



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Režimová opatření a kardiologický pacient

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Michaela Borovková

Vedoucí práce: Mgr. Iva Šafaříková

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Režimová opatření a kardiologický pacient“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8.2020

.....

podpis

Poděkování

Tímto způsobem bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Ivě Šafaříkové za ochotu, skvělé odborné vedení a hlavně trpělivost, za její cenné rady, podporu a pomoc, díky kterým jsem mohla tuto práci dokončit.

Dále mé poděkování patří všem zúčastněným informantům. Spolupráce s nimi byla výborná a velmi oceňuji jejich ochotu při vedení rozhovorů.

Režimová opatření a kardiologický pacient

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku režimových opatření doprovázejících kardiologického pacienta. Jelikož je ale pojem kardiologický pacient velice rozsáhlý, stanovili jsme si výlučně jedno kardiologické onemocnění, a to infarkt myokardu. Teoretická část práce je věnována charakterizaci onemocnění infarktu myokardu, pojmu prevence a specifitěji sekundární prevenci a jednotlivým režimovým opatřením pro pacienty po infarktu myokardu. Dále se v této části objevuje zmínka o roli sestry, která pečuje o pacienta a v neposlední řadě jsou zde uvedeny problémy, doprovázející doporučená režimová opatření a jejich dodržování.

Praktická část zahrnuje stanovení dvou cílů. Prvním bylo zjistit, jaká režimová opatření jsou v rámci sekundární prevence doporučována kardiologickým pacientům. Druhý měl za úkol zmapovat úlohu sestry v edukačním procesu režimových opatření. Pro práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, prováděné pomocí nestandardizovaných polostrukturovaných rozhovorů. S 10 sestrami z oboru kardiologie a 6 pacienty po proběhlé příhodě infarktu myokardu s měsíčním odstupem. Hlavním tématem byla doporučovaná režimová opatření a edukační proces, díky kterému dochází k předávání informací.

Výzkumné šetření ukázalo uspokojivou informovanost a orientovanost kardiologických sester v problematice. Svou roli sestry znají velmi dobře a jsou si vědomy toho, co tato role zahrnuje. Výzkum ale také odhalil negativní složku edukačního sdělení, a to nedostatečný časový prostor pro jeho úspěšnou a kvalitní realizaci.

Přínosem této bakalářské práce by mělo být usnadnění ošetrovatelské péče a pomoc kardiologickým sestram. Měla by jim nabídnout materiál, kde bude shrnuto vše, co se týká problematiky doporučených režimových opatření pro pacienty s infarktem myokardu.

Klíčová slova

Infarkt myokardu; doporučená režimová opatření; sekundární prevence; role sestry; péče o pacienta po IM; edukační sdělení; kompetence sester v edukaci; problémy

Regime measures and cardiologic patient

Abstract

This bachelor thesis deals with problems of regime measures accompanying a cardiac patient. Since the term cardiac patient can vary widely, we determined solely one cardiac disease and it is a myocardial infarction. The theoretical part deals with the characterization of disease myocardial infarction, the term prevention and more specific secondary prevention and individual regime measures for patients after myocardial infarction. Furthermore, in this part, there is mentioned the role of a nurse who takes care of a patient, and ultimately problems accompanying recommended regime measures and their compliance.

The practical part included determination of two aims. The first was to find out what regime measures are recommended within the secondary prevention to cardiac patients. The second had the task of mapping the nurse's role in an educational process of regime measures. A qualitative research survey applied by non-standard semi-structured interviews, was used for the work. The interviews were held with 10 nurses at the field of cardiology and 6 patients after myocardial infarction event with a gap of one month. The main topic was recommended regime measures and educational process, that generates information transmission.

The research survey showed satisfactory knowledge of nurses and the fact that the cardiological nurses are well informed about the matters. The nurses know their role very well and they are aware of what this role involves. The research also revealed a negative section of educational information. The little time security for quality educational process was an unfavourable part. The benefit of this bachelor thesis should be to ease the nursing care and to help the cardiological nurses. We wanted them to have the material at their shoulders, where everything related to the problems of recommended regime measures for patients with myocardial infarction will be summarized.

Key words

Myocardial infarction; recommended regime measures; secondary prevention; role of a nurse; care for patients after MI; educational information; competence of nurses in education; problems

OBSAH

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 Nejčastější kardiovaskulární onemocnění v České republice.....	10
1.2 Infarkt myokardu.....	12
1.2.1 Definice infarktu myokardu.....	12
1.2.2 Náhled do historie onemocnění infarktu myokardu	12
1.2.3 Dělení infarktu myokardu.....	13
1.2.4 Etiopatogeneze infarktu myokardu.....	14
1.2.5 Klinický obraz infarktu myokardu.....	14
1.2.6 Diagnostika infarktu myokardu.....	15
1.2.7 Komplikace infarktu myokardu.....	16
1.2.8 Léčba infarktu myokardu.....	17
1.3 Prevence.....	18
1.4 Sekundární prevence u pacientů po infarktu myokardu.....	20
1.5 Režimová opatření u pacienta po infarktu myokardu.....	22
1.5.1 Nefarmakologická doporučení.....	22
1.5.1.1 Kouření a jeho absolutní zákaz.....	23
1.5.1.2 Snížení tělesné hmotnosti a dietní opatření.....	23
1.5.1.3 Zvýšení tělesné zátěže.....	26
1.5.1.4 Snížení míry stresu.....	27
1.6 Role sestry v péči o pacienty po infarktu myokardu.....	28
1.6.1 Role sestry v rámci edukace režimových opatření po infarktu myokardu.....	29
1.6.2 Kompetence sester v edukaci pacientů.....	30

1.7 Problémy vyskytující se v rámci sekundární prevence	
po infarktu myokardu.....	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíl práce.....	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
3 METODIKA.....	34
3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat.....	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	36
4.1 Kategorizace výsledků.....	36
4.1.1 Kategorizace skupiny kardiologických sester.....	36
4.1.1.1 Kategorie: Základní identifikační údaje.....	37
4.1.1.2 Kategorie: Sdělování režimových opatření.....	38
4.1.1.3 Kategorie: Doporučovaná režimová opatření.....	41
4.1.1.4 Kategorie: Obavy pacientů z pohledu sester.....	43
4.1.2 Kategorizace skupiny pacientů po infarktu myokardu.....	45
4.1.2.1 Kategorie: Základní identifikační údaje.....	46
4.1.2.2 Kategorie: Obeznamení pacienta s onemocněním.....	47
4.1.2.3 Kategorie: Kvalita informací podaných	
zdravotnickými pracovníky.....	47
4.1.2.4 Kategorie: Životaspráva po infarktu myokardu.....	48
4.1.2.5 Kategorie: Komplikace související se změnou	
životního stylu z pohledu pacientů po infarktu myokardu.....	52

5 DISKUZE.....	54
6 ZÁVĚR.....	64
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	78
9 SEZNAM ZKRATEK.....	86

ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou režimová opatření ve vztahu ke kardiologickému pacientovi. Slovní spojení kardiologický pacient v sobě skrývá mnoho druhů onemocnění s různými příčinami a různým průběhem. Kardiovaskulární choroby, které k tomuto pojmu také neodmyslitelně patří, jsou velkým strašákem dnešní doby. I když žijeme ve světě plném moderní techniky a nových postupů, stále dochází k novým případům, kdy jedinec onemocní právě jednou z nich. Kdybychom chtěli v této práci obsáhnout všechna jednotlivá patofyziologická zákoutí kardiologie zabralo by nám to hodně času. Z toho důvodu bylo vybráno jedno konkrétní onemocnění, kterým se budeme zabývat podrobně, a to infarkt myokardu. Jedná se o termín, jež je dnešní populaci dobře známý a asi neexistuje nikdo, kdo by o něm neslyšel. I přesto se ale stává, že když právě na tuto příhodu dojde, nikdo z pacientů vlastně neví, jak by se měl zachovat, co následně může a co naopak nesmí dělat. V tuto chvíli přicházejí na řadu doporučená režimová opatření. Jejich dodržováním u pacienta dochází k sekundární prevenci. Ta je důležitá pro předcházení opětovně vzniklé příhodě infarktu myokardu (IM), nebo pro zabránění nechtěným komplikacím. Často pozorujeme nedostatečnou informovanost pacientů o důležitosti prevence. Někteří jsou o zásadách životního stylu po IM velmi dobře poučeni, jiní pak naopak nemají povědomí o vhodných opatřeních. Získané znalosti se odvíjejí od kvalitního předání informací. Prostředníkem pro jejich distribuci by měl být právě zdravotnický personál. Po lékařově intervenci přichází na řadu úloha sestry a její působení.

Pokud nedochází k důslednému dodržování režimových opatření, může následně utrpět pacientův život na kvalitě. Toto téma mě zaujalo z toho důvodu, že se v převážné většině věnuje pozornost aktuálnímu stavu či právě hrozícímu nebezpečí. Problematika doporučených režimových opatření je ale dlouhodobější záležitost. Mým názorům sympatická myšlenka je, že správným a důkladným předáním informací můžeme zlepšit pacientův budoucí stav a úroveň jeho života.

1 SOUČASNÝ STAV

1. 1 Nejčastější kardiovaskulární onemocnění v České republice

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) zahrnují všechny získané či vrozené choroby myokardu a cév. Nejčastěji se tímto pojmem označují onemocnění srdce a tepen, kdy dochází k jejich kornatění či ucpávání (FZV, ©2020). V České republice (ČR) se současný stav KVO stále pohybuje na prvních příčkách úmrtnosti, a to až z 50%. Avšak v posledním desetiletí se podařilo snížit závažná procenta úmrtnosti o 20%. Na čemž nesou zásluhu především nejnovější léčebné prostředky a včasné diagnostické postupy (MZČR, 2014). V roce 2018, se podle Národního registru kardiovaskulárních intervencí (NZIS REPORT č. R02, 2019) počet zásahů na kardiovaskulárním systému pohyboval na čísle 24 495 výkonů, přičemž u mužů to byla nadpoloviční většina, čísla vyjádřeno přesně (též za rok 2018) 17 219. U žen pak šlo jen o pouhých 7 276 intervencí. U některých pacientů byl zásah proveden někdy i dvakrát. Čistý počet pacientů se ustálil na čísle 20 892, což znamená přibližně 197 zákroků na 100 000 obyvatel (NZIS REPORT č. R02, 2019).

V žebříčku nejčastější příčiny smrti v oblasti KVO v ČR je na prvním místě chronická ischemická choroba srdeční (ICHS) s 19 965 úmrtími za rok 2011. Následuje cévní mozková příhoda (CMP) s počtem 10 803 úmrtí/rok 2011 a na třetí pozici akutní infarkt myokardu (AIM) - 6 774 úmrtí/rok 2011. V rámci akutních případů, kdy muselo dojít k hospitalizaci, jsou zastoupena hlavní dvě onemocnění, a to CMP s 56 116 pacienty/rok a AIM s 22 220 hospitalizovanými pacienty (Národní kardiovaskulární program, 2013). Z těchto dat lze tedy vyvodit, že co se týká KVO, u nichž byla nutná hospitalizace, zahrnují nejčastěji onemocnění způsobená nedostatečným zásobením myokardu a poruchami prokrvení mozkové tkáně. V české populaci je nejvíce zastoupeným KVO hypertenzní nemoc (HN) a ateroskleróza (Národní kardiovaskulární program, 2013). Toto tvrzení podporuje i faktické doložení návštěvnosti praktických lékařů pro dospělé, které uvádí, že v roce 2012 bylo vyšetřeno 22,4% pacientů s HN, s ICHS 9,4% a pro cévní onemocnění mozkové tkáně 3,2% pacientů vedených a zapsaných v systému (MZČR, 2014).

Pokud bychom tato fakta shrnuli, k nejčastějším KVO v ČR patří chronická ICHS, CMP, AIM, ale také i HN a ateroskleróza.

Pro chronickou ICHS je charakteristická angina pectoris (AP), projevující se typickou stenokardií, která se objevuje nejčastěji po námaze. AP se pak klasifikuje dle závažnosti na 4 stupně. Další stav, zařazený k chronickým formám je tzv. němá ischemie. Jedná se o asymptomatický projev AP či IM. Následuje vazospastická AP, kdy dochází ke spazmům v epikardiální oblasti velkých koronárních cév. Objevuje se nejčastěji v ranních hodinách a v klidu. Syndrom X se objevuje také jako jeden z chronických stavů. Projevuje se fyziologickým koronarografickým nálezem a zároveň prokazatelnou ischemií při zatížení organismu (Sovová, Sedlářová et al., 2014).

U CMP dochází ke vzniku akutních, rychle postupujících ložiskových či difuzních poškození mozkové tkáně (Vojáček a Kettner et al., 2017). Literatura uvádí dva typy CMP. Nejčastěji jde o tzv. ischemickou formu CMP, vzniklou na podkladě uzávěru tepny mozkové, vyskytující se až u 85 – 90% případů. Méně častá je forma krvácivá, tzv. hemoragická, při níž dochází ke krvácení z mozkové cévy a aneuryzmat (Táborský et al., 2014).

HN, neboli také arteriální hypertenze je jedním z dalších závažných KVO české populace (Rosolová et al., 2013). HN definujeme jako opakované zvýšení systolického krevního tlaku na hodnoty vyšší než 140 mmHg a diastolického krevního tlaku na hodnoty více jak 90 mmHg. Tyto hodnoty musí být naměřeny minimálně při dvou odlišných návštěvách v ordinaci lékaře (Widimský et al., 2018). HN se dělí na primární (esenciální), kdy neznáme příčinu vzniku (u více než 90% pacientů) a na sekundární, kdy je charakteristické zvýšení krevního tlaku vlivem jiné choroby (Navrátil et al., 2017).

Ateroskleróza (ATS), tedy chronické poškození cévní stěny způsobené ukládáním tuků, je v souvislosti s KVO velmi důležitým termínem. Je podkladem pro velkou část KV chorob. ATS se vyvíjí asymptomaticky, a to až po desítky let. Dochází k tvorbě tzv. stabilního či nestabilního aterosklerotického plátu ve stěně cév (Vojáček a Kettner et al., 2017). Dalším definováním ATS je poškození cévní stěny zánětlivým procesem, jenž je vyvolán průnikem částic LDL (laktátdehydrogenázy) cholesterolu do prostoru nacházejícího se pod endotelem (Navrátil et al., 2017). V neposlední řadě se ve výčtu KVO objevuje i IM.

1. 2 Infarkt myokardu

1. 2. 1 Definice infarktu myokardu

Abychom mohli správně definovat IM musíme si vysvětlit pojem myokardiální poškození. *„Pojem myokardiální poškození by měl být používán při zvýšení hodnoty srdečního troponinu (cTn) s alespoň jednou hodnotou nad 99 percentil (horní referenční mez, URL ... je považováno za kutní, je – li přítomen vzestup a/nebo pokles hodnoty cTn.“* (Rokyta et al., 2019, str. 109) Toto jsou kritéria, která musí být splněna, aby došlo k myokardiálnímu poškození. O AIM hovoříme: *„jestliže je přítomno myokardiální poškození s průkazem akutní myokardiální ischemie a je přítomen vzestup a/nebo pokles hodnot cTn s minimálně jednou hodnotou nad 99 percentil (URL).“* (Rokyta et al., 2019, str. 109) a přítomností nejméně jednoho z kritérií, která určují jednotlivé typy IM. *„Z patologického pohledu je IM definován jako buněčná srdeční smrt způsobená prolongovanou ischemií“* (Rokyta et al., 2019, str. 110). Takto uvádějí vymezení onemocnění nejnovější Guidelines ve čtvrté univerzální definici IM. Mezi méně laboratorně zaměřené definice lze zařadit: *„Akutní srdeční infarkt je definován jako nekróza myokardu vznikající v důsledku kritického omezení průtoku koronární tepnou perfundující příslušné teritorium, většinou v důsledku obstrukce aterotrombotickým uzávěrem v terénu ischemické choroby srdeční.“* (Táborský et al., 2014, str. 17).

1. 2. 2 Náhled do historie onemocnění infarktu myokardu

Ačkoliv jsou první zmínky o klinických případech podobajících se IM zachyceny Williamem Harveyem v literatuře 17. století, jsou ale prvotně přisuzovány Georgi Dockovi, který popsal příznaky na žijícím člověku, ve své publikaci - „Notes on the coronary arteries“, pocházející z roku 1896 (Teixeira et al., 2013). Ovšem ještě před vydáním Dockovy publikace, v roce 1878 ve Vídni, stanovil klinickou diagnózu AIM Adam Hammer (Riedel, 2009).

Na Dockovy poznatky navázal v roce 1899 patolog Ludwing Hektogen, svým prohlášením, že IM může být způsoben embolií, ale častěji k němu dochází vlivem trombózy a následným poškozením tepen. Další z osobností, které se problematice věnovaly byl patolog Wiliam Osler. Jako první publikoval souvislosti mezi patologickými a klinickými poznatky týkajícími se trombózy postihující koronární tepny. Přišel na to, že uzávěr jedné tepny vede ke stavu zvaném „anemická nekróza“ či „bílý infarkt“ (Teixeira et al., 2013).

I když docházelo k podstatným objevům v kardiovaskulární oblasti, a bylo zjištěno, že tromboza koronárních tepen může způsobit smrt, stále byla tato skutečnost považována jen a pouze za lékařskou kuriozitu (Braunwald, 1998).

Ve 20. století začalo značně přibývat lidí, kteří onemocněli IM. Počátek „epidemie“ se datuje do 30. let 20. století, a to na území USA. Největší rozmach byl zaznamenán v 60. letech, „*kdy byla ICHS hlavní příčinou úmrtí americké populace*“ (Rosolová et al., 2013, str. 13). Nedlouho poté se toto onemocnění rozvíjelo také v evropských a rozvinutých státech světa (Rosolová et al., 2013).

1. 2. 3 Dělení infarktu myokardu

Rozlišujeme dva základní typy AIM. Je jím IM s elevací ST segmentu, zobrazující se na elektrokardiografii (EKG), neboli STEMI (Příloha 1, obr. 1) a IM, kdy není přítomna na EKG elevace ST úseku, tzv. NSTEMI (Příloha 1, obr. 2) (Sovová, Sedlářová et al., 2014).

U STEMI AIM se ST elevace na záznamu EKG drží delší dobu. Tímto úsekem se rozumí časové období delší než 20 minut. U pacientů probíhá akutní bolest na hrudi – stenokardie. NSTEMI typ AIM se projevuje nestálou elevací ST úseku, tento stav trvá méně než 20 minut a mohou se objevit ST deprese i převrácení nebo pseudonormalizace vln T. Jednou z dalších možností projevu jsou nespecifické změny na EKG křivce. Akutní stenokardie je u typu NSTEMI též přítomna (Bulava, 2017).

Klasifikace, kterou uvádí Rokyta et al., 2019 ve své publikaci je IM 1. až 5. typu, s některými podtypy. Nejčastějším propuknutým typem IM je 1. a 2. IM 1. typu je charakterizován trombotickým postižením věnčitých tepen na podkladě vytvořených aterosklerotických plátů. K propuknutí kritického stavu pak dochází, pokud dojde k erozi či ruptuře tohoto plátu. Pohyb trombotického shluku může vést až k embolizaci do distálních částí tepen (Rokyta et al., 2019).

U 2. typu IM je základním znakem ischemie způsobená patofyziologickou nerovnováhou. Myokard nemá dostatečný přísun kyslíku, jaký by potřeboval ke své práci. Nejedná se tedy o ischemii vzniklou v závislosti na koronárním onemocnění (Vojáček a Kettner et al., 2017).

1. 2. 4 Etiopatogeneze infarktu myokardu

Příčinou, která nejčastěji vede k IM je ateroskleróza postihující koronární tepny (Vojáček a Kettner et al., 2017). Dochází k dlouhodobě postupujícímu procesu tvorby tukových plátů, vytvořených nahromaděním pěnových buněk, ukládajících se pod endotel tepny (Navrátil et al., 2017). Pěnové buňky vznikají na podkladě makrofágů fagocytujících LDL částice. Následkem přeměny nemůže poškozená výstelka cévy fyziologicky fungovat a dochází k dysfunkci endotelu koronární tepny. Na porušený endotel nasedají trombocyty a ty postupně vypuzují další působky tkáně. Mezi tyto látky, vznikající a působící na tkáň patří především růstový faktor, díky němuž se hojně zmnoží buňky vnitřní výstelky a vazivo. Migrující a rostoucí fibroblasty zapříčiňují vznik fibroateromatozního plátu (Bulava, 2017). Tento plát má za následek zúžení průsvitu cévy, s tím spojený snížený průtok krve řečištěm a to, pokud stenóza překročí 50% průměru tepny (Navrátil et al., 2017).

Ateromatozní plát, u kterého se projeví ruptura a celý výše popsaný proces, se nazývá nestabilní (Příloha 1, obr. 3). Trombus vzniklý po prasknutí plátu se označuje jako tzv. bílý trombus. Ten se dynamicky mění podle toho, jaké má podmínky v tepenném prostředí, zda na něj působí protrombogenní či antitrombogenní dění. Další stadium, následující po bílém trombu je trombus červený. Stav s trombem červeným vede častokrát k uzavření tepny a vyústí v akutní koronární syndrom. Typ nestabilního plátu zapříčiňuje přibližně 90% AIM. Zbýlých 10% se přisuzuje též nestabilním plátům, ale už bez vytvořeného trombu (Bulava, 2017).

1. 2. 5 Klinický obraz infarktu myokardu

Důležitou roli v rozpoznání klinického stadia IM hraje anamnéza, EKG záznam a laboratorní vyšetření, kde se zaměřujeme na hodnoty srdečních enzymů. Nejtypičtějším příznakem je bolest za hrudní kostí (Rokyta et al., 2019). Touto bolestí, označovanou jako stenokardie, se rozumí bolest, trvající déle než 15 minut s necitlivostí na podání nitroglycerinu (Navrátil et al.,

2017). Je charakteristicky svíravá, pálivá a velmi intenzivní. Pacient může udávat pocit nedostatku vzduchu, dušnosti (Sovová, Sedlářová et al., 2014). Často bývá spojována s jinou bolestí lokalizovanou v oblasti končetiny horní, dolní čelisti či epigastria (Rokyta et al., 2019). Bolest může vyzařovat mezi lopatky a před mandibulou do krku. Stenokardie se objevuje nejčastěji v klidném stavu, dále pak bezprostředně po velké zátěži, pro její výskyt jsou typické ranní hodiny (Bulava, 2017). Současně bývá ataka bolesti provázena projevy hypotenze, nauzeou až zvracením, nadměrným pocením, náhlou slabostí i pozbytím vědomí (Navrátil et al., 2017).

Nastat může i opačný stav, kdy dojde k naprosto asymptomatickému průběhu, tzv. indolentnímu, čili bezbolestnému, a to především u pacientů trpících diabetem mellitem (DM) nebo u těch, kteří prodělají nespecifické příznaky k určení IM (Bulava, 2017). V některých vzácných případech se objevují netypické symptomy. Mezi ně patří zástava srdeční funkce a i palpitace (Rokyta et al., 2019).

1. 2. 6 Diagnostika infarktu myokardu

Nejdůležitějším, nejzákladnějším a klíčovým provedeným vyšetřením je EKG (Navrátil et al., 2017). EKG se měří základní, za použití 12 svodů. Výstupem vyšetření je záznam, na němž jsou zobrazeny křivky, jež popisují, v případě IM, patologickou srdeční akci se změnami na vlnách P a T i s transformovaným komplexem QRS (Bulava, 2017). Nejtypičtější změnou, která se projevuje na EKG záznamu je elevace nebo deprese v ST části úseku křivky. Pro diagnostiku jsou klíčové elevace ST proběhlé nejméně na 2 svodech při minimálním zvýšení o 3 mm. V některých případech může docházet k nefyziologickým tvarům a uspořádání vln T či depresím ST segmentu (Navrátil et al., 2017).

Mezi neinvazivní postupy se řadí také magnetická rezonance srdce (MR). Díky této metodě lze posuzovat průtok krve myokardem a zvětšování rozsahu mezi buňkami. K zobrazení se používá i vyšetření výpočetní tomografií (CT) s kontrastní látkou nebo také echokardiografie (Rokyta et al., 2019).

