

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Michaela Merunková, DiS

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

SPECIFIKA PSYCHOSOCIÁLNÍCH POTŘEB U PACIENTŮ

PO INFARKTU MYOKARDU

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lenka Šedová

Autor práce:

Michaela Merunková, DiS

2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma **„Specifika psychosociálních potřeb u pacientů po infarktu myokardu“** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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.

V Českých Budějovicích dne

Michaela Merunková, DiS

.....

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Lence Šedové za vedení, trvalý zájem, cenné rady a připomínky při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych touto cestou chtěla též poděkovat za cenné odborné konzultace MUDr. Aleši Kováříkovi a Mgr. Václavu Šnorkovi.

Zvláštní poděkování patří také všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich ochotu a spolupráci, v neposlední řadě děkuji rodině za neustálou podporu po celou dobu mého studia.

Michaela Merunková, DiS

Abstract

The diseases of the vascular system are the most important cause of the death generally (up to 30% of the world-wide mortality). The myocardial infarction represents 13% of all the death cases due to cardiovascular illnesses. Men often suffer myocardial infarction already after 40th year of life, as for women, it appears after the climax. After the 60th year of age the myocardial infarction is equally frequent in case of both sexes. In the last years also the myocardial infarction in case of people younger than thirty-five years is not a rarity.

In the bachelor's thesis the method of quantitative research by the technique of questioning was applied. In the questionnaire, there are in total 30 questions. 17 of them were closed and 13 half-open. The questionnaires were distributed to patients of the cardio-surgical and cardiological ambulance of the Hospital in České Budějovice, a.s. during their first check after the myocardial infarction. In total 100 questionnaires were distributed and 86 questionnaires were applied for processing the data. The data collection was performed during January, February and March 2009.

The thesis focused on specifics of the psychological and social needs of the patient after myocardial infarction. The target of the thesis was to find out where the patients after myocardial infarction look for social support (target 1). Determination of the most frequent problems of the patient after myocardial infarction (target 2). To find out moreover if the saturation of higher needs of patients after the surgical solution of myocardial infarction differs from that of the patients healed in a conservative way (target 3). Three hypotheses were determined based on these goals.

First hypothesis: For the patients after myocardial infarction the most frequent support is their family. This hypothesis was confirmed by the research. The most respondents stated as the most important social support their wife or husband, other family members and last but not least a common-law husband or wife.

Second hypothesis: The change of life style is among the most frequent problems of the patient after myocardial infarction. This hypothesis was confirmed

by research. The change of the life style was stated by 56% of respondents as the most important problem. In spite of the sufficient education the patients have not enough motivation or firm will to change their hitherto life.

Third hypothesis: The saturation of higher needs is achieved sooner in the group of patients healed in a conservative way than in the group of patients healed in a surgical way. It followed from the results of the research that the type of myocardial infarction healing may be reflected in the return of the patients into the normal life, however, it has no influence on the occurrence of the stress, fear, sadness and hopelessness after myocardial infarction. This hypothesis was refuted by the research.

It follows from the results of the research that it would be suitable to continue the co-operation after the release for the home treatment. To help them to find a suitable way for the change of the lifestyle, to learn them to treat themselves carefully. To motivate for the co-operation not only them, but also their close surroundings, mainly the family. As the family is the most support for them and it could facilitate the deciding of patients in some items and to support them positively.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Anatomie a fyziologie srdce a koronárního oběhu.....	5
1.2 Infarkt myokardu.....	6
1.2.1 Definice infarktu myokardu.....	6
1.2.2 Etiologie a rizikové faktory infarktu myokardu.....	7
1.2.3 Diagnostika infarktu myokardu.....	8
1.2.4 První pomoc a léčba infarktu myokardu.....	10
1.2.5 Komplikace infarktu myokardu.....	12
1.2.6 Sekundární prevence infarktu myokardu.....	14
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta po infarktu myokardu.....	16
1.3.1 Ošetrovatelská péče o pacienta po konzervativní léčbě infarktu myokardu.....	16
1.3.2 Ošetrovatelská péče o pacienta po miniinvazivní léčbě infarktu myokardu.....	17
1.3.3 Ošetrovatelská péče o pacienta po chirurgické léčbě infarktu myokardu.....	18
1.4 Potřeby člověka	18
1.4.1 Klasifikace potřeb člověka.....	19
1.4.2 Potřeby a ošetrovatelství.....	21
1.4.3 Uspokojování potřeb u pacienta po infarktu myokardu.....	21
1.4.3.1 Uspokojování biologických potřeb u pacienta po infarktu myokardu.....	21
1.4.3.2 Uspokojování psychických potřeb u pacienta po infarktu myokardu.....	22
1.4.3.3 Uspokojování sociálních potřeb u pacienta po infarktu myokardu.....	24
1.4.3.4 Uspokojování kulturních a spirituálních potřeb u pacienta po infarktu myokardu.....	25
1.5 Bio-psycho-sociální rehabilitace po infarktu myokardu.....	25
1.6 Kvalita života.....	27
2. Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy.....	29

3. Metodika.....	30
3.1 Metodika práce.....	30
3.2 Výzkumný soubor.....	30
4. Výsledky výzkumu.....	32
5. Diskuze.....	67
6. Závěr.....	76
7. Seznam použité literatury.....	78
8. Klíčová slova.....	82
9. Přílohy.....	83
9.1 Seznam příloh.....	83

*Lidské srdce je podobné mlýnskému kameni,
nasypete-li pod něj pšenici, rozemílá ji v mouku
nenasypete-li, drtí samo sebe. Luther (20)*

Úvod

Bakalářskou práci na téma **Specifika psychosociálních potřeb u pacientů po infarktu myokardu** jsem si vybrala proto, že již několik let pracuji na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení, kde se neustále setkávám s pacienty, kteří prodělali akutní infarkt myokardu a jsou po aortokoronárním by-passu. Z vlastní zkušenosti, vyplývající z každodenního kontaktu s těmito pacienty mohu říci, že samotná operace srdce je pro většinu z nich velkou psychickou zátěží a následný návrat do „normálního“ všedního života je pro ně velkým otazníkem či nepředstavitelnou realitou. Proto bych chtěla porovnat psychosociální potřeby u operovaných pacientů po akutním infarktu myokardu s pacienty léčených konzervativními či miniinvazivními metodami. Sestra je často pro pacienta v jeho „těžkých chvílích“ tou jedinou a nejdůležitější oporou, proto se od ní očekává chápavý a lidský přístup, který mu pomáhá překonat a minimalizovat jeho fyzické a hlavně psychické strádání. Práce na kardiochirurgickém oddělení je pro sestry velmi náročná, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Je náročná i na praktické dovednosti a teoretické znalosti, ale je nepochybně krásná a zajímavá.

Nemoci oběhové soustavy jsou nejčastější příčinou smrti obecně (až 30% celosvětové mortality). Přitom infarkt myokardu tvoří plných 13% ze všech úmrtí na kardiovaskulární onemocnění. Akutní infarkt myokardu je stále častým a nebezpečným onemocněním oběhové soustavy. Muži často onemocní již po 40. roce života, u žen se objevuje po menopauze. Po 60. roku věku je infarkt myokardu stejně častý u obou pohlaví. V posledních letech není vzácný ani výskyt infarktu myokardu u lidí mladších pětatřiceti let (15, 18, 35, 36).

Infarkt myokardu je ložisková nekróza vyvolaná poruchou koronární perfuze v důsledku jejího uzávěru. Zúžení či uzávěr některé z koronárních větví vyvolá ischemii srdečního svalu a následně vzniká nekróza myokardu, čili infarkt myokardu (18, 28, 31, 34).

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie srdce a koronárního oběhu

Srdce (latinsky cor) je neuvěřitelně pracovitý stroj, který se jako vak průměrně 80krát za minutu musí naplnit a stáhnout, při čemž vypudí krev do celého organismu člověka. A takto pracuje celý život bez jediného odpočinku! Srdce - původem céva, je svalová pumpa o hmotnosti 330 gramů a u dospělého člověka o velikosti sevřené pěsti (příloha č. 2). Je uložené v mezihrudí nad bránicí ve vazivovém vaku (osrdečníku). Osrdečník má dva listy, vnitřní vazivový list – epikard, který přechází v zevní vazivový list – perikard. Prostor mezi listy je vyplněn malým množstvím tekutiny, která umožňuje hladký a bezbolestný pohyb obou listů. Střední, svalová část srdce, se nazývá myokard, je tvořena z příčně pruhovaných vláken podobných vláknům kosterní svaloviny. Tato trámčitá stavba myokardu umožňuje rychlý a dokonalý rozvod nervových vzruchů vedoucích k vlnovitému smršťování srdečního svalu. Vnitřní výstelku tvoří tenká blanka endokard. Endokard vystylá srdeční dutiny, ale také tvoří cípaté chlopně. Mezi pravou síní a pravou komorou je to trojcípá (trikuspidální) chlopeň a mezi levou síní a levou komorou je to dvojcípá (mitrální) chlopeň. Cípy těchto chlopní jsou proti převrácení do síní přichycovány šlašinkami vycházející ze svaloviny komor (8, 10, 19, 35).

Hlavním úkolem srdce je zabezpečit dostatečnou cirkulaci krevního objemu. Krev je z celého organismu sbírána a do srdce dopravována žilním oběhem. Vlasečnice a žíly ústí ve dvě velké žíly – dolní a horní dutou žílu. Ty přivádí krev do pravé srdeční síně, následně pak přes trojcípou chlopeň do pravé srdeční komory a přes plicní chlopeň do plicní tepny. Odtud je krev pomocí systému malých vlasečnic rozvedena do plic, kde je okysličená a následně svedena do čtyř plicních žil. Ty ji odvedou do levé síně, dále přes mitrální chlopeň do levé komory, přes aortální chlopeň do aorty a do celého lidského těla (35). Tomu všemu napomáhá srdeční stah – systola a plnění srdce – diastola. To vše je srdeční tep, srdeční cyklus, který je řízen vlastní „elektrickou“ soustavou, skládající se ze sinoatriálního uzlíku, atrioventrikulárního uzlu, Hisova svazku, Tawarovo raménka a Purkyňova vláken (35). Aby srdce mohlo neúnavně

a bezchybně pracovat, musí být samo dostatečně zásobeno krví z koronárního oběhu. Koronární tepny odstupují od kořene aorty v místě semilunárních chlopní (10).

Pravá věnčitá tepna se větví na ramus marginalis dexter (RMD), ramus interventrikularis posteriori (RIVP), ramus posterolateralis dexter (RPLD), ramus ventricularis dexter (RVD), ramus nodi sinoatrialis, ramus nodi atrioventricularis, ramus atrialis dexter (RIA) a ramus nodi arteriosi. Pravá koronární tepna spolu se svými větvemi zásobuje pravou síň, pravou komoru, zadní a spodní stěnu levé komory, zadní septum srdce a podstatnou část elektrického převodního systému (příloha č. 1, č. 3).

Levá věnčitá tepna se dělí na ramus intraventricularis anterior, ramus diagonalis (RD), ramus circumflexus (RC), ramus marginalis sinister (RMS), ramus posterolateralis sinister (RPLS), ramus atrioventricularis sinister a ramus atrialis sinister. Levá koronární tepna se svými větvemi zásobuje přední stěnu levé komory, přední septum srdce a boční stěnu srdce. Odkysličená krev se ze srdečního svalu vrací do pravé síně drobnými žilkami nebo větší žilou (sinus coronarius), která probíhá podél větví koronárních tepen (příloha č. 1, č. 3).

Zúžení či uzavření některé z těchto věnčitých tepen má za následek infarkt myokardu (IM) nebo i náhlou smrt člověka (10, 19, 35).

1.2 Infarkt myokardu

1.2.1 Definice infarktu myokardu

Kardiovaskulární nemoci jsou v rozvinutých zemích hlavní příčinou úmrtí, invalidity a nemocnosti populace. Světová zdravotnická organizace udává, že kardiovaskulární onemocnění jsou (až v 30%) příčinou celosvětové mortality. Do ischemické choroby srdeční řadíme němou ischemii myokardu, stabilní a nestabilní anginu pectoris, non Q a Q infarkt. Poslední tři onemocnění se souhrnně označují jako akutní koronární syndrom. Tento syndrom je soubor příznaků, které vznikají na podkladě akutní ischemie myokardu nejčastěji v důsledku aterosklerózy/aterotrombózy. Definován byl koncem 19. století W. Oslerem. Jako první

v roce 1910 popsali klinické projevy akutního infarktu myokardu lékaři W. P. Obraczko a N. D. Stražesko, v českých zemích pak roku 1930 Herles (34, 36).

Roku 1970 Světová zdravotnická organizace definovala akutní infarkt myokardu jako splnění dvou ze tří kritérií, která zahrnovala anamnézu dlouhotrvající stenokardie, typické elektrokardiografické změny, včetně vývoje kmitu Q a pozitivitu enzymů. Tato definice byla roku 2000 změněna Americkou a Evropskou kardiologickou společností na znění, že infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu jakékoliv velikosti a vzniká na podkladě náhlého uzávěru nebo progresivního extrémního zúžení koronární tepny zásobující příslušnou oblast (34). Akutní infarkt myokardu je stále nejčastějším a nejnebezpečnějším onemocněním oběhové soustavy. Muže infarkt myokardu postihuje již po 40. roce života, u žen se objevuje po menopauze. Po 60. roce věku je stejně častý u obou pohlaví (15, 18, 35).

Infarkt myokardu je ložisková nekróza vyvolaná poruchou koronární perfuze v důsledku jejího uzávěru. Zúžení či uzávěr některé z koronárních větví vyvolá ischemii srdečního svalu a následně vzniká nekróza myokardu, čili infarkt (18, 28, 31, 34).

Infarkt myokardu můžeme dělit na transmurální (postihující celou stěnu), netransmurální (postihující část stěny), mikroskopický, středně velký, velký, přední, boční, spodní, zadní či septální nebo kombinace všech těchto typů. Podle stadia průběhu dělíme infarkt myokardu na akutní (vzniklý do 6 hodin), rozvíjející se (trvající 6 hodin až 7 dnů), hojící se (od 7-28 dne) a zhojený (více jak 28 dnů), (34).

1.2.2 Etiologie a rizikové faktory infarktu myokardu

Rizikové faktory kardiovaskulárních chorob se obecně dělí na neovlivnitelné (genetická predispozice, pohlaví a věk pacienta, též ateroskleróza) a na ovlivnitelné (ateroskleróza, obezita, kouření, fyzická či nevhodná psychická aktivita a zátěž, arteriální hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus). A nově se mezi tyto ovlivnitelné faktory řadí zvýšená aktivita sympatického nervového systému, chronické záněty v souvislosti s aterosklerózou, zvýšený homocystein, typ osobnosti a homeostáza organismu (1).

Nejčastější příčinou infarktu myokardu je ruptura nebo eroze nestabilního ateromového plátu, na kterém vzniká trombus, jako důsledek aterosklerózy (proměnlivé změny v intimě a medii tepen, způsobené nahromaděním krevních buněk, sacharidů, lipidů, vaziva a vápníku) postihující především tepennou část cévního řečiště. Zde je totiž céva vystavena mnohem vyššímu tlaku a tudíž se i rychleji opotřebovává (31, 34). Dále infarkt může vzniknout na podkladě vmetku, který se obvykle zachytí v místě aterosklerotického plátu. Méně častou příčinou je spasmus ateroskleroticky změněné tepny, ještě vzácněji se infarkt objevuje v důsledku poranění či zánětu koronární tepny (18, 34).

Je známo, že se v důsledku špatné životosprávy již od dětství u většiny jedinců začínají do cév ukládat usazeniny cholesterolu, vaziva a vápníku, což časem vede k ateroskleróze a k zúžení cévy. Infarktem myokardu jsou především ohroženi lidé, s vyšší hladinou LDL (nízkodenzitní lipoprotein), pacienti s dekompenzovanou hypertenzí, kuřáci, pacienti s BMI (Body mass index) nad 30, ale i ti se zvýšenou psychosociální zátěží (stres, agresivita a celkový neklid pacienta) a diabetici. Infarkt myokardu lze zařadit k civilizačním nemocem lidstva (1, 18, 34, 35).

1.2.3 Diagnostika infarktu myokardu

Hlavní a nepostradatelnou součástí diagnostiky infarktu myokardu jsou samotné klinické projevy a stesky pacienta. Postižený pociťuje svíravou palčivou bolest za hrudní kostí (stenokardie), vystřelující do levé horní končetiny, ramene, zad, krku, dolní čelisti či břicha. Typická infarktová bolest nereaguje na podání Nitroglycerinu, neustupuje v klidu a trvá déle než 30 minut. Pacient trpí úzkostí, strachem ze smrti, je nápadně bledý a opocený. Pociťuje nauzeu nebo zvrací, cítí palpitace srdce. Objevuje se hypotenze i hypertenze, hepatomegalie a zvýšená náplň krčních žil, bradykardie později tachykardie. Pacient je subfebrilní, dušný, často bývá zmatený. Těžký infarkt myokardu může vést až ke ztrátě vědomí či jeho smrti (19, 23, 28, 31, 35).

Diagnostika infarktu myokardu je založena na elektrokardiografii (dále jen EKG), která bezpochyby patří mezi základní diagnostické metody. Nejčastější známkou ischémie je deprese či elevace ST úseku (Pardeeho vlna), (17, 28, 34).

Další nepostradatelnou metodou v diagnostikování infarktu myokardu je laboratorní vyšetření krve na přítomnost biochemických ukazatelů srdeční nekrózy. Mezi tyto ukazatele patří troponin, myoglobin, kreatinkináza (CK) a její srdeční frakce (CK-MB), aspartátaminotransferáza (AST) a laktátdehydrogenáza (LDH), (24, 31).

Troponin se v krvi zvyšuje za tři hodiny a přetrvává i několik dní po infarktu myokardu, myoglobin za dvě hodiny a maxima dosahuje za šest hodin. Kreatinkináza se v krevním oběhu zvyšuje za šest hodin a přetrvává až tři dny, aspartátaminotransferáza za 4 – 10 hodin a v krevním oběhu přetrvává 4 dny. Laktátdehydrogenáza se navyšuje až po 24 hodinách od prodělaného infarktu myokardu a k normálním hodnotám klesá po týdnu až 10 dnech. U pacienta se může též objevit leukocytóza, zvýšená sedimentace, hyperglykémie a rozvrat vnitřního prostředí. Tyto poslední zmiňované symptomy ale nejsou pro diagnostiku infarktu myokardu stěžejní (24, 31).

Mezi další diagnostické metody patří rentgenové vyšetření srdce a plic, kdy jsou na rentgenovém snímku vidět změny velikosti srdce, známky srdečního selhávání či srdeční tamponáda v důsledku infarktu myokardu (34).

Transthorakální (TTE) a transesofageální (TEE) echokardiografie srdce hraje velkou roli v časně diagnostice, v určení velikosti a rozsahu infarktu či možných komplikací a je nepostradatelná v jeho následné prognostice. Při něm jsou pod echografickou kontrolou zjištěny poruchy kinetiky a kontraktility srdce (17, 34).

Selektivní koronarografie je indikována ihned u pacientů s infarktem myokardu, který trvá méně než 12 hodin a kde se projevují příznaky postupující ischémie. U pacientů s pokročilejší ischémií se koronarografie provádí většinou v průběhu hospitalizace. Během ní se zjistí poškození konkrétní tepny, která se může v průběhu toho vyšetření upravit pomocí aplikace stentu (34).

Pravostranná srdeční katetrizace se indikuje při podezření na rozsáhlý infarkt myokardu, při kterém je důležité hemodynamické monitorování srdečního výdeje a tlaků v pravých srdečních oddílech (34).

Výpočetní tomografie a magnetická rezonance mají význam především v diagnostice bolestí na hrudi. Pro diagnostiku infarktu myokardu však nejsou stěžejnými vyšetřeními (34).

Radionuklidové testy, jako je thaliová scintigrafie, pozitronová emisní tomografie se v dnešní době používají spíše jako doplňující testy, při kterých lze zjistit viabilita infarktu myokardu (32, 34).

Nemalou úlohu v diagnostice hraje i ošetřující sestra, která je nedílnou součástí ošetřovatelského týmu starajícího se o pacienta. Sestra plní veškeré ordinace lékaře, odebírá krev do laboratoře, připravuje pacienta na vyšetření a některá vyšetření provádí i sama. Proto je zcela nezbytné, aby měla teoretické znalosti, praktické dovednosti, byla pohotová a schopná adekvátně a odborně spolupracovat s lékařem.

1.2.4 První pomoc a léčba infarktu myokardu

Celkový průběh a prognóza infarktu myokardu spočívá v poskytnuté první pomoci, brzkém přijetí do nemocnice, ve včasné a správné diagnostice a následně zahájené léčbě. První pomoc poskytují nejen lékaři, ale i laická veřejnost. Je proto důležité proškolení a seznamování veřejnosti s první pomocí poskytované druhé osobě (23).

Přednemocniční laická pomoc spočívá v zavolání rychlé zdravotnické pomoci, vytvoření tělesného klidu pro postiženého, kterého uložíme do polosedu a zajistíme mu dostatek čerstvého vzduchu. Aplikujeme mu pod jazyk Nitroglycerin, nitroglycerinový sprej (Nitroglycerin, Isoket, Nitromint), či tabletu kyseliny acetylsalicylové (Anopyrin, Godasal, Acylpyrin, Aspirin). Do příjezdu lékaře monitorujeme celkový stav pacienta, sledujeme základní fyziologické funkce, snažíme se o jeho zklidnění. Pacient nesmí nic pít, jíst, nesmí kouřit. V případě ztráty vědomí a poruchy fyziologických

funkcí (srdeční akce, dýchání) je nutné zahájit kardiopulmonální resuscitaci v podobě nepřímé srdeční masáže a umělého dýchání (3, 5, 27, 28, 35).

Přednemocniční lékařská pomoc je závislá na poskytnuté laické pomoci. Lékařská první pomoc spočívá ve správném, rychlém zhodnocení a zmonitorování momentálního stavu pacienta a následně v perorální či intravenózní aplikaci kyseliny acetylsalicylové. Důležité je odstranění nebo alespoň zmírnění svíravé stenokardie aplikací analgetik a opiátů. Dále mu podáváme kyslík, nitráty, beta blokátory, diuretika, trankvilizéry, parasymptolytika, antitrombotika, vazopresory a intravenózně tekutiny. Další postup se odvíjí od následného stavu pacienta. Lékař či sestra by ho měli po celou dobu pomoci uklidňovat a působit kladně na jeho psychiku svým chováním a jednáním (3, 5, 27, 28, 35).

Nemocniční léčba spočívá především ve včasné diagnostice a rychle navazující léčbě. Takovému pacientovi je kontinuálně monitorován elektrokardiogram (EKG), hemodynamika, neinvazivní či invazivní arteriální krevní tlak, invazivní žilní tlak, diuréza (14).

