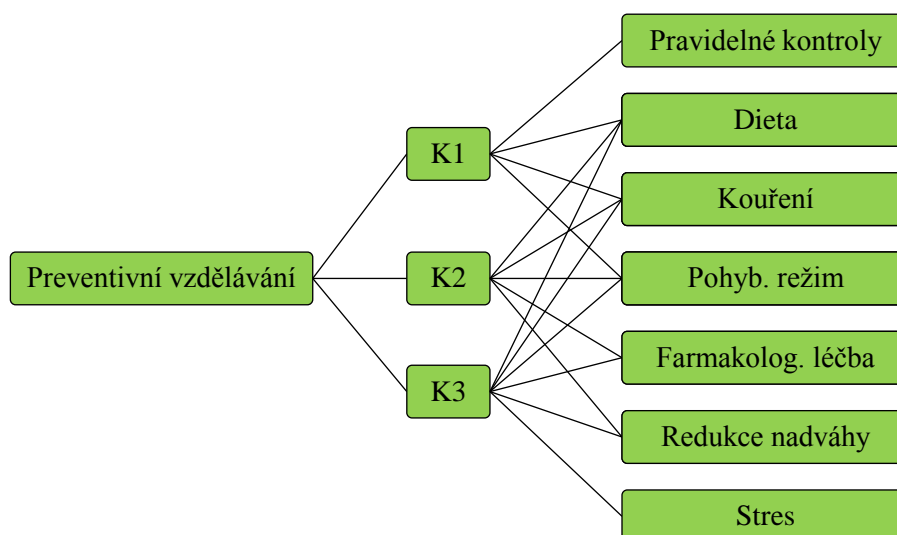
Diagram 7: Edukace kardiaků sestrami



4.2.2 Preventivní vzdělávání kardiaků z pohledu sester

Sestry S1, S2, S3 z kardiocentra K1 se v rámci preventivního vzdělávání kardiaků nejvíce zaměřují na správnou životosprávu, pohybový režim, u kuřáků na nekouření a dodržování pravidelných kontrol v kardiologické ambulanci. V kardiocentru K2 se sestry zaměřují hlavně na redukci hmotnosti, vhodnou životosprávu, pravidelný pohybový režim, u kuřáků na zanechání kouření a také na dodržování farmakologické léčby. Oslovené sestry S7, S8 a S9 se u kardiaků zaměřují, především na zdravý životní styl, nejvíce pak na stravování, obezitu, pohybovou aktivitu, škodlivost kouření, eliminaci stresu a na dodržování farmakologické léčby.

Diagram 8: Preventivní vzdělávání kardiaků

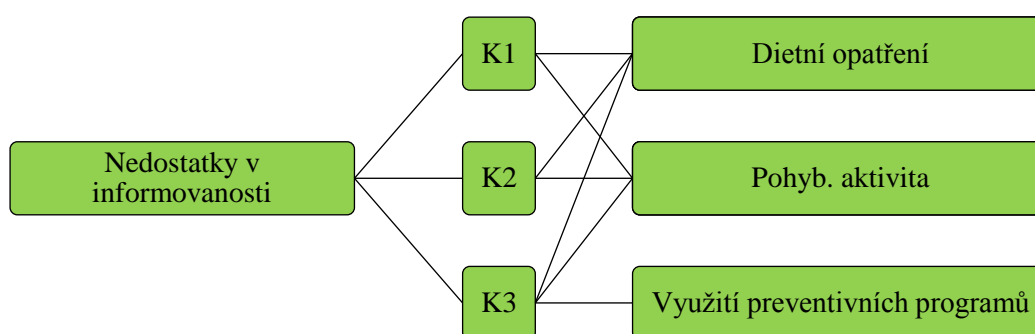


4.2.3 Nedostatky v oblasti informovanosti kardiaků z pohledu sester

Největší nedostatky v oblasti informovanosti kardiaků spatřují sestry S1, S2 a S3 v neznalostech vhodné stravy u kardiovaskulárních onemocnění a nevědomosti pacientů o možnosti účastnit se po ukončení hospitalizace ambulantně řízeného tréninku. Sestry z kardiocentra K2 za největší nedostatky, co se týče informovanosti kardiaků, považují

neznalost dietních opatření, neznalost pravidelné pohybové aktivity, možnosti využít různých poraden a preventivních programů. Také sestry S7, S8, S9 z kardiocentra K3 shodně uvádějí jako největší nedostatky u kardiaků neznalost zdravého stravování a nedostatečnou informovanost o pozitivních vlivech pravidelné pohybové aktivity. Dodávají, že bohužel se u kardiaků velmi často setkávají s malou disciplinovaností v dodržování léčebného režimu.

Diagram 9: Nedostatky v oblasti informovanosti kardiaků



4.2.4 Poučení kardiologických pacientů před ukončením hospitalizace

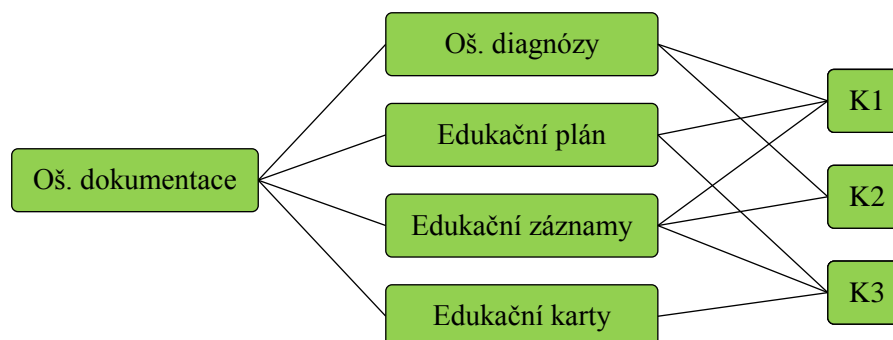
Dotázané sestry z kardiocentra K1 uvedly, že před ukončením hospitalizace je na jejich oddělení kardiak vždy poučen o režimových opatřeních, která by měl následně dodržovat. Pacienty edukují rozhovorem, poskytují jim tištěný informační materiál v podobě letáčků a brožurek, obsahující základní informace o režimových opatřeních po infarktu myokardu. Pacienti dále mají možnost získat doporučení na kardiologického specialistu nebo kontakt na fyzioterapeuta nebo klub kardiaků. Také v kardiocentru K2 získá pacient před propuštěním informace týkající se preventivní péče. Pacient má možnost klást otázky a doplnit si tak své znalosti týkající se režimových opatření nebo získat informace zcela nové. Informační materiál zaměřující se na sekundární prevenci po infarktu myokardu v tištěné podobě zde pacientům neposkytují. V kardiocentru K3 je pacient před ukončením hospitalizace také poučen lékařem i sestrou o režimových opatřeních. Edukaci pacientů provádí rozhovorem a pomocí informačního materiálu v

podobě letáčků a brožurek, kde má pacient možnost najít rady a doporučení týkající se preventivní péče kardiovaskulárních onemocnění.

4.2.5 Ošetrovatelská dokumentace vedená sestrami k edukaci kardiaků

Sestry S1, S2 a S3 z kardiocentra K1 uvádějí, že na jejich pracovišti je vedena ke vzdělávání kardiologických pacientů dokumentace v podobě edukačních záznamů, edukačních plánů a ošetrovatelských diagnóz. Sestry pracující v kardiocentru K2 využívají k edukaci kardiaků nejvíce edukační záznamy, ale mají možnost využít i ošetrovatelské diagnózy, zaměřující se na zdraví. V rámci kardiocentra K3 je sestrami používána ke vzdělávání pacientů ošetrovatelská dokumentace v podobě edukačních plánů, záznamů a edukačních karet.

Diagram 10: Ošetrovatelská dokumentace

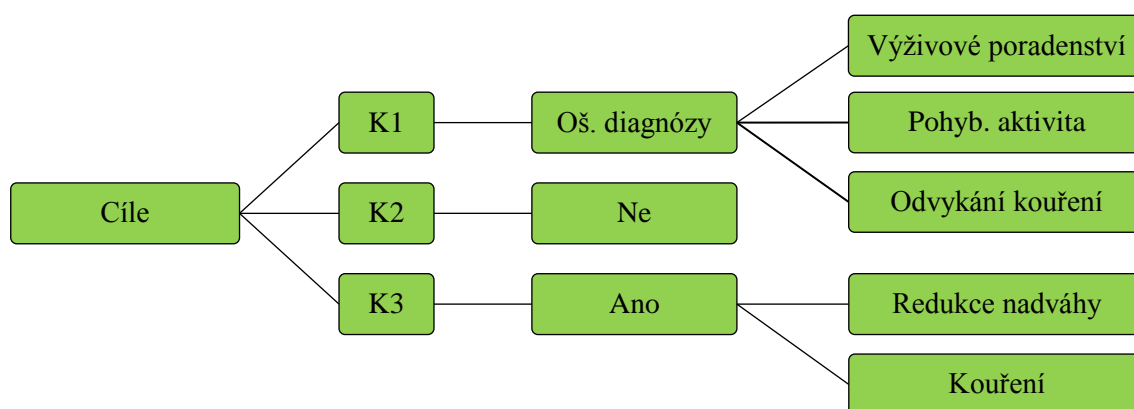


4.2.6 Stanovení cílů pro kardiologické pacienty

Cíle pro kardiaky lůžkové sestry pracující v kardiocentru K1 nestanovují, pouze v rámci ošetrovatelských diagnóz, kdy se jedná o cíle zaměřené na dostatek informací v oblasti sekundární prevence, především výživové poradenství, poradenství zaměřující se na pohybovou aktivitu a odbornou pomoc při odvykání kouření. Výsledky pacientova snažení týkající se změny životního stylu na oddělení sestry nezaznamenávají, pouze v rámci kardiocentra na zdejších kardiologických ambulancích. Také sestry S4, S5 a S6 z

kardiocentra K2 nestanovují na svém oddělení v rámci ošetrovatelské péče cíle pro kardiaky, proto ani nemají možnost zaznamenávat výsledky pacientova snažení. Tyto výsledky jsou u pacientů sledovány a zaznamenávány na kardiologických ambulancích, které jsou součástí zdejšího kardiocentra. V kardiocentru K3 cíle pro kardiaky lůžkové sestry stanovují. Nejvíce se zaměřují na redukci hmotnosti a zanechání kouření. Výsledky pacientova snažení vedoucí ke změně životního stylu sestry zaznamenávají, ale pouze v rámci hospitalizace a jedná se nejčastěji o snižování hmotnosti.

Diagram 11: Stanovení cílů pro kardiologické pacienty



4.2.7 Kontrola kardiologických pacientů

Dotázané sestry S1, S2, S3 se dle svých zkušeností domnívají, že větší zaměření na vzdělávání a kontrolu kardiaků v preventivní péči o zdraví více přispěje ke změně jejich chování. Doplnují, že ale stejně nejvíce záleží na individualitě a přístupu každého pacienta. Také sestry z kardiocentra K2 jsou přesvědčeny, že větší zaměření na vzdělávání a kontrolu kardiaků více přispěje k požadované změně chování u většiny z nich. I sestry S7, S8 a S9 z kardiocentra K3 se domnívají, že větším zaměřením na vzdělávání a kontrolu v preventivní péči může dojít u většího počtu kardiaků ke změně jejich chování. Oslovené sestry si myslí, že čím více se toho o prevenci pacientů dozvědí, tím je větší šance, že se budou ke svému zdraví chovat do budoucna zodpovědněji.

5 Diskuse

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, zda se pacienti po prodělaném infarktu myokardu aktivně účastní péče o své zdraví v rámci sekundární prevence, dále zjistit míru informovanosti pacientů o preventivních opatřeních, zjistit zda věk a délka léčby má vliv na provedení změn životního stylu a také zjistit zda mají uskutečněné změny vliv na spokojenost těchto pacientů. Dalším z cílů bylo zjistit, zda je prováděna edukace ze strany kardiologických sester u pacientů po prodělaném infarktu myokardu v rámci sekundární prevence a jaká ošetrovatelská dokumentace je vedená sestrami v jednotlivých kardiocentrech k edukaci kardiologických pacientů.

Do výzkumného šetření jsme zahrnuli 12 pacientů, kteří prodělali v různém časovém odstupu infarkt myokardu. Do druhého výzkumného šetření jsme zahrnuli 9 kardiologických sester, pracujících ve vybraných kardiocentrech.

Srdečně cévní choroby patří v posledních letech mezi jedny z celosvětově nejčastějších onemocnění. Z tohoto důvodu jsou dle Sovové (2005) a Špinara (2007) otázky kardiovaskulární prevence často probíraným tématem. I Světová zdravotnická organizace se přiklání k potřebě preventivních opatření a to z obavy dalšího nárůstu úmrtnosti na tato onemocnění. Bylo zjištěno, že nedodržováním zásad sekundární prevence dochází ke zvýšení, jak úmrtnosti, tak nemocnosti. Důsledkem toho pak k nárůstu nákladů za opakovanou léčbu. Na tento problém se zaměřila v 90. letech minulého století a počátkem nového tisíciletí mezinárodní studie EUROASPIRE I, II, III. Výsledky studií byly alarmující, bylo zjištěno, že ačkoliv jsou rizikové faktory srdečně cévních onemocnění známé a dobře ovlivnitelné, prevalence rizikových faktorů spíše narůstá. Výzkum potvrdil, že přestože umíme neustále zlepšovat možnosti moderní medicíny, nedokážeme prosadit jednoduché preventivní prostředky v praxi, a že je populací kardiologická prevence stále podceňována. To vedlo k tomu, že se Evropská kardiologická společnost rozhodla vytvořit Evropská doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi, jak uvádí Rosolová (2013). V roce 2012 byla za použití metod Evropské kardiologické společnosti, vydána nová společná doporučení The Fifth Joint Task Force, zabývající se nutností kardiovaskulární

prevence. Současná lékařská péče o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním si dnes uvědomuje, že pouze farmakologická léčba je nedostačující a že je potřeba preventivním opatřením věnovat stále větší pozornost. Jak uvádí Špinar (2007) ve své knize „Jak dobře žít s nemocným srdcem“ hlavně je nutné včas a cíleně edukovat a motivovat pacienty k dodržování zásad sekundární prevence.

Pacienti s diagnózou infarktu myokardu by měli být dostatečně poučeni o nutných režimových opatřeních již během hospitalizace. Při analýze zjištěných výsledků se mám potvrdilo, že oslovené kardiologické sestry z kardiocentra K1, K2, K3 mají možnost na svých pracovištích pacienty po infarktu myokardu edukovat. Oslovené lůžkové sestry spatřují edukační činnost převážně jako záležitost lékařů, tímto tvrzením se odvolávají na svou praxi. Domnívají se, že jejich větší možnosti v edukaci pacientů spočívají především v dostupnosti tištěného informačního materiálu na jejich pracovišti a v možnosti poskytovat pacientům doporučení účastnit se různých kardiologických, preventivních programů a v poskytování doporučení na kardiologického specialistu, fyzioterapeuta případně na klub kardiaků. Z toho je patrné, že edukační činnost současných sester není zcela dostačující. K nedostatečné edukaci ze strany sester dochází, dle mého názoru, také z důvodu značného pracovního vytížení, které bývá důsledkem nedostatečného množství sester na jednotlivých odděleních a také vykonáváním činností, které náleží lékařům. Sestrám pak na edukační činnost mnohdy nezůstává čas. Tento můj názor se opírá o mou několikiletou praxi v oboru kardiologie. Ani legislativně není edukační činnost sester u nás dostatečně upravena. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v § 4, písm. j) nalezneme zmínku o kompetenci edukovat pacienty, případně další osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály. Přesné a jednoznačné vymezení oblasti edukačních kompetencí sester v České republice chybí. Hlavní kompetence v oblasti edukace jsou stále dány jednoznačně pouze lékařům. Lékaři v České republice nejsou v otázce zvyšování kompetencí sester jednotní a jejich postoj je spíše negativní. To potvrdil i výzkum Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pod vedením docentky Bártlové zaměřený na předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. Podle závěrů pouze 18,5 % lékařů je

ochotno a souhlasí s předáním některých kompetencí sestřám, naopak 81,5 % lékařů tuto možnost odmítá. Lékaři stále nechtějí v převážné většině uznat sestry za samostatné odborníky, přestože dnes jsou sestry již vysokoškolsky vzdělané. Naproti tomu v mnoha zemích EU, ale i ve Spojených státech se setkáváme s širšími kompetencemi zdravotních sester, než je tomu u nás. Do jejich kompetencí mimo jiné patří i edukace pacientů v rámci prevence. Také pohled lékařů na sestry je jiný než u nás, lékaři zde berou sestry jako plnohodnotné profesní partnery. Edukaci zaměřenou na prevenci v současné době také ztěžuje podle Svěrákové (2012) fakt, že vlivem stálého zdokonalování medicínských postupů se značně zkrátila doba hospitalizace pacientů po infarktu myokardu. S tímto názorem mohu jen souhlasit. Ze své zkušenosti vím, že pacienti po infarktu s průběhem bez komplikací jsou hospitalizováni pouze 5 až 7 dní, oproti dřívějším 14 až 21 dnům. Vlivem zkrácení doby hospitalizace mohou lůžkové sestry jen obtížně stanovovat a vyhodnocovat u pacientů cíle zaměřené na potřebné změny jejich návyků a chování. To potvrdily i sestry z kardiocentra K1, K2, shodly se, že tato činnost je prováděna na kardiologických ambulancích, fungujících v rámci jejich kardiocentra. Sestry z kardiocentra K1 ještě uvedly, že cíle stanovují ojedinele a to pouze v rámci ošetřovatelských diagnóz. Jinak je tomu u sester S7, S8, S9, ty uvedly, že v rámci hospitalizace stanovují cíle, zaměřující se především na redukci hmotnosti a zanechání kouření. Oslovené sestry ze všech tří kardiocenter uvedly, že o pacientovu sociální situaci se na svém pracovišti nezajímají. Přitom z výsledků výzkumného šetření nám jasně vyplynulo, jak je pro pacienty pomoc a podpora blízkých osob důležitá. Pacienti připouští, že by sami, bez pomoci druhých požadované změny uskutečnit nedokázali, někdy je to problém i s pomocí. Proto se domnívám, že by bylo přínosné se o sociální poměry pacientů v rámci hospitalizace zajímat. V případě ne zcela vyhovujícího sociálního zázemí pak pacientům zprostředkovat pomoc odborníka. V rámci preventivní edukace pacientů se dotázané kardiologické sestry nejvíce zaměřují na oblast výživy, pohybového režimu (tyto dvě oblasti uvádějí oslovené sestry jako nejvíce problematické co se informovanosti pacientů týče), dále na redukci hmotnosti, eliminaci stresu, kouření a dodržování farmakologické léčby. To koresponduje i s odbornou literaturou, která se v otázkách prevence zaměřuje také nejčastěji na tato

zmíněná opatření.