Laboratorním kritériem pro diagnostikování IM a mezníkem v určení této diagnózy je nárůst hladiny troponinu nad hranici 99 percentil, přičemž se jedná o nejvyšší možnou jednotku fyziologické normy. V laboratorní oblasti se uplatňuje nejen průkaz hladiny troponinu, jak bylo výše zmíněno, ale hrají zde roli i další kardiospecifické enzymy a zánětlivé parametry (Sovová, Sedlářová et al., 2014). Dva druhy enzymu troponinu, I a T, jsou v dnešní době nejspecifičtějším a nejvíce citlivým ukazatelem nekrózy myokardu. Podle Rokyty et al. (2019) se jejich vzestup projeví již od poškození 1 g svaloviny. Nedílnou součástí speciálních biomarkerů je kreatinkináza (CK) a její oddíly, CK MB (dle Voháňky (2012) myokardiální enzym) a CK MB mass (plazmatická hmotnostní koncentrace CK MB, NLČP (©2019)). Spektrum odebíraných krevních vzorků bylo v minulosti rozšířeno o aminotransferázu (AST) a laktátdehydrogenázu (LDL). U skupiny zánětlivých parametrů se vyšetřuje C - reaktivní protein (CRP) a sedimentace (FW) (Sovová, Sedlářová et al., 2014). V poslední době se vedle srdečních enzymů k diagnostikování IM stanovuje hladina myoglobinu. Je obsažen kromě kosterního svalstva i v myokardu. Důležitý je z toho důvodu, že pokud dojde k AIM, v období do 2 hodin se uvolní do krevního řečiště. V něm mohou jeho stopy zůstat až 24 hodin (Rokyta et al., 2019).

Zásadním invazivním vyšetřením je selektivní koronarografie (SKG). Za pomoci kontrastní látky se hodnotí průchodnost věnčitých tepen, jejich zúžení či uzávěry (Navrátil et al., 2017). Při pozitivním nálezů v tepně se rovnou v rámci vyšetření provede perkutánní koronární intervence (PCI) (Sovová, Sedlářová et al., 2014).

1. 2. 7 Komplikace infarktu myokardu

Jednou z takových komplikací jsou arytmie. Arytmie jsou definovány jako poruchy vzniku srdečního vzruchu či narušené vedení těchto vzruchů. Může docházet i ke kombinaci poruch vedení a vzniku elektrických vzruchů (Navrátil et al., 2017). Zástupci arytmií, v souvislosti s AIM, jsou komorová tachykardie a fibrilace komor (Vojáček, Kettner et al., 2017). Další nejčastější arytmií je fibrilace síní a po ní následují bradyarytmie (Bulava, 2017).

Při selhávání funkce levé komory a dvojcípých chlopní nastává komplikace označovaná jako akutní srdeční selhání. Vzniká tlakově velký nárok na svalovinu levé komory, která není

schopna zabezpečit svou fyziologickou funkci (Vojáček, Kettner et al., 2017). Nejzávažnějším typem je kardiogenní šok (Navrátil et al., 2017).

V komplikacích hrají svou roli i mechanické obtíže. Ty zahrnují rupturu volné stěny levé komory. Následkem myokardiální tamponády vzniká oběhová zástava, náhlý pokles TK, bezvědomí, cyanóza a může vést i k respirační zástavě (Bulava, 2017). Ruptura mezikomorového septa se zařazuje k trhlinám a prasklinám postihujícím myokard při AIM. Jeví se jako náhlý vznik šelestu, který doposud nebyl přítomen, vracející se stenokardie a někdy až akutní srdeční selhání (Vojáček, Kettner et al., 2017). Dále může dojít k ruptuře papilárního svalu, na němž je zavěšena dvoucípá chlopeč. Alarmujícím projevem je mitrální regurgitace. Doprovází ji srdeční slabost lokalizovaná vlevo, s následkem plicního otoku (Bulava, 2017).

Perikarditida, je komplikace neobjevující se v prvních 24 hodinách a mající své charakteristické patologie na EKG křivce. Přítomná bolest je jiné povahy než stenokardie (Vojáček, Kettner et al., 2017). Ani infarkt pravé komory není ničím neznámým v této oblasti. Rozvine se přibližně u 1/3 IM postižených jedinců (Bulava, 2017).

1. 2. 8 Léčba infarktu myokardu

Léčba a její poskytnutí se dělí v závislosti na tom, kde se nemocný nachází a jaký rozsah léčby a terapeutických intervencí mu budeme moci poskytnout. Základním a prvním krokem je zabezpečení přednemocniční péče (Vojáček, Kettner et al., 2017). Principem předhospitalizační léčby je tlumení bolesti pomocí nitrátů, analgetik, aplikace kyseliny acetylsalicylové pro podchycení antiagregační terapie, podání kyslíku a uklidňování nemocného (Navrátil et al., 2017). Pokud se po natočení EKG projeví na křivce ST elevace, je pacient neprodleně převezen rovnou do nejdostupnějšího kardiocentra (Bulava, 2017). Prodleva mezi příjezdem rychlé záchranné služby (RZS) s nemocným a zpřístupněním koronární tepny by neměla překročit hranici 20 minut (Vojáček, Kettner et al., 2017).

Hlavní podstatou hospitalizační etapy je, co nejrychleji zabezpečit a opětovně zajistit krevní oběh v postižené části koronární tepny (Bulava, 2017). Klasickým zavedeným postupem pro

zprůchodnění cév je PCI, často s následným zavedením STENTU (Táborský et al., 2014). Pacienty, kterým nebyla na EKG prokázána elevace v ST úseku, tedy NSTEMI typu IM, je potřeba si rozdělit do skupin podle závažnosti. U velmi závažných forem se k jedinci přistupuje stejně, jako by se jednalo o typ STEMI. U lehčích typů a průběhu se doba provedení angioplastiky prodlužuje (Bulava, 2017). V případě, že se neobnoví dostatečný průtok krve a koronarografická vyšetření jsou stále bez výsledného zlepšení, přistupuje se k léčbě chirurgické. Indikuje se zákrok zvaný CABG - aortokoronární bypass (Navrátil et al., 2017).

Po proběhlém AIM je pacient poučen o užívání tzv. duální antiagregační léčby. Duální z toho důvodu, že se vždy užívají dva typy léků. Jedním z nich je kyselina acetylsalicylová a druhým inhibitory P₂Y₁₂. Mezi zástupce těchto inhibitorů patří například Tikagrelor a Prasugrel (Táborský et al., 2014). Od začátku léčby by pacienti také měli užívat betablokátory a statiny. Pokračováním by mělo být přidání ACE inhibitorů (angiotenzin konvertující enzymy) (Vítovec et al., 2018).

1. 3 Prevence

Prevence, slovo pocházející z latinského výrazu - „*praeventus*” charakterizuje postup, kdy dochází k předcházení zpravidla negativním důsledkům (Petrušek et al., 1996). Tóthová et al. (2019), uvádí prevenci jako systém různých intervencí, jenž předchází chorobám a jiným nechtěným a negativním událostem. V oblasti ošetrovatelské i lékařské hraje prevence důležitou roli a neodmyslitelně k ní patří (Dolák, 2015).

Prevenci lze rozdělit dle typu zásahu na specifickou a nespecifickou. Obecná neboli nespecifická je orientovaná na posilu a podporu zdravého životního stylu a na úpravu životního prostředí. Naproti tomu prevence specifická, je již přímo zaměřena na konkrétní cíl (například očkování proti určité chorobě) a má zcela výhradně preventivní charakter (Čeledová a Čevela, 2010). Další možnost dělení prevence je dle subjektu a vykonavatele preventivních opatření. K této skupině patří společenská, osobní a zdravotní prevence. Na společenské se podílejí zařízení, státní instituce a organizace či sociální uskupení. Osobní se týká zdravého způsobu života a je vlastní každému jednotlivci zvlášť. Zdravotnická prevence, se provádí ve specializovaných centrech a jiných zdravotních zařízeních (Dolák, 2015).

Podle toho, v jakém časovém úseku se prevence uskutečňuje ji dělíme na: primární, sekundární, terciární a kvartérní. **Primární prevence** směřuje svoje působení na zdravé jedince v celé populaci. Jejím úkolem je potřebnými opatřeními zabránit vzniku nemoci nebo jakéhokoliv jiného poškození zdraví (Hamplová, 2019). Prováděné zásahy jsou celkově pojaté, jak ze strany společenské, tak i zdravotní. Jejich prostřednictvím dochází k utužování a ochraně zdraví, jež zajišťují adekvátní a zdraví prospěšné pracovní podmínky i podmínky k životu, propagování zdravého způsobu života a specifické intervence, jejichž příkladem je očkování či preventivní lékařské prohlídky (Čeledová a Čevela, 2010). Směřuje také k zabránění vzniku neinfekčních, ale i vlivem infekce vyvolaných onemocnění i k prevenci úrazů. Kromě výše zmíněného se do skupiny primárního předcházení chorobám řadí i odborné přednášky pro veřejnou populaci, jejichž hlavní téma je zaměřené na zdravý životní styl, jak pečovat o pracovní prostředí nebo také jak správně obohacovat potraviny potřebnými vitamíny a prvky (Hamplová, 2019). Základním rysem primární prevence je tedy apelovat na jedince ještě před propuknutím nemoci (Tóthová et al., 2019). Náplní **sekundární prevence** je lokalizování a pátrání po prvotních příznacích vznikající choroby. Provádí se na podkladě terapeutických opatření, s jejichž pomocí se minimalizují dopady nemoci na celkové zdraví jedince (Hamplová, 2019). Cílem je zabránit takovým důsledkům jako jsou komplikace klinického stavu, doživotní následky i chronická stadia proběhlé nemoci. Hlavní podstatou je brzké diagnostikování onemocnění a nasazení správné léčby. Dále už pak převážná část sekundární prevence závisí na pacientovi samotném, tedy zda změní svůj postoj k životu a bude dodržovat zásady spojené s léčebným procesem i jestli bude schopen se o sebe postarat a udrží si vysokou míru soběstačnosti (Tóthová et al., 2019). Jedním ze základních kamenů je kromě zmíněných nutností také bezprostřední spolupráce ošetrovatelského a lékařského personálu s pacientem. Předmětem sekundární prevence jsou screeningové vyšetřovací metody, monitoringy a selfmonitoring, prohlídky zaměřené na dlouhodobé udržování stavu nemocného a v neposlední řadě i preventivní vyšetření. Tato zachycovací a pravidelná opatření jsou zabezpečena návštěvami u praktických lékařů, stomatologů a v případě žen gynekologických ordinací (Tóthová et al., 2015).

Předcházení vzniku opakovaných a vracejících se onemocnění je primárním stanoviskem **terciární prevence**. Kromě recidivy chorob, se bere na zřetel také uchránění a udržení co největšího rozsahu zdraví a snaha odvrátit možné destruktivní vlivy nemoci (Hamplová, 2019). Cílem je zachování pacientovy soběstačnosti v co největší míře, udržení odpovídající kvality

jeho života a pokud možno co nejméně znatelný dopad na společenskou, pracovní ale i duševní stránku jedince (Tóthová et al., 2015). Hlavní působnost terciární prevence spočívá převážně v následné a dlouhodobé péči, a zvláště se ubírá směrem k rehabilitaci (Tóthová et al., 2019). Aplikuje tzv. návratnou péči (Čeledová a Čevela, 2010). **Kvartérní prevence** je posledním typem prevence. Jedná se o souhrn činností a aktivit vedoucích k zabraňování dalšímu rozvoji postupujícího onemocnění, které má prognózu neslučitelnou se životem. Zaměřuje se na stránku tělesnou, duševní i společenskou u každého jedince individuálně. Užívána je především u pacientů s nevléčitelným onemocněním v podobě analgetické terapie, například v ambulancích bolesti (Hamplová, 2019).

1. 4 Sekundární prevence u pacientů po infarktu myokardu

Hlavním účelem sekundární prevence u pacientů po AIM je, aby nedošlo k relapsu akutního koronárního syndromu (AKS). Zásadním a důležitým bodem této prevence je odborný dohled internisty, nejlépe kardiologa nad pacientem. Lékař specialista a pacient by se měli zaměřit na aktivní vyhledávání rizik, která by mohla souviset s proběhlou epizodou IM. Při jejich nalezení by měli společnými silami co nejdříve omezit jejich působení (Boublík, 2019). Podle Vítovce et al. (2011a) by kontrolu klinického stavu u kardiologa měl pacient absolvovat alespoň 3x do roka, a to od doby, kdy byla ukončena pacientova hospitalizace. Další indikací k navštívení specialisty je každé zpozorované zhoršení klinického stavu. Pravidelné docházení k praktickému lékaři je adekvátní v rozmezí 3 – 4 měsíců a dále samozřejmě dle stavu pacienta (Vítovec et al., 2011a).

Multidisciplinární lékařský tým, složený z praktického lékaře a kardiologa je důležitou součástí sekundární prevence. U specializovaného lékaře dochází k pravidelným vyšetřením typu echokardiografie, ergometrie či holterovské monitorace (Danzig, 2018). Kontroly po propuštění jedince do domácí péče, ale ještě před nastavením pravidelných návštěv lékaře, začínají jeden měsíc po prodělání IM či po podstoupení lázeňské terapie (Vítovec et al., 2011a).

Podle hygienické stanice hlavního města Prahy ze statistik vyplývá, že u každého čtvrtého postiženého jedince dojde k recidivě IM (Boublík, 2019). Největší množství recidivujících AKS se děje v období mezi 6 – 12 měsícem od první proběhlé příhody a toto riziko přetrvává po celý

rok. Zamezení opětovně vzniklých příhod je hlavním důvodem pacientovy časné návštěvy ať už specialisty či internisty (Cortés - Beringola et al., 2017).

Pavelková a Hotařová (2016) uvádí, že na každého pacienta se má pohlížet jako na individuální bio – psycho – sociální a spirituální bytost a měly by být brány v úvahu komplexně všechny jeho stránky potřeb, obzvláště, jednání se o kardiologického pacienta. Je velmi důležité vnímat pacientovy individuální potřeby, jelikož ne všichni mohou mít stejný průběh onemocnění a jeho další vývoj (Pavelková a Hotařová, 2016).

Aby pacient předcházel nestabilním rizikovým faktorům a nedošlo u něj k recidivě onemocnění, měl by při ukončení hospitalizace obdržet doporučení týkající se jeho stavu a následné domácí péče. Opatření musí zahrnovat správnou úpravu životního stylu, správné uspořádání dietního plánu, rehabilitační doporučení a odkazy na cvičební programy a neméně podstatnou nastavenou farmakologickou léčbu (Vítovec et al., 2011a). Pacientům je z toho důvodu doporučován přístup, zaměřený na všechny tyto podstatné komponenty. Po dimisi je důležité zhodnocení a kontrola zdravotního stavu a s tím spojených rizikových faktorů, poradenství ohledně fyzické zátěže a cvičení dle možnosti a stanovení lékaře, výživových doporučení, psychosociálního vnímání jedince, odborné zástity, správného a důkladného dodržování terapie a postupů i edukace pacienta (Frederix et al., 2017). Všechno dohromady spojuje jeden prostředník a to dotyčný pacient, jehož se opatření týkají. Můžeme tedy říci, že objektem zaujímavým první místo v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění je pacient (Widimský et al., 2019).

Nastavená doporučení a léčba se může v různých zemích odlišovat, a to díky jiným národním vyhláškám a zkušenostem, týkající se lůžkových a ambulantních sektorů a programů provozovaných v oblasti domácí péče (Piepoli et al., 2016). Základní a nejvhodnější doporučené postupy v péči o pacienty postižené AIM ustanovují Česká kardiologická společnost (ČKS) a Evropská kardiologická společnost (ESC) (Národní kardiovaskulární program, 2013). Dle Doležela a Jarošové (2015), je pro ČR nejpříhodnější navržený postup Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi. Uvádají také, že tento postup je nejvhodnějším adeptem se zřetelem na sociální a ekonomickou situaci našeho státu (Doležel a Jarošová, 2015).

Ve své podstatě je sekundární prevence celoživotní a nepřerušovaný proces s cílem a vidinou vysoké kvality života pacienta po IM. Jde o postupy, které by měly pacienta povzbudit a dát mu naději do dalších dnů (Frederix et al., 2017).

1. 5 Režimová opatření u pacienta po infarktu myokardu

Podle ČKS by se v rámci režimových opatření po IM měl důraz klást především na dietní opatření. Důležité je informovat pacienta o výhodách některých potravin, ale také o těch škodlivých. Do dietních opatření se řadí také alkohol a jeho vztah ke KVO. Na úpravu životosprávy v rámci stravy navazuje i snížení rizika obezity. Dalším podstatným mezníkem u režimových opatření po IM je zvýšení fyzické aktivity. Navýšení aktivity se u pacienta provádí individuálně v souvislosti s jeho zdravotním stavem. Neméně důležitou součástí doporučených postupů je úprava závislosti na tabáku (Ošťádal et al., 2019).

1. 5. 1 Nefarmakologická doporučení

Při dodržování režimových doporučení byl prokázán pozitivní vliv na prognózu pacienta, zahrnující snížení pravděpodobnosti výskytu další ataky IM, delší život jedince a pokles postupu aterosklerózy (jetoinfarkt.cz, ©2019). Jestliže bude pacient správně dodržovat opatření, která mu byla indikována, může se postupem času navrátit ke svému povolání a k aktivnímu životu, může sportovat, cestovat letadlem a navštěvovat nové země a být sexuálně aktivní (Rodionov, 2016).

Rizikové faktory recidivujících KVO a tím i IM, byly rozřazeny do tří skupin. První jsou popisovány neovlivnitelné faktory, kam patří věk, pohlaví a genetika. Následujícím souborem jsou ty, které jdou medicínsky ovlivnit. Řadí se k nim farmakoterapie a chirurgické zákroky. A třetím, pro tuto kapitolu podstatným uskupením jsou zástupci chováním ovlivnitelných rizikových činitelů. Jedná se o ty, u nichž lze výskyt snížit pomocí změny či úpravy životního stylu (Billinger et al., 2014). Holm (2011), ve svém článku potvrzuje nutnost zásahu v rámci nebezpečných faktorů, kam řadí kouření, nadváhu až obezitu, kontrolu hypertenze i diabetu mellitu a změnu životního stylu s důrazem na pohybovou aktivitu. Vítovec (2011b) k výčtu

dodává dietní opatření a pozvolné zvyšování fyzické zátěže. Vysoké hladiny glukózy v krvi nalačno, nerovnováha v lipidovém systému a neméně podstatný stres jsou přidávány do souhrnu ovlivnitelných činitelů (Sjöström - Strand et al., 2013).

Jednou ze zásad, která se využívá ke změně životního stylu jsou multimodální intervence. Použity bývají u vysoce rizikových pacientů, náchylných ke KVO. Orientují se na správnou životosprávu, zejména v oblasti nutriční, fyzické aktivity, udržování adekvátní tělesné hmotnosti a redukování návyku na kouření. Díky nim dochází také k plynulejšímu průběhu choroby a zlepšení adherence. Součástí tvoří skupinové nebo na jedince samostatně zaměřené poradny (Šedová, 2019).

1. 5. 1. 1 Kouření a jeho absolutní zákaz

Odnaučit se kouřit a odvyknout si je jednou z nejzásadnějších změn v životním stylu pacienta po IM. Jedná se o nejproduktivnější změnu v oblasti životosprávy, související s dalšími KVO (Widimský et al., 2019). Důležitým článkem v odvykání je podpora jedince. Uplatňuje se strategie „5 P”, ptát se, poradit, posoudit ochotu přestat, pomoci a plánovat kontroly (Cífková et al., 2014). Společnost pro léčbu závislosti na tabáku vyškoluje sestry se speciálním zaměřením na tuto problematiku. Specializované sestry se ubírají směrem náhradního řešení místo cigarety, změny denního režimu a jeho prožívání či intervencí v oblasti prevence zvyšování tělesné hmotnosti (SLZT, ©2019). Webová stránka Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku odkazuje na weby určené jak pro zdravotníky, tak i pro kuřáky, např. www.stop-koureni.cz nebo www.odvykani-koureni.cz. Zahrnuje informace o odvykacích centrech a odkazy na pomoc pro závislé (SLZT, ©2019).

1. 5. 1. 2 Snížení tělesné hmotnosti a dietní opatření

U pacientů se zjištěnou nadváhou či obezitou je větší rizikovitost v KVO (Vítovec et al., 2011b). Doporučený a vhodný body mass index (BMI) k prevenci KVO je BMI 20 – 25 kg/m² (Cífková et al., 2014 a Widimský et al., 2019). Kromě BMI je rizikovým ukazatelem obvod pasu. U mužské populace by neměl překročit číslo ≥ 120 cm a u žen ≥ 88 cm (Vítovec et al., 2011a a Hamplová, 2019). Jestliže dojde ke srovnání tělesné hmotnosti na odpovídající úroveň, má to za následek pozitivní vliv i na některé z dalších faktorů. Řadí se mezi ně hladina glukózy v krvi,

hodnoty krevního tlaku a uspořádání a míra jednotlivých krevních tuků (Vítovec et al., 2011b). Každé snížení tělesné hmotnosti by mělo být konzultováno s lékařem (Müller et al., 2014).

V rámci prevence opětovného IM, KVO a jejich následků je nejzaručenější a nejlepší možnou volbou cesta zdravé a racionální výživy (Olišarová, 2019). Nejdůležitějším principem je zařazení více nenasycených mastných kyselin a omezení těch nasycených, adekvátní množství ovoce, zeleniny, luštěninových plodů a ořechů i snížené dávky soli (Widimský et al., 2019). Zásadním bodem je i snížení souhrnného kalorického příjmu jedince (Vítovec et al., 2011a).

Nasycené mastné kyseliny obsažené např. v uzeninách, tučném mase, sádle, smetanových výrobcích, palmovém či palmojádrovém oleji, je vhodné nahradit stravou bohatší na nenasycené mastné kyseliny. Ty můžeme nalézt v rybách (hlavně mořských), které by se měly objevit v jídelníčku 2x týdně. Nenasycené mastné kyseliny přispívají ke snížení krevních lipidů a nepatrnému vzestupu HDL cholesterolu. Dalším významným zástupcem jsou ořechy. Svým složením také snižují celkový výskyt tuků v krvi a zejména pak LDL cholesterol (Hlavatá, 201). V kuchyni pacienta by pak neměl chybět ani olivový olej či jiné rostlinné oleje. Maximální denní příjem by neměl překročit 1 g tuku na kg tělesné hmotnosti jedince (Müller et al., 2014). Z mas jsou doporučovány převážně libové kusy a drůbež s odstraněnou kůží (Piscatella a Franklin, 2016).

Sacharidy a vlákninu pacient přijímá skrze např. jablka, luštěniny a čočku, ovesné vločky a malé drobné červené ovoce (Hlavatá, 2018). Kromě toho je můžeme najít také ve vhodných obilovinách, rýži, těstovinách a zelenině (Müller et al., 2014). Analýza zkoumající onemocnění koronárních tepen zjistila 4% pokles rizika onemocnění po každodenní zkonsumované přídatné dávce ovoce nebo zeleniny (Piepoli et al., 2016). Běžná zdravá strava by měla obsahovat 200 g ovoce a 200 g zeleniny na den (Cífková et al., 2014). V množství vlákniny se udává příjem 25 – 30 g na den. Dobré je, aby jednu třetinu obsahu tvořila rozpustná vláknina, např. výše zmíněné ovoce (Hlavatá, 2018). Zredukování či zcela vyloučení upravených sacharidů je na místě. Modifikovanými sacharidy je myšleno sladké pečivo, krekry a sladkosti. Potrava a nápoje nesmí být s navíc dodaným cukrem a sladidly (Piscatella a Franklin, 2016). Celkově by se konzumace jednoduchých cukrů měla omezit na 60 g/den, což tvoří přibližně 10% celkového energetického příjmu (Olišarová, 2019).

Bílkoviny objevující se ve stravě, ve vhodném poměru 1:1 (rostlinné s živočišnými), působí na výslednou hladinu glykemického profilu velmi pozitivně. Mimo dobrý glykemický index mají vysoký sytící efekt (Hlavatá, 2018). Zastoupení ve stravě by se mělo pohybovat v rozmezí 12 – 13% (Olišarová, 2019).