Pacienti s akutním infarktem myokardu jsou hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče interního oddělení nebo na koronárních jednotkách. Dostaví-li se pacient do nemocnice do šesti hodin od začátku infarktu myokardu je racionálním léčebným postupem trombolýza. Trombolytika (Streptokináza, Urokináza, Stafylokináza, Teleptáza a Alteptáza) se aplikují buď při katetrizaci přímo k trombu anebo do periferní žíly. Před podáním trombolytik je nutné pacientovi podat Aspirin, který následně potencuje jejich účinek. Zhruba v 50 % případů dojde po včasné zahájené trombolytické léčbě k „rozpuštění“ trombu. Tato terapie je kontraindikována pro riziko krvácení v těhotenství, u krvácivých poruch v anamnéze, nedávných úrazů a operací, u aortální disekce, dekompenzované hypertenze, dále půl roku po cévní mozkové příhodě a u warfarizovaných pacientů (19, 31, 32, 34, 39).

Modernější a účinnější léčbou infarktu myokardu je v poslední době přímá perkutánní transluminární koronaroangioplastika (PTCA), nověji nazývaná perkutánní koronární intervence (PCI). Kolář ve své publikaci Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny uvádí, že aplikace PTCA do 12 hodin od vzniku infarktu

myokardu je primární (základní) léčbou. PCI je léčbou první volby u pacientů s kontraindikací trombolitik, se známkami srdečního selhávání, hypotenzí či se známkami rozvíjejícího se šoku. Naopak absolutní kontraindikací PCI je disekce aorty či příliš dlouhá doba uplynulá od prvních příznaků infarktu myokardu. Při indikaci perkutánní koronární intervence lékař aplikuje před výkonem buď kyselinu acetylsalicylovou, Plavix, nebo Heparin. Sestra zajistí oholení třísel pacienta. V souladu s ordinací lékaře a zvyklostí oddělení sestra podává Dithiaden, jako prevenci alergické reakce. Na katetrizačním sále se do tepenného systému pod rentgenovou kontrolou zavádí sheat s balónkem pro dilataci poškozeného místa. Je-li nutné, následně se aplikuje stent (angioplastika), (31, 32, 34, 35).

Chirurgická léčba infarktu myokardu pomocí akutního aortokoronárního by-passu (ACB, CABG) je indikována u pacientů s pokračující ischemií myokardu, nebo u pacientů s následnou hemodynamickou nestabilitou, dále pak u pacientů, u kterých selhala trombolytická léčba či perkutánní koronární intervence. Jasná indikace aortokoronárního by-passu je mechanické řešení komplikací infarktu myokardu, současné chirurgické řešení defektu komorového septa či mitrální insuficience. Principem této revaskularizace je přemostění stenózy nebo úplného uzávěru koronární tepny žilním (vena saphena magna, parva) či arteriálním štěpem (arteria mammaria interna, arteria radialis, ulnaris a gasstroepiploika dextra), (32, 34).

1.2.5 Komplikace infarktu myokardu

Komplikace infarktu myokardu se dělí na akutní a chronické.

Mezi akutní komplikace patří ruptura mezikomorové přepážky, ruptura volné stěny levé komory, akutní insuficience mitrální chlopně, arytmie, perikarditida a kardiogenní šok (32).

K ruptuře mezikomorové přepážky dochází hlavně v místě nekrózy, to vede k levoprávnímu zkratu. Tato komplikace se vyskytuje nejčastěji druhý až desátý den po infarktu myokardu. Léčba spočívá ve stabilizaci hemodynamiky, mechanické podpoře srdce a v akutní operaci pacienta (32).

Ruptura volné stěny levé komory vzniká na stejném podkladě jako předchozí zmiňovaná komplikace. Při ruptuře stěny dochází ke krvácení do perikardiální dutiny a pacienti záhy umírají na srdeční tamponádu. Léčba je obdobná jako u ruptury mezikomorové přepážky (32).

Akutní poinfarktová insuficience mitrální chlopně vzniká v důsledku ischémie papilárního svalu nebo v důsledku dilatace levé komory a anulu mitrální chlopně. Dochází k rozvoji kardiogenního šoku. Léčbou je stabilizace hemodynamiky, mechanická srdeční podpora a akutní operace mitrální chlopně (32).

Dalšími a častými komplikacemi jsou arytmie, nejčastější je fibrilace síní, bradykardie a nejzávažnější je asystolie, fibrilace komor či flutter komor. Léčba arytmií je určována podle jejich typů, od úpravy hladiny minerálů, aplikace antiarytmik, kardioverze, defibrilace, kardiopulmonální resuscitace, až po aplikaci zevního dočasného či trvalého implantovaného kardiostimulátoru (34).

Kardiogenní šok je oběhové selhání v důsledku vyčerpanosti krevní pumpy, kdy nedochází k prokrvení životně důležitých orgánů (např. mozek). Léčbou kardiogenního šoku je farmakologická či mechanická podpora hemodynamiky, umělá plicní ventilace. Jde o těžký stav se špatnou prognózou (34).

Perikarditída se objevuje zhruba u poloviny pacientů po infarktu myokardu, projevuje se třecím šelestem, což pacienti pociťují jako bolest v oblasti srdce. Léčba je klidová a antibiotická (32, 34).

Mezi chronické komplikace patří výduť levé komory srdeční, poinfarktová angina pectoris, nitrosrdeční tromby (32).

Výduť levé komory srdeční vzniká následkem transmurálního infarktu myokardu, kdy je velká část svaloviny levé komory změněna ve fibrotickou jizvu, která se v důsledku tlaku krve vyklenuje. Následně vznikají arytmie, bolesti na hrudi, tromby až embolizace a městnavé srdeční selhání. Léčba je antikoagulační, při větších výdutích chirurgická (32).

Poinfarktová zátěžová angina pectoris je indikací k další koronarografii, perkutánní koronární intervenci či k aortokoronárnímu by-passu (32, 34).

Sestra je ve stálém kontaktu s pacientem, sleduje jeho reakce, fyziologické funkce a často právě ona upozorní na možné komplikace jako první. I proto je důležité, aby její odborné znalosti v oboru kardiologie a kardiochirurgie byly na požadované profesní úrovni.

1.2.6 Sekundární prevence infarktu myokardu

Cílem sekundární prevence je snížení mortality, snížení výskytu dalšího infarktu myokardu, zlepšení kvality života, snížení potřeby chirurgické léčby ischemické choroby srdeční a koronární angioplastiky včetně dalších intervenčních přístupů (39).

Zásady sekundární prevence můžeme rozdělit na opatření režimová a opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů jejich léčbou. Mezi tyto opatření patří hlavně zanechání kouření, změna stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti a také zvýšení pohybové aktivity. Vše závisí na ochotě samotných pacientů změnit své návyky. Bez jejich aktivní spolupráce je léčba problematická a většinou neúspěšná (12).

Kouření často bývá velkým problémem po infarktu myokardu. Pro zanechání kouření musí mít pacient pevnou vůli, ale hlavně musí sám chtít. Mortalita těch, kteří i po infarktu myokardu pokračují v kouření, je dvojnásobná oproti těm, kteří kouřit přestali. Abstinence kouření je nejúčinnější a také nejlevnější opatření v rámci sekundární prevence (4, 12).

Snížením tělesné hmotnosti, zvýšením pohybové aktivity a dietním opatřením pozitivně ovlivníme další rizikové faktory aterosklerózy, jako jsou vysoký krevní tlak, zvýšená hladina glykémie i zvýšené hodnoty krevních lipidů. Lékař i sestra by měli pacientovi vysvětlit, že redukce hmotnosti a s ní spojená dietní opatření jsou nedílnou součástí komplexní léčby. Je samozřejmě nutné prosazovat změnu dietních návyků v rámci celé rodiny (12).

Rovněž úprava a léčba vysokého krevního tlaku patří též k nevyhnutelným opatřením po infarktu myokardu. U pacientů s ischemickou chorobou srdeční je cílem léčby udržet hodnoty krevního tlaku trvale nižší než 140/90 mmHg bez ohledu na jejich

věk. Pokud se to nepodaří režimovými opatřeními, je třeba zahájit léčbu farmakologickou (12).

Snížení hyperlipidémie je další součástí sekundární prevence. Na základě posledních Evropských doporučení jsou cílem úspěšné léčby hodnoty celkového cholesterolu trvale pod 5 mmol/l a LDL cholesterolu pod 3 mmol/l. Hodnoty HDL cholesterolu < 1 mmol/l a triglyceridů nalačno > 2 mmol/l se rovněž pokládají za známky vyššího koronárního rizika. Dosáhnout těchto hodnot režimovým opatřením je v mnoha případech problematické a je proto třeba zahájit hypolipidemickou léčbu (12).

Další součástí sekundární prevence je správné a pravidelné užívání léků dle lékařské ordinace. Hlavním lékem je kyselina acetylosalicylová, která má antiagregační účinky. Měla by se podávat co nejdříve při podezření na akutní infarkt myokardu, dále u všech pacientů, kteří ho prodělali a měla by se užívat prakticky trvale po celou dobu jeho trvání, samozřejmě pokud je snášena. Dlouhodobá léčba kyselinou acetylosalicylovou výrazně snižuje riziko dalšího infarktu nebo úmrtí a je indikovaná u všech pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Rovněž beta blokátory výrazně snižují riziko dalšího infarktu myokardu nebo úmrtí. Měli by je proto dostávat při propuštění všichni pacienti, u kterých není kontraindikace jejich podávání. Poklesem tepové frekvence, krevního tlaku a kontraktility se sníží spotřeba kyslíku myokardem, tím nedochází ke zvýšenému zatěžování srdce. Dalšími léky jsou nitráty, které mají výborný vasodilatační účinek na koronární cévy (12).

Nedílnou součástí sekundární prevence je rehabilitace pacientů po infarktu myokardu, zaměřená na udržení a zlepšení pohybové aktivity. Dále je potřebné pečovat také o psychiku a o brzkou resocializaci pacienta. Viz 1.5 Bio – psycho – sociální rehabilitace po infarktu myokardu.

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta po infarktu myokardu

Sestra je nedílnou součástí ošetrovatelského týmu, který o pacienta pečuje. Její práce je zodpovědná, namáhavá a vyžadující dobré teoretické znalosti v oboru kardiologie tak kardiochirurgie. Sestra je neustále v kontaktu s pacientem. Kontinuálně monitoruje fyziologické funkce, ale i stesky pacienta. Často je právě sestra tím člověkem, který upozorní lékaře na první odchylky, komplikace ve zdravotním stavu pacienta (31).

1.3.1 Ošetrovatelská péče o pacienta po konzervativní léčbě infarktu myokardu

Pacient s prodělaným infarktem myokardu je hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče interního oddělení, nebo na koronárních jednotkách kardiologického oddělení. Specifická ošetrovatelská péče po trombolýze spočívá v kontinuálním monitorování fyziologických funkcí, neurologického stavu pacienta, EKG, invazivního a neinvazivního arteriálního krevního tlaku, popřípadě v kontinuálním monitorování centrálního žilního tlaku a ostatních hemodynamických parametrů. Není-li možná kontinuální monitorace fyziologických funkcí, pak sestra v pravidelných intervalech zaznamenává neinvazivní krevní tlak, puls a EKG.

Současně aktivně pátrá po komplikacích trombolýzy, jako jsou krvácení, alergické projevy, nevolnost, nauzea, hypotenze, tachykardie, arytmie a jiné (3).

Sestra sleduje také místo vpichu, ostatní problémy pacienta. Jelikož pacient po výkonu zůstává několik hodin na lůžku, dbá proto o uspokojování všech jeho potřeb. Veškeré potřeby si pacient během imobilizace uspokojuje na lůžku. Proto sestra zajišťuje soukromí například při hygieně nebo vyprazdňování. Pravidelně upravuje lůžko pacienta, pečuje o jeho kůži správnou hygienou a dbá o predilekční místa dekubitů. Pacient dýchá zvlhčený kyslík přes kyslíkové brýle či kyslíkovou masku. Sestra také pečuje o zajištěné invazivní vstupy, které pravidelně kontroluje, asepticky převazuje. Neopomíná zajistit pacientovi také dostatečný spánek a odpočinek, též pro něj zajišťuje dostatečné denní aktivity. Monitoruje příjem a výdej tekutin.

Dalším úkolem je zajišťování indikovaných odběrů krve do laboratoří (krevní obraz, protrombinový čas - QUICK, aktivovaný parciální tromboplastinový čas - aPTT, zánětlivé markery, srdeční enzymy). Při jakékoliv abnormalitě ve stavu pacienta sestra ihned informuje lékaře. Napomáhá ke zlepšení psychické stránky pacienta, který má strach, pociťuje úzkost, neví, co s ním bude dál. Proto by se sestra měla těmito pacientům věnovat, protože porušená psychika se může projevit i somatickými změnami (2, 25).

1.3.2 Ošetrovatelská péče o pacienta po mininvazivní léčbě infarktu myokardu

Ošetrovatelská péče po PCI či aplikaci koronárního stentu je obdobná jako o pacienta po konzervativní léčbě infarktu myokardu. Navíc se sestra musí zaměřit na místo zavedení sheatu. K základní monitoraci fyziologických funkcí a neurologického stavu pacienta sleduje známky krvácení, projevy infekce, bolestivost v okolí sheatu. Zajišťuje pořízení EKG záznamu, odběry krve do laboratoře. Při normalizaci koagulačních faktorů (aPTT pod 40-45s) se sheat dle indikace lékaře dekanyluje. Sheat se po angioplastice vytahuje za šest hodin, důležitá je následná 20 – 30 minutová manuální komprese, na kterou navazuje až 6 - 8 hodinová mechanická komprese vaku s pískem, nebo dvanácti hodinová kompresivní bandáž přes třísla a boky (dle zvyklostí oddělení). Po celou dobu musí být pacient v klidu na lůžku a nevstávat z něj (2). Po dekanylaci sheatu se pokračuje v podávání nízkomolekulárního heparinu po dobu 2-3 dnů. Současně pacient dostává Aspirin či Plavix per os. Aspirin se podává trvale, Plavix se ukončuje po 4 týdnech od intervence. U pacientů bez stentu není užívání Plavixu nutné (39).

1.3.3 Ošetrovatelská péče o pacienta po chirurgické léčbě infarktu myokardu

Ošetrovatelská péče o pacienta po kardiochirurgickém výkonu je pro sestru velmi náročná. Práce na tomto oddělení od ní vyžaduje znalosti nejen z oboru kardiologie, ale také z chirurgie (32).

Pacient je po operaci převezen na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení. Převozu plně monitorovaného a na umělou plicní ventilaci napojeného pacienta se účastní chirurg, anesteziolog a anesteziologická sestra. Anesteziologická sestra předá pacienta ošetřující sestře. Ta napojí pacienta na monitorovací jednotku, ventilátor, napojí drény a permanentní močový katétr. Dále provede záznam EKG, zajistí externí stimulaci, odebere arteriální krev na vyšetření krevních plynů, minerálů a zajistí rentgen plic a srdce. Všechny monitorované hodnoty jsou zaznamenávány do dokumentace pacienta. Sestra také pravidelně sleduje vědomí pacienta a jeho ostatní stesky a dbá o jeho pohodlí. Aktivně sleduje pacientův stav, ptá se na bolest a zajišťuje dle ordinace lékaře včasnou aplikaci pooperační analgezie. Společně s lékařem vede pacienta k extubaci. Po ní následuje dechová rehabilitace v podobě inhalací, dechových cvičení, aplikace kyslíkové masky s pozitivním přetlakem na konci výdechu. První pooperační den sestra pacienta mobilizuje v lůžku, křesle, druhý pooperační den s pacientem vstává z lůžka. Při jakékoliv imobilizaci klade důraz na zajištění celkové hygieny a prevenci proleženin. Zajišťuje také soukromí a nenarušení intimity pacienta svým vhodným chováním a jednáním (7, 11, 31, 32).

1.4 Potřeby člověka

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojení potřeby

převádí potřebu na její psychologickou úroveň (psychologická odezva)“ (37, s. 10). „V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším, s okolním světem, každá potřeba je potřebou něčeho, vztahuje se k něčemu v prostředí“ (37, s. 10). Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují. Potřeby jsou základními motivy, které vyjadřují nějaký nedostatek, porušení psychické či psychofyziologické rovnováhy a současně tendenci k její resaturaci. Potřeby jsou určovány rovněž kulturou a lidé si jsou svými potřebami podobnější, než je na první pohled patrné. Každý z nás své potřeby vyjadřuje a uspokojuje jiným způsobem. V průběhu života se potřeby člověka mění z hlediska kvantity a kvality (13, 37).

Potřeba má pro člověka význam biologický, kdy vyjadřuje stav narušení homeostázy. Dále má význam ekonomický, který se projevuje především jako nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt. Tím člověk dosahuje určitého psychologického cíle. A v poslední řadě má potřeba význam psychologický, který je velmi specifický a vyjadřuje psychický stav člověka, odrážející určitý nedostatek. Psychologický význam potřeby je spjat se sociálním významem, kdy vyjadřuje určité nedostatky v sociálním životě člověka (37).

1.4.1 Klasifikace potřeb člověka

Potřeby člověka se podle svého obsahu dělí na potřeby primární (základní životní, biogenní, fyziologické, nižší), které jsou zcela zásadní pro lidskou existenci a na potřeby sekundární (vyšší), vznikající na podkladě primárních potřeb a vytvářející pocit fyzické a psychické životní pohody (13). Toto dělení potřeb odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické a sociální, z pohledu ošetřovatelství odpovídá holistickému pojetí člověka (37).

Americký psycholog Henry A. Murray potřeby třídil na potřeby viscerogenní, psychogenní, kladné, záporné, manifestní a latentní. E. R. Hilgard vytvořil v roce 1962 index psychogenních potřeb, kdy potřeby v tomto indexu dělí na potřeby spojené s neživými předměty, na potřeby ambice, prestiže, dokonalosti a moci, dále na potřeby

projevování síly a získávání obdivu, na potřeby poškozování jiných i sebe sama, na potřeby vztahující se k náklonnostem lidí a na sociální potřeby v užším smyslu. Nejznámější a nejužívanější klasifikací potřeb je klasifikace dle Abrahama H. Maslowa (příloha č. 4). Maslow vytvořil teorii motivace, ze které následně vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Podle Maslowa má každý člověk individuální, hierarchicky uspořádaný systém motivů. „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (Maslow) (37, s. 14). V Maslowově klasifikaci potřeb dělí potřeby na „nižší“, což jsou potřeby fyziologické a potřeby bezpečí, a na potřeby „vyšší“, kam patří potřeba sounáležitosti, uznání a seberealizace. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti, tudíž neuspokojené „nižší“ potřeby převládají v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a určovat tak chování a jednání člověka (13, 37, 40).

Podoba potřeb u nemocného člověka se mění v závislosti na charakteru onemocnění, samotném prožívání nemoci jedince a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Proto je lze rozdělit na potřeby, které se nemocí nemění, modifikují nebo vznikají. Ty, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka. Především jde o potřebu vzduchu, spánku, odpočinku, výživy a vyprazdňování se, o potřebu pohodlí a bezpečí. V nemoci mohou však být pocíťovány intenzivněji, nebo může dojít k posunům v jejich důležitosti. Potřeby, které se nemocí modifikují, patří mezi složitější a variabilnější, jsou ovlivněny druhem, závažností a fází onemocnění. Mezi tyto modifikované potřeby lze zařadit potřeby sociální, do popředí vystupuje potřeba komunikace a kultury. Potřeby vznikající nemocí závisí převážně na nemocném jedinci, na charakteru, stupni závažnosti a průběhu nemoci, informovanosti o nemoci, předchozích zkušenostech, chování a jednání okolí pacienta (40).

1.4.2 Potřeby a ošetřovatelství

„Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejím hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat. Ošetřovatelství lze rámcově definovat i jako nauku o uspokojování potřeb jedinců a skupin, vzhledem k jejich zdraví a podmínkám prostředí. Předmětem ošetřovatelství je zkoumat ošetřovatelské aspekty péče o jedince a skupiny, tj. interakce a determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavků uspokojování potřeb“ (9, s. 12).

Poznatky o potřebách poskytují rámec pro ošetřovatelský proces a jeho aplikaci u jedinců i v rodinách. Sestra získává poznatky o potřebách a využívá jich při aplikaci a poskytování v ošetřovatelském procesu (9).

Pojem ošetřovatelský proces je poměrně nový a souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetřovatelství, kterými se řídí lidské poznání. Poprvé „ošetřovatelský proces“ použila v roce 1955 Hallová a od té doby byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces je účinnou metodou, která usnadňuje klinické rozhodování a řešení problematických situací. Umožňuje systematický a specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého člověka v nemocniční či v terénní péči (6, 13, 25).

1.4.3 Uspokojování potřeb u pacienta po infarktu myokardu

1.4.3.1 Uspokojování biologických potřeb u pacienta po infarktu myokardu

Uspokojováním biologických potřeb pacienta se rozumí saturace běžných denních činností, jako je hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování, pohyb, dýchání, spánek a termoregulace. Zdravý dospělý člověk tyto potřeby vykonává zcela samostatně, bez pomoci druhých. Charakteristické pro tyto potřeby je jejich pravidelnost, automaticnost a souvislost s určitými rituály (37).

Uspokojování biologických potřeb je odlišné při akutním příjmu pacienta s infarktem myokardu od běžného plánovaného přijetí do nemocnice. Je zde především kladen důraz na uspokojování životně důležitých potřeb, jako je zajištění dýchání. Dále se lékaři věnují časné diagnostice a terapii. Samotný proces uspokojování biologických potřeb v plném rozsahu nabývá komplexnosti až po skončení tohoto akutního období.

Uspokojování biologických potřeb je především cílem ošetrovatelské péče. Sestra aktivně pečuje o hygienu pacienta, včetně prevence proleženin. Zajišťuje lékařem naordinovanou dietu a příjem tekutin. Dbá o pravidelné vyprazdňování moče a stolice, vytváří vhodné podmínky pro kvalitní spánek a odpočinek, přiměřenou aktivitu v rámci rekonvalescenčního období. Usiluje o celkový či možný a dostupný komfort pacienta (9).

1.4.3.2 Uspokojování psychických potřeb u pacienta po infarktu myokardu

Uspokojování psychických potřeb je zaměřeno na samotný psychický stav pacienta. Sestra s pacientem naváže kontakt a nechá ho mluvit o problémech, starostech a obtížích, poskytne mu psychickou podporu a lidskou účast. Vyžaduje se od ní trpělivé ošetrování, respektování a vytvoření klidného prostředí pro pacienta (9, 31).