K edukaci kardiologických pacientů je vedena ve zmíněných kardiocentrech dokumentace v podobě edukačních záznamů, karet, plánů a ošetrovatelských diagnóz. S tím, že ošetrovatelské diagnózy jsou sestrami k edukaci využívány pouze ojediněle. Na tom se shodly sestry z kardiocentra K1, K2. V kardiocentru K3 ošetrovatelské diagnózy k edukaci pacientů vůbec nevyužívají. Dle mého názoru poměrně velká část starších sester neumí stále v dnešní době s ošetrovatelskými diagnózami pracovat a vnímá je spíše jako přítěž ve své práci.

K prostředkům léčby srdečně-cévních nemocí patří dle našeho předního kardiologa profesora Štejfy (2007) správný životní styl, zdravá výživa a stravování, farmakoterapie a v neposlední řadě nefarmakologické léčebné metody. Štejfa (2007) říká, že cíle léčení kardiovaskulárních chorob spočívají jak ve zlepšení kvality života, tak i v jeho prodloužení bez nemoci. Jako hlavní přístupy k jejich splnění udává opakovanou edukaci, motivaci a případně psychoterapii. Z analýzy výzkumného šetření zaměřeného na pacienty po prodělaném infarktu myokardu vyplývá, že všech 12 respondentů obdrželo informace o tom, jaké základní preventivní opatření by měli dodržovat v souvislosti s onemocněním srdce a to od lékaře i od sestry. Nejvíce informací o zásadách sekundární prevence poskytl pacientům lékař. Z výsledků je patrné, že zdravotní sestry se podílejí na edukaci kardiaků, ale ne v takové míře jako lékař. Z 12 oslovených respondentů, šesti z nich informace, které obdrželi během hospitalizace, stačili. Zbylých 6 si informace doplnilo a rozšířilo po propuštění s využitím internetu. Z toho vyplývá, že pacienti jsou v dnešní době poměrně aktivní v získávání informací vztahující se k jejich onemocnění. I jejich informovanost o rizikových faktorech, které mohou oni sami ovlivnit je poměrně na dobré úrovni. Otázkou však zůstává, proč je angažovanost pacientů, bez ohledu na jejich věk a délku léčby stále nedostačující. Dle Kukačky (2010) jsou v dnešní přetechnizované době lidé pohodlní a spoléhají se rádi na okolí. Tento názor zastává i Sovová (2005), i ona se domnívá, že neustálým zkvalitňováním medicínských postupů má současná populace pocit, že jakýkoliv zdravotní problém medicína vyřeší bez jejich účasti a hlavně k jejich spokojenosti. S tímto názorem lze jen souhlasit. I z provedeného výzkumného šetření je

patrné, že většina respondentů se spokojí s málem. Často radikální změny vůbec neprovedou, ve většině případů se jedná pouze o změny částečné a proto mnohdy nedostačující. Další důležitou otázkou je, zda provedené, i když u někoho pouze částečné změny respondentům vydrží již napořád a zda budou respondenti ve svých snaženích pokračovat a zlepšovat se.

V rámci dodržování zdravé výživy Špinar (2007) doporučuje omezení tučných, slaných a sladkých potravin, nabádá k dodržování dietních opatření. Také Frej (2006) mluví o racionální dietě, doporučuje zařazení do jídelníčku více ovoce, zeleniny, nízkotučných výrobků, tmavého pečiva, bílého masa a hlavně ryb. Konzumovat porce jídla menší a 5 až 6 porcí během dne, dále doporučuje jídlo vhodně upravovat, především dušením a vařením. Z výzkumného šetření je patrné, že změnu stravovacích návyků si respondenti příliš k srdci nevzali. Vidíme značné rozdíly mezi odbornými názory a konáním respondentů. Sedm respondentů upravilo svou stravu, ale pouze částečně a respondenti R3, R11 změnu stravovacích návyků neprovedli vůbec. Zbylí respondenti R2, R6, R10 preferovali zdravou výživu již před onemocněním.

Dále nás zajímali změny u oslovených respondentů v oblasti kouření. Dle statistik se kouření podílí z 25 % na onemocnění srdce a nejméně 15 % na všech úmrtích z kardiovaskulárních příčin. Sovová (2005) upozorňuje, že vlivem kouření je srdeční infarkt u kuřáků 3-5 krát častější než u nekuřáků. Dále také, že po zanechání kouření se riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění u kuřáka během 2-5 let snižuje na polovinu a postupně klesá až na úroveň nekuřáka. Toto zjištění by mohlo být pro kuřáky motivující. Ale bohužel tomu tak není, dokládá nám to i naše výzkumné šetření. Z 12 respondentů 7 uvedlo, že jsou kuřáky. Z těchto pouze respondenti R5 a R12 přestali po prodělání infarktu myokardu kouřit. Čtyři respondenti R3, R6, R9 a R10 kouření v závislosti na prodělaném onemocnění alespoň omezili a respondent R4 neprovedl v oblasti kouření změnu žádnou. Z tohoto zjištění je patrné, že edukace v této oblasti nebyla dostačující. Léčba tabákové závislosti vede dle různých studií jednoznačně ke snižování rizika infarktu myokardu a kardiovaskulárních komplikací. Králíková (2005) se domnívá, že šance kuřáků na abstinenci zvyšují současné možnosti pomoci při odvykání od kouření. U našich respondentů R6 a R10, kteří využili ke

zbavení se závislosti na tabáku léčbu pomocí nikotinových náhražek a respondent R6 i odbornou pomoc se to částečně potvrdilo, došlo u nich k omezení kouření. Úplně přestat s kouřením však nedokázali.

Také fyzická aktivita je u pacientů s onemocněním srdce velmi probíraným tématem. V sedmdesátých letech vznikala řada epidemiologických studií, které prokázali, jak uvádí Štejfa (2007), že tělesná inaktivita, především sedavý způsob života, významně zvyšuje nemocnost i úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění. Dle Kumstáta (2011) došlo v posledních letech k velmi podstatné změně názorů na fyzickou aktivitu a pravidelné cvičení a to nejen v prevenci týkající se kardiovaskulárních onemocnění, ale především u pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Kraus (2007) považuje vytrvalostní aerobní trénink za základ pohybové aktivity kardiaků, který má jednoznačně nejpříznivější vliv na srdce. Přestože jsou nám v dnešní době tyto skutečnosti známé, z výsledků vyplývá, že oslovení respondenti téměř neprovádějí pravidelnou pohybovou aktivitu. Z 12 respondentů, respondenti R3, R4, R9, R11 nezařadili do svých denních aktivit více pohybu, zbylí respondenti se věnují nějakému sportu, i když nepravidelně a pouze respondenti R1 a R8 zařadili po proděláním infarktu myokardu do svých aktivit pravidelné denní cvičení. Toto zjištění, je dle mého názoru znepokojivé, ale bohužel vypovídá o dnešní společnosti, kdy většina z nás volí raději pohodlí nad pohybovou aktivitou. Přitom jak uvádí Štejfa (2007) bylo prokázáno, že pravidelná fyzická aktivita je významným rysem zdravého životního stylu, pravidelný pohyb má vliv nejen na zlepšení kardiorepirační zdatnosti organismu, ale pomáhá redukovat a udržovat tělesnou hmotnost, brání vzniku metabolického syndromu i inzulinové rezistenci a je velmi účinnou kompenzací chronického stresu.

Mezi jeden z významných, ovlivnitelných rizikových faktorů infarktu myokardu řadíme také stres. Vliv psychosociálních faktorů při srdečně cévních onemocnění je sledován již několik let. V rámci studie NHANES v USA bylo zjištěno, že negativní emoce zvyšují asi o 50 % relativní riziko fatálního infarktu myokardu. Křivohlavý (2010) podotýká, že pokud je stresová zátěž déle trvající a intenzivní může mít následky v oblasti jak duševní tak fyzické. Naopak vliv pozitivních emocí na snížení rizika kardiovaskulárního onemocnění byl prokázán studií, kterou provedli američtí

kardiologové z Kolumbijské univerzity a to konkrétně z výsledků epidemiologického projektu Nova Scotia Health Survey. Všichni námi dotazovaní respondenti, uvedli, že stresu se v každodenním životě nevyhnou. Nikdo z respondentů se však nedomnívá, že by stresovou zátěž nedokázal do určité míry eliminovat, k odreagování využívají svých zálib a koníčků.

Další oblastí, která nás zajímala je požívání alkoholu. Šamánek (2011) se domnívá, že pití alkoholu v malé míře má příznivý účinek na kardiovaskulární systém. To prokázaly i různé studie, kde bylo zjištěno, že přísní abstinenti mají vyšší riziko vzniku srdečně cévního onemocnění než jedinci s mírným pravidelným příjmem alkoholu. Z našeho výzkumu zjišťujeme malou přiměřenou konzumaci alkoholu pouze u dvou našich respondentů R9 a R12, kteří uvedli, že si dopřejí skleničku vína. Respondenti R3, R6, R8 alkohol konzumují častěji. Zbylí respondenti alkohol konzumují pouze ojedinele a ve velmi omezeném množství.

Důležitým zjištěním pro nás byla aktivní účast členů rodiny a blízkých, při změnách životního stylu našich respondentů. Pozitivně nás překvapilo, že všem našim respondentům se dostala podpora a pomoc při dodržování alespoň některých režimových opatření. Dle mého názoru, vyplývajícího z praxe, nejsou rodinní příslušníci pacientů po infarktu myokardu do edukace, vztahující se k preventivním opatřením, vůbec zahrnuti. Neznají pak souvislosti a důvody, proč měnit zažité rodinné zvyklosti. Podstatnou úlohu hraje neinformovanost především v pohybové aktivitě a ve stravovacích návycích. Rodina je v oblasti výživy většinou nejvíce ovlivněna ženou, která rozhoduje o tom, jak se bude rodina stravovat, jaké potraviny a jakým způsobem budou upraveny. To nám potvrdilo i výzkumné šetření. Jednoznačně se potvrdil také předpoklad, že kde není pozitivní a aktivní přístup daného jedince ani pomoc nejbližších a odborníků nic nezmůže.

Nedílnou součástí léčby po prodělání infarktu myokardu je jak léčba nefarmakologická, pomocí režimových opatření, tak dle Špinarové (2011), léčba farmakologická, která spočívá v pravidelném užívání předepsaných léků a pravidelných kontrolách v kardiologické ambulanci. To se nám našim výzkumem potvrdilo. Dotázaní respondenti jsou si vědomi nutnosti farmakologické léčby. Kontrol u lékaře se účastní a

naordinované léky užívají. Shodně se domnívají, že pouze pravidelné užívání léků nestačí, aby byli již mimo riziko vzniku dalšího infarktu myokardu. Jsou si vědomi, že je zapotřebí i preventivní léčby nefarmakologické, pomocí doporučených režimových opatření. A tady je patrný rozkol s našimi zjištěními, přestože respondenti jsou si vědomi potřeby preventivních opatření a uvědomují si, že nedodržují všechny zásady sekundární prevence, nejsou ve většině případů ochotni své postoje a zvyklosti radikálně změnit. A to i přesto, že jim případné dosažené změny přináší pocit uspokojení a fyzické i psychické pohody. Pozitivní je zjištění, že někteří respondenti uvádějí, že mají zájem podstoupit změny ve svém dosavadním životním stylu. Otázkou však zůstává, zda opravdu budou tyto změny v praxi uskutečněny.

Celé výzkumné šetření nás utvrdilo v tom, že vždy záleží především na konkrétním pacientovi, jaký zaujme postoj ke svému zdraví. A jaké bude ochotný udělat změny pro zlepšení a udržení svého zdraví. Stejný názor má i Karen (2004), ten uvádí, že základním předpokladem v péči o své zdraví je především aktivní přístup jedince ke změně životního stylu a cílená redukce rizikových faktorů. Dle Bruthanse (2011) stále zůstává nevyřešená otázka, jak přimět všechny kardiaky k trvalé úpravě životního stylu. Zatím žádný z dostupných přístupů nepřinesl v tomto ohledu potřebnou účinnost. Bohužel s tímto tvrzením lze jen souhlasit. Dále jsme se utvrdili také v tom, že edukační činnost sester v rámci sekundární prevence je stále ještě nedostatečná. A proto je dle mého názoru úkolem současného, moderního ošetřovatelství dát sestřím prostor k včasné a cílené edukaci kardiologických pacientů. Správnou motivací je přesvědčit, že preventivní opatření nejsou pouze doplňkovou formou farmakologické léčby, ale naopak, že jsou na stejné úrovni důležitosti v péči o zdraví jako medicínské postupy a léčba farmakologická.

6 Závěr

Nesprávný životní styl dnešní populace vedl ke vzniku takzvaných civilizačních chorob, mezi které řadíme i kardiovaskulární onemocnění. Ta zaujímají v současné době v žebříčku nejrozšířenějších onemocnění u dnešní populace jedno z předních míst. Prevence těchto onemocnění, mezi které patří také infarkt myokardu, je v posledních letech v popředí zájmu světových kardiologických společností. Ty stále více upozorňují na nutnost dodržovat preventivní režimová opatření. Poukazují, že jejich nedodržováním dochází ke zvýšení mortality i morbidit současné populace. Vlivem toho pak dochází k narůstání nákladů za další léčbu. Proto je časná a cílená sekundární prevence důležitá a to nejen z důvodů snížení finančních nákladů, ale především z důvodů navrácení a upevnění zdraví pacientů. Osvojení si vědomostí a znalostí o problematice režimových opatření u onemocnění srdce patří k prvořadým úkolům každého kardiologického pacienta. Avšak nestačí mít jen dostatečné znalosti a vědomosti, ale je nutné přijmout požadované změny za své a po celý život se řídit zásadami zdravého životního stylu. Míra změny životního stylu závisí na daném jedinci, na jeho individuální schopnosti změnit po onemocnění své chování.

Tato diplomová práce na téma Účast pacientů po prodělaném infarktu myokardu na aktivní péči o své zdraví v rámci sekundární prevence se zabývala informovaností kardiologických pacientů o sekundární prevenci, mírou jejich vlastní aktivity a angažovanosti v péči o své zdraví, přínosem a obtížností uskutečněných změn a vlivu dosažených změn na spokojenost pacienta. Dále možností a mírou edukace ze strany kardiologických sester v rámci sekundární prevence u pacientů, kteří prodělali infarkt myokardu. Také nás zajímala ošetrovatelská dokumentace využívaná a vedená kardiologickými sestrami k edukaci kardiologických pacientů.

Na počátku výzkumného šetření bylo stanoveno šest cílů a osm výzkumných otázek. První čtyři cíle se vztahovali k prvnímu výzkumnému šetření, které bylo zaměřené na kardiologické pacienty. Úkolem těchto cílů bylo zjistit, zda pacienti po prodělaném infarktu myokardu obdrželi informace o sekundární prevenci vztahující se k jejich onemocnění; jaký postoj zaujímají pacienti po prodělaném infarktu myokardu k

potřebě změny životního stylu v závislosti na jejich věku a délce léčby; jak jsou pacienti po prodělaném infarktu myokardu aktivní v péči o své zdraví v rámci sekundární prevence, zda dodržování zásad sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu má vliv na jejich životní spokojenost. Výzkumné otázky stanovené pro kardiologické pacienty zněly: 1. Obdrželi pacienti po prodělaném infarktu myokardu informace o sekundární prevenci vztahující se k jejich onemocnění? 2. Byli pro pacienty tyto informace srozumitelné? 3. Jsou pacienti po prodělaném infarktu myokardu aktivní v péči o své zdraví? 4. Jaký postoj zaujímají pacienti po prodělaném infarktu myokardu k potřebě změny životního stylu? 5. Má na postoj pacientů k prevenci vliv jejich věk a délka léčby? 6. Má dodržování zásad sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu vliv na zkvalitnění jejich dalšího života?

Další dva stanovené cíle se týkaly druhého výzkumného šetření zaměřeného na kardiologické sestry. Úkolem těchto cílů bylo zjistit, zda sestry edukují o sekundární prevenci u pacientů po prodělaném infarktu myokardu a v jaké míře; jaká ošetrovatelská dokumentace je vedena kardiologickými sestrami na lůžkových odděleních v rámci edukace u pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Výzkumné otázky stanovené pro kardiologické sestry zněly: 7. Edukují kardiologické sestry pacienty po prodělaném infarktu myokardu v rámci sekundární prevence? 8. Jaká ošetrovatelská dokumentace je kardiologickými sestrami vedena v rámci sekundární prevence u pacientů po prodělaném infarktu myokardu?