Zabezpečování vitamínů a minerálních látek má na starosti tzv. - „zelená oblast“ (Müller et al., 2014).

Snížení konzumace soli je dalším významným mezníkem v dietním opatření. V prvních dnech po proběhlém AIM je pacientovi naordinována neslaná dieta (Hlavatá, 2018). Postupně pak jedinec přechází na běžný příjem sodíku v potravě, který by neměl překročit hladinu 5 g denně (Cífková et al., 2014). Doporučená je tedy strava s vyšším obsahem draslíku a s omezením sodíku. Denní dávka draslíku by se měla pohybovat okolo 4,7 mg. U sodíku se doporučená denní dávka uvádí maximálně 2,3 g za den (Piscatella a Franklin, 2016).

Zhodnocení několika studií v souvislosti s alkoholem ovlivňujícím kardiovaskulární metabolismus, přineslo výsledky, že minimální konzumace alkoholu souvisí s nižší kardiovaskulární a celkovou úmrtností (Zafarová, 2013). Minimální konzumací se rozumí přibližně 1 dcl vína, 1/3 l piva či 5 cl destilátu u ženy, u mužů je to dvakrát tolik (Widimský et al., 2019). Studie, kdy jedinci požívali 4 – 6 g čistého alkoholu za den, po první srdeční příhodě, prokázali snížení rizika úmrtnosti v porovnání s úplnými abstinenty (Šamánek a Urbanová, 2013).

Zafarová (2013) ve své publikaci sděluje informaci o sníženém riziku vzniku CMP a ICHS následkem popíjení kávy a zeleného čaje. Káva by se ale měla pít střídavěji, kvůli obsahu kofeinu a účinkům vedoucím ke zvyšování cholesterolu uvádí Müller et al., 2014. Nejvhodnější tekutinou je voda. Prospěšné jsou také ovocné a zeleninové šťávy (Müller et al., 2014).

V rámci preventivních opatření a terapeutických zásahů u jedinců s KVO se projevila jako nejúčinnější středomořská dieta, tzv. DASH dieta. Zahrnuje všechna výše zmíněná doporučení a opatření (Hlavatá, 2018). DASH dieta znamená dieta k dosažení snížení vysokého TK a tělesné hmotnosti (Rifai a Silver, 2016). Tento efekt může být zapříčiněn velkým množstvím stravy, bohaté na antioxidanty, vitamín C a hořčík, jako jsou zelenina a ovoce (Padilha et al., 2018).

1. 5. 1. 3 Zvýšení tělesné zátěže

Kardiovaskulární rehabilitace je neoddelitelným článkem režimového opatření pacientů po proběhlém srdečním onemocnění (Táborský et al., 2014). Tělesná aktivita je důležitou doménou zdraví prospěšného životního stylu. Její pravidelné provádění má za následek zdokonalení respirační dovednosti a kardiovaskulární funkce, snížení a zachování si ideální hmotnosti a pozitivní dopad na zlepšení stavu v oblasti chronického stresu, zapříčiňujícího velkou řadu dlouhodobých onemocnění (Rosolová, 2013).

Kardiorehabilitační intervence následující po IM mají v současnosti 4 fáze. První fáze hospitalizační rehabilitace zahrnuje snahu navrátit pacienta na úroveň běžných denních činností, aby se o sebe mohl v domácím prostředí sám postarat. Provádí se jak cviky aktivní, tak i pasivní, plus se přidávají cvičení na podporu respirační zdatnosti (Táborský et al., 2014). Mezi ty aktivní se řadí posazení či stání pacienta, chození po rovném povrchu a péče o sebe sama (Piscatella a Franklin, 2016). Ukončení hospitalizace by mělo proběhnout až poté, když pacient zvládne samostatnou chůzi do schodů s minimální vzdáleností dvě patra (jetoinfarkt.cz, ©2019). Ve druhé fázi ambulantní rehabilitace, kdy pacient dochází na cvičení, se opětovně snaží rozpohybovat. Míra jeho pohyblivosti pak slouží k tvorbě dalšího cvičebního plánu (Piscatella a Franklin, 2016). Mimo ambulantní péči může být plán realizován ve formě domácího tréninku nebo v lázeňských zařízeních. S rehabilitací je důležité začít během prvních týdnů po ukončení hospitalizace (Vítovec et al., 2011b). Vhodnou fyzickou aktivitou pro toto období je chůze, plavání, běh a simulace jízdy na rotopedu nebo skutečná jízda na kole (Vítovec et al., 2011a). Makar et al. (2019) dodává k výčtu také turistiku. Prováděná tělesná zátěž by měla být aerobního typu (Widimský et al., 2019). Aby byla aerobní činnost efektivní, musí se dodržovat dvě pravidla, a to uskutečňovat ji dostatečně dlouho, nepřerušovaně a k pohybu a práci musí docházet převážně na velkých svalových skupinách. Příkladem toho jsou již zmíněné

konkrétní aktivity a nadále běh na lyžích anebo aerobik (Hamplová, 2019). Pacienti s prodělaným IM by měli podstupovat cvičení, které se pohybuje ve střední až výrazně vysoké intenzitě. Výsledná doba tělesné aktivity by měla být okolo 30 minut čistého času, a to v intervalu třikrát a více za jeden týden (Cífková et al., 2014). Nemístná je naopak všechna činnost vedoucí ke stresu a zatížení krátkodobé. Zástupci takových sportů jsou: squash, bodybuilding a vzpěračství (Müller et al., 2014). Trénink u pacientů po srdeční příhodě je účinný, jestliže zahrnuje 3 zásadní stupně. První etapou je tzv. zahřívání, příprava pacienta na pohybovou zátěž, jejímž vlivem dochází ke zlepšení stability a koordinace. Následují již vlastní aktivity a zakončení probíhá formou třetí relaxační fáze (jetoinfarkt.cz, ©2019).

Frekvence jednotlivých tepů za minutu by během cvičení neměla přesáhnout hranici 180, minus věk provozovatele činnosti. Docházení a účast v kardioprogramech v různých cvičebních centrech a sportovních klubech je možná pouze po poradě s lékařem (Müller et al., 2014).

Podstatou třetí fáze kardiorehabilitace je stabilizace. Hlavním bodem je ustálená a pravidelná aktivita spolu s utuženým zdravým způsobem života (Táborský et al., 2014). Období trvání je od 3 do 6 měsíců. S ustálením cvičebních metod přichází také jejich postupné ztižení (Piscatella a Franklin, 2016).

Čtvrtá fáze již nemá stanovený přesný časový úsek. Jedná se o doživotní záležitost. Typ fyzické aktivity je na volbě pacienta. Mezi doporučované patří: plavání, aerobik, posilovací cviky či běhání (Piscatella a Franklin, 2016). Jak v předchozích fázích, tak i zde je na místě kontrola a dohled lékaře. K návštěvám by mělo docházet minimálně jednou ročně nebo dle potřeby (Táborský et al., 2014).

1. 5. 1. 4 Snížení míry stresu

Pokud působí stres dlouhodobě na KV systém, ať už zdravého či nemocného člověka, může docházet k závažným negativním dopadům právě nejen na tento systém, ale i na samotnou nemoc (Piscatella a Franklin, 2016). Hamplová (2019) udává, že přemíra stresu může být podkladem pro zhoršení chorob, jimiž jedinec trpí, nehledě na to, že nadměrný nebo

podceňovaný stres a deprese mohou vést k opětovnému vzplanutí návyku na kouření (Cortés - Beringola et al., 2017). Při zvládnání stresu neexistuje jedna metoda vhodná pro všechny. Máme několik možností a technik, jak zvládat stres. Mezi praktiky, které se mohou použít patří např.: meditace, dostatečný čas vyhrazený pro odpočinek, psaní deníku, cvičení, masáž, technika soustředění se na starosti, ne na obavy, jóga či pořízení domácího mazlíčka (Piscatella a Franklin, 2016). U pacienta s potvrzeným psychosociálním stresem by mělo být zvaženo, zda nebude potřebovat pomoc psychologa či podporu psychofarmaky (Cífková et al., 2014).

1. 6 Role sestry v péči o pacienty po infarktu myokardu

Hlavní a podstatnou úlohou sestry je provádění ošetrovatelské péče zaměřené na individuálního pacienta. Měla by aktivně vyhledávat a naplňovat potřeby pacienta, a to nově vzniklé nebo jen onemocněním pozmeněné. Sestra z oboru kardiologie zabezpečuje svým pacientům primární, speciální a specifickou péči (Doležel a Pavelková, 2012). Sesterská role se mění v závislosti na tom, s kým je zrovna v kontaktu, tedy zda právě spolupracuje s lékařem, pacientem nebo dalšími sestrami. V rámci ošetrovatelské péče se mísí všechny základní role, mezi něž patří sestra pečovatelka, koordinátorka, asistentka, další úlohu má v obhajování pacienta, edukaci (jeho i rodiny) a samozřejmě ve výzkumu (Bužgová et al., 2011). Sestry mohou v rámci kardiovaskulární prevence provádět činnosti, vedoucí k jejímu zdárnému působení. Jejich nejčastějším zaměřením v úspěšné dlouhodobé prevenci jsou edukace a motivace (Michálková et al., 2016). Svou významnou roli hrají také v complianci a adherenci pacienta k terapii (Šedová, 2019).

Role sestry v centru prevence KVO je v souvislosti s proběhlými srdečními příhodami ceněnou jednotkou. Má za úkol seznámit pacienta s důležitostí prevence a jejího dodržování. Nadále má v náplni práce měření antropometrických ukazatelů, jako jsou obvod pasu, tělesná hmotnost, BMI, aj. Podstatnou činností je měření TK. Vždy se hodnota odečítá z obou horních končetin a za výslednou se považuje vyšší naměřené číslo. A samozřejmě svou nejvýznamnější roli hraje v edukaci pacienta (Vilánková et al., 2010).

Podle posledních pokynů ESC by se měl ošetřující personál zaměřit na individuální poradenský přístup (Šedová, 2019). Postavení sestry v žebříčku sekundární prevence má post na nejvyšší

příčce (Doležel a Jarošová, 2017). Výzkum Michálkové et al. (2016) prokázal, že ošetrovatelské zásahy provedené sestrou mají kladný dopad na nejméně jeden z rizikových faktorů KVO, ať už se jedná o přijetí zdravé diety, snížení tělesné hmotnosti, ukončení kouření apod. Ale žádná z nich se neprokázala jako ta nejefektivnější. Role sestry byla popsána jako podporovatelka zdraví, která provádí intervence bezděčně a bez jakéhokoliv konceptu či ošetrovatelského modelu (Michálková et al., 2016). Výsledný efekt změny životního stylu určuje a nejvíce ovlivňuje motivace a povzbuzování sestrou v procesu ošetrovatelské péče (Makar et al., 2019). V závislosti na rozvoji a postupu medicíny kupředu se utvrzuje názor, že je potřeba poupravit chápání a pozici sester v poskytované péči k pacientům. Z toho důvodu je podstatné upevňovat prestiž a statut zdravotní sestry ve společnosti (Pavelková a Bulava, 2015).

1. 6. 1 Role sestry v rámci edukace režimových opatření po infarktu myokardu

Klíčovou roli hrají sestry v edukačním působení na pacienta po proběhlém IM. Sesterské edukační intervence přispívají ke zlepšení populačního zdraví jak u individualit, tak i společenských skupin (Doležel a Jarošová, 2019). Je na každém zdravotnickém pracovníkovi, aby motivoval pacienta, komunikoval s ním efektivně a vedl ho směrem k poznání jeho schopností působit na vlastní zdraví a předcházet onemocněním (Chloubová et al., 2019).

Role sestry edukátorky je důležitá v rámci prevence a předcházení komplikacím u pacienta s narušeným zdravotním stavem (Bužgová et al., 2011). Snaží se navést pacienty k přeměně nezdravých návyků, postojů a jejich přístupu k vlastnímu zdraví. Nabádá také k případné úpravě prostředí pro zdravý život (Trešlová, 2019). Na edukační proceduru nelze pohlížet jako na rychlé, nárazové a krátkodobé poučení. Je to dlouhodobě vyvíjený systém jednotlivých kroků a na vysoké úrovni provedený proces celého dne (Pavelková a Hotařová, 2016). Mělo by být pomýšleno i na pacienty a jejich aktivní podílení se na edukačních opatřeních. V souvislosti s jejich participací může dojít ke kvalitnějšímu přilnutí k terapii a silnější podpoře provádět změny (Doležel a Jarošová, 2017). Aktivizováním pacienta, popřípadě i jeho rodiny se projevuje role sestry jako koordinátorky. Plánuje individualizovanou péči, zahrnující specialisty z různých oblastí - kardiologa, nutričního terapeuta (Bužgová et al., 2011).

Při edukačním sezení s pacientem je nutno rozebrat jeho dosavadní životní styl. Soustředit by se mělo především na stravovací návyky, veškerou fyzickou námahu a kuřácké zvyklosti, pokud jedinec nějaké má. Dále se rozhovor ubírá směrem k důležitosti tělesného pohybu a diskuzi o možnostech a schopnostech pacienta. Změna dietních opatření se provádí individuálně s postupnou reorganizací. V konečné fázi pohovoru se stanoví cíle, kterých by měl pacient v průběhu dalších kontrol dosáhnout (Vilánková et al., 2010). Zde se uplatňuje role sestry jako výzkumnice. V rozhovoru používá poznatky z odborných periodik, studií či svých vlastních výzkumů (Bužgová et al., 2011). Edukace je provozována prostřednictvím pomůcek, které zahrnují např. nikotinové náplasti, videomateriály, tištěné publikace, programy o tématu fyzické aktivity, webové stránky a další (Doležel a Jarošová, 2017).

Hlavním prostředkem pro sdělování informací v oblasti zdravého životního stylu je účinná komunikace (Doležel a Jarošová, 2017). Komunikací je myšlen proces společného sdělování poznatků a zpráv všech přítomných aktérů. Je na každém z účastníků, zda bude uvažovat nad jednotlivými komponenty komunikačního procesu. U pacienta nemusí docházet k uvědomování si prvků komunikace, ale sestra by měla věnovat veškerou pozornost každému zvlášť. V důsledku toho dochází ke sledování pacienta sestrou a účinky probíhající komunikace na jeho osobu (Šulistová a Trešlová, 2012). V průběhu s ostatními úlohami se prolíná také role sestry jako pečovatelky. Během celé péče aktivně vyhledává ošetrovatelské problémy a následně sestavuje plán jejich řešení, aby u pacienta nedocházelo k dyskomfortu (Bužgová et al., 2011).

Role edukujícího personálu, v našem případě sestry, není vůbec jednoduchá. Je důležité mít zkušenosti a vědomosti nejen z oboru psychologie a ošetrovatelské péče, ale i z didaktiky a pedagogiky související s učením a výchovou. Klíčovým elementem jsou také charakterové a osobnostní rysy edukátorky/a (Šulistová a Trešlová, 2012).

1. 6. 2 Kompetence sester v edukaci pacientů

ČR nedefinuje speciální sestry s čirým a pouhým působením v oblasti edukace. Schopnosti předávání informací pomocí didaktických a vyučovacích metod s následným vedením jedince,

jsou obsaženy a zahrnuty v kompletní ošetrovatelské péči. Edukační činnost je v našich zákonodárných podmínkách upravena ve formě kompetencí sester (Šedová, 2019).

Pravomoc příslušné kompetence je ukotvena ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zakonyprolidi.cz, ©2020). V listopadu roku 2017 byla vydána vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou byla stávající forma pozměněna vyhláška č. 55 z roku 2011 v platném znění vyhlášky 2/2016 (zakonyprolidi.cz, ©2020). Platná verze vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je stanovena takto. V §4, druhé části jsou upraveny odborné způsobilosti všeobecné sestry. V prvním odstavci písmena a) je zmíněno oprávnění sester k posouzení a zhodnocení potřeb pacientů i rizikové faktory související s jeho zdravotním stavem. Ve stejném odstavci je v písmenu c) zanesen úkon pozorování, hodnocení a poznamenávání celkového bytí jedince. Písmeno j) se týká nacvičování sebeobsluhy, respirační aktivity, pasivního i aktivního cvičení aj. Všechny zmíněné intervence by měla sestra provádět ve spolupráci s ergoterapeutem, fyzioterapeutem a logopedem. Posledním zástupcem tématu této práce je písmeno k). Vztahuje se přímo na edukování pacientů, eventuálně dalších osob s využitím zdravotnických pomůcek. Uvádí se i zaměření na tvorbu informačních podkladů. U třetího odstavce §4 druhé části je poznámka ukládající sestře možnost na základě ordinace lékaře poskytovat a provádět akce bez odborného dohledu orientující se na preventivní, terapeutické, rehabilitační a podobné prvky ošetrovatelské péče.

Tyto zmíněné vyhlášky doplňují zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (MZČR, ©2020).

1. 7 Problémy vyskytující se v rámci prevence po infarktu myokardu

V oblasti kardioprevence se objevuje nepoměr mezi nároky na její provádění, výskytem KVO, možnostmi a okolnostmi. Okolnosti zahrnují zaměstnanecké zajištění tohoto odvětví plus vzdělání a vědomosti týkající se problematiky a samozřejmě peněžní zabezpečení dané oblasti (Trešlová et al., 2017). V rámci ošetrovatelské péče o pacienty s KVO dochází ke strádání ve

skupinách specializovaných sester, navíc s nevelikým rozsahem kompetencí. V kardiologickém odvětví jsou větší měrou zastoupeny sestry bez vysokoškolského vzdělání, než sestry s potřebnou úrovní vzdělání. Převážně se nevěnují ani výzkumům problematiky na území kardiologického pole (Doležel a Pavelková, 2012).

Jedna z nejhojnějších bariér předložená sestrami je motivace pacientů (Trešlová, 2019). Pouze jedna pětina lékařů svým působením a motivováním vede k předcházení stresu u pacientů, zejména tedy starší generace. U zdravotních sester je to podstatně nižší číslo. Ukázalo se, že v oblasti stresu nemotivuje své pacienty téměř polovina sester (Trešlová et al., 2019).

Dalšími překážkami uvedenými lékaři a sestrami jsou, kromě výše zmíněných, také malé množství času, ekonomické příčiny, kulturní situace, a jiné blíže nedefinované obtíže. K efektivní edukaci je vyžadováno větší množství času, které většinou není možné zabezpečit pouze jednou konzultací (Trešlová, 2019). Čas jako problém při dodržování režimových opatření je přítomen i u pacientů. Často jejich pracovní doba přesahuje 8 hodin za den, a proto dají přednost rychlému občerstvení, či se odbydou např. sušenkou, namísto toho, aby si uvařili zdravé jídlo (Pavelková a Hotařová, 2016).

Problém dnešní doby je také pacientova adherence k terapeutickým doporučením. Někdy se označuje i pojmem compliance (Špinar et al., 2017). Tyto dva zmíněné cizí pojmy označují jednání a přístup pacienta k dodržování léčebných opatření, stanovených lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem (Táborský et al., 2014). Studie Světové zdravotnické organizace (WHO) uvedla, že pouhých 50% chronicky onemocnělých pacientů, dodržovalo svou stanovenou terapii (Špinar et al., 2017). Pod pojem adherence spadá i přilnutí pacienta k nefarmakologickým opatřením (Táborský et al., 2014). Packard et al. (2016) dodává, že termín adherence může být používán v řadě kontextů, např. v souvislosti s úpravami životního stylu, medikací.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2. 1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jaká režimová opatření jsou v rámci sekundární prevence doporučována pacientům s kardiologickým onemocněním.

(K cíli 1 se váže VO1 a VO3)

Cíl 2: Zmapovat úlohu sestry v edukačním procesu režimových opatření u kardiologických pacientů.

(K cíli 2 se váže VO2)

2. 2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká režimová opatření jsou doporučována kardiologickým pacientům?

VO2: Jaká je úloha sestry v edukaci režimových opatření u kardiologických pacientů?

VO3: Jaká úskalí mohou nastat v rámci dodržování režimových opatření souvisejících s kardiologickým onemocněním?

3 METODIKA

3. 1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

V rámci této bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Prostředkem pro sběr dat, který jsme si stanovili, byl nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor (Příloha 2). Rozhovory byly prováděny se souhlasem hlavní sestry (Příloha 3) v jihlavské nemocnici na kardiologickém oddělení. Výzkumné šetření se provádělo ve dvou rovinách. První oblast otázek (Příloha 2.1) byla zaměřena na zdravotní sestry kardiologického oddělení. Druhá část otázek (Příloha 2.2) zahrnovala pacienty, kteří se svým onemocněním podstoupili hospitalizaci na tomto oddělení. Sestavený podklad rozhovoru obsahoval 17 otázek pro každou sféru. Otázky, které byly pokládány zdravotním sestřím, obsahovaly v první části základní informace o informantovi, druhá část se zabývala edukačním procesem. Následující oblast se týkala už jednotlivých režimových opatření po prodělaném IM. Závěrečné dotazování se zaměřovalo na zjištění obtíží v probírané problematice. Otázkami vytvořenými pro pacienty byly opět zjišťovány základní informace. Po nich následovala část o přijetí poznatků o onemocnění IM a o režimových opatřeních od zdravotnických pracovníků. Hlavní část se týkala dotazů na konkrétní zásady životosprávy v rámci sekundární prevence a na vztah pacienta ke každé z nich. Konečná fáze zahrnovala problémy a obtíže zpozorované ze stran pacienta. Dohromady se výzkumného šetření zúčastnilo 10 sester z kardiologického oddělení a 6 pacientů po prodělané příhodě IM. Každý z rozhovorů trval přibližně 30 minut. Všichni účastníci byli informováni o tom, že výzkum je zcela anonymní a získané údaje budou sloužit pouze pro účely této bakalářské práce. Pro snadnější orientaci byli informanti ze skupiny pacientů označeni P1-P6, ze skupiny kardiologických sester pak S1-S10. Získané údaje se zpracovávaly pomocí kódování, kdy jsme využili metodu „tužka a papír“. Z výsledků provedeného šetření se stanovilo 9 kategorií a 24 podkategorií.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 16 informantů. Sestry z oddělení kardiologie byly zastoupeny 10 osobami. Polovina z nich byla z kardiologického oddělení stanice A, a druhá polovina z kardiologického oddělení stanice B. Zbylých 6 informantů zahrnovalo pacienty po prodělaném IM. Informanti zastupující pacienty po IM jsme vybírali náhodně v nemocniční počítačové databázi, tak aby splňovali stanovené kritérium přibližně jednoho uplynulého měsíce od příhody IM. Stejným způsobem náhodného výběru, ale již bez databáze, jsme volili

i informanty zdravotnických pracovníků. Sběrání dat potřebných k vytvoření práce probíhalo v období od června 2020 do července 2020.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Kategorizace výsledků

Údaje, které jsme získali pomocí výzkumu jsou seřazeny podle skupin na informanty - kardiologické sestry a druhou skupinu informanty - pacienty po IM. Pro každou z těchto skupin byly vytvořeny vlastní kategorie i s podkategoriemi.

4.1.1 Kategorizace skupiny kardiologických sester

Data získaná z výzkumného souboru kardiologických sester jsou seřazena do 4 kategorií a 13 podkategorií. Každá z nich je následně detailně popsána.