Mezi specifické a nejčastější psychické stesky pacienta patří stížnosti na bolest. Ta se odráží ve všech složkách osobnosti. „Bolest je ryze subjektivní zážitek a existuje vždy, kdykoliv nemocný říká, že bolest má. Bolest je signálem skutečného nebo potenciálního poškození tkáně“ (37, s. 125). Dle Světové zdravotnické organizace je bolest nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození... Pacient s akutním infarktem myokardu pociťuje svíravou, palčivou bolest za hrudní kostí, vystřelující do zad, krku nebo horní končetiny, dále ho výrazně omezuje při dýchání. Tato bolest velmi zatěžuje a umocňuje další nežádoucí stesky, jako je strach a úzkost. Proto se bolest v akutním stavu potlačuje silnými analgetiky, opiáty intravenózní aplikací. K úlevě od bolesti dochází do několika minut. Po překlenutí akutního období se může objevit bolest v důsledku samotné léčby infarktu

myokardu. Čím méně invazivní řešení, tím je menší výskyt bolesti po výkonu. Tlumení bolesti po kardiochirurgickém řešení spočívá v předoperačním zavedení epidurálního katétru a následné aplikaci peri a pooperační analgezie (9, 10, 31, 32).

Dalšími specifickými problémy pacienta jsou narušení bezpečí a jistoty projevující se pocity strachu a úzkosti. Strach je obava před něčím konkrétním, má reálný obsah. U infarktu myokardu se objevuje hlavně strach ze smrti. Pacient má kruté bolesti, nemůže dýchat, cítí se zle, to vše vyvolává strach, že umře. A ošetřující personál jeho strach ještě více umocňuje neadekvátním poskytnutím informací, panikou v jeho přítomnosti, nedostatkem času věnovaného pouze jemu či ošetřováním zaměřeným pouze na výkon a ne na něho samotného. Úzkost je bezpředmětná, je to obava před něčím neurčitým, před neznámou hrozbou. V akutním období infarktu myokardu se strach a úzkost řeší podáním sedativ perorálně nebo intravenózně. Po překlenutí akutního období je povinností sestry a ostatního ošetrovatelského personálu zabránit vzniku strachu a úzkosti, a pokud již existují, zmírnit jejich negativní účinky. Strach by neměl přesáhnout hranici adekvátnosti. Strachu a úzkosti dobrá sestra předchází trpělivým ošetřováním, pravidelným poskytováním informací a hlavně zodpovězením všech jeho dotazů. Příznivě a kladně na psychiku pacienta působí i navázání drobného tělesného kontaktu, jako je pohlazení na tváři či na hřbetu ruky (9, 22).

Tress ve své publikaci uvádí, že několik dní před infarktem myokardu se u pacienta vyskytují příznaky únavy, vyčerpání, beznaděje či deprese a tyto příznaky jako nesaturované potřeby přetrvávají i v poinfarktovém období (38).

Dalšími stesky, které se mohou objevit je strach ze ztráty uznání na straně druhých, strach ze závislosti v nemoci a ohrožení pocitu vlastní hodnoty. Sestra i lékař by si měli především všímat depresivity pacientů, jelikož deprese zvyšuje riziko dalšího infarktu myokardu. Důležité je pacienta přesvědčit, že i pouhé verbalizování problémů může ulevit od potíží (38).

1.4.3.3 Uspokojování sociálních potřeb u pacienta po infarktu myokardu

Uspokojování sociálních potřeb je hlavně zaměřeno na předcházení sociální izolace během hospitalizace a po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení. Každý člověk má potřebu sociálního kontaktu s nejbližšími členy rodiny, kamarády, přáteli, známými, ale i se svými pracovními kolegy. V době nemoci člověka se sociální kontakty většinou zúží na zdravotnický personál a na nejbližší členy rodiny. Z důvodu hospitalizace je pacient většinou plně závislý na aktivitě zdravých lidí. I v „době mobilních telefonů“ jsou lidé často od okolního života z důvodu hospitalizace, nemocničního řádu, izolováni. Obzvláště u starých lidí je sociální izolace patrná nejvíce. Někdy tento jev může souviset s celkovým vyčerpáním či bolestmi a jeho zmírnění lze dosáhnout účinnou komunikací s pacientem, možností udržování kontaktů s rodinou.

Dále mezi sociální potřeby lze zařadit potřeby sociální a existenční jistoty. Ty vystupují do popředí, je-li akutní období zažehnáno a období nemocniční rekonvalescence se blíží ke konci. Ony samotné se odvíjejí od věku a životního stylu pacienta. Je-li to člověk v důchodu, určitě se jednodušeji navrácí do svého každodenního života, bez velkého psychického a fyzického stresu, než člověk dříve plně vytížený a společensky aktivní. Proto často dotazy „mladších“ pacientů směřují na „život po infarktu myokardu“, co člověk smí a co ne. Objevují se otázky: Za jak dlouho se budu moci vrátit do zaměstnání a budu se vůbec moci vrátit? Mohu po infarktu sportovat? Mohu cestovat, nebo jet na dovolenou? Mohu žít sexuálním životem? Mohu kouřit, pít alkohol, kávu či čaj? A mnoho dalších otázek odvíjejících se od předchozího životního stylu, ale nyní nemocného člověka s prodělaným infarktem myokardu (35).

Důležité pro uspokojování sociálních (ale i psychických a biologických) potřeb je dobrý vztah mezi rodinou, blízkými, přáteli, sousedy, spolupracovníky a samotnými zdravotnickými zaměstnanci. Tito lidé tvoří jakousi sociální oporu nemocného člověka. Tato sociální pomoc je pacientovi během hospitalizace a po propuštění poskytována ve formě emocionální opory (lásky, empatie), komunikace, informační opory (zajištění a zprostředkování důležitých informací) nebo formou instrumentální opory (praktické

druhy pomoci, hmotná, materiální pomoc). Uvědomění si, že druzí jsou připraveni pomoci, vytváří v pacientovi pocit sociální jistoty. Literatura uvádí, že ženy snadněji získávají sociální pomoc a sociální oporu. Právě ony při stresu a v těžkých životních situacích více vyhledávají oporu u sociálního okolí než muži a více „profitují“ ze svých sociálních vztahů ve smyslu zisku pro svou psychickou pohodu. Obě pohlaví se při hledání sociální opory více obracejí na pomoc poskytovanou ženami než muži. Důležité je pacienta svojí péčí a pomocí nezahltit, pak má sociální opora spíš negativní než pozitivní účinky (16).

1.4.3.4 Uspokojování kulturních a spirituálních potřeb u pacienta po infarktu myokardu

Uspokojování kulturních potřeb u pacienta je závislé především na sledování kulturního a společenského dění, dále v zajištění televize, rozhlasu, tisku. Nezbytná je také estetika prostředí, jako je vlhkost, teplota okolního prostředí, cirkulace vzduchu, osvětlení a boj proti hluku (9).

Uspokojování spirituálních potřeb u pacienta ze strany zdravotnického personálu spočívá hlavně v respektování náboženského přesvědčení, umožnění návštěvy kněze, či možnosti zúčastňovat se náboženských úkonů. Zdravotnický personál by měl při uspokojování všech potřeb respektovat práva pacienta (9).

1.5 Bio – psycho – sociální rehabilitace po infarktu myokardu

Součástí rehabilitace po infarktu myokardu je vedle brzké pohybové aktivity také psychická a sociální rehabilitace, která u těchto náhle vzniklých onemocnění hraje velkou roli. Rehabilitace se zaměřuje na zabránění takzvaných problémům z imobility. Smyslem je hlavně prevence dekondice pacienta, tromboembolických, respiračních, zánětlivých a dalších komplikací. Na tuto základní myšlenku rehabilitace navazuje nový, moderní cíl, co nejrychlejší a co nejlepší příprava pacienta k běžným denním aktivitám s výhledem návratu do zaměstnání, zkrácení délky hospitalizace

až po prevenci trvalé invalidity. Celková rehabilitace by měla probíhat po celou dobu pobytu pacienta v nemocnici a měla by pokračovat i v posthospitalizačním období. Právě tehdy je důležité navození správných životních návyků a životního tempa i zahájení pravidelné pohybové aktivity a sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění (21).

S tělesnou rehabilitací se začíná již v prvních chvílích po zvládnutí akutního, život ohrožujícího stavu, což bývá většinou první den po výkonu/ první pooperační den. Lékař ordinující rehabilitaci musí též přihlídnout k celkovému zdravotnímu stavu pacienta, zda jde o průběh komplikovaný či nekomplikovaný. Pohybová rehabilitace se většinou dělí do čtyř fází (21, 35).

První fáze je období nemocniční rehabilitace, kterou provádí pacient pod odborným dohledem fyzioterapeuta. Ten by mu měl veškeré úkony vysvětlit, nejlépe předvést či cvičit společně s ním. Cvičení by mělo začínat od jednoduchých cviků prováděných v lůžku, postupem času přecházet na cviky, které mohou být prováděny v křesle, vsedě na lůžku se svěšenými dolními končetinami. Je-li pacient schopen a zdravotní stav mu to dovolí, většinou druhý pooperační den opouští za pomoci fyzioterapeuta a ošetřujícího personálu lůžko (21, 35).

Druhá fáze je postnemocniční rehabilitace. V posthospitalizačním období je tělesná rehabilitace v plné režii pacienta. Měla by začít co nejdříve a trvat nejméně 3 měsíce. Žádoucí a účinná je spolupráce pacienta se svým praktickým lékařem a obvodním fyzioterapeutem (21, 35).

Třetí fází rehabilitace je období stabilizace, při které se klade důraz na vytrvalostní trénink a upevnění změn životního stylu (21, 35).

Čtvrtá, udržovací fáze spočívá v dodržování všech zásad z předchozích fází rehabilitace a to vše jen pod minimálním lékařským dohledem (21, 35).

Psychologická rehabilitace spočívá v návštěvě psychologa nejlépe v den příjmu pacienta. Psycholog by s ním měl být v kontaktu po celou dobu jeho hospitalizace. Jeho odborná péče zahrnuje přípravu pacienta na plánované výkony, uklidnění jeho emocí a zbavení se, či alespoň snížení strachu ze známé či neznámé nemoci. Dále se psycholog zaměřuje na zjištění podpory v životním okolí pacienta a získává k určité spolupráci

osoby, které mají největší vliv na psychickou pohodu pacienta. Nejde však o úplnou podporu pacienta ve všem, ale hlavně o jeho plné začlenění do běžného života s vyhýbáním se zbytečným konfliktům (21).

Lázeňská péče je nedílnou součástí a dovršením celé rehabilitace. Ústavní lázeňská rehabilitační léčba navazuje na posthospitalizační ambulantní rehabilitaci. Slouží k upevnění nově vytvořených návyků správného životního stylu, k eliminaci existujících rizikových faktorů ischemické choroby srdeční a potlačení stresových psychických vlivů (21). „Lázeňská péče se poskytuje výběrově osobám, jejichž zdravotní stav ji vyžaduje“ (41, §33, odst.1). Lázně se zaměřením na kardiologické potíže jsou Františkovy lázně, Jeseníky a Konstantinovy lázně, Běloves, Libverda, Poděbrady, Teplice nad Bečvou (29).

Sociální rehabilitací se zde rozumí brzké a plnohodnotné zařazení pacienta do běžného všedního života. Proto by měl mít pacient zodpovězené veškeré otázky týkající se jeho nemoci a následujícího postnemocničního období. Je nutné na základě jeho výkonnosti zvážit adekvátnost pracovní zátěže, posoudit pracovní prostředí z hlediska sekundární kardiovaskulární prevence. Celková resocializace by byla mnohdy ulehčena i chápavějším přístupem samotných zaměstnavatelů, spočívajícím třeba v přeřazení vracejícího se zaměstnance na jinou pracovní pozici. Plné zařazení pacienta do společnosti je vždy vrcholným cílem rehabilitace, což následně zlepšuje jeho kvalitu života po infarktu myokardu (21).

1.6 Kvalita života

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Definovat „kvalitu života“ není snadné. Kvalita života obvykle sleduje, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, z naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti), což je předpokladem aktualizace a uspokojení vyšších potřeb (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty). Kvalita života byla, je a bude předmětem zájmu medicíny, psychologů,

sociologů, environmentalistů, politologů, techniků, ekonomů apod. V minulosti byla pozornost věnována odstraňování a zmírňování útrap nemocných, chudých, později se výzkum zaměřil na spokojenost s prací a životem. Nyní je středem zájmu měření a analýza pohody. V současné době existuje celá řada definic kvality života, ale zdá se, že ani jedna z nich není zcela akceptována. Mají jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Na kvalitu života je pohlíženo jako na „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty. Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí. Proto celková kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů (26).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit, kde pacienti po infarktu myokardu hledají sociální podporu.
- 2) Stanovit nejčastější problémy pacienta po infarktu myokardu.
- 3) Zjistit, zda se odlišuje saturace vyšších potřeb u pacientů po chirurgickém řešení infarktu myokardu od pacientů léčených konzervativním způsobem.

2.2 Hypotézy

- H1) Pro pacienty po infarktu myokardu je nejčastější oporou rodina.
- H2) Změna životního stylu patří mezi nejčastější problémy pacienta po infarktu myokardu.
- H3) Saturace vyšších potřeb proběhne dříve u skupiny pacientů léčených konzervativním způsobem než u skupiny pacientů léčených chirurgickým způsobem.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

K výzkumu na téma „Specifika psychosociálních potřeb u pacientů po infarktu myokardu“ byla použita metoda kvantitativního výzkumu technikou dotazování pomocí dotazníku (příloha č. 5). V dotazníku bylo celkem 30 otázek. Z těchto otázek bylo 17 otázek uzavřených a 13 otázek polootevřených, ve kterých měli pacienti zaškrtnutím či doplněním odpovědi vyjádřit nejlépe své pocity a názory.

Prvních 8 otázek se týkalo charakteristiky zkoumaného vzorku, ostatních 22 otázek se vztahovalo k daným hypotézám. K první hypotéze se vztahují otázky č. 4, 17, 18, 19, 28 a 29. K druhé hypotéze se vztahuje otázka č. 6, 12, 20. K třetí hypotéze se vztahovaly otázky č. 9, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 26 a 30.

K tvorbě dotazníku byl použit, jako předloha, Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 Světové zdravotnické organizace (30).

Sběr dat probíhal v průběhu měsíců ledna, února a března 2009.

Statistické zpracování výsledků výzkumu do grafů bylo provedeno tabulkovým procesorem Microsoft Office Excel 2007.

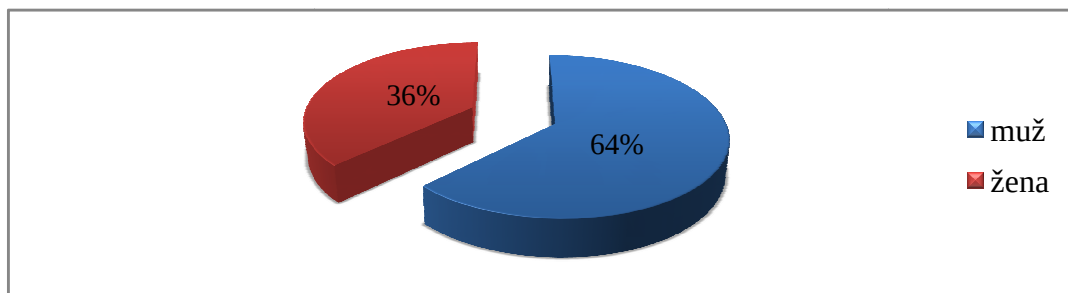
3.2 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou byli pacienti 1 měsíc (po kardiochirurgické operaci by-passu) až 3 měsíce (po stentu, nebo po léčbě trombolitiky) po prodělaném infarktu myokardu. Dotazníky byly rozdány pacientům kardiologické a kardiochirurgické ambulance Nemocnice v Českých Budějovicích, a.s. při jejich první kontrole po prodělaném infarktu myokardu. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, 20 dotazníků bylo určeno pro pacienty, kteří prodělali trombolytickou léčbu infarktu myokardu. 40 dotazníků bylo distribuováno pacientům, kteří prodělali kardiochirurgickou léčbu (ACB) a 40 dotazníků bylo distribuováno pacientům po PCI s aplikací stentu. Návratnost dotazníků byla 90% (90 dotazníků) z původního počtu, z toho 4 dotazníky nebyly

vyplněny kompletně, proto byly vyřazeny. Celkem bylo ke zpracování údajů použito 86 dotazníků (86%).

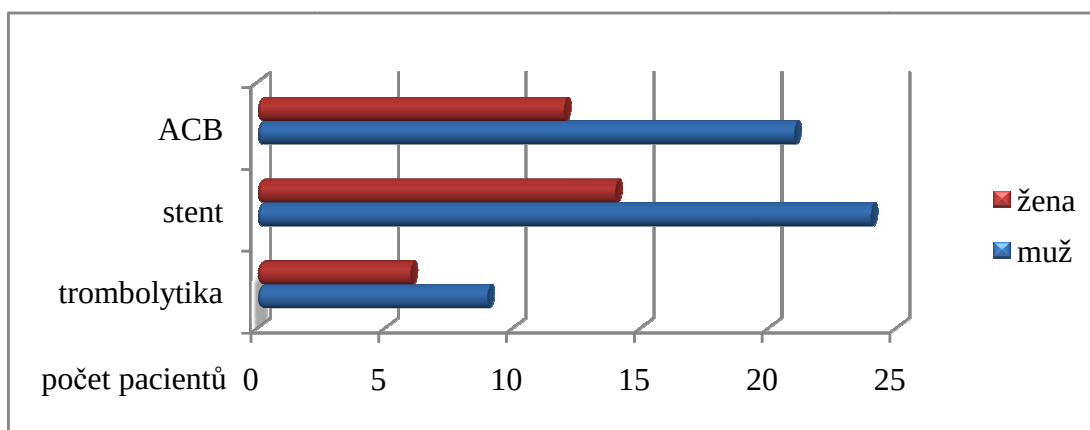
4. Výsledky výzkumu

Graf 1 Pohlaví respondentů (k otázce č. 1)



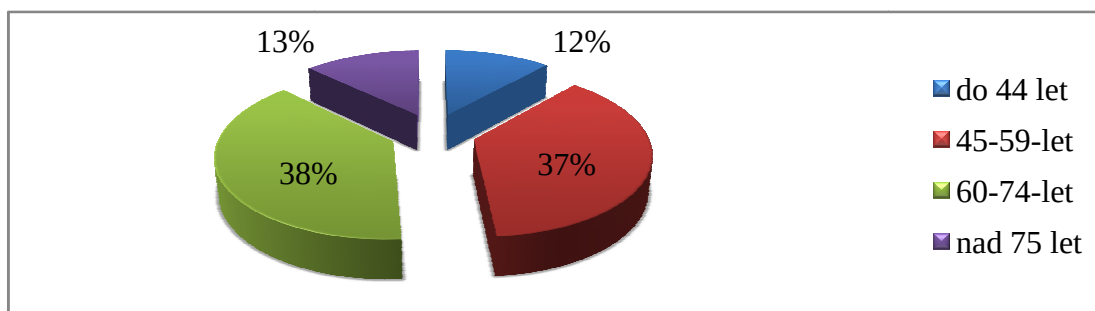
Soubor tvořilo 86 respondentů (100 %), z toho bylo 54 mužů (64 %) a 32 žen (36 %).

Graf 2 Pohlaví respondentů v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 1)



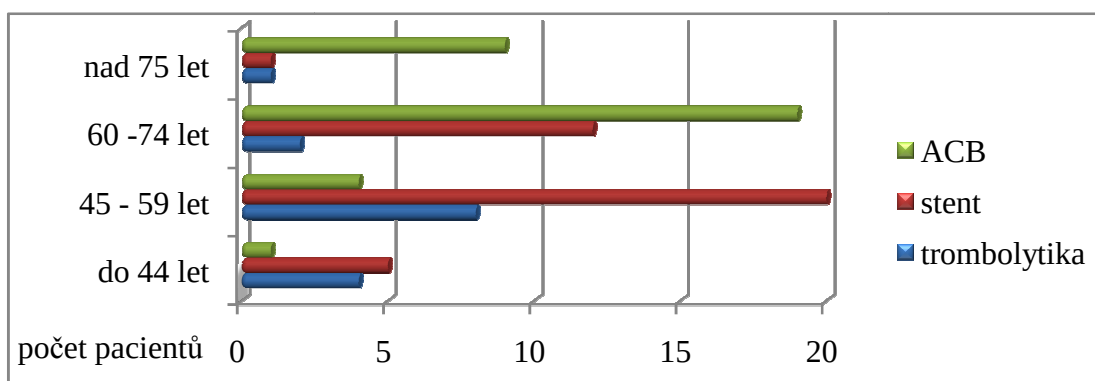
Z Grafu 2 vyplývá, že 9 mužů (10%) a 6 žen (7%) bylo léčeno trombolytiky. Stentem bylo léčeno 24 mužů (29%) a 14 žen (16%) a kardiochirurgickou operací (ACB) prodělalo 21 mužů (24%) a 12 žen (14%).

Graf 3 Věk respondentů (k otázce č. 2)



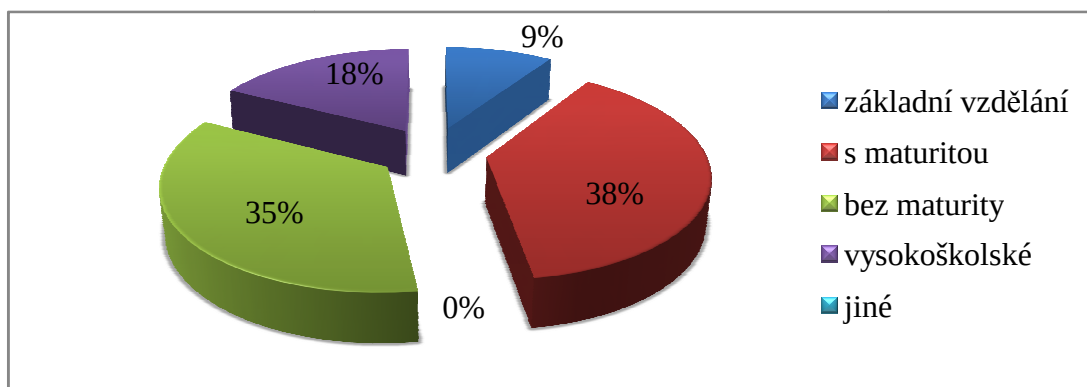
Z Grafu 3 vyplývá, že ve věku do 44 let bylo 10 respondentů (12%), ve věku od 45 – 59 let bylo 32 respondentů (37%), ve věku 60 – 74 let bylo 33 respondentů (38%) a nad 75 let bylo 11 respondentů (13%).