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti jsou edukováni o zásadách sekundární prevence u kardiovaskulárních onemocnění, míra edukace sestrami je však bohužel nedostačující. S tímto zjištěním koresponduje i úroveň znalostí ovlivnitelných rizikových faktorů infarktu myokardu a režimových opatření sekundární prevence pacientů, která je poměrně vysoká. Jako doplňující zdroj informací však někteří pacienti uvádějí veřejné zdroje, především internet. Vlastní úroveň změn v přístupu k sekundární prevenci je však ze strany většiny pacientů stále nedostatečná a neodpovídá úrovni zlepšení možností moderní medicíny a to bez ohledu na jejich věk a délku léčby. Pacienti stále ve velké míře spoléhají pouze na invazivní řešení a s tím spojenou farmakologickou léčbu. Neuvědomují si, že ta je pouze úpravou následků,

nikoliv vlastních příčin. Možnou příčinou tohoto stavu je nedostatečný způsob edukace sestrami a nezařazení nejužšího sociálního okolí pacienta do edukačního procesu. Druhým výzkumným šetřením bylo navíc zjištěno, že sestry cíleně pacientovu sociální situaci nezjišťují. Přitom z výsledků prvního výzkumného šetření nám jasně vyplynulo, jak je pro pacienty pomoc a podpora okolí důležitá. Proto se domnívám, že by bylo pro pacienty přínosem se o jejich sociální poměry během hospitalizace zajímat a v případě nevyhovujícího sociálního zázemí jim zajistit odbornou pomoc.

Kardiologické společnosti celosvětově volají po důsledné primární i sekundární prevenci celé populace. Zdůrazňují nutnost vštípit veškerému obyvatelstvu, že především změna životního stylu a aktivní přístup k sobě samému, povede k navrácení a upevnění jejich zdraví. Následně pak k udržení si dobré kvality života co nejdéle. Nejlépe po celou dobu jeho trvání.

Výsledky výzkumného šetření mohou být inspirací pro zdravotnický management ke zlepšení rozsahu edukační činnosti zaměřené na sekundární prevenci u pacientů po prodělaném infarktu myokardu ze strany kardiologických sester. A zamyšlením nad zahrnutím rodinných příslušníků a blízkých osob do preventivní edukace, z důvodu získání informací o potřebných režimových opatřeních v rámci jejich podpory a pomoci při uskutečňování změn životního stylu a dodržování zásad prevence pacientem, který prodělal infarkt myokardu. Výsledky diplomové práce by mohly být přínosné, nejen pro zdravotnické pracovníky v oboru kardiologie, ale i pro laickou veřejnost, která se zajímají o problematiku sekundární prevence u kardiovaskulárních onemocnění.

*„Cílem prevence je podpora zdraví;
jejím základem nekouřit, zdravě jíst,
nepít alkohol, zhubnout a hýbat se!“*

Miloš Štejfa

7 Seznam informačních zdrojů

1. ASCHERMANN, Michael a Aleš LINHART. Kouření a kardiovaskulární onemocnění. *Cor et Vasa* [online]. 2010, roč. 52, č. 9, s. 500-505 [cit. 2014-02-08]. ISSN 1803-7712. Dostupné z: <http://www.e-coretvasa.cz/casopis/view?id=3605>
2. BÁRTLOVÁ, Sylva a Hana HAJDUCHOVÁ. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*. 2010, roč. 12, č. 1, s. 20-33. ISSN 1212-4117.
3. BRUTHANS, Jan. Pokles úmrtnosti na ICHS a jeho hlavní příčiny. *Cor et vasa*. 2011, roč. 53, č. 4-5, s. 260-263. ISSN: 0010-8650.
4. CÍFKOVÁ, Renata, Jan BRUTHANS, Věra ADÁMKOVÁ a kol. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006-2009. Studie Czech post-MONICA. *Cor et Vasa* [online]. 2011, roč. 53, č. 4-5, s. 220-229 [cit. 2014-02-18]. ISSN 1803-7712. Dostupné z: <http://www.e-coretvasa.cz/casopis/view?id=3981>
5. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 ze dne 14. 3. 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 483-485. [cit. 2014-02-26] Dostupná také z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-zastanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html
6. Český institut metabolického syndromu, o.p.s. [online]. 2013 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.cims-ops.cz>
7. ČEŠKA, Richard. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-725-4738-0.
8. ČEŠKA, Richard. *Interna*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-807-3874-230.
9. DI CARA, Veronika, Petra CHARVÁTOVÁ, a Tomáš PETR. *Pracovní podmínky zdravotníků v ČR*. [online prezentace]. 2013 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf

10. FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-807-3451-608.
11. FREJ, David. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4537-X.
12. GRAHAM Ian et al. *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary*. [Online]. 2007 [cit. 2014-01-26]. Dostupné z: http://www.athero.cz/cze/odborna-doporuceni/Euro_CVD-prevention_07.pdf
13. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1868-5.
14. HAMPTON, John R. *The ECG made easy 7th ed*. New York: Churchill Livingstone, 2008. ISBN 978-044-3068-263.
15. HAZULÍKOVÁ, Jana a Zdeňka ŘÍMOVSKÁ. Zvládání stresu a prevence jeho následků. [Online]. 2010 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevencejeho-nasledku-450941>
16. HERDMAN, T Heather. *NANDA International. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
17. HERDMAN, T Heather. *NANDA International. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 20012-2014*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
18. HOLM, František. Sekundární prevence po akutním infarktu myokardu. *Causa subita*. 2011, roč. 14, č. 1, s. 32-35. ISSN: 1212-0197.
19. HOUSOVÁ, Jitka, Mojmir KASALICKÝ, David MICHALSKÝ, Martin HALUZÍK a Štěpán SVAČINA. Obezita jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění. *Kapitoly z kardiologie pro lékaře v praxi*. 2005, roč. 7, č. 3, s. 90-93. ISSN: 1212-5342.
20. CHALOUPKA, Václav. Rehabilitace nemocných s ischemickou chorobou srdeční.

- Kardiologická revue*. 2009, roč. 11, č. 2, s. 58-62. ISSN: 1212-4540; 1801-8653.
21. IŠTOŇOVÁ, Miriam a Miroslav PALÁT. Psychosociální rizikové faktory v rehabilitácii kardiakov. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2009, roč. 16, č. 1, s. 26-32. ISSN: 1211-2658.
 22. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4721-712.
 23. KLESCHT, Vladimír. *Pět pilířů zdravého života*. Brno: Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-2149-8.
 24. KOLÁŘ, Jiří a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-604-5.
 25. KRÁLÍKOVÁ, Eva. Cigareta a diagnóza infarkt. *Osobní lékař*. 2005, roč. 5, č. 1, s. 16-17. ISSN: 1213-2470.
 26. KRAUS, William a Steven KETAYIAN. *Cardiac Rehabilitation*. Humana Press, 2007. ISBN 978-1-59745-491-9.
 27. KROUŽKOVÁ-ZDEŇKOVÁ, Pavlína. Nutriční terapie při kardiovaskulárních chorobách. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 9, s. 25. ISSN:1210-0404.
 28. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4731-490.
 29. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovateľství*. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3676-841.
 30. KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.
 31. KUMSTÁT, Michal, Robert VYSOKÝ, Iva TOMÁŠKOVÁ, Iva HRNČÍŘOVÁ a Ondřej SMOLKA. Pohybový program pro jedince s rizikovými faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Studia sportiva*. 2011, roč. 5, č. 1, s. 167-172. ISSN: 1802-7679.

32. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích: vědecká monografie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1050-1.
33. MARŠÁLEK, Pavel. *Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4740-2.
34. MAYER, Oto, Jaroslav ŠIMON, Markéta GALOVCOVÁ, Jana HRBKOVÁ, Jan BRUDHANS, Jiří BĚLOHOUBEK, Monica PATRAULEA, Jiří JESCHKE, Hana OSOLOVÁ a Renata CÍVKOVÁ. Úroveň sekundární prevence ischemické choroby srdeční u českých pacientů ve studii EUROASPIRE III. *Cor et vasa*. 2008, roč. 50, č. 4, s. 156-162. ISSN: 0010-8650.
35. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-198.
36. NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
37. O'KEEFE, James H., Maia D. CARTER a Carl J. LAVIE. Primární a sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. *Medicína po promoci*. 2009, roč. 10, č. 6, s. 16-28. ISSN: 1212-9445.
38. PLEVOVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatel'ství I*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
39. PULLON, S. Competence, respect and trust: Key features of successful Inter-professional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*. [Online]. 2008, roč. 22, č. 2, s. 133-147. [cit. 2014-02-26]. ISSN: 1356-1820. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com>
40. ROSOLOVÁ, Hana a Martin MATOULEK. *Metabolický syndrom a prevence srdečně-cévních nemocí*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2546-1.
41. Rosolová, Hana a kol. *Preventivní kardiologie v kostce*. Praha: Axonite, 2013. ISBN 978-80-904899-5-0.
42. SETOGUCHI, Soko. Léčba rizikových faktorů nemoci. *Clinical cardiology alert*.

- 2008, roč. 2, č. 4, s. 29-30. ISSN: 1213-2586.
43. SOVOVÁ, Eliška. Edukace pacientů jako základ zlepšení prognózy pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. *Cor et vasa*. 2009, roč. 51, č. 11-12, s. 835. ISSN: 0010-8650, 1803-7712.
 44. SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. *100 + 1 otázek a odpovědí pro kardiaky: vyšetření, rizikové faktory, srdeční onemocnění*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1166-4.
 45. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-452.
 46. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
 47. ŠAMÁNEK, Milan a Zuzana URBANOVÁ. *Jak prospívá střídání pití vína lidskému zdraví?. Interní medicína pro praxi*. [Online]. 2011. [Cit. 2014-01-12]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/11/10.pdf>
 48. ŠETINA, Marek. *Kardiochirurgie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-704-0779-4.
 49. ŠIMON, Jaroslav. Jak se měnila paradigma preventivní kardiologie za 80 let trvání ČKS (1929–2009). Perspektivy a potenciál pro prevenci kardiovaskulárních chorob v tomto století. *Cor et Vasa* [online]. 2009, roč. 51, č. 10, s. 708-712 [cit. 2014-02-10]. ISSN 1803-7712. Dostupné z: <http://www.e-coretvasa.cz/data/View?id=294>
 50. ŠPINAR, Jindřich. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1822-4.
 51. ŠPINAROVÁ, Lenka, Jindřich ŠPINAR a Jiří VÍTOVEC. Farmakoterapie po srdečním infarktu. *Vnitřní lékařství*. 2011, roč. 57, č. 11, s. 966-969. ISSN: 0042-773X.
 52. ŠTEJFA, Miloš a spolupracovníci. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1385-3.

53. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho klasifikace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
54. URBANOVÁ, Zuzana a Milan ŠAMÁNEK. Význam soli v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Cor et vasa*. 2011, roč. 53, č. 4-5, s. 257-259. ISSN: 0010-8650.
55. ČESKO. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky/Czech Health Statistics Yearbook*. [online]. 2000-2013 [cit. 2014-01-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>
56. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
57. VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-7013-526-6.
58. VÍTEK, Libor. *Body mass index – BMI*. [Online]. 2010. [Cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.sportvital.cz/zdravi/civilizacni-nemoci/nadvaha-a-obezita/body-mass-index-bmi/>
59. VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a kol. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.
60. VRABLÍK, M. a kol. *Otazníky kardiovaskulární prevence 2009*. Brno: Facta Medica, 2009. ISBN 978-80-904260-2-3.
61. Widimský Jiří a kol. *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy X*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-569-5.
62. WILLIAMS, A., Mark. *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs*. American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation, Human Kinetics: 2004. ISBN 0-7360-4864-2.
63. ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. *Ateroskleróza: nové pohledy*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4730-523.

8 Přílohy

Příloha 1a) Racionální dieta doporučovaná americkou kardiologickou společností

Příloha 1b) Orientační hodnoty energetického příjmu a výdeje

Příloha 2 Fagerstömův test závislosti na nikotinu

Příloha 3 Rehabilitace nemocných po infarktu myokardu

Příloha 4 Mezinárodní klasifikace stavu výživy podle BMI

Příloha 5 Vybrané ošetřovatelské diagnózy související s podporou zdraví jedince

Příloha 6 Okruhy otázek k rozhovorům pro kardiaky, kteří prodělali infarkt myokardu

Příloha 7 Okruhy otázek k rozhovorům pro sestry pracující v kardiocentrech

Příloha 8 Transkripce rozhovorů s respondenty po prodělaném infarktu myokardu

Příloha 9 Transkripce rozhovorů se sestrami pracujícími v oboru kardiologie

Příloha 10 Kódování

Příloha 11 Souhlasná stanoviska pro provedení výzkumného šetření

PŘÍLOHA 1

a) Racionální dieta doporučovaná americkou kardiologickou společností

Dieta podle Americké kardiologické společnosti - tři stupně.

	Sacharidy	Bílkoviny	Tuky	Nenasycené tuky, monoenové a polyenové kyseliny	Cholesterol
1. stupeň	50-60 %	15 %	<30 %	10 %	<300 g/den
2. stupeň			25 %		200-250 g/den
3. stupeň	65 %	15 %	20 %		100-150 g/den

Cílem diety pro kardiaky v Evropě by měl být následující denní příjem:

- vláknina do 30 g, u rizikových osob i více;
- komplexní sacharidy nad 40 %, rizikovní jedinci 45–55 %;
- bílkoviny 12–13 %;
- sacharidy jednoduché 10 %;
- tuk 35 %, v riziku 20–30 %;
- nasycené mastné kyseliny 15 %, lépe < 10 %;
- poměr polynenasycené/saturované mastné kyseliny nad 1,0;
- cholesterol do 300 mg výhledově i pod 200;
- sůl do 7–8 g, výhledově < 5 g.

b) Orientační hodnoty energetického příjmu a výdeje

Orientační hodnoty energetického příjmu

<i>Energetický příjem ve 100g potravin</i>	<i>Skupina potravin</i>
120 kJ (30 kcal)	zelenina
220 kJ (50 kcal)	ovoce
400-1000 kJ (95-240 kcal)	ryby, koře bez kůže, libová masa, nízkotučné mléko a nízkotučné mléčné výrobky
900-1500 kJ (215-360 kcal)	pečivo, těstoviny, obilné výrobky
900-2000 kJ (215-480 kcal)	tučná masa, uzeniny, plnotučné sýry
více než 2000 kJ (>480 kcal)	zákusky, sladkosti
více než 2500 kJ (>600 kcal)	tuky

Orientační hodnoty energetického výdeje při různých činnostech

<i>Energetický výdej za hodinu</i>	<i>Aktivita</i>
do 300	základní látková přeměna, spánek
méně než 400 kJ (95 kcal/hod.)	aktivity vsedě, vyžadující malé pohyby: šití, pletení, čtení, psaní, sledování televize, oblékání,
400-800 kJ (95-190 kcal/hod.)	lehké domácí práce a práce na zahrádce: umývání nádobí, žehlení, psaní na stroji, klidná procházka, řízení auta, utírání prachu
800-1000 kJ (190-240 kcal/hod.)	středně těžké domácí práce: ruční praní, stlaní, věšení prádla, zametání, sport: chůze 4 km/hod., zdravotní gymnastika, klidná jízda na kole
1000-1500 kJ (240-360 kcal/hod.)	těžší domácí, zahradnické, údržbářské práce: luxování, mytí oken, klepání kobereců, tapetování, malování stěn sport: chůze 6 km/hod., bruslení, pomalé plavání, míčové hry – rekreačně, stolní tenis
1500-1900 kJ (360-455 kcal/hod.)	sex, rychlejší sportování: aerobik, lyžování, běh, tenis, jízda na kole 15 km/hod. kopání krumpáčem, házení lopatou, dřevorubecké práce
1900-2100 kJ (455-500 kcal/hod.)	intenzivní sportování: atletika, plavání kraulem, běhy, lyžování, box, cyklistika 20 km/kod., štípání dříví, rychlá chůze do schodů
2100 -2500kJ (500-600 kcal/hod.)	hokej, jogging rychlostí 12 km/hod., rychlé plavání, veslování, intenzivní odhrabávání sněhu
Více než 2900 kJ (600 kcal/hod.)	intenzivní sport, běh rychlostí 1km za 3 min., soutěžní aerobik, závod v běhu na lyžích, triatlon...

Zdroj: Špinar, Jindřich. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 2007

PŘÍLOHA 2

Fagerstömův test závislosti na nikotinu

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

5 bodů – slabá závislost

5-7 bod – silná závislost

7 a více bodů – extrémně silná závislost

Zdroj: Štejfa, Miloš. *Kardiologie*. 2007

PŘÍLOHA 3

Rehabilitace nemocných po infarktu myokardu

a) Rehabilitační proces - čtyři fáze.

- I. fáze – nemocniční rehabilitace. Hlavní smysl nemocniční rehabilitace je zabránit dekonkci, tromboembolickým komplikacím a připravit nemocného k návratu k běžným denním aktivitám.
- II. fáze – časná posthospitalizační rehabilitace. Měla by začít co nejdříve po propuštění s délkou trvání do 3 měsíců. Pokládá se za rozhodující pro navození potřebných změn životního stylu a dodržování zásad sekundární prevence. U některých nemocných vyžaduje intenzivnější lékařský dohled.
- III. fáze – období stabilizace. Začíná v době stabilizace klinického nálezu, klade se důraz na vytrvalostní trénink a pokračování ve změnách životního stylu.
- IV. fáze – udržovací. Pacient pokračuje v dodržování zásad předchozích aktivit s minimální odbornou kontrolou. Samozřejmě za předpokladu trvalé stabilizace zdravotního stavu.

b) Individuální domácí trénink pro kardiaky

Týden	Vzdálenost	Čas	Poznámka
1	400 m	5 min (klidná chůze)	2x denně
2	800 m	10 min (klidná chůze)	2x denně
3	1200 m	20 min chůze – 5 min přestávka, opakovat	1x denně
4	1500 m	20 min	1x denně
5	2000 m	30 min	2x denně
6	3000 m	35–40 min	1x denně

Zdroj: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2004/02/03.pdf>

PŘÍLOHA 4

Mezinárodní klasifikace stavu výživy podle BMI

Klasifikace	BMI (kg/m ²)	Zdravotní riziko
Podváha	<18,5	
Těžká podváha	<16,0	velmi vysoké
Středně těžká podváha	16,0-16,99	zvýšené
Mírná podváha	17,0-18,49	mírně zvýšené
Fyziologické rozmezí	18,50-24,99	Průměrné
Nadváha	25,0-29,99	mírně zvýšené
Obezita	>30,0	
1. stupně	30,0-34,99	středně vysoké
2. stupně	35,0-39,99	velmi vysoké
3. stupně	>40,0	vysoké

Optimální hodnoty BMI:

muži: 21,9 – 22,4 kg/m²

ženy: 21,3 – 22,1 kg/m²

Výpočet BMI = tělesná hmotnost (v kg) děleno druhou mocninou výšky (v metrech)

S vyššími hodnotami stoupá riziko vysokého krevního tlaku, diabetu i kardiovaskulárních onemocnění. Je vhodné upozornit, že BMI v české populaci dosahuje v průměru hodnoty 27,5 kg/m².