Tabulka 1: Seznam kategorií kardiologických sester

Kategorizace - kardiologické sestry	
Kategorie	Podkategorie
Základní identifikační údaje	Věk
	Pohlaví
	Nejvyšší dosažené vzdělání
	Délka v oboru kardiologie
Sdělování režimových opatření	Stanovená doba na sdělování informací
	Osoby pověřené sdělováním informací
	Způsob předávání informací
	Zaměření sdělení
	Chyby ve sdělování informací z pohledu sester
Doporučovaná režimová opatření	Abstinence a omezení kouření
	Omezení konzumace alkoholu
	Zásady stravování po infarktu myokardu
	Pohybová aktivita po infarktu myokardu
Obavy pacientů z pohledu sester	

Zdroj: Vlastní výzkum

4. 1. 1. 1. Kategorie: Základní identifikační údaje

Tabulka 2: Základní identifikační údaje informantů (kardiologické sestry)

Informanti - kardiologické sestry (S)	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe v oboru kardiologie
S1	21 let	Žena	Střední odborné s maturitou	2 roky
S2	28 let	Žena	Vysokoškolské, Bc.	3 roky
S3	21 let	Žena	Střední odborné s maturitou	1 rok
S4	42 let	Žena	Střední odborné s maturitou	5 let
S5	30 let	Žena	Vysokoškolské, DiS.	3 roky
S6	35 let	Žena	Střední odborné s maturitou	2 roky
S7	45 let	Žena	Vysokoškolské, DiS.	10 let
S8	35 let	Žena	Vysokoškolské, DiS.	7 let
S9	23 let	Žena	Vysokoškolské, Bc.	1 rok
S10	22 let	Žena	Vysokoškolské, Bc.	2 roky

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 znázorňuje věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v oboru kardiologie u každého jednotlivého informanta zvlášť. Věkové rozmezí dotazovaných respondentů se pohybuje od 22 let do 45 let. Z těchto údajů vyplývá, že na tomto oddělení se nacházejí pracovníci starší i mladší generace. Nejedná se pouze o jednu věkovou kategorii zaměstnanců. Jednoznačně je u informantů z kardiologického oddělení zastoupeno výhradně ženské pohlaví. U sesbíraných dat z oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání už to tak jednostranné není. Čtyři zúčastněné informantky uvedly úspěšné dokončení střední odborné školy s maturitou. Další tři pak sdělily, že absolvovaly vysokoškolské bakalářské studium. Zbylé tři informantky udaly jako své nejvyšší dosažené vzdělání také vysokoškolské, ale již v oboru diplomovaný specialista, tedy DiS. Délka praxe, kterou informantky do dnešního dne vykonaly se pohybuje od 1 roku až do 10 let. Můžeme tedy říci, že na kardiologickém oddělení jsou zastoupeny sestry v oboru začínající, ale také sestry s dlouholetým praktikováním v kardiologickém odvětví.

4. 1. 1. 2. Kategorie: Sdělování režimových opatření

4. 1. 1. 2. 1. Stanovená doba na sdělování informací

Do této podkategorie spadá otázka č.1. Tedy otázka „*V jaké fázi hospitalizace probíhá edukace pacientů po IM o režimových opatřeních?*” Sestry S3, S5 a S7 se shodly a jednotně odpověděly, že na svém oddělení edukují pacienta výhradně při propuštění do domácí péče. Další skupina sester uvedla sdělování informací pacientům občasně při hospitalizaci, ale největší množství při pacientově dimisi. Konkrétně to byly sestry S6, S8, S9. Sestra S9 uvedla: „*Edukace pacientů probíhá po převzetí pacienta z JIP, kdy edukujeme pacienta o režimových opatřeních na oddělení. Nejvíce edukujeme pacienta při propuštění.*” S8 pak dodává: „*probíhá průběžně a s větším důrazem při propuštění.*” Zbylé čtyři sestry předávají informace pacientovi stejnou vahou, jak v průběhu hospitalizace, tak i při jejich propuštění. Další otázky směřující k této kategorii jsou č. 6 a 7. Jsou zaměřené na to, kolik času je věnováno předávání informací, zda si sestry myslí, že tento čas je dostačující, popř. kolik času považují za optimální. Sestry S1, S8 a S10 pacientovi a jeho edukaci věnují tolik času kolik je potřeba, S4 uvedla: „*Podle toho, jak to chápe a jak si sám řekne.*” Sestra S9 pak vyznává individuální přístup dle pacienta, „*pokud pacient nerozumí necháváme prostor na případné otázky.*” Čas pro dotazy pak umožňuje i sestra S10. Ostatní informantky zodpověděly časový úsek v minutách. S3 předává pacientovi informace 5 – 15 minut, takto nerovnoměrnou dobu uvádí v souvislosti s tím, jaký je pacientův stav a podle toho, jak si to pacienti „*sami vyžádají.*” S2 a S7 se shodují v době své edukace s 10 minutami. Sestra S6 uvádí: „*že dohromady to může být okolo 10 až 15 minut. Záleží na času a kolik toho ten pacient zvládne.*” S5 se věnuje sdělování informací nejdéle ze všech a to 15 – 20 minut. Sedm z dotazovaných sester si myslí, že jimi uvedený čas na edukaci pacientů je optimální. Jedna z nich, S7 je toho názoru: „*kdybychom jim toho řekli ještě víc, bude to na ně moc a nebudou si nic pamatovat.*” Další z nich, S4 by jim vše ještě jednou po nějaké době zopakovala. Zbylé sestry S2, S5 a S6 považují délku času za nedostatečnou. S5 by přesunula sdělování informací mimo akutní lůžka na klidnější a soukromější místo s dostatkem času. S2 uvádí jako důvod to, že: „*Pacienti potřebují delší dobu na to, aby pochopili, že musejí změnit celou svou dosavadní životosprávu. Je to pro ně velká událost.*” S6 navrhuje edukační sdělení na pokračování dále po hospitalizaci.

4. 1. 1. 2. 2. Osoby pověřené sdělováním informací

Všechny dotazované sestry se shodly na lékaři, jako na zodpovědné osobě za sdělování informací. Kromě S8 ostatní sestry uvedly, také i přítomnost sestry. S5 a S7 uvedly, že po lékařově stručném předání informací, rozvedou tyto jednotlivé body sdělení. Sestry S3 a S9 tuto skutečnost formulovaly jako „*dovysvětlení informací pacientovi*“. S9 také dodatečně zodpovídá pacientovy otázky, přičemž ji v tomto bodě následují i S1 a S2. Sestry S4 a S6 předávají pacientovi informace z propouštěcí zprávy, kterou obdrží od lékaře. S4 řekla: „*Úloha sestry je v tom, že předá pacientovi propouštěcí zprávu a objasní mu, co kde najde a podle čeho se má řídit. Které léky jsou nové a jak je má brát.*“ Této podkategorie se týká i otázka č.3, která se dotazuje na kompetence sester v oblasti předávání informací. S2 a S5 uvedly své kompetence všeobecné sestry. S2 sdělila: „*Můžu je edukovat v oblasti stravy, a přestání s kouřením.*“ S5 doplnila: „*Nesmím měnit předepsaná léčiva, ani jejich dávkování. Ani jakkoliv upravovat lékařské diagnózy a závěry. Mohu doporučit něco, co jsem se dočetla v odborných člancích, třeba novou dietu, nebo potravinu, kterou uvádí za srdci prospěšnou.*“ S3 uvedla její kompetence, jako praktické sestry, které spočívají v předání edukačního materiálu, vyslechnutí pacienta a informování ho v oblasti zdravého životního stylu. Šest dalších sester řeklo, že se řídí propouštěcí zprávou a pacientům může sdělovat to, co je v ní. S4 dále předává informace o jednotlivých jídlech, která pacient může konzumovat a která ne. S6 a S7 uvedly, že pacientům sdělují pouze „*základní informace*“, zahrnující doporučení zásad po IM, základní vhodné potraviny či pohyb. Ani jedna ze sester neuvedla přítomnost speciálně vyškolené edukační sestry.

4. 1. 1. 2. 3 Způsob předávání informací

Na otázku: „*Jakou formou předáváte pacientům informace o režimových opatřeních po proběhlém IM?*“ odpovědělo osm tázaných sester, že převážně formou ústní. S1, S4, S5 a S7 doplnily informaci, kdy předávají propouštěcí zprávu, což považují za tištěnou formu sdělených informací. S1 uvedla: „*Podkladem pro ústní předání je pak právě ta hospitalizační zpráva.*“ S6 umístila na první místo formu tištěnou a následně tu ústní. Její tvrzení znělo: „*Tištěná forma je propouštěcí zpráva a ústní jsou doplnění té zprávy a dovysvětlení.*“ S8 ve svojí výpovědi sdělila předání pouze edukačního materiálu. Další sestry, které svým pacientům předávají edukační tištěný materiál, jsou: S1, S2, S3, S7, S9 a S10. Čtyři z deseti kardiologických sester uvedly jako hlavní tištěný edukační materiál propouštěcí zprávu. Edukační podklady jiné povahy byly až na druhém místě. Mezi tyto podklady zařadily informační brožury a letáky. S2,

S4, S5 a S6 sdělily, že obsahem informační brožury jsou zásady a vhodné chování, které by se měly dodržovat po IM. Sestra S3 zmínila pouze: „vytištěný letáček o zásadách po prodělaném infarktu myokardu“ nikoli propouštěcí zprávu. Další tři sestry jmenovaly přesné názvy tištěných edukačních materiálů. S8 a S9 se shodly a uvedly „Praktické příručky o životě po IM od firmy AstraZeneca“. S9 pak doplnila ještě jednu brožuru s názvem „Srdeční infarkt – Informace pro pacienta“ od stejné firmy. S1 sdělila název: „Příručky o životě s infarktem myokardu“. S10 nspecifikovala přesné názvy jako její předchozí kolegyně, ale uvedla obecné názvy informačních brožur: „Příručky o životě s IM, prevenci a režimových opatřeních“. Do této kategorie jsme zařadili i otázku týkající se odkazů na specializované poradny. Sestry S2 a S5 jednoznačně sdělily, že na žádné poradny neodkazují. S8 dokonce ani neví o existenci takových poraden. S3 a S9 odkazují pacienty na poradny se specializací na nutrici. S10 také zmínila nutriční poradenství, ale ve smyslu podávání kontaktu na nutriční terapeutku nikoliv na poradnu. S1 svým pacientům dává letáčky s kontaktem na odbornou pomoc při léčbě závislosti na tabáku. Tento kontakt předávají i další tři sestry, specificky S3, S4 a S6. S7 na otázku poskytla odpověď: „Odkazuji jenom na pravidelné prohlídky k obvodnímu lékaři a kardiologovi“.

4. 1. 1. 2. 4. Zaměření sdělení

Podkladem pro tuto kategorii byla hlavně otázka: „Na jaké oblasti směřujete edukování pacientů v rámci režimových opatření po IM?“ S9 a S10 odpověděly skoro shodně. Obě se zaměřují zejména na edukaci pacienta v oblasti prevence. Do zmíněného termínu prevence zahrnují stravu, kouření, alkohol a redukci hmotnosti. S10 dodává ještě pravidelný pohyb. S1 zmínila specifické zaměření na prevenci dalšího infarktu. Kromě zmíněných oblastí dále informuje o: „užívání předepsaných léků, hlavně těch nově předepsaných“. S7 byla stejného názoru a uvedla, jak výše udané prvky, tak i právě dodržování užívání léků. S4 dodala důsledné informování pacienta o tom, aby zklidnil své životní tempo. S6 měla podobný dovětek ve smyslu toho: „aby zpomalili svůj život a nežili ho uspěchaně a ve stresu“. Zbytek sester stavěl na podobném základě. U všech odpovědí se objevovala hlavně oblast stravy a její vyváženost, absence kouření, pohybové aktivity a snížení hmotnosti. Především tedy shrnuto na oblast zdravého životního stylu.

4. 1. 1. 2. 5 Chyby ve sdělování informací z pohledu sester

S1, S2, S5 a S9 uvedly jako nejzásadnější chybu v rámci sdělování informací nedostatek času. S9 si myslí, že důvodem, proč se tato chyba stává je pracovní vytížení sestry. S1 v souvislosti s nedostatkem času udává jako obtíž „*málo prostoru na dotazy pacientů*”. Omezený prostor na otázky pacientů považuje za chybu také S10. Následkem snížené časové dotace na sdělení informací dochází ze stran sester k rychlé edukaci. Tuto chybu předložily S3, S4 a S6. S6 uvedla: „*Sdělují jim informace ve spěchu, na pokoji mezi ostatními.*” S3 sděluje, že pro ni je chyba rychlé edukace opravdu zásadní. Další chybou, kterou uvedly S5 a S7 je nedostatečné vnímání pacientových pocitů. S7: „*Některé se možná nedokážou vcítit do pacienta a řeknou mu všechno rychle a on pak ve výsledku neví nic.*” S8 neví, kde by mohly sestry ve sdělování informací dělat chyby. Sdělila: „*Snažíme se edukovat bez chyb.*”

4. 1. 1. 3 Kategorie: Doporučovaná režimová opatření

4. 1. 1. 3. 1 Abstinence a omezení kouření

Všechny sestry, které se zúčastnily výzkumu, se jednoznačně shodly na odpovědi, že by pacient měl úplně vyloučit kouření ze svého života. S9 a S10 razantně zastávají názor úplné abstinence kouření. S10 dodává: „*Zejména v prevenci kardiovaskulárních onemocnění je toto doporučení opravdu důležité.*” S9 a S8 podávají pacientům jednotnou zásadu, že kouření je nezdravé. S8 říká: „*Zásadně doporučujeme nekouřit.*” Sestry S1 a S3 se ztotožňují s názorem svých kolegyně o absolutním vyřazení kouření. S7 uvedla edukaci v této oblasti pouze u pacientů kuřáků. „*Pokud jsou nekuřáci, tak těm neříkám nic*”, sdělila S7. S2 a S6 vedle možnosti úplně přestat uvádějí i variantu pouhého omezení. S2 v souvislosti s tímto výrokiem pronesla: „*Aspoň něco, je lepší než nic.*” S6 sděluje, že ona sama je kuřák, a tudíž věří v náročnost situace, kdy musí pacient úplně s kouřením přestat. Apeluje tedy alespoň na: „*snížení cigaret*”. S5 je ve svém postoji velmi skeptická: „*Většina pacientů ze strachu o svůj zdravotní stav přestane, ale po čase se k tomu zase vrátí.*” Nakonec ale i po té uvádí případy, kdy si pacienti již nezapálili. S4 sdílí stejný postoj v oblasti kouření a kardiovaskulární prevence jako S9 a S10. Zastává absolutní zákaz kouření, vůbec se neztotožňuje s pouhým omezením kouření: „*Někteří to omezí, ale nikdy to podle mého není tak dobré, jako kdyby přestali.*”

4. 1. 1. 3. 2 Omezení konzumace alkoholu

Šest sester z deseti svým pacientům doporučuje úplnou abstinenci ve vztahu k alkoholu. Každá z těchto sester, ale také uvádí abstinenci pouze jako ideální stav. Všechny sdělují i další možnost, která se zaměřuje na omezení alkoholu. K tomuto výroku se už přidávají i zbylé čtyři sestry. S3 a S7 se shodly, že pokud už pacient bude konzumovat alkohol, nemělo by to být často a pravidelně. S3 svým názorem toto doporučení rozšiřuje i o „*velké dávky*“ alkoholu, které by neměli požívat. S1 doplnila: „*A když už teda musí, tak aby to nepřeháněli.*“ S6 sdělila další redukci stran této oblasti: „*Aby omezili takovéto opíjení se do němoty na oslavách a podobně.*“ S1, S3, S4, S5, S6, S7 a S10 jednomyslně doporučují absolutní vyloučení „*tvrdého či silného alkoholu*“ a apelují na pacienty, aby se tímto opatřením opravdu řídili. U množství alkoholu se 3 sestry vyjádřily detailněji. Stanovisko S8 znělo: „*Nedoporučujeme více než jednu dávku denně pro ženy a dvě dávky denně pro muže.*“ Zatímco S8 formulovala svůj názor poněkud obecně, sestry S9 a S10 byly podrobnější. S9 uvedla: „*případně maximálně 1 dcl vína či malé pivo.*“ S10 odpověď ještě více specifikovala: „*1 dcl vína či malé pivo, denně.*“

4. 1. 1. 3. 3 Zásady stravování po infarktu myokardu

Nejčastějším bodem zmiňovaným v odpovědích sester bylo omezení tučných jídel a příjmu tuků. Například S4 sděluje pacientům: „*Omezení tučných jídel, těch, který vyloženě plavou v omastku.*“ Jako alternativu nabízí „*odlehčená jídla*“. S1, S5, S7, S9 a S10 se shodují na omezení smažených jídel. S5 a S7 pak v souvislosti s tímto tvrzením doporučují pacientům vynechat stravování formou rychlých občerstvení. S1 a S7 nedoporučují jídla zhotovená v přepáleném tuku. S3 informuje: „*aby si hlídali cholesterol a snížili jeho množství.*“ Na ni navazuje S2, která je edukuje: „*o tom, že by měli snížit příjem nasycených tuků a zvýšit příjem tuků nenasycených.*“ S5 uvádí, důležitý bod, kdy pacienti věnují pozornost jídlu: „*Přemýšlet o tom jídle. Koukat na to, co jí.*“ Devět z deseti dotazovaných sester doporučuje omezit solení a příjem potravin s vysokým obsahem soli. S4 do kategorie těchto potravin řadí uzeniny a salámy. Uzeniny a salámy zmiňuje i S6, a navíc přidává i párky. Samostatně pouze uzeniny uvádějí S1, S8, S9 a S10. Jen salámy pak S5, která do této skupiny přidává i polotovary. S2 informuje pacienty: „*aby omezili a zredukovali příjem jednoduchých cukrů.*“ Stejně doporučení sděluje i S10. S9 má podobný názor, jen místo pojmu cukru uvádí sladkosti. S8 a S9 jsou jediné sestry, uvádějící ve svém seznamu nezdravých surovin vnitřnosti. S7 pacientům radí i ohledně pravidelnosti stravování a množství: „*Neměli by se přecpávat a jíst pravidelně.*“ Pravidelnost v jídle zastává i S5, zároveň také sděluje: „*Nespěchat při jídle*“. S4 a S6 sdílejí myšlenku klidu

při jezení. S6 dále dodává, aby pacienti nehlтали. Příklady surovin a typy na zdravější potraviny uvedlo v rozhovoru pouze šest sester. S9 doporučuje: „*ovoce a zeleninu, vlákninu, ryby a luštěniny*”. Ovoce a zeleninu navrhuje v rámci zdravé stravy po IM i S4, S6, S8 a S10. S10 sdílí stejný názor i v oblasti potravin bohatých na vlákninu a v konzumaci ryb. Kladnou a zdraví prosperující hodnotu vidí v rybách i S7 a S8. Devět z deseti sester nemá sestavené žádné speciální jídelníčky pro pacienty po IM. S2 byla jediná, která odpověděla kladně: „*Ano máme pro ně nastínění toho, jak by mohl takový jídelníček vypadat.*” S9 uvedla, že sestavování jídelníčku „*není v našich kompetencích*” a v případě potřeby odkázala na nutričního terapeuta. S8 jako důvod nepřítomnosti jídelníčku uvedla: „*Neboť každému chutná něco jiného.*” A stejně jako S9 odkázala na nutričního terapeuta.

4. 1. 1. 3. 4 Pohybová aktivita po infarktu myokardu

S1, S9 a S10 doporučují fyzickou aktivitu velmi individuálně. S1 informuje pacienta o pohybové aktivitě: „*podle věku a fyzického stavu*”. Se stejným vzorcem navrhuje tělesnou aktivitu i S10. S9 doplňuje k věku ještě „*váhu pacienta*”. S4, S6 a S7 uvádějí jako vhodnou aktivitu lehký a nenáročný pohyb. S6 radí: „*Jen pohyb lehký, a to co zvládnou.*” Dále k tomu dodává: „*Žádné drastické cvičení a pocení v tělocvičně.*” O zákazu náročných posilovacích cvičení se zmiňuje i S5: „*Určitě by neměli hned při příchodu z nemocnice zvedat činky a posilovat.*” Názor: „*Ne nic fyzicky náročného a vyčerpávajícího*” zastává i S3. Doporučení „*nepřepínat se*” figuruje u tří sester z deseti, konkrétně jsou to sestry S2, S5 a S7. S5 uvádí, že by pacienti měli: „*Dělat a pohybovat se jenom podle toho, jak se cítí.*” Konkrétní aktivity navrhované S1 jsou: „*procházky, plavání a jízda na kole*”. Identický výčet možností uvádí i S10, která na rozdíl od S1 uvádí „*delší procházky*”. S4 a S9 doporučují stejné varianty jako S1 s vynecháním plaváním. S3 doplňuje aktivitu v podobě „*rychlé chůze*”. S5 povoluje i „*mírné práce na zahradě*”. S5 a S7 mají shodný bod týkající se fyzického pohybu a tím je protahování. Jediné sestry S4 a S10 zmínily i frekvenci doporučené prováděné aktivity. S4 sděluje: „*Tyto lehčí aktivity, by měly provádět tak třikrát do týdne.*” Názor S10 toto tvrzení nesdílí a doporučuje častější provádění pohybu a to: „*alespoň čtyřikrát týdně*”.

4. 1. 1. 4 Kategorie: Obavy pacientů z pohledu sester

Polovina z tázaných sester uvedla jako jednu z obav opakování příhody IM. S9 dokonce vyloženě zmínila: „*Strach z nového IM.*” Dalším zpozorovaným problémem je podle sester S1, S7, S8, S9 a S10 obava z toho, že nedokáží dodržet preventivní režimová opatření. Konkrétně

největším problémem v oblasti nedodržování režimových opatření je přestat s kouřením. Tuto překážku uvedly S1, S6 a S9. S1 dodala také obavy z alkoholové abstinence. S10 postřehla obavy z: „*nesoběstačnosti a závislosti na ostatních*”. Strach z nesoběstačnosti zaznamenala i S2. U mladších ročníků si S7 všimla: „*Bojí se toho, co bude s jejich zaměstnáním.*” Obavy o další životní etapu uvedla i S5. Pozorovala na pacientech i obavu a pochyby o pevnosti jejich vůle. S4 zase uvedla problém s přehlcením informacemi u starších generací: „*Někdy je na nich vidět, že je toho moc najednou a oni se bojí, že ne všechno pochytí a pak nebudou vědět, co mají dělat.*” S4 ale také sdělila, že již zažila i pacienty, kteří jejímu sdělení vůbec nevěnovali pozornost. S2 zmínila i obavy ze sexuální aktivity.

4. 1. 2 Kategorizace skupiny pacientů po infarktu myokardu

Údaje sesbírané ve skupině pacientů po IM jsou seřazené do 5 kategorií a 11 podkategorií. Jednotlivé části jsou následně podrobněji popsány.

Tabulka 3: Seznam kategorií pacientů po infarktu myokardu (IM)

Kategorizace – pacienti po IM	
Kategorie	Podkategorie
Základní identifikační údaje	Věk
	Pohlaví
	Nejvyšší dosažené vzdělání
	Délka doby od prodělaného IM
Obezňámení pacienta s onemocněním	
Kvalita informací podaných zdravotnickými pracovníky	
Životospráva po IM	Doporučená životospráva po IM
	Stav pacientova stravování po IM
	Úroveň fyzické aktivity po IM
	Postoj k alkoholu po IM
	Postoj ke kouření po IM
Komplikace související se změnou životního stylu z pohledu pacientů po IM	Jednotlivé problémy související se změnou životního stylu
	Příčiny problémů vzniklých v souvislosti se změnou životního stylu

Zdroj: Vlastní výzkum

4. 1. 2. 1 Kategorie: Základní identifikační údaje

Tabulka 4: Základní identifikační údaje informantů (pacienti po IM)

Informanti - kardiologičtí pacienti (P)	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka doby od prodělaného IM
P1	39 let	Muž	Střední odborné učiliště	1 měsíc a 1 týden
P2	73 let	Muž	Střední odborné učiliště	1 měsíc
P3	63 let	Muž	Střední odborné s maturitou	40 dní
P4	58 let	Žena	Střední odborné učiliště	1 měsíc a 2 týdny
P5	43 let	Muž	Střední odborné s maturitou	1,5 měsíce
P6	57 let	Muž	Střední odborné učiliště	2 měsíce

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4 popisuje základní údaje o informantech. Zahrnuje oblasti jako je věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a dobu, která uběhla od jejich příhody infarktu myokardu. Věkové rozpětí se pohybuje od 39 let do 73 let. Z těchto údajů vyplývá, že našimi informanty nebyli pouze pacienti seniorského věku, ale i mladší generace. Pohlaví u této skupiny zkoumaných jedinců převládá mužské. Pět ze šesti informantů jsou muži. Výzkumu se zúčastnila pouze jedna žena, která prodělala IM. Na otázku směřovanou na nejvyšší dosažené vzdělání uvedli čtyři informanti střední odborné učiliště, další dva pak odborné vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Poslední, ale neméně důležitá informace byla délka doby, jež uplynula od prodělané příhody IM. Informanti P1-P3 měli tuto dobu nejkratší. P1 uvedl 1 měsíc a jeden týden, u informanta P2 byla tato doba o jeden týden kratší. P3 sdělil časový úsek 40 dní. U informantů P4 a P5 byla doba shodná. U obou činila měsíc a půl, jen jeden uvedl polovinu měsíce jako číslici 0,5 a druhý to převedl na týdny, tedy 2. Poslední informant P6 sdělil dobu nejdelší a to 2 měsíce.