Graf 4 Věk respondentů v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 2)



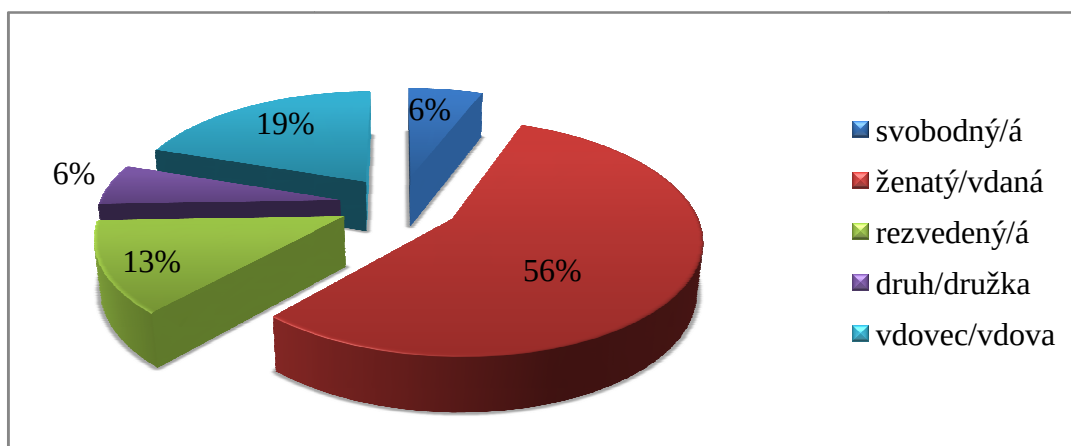
Graf 4 upřesňuje věk respondentů v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu. Léčbu trombolitiky prodělali 4 pacienti (5%) ve věku do 44 let, 8 pacientů (9%) ve věku od 45 -59 let, 2 pacienti (3%) ve věku od 60 -74 let a 1 pacient (1%) nad 75 let. Léčbu infarktu myokardu aplikací stentu prodělalo 20 pacientů (23%) ve věku 45 -59 let, 12 pacientů (14%) ve věku 60-74 let, 5 pacientů (6%) ve věku do 44 let a 1 pacient (1%) nad 75 let. Kardiochirurgickou operaci prodělal 1 respondent (1 %) ve věku do 44 let, ve věku od 45 – 59 let 4 respondenti (5%), 19 respondentů (22%) ve věku od 60 – 74 let a 9 respondentů (10%) nad 75 let.

Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (k otázce č. 3)



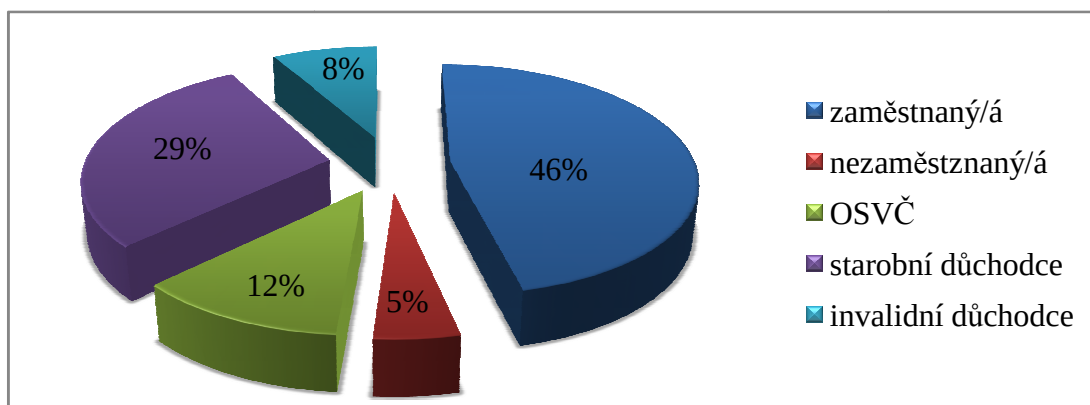
Z Grafu 5 vyplývá, že 8 pacientů (9%) mělo základní vzdělání, 33 respondentů (38%) uvedlo střední vzdělání s maturitou, 30 respondentů (35%) označilo možnost střední bez maturity a 15 respondentů (18%) uvedlo vysokoškolské vzdělání, nikdo z respondentů neuvedl možnost jiné.

Graf 6 Rodinný stav respondentů (k otázce č. 4)



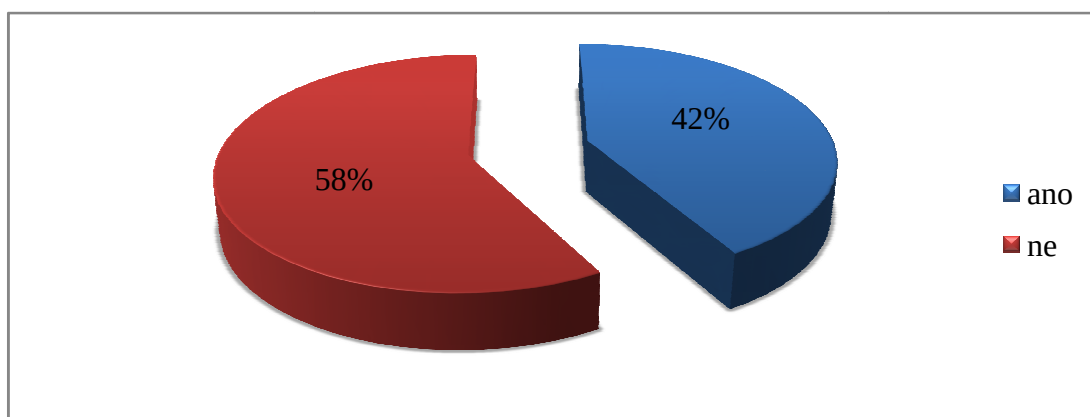
Z celkového počtu 86 respondentů bylo 48 pacientů (56%) ženatých/vdaných, 17 respondentů (19%) uvedlo možnost vdovec/vdova. 11 respondentů (13%) uvedlo rozvedený/á, 5 respondentů (6%) uvedlo možnost svobodný/á a 5 respondentů (6%) označilo možnost druh/družka.

Graf 7 Pracovní zařazení respondentů před infarktem myokardu (k otázce č. 5)



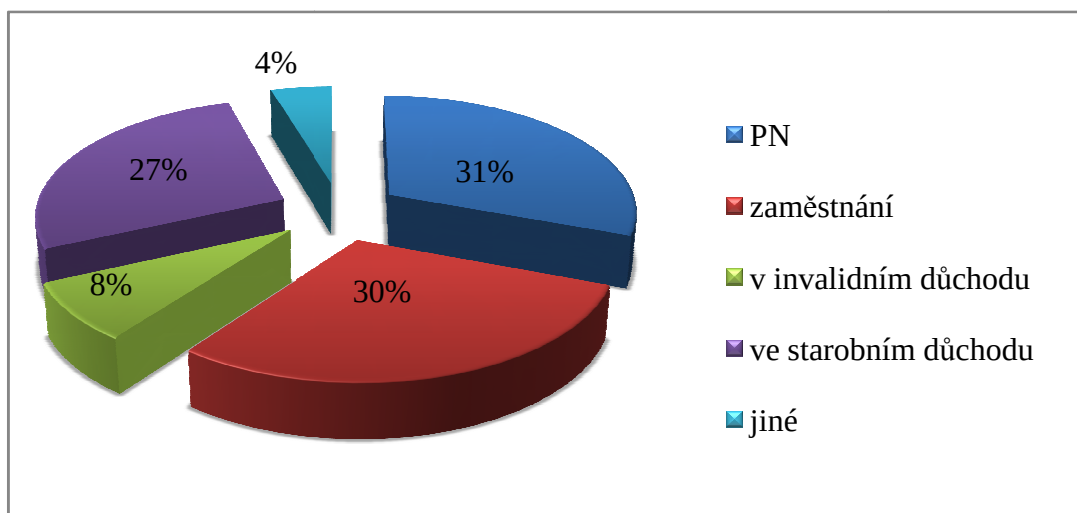
Z Grafu 7 Pracovní zařazení respondentů je patrné, že 40 pacientů (46%) před infarktem myokardu bylo v pracovním procesu, 25 respondentů (29%) bylo ve starobním důchodu, 10 respondentů (12%) bylo samostatně výdělečně činní, 7 respondentů (8%) bylo invalidními důchodci a 4 respondenti (5%) byli nezaměstnaní.

Graf 8 Kouření respondentů (k otázce č. 6)



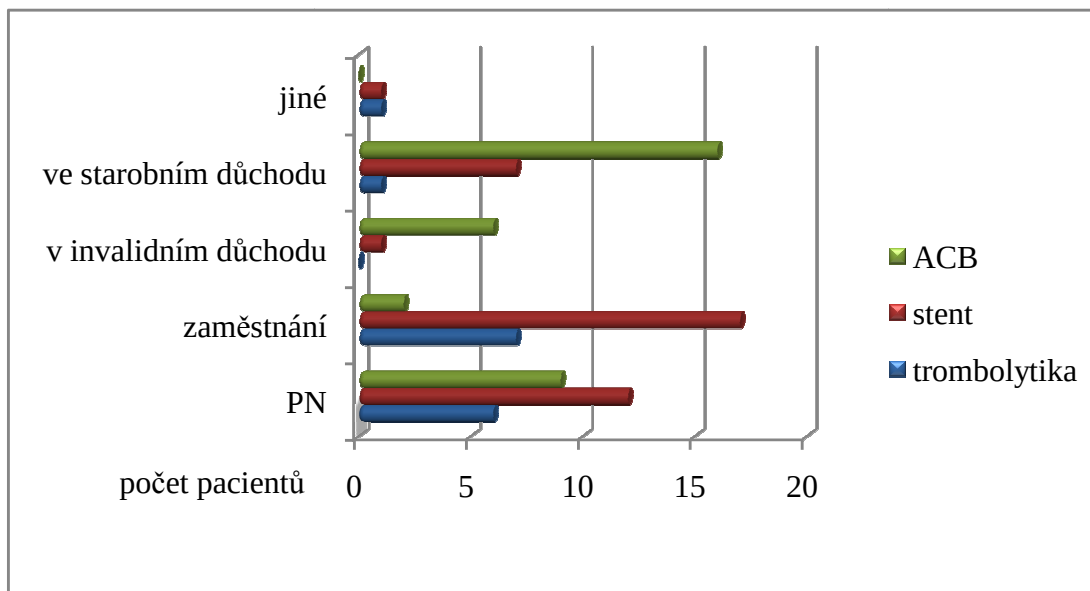
Graf 8 znázorňuje otázku, která se týkala kouření respondentů. Z celkového počtu 86 pacientů kouří 36 respondentů (42%) a 50 respondentů (58%) nekouří.

Graf 9 Pracovní zařazení respondentů po infarktu myokardu (k otázce č. 7)



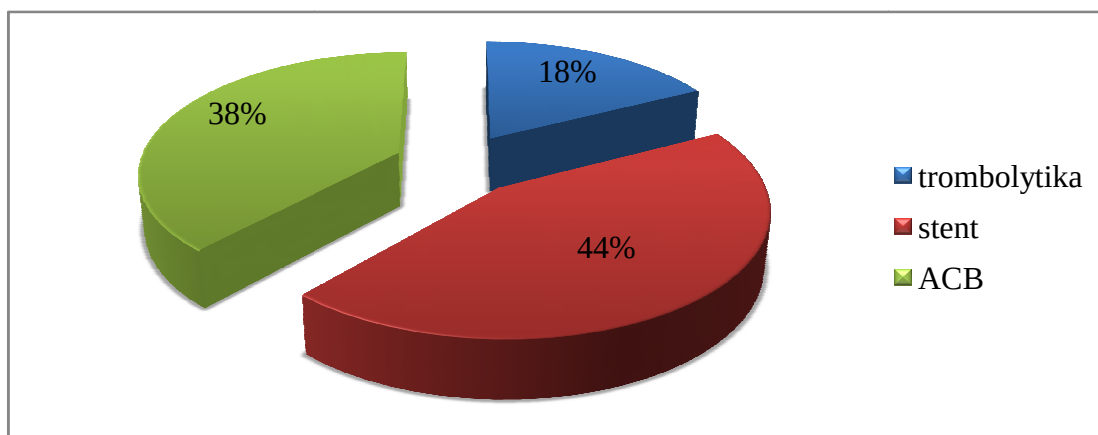
Z Grafu 9 vyplývá, že 27 respondentů (31%) bylo v pracovní neschopnosti, 26 respondentů (30%) bylo zpět v pracovním procesu, 24 respondentů (27%) bylo ve starobním důchodu, 7 respondentů (8%) v invalidním důchodu a 2 respondenti (4%) uvedli možnost jiné a to, důchod a částečný pracovní úvazek a žena v domácnosti.

Graf 10 Pracovní zařazení respondentů po infarktu myokardu v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 7)



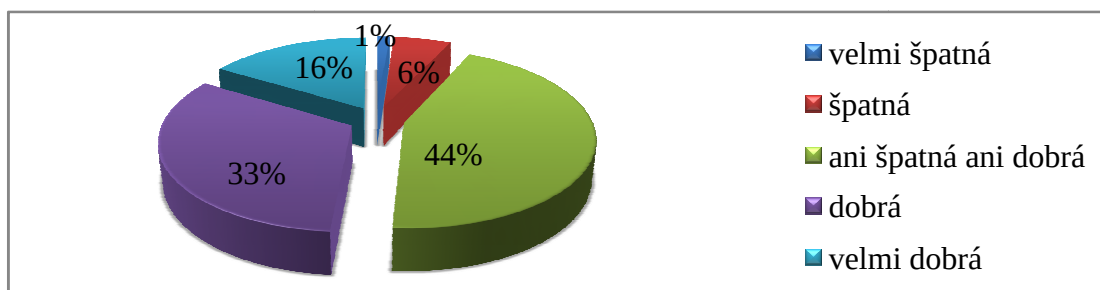
Z Grafu 10 vyplývá, že z pacientů léčených by-passem bylo 16 respondentů (18%) ve starobním důchodu, 6 respondentů (7%) v invalidním důchodu, 2 respondenti (3%) zpět v pracovním procesu a 9 respondentů (10%) bylo v pracovní neschopnosti. Z pacientů léčených aplikací stentu bylo 17 respondentů (19%) zpět v pracovním procesu, 12 respondentů (14%) v pracovní neschopnosti, 7 respondentů (8%) ve starobním důchodu, 1 respondent (1%) v invalidním důchodu a 1 respondent (1%) uvedl možnost jiné (důchod a částečný pracovní úvazek). Z pacientů léčených trombolytiky bylo 7 respondentů (9%) zpět v pracovním procesu, 6 respondentů (7%) v pracovní neschopnosti, 1 respondent (1%) ve starobním důchodu a 1 respondent (1 %) uvedl možnost jiné (v domácnosti).

Graf 11 Léčba infarktu myokardu (k otázce č. 8)



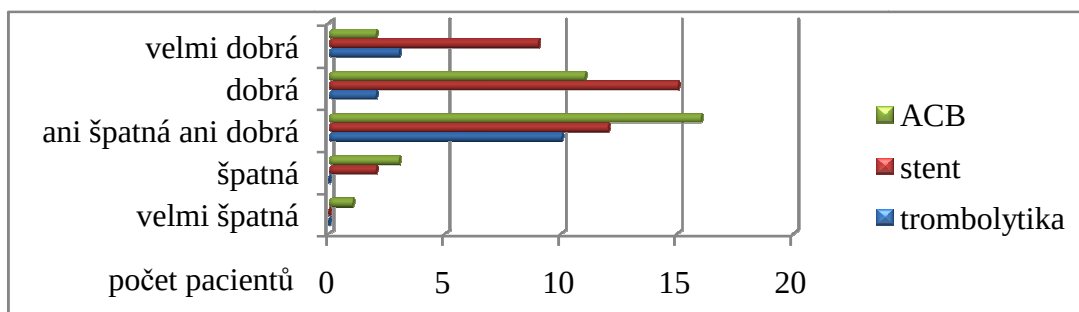
Z celkového počtu 86 respondentů bylo kardiologickou operací léčeno 33 respondentů (38%), aplikací stentu bylo léčeno 38 respondentů (44%) a trombolytiky bylo léčeno 15 respondentů (18%).

Graf 12 Kvalita života (k otázce č. 9)



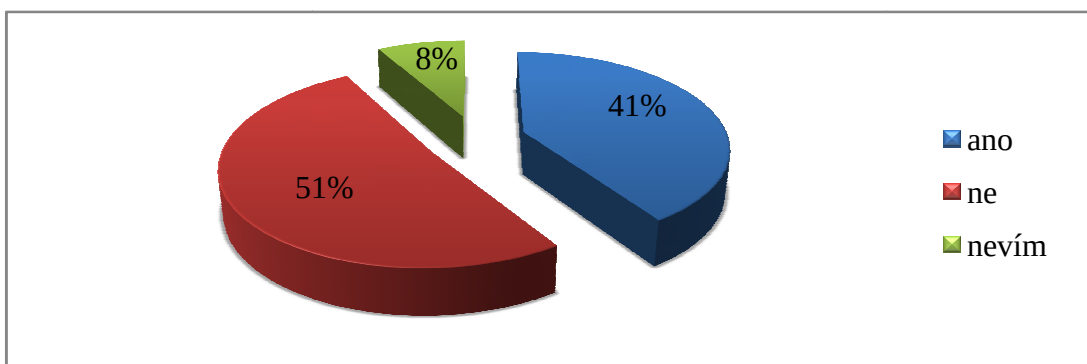
Graf 12 znázorňuje, že 1 respondent (1%) považoval svoji kvalitu života za velmi špatnou, 5 respondentů (6%) za špatnou, 28 respondentů (33%) za dobrou, 14 respondentů (16%) za velmi dobrou a 38 respondentů (44%) označilo možnost ani špatná ani dobrá.

Graf 13 Kvalita života respondentů v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 9)



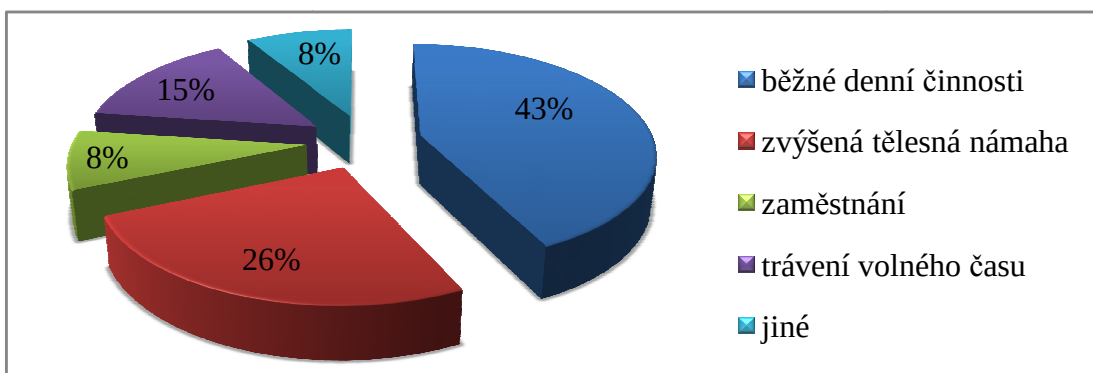
Kvalitu života za velmi dobrou označili 3 pacienti (4%) léčeni trombolitiky, 9 pacientů (10%) po aplikaci stentu a 2 pacienti (3%) po ACB. Možnost dobrá označili 2 respondenti (3%) po léčbě trombolitiky, 15 respondentů (16%) po aplikaci stentu a 11 pacientů (13%) po ACB. Možnost ani špatná ani dobrá si vybralo 10 respondentů (12%) po léčbě trombolitiky, 12 respondentů (14%) po aplikaci stentu a 16 pacientů (18%) po ACB. Možnost špatná byla označena 2 respondenty (3%) po aplikaci stentu a 3 respondenty (4%) po ACB. Možnost velmi špatná si vybral 1 pacient (1%) po ACB.

Graf 14 Omezení v souvislosti s nynějším zdravotním stavem (k otázce č. 10)



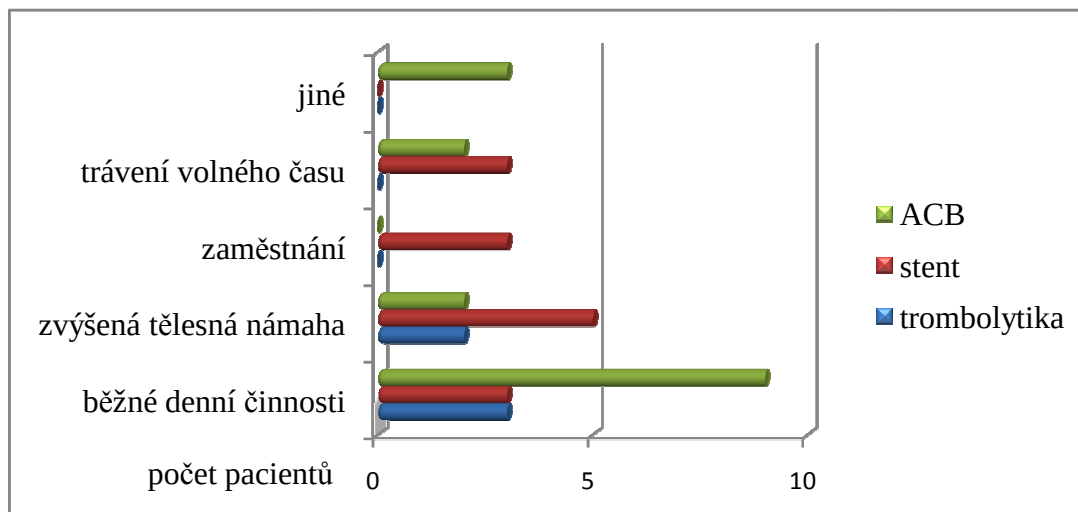
Z Grafu 14 vyplývá, že 44 respondentů (51%) necítilo žádné omezení, 7 respondentů (8%) odpovědělo nevím a 35 respondentů (41%) pociťovalo nějaké omezení v souvislosti s nynějším onemocněním. Těchto 35 respondentů odpovídalo na následující otázku č. 11 (Graf 15)

Graf 15 Největší omezení (k otázce č. 11)



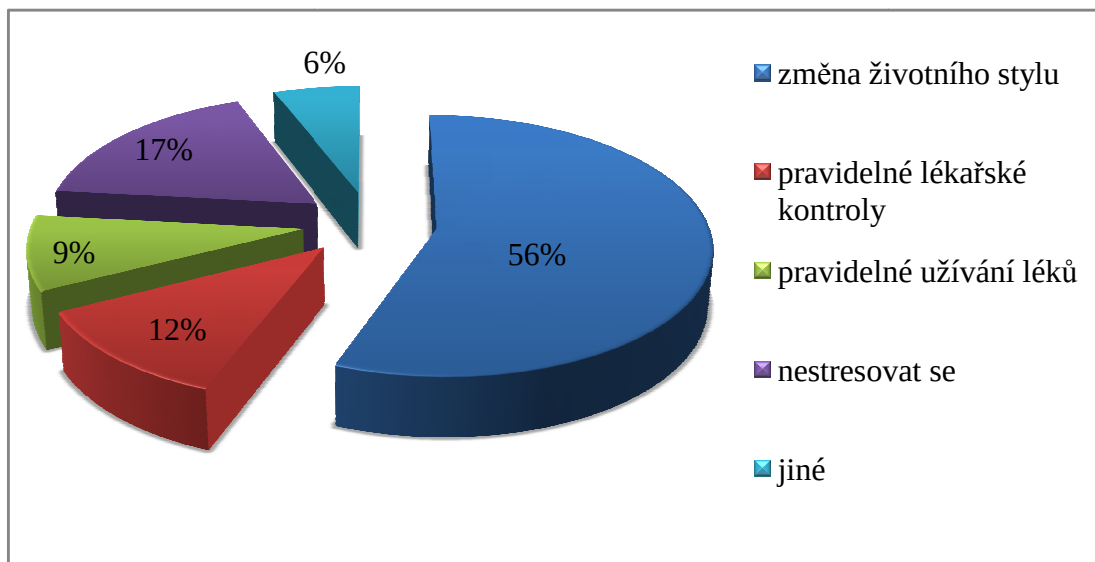
Na tuto otázku odpovídalo 35 respondentů. 15 respondentů (43%) pociťovalo největší omezení při výkonu běžných denních činností, 9 respondentů (26%) při zvýšené tělesné námaze, 3 respondenti (8%) v zaměstnání, 5 respondentů (15%) při trávení volného času a 3 respondenti (8%) uvedli možnost jiné. V možnosti jiné byla 1 uvedena zahrada, 2 respondenti by označili všechny odpovědi.