Zdroj: Špinar, Jindřich. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 2007

PŘÍLOHA 5

Vybrané ošetřovatelské diagnózy související s podporou zdraví jedince

Doména 1: Podpora zdraví	
Třída 1: Uvědomování si zdraví	
Nedostatek zájmových aktivit	00097
Sedavý způsob života	00168
Třída 2: Management zdraví	
Oslabené zdraví v komunitě	00215
Chování náchylné ke zdravotním rizikům	00188
Neefektivní udržování zdraví	00099
Snaha zlepšit stav imunizace	00186
Neefektivní ochrana	00043
Neefektivní management vlastního zdraví	00078
Snaha zlepšit management vlastního zdraví	00162
Neefektivní management léčebného režimu v rodině	00080
Doména 2: Výživa	
Třída 1: Příjem potravy	
Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu	00001
Snaha zlepšit výživu	00163
Riziko nevyvážené výživy: více, než je potřeba organismu	00003
Doména 4: Aktivita/odpočinek	
Třída 2: Aktivita – cvičení	
Riziko syndromu nepoužívání	00040
Třída 3: Rovnováha energie	
Únava	00093
Třída 5: Sebepéče	
Snaha zlepšit sebepéči	00182
Zanedbávání sebe sama	00193
Doména 5: Percepce/kognice	

Třída 4: Kognice	
Nedostatečné znalosti	00126
Snaha zlepšit znalosti	00161
Třída 5: Komunikace	
Snaha zlepšit komunikaci	00157
Zhoršená verbální komunikace	00051
Doména 6: Sebepercepce	
Třída 1: Sebepojetí	
Beznaděj	00124
Snaha zlepšit sebepojetí	00167
Doména 7: Vztahy mezi rolemi	
Třída 2: Rodinné vztahy	
Riziko narušení vztahu	00058
Disfunkční procesy v rodině	00063
Narušené procesy v rodině	00060
Snaha zlepšit procesy v rodině	00159
Třída 3: Plnění rolí	
Neefektivní vztah	00223
Snaha zlepšit vztah	00207
Riziko neefektivního vztahu	00229
Zhoršená sociální interakce	00052
Doména 8: Sexualita	
Třída 2: Sexuální funkce	
Sexuální disfunkce	00059
Neefektivní vzorec sexuality	00065
Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže	
Třída 2: Reakce na zvládání zátěže	
Neefektivní plánování aktivit	00199
Riziko neefektivního plánování aktivit	00226
Úzkost	00146
Obranné zvládání zátěže	00071

Neefektivní zvládnání zátěže	00069
Snaha zlepšit zvládnání zátěže	00158
Oslabené zvládnání zátěže v rodině	00074
Neschopnost zvládat zátěž v rodině	00073
Snaha zlepšit zvládnání zátěže v rodině	00075
Neefektivní popírání	00072
Strach	00148
Snaha zlepšit zdatnost	00187
Bezmocnost	00125
Zhoršená odolnost jedince	00210
Snaha zvýšit odolnost	00212
Stresové přetížení	00177
Doména 10: Životní principy	
Třída 1: Hodnoty	
Snaha zvýšit naději	00185
Třída 2: Přesvědčení	
Snaha zlepšit duchovní well-being	00068
Třída 3: Soulad hodnot/přesvědčení/jednání	
Snaha zlepšit rozhodování	00184
Doména 12: Komfort	
Třída 1: Tělesný komfort	
Zhoršený komfort	00214
Snaha zlepšit komfort	00183
Třída 3: Sociální komfort	
Zhoršený komfort	00214
Snaha zlepšit komfort	00183
Sociální izolace	00053

Zdroj: Herdman, T. Heather. Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012-2014. 2013

PŘÍLOHA 6

Okruhy otázek k rozhovorům pro kardiaky, kteří prodělali infarkt myokardu

1. Jak dlouho jste po prodělání infarktu myokardu?
2. Byly Vám sděleny zásady sekundární prevence, které byste měl/a dodržovat v souvislosti s infarktem myokardu a kým Vám byly sděleny?
3. Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sám/a ovlivnit?
4. Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Pokud ne, tak z jakého důvodu?
5. Pokud ano, co Vám změna stravy přinesla?
6. Zvládl/a, jste tuto změnu provést sám/a, nebo jste potřeboval/a pomoc okolí?
7. Kouříte?
8. Pokud jste přestal/a kouřit po prodělání infarktu myokardu, v čem vidíte přínos této změny?
9. Zvládl/a, jste tuto změnu provést sám/a, nebo jste potřeboval/a pomoc okolí?
10. Konzumujete alkohol?
11. Pokud jste omezil/a konzumaci alkoholu po prodělání infarktu myokardu, v čem vidíte přínos této změny?
12. Zvládl/a, jste tuto změnu provést sám/a, nebo jste potřeboval/a pomoc okolí?
13. Jste často vystaven/a stresu v běžném životě?
14. Pokud ano, naučil/a jste se stres eliminovat, co Vám snížení stresové zátěže přineslo?
15. Zvládl/a, jste tuto změnu provést sám/a, nebo jste potřeboval/a pomoc okolí?
16. Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu?
17. Pokud ano, co Vám změna pohybové aktivity přinesla?
18. Zvládl/a, jste tuto změnu provést sám/a, nebo jste potřeboval/a pomoc okolí?
19. Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi?
20. Užíváte pravidelně léky předepsané lékařem v souvislosti s prodělaným

infarktem myokardu?

21. Myslíte, že pokud budete užívat pouze pravidelně léky, jste již mimo riziko vzniku dalšího infarktu myokardu?
22. V čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence (v dietním omezení, pohybové aktivitě, vyvarování se stresovým situacím, v omezení či zanechání kouření, pravidelném užívání léků,)?
Z jakého důvodu?
23. V čem nejvíce se změnil Váš životní styl po prodělaném infarktu myokardu?
24. Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost?

PŘÍLOHA 7

Okruhy otázek k rozhovorům pro sestry pracující v kardiocentrech

1. Jaká je Vaše dosavadní délka praxe v oboru kardiologie?
2. Účastní se sestry na Vašem pracovišti vzdělávání kardiaků se zaměřením na preventivní péči o jejich zdraví?
3. Mají sestry pracující na Vašem pracovišti v současné době větší možnosti ve vzdělávání kardiaků v oblasti sekundární prevence než dříve?
Pokud ano, jaké?
4. Na co se v rámci vzdělávání kardiaků nejvíce zaměřujete?
5. S jakými nejčastějšími nedostatky v oblasti informovanosti se u kardiaků setkáváte?
6. Zajímáte se o pacientovu sociální situaci z důvodu ovlivnění jeho zdravotního stavu do budoucna?
7. V případě špatného sociálního zázemí poskytujete těmto pacientům kontakty na specializované poradny, kluby pro kardiaky (kde mohou najít oporu pro uskutečnění potřebných změn)?
8. Je na Vašem pracovišti kardiak poučen před ukončením hospitalizace o režimových opatřeních?
9. Jaká ošetrovatelská dokumentace je ve Vaší nemocnici vedena v rámci preventivního vzdělávání kardiaků (edukační plány, edukační záznamy, diagnózy na podporu zdraví, ...)?
10. Jsou na Vašem pracovišti sestavovány ošetrovatelské cíle pro kardiaky zaměřující se na změnu jejich životního stylu (zařazení pohybové aktivity do denního života, výživové poradenství, redukce hmotnosti, zanechání kouření, omezení alkoholu, eliminace stresu, ...)?
Pokud ano, na jaké cíle se nejvíce zaměřujete?
11. Zaznamenáváte na Vašem pracovišti výsledky pacientova snažení týkající se změny životního stylu (změnu stravovacích návyků, snižování hmotnosti,

omezení či zanechání kouření, přijmutí pravidelné pohybové aktivity, zvýšení fyzické zdatnosti, omezování pití alkoholu, zvládání stresových situací,)?

12. Vnímáte sledování těchto výsledků jako přínosné pro další motivaci kardiaka v ovlivňování režimových a léčebných opatření?

13. Domníváte se dle svých zkušeností, že větší zaměření na vzdělávání a kontrolu kardiaků v preventivní péči o zdraví více přispěje ke změně jejich chování?

PŘÍLOHA 8

Transkripce rozhovorů s respondenty po prodělaném infarktu myokardu

Rozhovor s Respondentem 1

Respondent mužského pohlaví, věk 41 let. Infarkt myokardu prodělal před dvěma roky, kdy podstoupil úspěšnou PTCA v kardiocentru Fakultní nemocnice v Motole. Nyní hospitalizován pro anginózní bolesti, provedena koronarografie, která nový infarkt myokardu nepotvrdila.

Respondent obdržel informace týkající se zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění od lékaře i od sestry. „*Sestra mi dala leták, byly tam rady o tom jaká strava a jaký pohyb je vhodný u srdečních onemocnění, ale stejně jsem koukl ještě na internet.*“ Na otázku, Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sám ovlivnit? Odpovídá: „*Vím, že infarkt můžu částečně ovlivnit prevencí, především zdravou stravou, pohybem, taky bych se měl vyvarovat stresu.*“ Z rizikových faktorů respondent jmenuje, nadváhu, dietu, pohyb a stres.

Při rozhovoru byla položena na téma výživy respondentovi otázka, Změnily se po proděláním infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Respondent říká: „*Ano, své návyky jsem změnil, omezil jsem tučná jídla a vynechal sladkosti. Také teď jím víc ovoce, ale hlavně víc zeleniny. Snažím se i míň solit, ale to se mi moc nedaří, protože má rád ostřejší pokrmy. Také jsem přestal jíst bílé pečivo a raději si dám celozrnné tmavé, je zdravější a má víc vlákniny. Po infarktu jsem zařadil do své stravy více bílého masa.*“ Dodává, že rybu si dá občas, také má rád mořské plody. I v příjmu tekutin provedl pacient změny. Zvýšil jejich denní příjem a vyloučil sladké nápoje. Na dotaz, Co Vám změna stravy přinesla? Odpovídá: „*Tato změna je pro mě hodně důležitá. Podařilo se mi snížit svou váhu o celých sedmnáct kilo a hlavně si jí udržet, za to jsem rád. Díky snížení váhy se cítím líp fyzicky i psychicky. Mám radost z toho, že si konečně může dát nohu přes nohu.*“ Je vidět, že dosažený výsledek je pro respondenta povzbudivý a motivující. Dodává, že přestože má poměrně silnou vůli, sám by tuto změnu provést nezvládl. Za velkou pomoc a podporu vděčí manželce a to především v dodávání a přípravě vhodné, dietní stravy.

Další okruh otázek se týkal kouření, konzumace alkoholu a stresu v každodenním životě. Respondent říká: „*Nikdy jsem nekouřil a ani moc nepil. Alkohol piju málo, občas si dám víno. A i to jen při zvláštních příležitostech.*“ Jak sám uvádí, stresu se v běžném životě nevyhne, hlavně tomu pracovnímu, ale domnívá se, že přestože je cholerik zvládá stresové situace eliminovat. Se stresovou zátěží se dokázal vypořádat sám a to především díky sportu, který jak sám říká, mu přináší pocit uvolnění a psychického odreagování od každodenních starostí. Díky snížení stresu se cítí vyrovnaně a v dobré pohodě.

Otázky vedené k pohybové aktivitě, sledovali respondentův vztah po prodělání infarktu myokardu k fyzické zátěži. Na otázku, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Odpovídá: „*Ano, před infarktem byla moje pravidelná pohybová aktivita nulová. To jsem změnil, sice pořád jezdím hodně autem, ale začal jsem pravidelně, každý den třicet minut cvičit na stepperu. Pořídil jsem si ho dokonce kvůli tomu i domů. Taky chodím hrát tenis a začal jsem jezdit i víc na kole. Uznávám, že na kole bych mohl jezdit častěji.*“ Pohyb respondentovi, jak sám říká, pomohl zredukovat hmotnost, vypořádat se lépe se stresem, zlepšit fyzičku a celkově se cítit lépe. Tuto změnu zvládl provést sám díky své pevné vůli a odhodlání.

Na otázku, Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi? Odpovídá: „*Ano chodím, pravidelně, tak jak si mě objednají a léky beru poctivě, jak mám.*“ Je si vědom, že nejen léčba léky, ale i prevence má v péči o jeho zdraví své opodstatnění.

Změnu svého životního stylu vnímá pozitivně a to především v dietních opatřeních a pohybové aktivitě. Na dotaz, V čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Odpovídá: „*Nejvíce v pravidelném cvičení. Donutit se a udělat si každý den čas na krátké cvičení, ale to už je minulostí.*“

Na závěr rozhovoru byla položena otázka. Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Respondent říká: „*Ano určitě, cítím se líp, jak psychicky tak fyzicky a rozhodl jsem se, že to chci takhle už napořád. Doufám, že budu mít dost vůle a vydržím to.*“

Rozhovor s Respondentem 2

Respondentka, věk 54 let. Infarkt myokardu prodělala před čtyřmi roky, kdy podstoupila v kardiocentru Fakultní nemocnice v Motole invazivní vyšetření - selektivní koronarografii a následně léčbu pomocí PTCA. Nyní přijata k hospitalizaci pro déle trvající dušnost.

Informace týkající se zásad sekundární prevence srdečně cévních onemocnění obdržela respondentka především od lékaře. Říká: „*Už si to přesně nepamatuju, od sestry jsem dostala, než mě pustili domů leták a brožuru, kde byly rady, o tom jak po infarktu dál žít. A taky mi dali kontakt na klub kardiaků. S manželem jsem si ještě našla na internetu další doporučení vhodná pro prevenci.*“ Hlavní, rizikové faktory infarktu myokardu pacientka zná a ví, že kardiovaskulárním onemocněním se dá předcházet dodržováním zdravého životního stylu. Na dotaz, Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sama ovlivnit? Odpovídá: „*Patří mezi ně strava, cukrovka, pohyb a kouření.*“

Při rozhovoru byla respondentce na téma výživy položena otázka. Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Pokud ano, co Vám změna stravy přinesla? Respondentka odpovídá: „*Po infarktu jsem svou stravu moc měnit nemusela. Zdravému jídlu dávám přednost už delší dobu. Mám ráda zeleninu a ovoce, maso tolik nemusím. Mléčné výrobky jím spíš nízkotučné. I pečivo si dám spíš tmavé celozrnné. Svou změnu ve stravování vidím v častějším příjmu ryb oproti dřívějšímu. Jídlo příliš nesolím, používám raději k dochucování čerstvé bylinky. Pitný režim dodržuju, mám ráda mírně sladké nápoje.*“ Svůj postoj k racionální stravě hodnotí respondentka pozitivně, má pocit, že zdravá výživa jí dodává více energie. Na dotaz, Zvládla, jste tuto změnu provést sama, nebo jste potřebovala pomoc okolí? Odpovídá: „*Zvládla jsem to hlavně já sama, přesto mi byl manžel i děti velkou oporou. Byli ochotní se mnou dodržovat zdravou stravu, za to jsem jim vděčná.*“

K otázkám zaměřeným na oblast kouření, konzumaci alkoholu a stresovou zátěž pacientka podotýká. „*Nikdy jsem nekouřila a alkohol piju pouze příležitostně, při rodinných oslavách. Stres si pokud to jde, nepřipouštím a větší stres řeším čtením a pletením.*“ To jak udává, jí přináší pocit uvolnění a odpočinku. Velmi důležitá je pro ni

rodina, která jak říká „*drží pohromadě v dobrém i zlém*“.

Otázkami řešícími fyzickou aktivitu bylo zjištěno, že respondentka po prodělání infarktu myokardu pravidelné, denní cvičení neprovádí. Říká: „*Nemám na to dost pevné vůle, ale poměrně často a ráda jezdím na kole, skoro denně.*“ Jízdu na kole vnímá jako relaxaci, tento druh pohybu jí maximálně vyhovuje. „*Také ráda plavu, plavání jsem si oblíbila a chodím plavat, jak jen mi to vyjde.*“ Díky pohybu se cítí v lepší fyzické kondici a psychické pohodě. Rodina jí je oporou, respondentka je velmi potěšena, když jí manžel nebo někdo z rodiny při sportu doprovází.

Na otázku, Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi? Odpovídá: „*Chodím k doktorovi pravidelně a předepsané léky užívám.*“ Je si vědoma, že farmakologická léčba má své opodstatnění, ale i dodržování preventivních režimových opatření je velmi důležité a proto jsou nutné k péči o zdraví oba tyto přístupy.

Svůj životní styl moc měnit nemusela, domnívá se, že žije zdravě. Své onemocnění přičítá spíše genetice a dodává „*matka a sestra mi umřely na infarkt*“. Na dotaz, V čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Respondentka říká: „*Nemám vůli každý den pravidelně, alespoň třicet minut cvičit.*“

Na závěrečnou otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Odpovídá: „*Ano, uvědomila jsem si, že zdraví je to nejcennější co mám. Mám teď i více chuti do života. Chtěla bych být zdravá, co nejdéle soběstačná a se svými blízkými si užívat života.*“

Rozhovor s Respondentem 3

Respondent muž, věk 63 let. Infarkt myokardu prodělal před rokem a půl, kdy podstoupil léčbu pomocí PTCA, byly mu úspěšně implantovány tři stenty. V současné době byl přijat k hospitalizaci opět v kardiocentru Fakultní nemocnice v Motole z důvodu vzniklé neprůchodnosti v jednom z dříve implantovaných stentů.