4. 1. 2. 2 Kategorie: Obeznamení pacienta s onemocněním

Informanti měli popsat, jak jim bylo vysvětleno jejich onemocnění, když byli hospitalizováni na kardiologickém oddělení. Pacienti P2 a P5 uvedli dostatečné informování o své nemoci. P5 nevěděl nic o průběhu tohoto onemocnění a sdělil, že s ohledem na tuto skutečnost byl obeznamen dobře. P2 byl se svou chorobou seznámen při prvotním vyšetření: *„Při vyšetření, když mi zaváděli ty...stenty, tak mi vysvětlovali, co a jak se děje. Po tom vyšetření mi pak lékař na rentgenu, na těch snímcích ukazoval, kde je mám umístěné a jak to teď bude fungovat.“* Pacientovi P4 lékař vysvětlil zákrok PCI až po jeho proběhnutí: *„Vysvětlil, že mi museli provést zákrok a do srdce a těch tepen okolo mi museli dát něco, co je rozšíří, protože byly málo otevřené.“* P4 byl zásah také ukazován na rentgenových snímcích. P1 informovali předáním základních údajů: *„Sdělili mi asi tak to, co člověk slyší v televizi, a tak nějak ví, jak to chodí. Jako co se mi stalo, co to je za nemoc a jak je můj stav teď.“* Podobným až skoro totožným způsobem byl seznámen s nemocí i P6. P6 uvedl, že jeho informování proběhlo na oddělení jednotky intenzivní péče. Pacientovi P6 také sdělili, jako nejpravděpodobnější příčinu, kouření a stravování. Příčina onemocnění byla vysvětlena i P4 a P3. U P4 byl podnětem špatný životní styl a kouření. P3 bylo sděleno, že ke stavu, v jakém se teď nachází rozhodně nepřispělo jeho kouření. Onemocnění mu bylo vyloženo způsobem: *„Že se jedná o dlouhodobou záležitost a postupné usazování nežádoucích látek.“*

4. 1. 2. 3 Kategorie: Kvalita informací podaných zdravotnickými pracovníky

Pacientům P1, P2, P4 a P6 primárně podával informace lékař. P1 uvedl sdělení pouze ze stran lékaře a nikoliv sestry: *„Sestra mi nepodávala žádný informace“*. Při dalším kroku lékař P1 odkázal na pokyny v propouštěcí zprávě. P6 uvedl získané informace, slovy *„doktor mezi řečí. Nepřišel nikdo zvlášť aby mi to řekl“*. U P4 hrála roli už i zdravotní sestra. Sestra pacientovi P4 předala letáček s informacemi o vhodných a zakázaných potravinách. P2 byl po rozhovoru s lékařem aktivní a sám se doptával sester. P3 uvedl vědomosti, jak od ošetřujícího lékaře, tak i sestry. Jediný P5 uvedl jako základní zdroj své informovanosti propouštěcí zprávu a až na druhé místo umístil svého ošetřujícího kardiologa, kterého navštívil po 3 týdnech od hospitalizace. Pacientům P2, P3, P4 a P6 se zdály poznatky předané sestrou dostačující. P3 ani P6 neměli potřebu si něco dohledávat. P4: *„Přišlo mi, že toho všichni řekli dost. Jenom jsem pak na internetu koukala na to onemocnění, co mě potkalo a na to, co o tom psali ostatní.“* P2 bylo všechno jasné: *„Podaly to tak, že jsem tomu rozuměl. Ale až pak mezi lidma jsem se dozvěděl, že mám navíc, kromě obvodáka ještě chodit ke kardiologovi.“* U P2 tedy informace předané

sestrou doplnily lidské zdroje. Pro P5 byly poznatky pouze částečně dostačující. Další data sesbíral z internetových stránek: „Dohledával jsem potraviny, které jsou pro mne vhodné.“ Jako důvod nedostatečné poučenosti uvedl neuspokojivou ústní informovanost. „Neměl jsem dostatek poskytnutých informací o tom, jak postupovat dále,“ sdělil P5.

4. 1. 2. 4 Kategorie: Životospráva po infarktu myokardu

4. 1. 2. 4. 1 Doporučená životospráva po infarktu myokardu

Odpovědi související s touto kategorií vycházely z otázky: „Jaká Vám byla doporučená režimová opatření?“ P1, P3, P4 a P6 byli poučeni o důležitosti toho, aby přestali s kouřením. P3 a P6 dostali doporučení, které zahrnovalo úplnou abstinenci stran kouření. U P1 a P4 lékaři sdělili, že varianta s přestáním by byla daleko lepší, nicméně jejich apel směřoval alespoň i na omezení stávajícího počtu vykouřených cigaret za den. Hlavním dalším pojmem kromě kouření se stala životospráva. P3 byla sdělena pouze oblast s absencí kouření: „Co se týká úpravy mé životosprávy, tak na to nepřišla řeč vůbec, a to i do dnešní doby.“ „Základní informace o stravě a pohybu,“ získal od lékaře P2. Informace zaměřené na stravu se týkaly omezení mastných jídel, potravin s vysokým obsahem soli a pacient byl poučen o podstatné součásti stravování, kterou je kontrola a hlídání si všech komponentů stravy. U P4 hrály klíčovou roli informace související se zvýšeným příjmem soli. P4 uvedl, že solí opravdu hodně. V rámci změny stravovacích návyků mu bylo sděleno, aby do svého jídelníčku zařadil více ovoce a zeleniny. Toto oznámení bylo předáno i P1, u něho pokračovala edukace i směrem k omezení tučných a smažených jídel. Informantovi P1 byla také doporučena redukce hmotnosti: „Říkali mi, že musím něco shodit. Nejsem úplně hubenej, tak říkali, že by to chtělo aspoň deset kilo dolu.“ P6 obdržel informaci o podstatné součásti stravovacích návyků, a to o pravidelnosti stravy. P4 byla osvětlena významná role pravidelných prohlídek, jenž by měl podstupovat jako prevenci předcházení dalším příhodám. P5 uvedl, že všechny informace, které obdržel ohledně režimových opatření se dočetl v propouštěcí zprávě.

4. 1. 2. 4. 2 Stav pacientova stravování po infarktu myokardu

Všech šest dotazovaných pacientů nějakým způsobem změnilo svůj stravovací režim a návyky po proběhlé příhodě. Život pacienta P3 před nastalou změnou byl velmi hektický: „Pokud jsem chodil do práce, tak to bylo spíše hltání nějaké stravy, na nic nebyl čas, pořád mě někdo odvolával z jídla.“ P3 nyní svoje návyky změnil a dbá hlavně na pravidelnost stravy a

nepřecpává se. Řádnost jídel dodržují také P1, P4, P5 a P6. P1 uvádí: „*Jím klasicky třikrát denně. Snídani, oběd a večeři. Někdy, když mám hlad, tak si dám i mezi tím nějakou svačinku. Třeba sušenku anebo ted' i ovoce.*” P6 míval podobný problém jako P3. P6 sdělil, že neměl na jídlo čas, přes den jedl pouze málo a pořádně se najedl vždy až večer, když byl doma. „*Jím ted' pravidelně. Mám snídani, pak svačinu, oběd, zase svačinu a večeři,*” uvedl P6. P5 se snaží jídla nevynechávat. P4 si pak dal za cíl dodržovat dobu večeře, tak, aby nebyla pozdě večer, anebo až v noci. P1 v rámci zdravé stravy omezil příjem mastných jídel a konzumaci slaných brambůrků. „*Přestal jsem jíst tolik salámů a párků. Ty jsem jedl fakt hodně,*” přiznal se P1. Potraviny a hotová jídla s velkým podílem tuku se snaží omezovat i P3, P5 a P6. P3 dodává, že mastná jídla stejně nikdy moc rád neměl. P4 a P6 se také shodují ve zredukování pokrmů smažených, ale zároveň uvádějí jejich občasnou konzumaci. P6 to obhajuje: „*V nemocnici jsem taky dostával normálně vepřo-knedlo-zelo.*” P5 a P4 omezují také jídla s vysokým obsahem soli. P4 se režimové doporučení ohledně soli nelíbilo. Také uvedl: „*Našla jsem si na internetu, co se dá místo toho použít za koření. Docela se to dá, ale není to tak dobrý.*” Zařazení ovoce a zeleniny do svého jídelníčku potvrzují P1, P3 a P5. P5 uvádí zeleninu a ovoce „*pokud možno ne tepelně upravenou*”. P5 dále udává: „*Už předtím jsem se snažil jíst zdravěji a dbát na své stravování, ale rozhodně jsem to neřešil tolik, jako dnes.*” S podobným základem ve sdělení figuruje i P2. P2 před dvěma lety úplně změnil svou životosprávu. Konzumoval zdravé pokrmy a potraviny, omezoval ty špatné a neprospěšné. P2 nám v rozhovoru v souvislosti s touto informací řekl přísloví, které si sám předělal: „*Znáte to přísloví: Konej čertu dobře, peklem se ti odmění? Tak já jsem si ho upravil podle sebe: Konej svému tělu dobře a infarktem se ti odmění.*” Mimo toto sdělení také prohlásil, že si hlídá cukr, protože v minulosti s tím měl potíže. Jinak neuvedl žádné speciální omezení ve stravě. Na otázku, zda se řídí podle nějakého speciálně upraveného jídelníčku, všichni odpověděli záporně. P2 se dle jeho slov v ničem neomezuje a P3 ani neví, jak by měl takový jídelníček vypadat. P1, P4, P5 a P5 jen dodali, že se řídí pouze doporučenými zásadami a podle toho upravují svá jídla.

4. 1. 2. 4. 3 Úroveň fyzické aktivity po infarktu myokardu

Úroveň fyzické stránky pacientů byla zkoumána přibližně měsíc po prodělané příhodě IM. Tudíž rozsah tělesných aktivit nebyl tak objemný, jako by tomu bylo u zdravého jedince. P1, P2, P3, P4 a P5 zmínili ve svých odpovědích výslovný zákaz provádění fyzicky náročných cvičení a prací s velkou zátěží, určený lékařem. P4 byl zvyklý na pohyb, navštěvoval 1x týdně kurz jógy. Žádný z pacientů nezmínil, že by aktivně a zapáleně cvičil či sportoval. P4 považuje jógu spíše za protažení, než sport. P6 zastává názor: „*Fyzicky pracuju, tak si myslím, že*

nepotřebuju žádný cvičení.” P3 zmínil fyzicky náročné povolání, kdy mu za čtrnácti hodinovou pracovní směnu prošlo rukama několik tun zboží. P3: *„Bral jsem to jako cvičení, ale samozřejmě jsem toho musel zanechat.”* P1 absence náročných fyzických aktivit nevádí. P4 uvedl, venčení psa jako svou nynější aktivitu, když nemůže navštěvovat kurz jógy. Venčení psa k výčtům svých aktivit přidává i P2. P1, P2, P5 a P6 se shodli na nejčastějším provozovaném pohybu, kterým jsou procházky. P6 specifikuje délku své procházky *„do obchodu a zpátky”*. P5 udává délku trasy podle toho, jaké je zrovna počasí, zda je unavený či není. Průměrně ale P5 zmiňuje deseti kilometrové cesty, prováděné třikrát do týdne. P2 lokalitu procházek směřuje ke svému městskému příbytku a chalupě. V okolí chaty P2 chodí na vycházky spojené s houbařením. P6 v rámci fyzických aktivit provádí drobné práce okolo domu. S ním se v tomto typu pohybu shoduje P3, ten dále specifikuje i oblast zahrady u domu. Tu obstarává se záměrem pravidelného pohybu i P5. P1 považuje za fyzickou činnost uklízení, vaření a domácí práce. Čtyři z šesti dotazovaných nezměnili svůj vztah ke cvičení po prodělané příhodě. P6 zmínil pouze delší pobyt venku. P2 zastává neutrální postoj: *„Začal jsem se hýbat, když jsem změnil svoji životosprávu, ale nikdy jsem necvičil, takže jsem zůstal, dá se říct na tom stejným.”* P1 nás informuje, že nebude měnit svůj postoj ke cvičení a sportu, když dlouho chodí bolí ho nohy. P4 a P5 byli nuceni svůj vztah změnit. P4 musela přestat s jógou a k tomu dodává: *„Už mi to začíná chybět, ale říkali mi lékaři, že to chce čas a pak možná budu zase moct, ale že se uvidí.”* P5 uvádí: *„Pohyb jsem měl rád i před tím. Takže je pro mě problém to, že nemůžu zatím tolik zátěže.”* Na otázku: *„Cítíte se v lepší kondici?”* odpověděli P2 a P6 podobně. Pro oba je to již lepší. P6 říká: *„Mám pocit, že je to lepší než to bylo.”* P2 porovnává období nynější s dobou, kdy se vrátil domů z nemocnice. P3 se cítí docela fajn, ale udává: *„Brzy se unavím a musím častěji odpočívat. Dřív jsem vydržel opravdu dlouho dřít, ale nyní je to jen slabý odvar toho všeho.”* P1 a P4 na tom stále nejsou tak dobře jako předtím. Oba dva se shodují na tvrzení, že jsou hodně unaveni. P4 dodává i únavu i přes den. P5 uvádí: *„Momentálně nemohu posoudit, jelikož nevím, jak se budu cítit až se vrátím do normálu. Ale lépe mi je.”*

4. 1. 2. 4. 4 Postoj k alkoholu po infarktu myokardu

Při dotazování na konzumaci alkoholu jsme se pacientů ptali, zdali změnili své chování v této oblasti, anebo zda zastávají stejný názor jako před onemocněním. P2 razantně sdělil: *„Nepiju”*. Uvedl, že když u něj došlo těsně před infarktem ke změně životosprávy, zahrnovalo to i úplnou abstinenci. Od té doby podle jeho slov už alkohol nepije. P2 je tedy jedním z tázaných pacientů, u něhož zůstal postoj totožný, jako před příhodou IM. Svě stanovisko k lihovinám nepřehodnotil ani P4. P4 nás informoval o dodržování dlouholeté abstinence. V mládí se údajně

potýkal s alkoholem ve velkém množství a prošel si léčením této závislosti. V souvislosti s tímto sdělením prohlásil: „*Od té doby jsem už neměla ani kapku.*” Ostatní oslovení, tedy P1, P3, P5 a P6 uvedli, že alkohol jim nebyl cizí. P3 se ze zmíněných setkával s alkoholem nejméně. Specifikoval: „*Alkohol jsem do té doby pil velice vzácně a málo. Tak maximálně půlku piva k večeři.*” Jeho aktuální postavení zní: „*Ted' už ho nepiji vůbec.*” Stejného názoru je i P6, ten také po infarktovém období uvádí absolutní vyloučení alkoholu ze svého života. P6 sdělil, jaký byl jeho vztah před abstinencí: „*Občas jsem si dal pivo, nebo dvě, když jsme někde seděli. Večer nebo k jídlu o víkend. Byl jsem řidič z povolání, tak jsem ani moc pít nemohl.*” P1 a P5 ve výpovědích uvádějí také přítomnost tvrdého alkoholu. P5 uvedl: „*K alkoholu jsem měl kladný vztah. Alkohol jsem si dopřál občas, když se něco slavilo, pivo bylo tak jednou dvakrát týdně.*” Jeho nynější postoj zní: „*Rozhodně se teď budu víc hlídat.*” P1 řekl: „*Před tím, než se to stalo jsem pil normálně, tak občas jsem si dal jedno nebo dvě. Někdy i tvrdý alkohol, ale to tak jednoho nebo dva panáky, víc ne.*” Na otázku, jak se v této době staví ke konzumaci alkoholu odpověděl: „*Ted' si dám jen tak příležitostně. Tvrdý teda už moc ne.*” Když jsme shrnuli získané údaje vyšla nám tato realita. Úplnými abstinenty se z šesti tázaných pacientů po IM stali dva, P3 a P6. Úplnými abstinenty z šesti tázaných už před IM byli také dva, P2 a P4. Poslední dva oslovení, P1 a P5 příjem alkoholu omezili. Dohromady tedy čtyři pacienti po IM změnili svůj postoj k alkoholu, zbylí dva zastávají stejný názor jako před tím.

4. 1. 2. 4. 5 Postoj ke kouření po infarktu myokardu

První otázka této podkategorie se týkala toho, zda jsou dotazovaní pacienti vůbec kuřáci. P5 uvedl: „*Nejsem kuřák a nikdy jsem nebyl.*” Při dotazu mířeném na pasivní kouření, které by také mohlo ovlivnit vznik příhody IM odpověděl, že v takovém rizikovém prostředí nežije. P2 se také považuje za nekuřáka. P2 ale narozdíl od P5 dříve kouřil. Jako důvod, proč se nyní hlásí do skupiny nekuřáků, uvedl: „*Už 40 let nekouřím*”. Ostatní čtyři pacienti, P1, P3, P4 a P6 zahrnují kouření do svého života. P6 uvedl délku kuřáctví přibližně na dvacet let, nebyl si přesně jistý, kdy začal. P3 sdělil dobu kouření na více než čtyřicet let, tedy dvakrát delší časový úsek než P6. P4 považuje za začátek kouření období svých dvacátých pátých let. Uplynulý čas od zmíněné éry by se nyní mohl pohybovat okolo třiceti let. P1 zaujímá postavení nejmladšího kuřáka ve skupině. Doba, po kterou kouří je patnáct let. U P1 se množství vykouřených cigaret se průměrně rovná 20/den. Uvádí: „*Někdy je to víc a někdy míň, podle času.*” P6 si zapálí přes den 10 cigaret. U P4 je to polovina množství P6, tedy 5 kusů denně. P3 pak zmiňuje 15 cigaret na den. Jediný dotazovaný, který by eventuálně mohl žít v prostředí, kde by docházelo k pasivnímu kouření je P4 (kdyby samozřejmě on sám nebyl kuřák). Zbylých pět pacientů tuto

možnost neguje. Svůj postoj ke kouření vůbec nezměnili P2 a P5. Následkem změny životního stylu po prodělaném IM, úplně přestali s kouřením P3 a P6. P6 k tomu dodal: „*Bylo to těžký a pořád je. Myslel jsem, že to ani nezvládnou, ale od té doby už jsem neměl cigaretu.*” P3 byl jiného názoru: „*Sice mi to chvíli trvalo, ale nebylo to tak hrozné.*” P1 a P4 se s kouřením přestat nepodařilo. Oba dva ale uvedli, že to omezili. P1 snížil počet cigaret na půlku, přibližně na 10 denně. P4 sdělil: „*Dám si tak jednu nebo dvě cigarety za den, protože na ně mám chuť. Mám to ráda, a navíc manžel taky kouří.*”

4. 1. 2. 5 Kategorie: Komplikace související se změnou životního stylu z pohledu pacientů po infarktu myokardu

4. 1. 2. 5. 1 Jednotlivé problémy související se změnou životního stylu

V první části jsme se zaměřili na to, kterých režimových opatřeních se pacienti obávali při prvotním sdělení. U P1, P4 a P6 byl na nejvyšší příčce strach z omezení či úplné abstinence kouření. P6 uvedl: „*Jsem dlouhodobý kuřák a myslel jsem, že to bude nejtěžší.*” P1 sdělil svůj názor takto: „*To víte, je to závislost a já jsem na tom závislejší hodně. Nic s tím neudělám no.*” Obavy P5 směřovaly k oblasti fyzického zatížení. Největší starost měl o to, že bude v pracovní neschopnosti. P5 dodal také: „*Bydlím sám na vesnici a momentálně si ani sám neposekám zahradu, o dřevě nemluvě.*” P2 se hlavně obával prohlídek a kontrol u obvodní lékařky. Další věc, která ho znepokojovala zahrnovala množství a užívání léků. Jediný P4 uvedl obavy ohledně stravování. P4 oznámil: „*Přijde mi, že když si to jídlo pořádně neosolím, nemá chuť.*” P3 uvedl sdělení, které nebylo podobné ani jednomu z dalších informantů: „*Když jsem si uvědomil, jaké jsem měl štěstí, že jsme brzy zavolali záchranku a jakou práci odvedli, myslím i následnou operaci, neobával jsem se ničeho. Když jsem si uvědomil, jací odborníci jsou na svých místech a že dokáží vrátit člověka do života za hodinu, tak jsem už neměl obavy z ničeho.*” Další část se našimi dotazy ubírala směrem k nynějším problémům, tedy k těm, jež oslovení pacienti upozorovali s odstupem času, a zda se jejich obavy naplnily anebo nikoliv. P1 i nadále vidí obtíž v omezení kouření, přidal ale také i oblast cvičení. K té dodává: „*Cvičení, tomu asi nikdy taky moc nedám.*” S názorem na problematiku kouření se shodl i P6. P2 pozměnil předmět svých starostí. Ty jsou nyní mířené na jeho rodinu, která mu zakázala cokoli dělat. P4 se ztotožnil se sdělením P1 a P6 týkajícího se kouření. Velkým problémem je pro něj stále dodržování omezené konzumace soli. Nato ale dodává: „*Chci být zdravá, tak to musí být.*” P5 stále znepokojuje oblast fyzického zdraví. Předává informaci, že na sobě častěji pozoruje únavu. P5 stále doufá: „*Snad to bude v dohledné době lepší.*” P3 nakonec také objevil obtíž

týkající se kondice. Přidává se k názoru P5 o dlouhodobé únavě. Tři z šesti zúčastněných pacientů uvedli dále problém ve sdělení režimových opatření ze stran zdravotníků. P5 pozoroval obtíže v nedostatečné ústní informovanosti. P3 byl podobného názoru jen více specifikoval málo údajů na oblast stravování: „*Nemám takové rozsáhlé informace o tom, co bych měl jíst a co ne.*” U P2 to bylo neinformování o potřebě najít si ošetřujícího kardiologa.

4. 1. 2. 5. 2 Příčiny problémů vzniklých v souvislosti se změnou životního stylu

Příčinou, která by mohla stát za vznikem obtíží uvádí pacienti různou. P1 sděluje, že v rámci jeho kouření je příčinou závislost. K tomu dodává: „*Ta se nejspíš nikdy nezmění. Prostě si myslím, že nikdy nepřestanu úplně.*” Důvodem absence cvičení udává bolest: „*Cvičení dělat nebudu, protože nechci, aby mě to pak bolelo, jako klouby a tak.*” Se závislostí jako podkladem pro kouření se shoduje i P4. Za podnět způsobující potíže s omezováním konzumace soli považuje P4 svou oblibu ve slaných pokrmech a slané chuti. Příčina problému s kouřením u P6 není závislost jako u P1 a P4. P6 uvedl: „*Jsem kouřil dlouho a už jsem si na to zvykl.*” Takže pro P6 je důvodem zřejmě zvyk. P5 si myslí, že prostředníkem jeho obav je: „*Celkově uspěchaný životní styl dnešní doby.*” P3 vidí příčinu hlavně v sobě: „*Jsem člověk, který se pořád za něčím honí a chce to mít hned a perfektně.*” Důvod týkající se nízké informovanosti pozoruje P2 v nedostatku času: „*V tom spěchu mi to možná zapomněli říct. Asi to nemají lehký.*” P3 souhlasí s P2 v tvrzení o nedostatku času jako příčině nedostatečné informovanosti.

5 DISKUZE

Bakalářská práce byla vypracovávána na téma „Režimová opatření a kardiologický pacient“. Protože je pojem „kardiologický pacient“ velmi rozsáhlý, zaměřovala se práce výhradně na pacienty po akutním infarktu myokardu. Informace a zpracovávané údaje byly zjišťovány kvalitativní metodou sběru dat, konkrétně polostrukturovanými nestandardizovanými rozhovory. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, která režimová opatření se doporučují kardiologickým pacientům po AIM v rámci sekundární prevence. Zmíněný cíl jsme zjišťovali pomocí dvou výzkumných otázek (VO). První výzkumná otázka se dotazovala přímo na jednotlivá a doporučená opatření. Další pak měla za úkol určit, jaká úskalí by mohla nastat v souvislosti s jejich dodržováním. Jelikož tato práce vzniká ve studijním programu Ošetrovatelství a v oboru Všeobecná sestra, bylo druhým cílem zmapovat úlohu sestry v edukačním procesu právě režimových opatření. Ke druhému cíli se vztahovala výzkumná otázka: Jaká je úloha sestry v edukaci režimových opatření u kardiologických pacientů?