**Graf 16 Největší omezení v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu
(k otázce č. 11)**



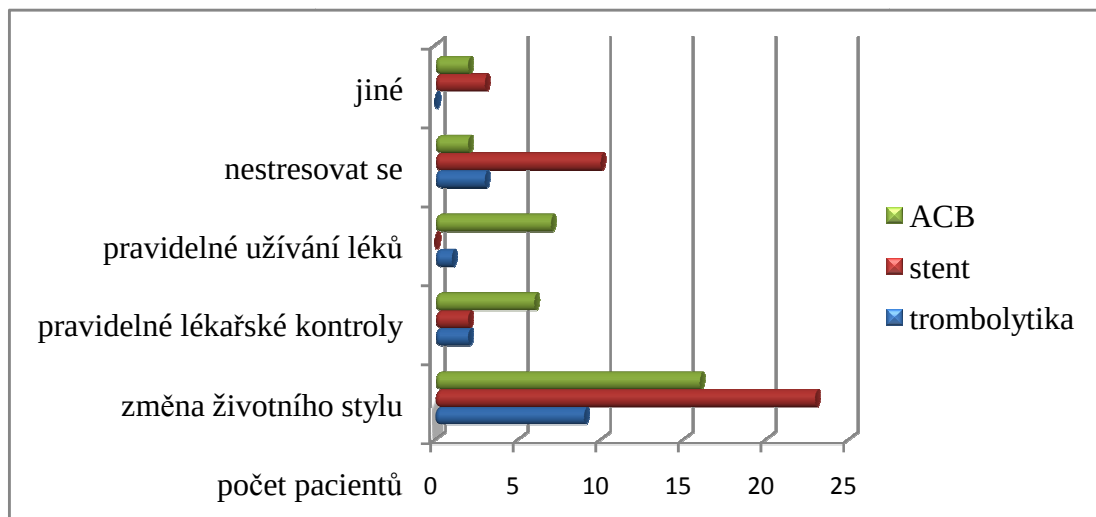
Na tuto otázku odpovídalo 35 respondentů. Graf 16 ukazuje, že z respondentů léčených trombolitiky 3 pacienti (9%) uvedli možnost omezení při běžných denních činnostech, 2 pacienti (6%) označili možnost při zvýšené tělesné námaze. Z respondentů po aplikaci stentu 3 pacienti (9%) uvedli potíže při běžných denních činnostech, 5 pacientů (14%) označilo možnost při zvýšené tělesné námaze, 3 pacienti (9%) pociťovali největší omezení v zaměstnání, 3 pacienti (9%) uvedli možnost při trávení volného času. 9 pacientů (23%) po ACB pociťovalo omezení při běžných denních činnostech, 2 pacienti (6%) při zvýšené tělesné námaze, 2 pacienti (6%) při trávení volného času a 3 pacienti (9%) uvedli možnost jiné (1 respondent uvedl zahradu, 2 respondenti by označili všechny možnosti).

Graf 17 Doporučení po infarktu myokardu, které bylo pro respondenty největším problémem (k otázce č. 12)



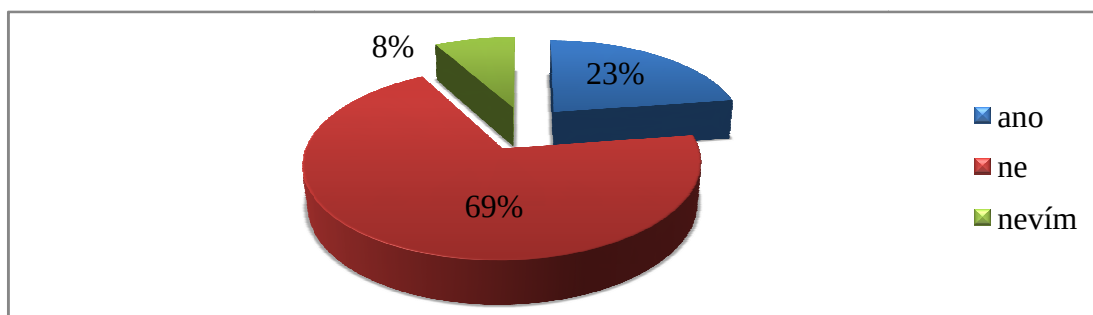
Z Grafu 17 vyplývá, že největším problémem pro pacienty po infarktu myokardu byla změna životního stylu. Z celkového počtu 86 respondentů tuto možnost uvedlo 48 pacientů (56%), 15 respondentů (17%) uvedlo nestresovat se, 10 respondentů (12%) mělo potíže s pravidelným navštěvováním lékaře, 8 respondentů (9%) obtížně zvládalo pravidelné užívání léků a 5 respondentů (6%) uvedlo jiné. V možnosti jiné 3 respondenti uvedli, že nepocíťovali žádné potíže, 1 respondent doplnil, že by označil všechny odpovědi a 1 respondent uvedl sex.

Graf 18 Doporučení po infarktu myokardu, které bylo největším problémem pro respondenty v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 12)



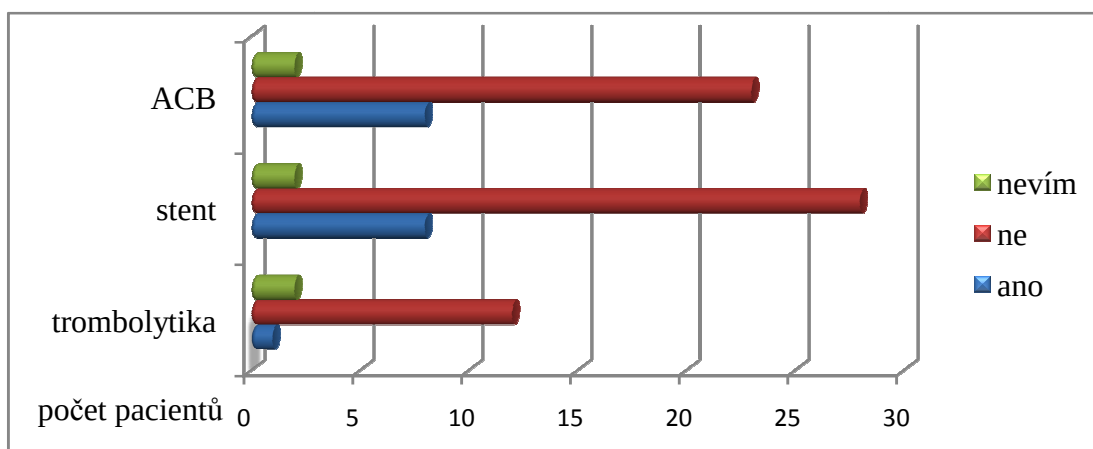
Z Grafu 18 vyplývá, že z 33 respondentů po kardiochirurgické operaci (ACB) mělo 16 pacientů (19%) největší problém se změnou životního stylu, 7 pacientů (7%) mělo potíže s pravidelným užíváním léků a 6 pacientů (6%) s pravidelnými lékařskými kontrolami, 2 pacienti (3%) se neuměli nestresovat a 2 pacienti (3%) uvedli možnost jiné. Pro 23 pacientů (26%) po stentu byla též největším problémem změna životního stylu, 10 respondentů (12%) uvedlo možnost nestresovat se, 3 pacienti (4%) označili možnost jiné a 2 pacienti (3%) pravidelné lékařské kontroly. Z pacientů léčených trombolytiky 9 respondentů (10%) označilo možnost změna životního stylu, 3 pacienti (4%) označili možnost nestresovat se, 2 pacienti (3%) měli největší problém s pravidelnými lékařskými kontrolami a 1 respondent (1%) uvedl možnost pravidelné užívání léků.

Graf 19 Pocit osamělosti po propuštění do domácí péče (k otázce č. 13)



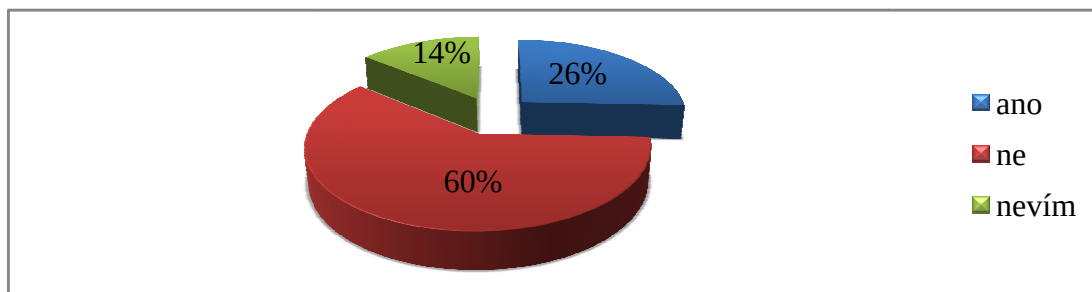
Z celkového počtu 86 respondentů 63 pacientů (69%) samotu nepociťovalo, 6 respondentů (8%) nevědělo a 17 respondentů (23%) samotu pociťovalo.

Graf 20 Pocit osamělosti po propuštění do domácí péče dle typu léčby infarktu myokardu (k otázce č. 13)



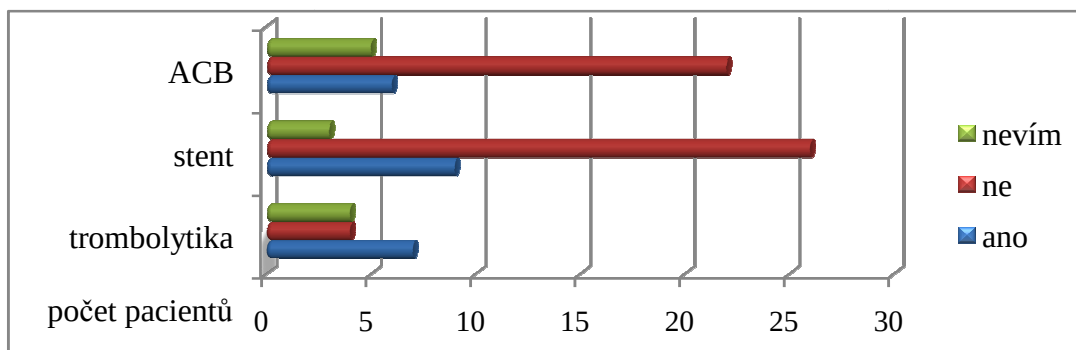
Z Grafu 20 vyplývá, že léčba infarktu myokardu na výskyt osamělosti nemá vliv. Z celkového počtu 33 pacientů po ACB 23 pacientů (26%) uvedlo, že pocit osamělosti nemělo, 2 pacienti (3%) uvedli nevím a 8 pacientů (9%) uvedlo možnost ano. Z celkového počtu 38 pacientů po aplikaci stentu 28 pacientů (32%) uvedlo možnost ne, možnost nevím uvedli 2 pacienti (3%) a možnost ano 8 pacientů (9%). Z celkového počtu 15 pacientů léčených trombolitiky 1 pacient (1%) uvedl ano, 12 pacientů (14%) označilo možnost ne a 2 pacienti (3%) nevím.

Graf 21 Pocit méněcennosti v důsledku prodělaného infarktu myokardu (k otázce č. 14)



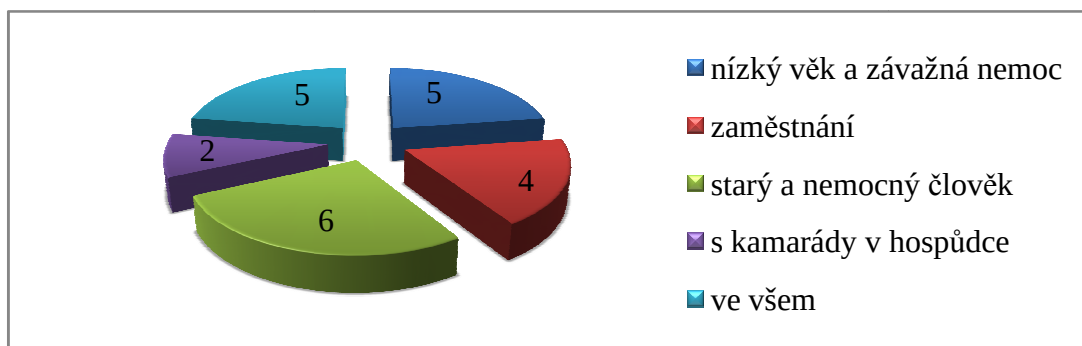
Z grafu 21 vyplývá, že 52 respondentů (60%) nepociťovalo méněcennost v důsledku prodělaného infarktu myokardu. 22 respondentů (26%) méněcennost pociťovalo a 12 respondentů (14%) nevědělo.

Graf 22 Pocit méněcennosti v důsledku prodělaného infarktu myokardu a jeho typu léčby (k otázce č. 14)



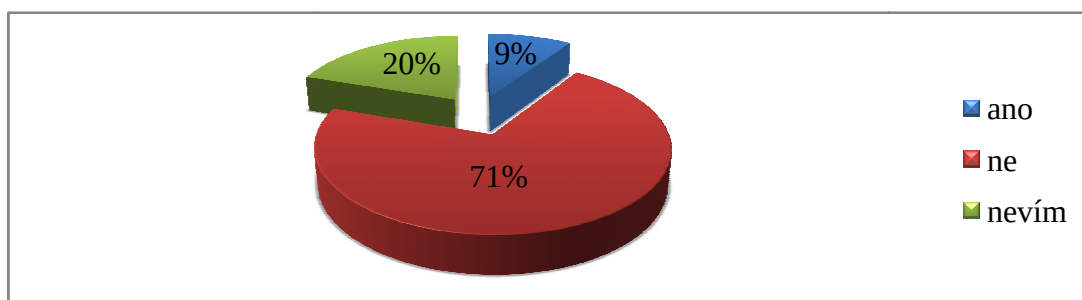
Z celkového počtu pacientů léčených kardiochirurgickou operací (ACB), udalo 22 respondentů (25%), že méněcennost nepociťovalo, 6 respondentů (7%) označilo možnost ano a 5 respondentů (6%) nevím. Z pacientů léčených aplikací stentu jich 26 (30%) uvedlo, že méněcennost nepociťovalo, 9 respondentů (10%) uvedlo, že ano a 3 respondenti (4%) nevěděli. Z pacientů léčených trombolýtiky 7 (8%) méněcennost pociťovalo, 4 pacienti (5%) nepociťovali a 4 pacienti (5%) nevěděli.

Graf 23 Pociť méněcennosti v důsledku prodělaného infarktu myokardu v konkrétních situacích (k otázce 14)



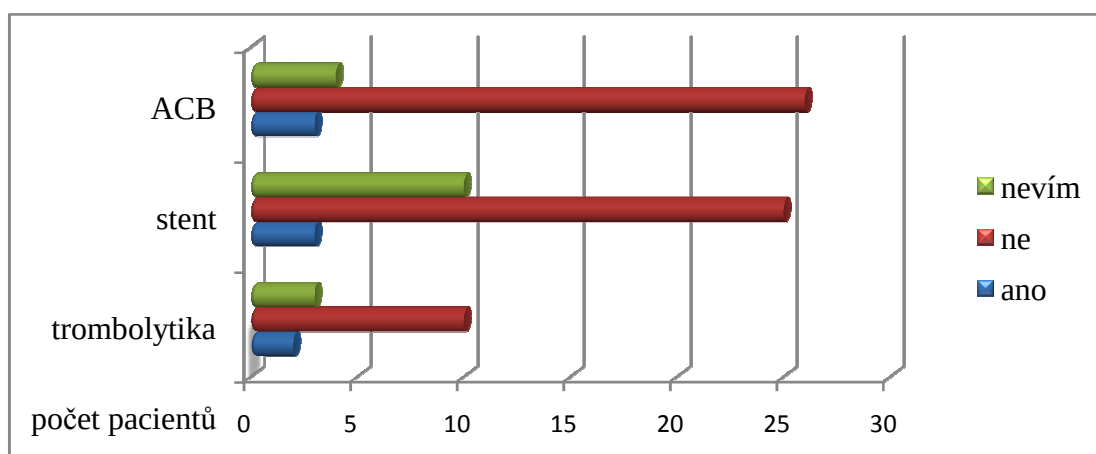
Graf 23 zobrazuje konkrétní pocity méněcennosti. 5 respondentů se cítilo méněcenní vůči vrstevníkům a okolí v souvislosti se svým nízkým věkem a prodělanou závažnou nemocí. 4 respondenti uvedli pocit méněcennosti v zaměstnání, 6 respondentů uvedlo, že příčinou jejich pocitu méněcennosti je jejich vysoký věk a závažná nemoc. 2 respondenti uvedli pocit méněcennosti mezi kamarády v hospůdce. 5 respondentů mělo pocit méněcennosti ve/ při všem.

Graf 24 Vliv infarktu myokardu na navštěvování společnosti (k otázce č. 15)



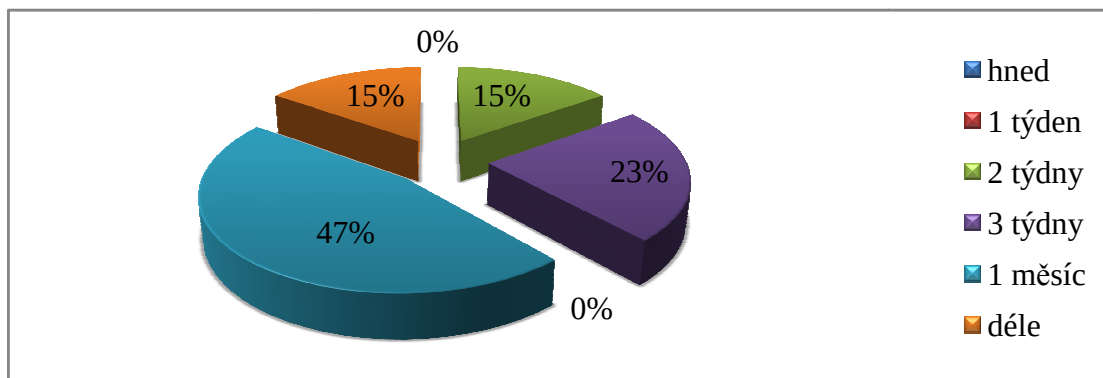
Graf 24 vyjadřuje, že u 61 respondentů (71%) prodělaný infarkt myokardu neměl vliv na navštěvování společnosti, 17 respondentů (20%) uvedlo, nevím a 8 respondentům (9%) prodělaný infarkt myokardu bránil v navštěvování společnosti.

Graf 25 Vliv infarktu myokardu na navštěvování společnosti v souvislosti s typem léčby (k otázce č. 15)



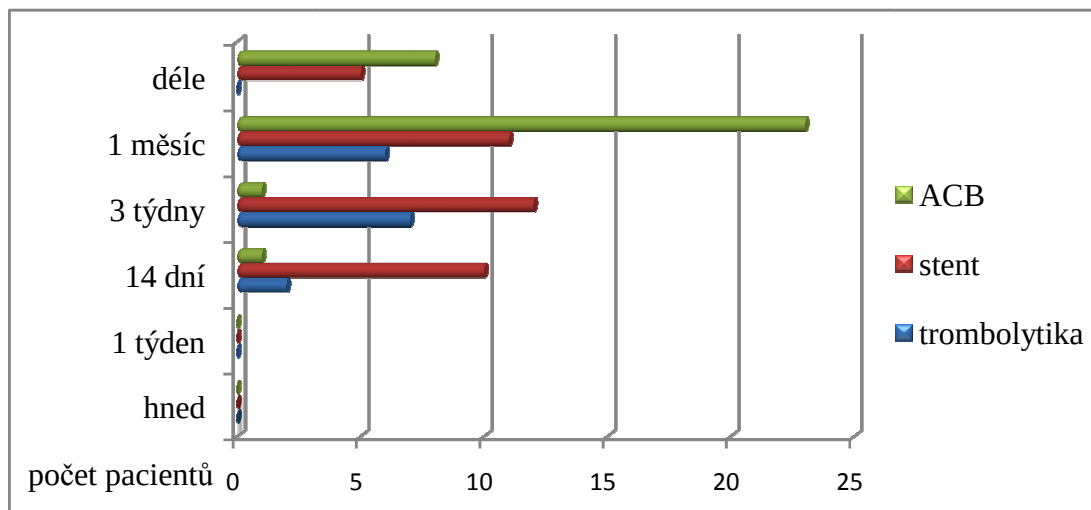
Z Grafu 25 vyplývá, že 26 respondentů (29%) po ACB nemělo potíže s navštěvováním společnosti, 4 respondenti (5%) nevěděli, 3 respondentům (4%) prodělaný infarkt myokardu bránil v navštěvování společnosti. Z celkového počtu 33 pacientů po aplikaci stentu 25 respondentů (28%) uvedlo, že potíže nepociťovalo, 10 respondentů (12%) uvedlo, že neví a 3 respondenti (4%) omezení pociťovali. Z pacientů léčených trombolitiky 10 respondentů (12%) omezení nepociťovalo, 3 respondenti (4%) neví a 2 respondenti (3%) omezení pociťovali.