Na otázku, Byly Vám sděleny zásady sekundární prevence, které byste měl dodržovat v souvislosti s infarktem myokardu a kým Vám byly sděleny? Respondent odpovídá: *„Informace jsem dostal hlavně od doktora, ale nějaké i od sestry.“ Před propuštěním jsem ještě dostal brožurku s informacemi, jaká opatření bych měl po infarktu dodržovat. Zlobili se na mě, že jsem kuřák a že bych už kouřit neměl.“* Ovlivnitelné rizikové faktory mající vliv na vznik infarktu myokardu zná. Říká, *„Patří mezi ně pohyb, kouření a vysoký tlak.“* Je si vědom, že onemocnění srdce se dá předcházet zdravou výživou, ale především úpravou nevhodného životního stylu.

Na dotaz, Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Odpovídá: *„Moc ne.“* Na další otázku, Pokud ne tak z jakého důvodu? Respondent říká: *„Vždycky jsem měl jídlo rád a hodně jedl, pokusil jsem se omezit sladká jídla, ale povedlo se mi to jen trochu. Co se týče zeleniny a ovoce taky to není žádná sláva, přestože se snažím jejich příjem zvyšovat. Hřeším i u mléčných výrobků raději si dám plnotučné. Pečivo mám rád bílé i tmavé, ale v poslední době jím víc tmavé.“* Respondent udává, že má rád uzeniny a masité pokrmy, jako pozitivní po prodělání infarktu myokardu uvádí větší zařazení do svého jídelníčku kuřecího masa. Ryby nejí, nemá je rád. Pitný režim dodržoval vždy, rád pije nejrůznější čaje a minerální vody. Svůj postoj ke stravování bohužel téměř nezměnil. Díky omezení sladkostí se mu podařilo snížit trochu tělesnou hmotnost. Říká: *„Za snížení váhy jsem rád, i když by to chtělo daleko víc.“* Uvědomuje si, že v oblasti výživy má ještě rezervy a sám podotýká, že je to u něho *„běh na dlouhou trať“*, ani neví, jestli chce své stravovací návyky měnit. Dodává: *„Asi je to špatně, ale mě to tak vyhovuje. Sám, ani s pomocí rodiny tuto změnu provést nezvládá, protože vlastně ani nechce.“*

Na otázku kouříte? Respondent odpovídá: *„Byl a pořád jsem kuřákem. Kouření jsem jen omezil z 20 cigaret na 10-15 denně. Víím, že bych měl přestat úplně, ale k tomu“*

nemám dost vůle. Navíc nemám ani podporu doma, manželka taky kouří a mě to pak nedá si nezapálit.“ Na otázku, Co Vám tato změna přinesla? Odpovídá: *„Rozhodně finanční úsporu.“* Další otázky byly směřované na konzumaci alkoholu a stresovou zátěž. S alkoholem respondent problémy nemá, nikdy nebyl jeho větším konzumentem. Na otázku, Jste často vystaven stresu v běžném životě? Respondent říká: *„Jak kdy, někdy víc a někdy míň. Pracovní stres moc nezvládám. Bohužel mě uklidní většinou cigareta.“* Od každodenních starostí se odreagovává drobnými pracemi kolem svého domku a prací na zahrádce.

Otázky vedené k pohybové aktivitě měly za cíl zjistit respondentův vztah po prodělání akutního koronárního syndromu k pravidelné fyzické zátěži. Na dotaz, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Respondent říká: *„V mládí jsem měl pohybu dost, hrál jsem aktivně házenou, teď už je toho pohybu čím dál míň. Jediný pohyb co mám, jsou procházky se psem.“* Pravidelné denní cvičení neprovádí. Dodává, že pohyb měl rád, protože mu přinášel pocit uspokojení a relaxaci. Tuto změnu sám provést nezvládá a zatím ani s pomocí svých blízkých.

Na otázku, Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi? Odpovídá: *„K doktorovi chodím, pravidelně sice úplně ne, občas vynechám, ale léky co mi předepisuje, beru.“* Uvědomuje si, že pouze užívání léků nestačí a že je zapotřebí i léčby preventivní, pomocí režimových opatření, přesto v tomto ohledu, respondent není aktivní.

Částečnou změnu svého životního stylu vnímá s rozpaky, je si vědom svých nedostatků a potřeby dalšího zlepšení. Na dotaz, V čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Odpovídá: *„Nezvládnul jsem přestat kouřit a nemám ani dost pevné vůle zvládnout lépe i ostatní opatření, jako dietu, stres a pohyb.“*

Na poslední otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Respondent odpovídá: *„Moc jsem toho zatím nedokázal, takže ani nevím. Snad to kouření, že jsem snížil, za to jsem rád.“*

Rozhovor s Respondentem 4

Respondent muž, věk 58 let. Infarkt myokardu prodělal před devíti měsíci, kdy podstoupil úspěšnou léčbu pomocí PTCA v kardiocentru Fakultní nemocnice v Motole. Nyní hospitalizován na témže pracovišti pro srdeční arytmie.

Informace týkající se zásad sekundární prevence srdečně cévních onemocnění obdržel respondent od lékaře. Dodává: „*Sestřička mi před propuštěním domů nabídla informační leták, byly v něm rady ohledně prevence po infarktu. Taky mě upozornila, že bych už rozhodně neměl dál kouřit.*“ Na dotaz, Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sám ovlivnit? Odpovídá: „*Patří mezi ně stres, kouření, dieta a pohyb.*“ Také ví, že kardiovaskulárním onemocněním se dá předcházet úpravou a dodržováním pravidel zdravého životního stylu.

Na otázky týkající se výživy pacient odpovídá, že své stravovací návyky po prodělání infarktu myokardu se pokusil do určité míry změnit. „*Dřív jsem jídlo z pohledu zdraví neřešil, jedl jsem to, na co jsem měl chuť. Byly to spíš nezdravé, slané pochoutky. Ale pokusil jsem se to troch změnit. Do svého jídelníčku jsem zařadil víc ovoce a taky víc zeleniny, dřív jsem ani jedno moc nejedl. Taky jsem omezil trochu tučné výrobky. Pečivo jím bílé i tmavé podle momentální chuti.*“ Respondent udává, že má rád maso a uzeniny, které v jeho stravě zaujímají stále důležité místo. Jako přínosné pro své zdraví uvádí větší zařazení bílého masa do svého jídelníčku, s příjmem ryb, jak říká je to horší. „*Ryby sice jím, ale málo, nijak zvlášť je nemám rád.*“ Pitný režim dodržoval vždy, rád pije cokoliv, dodává „*mám rád pivo*“. Je si vědom rezerv v oblasti výživy a dodává „*do budoucna se pokusím o zlepšení*“. Přestože změna stravy je pouze nepatrná, přinesla respondentovi pocit uspokojení. Na otázku, Zvládl, jste tuto změnu provést sám, nebo jste potřeboval pomoc okolí? Odpovídá: „*Žiju sám, ale se vším mi pomáhá dcera a její rodina. Sám, bych to určitě nezvládl.*“

K otázkám zaměřeným na oblast kouření, konzumaci alkoholu a stresovou zátěž respondent podotýká, že je od mládí kuřákem. „*S kouřením se mi ani s pomocí druhých přestat nepodařilo, zkoušel jsem to už několikrát, kouřím pořád svou dvacítku. Ted' se snažím kouření alespoň omezit, ale ani to se mi moc nedaří.*“ Na dotaz, Konzumujete alkohol? Říká: „*Rád si posedím s kamarády v oblíbené hospůdce u dobrého piva.*“ Tuto

jak sám říká „*tradici*“ dodržuje stále, ale dodává „*pivo jsem omezil, zajdu s kamarády hlavně na kus řeči*“. Tuto změnu zvládl provést respondent sám a přinesla mu finanční úsporu. Stresové situace prý zvládá dobře a to díky své nekonfliktní, společenské povaze. Od každodenních, pracovních starostí se odreagovává posezením s kamarády a svým koníčkem. Je již dlouhá léta vášnivým filatelistou.

Na otázku, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Respondent odpovídá: „*Žádné pravidelné cvičení neprovádím, naopak, pohyb jsem nikdy neměl rád a to se nezměnilo. Víím, že je to špatně, ale nemám vůli ani chuť to měnit.*“ Přestože mu dcera zařídila ambulantně řízený trénink pro kardiaky vedený odborníkem, na cvičení docházel pouze tři týdny a pak svou účast ukončil. Ani s pomocí dcery a fyzioterapeuta nedokázal svůj postoj k pohybu změnit.

Na preventivní prohlídky ke kardiologovi se respondent snaží chodit pravidelně, připouští „*už jsem také párkrát zapomněl*“. Naordinované léky užívá pravidelně, dle doporučení lékaře. Uvědomuje si, že preventivní režimová opatření jsou pro zlepšení jeho zdravotního stavu nezbytná, že pouze užívání léků k prevenci nestačí.

Na dotaz, V čem nejvíce se změnil Váš životní styl po prodělaném infarktu myokardu? Respondent říká: „*Moc jsem toho nezměnil, snad jen jídelníček, že jsem začal jíst trochu zdravěji než dřív.*“ Nepatrnou změnu svého životního stylu vnímá s neuspokojením, je si vědom svých nedostatků, ale má obavy zda dosáhne ještě dalších změn. Na otázku, v čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Odpovídá: „*Přestat kouřit a začít s pohybem.*“

Na závěr rozhovoru byla položena otázka. Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Respondent odpovídá: „*Vlastně jsem toho pro své zdraví zatím moc neudělal, takže nemám s čím být spokojený.*“

Rozhovor s Respondentem 5

Respondent mužského pohlaví, věk 47 let. Pro infarkt myokardu byl hospitalizován před dvěma roky v kardiocentru Nemocnice České Budějovice a. s., kde podstoupil úspěšnou PTCA. Nyní přichází pro nespecifické bolesti na hrudi, na zhotoveném EKG záznamu nejsou patrné známky nové ischémie.

Na otázku, Byly Vám sděleny zásady sekundární prevence, které byste měl dodržovat v souvislosti s infarktem myokardu a kým Vám byly sděleny? Respondent odpovídá: *„Informace jsem dostal hlavně od ošetřujícího lékaře, ale i od sestry. Na všechny moje dotazy ohledně nutných opatření po infarktu jsem dostal dostačující odpověď. Doktor mě hlavně upozornil, že bych měl přestat kouřit.“* Hlavní rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které může sám ovlivnit, zná, uvádí kouření, pohyb, stres. Respondent se snaží o aktivní preventivní přístup. Má informace o tom, že onemocnění srdce se dá předcházet a to dodržováním preventivních opatření. *„Člověk by měl jíst zdravě, mít dost pohybu, nekouřit a moc se nestresovat.“*

Na dotaz, Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Pokud ano, co Vám změna stravy přinesla? Odpovídá: *„Změnily a to především v omezení tučných potravin. Do stravy jsem zařadil o něco více zeleniny.“* S přísolováním potravin respondent, problém nemá, vždy prý měl raději sladká jídla, ty se sice snaží omezit, ale ne úplně s úspěchem. *„Pečivo jím bílé i celozrnné tmavé, nedělám rozdíly.“* Jako pozitivní uvádí, větší zařazení kuřecího masa do svého jídelníčku, bohužel ryby ani nejrůznější mořské plody rád nemá a nikdy je nejedl. Za svůj úspěch považuje zvýšení denního příjmu tekutin, za neúspěch to, že pije raději sladší nápoje. Přestože svůj postoj k výživě změnil pouze částečně, považuje i tuto změnu za svůj úspěch. *„Mám dobrý, uspokojivý pocit z toho, že pro své zdraví něco dělám, i když mám ještě v tomto směru rezervy.“* Na otázku, Zvládl, jste tuto změnu provést sám, nebo jste potřeboval pomoc okolí? Respondent odpovídá: *„Přestože se snažím, sám to nezvládám, potřebuji pomoc.“* Podporu hledá především u manželky a svých nejbližších.

Na otázku kouříte? Respondent říká: *„Dříve jsem byl kuřákem, sice pouze příležitostným, ale i tak mě to trápilo. Po prodělání infarkt jsem se rozhodl s kouřením“*

definitivně skoncovat. Jsem na sebe pyšný, protože se mi to do půl roku podařilo. Vděčím za to nejen rodině, ale i přátelům a kolegům z práce, všichni mi pomáhali.“ Další okruh otázek se zabýval konzumací alkoholu a zvládáním stresu v běžných, každodenních situacích. Alkohol respondent nikdy ve větší míře neholdoval, napije se rád, ale pouze příležitostně. Říká o sobě, že je vznětlivé povahy, rychle vybuchne, ale za chvíli o tom už neví, všude přítomný stres si snaží nepřipouštět. K odreagování nahromaděného napětí využívá jízdu na kole, říká o sobě „*jsem vášnivý cyklista*“. „*Po projíždě se vždy cítím uvolněně a v psychické pohodě.*“

Otázky vedené k pohybové aktivitě, sledovali respondentův vztah po prodělání infarktu myokardu k fyzické zátěži. Na dotaz, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Respondent odpovídá: „*Už před onemocněním jsem se věnoval cyklistice. To se nezměnilo, jsem od mládí vášnivý cyklista. Jízda na kole mi přináší pocit uvolnění a pohody. Díky pohybu jsem nikdy nemněl problémy s nadváhou a udržoval jsem si dobrou fyziku.*“ Respondent se domnívá, že díky časté jízdě na kole, splňuje požadavky preventivní rehabilitace. Pravidelné denní cvičení neprovádí.

Na otázku, Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi? Odpovídá: „*Na kontroly chodím do kardiologické ambulance pravidelně a předepsané léky od doktora užívám, tak jak mám.*“ Respondent připouští, že pouze užívání léků k prevenci kardiovaskulárních onemocnění nestačí, že i režimová opatření jsou důležitá.

Změnu svého životního stylu vnímá pozitivně a to především v zanechání kouření a v dosažení některých dietních opatření. Na dotaz, v čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Respondent říká: „*Myslím, že mám rezervy ve stravování, ale pokusím se na tom do budoucna ještě zapracovat.*“

Na poslední otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Odpovídá: „*Díky těmto změnám se cítím lépe, především mám dobrý pocit z toho, že jsem zvládl přestat kouřit.*“ Respondent dodává, že opatření nekouřit přijal dlouhodobě za své. Dále také, že si uvědomuje pozitivní účinek dosažených změn pro své zdraví a spokojenost a chce nadále aktivním přístupem zlepšovat svůj zdravotní stav.

Rozhovor s Respondentem 6

Respondent muž, věk 61 let. Infarkt myokardu prodělal před třemi roky, kdy podstoupil v kardiocentru Nemocnice České Budějovice a. s. léčbu pomocí PTCA s úspěšnou implantací dvou stentů. Nyní hospitalizován na témže pracovišti z důvodu vzniklé neprůchodnosti v jednom z dříve implantovaných stentů.

Na otázku, Byly Vám sděleny zásady sekundární prevence, které byste měl dodržovat v souvislosti s infarktem myokardu a kým Vám byly sděleny? Respondent odpovídá: „*Doktor mi tenkrát řekl, co bych měl změnit a hlavně, že bych neměl už kouřit. Taky říkal, že mám mít pohyb a k tomu vhodnou stravu. Když jsem se zeptal sestřičky, jaký pohyb bych měl mít, tak mi řekla, že je vhodná chůze, plavání a jízda na kole. Taky, že existují speciální cvičení pro kardiaky. Doma jsem si toho pak našel na internetu ještě víc.*“ Rizikové, ovlivnitelné faktory pro vznik infarktu myokardu pacient zná, jmenuje kouření a pohyb. Je si vědom, že kardiovaskulárním onemocněním se dá úpravou nevhodného životního stylu úspěšně předcházet. Říká: „*Je třeba správně jíst, hýbat se, nekouřit a pít jen rozumně.*“

Na dotaz, Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Odpovídá: „*Moc nemusely, jídlo mám rád a doma díky manželce jíme zdravě. Manželka je velkým zastáncem zdravé stravy. Ze začátku mě to štválo, ale pak jsem si zvykl. Jím dost čerstvého ovoce i zeleniny, mám rád zeleninové saláty. Tučné jídlo a hlavně uzeniny skoro nejím, taky sladké už moc ne. Pečivo jím jenom tmavé. Mléčné výrobky mám rád a víc si pochutnám na plnotučných. Víím, že bych je tolik neměl, ale občas si je dám.*“ Potraviny nikdy neměl potřebu přisolovat, k dochucování používá raději bylinky, které si za tímto účelem s manželkou sami pěstují na své zahrádce. Jako pozitivní uvádí, větší zařazení ryb do svého jídelníčku, říká, že si oblíbil také nejrůznější mořské plody. Za svůj úspěch považuje zvýšení denního příjmu tekutin, nejvíce a nejraději pije ovocné čaje. Na otázku, Co Vám změna stravy přinesla? Respondent říká: „*Mám se sebe dobrý pocit, hlavně z toho, že pro svoje zdraví něco dělám. Taky mám víc energie a tím pádem mi jde všechno víc od ruky.*“ S provedením této změny mu pomohla manželka. Dodává: „*Sám bych na zdravou stravu určitě nepřešel. To všechno manželka, ta mě k tomu přivedla a já jsem za to dneska rád.*“

Na otázku kouříte? Respondent říká: „*Kouřím od osmnácti let, dřív hodně, postupně jsem začal ubírat, teď kouřím maximálně 5 cigaret denně. Vím, že bych měl s kouřením přestat úplně, už jsem to i několikrát zkusil. Vyzkoušel jsem i léčbu pomocí nikotinových náhražek, bohužel neúspěšně. Nemám na to dostatek pevné vůle, cigareta vždycky vyhraje.*“ Ani s pomocí rodiny a přátel se respondentovi nepodařilo závislosti na kouření zbavit. Další otázky byly směřované na konzumaci alkoholu a stresovou zátěž. S alkoholem problémy nemá, napije se rád, ale jak říká, „*nepřeháním to*“. Nikdy alkohol nekonsumoval ve větším množství. Na dotaz, Jste často vystaven stresu v běžném životě? Odpovídá: „*Myslím, že ani ne, snad někdy v práci.*“ Vzniklé stresové situace zvládá díky sportu dobře, dokáže se jím odreagovat od každodenních starostí.