Výzkumnému šetření se podrobilo 16 informantů. Deset z nich reprezentovalo skupinu zdravotních sester pracujících na kardiologickém oddělení nemocnice Jihlava. Zbýlých šest tvořili pacienti po prodělané příhodě AIM, a to přibližně s měsíčním odstupem, kteří byli hospitalizováni právě na tomto oddělení. Pro každou skupinu zvlášť bylo vytvořeno 17 otázek. Odpovědi byly analyzovány a sestaveny do 9 kategorií. Kategorie byly určeny samostatně pro sestry z oboru kardiologie a samostatně pro pacienty. Úvodní část všech rozhovorů se týkala základních identifikačních údajů informantů. Tyto sesbírané údaje popisuje Tabulka 2 pro kardiologické sestry, pro pacienty po IM pak Tabulka 4.

Další část se zabývala informacemi z kategorie sdělování režimových opatření. V této oblasti všechny sestry uvedly jako zodpovědnou osobu, která by měla sdělovat informace, lékaře. To potvrdilo i pět ze šesti dotazovaných pacientů, kterým tato doporučení oznamoval právě lékař. Devět sester z deseti také sdělilo, že při edukaci pacienta je přítomna i sestra. U P2, P3, P4 a P6 hrála sestra v edukaci také velkou úlohu. Doležel a Jarošová (2019) dokonce zmiňují roli sestry jako klíčovou, pokud se jedná o edukační působení na pacienta po IM. Bužgová et al. (2011) i Vilánková et al. (2010) se také ztotožňují s důležitostí sestry v rámci preventivních opatření. U P1 a P5 bohužel sestra přítomna nebyla. Podle mého názoru je to chyba, pacienta to ochudilo o možnost směřovat své otázky k někomu, ke komu má blíže, protože právě sestra je vlastně prostředníkem mezi pacientem a lékařem.

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v třetím odstavci §4 najdeme poznámku, že sestra může provádět akce bez odborného dohledu orientující se na preventivní prvky ošetrovatelské péče, na podkladě ordinace lékaře (zakonyprolidi.cz, ©2020). S touto zmíněnou kompetencí se shodují tvrzení sester S5 a S7, jejichž náplní je rozvinutí lékařových stručných bodů sdělení. S3 a S9 ve výpovědi udaly, že některé informace pacientům „dovysvětlují“. V prvním odstavci stejné vyhlášky a stejného paragrafu písmena k) se uvádí přímo edukace pacientů s možností využití zdravotnických pomůcek (zakonyprolidi.cz, ©2020). Tuto pomůcku ve formě propouštěcí zprávy používají S4 a S6. S4 specificky uvedla: „Úloha sestry je v tom, že předá pacientovi propouštěcí zprávu a objasní mu, co kde najde a podle čeho se má řídit. Které léky jsou nové a jak je má brát.“ S2 a S5 sdělily, že jejich kompetence odpovídají těm, které má všeobecná sestra. S5 doplnila: „Nesmím měnit předepsaná léčiva, ani jejich dávkování. Ani jakkoliv upravovat lékařské diagnózy a závěry. Mohu doporučit něco, co jsem se dočetla v odborných člancích, třeba novou dietu, nebo potravinu, kterou uvádí za srdci prospěšnou.“ S5 se v názorech na předávání poznatků schází s Bužgovou et al. (2011), která právě takto uvádí roli sestry jako výzkumnice. Doležel a Jarošová (2017) uvádí, že hlavním prostředníkem pro sdělování a poskytování informací v oblasti zdravého životního stylu je účinná komunikace. Tuto myšlenku podpořilo osm kardiologických sester svým oznámením o převážně ústním sdělování informací. S1, S4, S5 a S7 doplnily předávání propouštěcí zprávy, což považují za tištěnou formu sdělených informací a za podklad pro svou ústní edukaci. P5 uvedl jako zdroj svých znalostí právě propouštěcí zprávu. Šest z deseti dotazovaných sester předává svým pacientům edukační tištěný materiál. Doležel a Jarošová (2017) jsou nakloněni edukaci probíhající prostřednictvím pomůcek, kam řadí tištěné publikace, ale také i videomateriály, programy o tématu fyzické aktivity či webové stránky. Sestry, které se zúčastnily výzkumu uvedly a tím podpořily i Doležela a Jarošovou (2017), že používají tištěný materiál ve formě brožur a letáků. S3 a S9 odkazují pacienty v rámci edukace na poradenská centra se specializací na nutriční. S1, S3, S4 a S9 předávají svým pacientům letáčky s kontaktem na odbornou pomoc při léčbě závislosti na tabáku. Jako další příklady tištěného materiálu uvedly informační brožury se zásadami a vhodným chováním, které by se měly dodržovat po IM. S8 a S9 distribuují pacientů publikaci s přesným názvem: „Praktické příručky o životě po IM od firmy AstraZeneca“ S9 dále doplnila brožuru: „Srdeční infarkt – Informace pro pacienta“ od stejné firmy. S1 pak sdělila: „Příručky o životě s infarktem myokardu“. Sovová (2009) uvedla jako příklad tzv. systém edukačních hodin, zavedený na I. interní klinice Fakultní nemocnice Olomouc, kdy se jednotlivé hodiny skládaly z lékařských a sesterských intervencí prováděných

pomocí verbální komunikace a papírových brožur. Na našem výzkumu je zarážející to, že pouze jednomu ze šesti pacientů předala sestra letáček s informacemi o vhodných a zakázaných potravinách. Můj názor na tištěné edukační materiály je jen kladný. Vzhledem k tomu, jaká je dnes uspěchaná doba a nedostačující personální zabezpečení v oblasti zdravotnictví, si myslím, že edukační brožury mají velký význam. Jedním z důvodů je také “delší trvání” pacientovy edukace. Vždy se k těmto brožurám může vracet, když něco zapomene. Vidím v tom větší efektivitu nežli jednorázovém poučení.

S nárazovostí edukace souvisí také její čas. Pavelková a Hotařová (2016) uvádějí: Na edukační proceduru se nesmí pohlížet jako na rychlé, nárazové a krátkodobé poučení. Zastávají názor, že se jedná o dlouhodobě vyvíjený systém jednotlivých kroků, se zaměřením na vysokou úroveň celého procesu. S touto ideou se náš výzkum ne úplně shoduje. Pět sester sdělilo časové rozmezí na svou edukaci v minutách. Nejnižší hranice se pohybovala na 5 minutách, nejvyšší na 20. S3 uvedla právě dobu 5 – 15 minut. Podle jejich slov tento čas určuje dle pacientova stavu a toho, kdy on sám si sdělení informací vyžádá. U S2 a S7 se edukace pohybuje kolem 10 minut. Sestra S6 uvádí: *„že dohromady to může být okolo 10 až 15 minut. Záleží na času a kolik toho ten pacient zvládne.”* S5 má dobu nejdelší 15 – 20 minut. Zbytek dotazovaných sester věnuje edukaci pacienta tolik času, kolik je potřeba. Na druhou stranu tři sestry oznámily, že informace pacientům předávají výhradně při dimisi, další tři podávají pacientům informace i průběhu hospitalizace, ale největší množství také až při propouštění do domácí péče. Zbylé čtyři sestry předávají informace pacientům stejnou měrou jak v průběhu hospitalizace, tak i při jejich propuštění. Trešlová (2019) je toho názoru, že k efektivní edukaci je vyžadováno větší množství času, které většinou není možné zabezpečit pouze jednou konzultací. Tuto myšlenku plně sdílím a ztotožňuji se s ní. Ačkoliv sestry uvedly edukaci průběžně při hospitalizaci a jiné zase při dimisi, nemyslím si ani tak, že je to dostatečná časová dotace. Sestry S2, S5 a S6 také nepovažují vynaložený čas za dostatečný. S5 by přesunula sdělování informací mimo akutní lůžka na klidnější a soukromější místo s dostatkem času. S2 uvádí jako důvod: *„Pacienti potřebují delší dobu na to, aby pochopili, že musejí změnit celou svou dosavadní životosprávu. Je to pro ně velká událost.”* S6 navrhuje edukační sdělení na pokračování dále po hospitalizaci. Čtyřem ze šesti dotazovaných pacientů se informace zdály dostatečné. P2 si sdělení podaná sestrou doplnil lidskými zdroji. Pro P5 byly poznatky pouze částečně dostačující. Další data shromáždil z internetových stránek: *„Dohledával jsem potraviny, které jsou pro mne vhodné.”* Z pohledu kardiologických sester je nejzásadnější chybou v rámci sdělování informací právě zmíněný nedostatek času. S1 a S10 se shodly na nedostatečném prostoru pro případné

pacientovy dotazy. Jediná S8 neví, kde by mohly sestry ve sdělování informací dělat chyby. Sdělila: „*Snažíme se edukovat bez chyb.*”

Podle Vilánkové et al. (2010) má sestra za úkol seznámit pacienta s důležitostmi prevence a jejího dodržování. Dotazované S9 a S10 sdílejí stejnou myšlenku a svou edukaci směřují zejména na prevenci. Do zmíněného termínu prevence zahrnují stravu, kouření, alkohol a redukci hmotnosti. S výčetem souhlasí i Ošťádal et al. (2019), a navíc přidává ještě fyzickou aktivitu. Stejný dodatek má i S10. Čtyřem pacientům z našeho výzkumu byla sdělena důležitost preventivního opatření v oblasti kouření. P2 a P5 takovéto informace neobdrželi, jelikož se zařadili do skupiny nekuřáků. Vítovec et al. (2011a) dodal k režimovým opatřením neméně důležitou nastavenou farmakologickou léčbu. S1 a S7 s Vítovcem et al. (2011a) souhlasí a pacientům předávají významnou informaci o nutnosti dodržování užívání předepsaných léků. S4 a S6 jako jediné doporučovaly zpomalení životního tempa a snižování přemíry stresu. Setkaly se tak v názoru s Hamplovou (2019), která uvádí vysokou míru stresu jako podklad pro zhoršení chorob, jimiž už pacient trpí. Negativní dopady stresu ať už na zdravého, nebo i na nemocného člověka s KVO zmiňuje také Piscatella a Franklin (2016). I když je stres v dnešní době skoro běžným jevem, výsledek výzkumu odhalil, že ani jeden z pacientů nebyl edukován o jeho snížení. P2 byly sděleny informace zaměřené na stravu, týkající se omezení mastných jídel, potravin s vysokým obsahem soli a pacient byl poučen o podstatné součásti stravování, kterou je kontrola a hlídání si všech komponentů stravy. U P1 pokračovala edukace i směrem k omezení tučných a smažených jídel. P1 a P4 byli poučeni o potřebě zařazení většího množství ovoce a zeleniny do svého jídelníčku. Většina oslovených sester stavěla na podobném základě. U všech obecných doporučení se v jejich odpovědích objevovala hlavně oblast stravy a její vyváženost, absence kouření, pohybové aktivity a snížení hmotnosti. Především tedy šlo o oblast zdravého životního stylu.

Následná oblast je věnována detailněji všem jednotlivým komponentům, zahrnutým pod pojem životní styl, a změnám, které je doprovázely u pacientů po IM. Všechny dotazované sestry se jednoznačně shodly na verdiktu úplného vyloučení kouření z pacientova života. Čtyři z deseti sester tuto myšlenku zastávají velmi razantně. S10 dodala: „*Zejména v prevenci kardiovaskulárních onemocnění je toto doporučení opravdu důležité.*” Widimský et al. (2019) podporuje stejný postoj a uvádí, že se jedná o nejproduktivnější změnu v oblasti životní správy, související s dalšími onemocněními KV systému. Dodává ale také, že se jedná i o změnu

nejzásadnější v oblasti životního stylu. Ve výzkumném šetření jsme zjistili nadpoloviční zastoupení kuřáků ve skupině pacientů po IM. Pouze dva ze šesti byli nekuřáci. Délka doby jejich kuřáckého období se pohybovala od patnácti do čtyřiceti let. Názor Aschermanna a Linharta (2010) uvádí pravidelné kuřáctví jako podnět vedoucí ke změnám na cévním systému. Makar et al. (2019) je podobného názoru. Dle něj riziko opětovného vzniku KVO závisí na počtu let kuřáctví, míře návyku, úrovni vdechovaného kouře a samozřejmě stoupajícímu počtu vykouřených cigaret za den. U P4 se množství vykouřených cigaret pohybuje na nejnižší příčce, a to na 5/denně. P1 průměrně za den vykouří okolo 20 cigaret. Zbylí dva se pohybují na hranici 10 a 15 cigaret denně. Proto se také sestry kromě apelu na absolutní zákaz kouření snaží edukovat v rámci alespoň jeho omezení. Tuto možnost zastávají ale pouze dvě sestry. S2 v souvislosti s tímto výrokem pronesla: „*Aspoň něco, je lepší než nic.*” S5 je ve svém postoji velmi skeptická: „*Většina pacientů ze strachu o svůj zdravotní stav přestane, ale po čase se k tomu zase vrátí.*” S4 vůbec neuznává ideu pouhého omezení: „*Někteří to omezí, ale nikdy to podle mého není tak dobré, jako kdyby přestali.*” V závislosti na komentáři by se zde mohl uplatnit poznatek Cífkové et al. (2014) o okamžitém snížení morbiditativy již v počátečních šesti měsících, pokud dojde u pacienta k vynechání kouření z běžného životního režimu. Následkem předání informací o škodlivosti kouření na KV systém dva pacienti (P3 a P6) změnili svůj postoj na úplnou abstinenci v oblasti kuřáctví. U P1 a P4 byl dopad poněkud menšího rázu. Ti uvedli omezení cigaret na polovinu své běžné denní dávky. Sdílím stejnou myšlenku Cífkové et al. (2014) o důležitosti podpory jedince v procesu odvykání kouření. Proto jsem také ve své bakalářské práci uvedla odkaz na internetové stránky Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT, ©2019), kde mohou nalézt užitečné informace a odkazy nejen zdravotníci, ale i široká veřejnost.

Dva ze tří pacientů ve výzkumu sdělili svou úplnou celoživotní abstinenci, co se alkoholu týká. P1, P3, P5 a P6 alkohol v období před infarktem konzumovali. P3 specifikoval: „*Alkohol jsem do té doby pil velice vzácně a málo. Tak maximálně půlku piva k večeři.*” P6 si dopřál alkohol občas, když byl někde s přáteli, maximálně ale jedno nebo dvě piva. P1 a P5 uvedli konzumaci také tvrdého alkoholu. V oblasti režimových opatření sestry edukují pacienty ideálně o abstinenci, všechny z nich se ale také přiklánějí možnosti omezení množství alkoholu. S3 a S7 se shodly, že pokud už pacient bude konzumovat alkohol, nemělo by to být často a pravidelně. S3 svým názorem toto doporučení rozšiřuje i o „*velké dávky*” alkoholu, které by pacienti neměli požívat. Tvrzení podporuje i překvapivý názor Zafarové (2013), která uvádí, že minimální konzumace alkoholu souvisí s nižší kardiovaskulární a celkovou úmrtností. U množství

alkoholu se tři sestry vyjádřily detailněji. Stanovisko S8 znělo: „*Nedoporučujeme více než jednu dávku denně pro ženy a dvě dávky denně pro muže.*” S9 uvedla: „*případně maximálně 1 dcl vína či malé pivo.*” S10 odpověď ještě více specifikovala: „*1 dcl vína či malé pivo, denně.*” S10 se nejvíce přiblížila a skoro se shodla s Widimským et al. (2019), který uvádí jako minimální dávku 1dcl vína či 1/3 l piva u ženy a dvakrát tolik u muže. V čem se ale názor většiny sester a Widimského et al. (2019) rozchází je konzumace destilátů. Sedm z deseti sester jednomyslně doporučuje absolutní vyloučení „*tvrdého či silného alkoholu*”. Naopak Widimský et al. (2019) udává maximální možnou dávku 5 cl destilátu u žen a u mužů dvakrát více. Změnou, nastalou u pacientů se stala abstinence dalších dvou, kromě P2 a P4, to byli P3 a P6. P1 a P5 svůj příjem alkoholu omezili. Změnu P1 popsal: „*Ted' si dám jen tak příležitostně. Tvrdej teda už moc ne.*” Svým postojem se spíše kloním k názoru abstinence ohledně destilátů. Na druhou stranu se ale ztotožňuji s tvrzením, v oblasti vína a piva, Widimského et al. (2019) a sester S9 a S10, kteří uvádějí jejich konzumaci v minimálním množství.

Olišarová (2019) se domnívá, že v rámci prevence KVO a jejích následků je nejzaručenější a nejlepší možnou volbou cesta zdravé a racionální výživy. Tento názor podložilo všech šest pacientů výzkumného šetření, svou postupnou změnou stravovacích návyků po proběhlé příhodě IM. Widimský et al. (2019) považuje za důležité zařazení více nenasycených mastných kyselin a omezení těch nasycených, adekvátní množství ovoce a zeleniny, luštěninových plodů, ořechů a snížené dávky soli. S2 se shodla s Widimským et al. (2019) na snížení příjmu nasycených mastných kyselin a zvýšení příjmu tuků nenasycených. Hlavatá (2018) uvádí přítomnost nasycených mastných kyselin v uzeninách, tučném mase, sádle, smetanových výrobcích a v palmovém či palmojádrovém oleji. Na její poznatky navazují dotazované sestry tím, že ve svých odpovědích zmiňují omezení tučných jídel a tuků. Konkrétně S1 a S7 nedoporučují jídla zhotovená v přepáleném tuku. S3 podává informaci: „*aby si hlídali cholesterol a snížili jeho množství.*” P1 v závislosti na uvedené škodlivosti výše jmenovaných surovin, omezil příjem mastných jídel a konzumaci slaných brambůrků. „*Přestal jsem jíst tolik salámů a párků. Ty jsem jedl fakt hodně,*” dodal P1. P4 a P6 se také shodují při zredukování pokrmů smažených, ale zároveň uvádějí jejich občasnou konzumaci. Devět z deseti sester doporučuje omezit solení a příjem potravin s vysokým obsahem soli. S4 do kategorie těchto potravin řadí uzeniny a salámy, které zmiňuje i S6 a navíc přidává i párky. Dále škodlivost uzenin zdůrazňuje S1, S8, S9, S10. Tyto sestry se v bodě o uzeninách shodují s Hlavatou (2018), v bodě o snížení příjmu potravin s vysokým obsahem soli pak s Widimským et al. (2019) a Piscatellou a Franklinem (2016). P5 a P4 uvedli, že byli informováni o snížení množství soli v

potravě. P4 se režimové doporučení ohledně soli nelíbilo. A také uvedl: „*Našla jsem si na internetu, co se dá místo toho použít za koření. Docela se to dá, ale není to tak dobrý.*” S2 informovala pacienty: „*aby omezili a zredukovali příjem jednoduchých cukrů.*” Stejně doporučení sdělila i S10. S9 má podobný názor, jen místo pojmu cukru uvádí sladkosti. Oznámení o škodlivosti jednoduchých cukrů podporuje i Piscatella a Franklin (2016). Ti navíc upozorňují na potraviny a nápoje s přidaným cukrem a sladidly. Olišarová (2019) pak uvádí vhodný celkový příjem jednoduchých cukrů na 60g/den. V rámci příjmu sacharidů P1, P3 a P5 zařadili do svého jídelníčku ovoce a zeleninu. P5 s dodatkem: „*pokud možno ne tepelně upravenou*”. Piepoli et al. (2016) dodává fakt, že analýza zkoumající onemocnění koronárních tepen zjistila 4% pokles rizika onemocnění po každodenní konzumované přídatné dávce ovoce a zeleniny. Jako vhodný druh ovoce přidává Hlavatá (2018) jablka a malé drobné červené ovoce. Pouze čtyři z deseti oslovených kardiologických sester svým pacientům doporučily konzumaci ovoce a zeleniny. S9 a S10 informují také o důležitosti vlákniny ve stravě. Tu i společně se sacharidy můžeme podle Müllera et al. (2014) najít kromě zeleniny ve vhodných obilovinách, rýži a těstovinách. S9 a Hlavatá (2018) se shodly také na prospěšnosti luštěnin ve stravě. S4 informuje pacienty, aby dávali přednost „*odlehčeným jídlům*”. Čtyři z deseti sester, konkrétně S7, S8, S9 a S10 vidí v rybách kladnou a zdraví prospívající hodnotu, o které také edukují své pacienty. Hlavatá (2018) dodává důležitost ryb (hlavně mořských) jako zdroje nenasycených mastných kyselin a zařadila by je do jídelníčku 2x týdně. Ani jedna ze sester nezmínila jako zástupce zdravé stravy ořechy. O jejich přidání do stravy hovoří Widimský et al. (2019) i Hlavatá (2018). Zatímco všechny sestry poučily pacienty o tom, které potraviny a jídla mají omezit, pouze šest sester doporučilo příklady těch vhodných. Na otázku, zda se řídí podle nějakého speciálně upraveného jídelníčku, všichni dotazovaní pacienti odpověděli záporně. U skupiny kardiologických sester jen jedna odpověděla kladným způsobem na distribuci připraveného jídelníčku: „*Ano máme pro ně nastínění toho, jak by mohl takový jídelníček vypadat.*” Žádná ze sester nedoporučila svým pacientům konkrétní dietu. Všechny podaly pouze zmíněná obecná doporučení. Hlavatá (2018) uvádí v prevenci KVO jako jednu z nejúčinnějších diet tzv. středomořskou dietu, nebo – li DASH dietu. Podle mého názoru by byl ukázkový vzorový jídelníček jenom tím nejlepším přínosem pro pacienta. Mohl by se zaměřit na oblasti a typy jídel, podobných těm, které by tam byly uvedeny. Proto je i jednou z příloh (Příloha 4) této bakalářské práce vzorový jídelníček od Hlavaté (2018). Oblast edukace dotazovaných sester související se stravováním je také zaměřena na pravidelnost a klidné prostředí při jídle. S7 pacientům radí: „*Neměli by se přecpávat a jíst pravidelně.*” S5 dodává: „*Nespěchat při jídle.*” Dohromady čtyři z oslovených sester zastávají zásadu konzumování jídel v poklidu. Pravidelnost v jídle dodržují také pacienti P1, P4, P5 a P6. Pro P3 to byla veliká

změna, jelikož dříve žil hektickým životem. Ale nyní již také dodržuje pravidelnou stravu a „nepřecpává se“. Velmi se mi líbí postoj ke klidnému prostředí pro jídlo i pravidelnosti stravy u pacientů po IM a ztotožňuji se s ním.