Graf 26 Opětovné zařazení do „normálního života“ po prodělaném infarktu myokardu (k otázce č. 16)



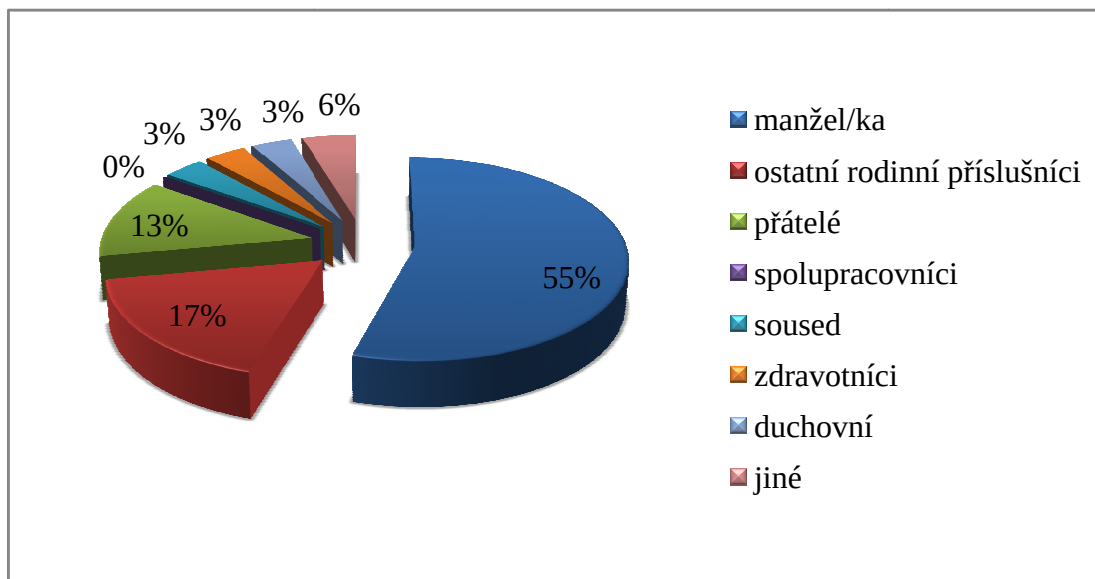
Graf 26 ukazuje, že 40 respondentů (47%) se opět do „normálního života“ zařadilo po 1 měsíci od infarktu myokardu, 20 respondentů (23%) uvedlo možnost 3 týdny, 13 respondentů (15%) uvedlo 2 týdny a 13 respondentů (15%) uvedlo déle než 1 měsíc. Možnost ihned a 1 týden nebyly označeny.

Graf 27 Opětovné zařazení do „normálního života“ po prodělaném infarktu myokardu v souvislosti s typem léčby (k otázce č. 16)



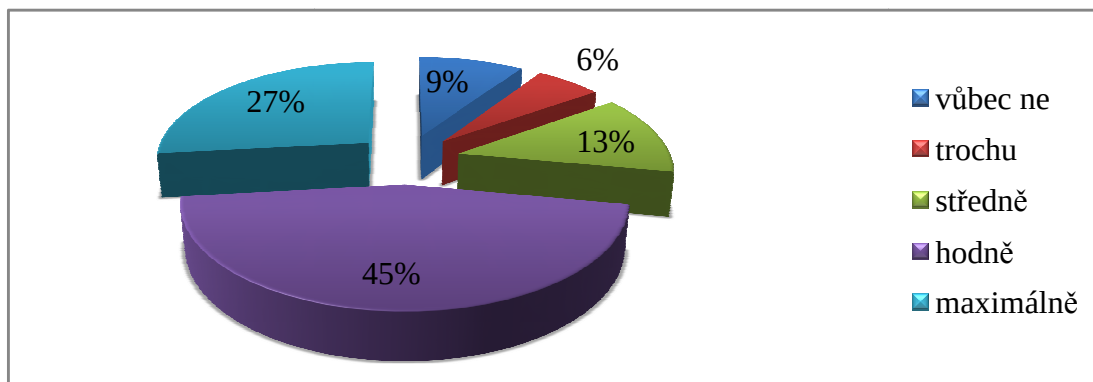
Z pacientů léčených kardiochirurgickou operací se zpět do „normálního života“ vrátilo 23 respondentů (27%) do 1 měsíce, 8 respondentů (9%) uvedlo déle než 1 měsíc, 1 respondent (1%) uvedl 2 týdny a 1 respondent (1%) uvedl 3 týdny. Z pacientů léčených aplikací stentu uvedlo 10 respondentů (11%) 2 týdny, 12 respondentů (14%) uvedlo 3 týdny, 11 respondentů (13%) označilo 1 měsíc a 5 respondentů (6%) déle než 1 měsíc. Z pacientů léčených trombolýtiky 2 respondenti (3%) uvedli 2 týdny, 7 respondentů (8%) uvedlo 3 týdny a 6 respondentů (7%) uvedlo 1 měsíc. Možnosti 1 týden a hned nebyly vůbec uvedeny.

Graf 28 Osoba, která byla respondentům největší oporou v době nemoci (k otázce č. 17)



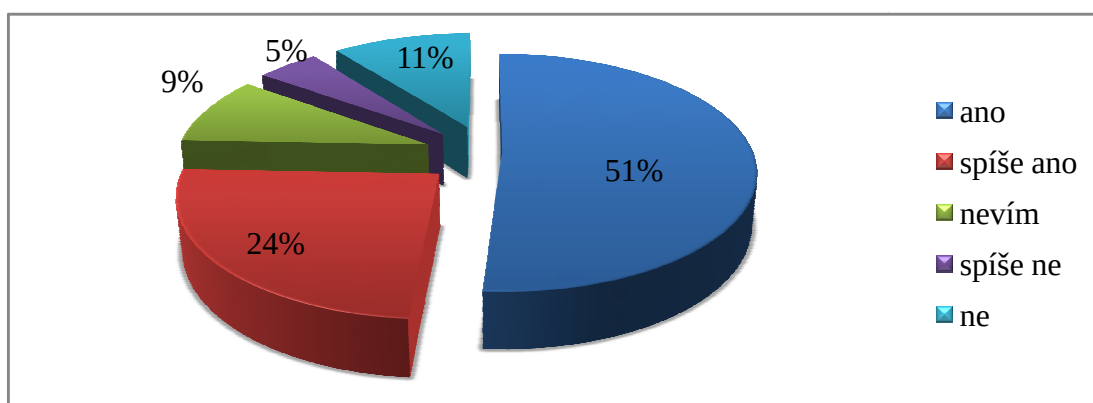
Z Grafu 28 vyplývá, že největší oporou v době nemoci byl/a manžel/ka. Tuto možnost uvedlo 47 respondentů (55%). 15 respondentů (17%) označilo možnost ostatní rodinní příslušníci, 11 respondentů (13%) označilo možnost přátelé. 4 respondenti (6%) uvedli možnost jiné, kde byl/a shodně uveden/a druh/družka. Možnost soused označili 3 respondenti (3%), též možnost zdravotníci označili 3 respondenti (3%) a možnost duchovní byla též shodně uvedena 3 respondenty (3%). Možnost spolupracovníci, nebyla nikým označena.

Graf 29 Spokojenost respondentů s podporou, kterou jim poskytovala rodina (k otázce č. 18)



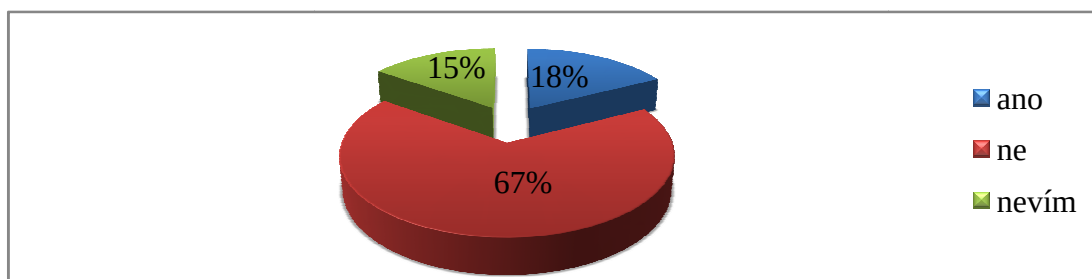
Z Grafu 29 vyplývá, že 39 respondentů (45%) bylo s podporou, kterou jim poskytovala rodina spokojeno hodně, 23 respondentů (27%) bylo spokojeno maximálně, 11 respondentů (13%) bylo spokojeno středně, 8 respondentů (9%) nebylo vůbec spokojeno a 5 respondentů (6%) bylo spokojeno trochu.

Graf 30 Pomoc rodiny v rozhodnutích v oblasti zdravého životního stylu (k otázce č. 19)



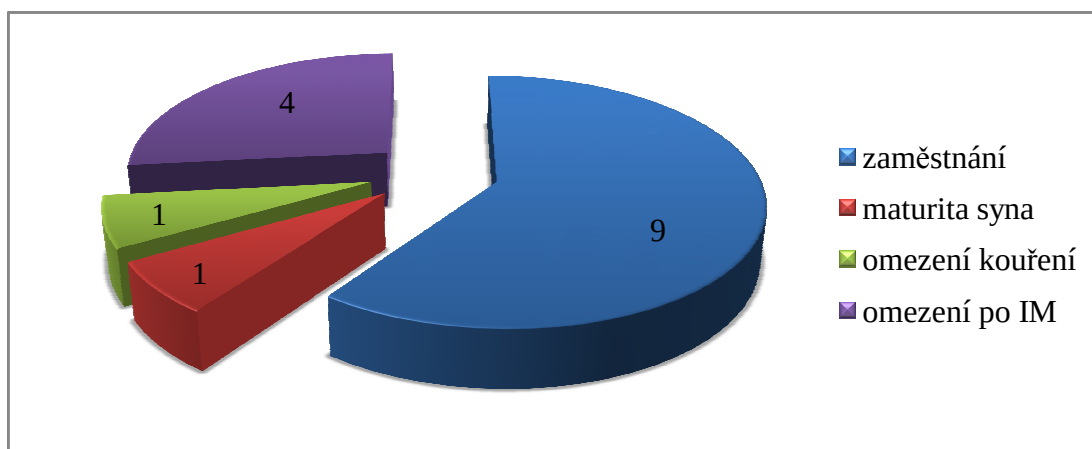
Z Grafu 30 jednoznačně vyplývá, že 44 respondentů (51%) bylo s podporou rodiny v otázkách zdravého životního stylu spokojeno, 21 respondentů (24%) bylo spíše spokojeno, 8 respondentů (9%) nevědělo, 4 respondenti (5%) byli spíše nespokojeni a 9 respondentů (11%) bylo nespokojeno.

Graf 31 Výskyt stresu u respondentů v posledních 4 týdnech (k otázce č. 20)



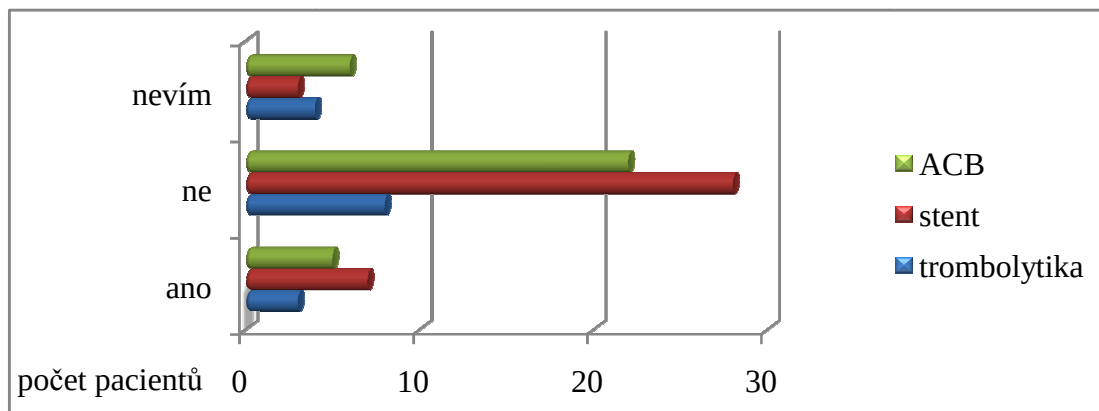
Z Grafu 31 vyplývá, že 58 respondentů (67%) stres nepociťovalo, 13 respondentů (15%) uvedlo, že neví a 15 respondentů (18%) stres v posledních týdnech pociťovalo. O volné odpovědi této otázky vypovídá následující Graf 32.

Graf 32 Konkrétní příčiny stresu u respondentů po prodělaném infarktu myokardu (k otázce č. 20)



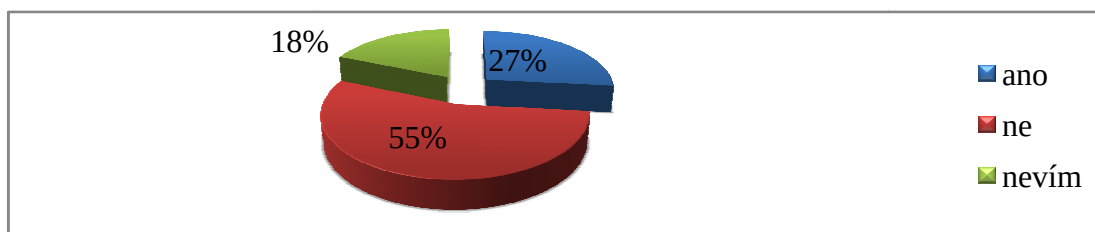
Na podotázku otázky č. 20 odpovídalo 15 respondentů. Z celkového počtu 15 respondentů, 9 respondentů uvedlo stres v souvislosti se zaměstnáním, 1 žena uvedla maturitu syna, 1 respondent uvedl stres v souvislosti s omezením kouření a 4 respondenti uvedli stres v souvislosti s omezeními po infarktu myokardu.

Graf 33 Výskyt stresu u respondentů v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 20)



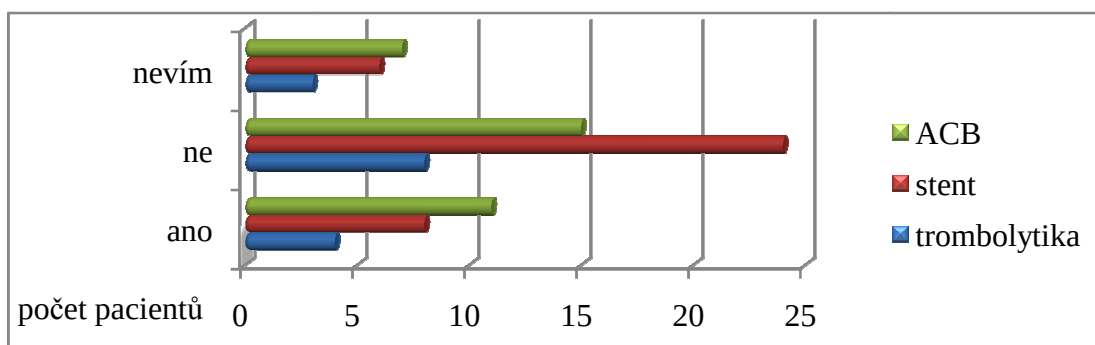
Graf 33 ukazuje, že po léčbě trombolytiky 3 respondenti (4%) pociťovali stres, 8 respondentů (9%) stres nemělo a 4 respondenti (5%) uvedli, že neví. 28 pacientů (32%) po aplikaci stentu stres nepociťovalo, 7 pacientů (8%) stres pociťovalo a 3 pacienti (4%) nevěděli. 22 respondentů (25%) po ACB uvedlo, že stres nepociťovalo, 6 respondentů (7%) uvedlo, že neví a 5 respondentů (6%) uvedlo, že se u nich stres vyskytl.

Graf 34 Výskyt únavy, nedostatku energie v posledních 4 týdnech (k otázce č. 21)



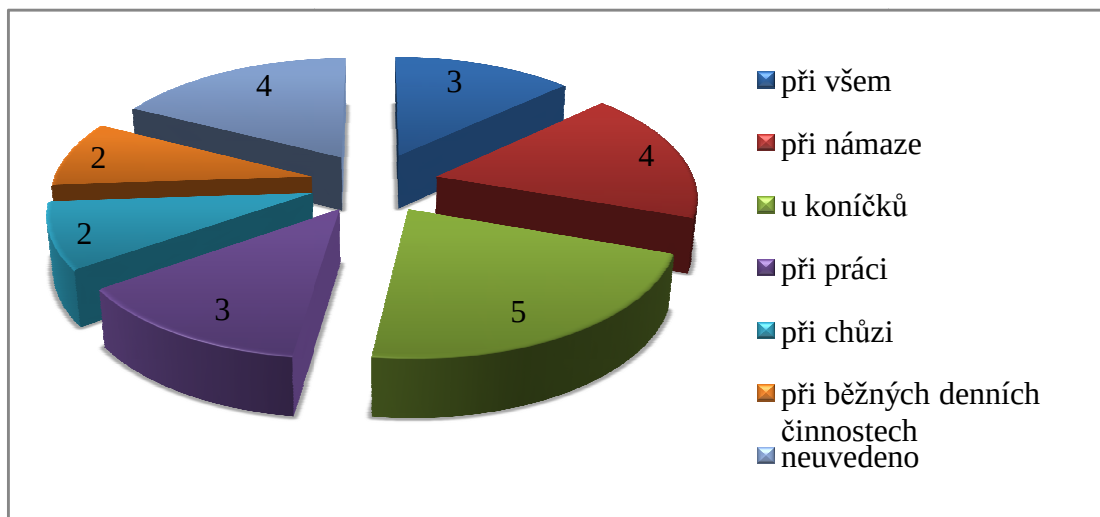
Z Grafu 34 jednoznačně vyplývá, že 47 respondentů (55%) únavu, nedostatek energie v posledních 4 týdnech nepociťovalo. 16 respondentů (18%) uvedlo, že neví a 23 respondentů (27%) únavu nebo nedostatek energie pociťovalo.

Graf 35 Výskyt únavy, nedostatku energie u respondentů v posledních 4 týdnech v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 21)



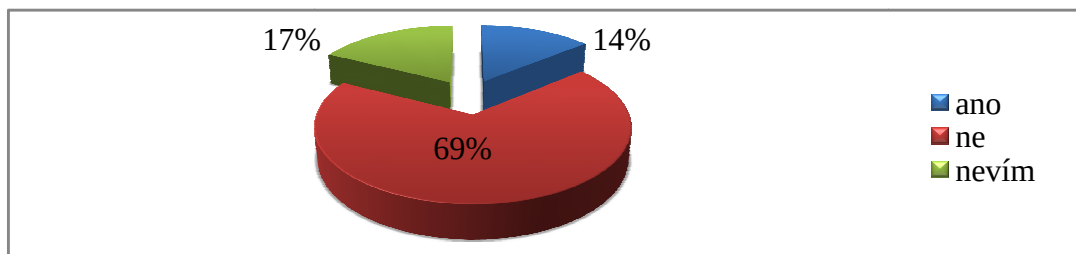
Graf 35 Výskyt únavy, nedostatku energie u respondentů v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu vypovídá, že 7 respondentů (8%) léčených kardiochirurgickou operací uvedlo, že neví, zda pociťovali únavu, 15 respondentů (17%) únavu nepociťovalo a 11 respondentů (13%) únavu pociťovalo. Z pacientů léčených aplikací stentu 24 respondentů (28%) únavu nepociťovalo, 6 respondentů (7%) neví a 8 respondentů (9%) únavu pociťovalo. Z respondentů léčených trombolitiky jich 8 (9%) uvedlo, že únavu nepociťovalo, 3 pacienti (4%) neví a 4 pacienti (5%) únavu pociťovali.

Graf 36 V čem respondenti po infarktu myokardu nejvíce pociťovali únavu (k otázce č. 21)



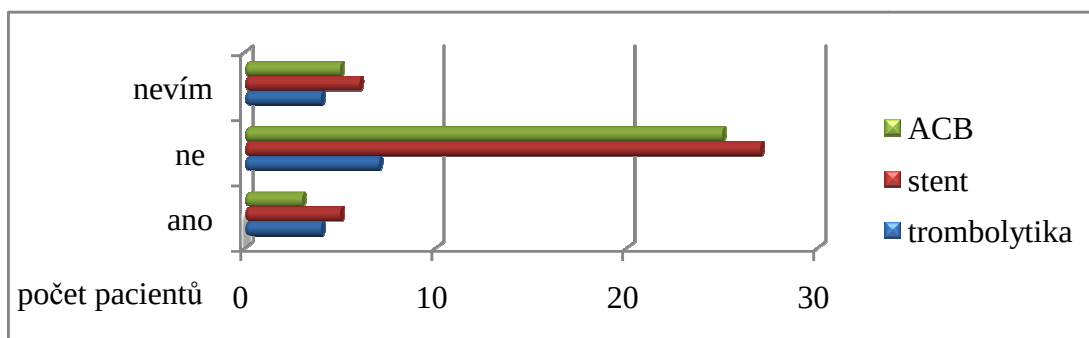
Na podotázku otázky č. 21 odpovídalo 23 respondentů. Graf 36 znázorňuje výskyt únavy při konkrétních činnostech pacientů po infarktu myokardu. 3 respondenti pociťovali únavu při všem, 4 respondenti při zvýšené námaze, 5 respondentů při výkonu svých koníčků, 3 respondenti při práci, 2 respondenti při chůzi, 2 respondenti při výkonu běžných denních činností a 4 respondenti neuvedli konkrétně.

Graf 37 Výskyt smutku či beznaděje u respondentů v posledních 4 týdnech (k otázce č. 22)



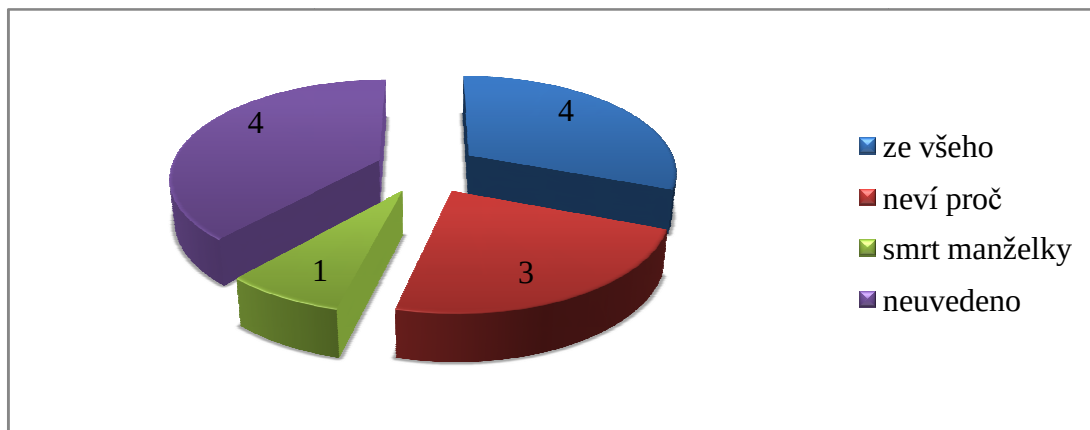
Graf 37 znázorňuje výskyt smutku či beznaděje u respondentů po infarktu myokardu. 59 respondentů (69%) smutek a beznaděj nepociťovalo, 12 respondentů (14%) uvedlo, že smutek pociťovalo a 15 respondentů (17%) označilo možnost nevím.