Při rozhovoru byla položena na téma pohybové aktivity respondentovi otázka. Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po proděláním infarktu myokardu? Respondent odpovídá: „*Dříve jsem pohyb hodně zanedbával, ale to se změnilo. Sice doma pravidelně necvičím, ale snažím se trochu sportovat. Když mi to vyjde, chodím hrát s kolegou tenis, není to sice pravidelně, ale je to fajn. Při hře si psychicky odpočinu.*“ Na otázku, Zvládl, jste tuto změnu provést sám, nebo jste potřeboval pomoc okolí? Odpovídá: „*Vděčím za to kolegovi. Jsem rád, že mě k hraní přesvědčil, sám od sebe bych asi nikdy nezačal.*“

Na preventivní prohlídky ke kardiologovi respondent dochází pravidelně. Naordinované léky užívá dle doporučení lékaře. Je si vědom toho, že preventivní režimová opatření jsou pro zlepšení zdraví nezbytná, že pouze užívání předepsaných léků k prevenci nestačí.

Na dotaz, V čem nejvíce se změnil Váš životní styl po prodělaném infarktu myokardu? Respondent říká: „*Změnu vidím hlavně v omezení kouření a v hraní tenisu.*“ Za svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence považuje nezvládnutí své závislosti na nikotinu.

Na závěrečnou otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Odpovídá: „*Určitě mají, mám více energie a chuti do života, akorát to kouření toho už se asi nezbavím.*“

Rozhovor s Respondentem 7

Respondentka žena, věk 66 let. Infarkt myokardu prodělala před čtyřmi roky, kdy podstoupila v kardiocentru Nemocnice České Budějovice a. s., selektivní koronarografii a dle diagnostiky, byla pacientce vzápětí provedena PTCA s implantací jednoho stentu. Nyní respondentka přijata k hospitalizaci pro vyloučení nového infarktu myokardu.

Informace týkající se zásad sekundární prevence srdečně cévních onemocnění obdržela respondentka od lékařky i od sestry. Jak sama uvádí, „*Vzpomínám si, že na mě byli moc hodní a mohla jsem se na cokoliv zeptat. Paní doktorka i sestra si na mě udělali čas, a co jsem potřebovala mi vysvětlili. Taky mi paní doktorka doporučila, abych snížila hmotnost.*“ O tom, že kardiovaskulárním onemocněním se dá předcházet dodržováním zásad zdravého životního stylu, respondentka ví. Na dotaz, Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sám ovlivnit? Odpovídá: „*Infarkt můžu ovlivnit zdravým jídelm, pohybem, snížením váhy a menším stresem.*“

Na otázky týkající se zdravé výživy respondentka odpovídá, že své stravovací návyky se sice pokusila změnit, ale ne úplně s úspěchem. Na otázku, Pokud své stravovací návyky nezměnila, tak z jakého důvodu? Respondentka říká: „*Ráda vařím, ale i jím. Vařím typicky českou kuchyni a ta je tučnější a slanější. Taky ráda pečů, takže doma máme pořád nějakou buchtu. Asi bych neměla, ale máme to všichni rádi. Jidelníček jsem zatím nezměnila. Snad jen, že jím o trochu více zeleniny a ovoce. Hřeším i u mléčných výrobků, nízkotučné mi nechutnají. Pečivo jím bílé i tmavé. Máme doma rádi maso, proto ho často vařím. Po infarktu jsem začala jíst trochu ryby. Tekutin mám dost, piju různé čaje a sladké limonády.*“ Respondentka svůj postoj ke stravování téměř nezměnila. Je si, vědoma, že by měla být důslednější a dodává „*Já to vím, že je to špatně, ale nedokážu to změnit.*“ Sama tuto změnu provést příliš nezvládá a bohužel manžel, jí v tomto ohledu moc nápomocen není. Respondentka zatím nevyužila ani pomoc výživového poradce. Vinu špatných stravovacích návyků připisuje sobě a dodává „*všechno je to moje vina, to já jsem si manžela a celou rodinu na nezdravé jídlo naučila*“.

K otázkám zaměřeným na oblast kouření, konzumaci alkoholu a stresovou zátěž

pacientka podotýká „*nikdy jsem nekouřila a alkohol taky skoro nepiju, snad jen při oslavách*“. Na dotaz, Jste často vystavena stresu v běžném životě? Respondentka říká: „*Tak normálně, stres si moc nepřipouštím, a když nějaký je, dám si malou sladkost a je mi hned líp.*“ Jak sama dodává, tento „*nešvar*“ omezila. Dnes se raději odreagovává prací na zahrádce a hlídáním vnoučat. Obě tyto činnosti jí pomáhají od stresu a přináší pocit radosti a uvolnění.

Otázky vedené k fyzické aktivitě měly za cíl zjistit vztah respondentky po prodělání akutního koronárního syndromu k pohybu. Na otázku, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Odpovídá: „*Ano, pravidelně sice necvičím, protože na to nemám dostatek pevné vůle, ale s manželem jsme již tři roky členem Českého klubu turistů. Tento klub celoročně pořádá pravidelné, turistické akce, každou středu a o víkendech, takže pohyb mám.*“ Chůze, jako druh pohybu pacientce velmi vyhovuje. Díky turistice se cítí v lepší fyzické kondici a psychické pohodě. V tomto snažení je jí oporou rodina, především manžel, který jí doprovází, ale i ostatní členové turistického klubu.

Na dotaz, Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi? Odpovídá: „*K doktorovi chodím pravidelně a léky užívám, jak mám.*“ Respondentka si je vědoma, že pouze farmakologická léčba, k péči o zdraví nestačí a že je zapotřebí i léčby nefarmakologické, pomocí režimových opatření.

Částečnou změnu svého životního stylu vnímá pozitivně, především zařazení častější pohybové aktivity, vyplývající ze členství v turistickém klubu. Na otázku, v čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Odpovídá: „*V jídlu a ve snížení váhy, já stravu prostě nedokážu změnit.*“

Na závěr rozhovoru byla položena otázka. Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Respondentka říká: „*Určitě ano, díky turistice se cítím lépe psychicky i fyzicky, mám pohyb a jsem mezi přáteli.*“

Rozhovor s Respondentem 8

Respondent mužského pohlaví, věk 45 let. Pro infarkt myokardu byl pacient hospitalizován před rokem v kardiocentru Nemocnice České Budějovice a. s., kde podstoupil úspěšnou léčbu pomocí PTCA. V současné době je přijat k hospitalizaci pro zjištěné srdeční arytmie.

Na otázku, Byly Vám sděleny zásady sekundární prevence, které byste měl dodržovat v souvislosti s infarktem myokardu a kým Vám byly sděleny? Respondent odpovídá: „*Informace jsem dostal od doktora i od sestry, ale od doktora víc. Nevadilo, když jsem se na něco zeptal, na všechno mi odpověděli. Po propuštění jsem si dohledal další informace na internetu.*“ Ovlivnitelné rizikové faktory mající vliv na vznik infarktu myokardu zná, dodává, že mezi ně patří pohyb, dieta a stres. Je si vědom, že onemocnění srdce se dá předcházet změnou životního stylu. „*Člověk by měl koukat na to co jí, jaké potraviny, taky mít pohyb a nebít tlustý.*“

Na dotaz, Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Odpovídá: „*Částečně ano, jím teď míň uzenin, naopak ovoce jím víc.*“ I když respondent tučné potraviny ze svého jídelníčku nevyloučil, ale pouze jejich množství omezil, je za to rád a považuje to za úspěch. „*Jídla mám rád pikantnější, kořeněná. Sladké moc nemusím, dám si ho jen občas. Pečivo jím celozrnné tmavé i bílé, nedělám rozdíly. Pitný režim se snažím dodržovat, ne vždycky to vyjde. Piju cokoliv, nejraději vodu se šlávou, rád si dám pivo.*“ Za přínosnou změnu ve své stravě považuje větší zařazení ryb. Dodává „*dřív jsem ryby skoro nejedl, teď si občas dám*“. Na otázku co Vám změna stravy přinesla? Odpovídá: „*Mám z toho dobrý pocit, že pro své zdraví dělám něco prospěšného.*“ Pacient přestože se snaží, sám tuto změnu provést nezvládá. Pomoc a podporu získal u své rodiny, především u manželky, která mu se zdravou stravou nejvíce pomohla a pomáhá i nadále.

Další okruh otázek se zabýval kouřením, konzumací alkoholu a zvládáním stresu v běžných, každodenních situacích. Na otázku kouříte? Respondent říká: „*Nejsem kuřák a ani jsem nikdy nekouřil. Alkohol si dám, snažím se rozumně, ale někdy to nevyjde.*“ Říká o sobě, že je cholerik, rychle vybuchne, ale za chvíli už je v relativním klidu. Přítomný, každodenní stres si snaží připouštět co nejméně, uznává, že ne vždy to vyjde.

Na dotaz, Naučil jste se stres eliminovat? Respondent odpovídá: „*K odreagování od stresu mi pomáhá rodina, hlavně společný koníček mých synů. Oba totiž hrají fotbal a pro mě jsou jejich tréninky a zápasy vypnutím od starostí.*“ Díky eliminaci stresu se respondent cítí vyrovnaněji a ve větší psychické pohodě.

Na otázku, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Odpovídá: „*Změnil, denně cvičím na rotopedu, dokonce jsem si ho pořídil domů a to proto, abych mohl cvičit každý den. Taky hraju fotbal, už sice míň, ale pořád poměrně často a rád.*“ Respondent říká, že je od mládí vášnivým fotbalovým fanouškem a také, že se v mládí fotbalu aktivně věnoval. Na dotaz, Co Vám změna pohybové aktivity přinesla? Respondent říká: „*Hlavně pocit pohody, uvolnění a odreagování. Díky sportu jsem měl vždycky fyzičku a neměl jsem problémy s nadváhou. Taky jsem rád za pravidelné cvičení, že jsem s ním začal a vydržel.*“

Respondent chodí na preventivní prohlídky ke specialistovi pravidelně a předepsané léky užívá dle ordinace lékaře. Uvědomuje si, že pouze užívání léků k prevenci infarktu myokardu nestačí a že je zapotřebí i léčby nefarmakologické, pomocí doporučených režimových opatření.

Na dotaz, V čem nejvíce se změnil Váš životní styl po prodělaném infarktu myokardu? Odpovídá: „*Jsem rád, že jsem zlepšil jídelníček, ale hlavně mám radost, že jsem se přinutil denně cvičit. Už jsem si na to zvykl a nadělá mi to žádný problém.*“ Respondent uvádí, že problém s dodržováním zásad sekundární prevence nemá a doufá, že mu současný aktivní přístup ke změnám životního stylu vydrží už napořád.

Na poslední otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Odpovídá: „*Ano, mám pocit, že toho víc zvládnou. Jsem teď ve větší psychické pohodě a taky se cítím líp fyzicky a to díky cvičení.*“

Rozhovor s Respondentem 9

Respondent muž, věk 56 let. Infarkt myokardu prodělal před třemi lety, kdy podstoupil úspěšnou léčbu pomocí PTCA v kardiocentru Fakultní nemocnice Plzeň. Z léčebných důvodů mu byly implantovány dva stenty. Nyní hospitalizován na témže pracovišti pro déletrvající námahovou dušnost.

Na otázku, Byly Vám sděleny zásady sekundární prevence, které byste měl dodržovat v souvislosti s infarktem myokardu a kým Vám byly sděleny? Respondent odpovídá: *„Než jsem šel domů z nemocnice tak si se mnou doktor popovídal, řekl mi to nejdůležitější, co bych po infarktu měl změnit, hlavně že bych už neměl kouřit. Mohl jsem se i zeptat, když jsem něčemu nerozuměl. Sestřička mi dala brožurku, kde byly základní věci, které bych měl vědět, byl jsem za ní rád.“* Rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které může sám ovlivnit, respondent zná, jmenuje stres, kouření, pohyb. Je si vědom, že onemocnění srdce se dá předcházet úpravou a dlouhodobým dodržováním pravidel zdravého životního stylu. Dodává: *„Je třeba jíst zdravě, mít pohyb, nekouřit a nepít moc alkohol.“*

Při rozhovoru byla položena na téma výživy respondentovi otázka. Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Pokud ano co Vám změna stravy přinesla? Respondent odpovídá: *„ O změnu jsem se pokusil. Dříve jsem jedl všechno a o škodlivosti potravin, které jím jsem nepřemýšlel. To se po infarktu změnilo a já si víc hlídám, jaké potraviny kupuju a jím. Omezil jsem sladkosti. Poslední dobou jím víc zeleniny, hlavně různé saláty. Ty jsem si zamiloval. Pečivo si dám bílé i tmavé, ale tmavé častěji. Maso jím jakékoliv, nedělám rozdíly. Občas si dám i rybu, i když rozhodně ne tolik kolik bych měl. Tekutin mám dost, piju cokoliv, taky mám rád černou kávu.“* Ze změn v oblasti výživy, kterých zatím dosáhl, má dobrý pocit. Ovlivnily pozitivně, nejen jeho váhu, ale přispěli i k jeho větší spokojenosti. Na otázku, Zvládl, jste tuto změnu provést sám, nebo jste potřeboval pomoc okolí? Respondent odpovídá: *„ Sám rozhodně ne, pomohla mi hodně manželka a taky dcera.“*

Na dotaz kouříte? Respondent říká: *„Kouřím, ale jenom málo, ani dřív jsem nebyl silný kuřák. Přestat jsem nikdy nezkoušel, jsem na kouření závislý, uklidňuje mě, takže přestat vlastně ani nechci. Kouřím 5 maximálně 10 cigaret denně, víc ne.“*

Uvědomuje si škodlivost svého konání, neboť manželka s dcerou jsou nekuřáci a díky společné domácnosti se stávají pasivními kuřáky. K otázkám zaměřeným na konzumaci alkoholu a stresovou zátěž se respondent vyjadřuje, že alkoholu nikdy ve větší míře neholdoval, dodává „*rád si občas posedím s přáteli u skleničky dobrého vína*“. Stresové situace zvládá dobře, každodenní stres si prý nepřipouští. Od běžných starostí se odreagovává kouřením a svým koníčkem, kterým jsou šachy.

Na otázku, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Odpovídá: „*Po pravdě moc ne, pravidelně necvičím a ani dřív jsem se žádnému sportu nevěnoval. Akorát s rodinou rád vyrážím na výlety do přírody.*“ Je si vědom, že jeho přístup k pohybu není nejlepší, ale nemá prý dostatek vůle denně cvičit. Tuto změnu sám ani s pomocí rodiny a okolí provést nezvládá.

Na preventivní prohlídky ke kardiologovi se respondent snaží chodit pravidelně, tak jak je objednan. Naordinované léky užívá dle doporučení lékaře. Uvědomuje si, že k úspěšné preventivní léčbě pouze užívání léků nestačí, ale že je zapotřebí i preventivních režimových opatření.

Na dotaz, V čem nejvíce se změnil Váš životní styl po prodělaném infarktu myokardu? Odpovídá: „*Myslím, že ve stravování, jinak jsem ani žádné změny neudělal.*“ Respondent si je vědom svých nedostatků. Za svůj největší problém v dodržování zásad sekundární prevence považuje kouření a nedostatek pohybové aktivity.

Na závěrečnou otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Odpovídá: „*Za změnu stravy jsem rád a jsem spokojený, že jsem jí s pomocí rodiny zvládl. Ted' už jenom vydržet jíst pořád zdravě.*“

Rozhovor s Respondentem 10

Respondentka žena, věk 62 let. Infarkt myokardu prodělala před čtrnácti měsíci, kdy podstoupila v kardiocentru Fakultní nemocnice Plzeň, koronarografické vyšetření a léčebný zákrok PTCA. V současné době respondentka přijata k hospitalizaci pro opakující se bolesti na hrudi.

Informace týkající se zásad sekundární prevence infarktu myokardu obdržela pacientka před ukončením léčby především od lékaře, ale i od sestry. Jak sama uvádí *„Doktor i sestra si na mě udělali čas a co jsem potřebovala, mi vysvětlili. Byli hodní a ochotní. Od sestry jsem navíc ještě dostala domů brožurku obsahující informace, o tom co bych po infarktu měla udělat pro svoje zdraví.“* Respondentka je obeznámena s tím, že srdečně cévním onemocněním se dá úspěšně předcházet úpravou životního stylu. Na dotaz, Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sama ovlivnit? Respondentka říká: *„To vím, patří mezi ně cukrovka, dietní strava, pohyb a kouření.“*

Na otázky týkající se výživy respondentka odpovídá, že své stravovací zvyklosti po prodělání srdeční příhody pozměnila a upravila. Dodává: *„Vždycky jsem se snažila, aby celá naše rodina jedla zdravě. Jídlo moc nesolím ani nemastím. Já sama mám ráda ovoce a zeleninu. Zeleninu jím dost často a dělám jí na nejrůznější způsoby. Tučná jídla a sladkosti jsem nikdy moc nemusela ani před infarktem. Někdy si dám malou sladkost jen tak ke kafičku. Mléčné výrobky mám ráda, ale kupuju spíš nízkotučné. I pečivo kupuju častěji tmavé celozrnné, protože má víc vlákniny.“* Svou změnu v oblasti výživy spatřuje respondentka v častější konzumaci bílého masa a ryb. Pitný režim se snaží dodržovat, pije nejraději různé druhy čajů. Na otázku, Co Vám změna stravy přinesla? Respondentka odpovídá *„Díky zdravému jídlu si už léta udržuji dobrou váhu. Taky se cítím ve větší psychické pohodě.“* Zlepšit svůj postoj k výživě a přejít na zdravější stravu zvládla respondentka sama.