Táborský et al. (2014) považuje kardiovaskulární rehabilitaci za neoddělitelný článek režimového opatření u klientů po proběhlém srdečním onemocnění. I Rosolová (2013) uvádí tělesnou aktivitu jako důležitou doménu zdraví prospěšného životního stylu. S1, S9 a S10 doporučují fyzickou aktivitu velmi individuálně. S1 informuje pacienta o pohybové aktivitě: „podle věku a fyzického stavu“. Se stejným vzorcem navrhuje tělesnou aktivitu i S10. Našimi dotazovanými pacienty jsou převážně ti, u kterých proběhl IM přibližně před měsícem. Tudíž nás nepřekvapilo, když P1, P2, P3, P4 a P5 zmínili ve svých odpovědích výslovný zákaz provádění fyzicky náročných cvičení a prací s velkou zátěží, stanovený lékařem. Podle Piscatelly a Franklina (2016) se námi oslovení pacienti nachází ve druhé fázi ambulantní rehabilitace, jež má za cíl opětovně rozpohybovat pacienta. Vítovec et al. (2011b), dodává důležitost začátku rehabilitace v prvních týdnech po ukončení hospitalizace. Tři kardiologické sestry uvádějí jako vhodnou aktivitu lehký a nenáročný pohyb. Konkrétní aktivity navrhované S1 jsou: „procházky, plavání a jízda na kole“. Identický výčet možností uvádí i S10, která na rozdíl od S1 zmiňuje „delší procházky“. S4 a S9 doporučují stejné varianty jako S1 s vynechaným plaváním. S1 se se všemi svými variantami shoduje s názorem Vítovce et al. (2011a). S3 doplňuje aktivitu v podobě „rychlé chůze“. P1, P2, P5 a P6 se shodli na nejčastějším provozovaném pohybu, kterým jsou procházky, a tím oznámili, že se na vhodné aktivitě ztotožňují, jak s Vítovcem et al. (2011a), tak i s S1, S4, S9 a S10. P5 zmiňuje procházky na delší trasu přibližně deseti kilometrů, což by se dalo považovat za turistiku. Tu zmiňuje jako vhodnou Makar et al. (2019). P3, P5 a P6 považují za fyzickou aktivitu také drobné práce okolo domu a na zahradě. Cífková et al. (2014) udává vhodnou výslednou dobu tělesné aktivity na třicet minut čistého času, a v intervalu třikrát a více za týden. Jediné dvě sestry, S4 a S10 zmínily i frekvenci doporučené prováděné aktivity. S4 sděluje: „Tyto lehčí aktivity, by měly provádět tak třikrát do týdne.“ S10 toto tvrzení nesdílí a doporučuje častější provádění pohybu a to: „alespoň čtyřikrát týdně“. I když si sestry jednotlivě navzájem odporovaly, obě jejich tvrzení se shodovala s četostí Cífkové et al. (2014). Přesnou frekvenci své fyzické aktivity uvedl jen P5, který ji provádí třikrát do týdne. Splňuje tak také nároky na tělesný pohyb od Cífkové et al. (2014). Naopak Müller et al. (2014) hovoří o nemístných činnostech, které vedou pouze ke krátkodobému zatížení. Jako příklady uvedl: squash, bodybuilding a vzpěračství. V souladu s jeho názorem je doporučované opatření S3, S5 a S6. Postoj S6 zní: „Žádné drastické cvičení a

pocení v tělocvičně.” S5 dodává: „*Určitě by neměli hned při příchodu z nemocnice zvedat činky a posilovat.*” Osloveným P4 a P5 pohyb chybí. P4 byl zvyklý na pohyb, navštěvoval jednou týdně kurz jógy. Následně P4 dodává: „*Už mi to začíná chybět, ale říkali mi lékaři, že to chce čas a pak možná budu zase moct, ale že se uvidí.*” Chattopadhyay et al. (2019) na toto téma dodává poznámku o programu Yoga – CaRe rozvíjeném v Indii, který ve své podstatě využívá jógu jako jeden z dalších doporučených postupů v rámci kardiorehabilitace. I když je tento program zatím ve fázi rozvoje a je situován v daleké Indii, mohli bychom doufat, že se třeba jednou dostane i do naší země a jsem si jistá tím, že nepomůže jen našemu dotazovanému P4, ale více lidem s podobným osudem. V rámci zmiňovaných forem cvičení předkládá Blackwell et al. (2018) druh vysoce intenzivního typu cvičení (tzv. HIIT), který prokázal značné zlepšení kardiopulmonální zdatnosti u zkoumaných jedinců, a to v porovnání s mírnějším cvičením delšího průběhu (tzv. MCT). Dva dotazovaní pacienti, P2 a P6 sdělili pocit lepší kondice od doby ukončení hospitalizace. P3 uvedl: „*Brzy se unavím a musím častěji odpočívat.*” P1 a P4 popsali pocity větší únavy, než měli před onemocněním. P5 sdělil, že svůj stav momentálně nemůže posoudit a čeká na to, jak se bude cítit, až se vrátí do „*normálu*”.

Doležel a Pavelková (2012) uvádí nedostatek kvalifikovaného personálu v oblasti kardioprevence jako jeden z problémů. Sdělili také svůj názor na početní převahu kardiologických sester bez vysokoškolského vzdělání. Dotazované S1-S10 z našeho výzkumu udaly své nejvyšší dosažené vzdělání ihned na začátku při sdělování základních identifikačních údajů. Dle Tabulky 2 je patrné, že nadpoloviční většina oslovených jsou sestry s titulem Bc. či Dis., tedy s dosaženou vysokoškolskou kvalifikací. Čtyři informantky jsou sestry se středoškolským odborným vzděláním s maturitou. Náš výzkum se tedy s tvrzením Doležela a Pavelkové (2012) rozchází.

Polovina z dotazovaných sester uvedla jako jednu ze zpozorovaných obav opakování příhody IM. Oslovení P1, P4 a P6 na nejvyšší příčku svých obav v rámci dodržování režimových opatření zařadili strach z omezení a úplné abstinence kouření. P6 uvedl: „*Jsem dlouhodobě kuřák a myslel jsem, že to bude nejtěžší.*” S P1, P4 a P6 se shodly S1, S6 a S9, které u pacientů zpozorovaly stejný problém. Dalšími sestrami sledujícími starosti v plnění režimových opatření, ale ne již specifických oblastí jsou S7, S8 a S10. Špinar et al. (2017) je podobného názoru a zařazuje pacientovu adherenci k terapeutickým doporučením do zástupu problémů spojených se sekundární prevencí po IM. Táborský et al. (2014) zahrnuje pod pojem adherence

právě také i nefarmakologická doporučení. Jediný P4 měl strach z dodržování stravování. S10 i S2 postřehly obavy pacientů z: „*nesoběstačnosti a závislosti na ostatních*“. Tyto obavy sdílel P5. V souvislosti s nesoběstačností u mladších pacientů S7 zjistila: „*Bojí se toho, co bude s jejich zaměstnáním.*“ Problém stejného rázu v oblasti dalších životních etap uvedla i S5. Naopak u starší generace pozorovala S4 přehlcení pacientů informacemi. S4 řekla: „*Někdy je na nich vidět, že je toho moc najednou a oni se bojí, že ne všechno pochytí a pak nebudou vědět, co mají dělat.*“ Trešlová et al. (2019) uvádí, že k předcházení stresu, zejména u starších pacientů, přispívá svým působením a motivováním pouze jedna pětina lékařů. U skupiny zdravotních sester pak dle Trešlové et al. (2019) nemotivuje své klienty skoro polovina. Nemotivování pacientů považují také za stěžejní problém v rámci edukace. Nesprávná motivace může podle mého názoru vést k neefektivnímu předání informací a následným potížím při dodržování režimových opatření. Problémy, které pacienti pozorují teď, po přibližně měsíčním odstupu se výrazně neodlišují od těch prvotních. Pro P1, P4 a P6 je stále obtíží omezené kouření. U P4 je to navíc i absence soli v potravě, se kterou se ale postupně smíruje. P3 a P5 nyní pozorují nadměrnou únavu spojenou s fyzickou námahou. Tři z šesti pacientů uvedli problémy ze stran zdravotníků v rámci sdělení informací. P5 nebyl dostatečně ústně informován. P3 měl za to, že nebyl v rozsáhlejší formě poučen o vhodných potravinách. P2 nedostal pokyn k navštívení kardiologa. Všichni tito tři dotazovaní uvedli jako možnou příčinu nedostatečného informování nedostatek času. Čas jako překážku u edukace pacientů sdílí i Trešlová (2019).

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala doporučovaným režimovým opatřením, která jsou sdělována kardiologickým pacientům. Jelikož je pojem kardiologický pacient velmi obsáhlý, rozhodli jsme se zaměřit výlučně na pacienty po prodělaném IM. První teoretická část se zabývá charakteristikou onemocnění IM, jednotlivými režimovými opatřeními, rolí sestry v této problematice a samozřejmě problémy, jež mohou vzniknout. Část druhá, tedy vlastní výzkum se prováděl kvalitativní metodou. Ke sběru dat jsme využili polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor. Informanty pro tento výzkum se stalo 10 sester z oboru kardiologie a 6 pacientů s diagnózou IM z téhož oddělení. V práci byly stanoveny dva cíle. Cílem 1 bylo zjistit, jaká režimová opatření jsou v rámci sekundární prevence doporučována pacientům s kardiologickým onemocněním. Výzkumnými otázkami pro tento cíl se staly: VO1: Jaká režimová opatření jsou doporučována kardiologickým pacientům? VO3: Jaká úskalí mohou nastat v rámci dodržování režimových opatření souvisejících s kardiologickým onemocněním? Cíl č. 2 mapoval úlohu sestry v edukačním procesu režimových opatření u kardiologických pacientů. Ke druhému cíli se vztahovala VO2: Jaká je úloha sestry v edukaci režimových opatření u kardiologických pacientů?

Z provedeného výzkumného šetření jsme zjistili, že režimová opatření doporučována kardiologickým pacientům, konkrétně těm po IM, jsou zaměřena na oblast stravy a stravování, kouření, konzumace alkoholu a fyzické aktivity. Podle výsledků se kardiologické sestry orientují v těchto oblastech obstojně. Všechny dotazované informují své pacienty o škodlivosti kouření v souvislosti s KVO. U doporučené stravy znají vhodné potraviny a jídla, která jsou po IM na místě. Naopak ale také upozorňují na nevhodné prvky stravy, jež by dlouhodobou konzumací mohly pacientovi přivodit opakovaně příhodu IM. S konzumací alkoholu se některé sestry s literaturou rozcházejí, jiné naopak skoro přesně věděly, jaké množství a co navrhnout, aby nedocházelo k nevhodnému působení na organismus. V oblasti fyzické aktivity doporučovaných režimových opatření byly se sdělenými informacemi opatrnější. Vzhledem k velmi bezprostřední době po IM radily jednotlivé postupy s rozvahou. Důležitým ukazatelem pro ně byl zdravotní stav jedince a jeho tolerance k zátěži. Těžké a náročné aktivity byly pacientům zakazovány.

Největším pozorovaným úskalím, se stala adherence pacienta k léčbě a dodržování režimových opatření. Na tomto tvrzení se většinově shodla skupina kardiologických sester i

kardiologických pacientů. Dalším výrazným problémem, který byl výzkumem zaznamenán je nedostatek času. Nízká časová dotace výrazně ovlivňuje efektivitu a kvalitu probíhajícího předávání informací. Tato obtíž byla zaznamenána především pacienty. Ti, ale vůbec nepovažovali za viníky sestry, nýbrž jejich velkou časovou vytíženost. Nedostatky se projevíly také v oblasti motivování pacienta. To ale bohužel zmínila pouze jedna z dotazovaných sester.

Úloha sestry spočívá podle výsledků v doplnění informací lékařova sdělení, týkajících se režimových opatření. Většina dotazovaných potvrdila důležitost přítomnosti sestry při edukaci pacienta. Všechny dotazované sestry pracují v rámci svých kompetencí, znají své hranice i náplň v oblasti edukace. Nadpoloviční zastoupení sester používá ke své edukaci jiný tištěný materiál, než je samotná propouštěcí zpráva. Převážně se jedná o předání informačních brožur a letáků. K dispozici mají pro pacienty celou škálu příruček a letáčků. Zjištěným negativum byla nemalá absence vzorových jídelníčků.

Když si shrneme výsledky výzkumu můžeme sdělit, že cíl 1 se nám podařilo splnit. Zjistili jsme jednotlivá doporučená režimová opatření pro pacienty po IM. Znalosti dotazovaných sester by se daly považovat za uspokojivé. Některé body se mohou zlepšit, například by mohl být pacientům předložen vzorový jídelníček. Cíl 2 měl zmapovat úlohu sestry v edukačním prostředí. Role sestry je podle našeho výzkumu jasně stanovená. Má své přesné ukotvení. Všechny sestry jsou si své role vědomy. Jedinou nepříznivou skutečností, bylo zjištění nízké časové zabezpečení edukačního procesu. V závislosti na výsledcích práce a získaných dat bude, jako výstup práce, vytvořena edukační brožurka pro pacienty po IM.

Závěrem je nutné říci, že naši informanti byli pouze zlomkem skutečného kardiologického světa. Ne na všech pracovištích můžou být tak informováni a zvládat edukaci pacienta po IM či mít dostatečné množství edukačního materiálu. Z tohoto důvodu by tato bakalářská práce mohla sloužit jako průvodce pro sestru, s radami a typy, jak přistupovat k pacientovi v rámci sdělování informací o režimových opatřeních, která opatření jsou doporučována po IM, konkrétní výčty zástupců pro život po IM, či kam se lze obrátit v případě potřeby.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASCHERMANN M. a LINHART A., 2010. Kouření a kardiovaskulární onemocnění. *Cor et Vasa* [online]. **52**(9), 500-505 [cit. 2020-02-05]. DOI: 10.33678/cor.2010.136. Dostupné z: <http://e-coretvasa.cz/doi/10.33678/cor.2010.136.html>
2. BRAUNWALD E., 1998. Evolution of the management of acute myocardial infarction: a 20th century saga. *The Lancet* [online, databáze Pubmed]. **352**(9142), 1771-1774 [cit. 2019-10-31]. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)03212-7. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673698032127>
3. BLACKWELL, J. E. M., DOLEMAN B., HERROD P. J. J., RICKETTS S., PHILLIPS B. E., LUND J. N. a WILLIAMS J. P., 2018. Short-Term (<8 wk) High-Intensity Interval Training in Diseased Cohorts. *Medicine & Science in Sports & Exercise* [online]. **50**(9), 1740-1749 [cit. 2019-12-28]. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001634. Dostupné z: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00005768-201809000-00003>
4. BILLINGER S. A., ARENA R., BERNHARDT J., et al., 2014. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Stroke* [online]. **45**(8), 2532-2553 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1161/STR.0000000000000022. Dostupné z: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000022>
5. BOUBLÍK Z., 2019. *Pražští hygienici se připojují ke Světovému dni srdce* [online]. [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: http://www.hygpaha.cz/dokumenty/prazsti-hygienici-se-pripojuji-ke-svetovemu-dni-srdce-4372_4372_161_1.html
6. BULAVA A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.

7. BULAVA A. a PAVELKOVÁ Z., 2015. Humanistický přístup ke kardiologickým pacientům. *Florence* [online]. **11**(9), 27-28 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: https://issuu.com/ambitmedia/docs/cele_cislo_florence_9-15
8. BUŽGOVÁ R. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
9. CÍFKOVÁ R., VAVERKOVÁ H., FILIPOVSKÝ J. a ASCHERMANN M., 2014. Souhrn Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi (verze 2012). *Cor et Vasa* [online]. **56**(2), 169-189 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1016/j.crvasa.2014.02.009. Dostupné z: <http://e-coretvasa.cz/doi/10.1016/j.crvasa.2014.02.009.html>
10. *CK MB mass*, ©2019. [online]. Národní číselník laboratorních položek. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.dastacr.cz/dasta/hypertext/AJDUH.htm>
11. CORTÉS-BERINGOLA A., FITZSIMONS D., PELLICCIA A., MORENO G., MARTÍN-ASENJO R. a BUENO H., 2017. Planning secondary prevention: Room for improvement. *European Journal of Preventive Cardiology* [online]. **24**(3_suppl), 22-28 [cit. 2019-12-25]. DOI: 10.1177/2047487317704954. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487317704954>
12. COSENTINO F., GRANT P. J., ABOYANS V. et al., 2019. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal* [online]. [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz486. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehz486/5556890>
13. ČELEDOVÁ L. a ČEVELA R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8

14. DANZIG V., 2018. Péče o pacienta po PCI v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. **15**(4), 197-202 [cit. 2020-04-14]. DOI: 10.36290/med.2018.065. ISSN 12148687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/doi/10.36290/med.2018.065.html>
15. DOLÁK F., 2015. Prevence jako součást moderního ošetrovatelství. In: Tóthová, V. a kol. (Eds). *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. str. 78-85. ISBN 978-80-7422-467-6.
16. DOLEŽEL, J. a JAROŠOVÁ D., 2017. Edukační činnost sester u pacientů po infarktu myokardu – přehledová studie. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. **19**(3), 205-208 [cit. 2020-02-17]. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2017-3/ edukacni-cinnost-sester-u-pacientu-po-infarktu-myokardu-prehledova-studie-61769/download?hl=cs>
17. DOLEŽEL, J a PAVELKOVÁ Z., 2012. Názory kardiologických sester a kardiaků na ošetrovatelskou péči v kardiovaskulárních centrech Ostrava a České Budějovice - pilotní studie. *Cor et Vasa* [online]. **54**(7-8), 429-432 [cit. 2019-12-22]. Dostupné z: https://actavia.e-coretvasa.cz/artkey/cor-201207-0009_nazory-kardiologickych-sester-a-kardiaku-na-osetrovatelskou-peci-v-kardiovaskularnich-centrech-ostrava-a-ceske.php
18. DOLEŽEL J., JAROŠOVÁ D., BÁRTLOVÁ S., TÓTHOVÁ V a CHLOUBOVÁ I., 2015. Analysis of clinical practice guidelines for cardiovascular disease prevention. *Kontakt* [online]. **17**(2), e96-e102 [cit. 2020-02-14]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.05.001. Dostupné z: <http://kont.zsf.jcu.cz/doi/10.1016/j.kontakt.2015.05.001.html>
19. DOLEŽEL J. a JAROŠOVÁ D., 2019. Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **10**(2), 1026-

1034 [cit. 2019-12-29]. DOI: 10.15452/CEJNM. 2019.10.0010. ISSN 2336-3517.
Dostupné z: <https://periodika.osu.cz/ojs/index.php/cejnm/article/view/258>

20. FREDERIX I., DENDALE P. a SCHMID J.P., 2017. Who needs secondary prevention? *European Journal of Preventive Cardiology* [online]. **24**(3_suppl), 8-13 [cit. 2019-12-25]. DOI: 10.1177/2047487317706112. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487317706112>
21. Fórum zdravé výživy, FZV ©2020.Kardiovaskulární onemocnění. [online]. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://www.fzv.cz/kardiovaskularni-onemocneni/>
22. HABERL R., 2012. *EKG do kapsy*. 4. Vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4192-5.
23. HAMPLOVÁ L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra. 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
24. HLAVATÁ K., 2018. Strava po infarktu myokardu. *Kazuistiky v angiologii* [online]. Geum. **5**(3-4), 35-37 [cit. 2020-01-05]. ISSN 2336-2790. Dostupné z: <https://www.geum.org/files/shop-archiv-casopisu/pdf/285.pdf>
25. HOLM F., 2011. Sekundární prevence po akutním infarktu myokardu. *Causa subita*. International Medical Publications. **14**(1), 32-35. ISSN 1212-0197.
26. CHATTOPADHYAY K., CHANDRASEKARAN A. M., PRAVEEN P. A., et al., 2019. Development of a Yoga-Based Cardiac Rehabilitation (Yoga-CaRe) Programme for Secondary Prevention of Myocardial Infarction. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [online]. 1-7 [cit. 2019-12-28]. DOI: 10.1155/2019/7470184. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2019/7470184/>

27. CHLOUBOVÁ I., 2019. Pohybová aktivita jako jeden z nefarmakologických postupů v léčbě kardiovaskulárních chorob. In: Tóthová et al. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. str. 40-53. ISBN 978-80-271-2197-7.
28. CHLOUBOVÁ I., TÓTHOVÁ V., OLÍŠAROVÁ V., ŠEDOVÁ L., TREŠLOVÁ M., BÁRTLOVÁ S., PROKEŠOVÁ R. a MICHÁLKOVÁ H., 2019. The importance of education on physical activities regarding cardiovascular illnesses. *Kontakt* [online]. **21**(1), 3-7 [cit. 2019-12-31]. DOI: 10.32725/kont.2019.007. Dostupné z: <http://kont.zsf.jcu.cz/doi/10.32725/kont.2019.007.html>
29. *Jetoinfarkt.cz* ©2020 [online]. Brno: Medica Healthworld. [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://www.jetoinfarkt.cz/>
30. MAKAR A., PUKLJAK IRIČANIN Z. a PAVIĆ J., 2019. An assessment of decision to change lifestyle in cardiovascular patients after hospitalization. *Croatian nursing journal* [online]. **3**(1), 25-35 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.24141/2/3/1/2. Dostupné z: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=324252
31. MICHÁLKOVÁ H., 2019. Odvykání kouření v prevenci a léčbě kardiovaskulárních chorob. In: Tóthová et al. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. str.54-69. ISBN 978-80-271-2197-7.
32. MICHÁLKOVÁ H., ŠEDOVÁ L., TÓTHOVÁ V. a OLÍŠAROVÁ V., 2016. The role of nurses in the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. **7**(3-4), 134-140. ISSN 1804-1868.
33. MÜLLER S. D., JUNGHANS B. a HÖRIST K., 2014. *Chutně po infarktu: co všechno přispívá ke zdravé výživě srdce*. Praha: Ikar. Pro zdraví. 96 s. ISBN 978-80-249-2373-4.

34. NAVRÁTIL L, 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
35. *Národní kardiovaskulární program*, 2013. [online]. Česká kardiologická společnost. [cit. 2019-11-1]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/data/clanek/604/dokumenty/narodni-kardiovaskularni-program.pdf>
36. OLÍŠAROVÁ V., 2019. Úloha výživy v prevenci a léčbě kardiovaskulárních chorob. In: Tóthová et al. *Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. str. 70-89. ISBN 978-80-271-2197-7.
37. OŠŤÁDAL P., TÁBORSKÝ M., LINHART A. et al., 2019. Stručný souhrn doporučení pro dlouhodobou péči o nemocné po infarktu myokardu. *Cor et Vasa* [online]. **61**(5), 471-480 [cit. 2020-04-12]. DOI: 10.33678/cor.2019.064. Dostupné z: <http://e-corevasa.cz/doi/10.33678/cor.2019.064.html>
38. PACKARD K. A. a HILLEMANN D. E., 2016. Adherence to therapies for secondary prevention of cardiovascular disease: a focus on aspirin. *Cardiovascular Therapeutics* [online]. **34**(6), 415-422 [cit. 2019-12-29]. DOI: 10.1111/1755-5922.12211. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1755-5922.12211>
39. PADILHA DOS REIS G., SANCHES MACHADO D'ALMEIDA K., RONCHI SPILLERE S. a CORRÊA SOUZA G., 2018. Dietary Patterns in Secondary Prevention of Heart Failure: A Systematic Review. *Nutrients* [online]. **10**(7) [cit. 2019-12-27]. DOI: 10.3390/nu10070828. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/7/828>
40. PAVELKOVÁ Z., a HOTAŘOVÁ Z., 2016. Sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. *Florence*. **11**(5), 28-31. ISSN 2570-4915.

41. PETRUSEK M., MAŘÍKOVÁ H. a VODÁKOVÁ A., 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
42. PIEPOLI M. F., CORRÀ U., DENDALE P. et al., 2016. Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *European Journal of Preventive Cardiology* [online]. **23**(18), 1994-2006 [cit. 2019-12-25]. DOI: 10.1177/2047487316663873. Dostupné z: <http://journals.Sagepub.com/doi/10.1177/2047487316663873>
43. PISCATELLA J. C. a FRANKLIN B. A., 2016. *109 způsobů, jak ochránit srdce, předejít riziku srdeční choroby, zabránit mu a odvrátit ho*. Olomouc: ANAG. 408 s. ISBN 978-80-7554-012-6.
44. RODIONOV A., 2016. *Zdravé srdce – Život bez infarktu a mozkové mrtvice*. Noxi. 160 s. ISBN 978-80-8111-322-2.
45. ROKYTA R., JANOTA T., PUDIL R. a HNÁTEK T., 2019. Fourth universal definition of myocardial infarction. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor et Vasa* [online]. **61**(2), e106-e122 [cit. 2019-09-27]. DOI: 10.33678/cor.2019.004. Dostupné z: <http://e-coretvasa.cz/doi/10.33678/cor.2019.004.html>
46. ROSOLOVÁ H., 2013. *Preventivní kardiologie: v kostce*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.
47. RIEDEL M., 2009. *Dějiny kardiologie*. Praha: Galén. 668 s. ISBN 978-80-7262-614-4.
48. RIFAI L. a SILVER M. A., 2016. A Review of the DASH Diet as an Optimal Dietary Plan for Symptomatic Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Diseases* [online].