Graf 38 Smutek či beznaděj u pacientů po infarktu myokardu v posledních 4 týdnech v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 22)



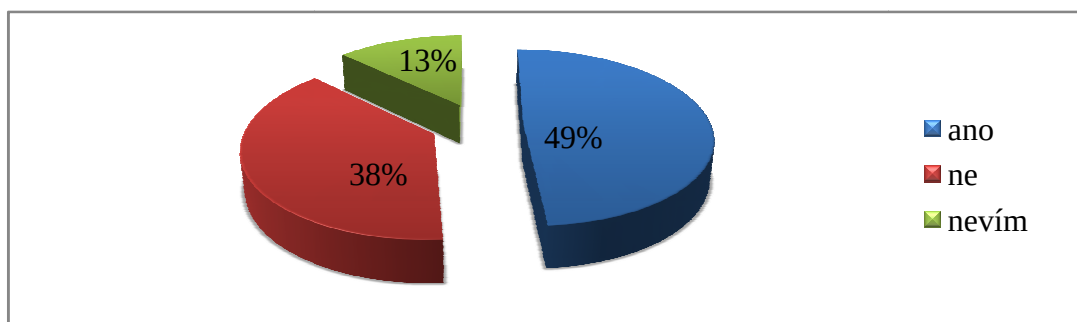
Graf 38 ukazuje, že 4 pacienti (5%) léčení trombolýtiky uvedli, že neví, zda smutek pociťovali, 4 pacienti (5%) uvedli, že smutek pociťovali. A 7 respondentů (8%) uvedlo možnost ne. 27 pacientů (31%) léčených aplikací stentu uvedlo, že smutek nepociťovali, 6 pacientů (7%) nevědělo a 5 respondentů (6%) smutek pociťovalo. Z pacientů léčených kardiochirurgickou operací (ACB) 25 respondentů (29%) smutek nepociťovalo, 5 pacientů (6%) nevědělo a 3 respondenti (4%) smutek pociťovali.

Graf 39 Konkrétní příčiny smutku u respondentů po infarktu myokardu (k otázce č. 22)



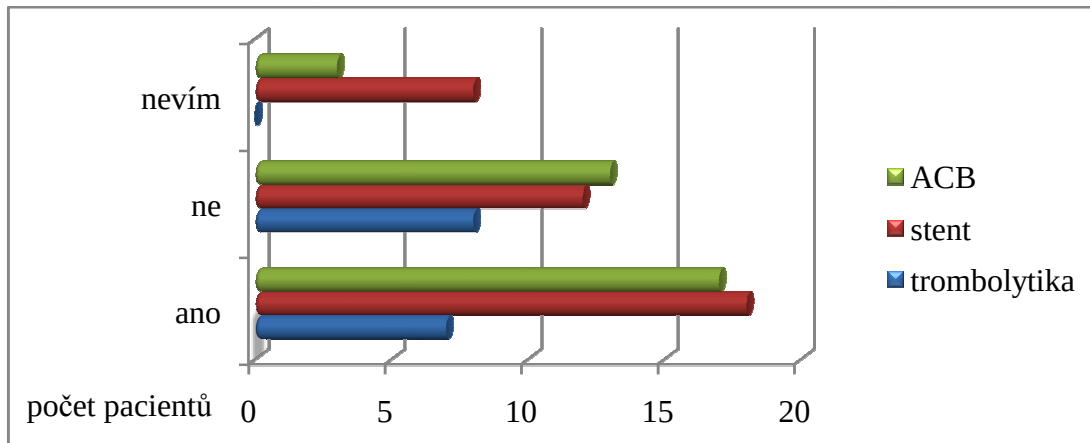
Na podotázku otázky č. 22 odpovídalo 12 respondentů. Graf 39 znázorňuje konkrétní příčiny smutku u respondentů po infarktu myokardu. 4 respondenti uvedli, že smutek pociťovali ze všeho kolem nich, 3 respondenti nevěděli přesně příčinu smutku, 1 respondent cítil smutek v souvislosti s úmrtím manželky a 4 respondenti neuvedli konkrétní příčinu smutku.

Graf 40 Nynější strach respondentů (k otázce č. 23)



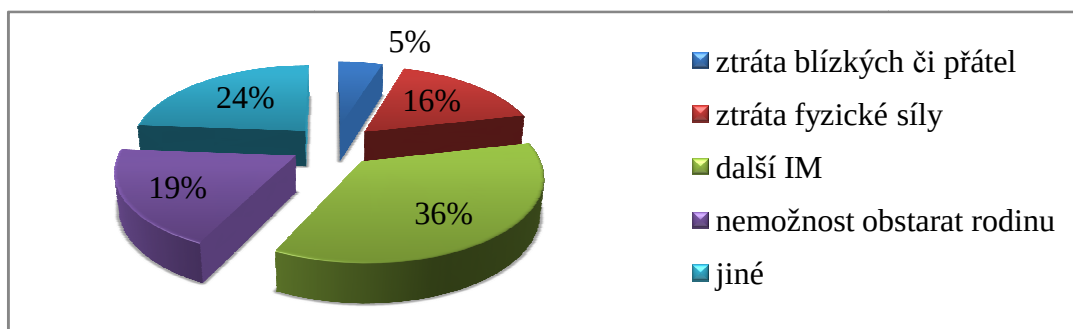
Z Grafu 40 vyplývá, že 42 respondentů (49%) strach pociťovalo, 33 respondentů (38%) strach nepociťovalo a 11 respondentů (13%) nevědělo. Na následující otázku č. 24 odpovídalo 42 respondentů.

Graf 41 Nynější strach respondentů po infarktu myokardu v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 23)



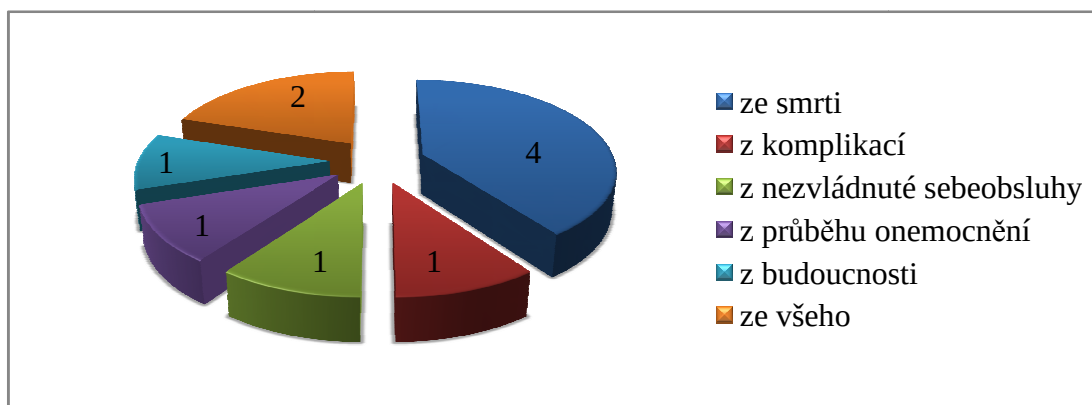
Z Grafu 41 vyplývá, že po aplikaci stentu 18 respondentů (21%) strach pociťovalo, 12 respondentů (13%) strach nepociťovalo a 8 pacientů (9%) uvedlo, že neví. Z pacientů po kardiochirurgické operaci 17 respondentů (20%) strach pociťovalo, 13 respondentů (15%) strach nepociťovalo a 3 respondenti (4%) uvedli, že neví. 7 dotazovaných (8%) z pacientů léčených trombolytiky strach pociťovalo, 8 dotazovaných (9%) strach nepociťovalo.

Graf 42 Příčiny strachu pacientů po infarktu myokardu (k otázce č. 24)



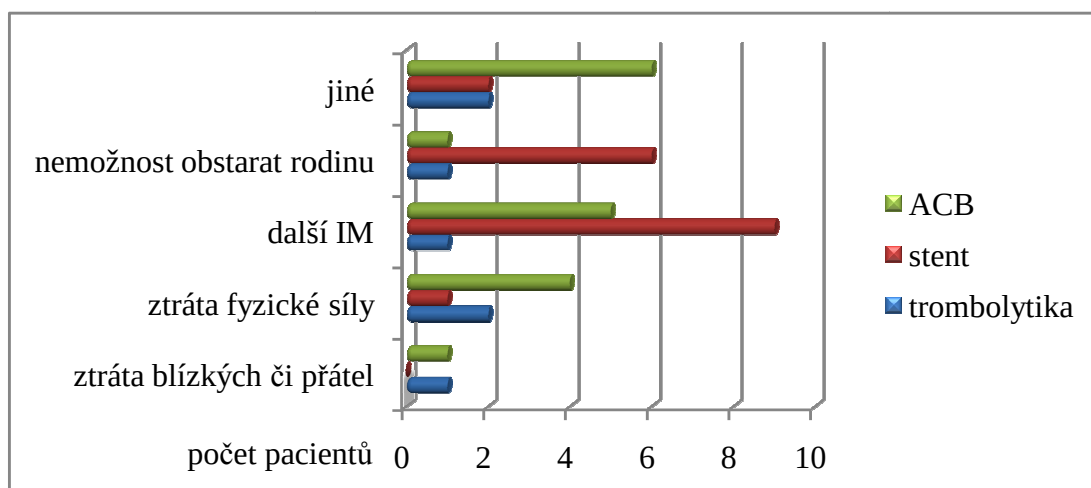
Na otázku 24 odpovídalo 42 respondentů (ti, kteří v předchozí otázce č. 23 uvedli, že trpěli strachem). Z Grafu 42 vyplývá, že 15 respondentů (36%) se bálo případného dalšího IM, 10 respondentů (24%) uvedlo možnost jiné. 8 respondentů (19%) mělo strach, aby obstaralo rodinu. 7 respondentů (16%) se obávalo ztráty fyzické síly, 2 respondenti (5%) se báli ztráty blízkých či přátel.

Graf 43 Jiné příčiny strachu u pacientů po infarktu myokardu (k otázce č. 24)



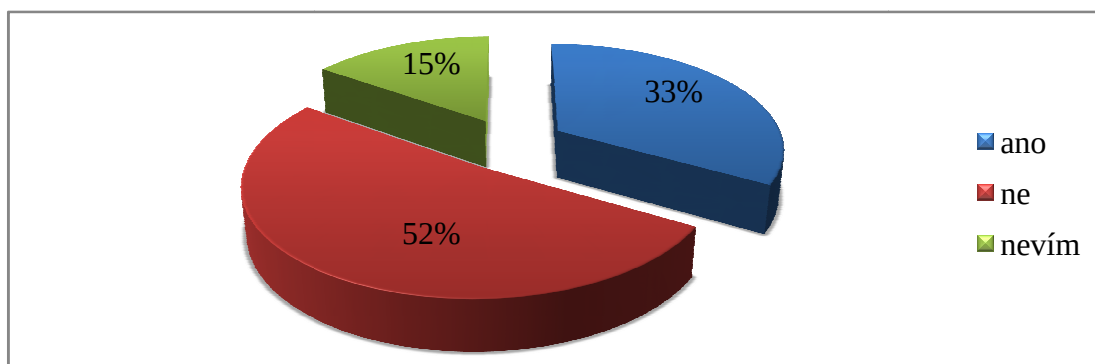
Graf 43 doplňuje otázku č. 24 variantu jiné. 4 respondenti uvedli strach ze smrti, 1 respondent uvedl strach z komplikací, 1 respondent uvedl strach z nezvládnuté sebeobsluhy, 1 respondent uvedl strach z celkového průběhu onemocnění, 1 respondent uvedl strach z budoucnosti a 2 respondenti uvedli strach ze všeho.

Graf 44 Příčiny strachu pacientů v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 24)



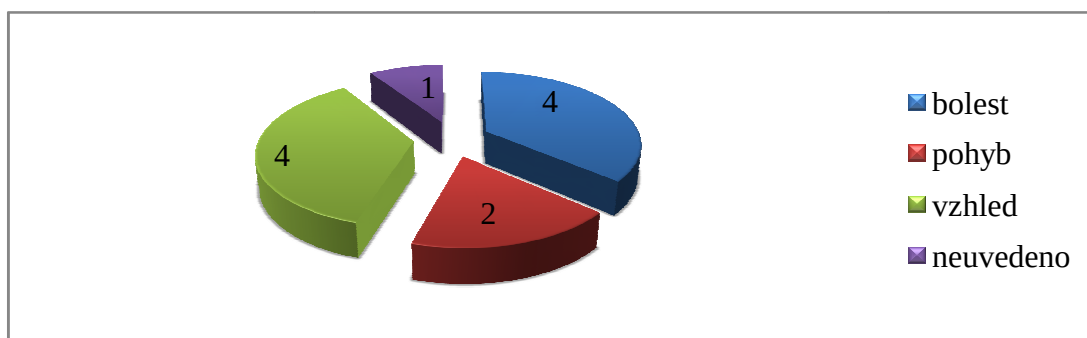
Z pacientů po kardiokirurgické operaci 5 respondentů (11%) uvedlo strach z dalšího infarktu myokardu, 4 respondenti (8%) uvedli strach ze ztráty fyzické síly, 1 respondent (2%) označil strach ze ztráty blízkých či přátel a 1 respondent (2%) označil nemožnost obstarat rodinu. 6 respondentů (14%) označilo možnost jiné. Z respondentů léčených aplikací stentu 9 pacientů (20%) uvedlo strach z dalšího infarktu myokardu, 6 pacientů (14%) uvedlo strach z nemožnosti obstarat rodinu, 1 respondent (2%) uvedl strach ze ztráty fyzické síly a 2 respondenti (4%) uvedli možnost jiné. Z pacientů léčených trombolytiky 1 respondent (1%) uvedl strach ze ztráty blízkých či přátel, 1 respondent (1%) strach z dalšího infarktu myokardu a 1 respondent (1%) uvedl nemožnost obstarat rodinu. Další 2 respondenti (4%) označili ztrátu fyzické síly a 2 respondenti (4%) označili možnost jiné.

Graf 45 Omezení v důsledku operační rány na hrudníku (k otázce č. 25)



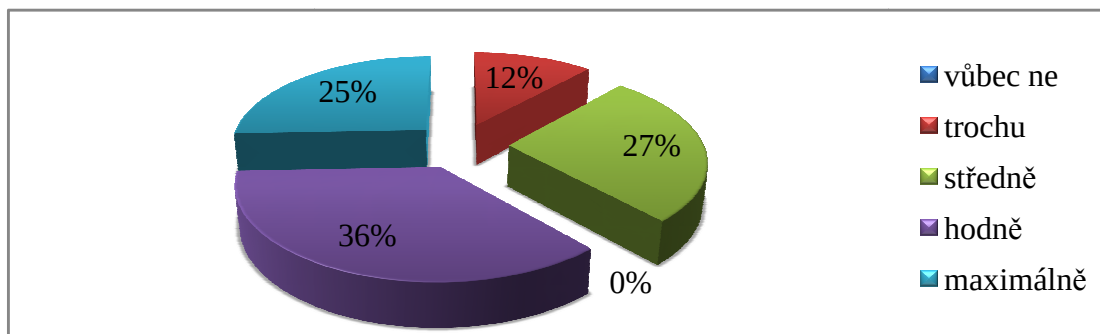
Na otázku 25 odpovídali respondenti po kardiochirurgické operaci (ACB). Celkem na otázku odpovídalo 33 pacientů. 17 respondentů (52%) uvedlo, že jim operační rána nepřinášela žádné omezení. 5 respondentů (15%) nevědělo a 11 respondentů (33%) pociťovalo určité omezení v souvislosti s operační ránou na hrudníku.

Graf 46 Konkrétní omezení v souvislosti s operační ránou na hrudníku (k otázce č. 25)



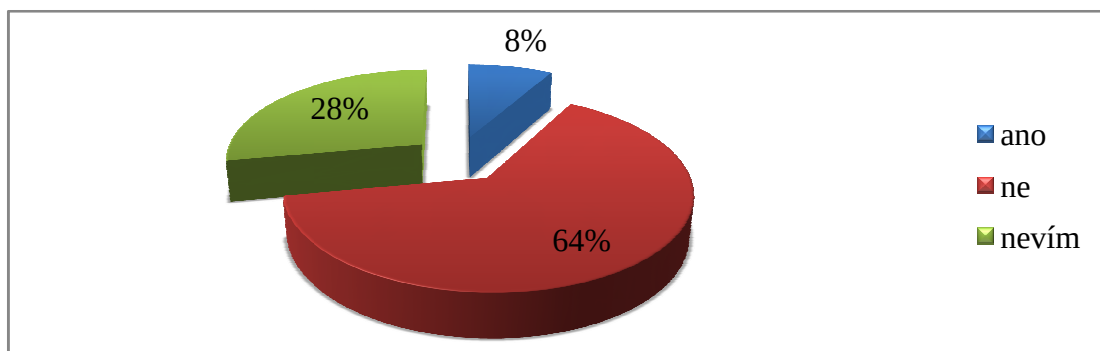
Graf 46 rozvíjí možnost ano z otázky č. 25, kterou si zvolilo 11 respondentů. 4 respondenti uvedli, že pociťovali bolest, 2 respondenti omezení při pohybu, 4 respondenti pociťovali omezení hlavně ve svém vzhledu. 1 respondent konkrétní omezení neuvedl.

Graf 47 Spokojenost pacientů s poskytnutými informacemi o domácím léčení po infarktu myokardu (k otázce č. 26)



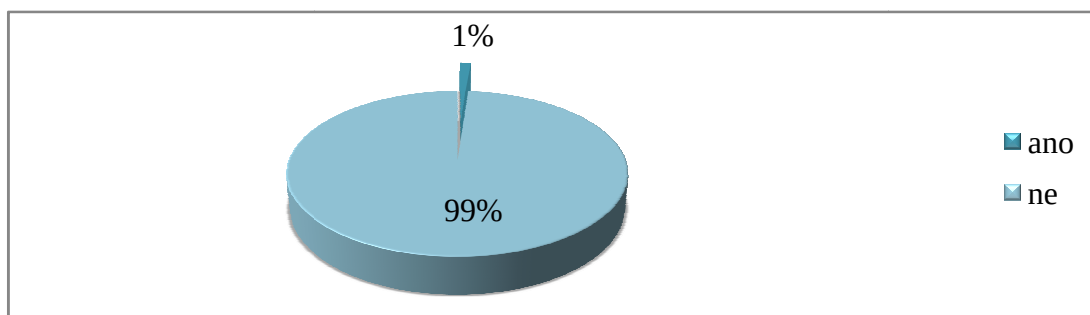
Z Grafu 47 vyplývá, že 31 respondentů (36%) bylo s poskytnutými informacemi o domácím léčení spokojeno hodně, 22 respondentů (25%) bylo spokojeno maximálně, 23 respondentů (27%) bylo spokojeno středně a 10 respondentů (12%) bylo spokojeno trochu, možnost vůbec ne nebyla označena.

Graf 48 Pocit chybění informací (k otázce č. 27)



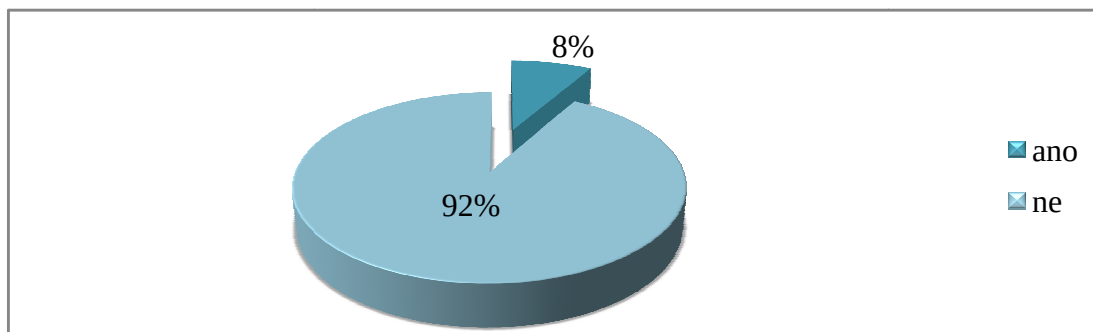
Graf 48 ukazuje, že 55 respondentů (64%) nepocíťovalo žádné chybění informací, 24 respondentů (28%) nevědělo, zda jim nějaké informace chyběly a 7 respondentů (8%) pocit chybění informací mělo. Z těchto 7 respondentů 1 uvedl nedostatek informací ohledně agentury domácí péče, 5 respondentů uvedlo chybění informací ohledně bolesti a 1 respondent měl nedostatek informací o lázeňské péči.

Graf 49 Využití sociální služby po propuštění do domácího léčení (k otázce č. 28)



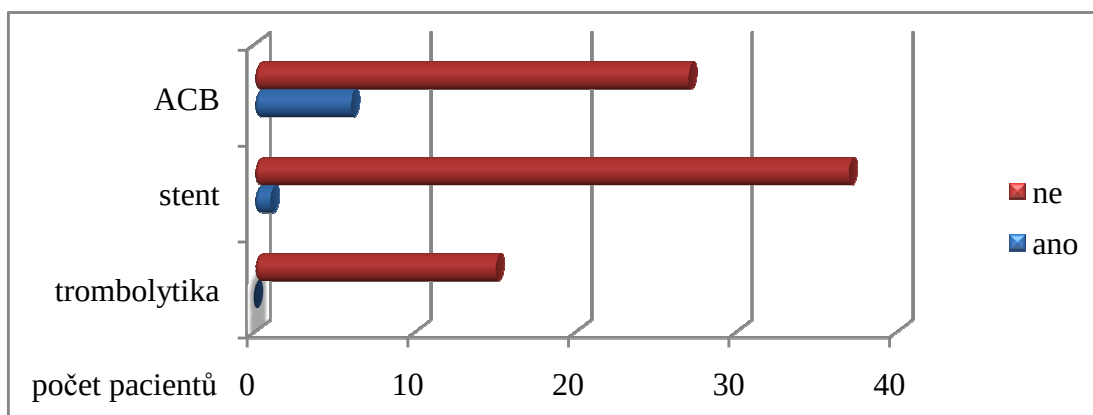
Z Grafu 49 jednoznačně vyplývá, že 85 respondentů (99%) nevyužilo sociální službu ani sociálního pracovníka po propuštění do domácího léčení. 1 respondent (1%) uvedl, že ano. Tento respondent byl po kardiochirurgické operaci.