K otázkám zaměřeným na oblast kouření, konzumaci alkoholu a stresovou zátěž podotýká, že je bohužel kuřákem. *„Dřív jsem kouřila hodně, i víc než jednu krabičku denně, to se po infarktu změnilo. Dneska vykouřím míň než 15 cigaret denně. Přestat úplně se mi ani za pomoci odborníka a využití nikotinové léčby nepodařilo.“* Za svůj

úspěch v oblasti kouření považuje jeho omezení, má dobrý pocit, že alespoň to dokázala. Na otázku, Konzumujete alkohol? Odpovídá: „*Ani moc ne, jen občas, s přáteli a nebo na oslavách.*“ Jak sama uvádí, stresu se v každodenním životě nevyhne. Dříve častý stres řešila cigaretou. Dnes vlivem změn v oblasti stravování a pohybu se naučila stresové situace eliminovat i jinak a oproti dřívějšímu si stres tolik nepřipouští. Na dotaz, Co Vám snížení stresové zátěže přineslo? Respondentka odpovídá: „*Cítím se být víc v klidu a ve větší duševní pohodě.*“

Otázky vedené k fyzické aktivitě měly za cíl zjistit vztah respondentky po prodělání akutního koronárního syndromu k pohybu. Rozhovorem bylo zjištěno, že pacientka pravidelné, denní cvičení neprovádí. Na otázku, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Odpovídá: „*Vlastně ano, sice pravidelně necvičím, ale ráda a dost často jezdím na kole. Taký společně s manželem a partou přátel se věnuju trekkingu, přibližně rok.*“ Obě tyto pohybové aktivity respondentce vyhovují. Díky jízdě na kole a speciální turistice se cítí v lepší fyzické kondici a psychické pohodě. Na otázku, Zvládla, jste tuto změnu provést sama, nebo jste potřebovala pomoc okolí? Respondentka odpovídá: „*Sama určitě ne, pomohla mi rodina a taky přátelé se, kterými se trekkingu věnuji.*“

Na dotaz, Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi? Respondentka říká: „*Kontroly u doktora dodržuju a léky, které mi předepíše, užívám.*“ Je si vědoma toho, že v rámci sekundární prevence srdečně cévních onemocnění je důležitá léčba nejen farmakologická, ale i léčba pomocí preventivních opatření.

Částečnou změnu svého životního stylu k lepšímu vnímá s uspokojením. Má radost ze zlepšení životosprávy a ze zařazení více pohybu do svých aktivit. Na otázku, v čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Odpovídá: „*V kouření, že nedokážu přestat.*“

Na závěrečnou otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Respondentka odpovídá: „*Mají, hlavně společný pohyb je fajn, taky jsem taková vyrovnanější a uvolněnější.*“

Rozhovor s Respondentem 11

Respondentka žena, věk 57 let. Pro infarkt myokardu byla hospitalizována před osmnácti měsíci v kardiocentru Fakultní nemocnice Plzeň, kde podstoupila selektivní koronarografii a léčbu pomocí PTCA s implantací jednoho stentu. Nyní respondentka přijata k hospitalizaci pro námahovou dušnost.

Na otázku, Byly Vám sděleny zásady sekundární prevence, které byste měla dodržovat v souvislosti s infarktem myokardu a kým Vám byly sděleny? Respondentka odpovídá: *„Nejvíc mi toho řekl doktor, sestra jenom, když jsem se zeptala. Než mě propustili, tak mi dali doporučení na doktora, kam bych mohla chodit na kontroly a taky mi řekli, že se pořádají pro pacienty po infarktu speciální cvičení. Byla jsem za ty informace ráda. Doma jsem si toho pak na internetu našla ještě víc.“* Je si vědoma, že onemocnění srdce se dá předcházet změnou nevhodného životního stylu a dodržováním preventivních zásad. Na dotaz, Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sama ovlivnit? Odpovídá: *„Je to zdravá strava, vysoký krevní tlak a stres.“*

Na dotaz, Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Odpovídá: *„Ano, ale jen trochu, myslím, že doma jíme poměrně zdravě. Já ráda vařím a taky pečů. Vařím pro čtyři chlapy, nejvíc asi česká jídla, ale dělám i různé speciality. Tím pádem máme jídlo pestré a bohaté na zeleninu, různé druhy masa a nejrůznějších příloh.“* Respondentka říká, že strava, kterou vaří je většinou pikantnější, slanější a dodává, že rodina to tak má ráda. *„Ovoce jím dost, hlavně ovocné saláty, ty mám ráda, taky mám ráda buchty a sladkosti. Víím, že bych sladké moc neměla, ale neodpustím si ho. Mléčné výrobky si dám jak plnotučný tak nízkotučný. Ani v pečivu nedělám rozdíly, jím bílé i tmavé. Co se tekutin týče, piju cokoliv čaje, ochucené minerálky, ale míň než bych měla.“* Je si vědoma, že změny v oblasti stravy jsou nedostačující a to především v neomezení sladkých jídel. Přesto se respondentce díky pestré stravě bohaté na zeleninu podařilo trochu zredukovat hmotnost, dodává *„ze snížení váhy mám dobrý pocit“*. Na otázku, Zvládla, jste tuto změnu provést sama, nebo jste potřebovala pomoc okolí? Respondentka odpovídá: *„Myslím, že stravu mám poměrně pestrou a i zdravou. Problémem je sladké jídlo. Zatím jsem nedokázala sama ani s pomocí rodiny sladkosti“*

omezit.“

K otázkám zaměřeným na oblast kouření, konzumaci alkoholu a stresovou zátěž respondentka podotýká, že kuřákem nikdy nebyla a alkohol konzumuje pouze ojediněle v malém množství, pouze při slavnostních příležitostech. Na otázku, Jak často jste vystavena stresu v každodenním životě? Odpovídá: *„V práci je to někdy hodně náročné, ale snažím se, si pracovní starosti nenosit domů.“* Od běžných starostí se odreagovává, malou sladkostí (dodává, že to není pravidlem), domácími pracemi a svými koníčky, kterými jsou pletení, pěstování bonsají a práce na zahrádce (sama si prý pěstuje většinu zeleniny). Všechny tyto činnosti pomáhají respondentce se odreagovat od každodenního stresu a přináší jí pocit uvolnění a radosti.

Na otázku, Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu? Odpovídá: *„Abych každý den cvičila, to nedělám. Na to nemám dost pevné vůle. Po infarktu jsem sice chodila pravidelně cvičit, ale po skončení tří měsíčního programu jsem přestala. Taky jsem byla v lázních, tam to bylo moc fajn.“* Sama přiznává, že pohybu má málo. Jedná se především o pohyb při běžných každodenních aktivitách (dojít nakoupit, práce kolem domku a na zahrádce). Zlepšit svou pohybovou aktivitu sama ani s pomocí rodiny a okolí zatím nezvládla.

Preventivní prohlídky u kardiologa respondentka dodržuje a předepsané léky užívá dle ordinace lékaře. Uvědomuje si, že preventivní režimová opatření jsou pro zlepšení zdraví nezbytná, že pouze užívání předepsaných léků k prevenci kardiovaskulárních onemocnění nestačí.

Na dotaz, V čem nejvíce se změnil Váš životní styl po prodělaném infarktu myokardu? Odpovídá: *„Asi v tom, že jím celkově míň a naopak, že jím víc ovoce. Taky se míň rozčiluji a víc si vyhovím.“* Na otázku, v čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence? Odpovídá: *„Nejhorší je ten pohyb a taky ty moje sladkosti. Jednoho mám moc a to druhý vůbec.“*

Na poslední otázku, Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost? Respondentka odpovídá: *„Moc spokojená zatím nejsem. Víím, že bych to měla ještě vylepšit, ale nevím, jestli se vůbec odhodlám.“*

Rozhovor s Respondentem 12

Respondent mužského pohlaví, věk 55 let. Infarkt myokardu prodělala před dvěma roky, kdy podstoupil v kardiocentru Fakultní nemocnice Plzeň, úspěšnou léčbu pomocí PTCA. V současné době pacient přijat k hospitalizaci pro vznik nového infarktu myokardu.

Respondent obdržel informace týkající se zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění především od lékaře, od sestry dostal pouze informační leták a kontakty na specialisty v oboru kardiologické prevence. Dodává „*ty základní rady jsem dostal, než mě pustily domů a zbytek jsem našel s manželkou na internetu*“. Je informován o tom, že srdečně cévním onemocnění se dá předcházet dodržováním preventivních opatření. Na dotaz, Víte, jaké jsou rizikové faktory pro vznik infarktu myokardu, které můžete sám ovlivnit? Odpovídá: „*Na infarkt má vliv kouření, málo pohybu, zdravé jídlo, častý stres.*“

Při rozhovoru byla položena na téma výživy respondentovi otázka. Změnily se po prodělání infarktu myokardu Vaše stravovací návyky? Pokud ano, co Vám změna stravy přinesla? Respondent odpovídá: „*Stravu jsem docela změnil. Jím o něco méně uzeniny a taky sladkosti. Naopak trochu více ovoce. Zeleninu rád nemám, hlavně ne dušenou. Jídla mám rád ostřejší a slanější. Na tom jsem nezměnil nic. Pečivo si dám jak bílé, tak i tmavé. Taky si dám častěji rybu, dřív jsem jí měl tak dvakrát do roka. Docela jsem si ryby oblíbil. Kuřecí maso mám rád a manželka ho poslední dobou dost kupuje. Tekutin mám akorát, piju cokoliv, nejvíc minerálky.*“ Za svůj úspěch respondent považuje především omezení tučných a sladkých jídel. Přestože svůj postoj k výživě zatím změnil pouze částečně (nevhodné potraviny ze svého jídelníčku úplně nevyloučil, ale pouze omezil), považuje tyto uskutečněné změny za úspěch. Je za ně rád a má dobrý pocit z toho, že pro své zdraví dělá něco prospěšného. Na dotaz, Zvládl, jste tuto změnu provést sám, nebo jste potřeboval pomoc okolí? Odpovídá: „*Snahu sice mám, ale bez pomoci manželky by to nešlo.*“

Na otázku kouříte? Respondent říká: „*Před infarktem ano, bez cigarety jsem si nedovedl život představit. Po infarktu jsem se rozhodl přestat. Uvědomil jsem si, že mi ještě není tolik a zdraví, že mám jen jedno. No a to jak s ním naložím, záleží jen na mně.*“

Jsem na sebe pyšný, protože jsem to dokázal a zatím se držím.“ Za podporu a pomoc vděčí rodině a nejlepšímu příteli. Další okruh otázek se týkal konzumace alkoholu a zvládání každodenního stresu. Alkoholů nikdy ve větší míře neholdoval, dodává *„s manželkou si dáme občas sklenku bílého vína“*. Říká o sobě, že všude přítomný stres si snaží připouštět co nejméně. Od nahromaděného napětí se odreagovává sportem, četbou a procházkami se svým psem. To mu pomáhá, vyčistit si hlavu a cítit se psychicky odpočatý a v pohodě.

Otázky zaměřené na fyzickou aktivitu, sledovali vztah respondenta po prodělání srdeční příhody k pohybové aktivitě. Na otázku, *Změnil se Váš vztah k fyzické aktivitě po prodělání infarktu myokardu?* Odpovídá: *„Ani moc ne, už před infarktem jsem chodil hrát tenis a v zimě lyžoval. To se vlastně nezměnilo, akorát se nesmím přepínat. Tenis chodím hrát s kamarádem docela pravidelně, dvakrát týdně.“* Respondent přiznává, že pravidelné denní cvičení pro kardiaky neprovádí. Dodává, že pohyb má rád, sport mu prý vždy přinášel pocit relaxace a pohody. Díky pohybu, jak říká, si vždy udržoval dobrou fyzickou kondici a optimální hmotnost.

Na dotaz, *Chodíte na preventivní prohlídky ke specialistovi?* Respondent říká: *„K doktorovi do kardiologické ambulance chodím pravidelně a léky co dostávám, poctivě beru.“* Připouští, že pouze pravidelné užívání léků k prevenci srdečně cévních onemocnění nestačí, že jsou důležitá i preventivní režimová opatření.

Změny svého životního stylu ovlivňující jeho zdraví vnímá pozitivně. Je pyšný na to, že dokázal skončit s kouřením a dosáhl i zlepšení v oblasti výživy. Na otázku, *V čem spatřujete svůj největší problém při dodržování zásad sekundární prevence?* Odpovídá: *„Nejdřív to bylo kouření, ale to už jsem zvládl. No a teď asi v jídle, tam mám ještě rezervy.“*

Na závěr rozhovoru byla položena otázka. *Mají tyto změny pozitivní vliv na Vaši životní spokojenost?* Respondent odpovídá: *„Řek bych, že mají, cítím se líp fyzicky i psychicky a pokusím se i dál pro svoje zdraví ještě něco udělat.“*

PŘÍLOHA 9

Transkripce rozhovorů se sestrami pracujícími v oboru kardiologie

Respondentky pracující v kardiocentru Fakultní nemocnice v Motole

Z kardiocentra Fakultní nemocnice v Motole byly osloveny tři sestry S1, S2, S3 pracující sedm, pět a šest a půl roku v oboru kardiologie. Všechny tři oslovené sestry odpověděly, že se na preventivním vzdělávání kardiaků, sestry na jejich pracovišti podílejí, sestry se nedomnívají, že by měly v současné době větší možnosti ve vzdělávání kardiologických pacientů v oblasti sekundární prevence než dříve (mají pocit, že tato činnost stále náleží převážně lékařům). Snad jen, že mají v současné době pro pacienty k dispozici větší množství tištěného informačního materiálu a mohou pacientům doporučovat i různé preventivní programy zaměřené na prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Na otázku, Na co se v rámci preventivního vzdělávání kardiaků nejvíce zaměřujete? Sestry odpovídají: *„Nejvíce se zaměřujeme na správnou životosprávu, pohybový režim-především ambulantně řízený trénink, u kuřáků na nekouření-nebo alespoň omezení kouření, dodržování pravidelných kontrol v kardiologické ambulanci.“* Největší nedostatky v oblasti informovanosti kardiaků spatřují sestry v neznalostech vhodné stravy u onemocnění srdce a nevědomosti o možnosti účastnit se po ukončení hospitalizace ambulantně řízeného tréninku. O pacientovu sociální situaci z důvodu ovlivnění jeho zdravotního stavu do budoucna se sestry nezajímají. Nezaměřují se ani na preventivní edukaci blízkého okolí pacienta. Na dotaz, Je na Vašem pracovišti kardiak poučen před ukončením hospitalizace o režimových opatřeních? Sestry shodně odpovídají, že ano. *„Před ukončením hospitalizace je kardiak vždy poučen o preventivních opatřeních, která by měl následně dodržovat. Pacienty vzděláváme rozhovorem, dále jim poskytujeme tištěný informační materiál v podobě letáčků, brožurek, kde mohou najít základní informace o režimových opatřeních po infarktu myokardu. Také mají naši pacienti možnost získat doporučení na kardiologického specialistu nebo kontakt na fyzioterapeuta případně na klub kardiaků.“* Na otázku, Jaká ošetrovatelská dokumentace je ve Vaší nemocnici vedena v rámci

preventivního vzdělávání kardiaků? Sestry uvádějí: *„Na našem oddělení vyžíváme ke vzdělávání kardiologických pacientů edukačních záznamů, edukačních plánů a ošetrovatelských diagnóz.“* Cíle pro kardiaky lůžkové sestry nestanovují, pouze v rámci ošetrovatelských diagnóz (jedná se o cíle zaměřené na dostatek informací v oblasti sekundární prevence-výživové poradenství, poradenství zaměřující se na pohybovou aktivitu a odbornou pomoc při odvykání kouření). Na dotaz, Zaznamenáváte na Vašem pracovišti výsledky pacientova snažení týkající se změny životního stylu? Odpovídají: *„My na oddělení přímo ne, ale tyto výsledky jsou v rámci kardiocentra sledovány a zaznamenávány na zdejších kardiologických ambulancích.“* Přesto lůžkové sestry vnímají sledování výsledků změn na zdejších ambulancích jako přínosné pro další motivaci kardiaka v ovlivňování jeho režimových a léčebných opatření. Na otázku, Domníváte se dle svých zkušeností, že větší zaměření na vzdělávání a kontrolu kardiaků v preventivní péči o zdraví více přispěje ke změně jejich chování? Sestry shodně odpovídají: *„Myslíme si, že ano.“* Jedna z dotázaných sester ještě doplňuje *„čím více se toho o prevenci pacienti dozvědí, tím je větší šance, že se budou ke svému zdraví chovat zodpovědněji, ale stejně nejvíce záleží na přístupu každého pacienta.“* Obě její kolegyně jí dávají za pravdu.

Respondentky pracující v kardiocentru Nemocnice České Budějovice a. s.