58(5), 548-554 [cit. 2019-12-27]. DOI: 10.1016/j.pcad.2015.11.001. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033062015300207>

49. SJÖSTRÖM-STRAND A., IVARSSON B. a SJÖBERG T., 2013. Primary health care resources for rehabilitation and secondary prevention after myocardial infarction - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. **27**(2), 260-266 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01025.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-6712.2012.01025.x>
50. SOVOVÁ E., 2009. Edukace pacientů jako základ zlepšení prognózy pacienta s kardiovaskulárním onemocněním. *Cor et Vasa* [online]. **51**(11-12), 835 [cit. 2020-02-21]. ISSN 1803-7712. Dostupné z: https://www.e-coretvasa.cz/artkey/cor-200911-0019_edukace-pacientu-jako-zaklad-zlepseni-prognozy-pacienta-s-kardiovaskularnim-onemocnenim.php
51. SOVOVÁ E. a SEDLÁŘOVÁ J., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Grada. 255 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
52. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, © 2019. [online]. [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://www.slzt.cz/>
53. ŠAMÁNEK M. a URBANOVÁ Z., 2013. *Když víno léčí*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-972-5.
54. ŠEDOVÁ L., 2019. Intervence řízené sestrou v preventivní kardiologii – možnosti uplatnění sestry v individuální či skupinové intervenci. In: Tóthová et al. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. str. 113-128. ISBN 978-80-271-2197-7.

55. ŠPINAR, J., ŠPINAROVÁ L. a VÍTOVEC J., 2017. Máme rezervy v léčbě po infarktu myokardu? *Medicína pro praxi* [online]. **14**(5), 224-229 [cit. 2019-12-22]. DOI: 10.36290/med.2017.043. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201705-0003_mame_rezervy_v_lecbe_po_infarktu_myokardu.php
56. TÁBORSKÝ M., 2014. *Kardiologie pro interní praxi*. Praha: Mladá fronta - Medical Services. Edice postgraduální medicíny. 296 s. ISBN 978-80-204-3361-9.
57. TEIXIERA R., GONÇALVES L., GERSH B., 2013. Acute myocardial infarction – Historical notes. *International Journal of Cardiology* [online, databáze Pubmed]. **167**(5), 1825-1834 [cit. 2019-10-31]. DOI: 10.1016/j.ijcard.2012.12.066. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167527312016956>
58. TÓTHOVÁ V. et al., 2015. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. 157 s. ISBN 978-80-7422-467-6.
59. TÓTHOVÁ V., CHLOUBOVÁ I., PROKEŠOVÁ R. et al., 2019. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.
60. TREŠLOVÁ M., 2019. Zdravotní poradenství v preventivní kardiologii. In: Tóthová et al. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. str. 102-112. ISBN 978-80-271-2197-7.
61. TREŠLOVÁ M., ŠEDOVÁ L., BÁRTLOVÁ S., TÓTHOVÁ V., CHLOUBOVÁ I., 2017. Selected aspects of education proces realization in preventive cardiology. *Kontakt* [online]. **19**(2), e86-e92 [cit. 2020-02-03]. DOI: 10.1016/j.kontakt. 2017.04.002. Dostupné z: <http://kont.zsf.jcu.cz/doi/10.1016/j.kontakt.2017.04.002.html>

62. TREŠLOVÁ, M., ŠEDO VÁ L., OLÍŠAROVÁ V., CHLOUBOVÁ I. a TÓTHOVÁ V., 2019. Stres v preventivní kardiologii. *Vnitřní lékařství* [online]. **65**(7-8), 483-489 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2019/07/04.pdf>
63. VILÁNKOVÁ, A., PRUSÍKOVÁ M., VRABLÍK M. a ČEŠKA R., 2010. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Medicína pro praxi* [online]. Solen. **7**(12), 501-503 [cit. 2020-02-20]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/12/11.pdf>
64. VÍTOVEC J., ŠPINAROVÁ L., ŠPINAR J., 2011a. *Péče o pacienta po infarktu myokardu* [online]. Praha: Medical Tribune CZ, 6/2011 [cit. 2020-04-25]. ISSN 1212-9445. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/25290-pece-o-pacienta-po-infarktu-myokardu>
65. VÍTOVEC J., ŠPINAROVÁ L. a ŠPINAR J., 2011b. Sekundární prevence po infarktu myokardu – režimové a farmakologické postupy. *Interní medicína pro praxi*. Solen. **13**(5), 202-204. ISSN 1803-5256.
66. VÍTOVEC J., ŠPINAR J., ŠPINAROVÁ L. a LUDKA O., 2018. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-0624-0.
67. Vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2019-12-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
68. Vyhláška č. 391/2017 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. [online]. [cit. 2019-12-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

69. VOHÁŇKA S., 2012. Zvýšená hladina kreatinkinázy. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14(8-9), 322-326 [cit. 2019-12-28]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2012/09/07.pdf>
70. VOJÁČEK J. a KETTNER J., 2017. *Klinická kardiologie*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. 1194 s. ISBN 978-80-7345-549-1.
71. WIDIMSKÝ J., FILIPOVSKÝ J., CERAL J. et al., 2018. Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze ČSH 2017. *Hypertenze & kardiovaskulární prevence* [online]. 7(Supplementum), 1-19 [cit. 2019-10-20]. ISSN 1805-4129. Dostupné z: <http://www.hypertension.cz/sqlcache/widimsky-1-hypertenze-kv-prevence-2018.pdf>
- W
72. ZAFAROVÁ Z., 2013. Hřešit je lidské aneb cesty ke snížení kardiovaskulárního rizika. *Cor et Vasa* [online]. 55(5), 607-609. ISSN 1803-7712. Dostupné z: https://www.e-coretrvasa.cz/artkey/cor-201305-0009_hresit-je-lidske-aneb-cesty-ke-snizeni-kardiovaskularniho-rizika.php
73. Zákon č. 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. MZCR. [cit. 2019-12-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html
74. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled údajů z Národního registru kardiovaskulárních intervencí 2005-2018*, 2019. [online]. ÚZIS. [cit. 2019-10-31]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008307/nzis-rep-2019-r02-nrki-kardiovaskularni-intervence-2018.pdf>

75. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*, 2014. [online]. MZČR. [cit. 2019-11-2].
Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-_9420_3016_5.html

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1

Obr. 1 – Typ STEMI (elevace ST vlny) akutního infarktu myokardu

Obr. 2 – Typ NSTEMI (bez elevace ST úseku) akutního infarktu myokardu

Obr. 3 – Složení nestabilního a stabilního ateromatozního plátu

Příloha 2 - Seznamy otázek k rozhovorům

Příloha 2. 1 - Seznam otázek k rozhovorům pro kardiologické sestry

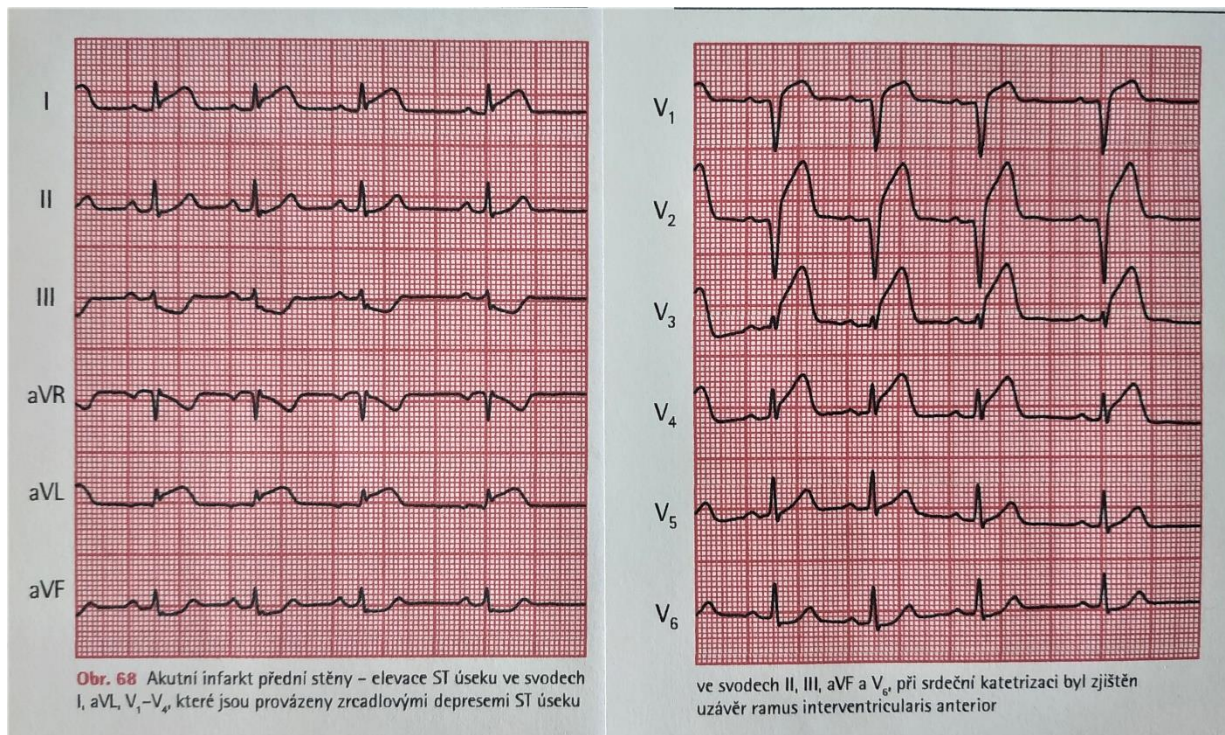
Příloha 2. 2 - Seznam otázek k rozhovorům pro pacienty po IM

Příloha 3 - Povolení k výzkumu od hlavní sestry Nemocnice Jihlava

Příloha 4 - Příklad vzorového jídelníčku při DASH diet

Příloha 1

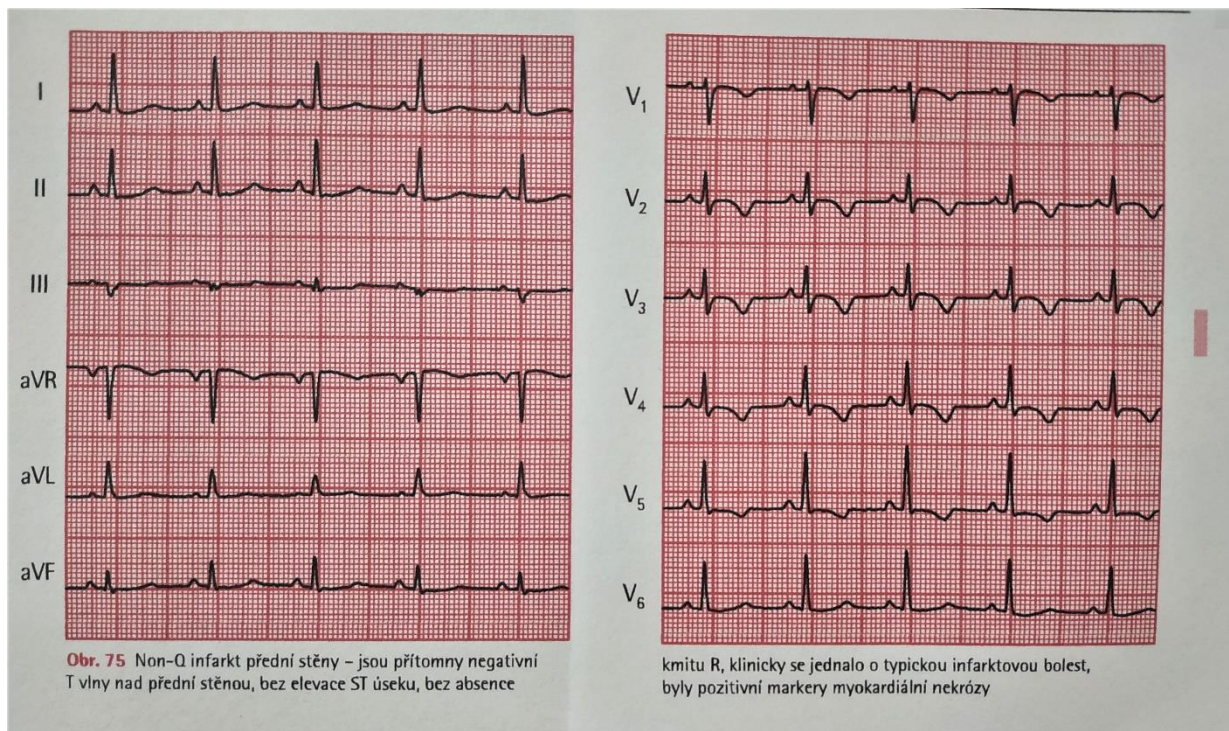
Obr. 1 - Typ STEMI (elevace ST vlny) akutního infarktu myokardu



Zdroj: HABERL R, 2012. *EKG do kapsy*. 4. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4192-5. 288 s. 102 – 103 s.

Příloha 1

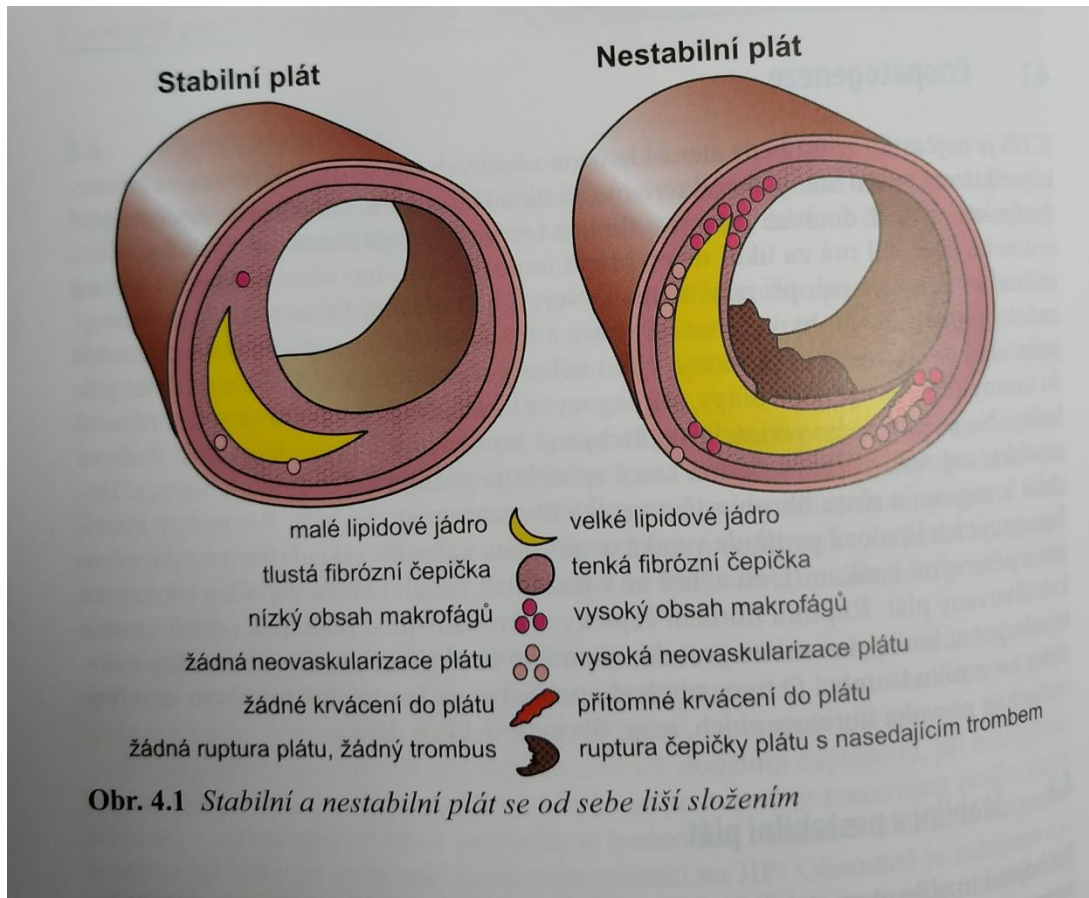
Obr. 2 - Typ NSTEMI (bez elevace ST úseku) akutního infarktu myokardu



Zdroj: HABERL R, 2012. *EKG do kapsy*. 4. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4192-5. 288 s. 118 – 119 s.

Příloha 1

Obr. 3 - Složení nestabilního a stabilního ateromatozního plátu



Zdroj: BULAVA A, 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0468-0. 224 s. str. 96.

Příloha 2 – Seznamy otázek k rozhovorům

Příloha 2. 1 - Seznam otázek k rozhovorům pro kardiologické sestry

1) Základní identifikační údaje

- a) Jaký je Váš přesný věk?
- b) Jaké je Vaše pohlaví?
- c) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
- d) Jak dlouho pracujete v oboru kardiologie?

2) V jaké fázi hospitalizace probíhá edukace pacientů po IM o režimových opatřeních?

3) Kdo je na Vašem pracovišti zodpovědný za edukaci pacientů? (lékař, sestra, edukační sestra)

4) Jaké jsou Vaše kompetence v této oblasti? (Co můžete a nemůžete sdělovat pacientům)

5) Jakou formou předáváte pacientům informace o režimových opatřeních po proběhlém IM?

6) Jaký edukační materiál o režimových opatřeních předáváte pacientům po IM?

7) Kolik času věnujete edukování pacienta po IM?

8) Myslíte si, že je Vámi uvedený čas optimální, popř. Kolik času byste uvedl/a jako optimální?

9) Na jaké oblasti směřujete edukování pacientů v rámci režimových opatření po IM?

10) Jaká doporučení sdělujete pacientům ohledně alkoholu po IM?

11) Jaká doporučení sdělujete pacientům ohledně kouření po IM?

12) Jaká režimová opatření sdělujete v oblasti stravování po IM?

13) Máte pro ně sestavené vzorové jídelníčky?

14) Jaká režimová opatření sdělujete v oblasti tělesného pohybu po IM?

15) Jaké problémy/obavy ze strany pacientů pozorujete během předávání informací ohledně dodržování režimových opatřeních po IM?

16) Jaké si myslíte, že dělají sestry chyby v oblasti edukace pacientů o režimových opatřeních?

17) Odkazujete pacienty na některé poradny se specializací na životní styl po proběhlém IM?

Příloha 2 – Seznamy otázek k rozhovorům

Příloha 2. 2 - Seznam otázek k rozhovorům pro pacienty po IM

1) Základní identifikační údaje

- a) Jaký je Váš přesný věk?
- b) Jaké je Vaše pohlaví?
- c) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
- d) Jak dlouhá je u Vás nyní doba od prodělaného IM?

2) Jak Vám bylo při hospitalizaci vysvětleno Vaše onemocnění?

3) Jaká Vám byla doporučená režimová opatření (životospráva) a kdo Vám je před propuštěním sděloval?

4) Jakého režimového opatření jste se nejvíce obával, že Vám bude dělat problémy?

5) Byly pro Vás informace podané sestrou dostačující? Nebo jste musel/a dohledávat informace? Pokud ano, kde jste je našel/a?

6) Z jakého důvodu byly informace podané sestrou nedostačující? (Pokud byly nedostačující)

7) Jak se změnil Váš vztah k alkoholu po proběhlém IM?

8) Jste kuřák? Pokud ano, jak dlouho kouříte a kolik cigaret denně? Žijete v prostředí, ve kterém by u Vás mohlo docházet k pasivnímu kouření?

9) Jak se změnil Váš postoj ke kouření? (Pokud jste kuřák)

10) Dbáte a dodržujete pravidelné stravování a prvky zdravé výživy?

11) Řídíte se podle nějakého speciálně upraveného jídelníčku?

12) Cvičíte nebo provozujete jinou tělesnou aktivitu?

13) Jestli ano, jak často a jaká cviky/tělesnou aktivitu provádíte?

14) Změnil se Váš vztah ke cvičení po proběhlé příhodě IM?

15) Cítíte se v lepší kondici?

16) V jaké oblasti týkající se režimových opatření a jejich sdělení pozorujete největší obtíže/problémy?

17) Co si myslíte, že by mohlo být příčinou vzniklých obtíží/problémů?

Příloha 3 - Povolení k výzkumu od hlavní sestry Nemocnice Jihlava

Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

Dovoluji si Vás touto cestou požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci, které by bylo následně součástí bakalářské práce Michaely Borovkové, studentky 3. ročníku, oboru Všeobecná sestra, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Práce je na téma: Režimová opatření a kardiologický pacient. Výzkumné šetření bude prováděno formou polostrukturovaných rozhovorů s 10 zdravotními sestrami kardiologického oddělení a 6 pacienty z téhož oddělení.

Cílem bakalářské práce je zjistit doporučená režimová opatření pacientům po infarktu myokardu a zmapovat úlohu sestry v edukačním procesu této problematiky.

Bakalářská práce se bude vypracovávat s odborným dohledem vedoucí práce Mgr. Ivy Šafaříkové.

Všechny výsledky a zjištěné závěry Vám budou k dispozici.

Vyjádření hlavní sestry Nemocnice Jihlava, příspěvkové organizace:

Sauka

Datum:

22.6.2020

NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace
Vrochlického 68, 586 02 Jihlava
IČO: 00080169, DIČ: CZ00080169
tel.: 567 157 111, fax: 567 064 217
NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace
Mlýnská 1, 586 02 Jihlava
tel.: 567 157 111, fax: 567 064 217
oddělení: ošetrovatelské péče

Příloha 4 - Příklad vzorového jídelníčku při DASH diet

Příklad jídelníčku při DASH dietě

Snídaně: 85 g ovesných vloček, 250 ml polotučného nebo nízkotučného mléka, 80 g borůvek, 125 ml džusu

Přesnídávka: 1 menší jablko, 25 g mandlí

Oběd: 90 g vařené rýže natural, 85 g krůtího masa, 45 g tvrdého sýra, 100 g listového salátu, 40 g rajčat, 40 g zelených paprik, čajová lžička oleje

Svačina: plátek celozrnného chleba, 50 g Cottage sýra, plátek ananasu

Večeře: 200 g pečených brambor a dýně hokaido, 75 g zelených fazolek a 75 g brokolice vařené v páře, 170 g filet z mořské ryby, lžíce olivového oleje

Snídaně: 2 plátky celozrnného chleba, 1 čajová lžička margarínu, 2 plátky kvalitní šunky, plátek sýra, pomerančový džus 125 ml

Přesnídávka: 1 banán

Oběd: 90 g vařených celozrnných těstovin, 120 g kuliček ze směsi libového hovězího masa a sójového granulátu, rajská omáčka, 25 g sýra

Svačina: 120 g odtučněného tvarohu, miska malin, 28 g ovesných vloček

Večeře: 85 g lososa, 250 g zeleniny, 50 g bulgur, petrželová nať

Zdroj: HLAVATÁ K, 2018. Strava po infarktu myokardu. *Kazuistiky v angiologii* [online]. Geum, 5(3-4), 35-37 [cit. 2020-01-05]. ISSN 2336-2790. Dostupné z: <https://www.geum.org/files/shop-archiv-casopisu/pdf/285.pdf>. str. 37.

SEZNAM ZKRATEK

AKS	Akutní koronární syndrom
AIM	Akutní infarkt myokardu
Aj.	A jiné
AP	Angina pectoris
Apod.	A podobně
AST	Aminotransferáza
ATS	Ateroskleróza
Bc.	Titul bakalář
BMI	Body mass index
CABG	Aortokoronární bypass
CK	Kreatinkináza
CK MB	Myokardiální enzym
CK MB mass	Plazmatická hmotnostní koncentrace CK MB
CMP	Cévní mozková příhoda
CRP	C - reaktivní protein
CT	Počítačová výpočetní tomografie
cTn	Srdeční troponin
ČKS	Česká kardiologická společnost
ČR	Česká republika
DiS.	Titul diplomovaný specialista
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
ESC	Evropská kardiologická společnost
FW	Sedimentace

HN	Hypertenzní nemoc
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu
KV	Kardiovaskulární
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
LDL	Laktátdehydrogenáza
MR	Magnetická rezonance
Např.	Například
NSTEMI	Typ infarktu myokardu bez elevace ST úseku
PCI	Perkutánní koronární intervence
RZS	Rychlá záchranná služba
SKG	Selektivní koronarografie
STEMI	Typ akutního infarktu myokardu s elevací ST úseku
Tzv.	Tak zvaný
URL	Horní referenční mez
VO	Výzkumná otázka
WHO	Světová zdravotnická organizace