Z kardiocentra Nemocnice České Budějovice a. s. byly osloveny tři sestry S4, S5, S6 pracující šest, dvanáct a sedm let v oboru kardiologie. Všechny tři oslovené sestry uvedly, že na jejich pracovišti se sestry účastní preventivního vzdělávání kardiaků. Dotázané sestry se shodly, že během posledních let se jejich možnosti, účastnit se vzdělávání pacientů moc nezvýšily. Dodávají *„dříve to byla záležitost výhradně lékařů, a přestože se dnes mohou sestry více do vzdělávání kardiaků zapojit, je tato činnost stále v rukou především lékařů.“* Jedna z dotázaných sester dodává *„a to, i přestože požadavkem dnešního ošetrovatelství jsou vysokoškolsky vzdělané sestry“.* Na otázku, Na co se v rámci preventivního vzdělávání kardiaků nejvíce zaměřujete? Sestry odpovídají: *„Nejvíce na redukci hmotnosti, vhodnou životosprávu, pravidelný pohybový režim, u kuřáků na zanechání kouření a také na dodržování farmakologické léčby.“* Za

největší nedostatky v oblasti informovanosti kardiaků považují neznalost dietních opatření a pravidelné pohybové aktivity. Dále také možnosti využít různých poraden a preventivních programů. Pacientovo sociální zázemí, z důvodu vlivu na jeho zdravotní stav po propuštění, zde sestry nezjišťují, ani needukují v rámci prevence pacientovu rodinu či blízké osoby. Na dotaz, Je na Vašem pracovišti kardiak poučen před ukončením hospitalizace o režimových opatřeních? Sestry shodně odpovídají, že ano. *„Před propuštěním má pacient možnost klást otázky a doplnit si tak své znalosti týkající se režimových opatření nebo získat informace zcela nové.“* Pacientům informační materiál zaměřující se na sekundární prevenci po infarktu myokardu v tištěné podobě neposkytují. Na otázku, Jaká ošetrovatelská dokumentace je ve Vaší nemocnici vedena v rámci preventivního vzdělávání kardiaků? Sestry uvádějí: *„Používáme nejvíce edukační záznamy, ale máme možnost využít i ošetrovatelské diagnózy, zaměřující se na zdraví.“* Cíle pro kardiaky lůžkové sestry v rámci ošetrovatelské péče nestanovují, proto ani nemají možnost zaznamenávat výsledky pacientova snažení (tyto výsledky jsou u pacientů sledovány a zaznamenávány na kardiologických ambulancích, které jsou součástí kardiocentra). Sestry pracující v kardiocentru považují sledování dosažených změn, na zdejších ambulancích, jako motivující a přínosné pro pacienty. Na poslední otázku, Domníváte se dle svých zkušeností, že větší zaměření na vzdělávání a kontrolu kardiaků v preventivní péči o zdraví více přispěje ke změně jejich chování? Sestry odpovídají: *„Ano, domníváme se, že větší zaměření na vzdělávání a kontrolu více přispěje k požadované změně chování u většiny z nich.“*

Respondentky pracující v kardiocentru Fakultní nemocnice Plzeň

Z kardiocentra Fakultní nemocnice Plzeň byly osloveny tři sestry S7, S8, S9 pracující čtyři a půl, devět a pět let v oboru kardiologie. Všechny tři oslovené sestry potvrdily, že na vzdělávání kardiaků, zaměřeném na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění, se sestry na jejich pracovišti podílejí. Domnívají se že, mají v dnešní době v tomto směru o něco větší možnosti než dříve. Připouští, že ale stejně nejvíce edukují pacienty lékaři. Na otázku, Jaké větší možnosti sestry v současné době mají? Odpovídají: *„Máme větší možnosti v poskytování edukačních materiálů.“*

Také v poskytování kontaktů na kardiologického specialistu, kardiologickou ambulanci, speciální poradny a doporučení účastnit se různých kardiologických, preventivních programů, jako například programy zaměřující se na léčbu závislosti na nikotinu, výživové poradenství (zaměřené na redukci hmotnosti) a také kontakty na fyzioterapeuta případně na klub kardiaků. Při preventivním vzdělávání kardiaka se zaměřují na zdravý životní styl, nejvíce na stravování, obezitu, pohybovou aktivitu, škodlivost kouření, eliminaci stresu a na dodržování farmakologické léčby. Za největší nedostatky v oblasti informovanosti kardiaků uvádějí neznalost zdravého stravování a nedostatečnou informovanost o pozitivních vlivech pravidelné pohybové aktivity. Sestry shodně dodávají „bohužel se u kardiaků setkáváme velmi často s malou disciplinovaností v dodržování léčebného režimu“. Sociální situaci pacienta, která může ovlivnit prognózu jeho zdravotního stavu, sestry nesledují. Ani neposkytují edukaci zaměřenou na preventivní opatření blízkým osobám pacienta. Na otázku, Je na Vašem pracovišti kardiak poučen před ukončením hospitalizace o režimových opatřeních? Odpovídají sestry shodně, že ano. „Pacient je poučen lékařem i sestrou. Vzdělávání pacientů provádíme rozhovorem a pomocí informačního materiálu v podobě letáčků a brožurek obsahující zásady preventivní péče kardiovaskulárních onemocnění.“ Na otázku, Jaká ošetřovatelská dokumentace je ve Vaší nemocnici vedena v rámci preventivního vzdělávání kardiaků? Sestry uvádějí: „U nás máme k dispozici edukační plány, záznamy a edukační karty.“ Cíle pro kardiaky lůžkové sestry stanovují. Na dotaz, Na jaké cíle se nejvíce zaměřujete? Odpovídají: „Nejvíce na redukci hmotnosti a zanechání kouření.“ Výsledky pacientova snažení vedoucí ke změně životního stylu sestry zaznamenávají pouze v rámci hospitalizace a jedná se nejčastěji o snižování hmotnosti. Sestry se shodují na tom, že sledování výsledků změn u nich na oddělení a dále pak na zdejších ambulancích je přínosné pro další motivaci většiny kardiaků. Na otázku, Domníváte se dle svých zkušeností, že větší zaměření na vzdělávání a kontrolu kardiaků v preventivní péči o zdraví více přispěje ke změně jejich chování? Sestry shodně odpovídají: „Myslíme si, že určitě ano.“ Jedna z oslovených sester doplňuje „čím více se o prevenci pacienti dozvědí, tím je větší šance, že se budou ke svému zdraví chovat zodpovědněji.“

PŘÍLOHA 10

Kódování

Rozhovor s Respondentem 1

Respondent mužského pohlaví, věk 41 let. Infarkt myokardu prodělal před dvěma roky, kdy podstoupil úspěšnou PTCA v kardiocentru Fakultní nemocnice v Motole. Nyní hospitalizován pro anginózní bolesti, provedena koronarografie, která nový infarkt myokardu nepotvrdila.

Respondent obdržel **informace** týkající se zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění od **lékaře** i od **sestry**. „*Sestra mi dala **leták**, byly tam **rady** o tom jaká **strava** a jaký **pohyb** je vhodný u srdečních onemocnění., ale stejně jsem koukl ještě na **internet**.*“ Na otázku, Víte, jaké jsou **rizikové faktory** pro vznik **infarktu myokardu**, které můžete sám **ovlivnit**? Odpovídá: „*Vím, že infarkt můžu částečně **ovlivnit prevencí**, především zdravou stravou, pohybem, taky bych se měl vyvarovat stresu.*“ Z rizikových faktorů respondent jmenuje **nadváhu**, **dietu**, **pohyb** a **stres**.

Při rozhovoru byla položena na téma výživy respondentovi otázka, **Změnily** se po proděláním infarktu myokardu Vaše **stravovací návyky**? Respondent říká: „*Ano, své návyky jsem změnil, **omezil** jsem **tučná jídla** a **vynechal sladkosti**. Také teď jím **víc ovoce**, ale hlavně **víc zeleniny**. Snažím se i **míň solit**, ale to se mi moc nedaří, protože má rád **ostřejší pokrmy**. Také jsem přestal jíst **bílé pečivo** a raději si **dám celozrnné tmavé**, je **zdravější** a má **víc vlákniny**. Po infarktu jsem zařadil do své stravy i **víc bílého masa**.*“ Dodává, že rybu si dá občas, také má rád mořské plody. I v příjmu tekutin provedl pacient změny. Zvýšil jejich denní příjem a vyloučil sladké nápoje. Na dotaz, Co Vám **změna stravy přinesla**? Odpovídá: „*Tato změna je pro mě hodně důležitá. Podařilo se mi **snížit** svou **váhu** o **celých sedmnáct kilo** a hlavně si jí **udržet**, za to jsem rád. Díky snížení váhy se **cítím líp fyzicky i psychicky**. Mám radost z toho, že si konečně může **dát nohu přes nohu**.*“ Je vidět, že dosažený výsledek je pro respondenta povzbudivý a motivující. Dodává, že přestože má poměrně silnou vůli, **sám** by tuto změnu provést **nezvládl**. Za velkou **pomoc** a podporu vděčí **manželce** a to především v

dodávání a přípravě vhodné, dietní stravy.

Další okruh otázek se týkal **kouření**, konzumace **alkoholu** a stresu v každodenním životě . Respondent říká: „*Nikdy jsem nekouřil a ani moc nepil. Alkohol piju málo, občas si dám víno. A i to jen při zvláštních příležitostech.*“ Jak sám uvádí, **stresu** se v běžném životě **nevyhne**, hlavně tomu pracovnímu, ale domnívá se, že přestože je cholerik zvládá stresové situace **eliminovat**. Se stresovou zátěží se dokázal vypořádat **sám** a to především **díky sportu**, který jak sám říká, mu přináší pocit uvolnění a psychického odreagování od každodenních starostí. Díky **snížení stresu** se **cítí vyrovnaně** a v dobré **pohodě**.

Otázky vedené k pohybové aktivitě, sledovali respondentův vztah po prodělání infarktu myokardu k fyzické zátěži. Na otázku, **Změnil** se Váš vztah k **fyzické aktivitě** po prodělání infarktu myokardu? Odpovídá: „*Ano, před infarktem byla moje pravidelná pohybová aktivita nulová. To jsem změnil, sice pořád jezdím hodně autem, ale začal jsem pravidelně, každý den třicet minut cvičit na stepperu. Pořídil jsem si ho dokonce kvůli tomu i domů. Taky chodím hrát tenis a začal jsem jezdit i víc na kole. Uznávám, že na kole bych mohl jezdit častěji.*“ **Pohyb** respondentovi, jak sám říká, pomohl **zredukovat hmotnost**, **vypořádat se lépe se stresem**, **zlepšit fyzičku** a celkově se **cítit lépe**. Tuto **změnu** zvládl provést **sám** díky své pevné vůli a odhodlání.

Na otázku, Chodíte na **preventivní prohlídky** ke specialistovi? Odpovídá: „*Ano chodím, pravidelně, tak jak si mě objednájí a léky беру poctivě, jak mám.*“ Je si vědom, že nejen léčba léky, ale i prevence má v péči o jeho zdraví své opodstatnění.

Změnu svého **životního stylu** vnímá pozitivně a to především v **dietních opatřeních** a **pohybové aktivitě**. Na dotaz, V čem spatřujete svůj největší **problém** při dodržování zásad sekundární prevence? Odpovídá: „*Nejvíce v pravidelném cvičení. Donutit se a udělat si každý den čas na krátké cvičení, ale to už je minulostí.*“

Na závěr rozhovoru byla položena otázka. Mají tyto **změny** pozitivní **vliv** na Vaši životní **spokojenost**? Respondent říká: „*Ano určitě, cítím se líp, jak psychicky tak fyzicky a rozhodl jsem se, že to chci takhle už napořád. Doufám, že budu mít dost vůle a vydržím to.*“

Respondentky pracující v kardiocentru Fakultní nemocnice v Motole

Z kardiocentra Fakultní nemocnice v Motole byly osloveny tři sestry S1, S2, S3 pracující sedm, pět a šest a půl roku v oboru kardiologie. Všechny tři oslovené sestry odpověděly, že se na preventivním **vzdělávání** kardiaků, **sestry** na jejich pracovišti **podílejí**, sestry se **nedomnívají**, že by měly v současné době **větší možnosti** ve vzdělávání kardiologických pacientů v oblasti sekundární prevence než dříve (mají pocit, že tato činnost stále náleží převážně lékařům). Snad jen, že mají v současné době pro pacienty k dispozici větší množství **tištěného informačního materiálu** a mohou pacientům doporučovat i různé **preventivní programy** zaměřené na prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Na otázku, Na co se v rámci preventivního vzdělávání kardiaků nejvíce zaměřujete? Sestry odpovídají: „*Nejvíce se **zaměřujeme** na správnou **životosprávu**, **pohybový režim**-především ambulantně řízený trénink, u kuřáků na **nekouření**-nebo alespoň omezení kouření, **dodržování pravidelných kontrol** v kardiologické ambulanci.“ Největší **nedostatky** v oblasti **informovanosti** kardiaků spatřují sestry v **neznalostech** vhodné **stravy** u onemocnění srdce a **nevědomosti** o možnosti účastnit se po ukončení hospitalizace **ambulantně řízeného tréninku**. O pacientovu sociální situaci z důvodu ovlivnění jeho zdravotního stavu do budoucna se sestry nezajímají. Nezaměřují se ani na preventivní edukaci blízkého okolí pacienta. Na dotaz, Je na Vašem pracovišti **kardiak poučen** před ukončením hospitalizace o **režimových opatřeních**? Sestry shodně odpovídají, že **ano**. „*Před ukončením hospitalizace je kardiak vždy poučen o režimových opatřeních, která by měl následně dodržovat. Pacienty vzděláváme **rozhovorem**, dále jim poskytujeme tištěný informační materiál v podobě **letáčků**, **brožurek**, kde mohou najít základní informace o režimových opatřeních po infarktu myokardu. Také mají naši pacienti možnost získat **doporučení** na kardiologického **specialistu** nebo kontakt na **fyzioterapeuta** případně na **klub kardiaků**.“* Na otázku, Jaká **ošetřovatelská dokumentace** je ve Vaší nemocnici vedena v rámci preventivního vzdělávání kardiaků? Sestry uvádějí: „*Na našem oddělení vyžíváme ke vzdělávání kardiologických pacientů **edukačních záznamů**, **edukačních plánů** a **ošetřovatelských diagnóz**.“* **Cíle** pro kardiaky lůžkové sestry **nestanovují**, pouze v rámci ošetřovatelských diagnóz (jedná se o cíle zaměřené na dostatek informací v oblasti*

sekundární prevence-výživové poradenství, poradenství zaměřující se na pohybovou aktivitu a odbornou pomoc při odvykání kouření). Na dotaz, **Zaznamenáváte** na Vašem pracovišti **výsledky** pacientova **snažení** týkající se změny životního stylu? Odpovídají: „*My na oddělení přímo **ne**, ale tyto výsledky jsou v rámci kardiocentra sledovány a zaznamenávány na zdejších kardiologických ambulancích.*“ Přesto lůžkové sestry vnímají sledování výsledků změn na zdejších ambulancích jako přínosné pro další motivaci kardiaka v ovlivňování jeho režimových a léčebných opatření. Na otázku, Domníváte se dle svých zkušeností, že větší **zaměření** na **vzdělávání** a **kontrolu** kardiaků v preventivní péči o zdraví více přispěje ke **změně** jejich **chování**? Sestry shodně odpovídají: „*Myslíme si, že **ano**.*“ Jedna z dotázaných sester ještě doplňuje „*čím více se toho o prevenci pacienti dozvědí, tím je větší šance, že se budou ke svému zdraví chovat zodpovědněji, ale stejně nejvíce záleží na individualitě a přístupu každého pacienta.*“ Obě její kolegyně jí dávají za pravdu.

PŘÍLOHA 11

16. 3. 2014

•••

Bc. Marie Žahourková
Heleny Malířové 1
37006 České Budějovice
Tel.: 728 101 106
E-mail: marie.zahourkova@gmail.com

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Vážená paní náměstkyně,

chtěla bych Vás touto cestou požádat o možnost provedení výzkumu metodou kvalitativního šetření zaměřeného na sekundární preventivní péči v kardiologii ve Vaší fakultní nemocnici. Výzkum je součástí mé diplomové práce na téma „Účast pacientů po prodělaném infarktu myokardu na aktivní péči o své zdraví v rámci sekundární prevence“, a probíhá na třech různých kardiocentrech ČR. Výzkumným souborem jsou vždy tři sestry a čtyři pacienti po prodělaném IM, formou výzkumu je nestrukturovaný rozhovor. V příloze přikládám vlastní zadání diplomové práce a výzkumné otázky k rozhovorům.

V současnosti dokončuji magisterské studium ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Předem děkuji za kladné posouzení mé žádosti a za možnost provedení výzkumu na kardiologickém oddělení Vaší nemocnice.

S pozdravem

Bc. Marie Žahourková



Přílohy:

- Zadání diplomové práce
- Výzkumné otázky pro sestry a pacienty

SOUHLASÍM

x

NESOUHLASÍM

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

Podpis:.....

26. 3. 2014

Bc. Marie Žahourková
Heleny Malířové 1
37006 České Budějovice
Tel.: 728 101 106
E-mail: marie.zahourkova@gmail.com

Mgr. Monika Kyselová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra

Vážená paní náměstkyně,

chtěla bych Vás touto cestou požádat o možnost provedení výzkumu metodou kvalitativního šetření zaměřeného na sekundární preventivní péči v kardiologii ve Vaší nemocnici. Výzkum je součástí mé diplomové práce na téma „Účast pacientů po prodělaném infarktu myokardu na aktivní péči o své zdraví v rámci sekundární prevence“, a probíhá na třech různých kardiocentrech ČR. Výzkumným souborem jsou vždy tři sestry a čtyři pacienti po prodělaném IM, formou výzkumu je nestrukturovaný rozhovor. V příloze přikládám vlastní zadání diplomové práce a výzkumné otázky k rozhovorům.

V současnosti dokončuji magisterské studium ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Předem děkuji za kladné posouzení mé žádosti a za možnost provedení výzkumu na kardiologickém oddělení Vaší nemocnice.

S pozdravem

Bc. Marie Žahourková



Přílohy:

- Zadání diplomové práce
- Výzkumné otázky pro sestry a pacienty

31. III. 2014

Monika Kyselová

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Monika Kyselová

Mgr. Monika Kyselová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra
31



Úřvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. P. Beneš 13, 202 99 Plzeň - Mlýny
Máj Svobody 10, 312 00 Plzeň - Lochodín
IČO: 60242168 411 377 411 111, 377 103 114

Vážená paní

Marie Záhorková, Bc.

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotní sociální, Katedra ošetrovatelství

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám udělují jménem Úřvaru náměstkyň pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň a v souladu se stanoviskem vrchní sestry Kardiologického oddělení, Mgr. Pavlína Mokrešové, **povolení** ke sběru dat pomocí rozhovorů s pacienty a všeobecnými sestrami Kardiologického oddělení FN Plzeň.

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „Účast pacientů po prodělaném infarktu myokardu na aktivní péči o své zdraví v rámci sekundární prevence“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně provedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.
- Pacienty - respondenty budete oslovovat **pouze v doprovodu vrchní / staniční sestry** Kardiologického oddělení, **nosíte se tedy pohybovat mezi pacienty - respondenty samostatně.**
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent považoval jako újmu či s rozhovorem nevyklovil souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů i zaměstnanců na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených pacientů / zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Štěpáně Chábová
náměstka pro vzdělávací a výuku RLSLP
zdravotní náměstkyň pro oš. péči

Úřvar náměstkyň pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 214, 377 467 297
E-mail: chabova@fnplzeň.cz

14. 3. 2014