**Graf 50 Využití Agentury domácí péče po propuštění do domácího léčení
(k otázce č. 29)**



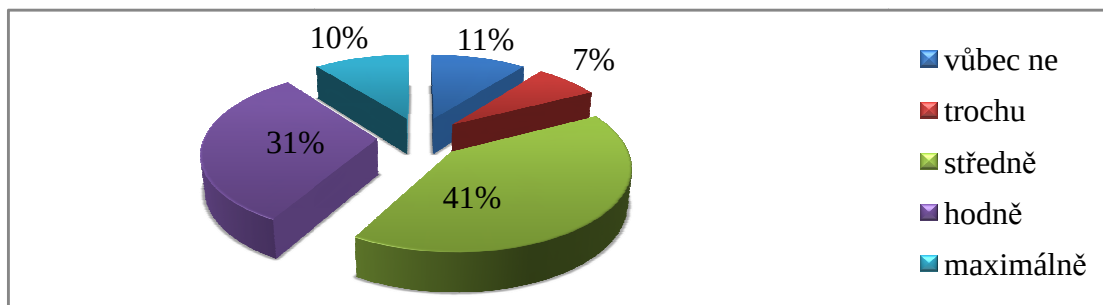
Z Grafu 50 vyplývá, že 79 respondentů (92%) nevyužilo Agenturu domácí péče, 7 respondentů (8%) uvedlo, že ano.

**Graf 51 Využití Agentury domácí péče po propuštění do domácího léčení
v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 29)**



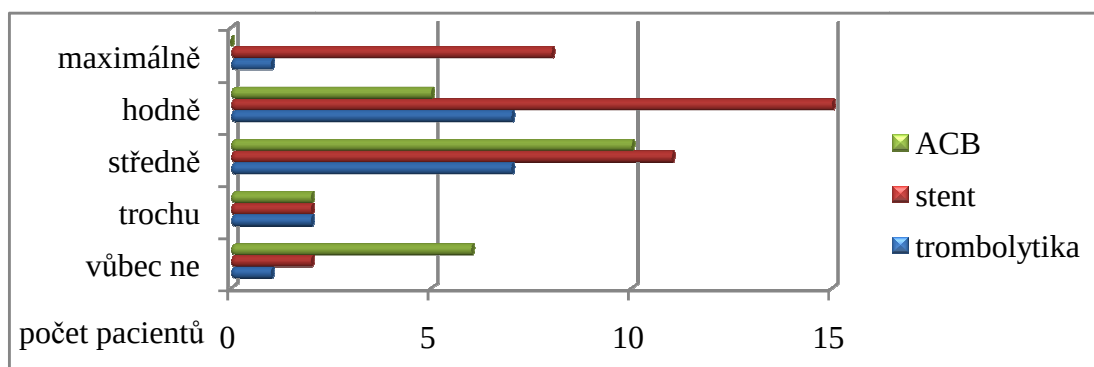
Graf 51 znázorňuje, že 37 respondentů (44%) po stentu, 27 respondentů (32%) po kardiochirurgické operaci a 15 respondentů (18%) léčených trombolytiky Agenturu domácí péče nevyužilo. 1 respondent (1%) po angioplastice (stentu) Agenturu domácí péče využil, též 6 pacientů (7%) po kardiochirurgické operaci.

Graf 52 Příznivá vize budoucnosti respondentů po infarktu myokardu (k otázce č. 30)



Graf 52 vypovídá o tom, že 35 respondentů (41%) vidí svoji budoucnost středně příznivě, 27 respondentů (31%) vidí svoji budoucnost po infarktu myokardu hodně příznivě, 9 respondentů (11%) svoji budoucnost nevidí vůbec příznivě, 9 respondentů (11%) vidí budoucnost maximálně příznivě a 6 respondentů (7%) ji vidí trochu příznivě.

Graf 53 Příznivá vize budoucnosti respondentů po infarktu myokardu v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu (k otázce č. 30)



Z pacientů léčených trombolytiky 7 respondentů (8%) vidí svoji budoucnost hodně příznivě, 1 respondent (1%) ji vidí maximálně příznivě. 4 respondenti (5%) ji vidí středně příznivě, 2 respondenti (3%) pouze trochu a 1 respondent (1%) ji nevidí vůbec příznivě. Z pacientů léčených aplikací stentu svoji budoucnost 15 respondentů (17%) vidí svoji budoucnost hodně dobře, 8 (9%) maximálně příznivě, 11 středně (13%), 2 respondenti (3%) trochu příznivě a 2 respondenti (3%) ji nevidí vůbec příznivě. Z pacientů léčených kardiochirurgickou operací svoji budoucnost vidí 5 respondentů (6%) hodně příznivě, 20 pacientů (23%) středně příznivě a 2 respondenti (3%) ji vidí jen trochu příznivě a 6 respondentů (7%) po ACB ji nevidí vůbec příznivě.

5. Diskuze

Tato práce je zaměřena na specifika psychosociálních potřeb u pacientů po infarktu myokardu. Po překlenutí akutní, život ohrožující fáze infarktu myokardu a uspokojení biologických potřeb, se začíná pacient začíná zajímat o možnosti týkajících se jeho psychosociálních potřeb a opětovné socializace do společnosti. Bohužel se často s těmito problémy a obavami musí vypořádat sami, jelikož jsou již v domácím léčení.

V zadání bakalářské práce z 21. května 2008 je uvedeno, že dotazník bude distribuován pacientům po třech měsících (1. kontrola) po akutním infarktu myokardu. Jelikož se během roku 2008 zkrátila doba 1. kontroly po aortokoronárním by-passu ze tří měsíců na jeden, byly dotazníky distribuovány pacientům během prvního měsíce po prodělaném akutním infarktu myokardu. Pacienti po léčbě trombolitiky a PTCA s aplikací stentu obdrželi dotazníky v prvních třech měsících od prodělaného infarktu myokardu (1. kontrola).

Prvních 6 otázek dotazníku bylo identifikačních, ostatní otázky byly zaměřené na psychosociální potřeby pacientů po prodělaném infarktu myokardu.

Sledovaný soubor tvořili pacienti Kardiocentra Nemocnice České Budějovice, a.s. při jejich první kontrole po prodělaném infarktu myokardu v kardiologické (pacienti po trombolytické léčbě a po PTCA) a kardiochirurgické ambulanci (pacienti po ACB).

Ze zkoumaného vzorku 86 pacientů bylo 64% mužů a 36% žen (Graf 1). Špinar (36) ve své publikaci uvádí, že průměrný věk pacientů postižených akutním koronárním syndromem (kam se také řadí akutní infarkt myokardu) vzrostl od roku 1995 z 59,3 let na 60,9 let v roce 2006. Tato věková skupina byla v našem šetření též nejvíce zastoupena. Z našeho výzkumu vyplynulo, že 38% respondentů po infarktu myokardu bylo ve věku 60 – 74 let, ve věkové kategorii 45 – 59 let bylo 37% respondentů (Graf 3). Adámková (1) ve své publikaci uvádí, že mezi neovlivnitelné faktory kardiovaskulárních chorob patří i pohlaví a vyšší věk pacientů. Z výzkumu vyplývá, že bylo infarktem postiženo více mužů (64%) než žen (36%), (Graf 1). Z ovlivnitelných

faktorů Adámková (1) například uvádí kouření, špatný životní styl, nevhodnou fyzickou a psychickou aktivitu (viz dále).

Dále z šetření vyplynulo, že nejvíce (38%) pacientů dosáhlo středního vzdělání s maturitou, 35% respondentů mělo střední vzdělání bez maturity, 18% respondentů bylo vysokoškolsky vzděláno a 9% z dotazovaných mělo základní vzdělání (Graf 5).

První hypotéza předpokládala, že *pro pacienty po infarktu myokardu je nejčastější oporou rodina*. Tato hypotéza byla potvrzena na základě otázek č. 4, 17, 18, 19, 28 a 29. Odpovědi na tyto otázky prokázaly, že 48 respondentů (56%) z celkového počtu dotazovaných žilo po infarktu myokardu s manželem nebo manželkou, 5 respondentů (6%) žilo s druhem nebo s družkou (Graf 6). Výsledky výzkumu též potvrdily, že pro 55% z pacientů je nejčastější oporou manžel nebo manželka, pro 17% z pacientů jsou oporou ostatní rodinní příslušníci a v neposlední řadě 6% respondentů označilo za svoji oporu druhu nebo družku (Graf 28). Z dotazovaných respondentů bylo s celkovou podporou od rodiny spokojeno 45% z pacientů (Graf 29). Rodina představuje pro pacienta přirozené prostředí, které ho nepochybně stimuluje a ovlivňuje v rozhodnutích, týkající se jeho životního stylu. Z otázky číslo 19 vyplývá, že v této oblasti bylo 51% respondentů s podporou od rodiny spokojeno a jen 11% z respondentů bylo nespokojeno (Graf 30). Proto funguje-li rodina dostatečně a je-li dobrá podpora a motivace v rodině, je pro pacienta mnohem jednodušší změnit svůj dosavadní životní styl, což bývá po infarktu myokardu více než žádoucí.

S první hypotézou souvisely také otázky č. 28 a 29, týkající se Agentury domácí péče (Graf 50, 51) a sociálního pracovníka (Graf 49). Sociálního pracovníka využil jen jediný respondent po kardiochirurgické operaci. Agenturu domácí péče nevyužilo 92% respondentů, 8% respondentů Agenturu domácí péče využilo, kdy převážná většina pacientů byla též po kardiochirurgické operaci. Z tohoto šetření vyplynulo, jak první hypotéza předpokládala, že pro pacienty po infarktu myokardu je nejčastější oporou rodina.

K druhé hypotéze, že *změna životního stylu patří mezi nejčastější problémy pacienta po infarktu myokardu*, sloužila analýza dat z otázek č. 6, 12 a 20. Každý pacient po infarktu myokardu, než je propuštěn z nemocnice do domácího léčení, je

sestrou a lékařem řádně informován, o tom, „co smí a co nesmí, co musí bezpodmínečně dodržovat“, aby jeho doléčení bylo úspěšné. Otázkou č. 6 bylo zjištěno, že 58 % respondentů po infarktu myokardu nekouří, ale 42 % respondentů i nadále kouří (Graf 8), toto potvrzuje i Špinar (36) ve své publikaci, kde uvádí, že po infarktu myokardu kouří stále velké procento pacientů. Pacienti si neuvědomují, nebo spíše koketují s možností, že jsou i nadále nemocní a že se infarkt myokardu může opakovat. Bultas ve svém článku, Péče o nemocného po infarktu myokardu (4), uvádí, že kouření stále představuje jeden z nejsilnějších rizikových faktorů pro vznik a progresi ischemické choroby srdeční. Abstinence kouření je vysoce efektivní a nejlacinější prostředek, který zabraňuje a snižuje progresi koronární aterosklerózy či vznik komplikací po infarktu myokardu. Je dokázáno, že zanechání kouření má kladný vliv na celkový pokles mortality až o 36% již po prvním roce abstinence (4).

Další otázka výzkumu se týkala konkrétního doporučení, které představuje pro pacienty po infarktu myokardu největší problém v jeho dodržování. Z výsledků vyplynulo, že pro 56% z respondentů po infarktu myokardu je největším problémem změna životního stylu, pro 17% z respondentů je problém nestresovat se a 9% respondentů obtížně zvládá pravidelné užívání léků, v možnosti jiné byl také uveden, jako problém abstinence sexu (Graf 17, 18). Špinar (35) ve své publikaci uvádí, že se pacient po nekomplikovaném infarktu myokardu může k pravidelnému sexuálnímu životu vrátit za 7-10 dní. Dále také Špinar, Vítovec (36) ve své publikaci, Pacienti po infarktu nechtějí být zdraví, uvádí, že pacient zklamal v otázkách změny životního stylu, jelikož je informován dostatečně, ale on sám změnu „nechce“. Bultas (4) zase uvádí, že jakýkoliv zásah do životního stylu a životosprávy musí respektovat osobnost pacienta, který musí být do problematiky plně zapojen, neboť jen tak se může předpokládat pacientova spolupráce, ale nesmí se tímto zásahem zlomit nebo zploštit jeho život. Příznivé ovlivnění jednoho faktoru se často odrazí ve více oblastech (například: úprava pohybového režimu, dietního opatření a redukce tělesné hmotnosti příznivě působí na hypertenzi, diabetes mellitus, hladinu lipidů a aterosklerózu tepen). Důležitou roli zde hraje i rodina pacienta, která by ho měla nejen podporovat, ale hlavně se na jeho léčbě aktivně podílet. Pacienti se musí naučit o sebe správně pečovat,

sportovat, držet si optimální tělesnou hmotnost a také nekouřit. Pokud sám pacient nechce, nepomůže ani erudovaný lékař či sestra. Proto je třeba vyvinout maximální úsilí v primární a sekundární prevenci a hlavně přesvědčit pacienty po infarktu myokardu ke spolupráci ve změně jejich dosavadního životního stylu a ne jen předepsat vhodnou medikaci, která nebude ze strany pacienta ničím podpořena (33, 36). Otázka č. 20 souvisela i se třetí hypotézou, proto je v diskuzi rozebrána později. Z tohoto šetření vyplynulo, že změna životního stylu patří mezi nejčastější problémy pacienta po infarktu myokardu a tím byla druhá hypotéza potvrzena.

Třetí hypotéza předpokládala, že *saturace vyšších potřeb proběhne dříve u skupiny pacientů léčených konzervativním způsobem než u skupiny pacientů léčených chirurgickým způsobem*. Tato hypotéza byla z otázek č. 9, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 26 a 30 vyvrácena.

Léčba akutního infarktu myokardu je buď neinvazivní (trombolytická), miniinvazivní (PTCA s aplikací stentu) či invazivní (kardiochirurgická operace). Adams, Harold (2) a Kolář (19) ve svých publikacích uvádějí, že trombolytická léčba je léčbou první volby v prvních hodinách od začátku potíží, v delších časových intervalech se přistupuje k PTCA a v poslední řadě ke kardiochirurgické operaci by – *passem*. Vše je ovlivněno také zdravotním stavem a věkem pacienta. Z našeho výzkumu vyplynulo (Graf 11, doplňuje též Graf 2), že nejvíce respondentů bylo léčeno PTCA s aplikací stentu (44%), dále kardiochirurgickou operací (38%), nejméně pacientů bylo léčeno trombolytiky (18%). Mnoho studií dokázalo, že PTCA má v současnosti velký podíl na redukci mortality a na snížení výskytu komplikací po infarktu myokardu ve srovnání s trombolytickou léčbou (36). V souvislosti s typem léčby infarktu myokardu koresponduje i následná kvalita života pacientů po propuštění do domácí péče. Kardiochirurgická operace je sama o sobě velkou zátěží pro organismus, což může negativně ovlivňovat kvalitu života pacientů po propuštění do domácí péče a jejich opětovnou resocializaci do společnosti. Kvalitu života po propuštění do domácí péče nemohlo 44% respondentů označit ani za dobrou tak ani za špatnou, 33% respondentů ji shledalo za dobrou a 16% respondentů za velmi dobrou, 1 respondent ji hodnotil za velmi špatnou a 6% respondentů za špatnou (Graf 12, 13). Z šetření také

vyplývalo, že pacienti po trombolytické léčbě a PTCA s aplikací stentu hodnotí svoji kvalitu života optimističtěji než pacienti po kardiochirurgické operaci (Graf 13). Kardiochirurgická operace s sebou přináší náročné pooperační období, delší hospitalizaci, pacienti jsou vystaveni bolestivosti na hrudníku, operační rána narušuje také celkový vzhled, pacienti se musí halit, mnoho z nich se za ránu může stydět. Pacienti po kardiochirurgické operaci mají a musí dodržovat více omezení a nařízení, což zásadně narušuje, popřípadě snižuje jejich kvalitu života.

Infarkt myokardu představuje velkou zátěž na celý organismus člověka, který se s ní musí v poměrně krátké době vyrovnat. Z Grafu 14 vyplývá, že 51% pacientů žádné omezení v souvislosti s nynějším zdravotním stavem nepociťovalo a 41% respondentů určité omezení v domácím léčení cítilo. Z těchto 41% respondentů jich 15 uvedlo, že největší omezení pociťovali při výkonu běžných denních činností (nakupování, vaření, péči o domácnost), 9 respondentů jejich nynější zdraví omezovalo při zvýšené tělesné námaze, 5 dotazovaných pacientů pociťovalo omezení při trávení volného času a 3 dotazovaní uvedli, že je zdravotní stav omezoval hlavně v zaměstnání, 3 respondenti v možnosti jiné uvedli jak běžné denní činnosti, zaměstnání, tak volný čas (Graf 15, 16). Člověk je tvor společenský, aktivní, který je od malička svými rodiči a společností vychováván k samostatnosti, soběstačnosti a sebekpěči, proto je pro člověka důležité, aby toto mohl vykonávat i po tak závažné nemoci a nebyl ničím omezován (40).

Otázkou č. 13 bylo zjišťováno, zda pacienti po infarktu myokardu po propuštění do domácího léčení cítili osamělost, samotu. 69% respondentů samotu v domácím léčení necítilo (Graf 19, 20). Tyto výsledky lze doplnit i Grafy 28, 29, kde 55% z respondentů označilo jako blízkou osobu manžela nebo manželku a 6% z respondentů uvedlo druhu nebo družku.

Otázka č. 14 byla zaměřena na pocity méněcennosti u pacientů v důsledku prodělaného infarktu myokardu. Tress (38) ve své publikaci uvádí, že reaktivní změnou ve fázi po infarktu je strach vycházející ze ztráty uznání od druhých jedinců (pocit méněcennosti). Z Grafu 21, 22 a 23 je patrné, že pacienti po infarktu myokardu v domácím léčení v 60% pocity méněcennosti netrpěli. Čtvrtina (26%) respondentů „určitou“ méněcennost během posledních několika týdnů pociťovala. Ve volné

odpovědi otázky č. 14 respondenti řadili mezi nejčastější příčiny svého pocitu méněcennosti „poměrně mladý věk“ na infarkt myokardu, pocit méněcennosti v zaměstnání, 5 respondentů mělo pocit méněcennosti ve všem a 2 respondenti pociťovali méněcennost i mezi svými kamarády v hospůdce (Graf 23).

Člověk je tvor společenský, i když si to mnohdy nepřipouští, je svým způsobem na společnosti závislý. Člověk společnost potřebuje a jakékoliv narušení či omezení v jejím svobodném navštěvování má negativní vliv na psychiku, ale i fyzickou stránku člověka (40). Z celkového počtu 86 dotazovaných respondentů s navštěvováním společnosti po infarktu myokardu 71% nemělo potíže, 9% respondentů uvedlo, že občas nějaké potíže zaznamenalo (např. při tanci, hlučné zábavě) a 20% z respondentů neví, zda se u nich potíže s navštěvováním společnosti vyskytly či ne (Graf 24, 25).

Další otázky se týkaly zpětného návratu jedince do „normálního“ života. Grafy 26 a 27 ukazují, že se 47% respondentů vrátilo k „normálnímu“ životu v průběhu 1 měsíce a 23% respondentů v průběhu 3 týdnů od infarktu myokardu. Opětovné zařazení závisí také na typu léčby infarktu myokardu, kdy se dříve do „normálního“ života vrací respondenti po konzervativním a miniinvazivním řešení infarktu myokardu, než pacienti po zcela invazivní léčbě (Graf 26, 27). Jak bylo již výše zmíněno, zůstávají pacienti po kardiochirurgické operaci a při nekomplikovaném pooperačním průběhu v nemocnici 10 až 14 dní, ale často je tento pobyt prodloužen, neboť pacienti po ACB jsou starší věkové kategorie a proces zotavování je pomalejší, objevuje se také mnohem více komplikací, které s sebou přináší samotná operace, ale i vyšší věk respondentů.

Otázky č. 20, 21, 22, 23 byly zaměřeny na výskyt stresu, únavy, smutku, beznaděje a také na pocity strachu v průběhu posledních 4 týdnů před 1. kontrolou v nemocnici. Špinar (35) ve své publikaci uvádí, že je vhodné se v prvních měsících po infarktu myokardu vyvarovat stresu, spíše relaxovat a odpočívat. Správný a pravidelný pohyb zlepší nejen kondici pacienta, sníží únavu, ale také výrazně sníží výskyt stresu. Důležité je cvičit intenzivně, dlouhodobě, pravidelně, ale hlavně pro radost. Neboť jakýmkoliv pohybem se odbourává stres, který jinak při dlouhodobém působení vede až k depresím pacienta, což opět negativně ovlivňuje jeho psychický, ale i fyzický stav (4, 35). Z našeho výzkumu vyplývá, že 67%

respondentů stres nepociťovalo a 18% respondentů stres pociťovalo, což jsou pro nás uspokojivé výsledky (Graf 31). Z Grafu 32 vyplynulo, že z respondentů, kteří stres pociťovali, byl infarkt myokardu příčinou stresu pouze u 4 z nich. Nejčastější příčinou stresu u respondentů bylo jejich zaměstnání. Výskyt stresu po infarktu myokardu dle typu léčby zaznamenalo nejvíce pacientů po PTCA s aplikací stentu (Graf 33). Následující otázkou č. 21 bylo zjištěno, že 55% z respondentů nepociťovalo v domácím léčení po infarktu myokardu ani únavu, 27% respondentů únavu pociťovalo (Graf 34, 35, 36). Graf 35 ukazuje, že nejvíce pacientů, kteří pociťovali únavu, bylo po kardiochirurgické operaci. Zde svoji roli hraje především velký invazivní zásah do organismu člověka a vyšší věk operovaných pacientů. Tito respondenti únavu pociťovali hlavně při zvýšené námaze, při výkonu svých koníčků, v zaměstnání, při výkonu běžných denních činností a někteří respondenti uvedli pocity únavy „při všem“ (Graf 36).

Další otázky týkající se třetí hypotézy byly zaměřeny na výskyt strachu u respondentů po infarktu myokardu. Zacharová (40) ve své publikaci uvádí, že strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky vznikající z pocitu ohrožení. Trachtová (37) a Šimon (33) uvádí, že strach má velmi reálný obsah, že se člověk nejčastěji bojí nemoci, ztráty zaměstnání, neúspěchu, obává se o životního partnera nebo o své děti. Z výzkumu vyplynulo, že 49% respondentů po infarktu myokardu v domácím léčení strach pociťovalo a 33% respondentů strach nemělo (Graf 40, 41, 42, 43, 44). Největší výskyt strachu byl u pacientů léčených PTCA s aplikací stentu. Dá se předpokládat, že tyto výsledky korespondují s nižší věkovou kategorií pacientů a jejich aktivnějším (produktivnějším) životem, než je tomu u pacientů po kardiochirurgické operaci. Nejčastější příčinou strachu byl dle šetření další infarkt myokardu (Graf 42). Otázka zjišťující strach byla polootevřená a respondenti v možnosti jiné mohli uvést jinou příčinu strachu, než jim bylo v dotazníku možnostmi nabídnuto. Z 10 respondentů, kteří si zvolili možnost jiné, 4 pacienti uvedli jako příčinu strachu smrt (Graf 44). Přesto, že se respondenti bojí smrti a dalšího infarktu myokardu změnit svůj životní styl nedokážou!

Další otázka výzkumu byla zaměřena na pocity smutku a beznaděje u pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Z celkového počtu 86 respondentů 69% pacientů smutek ani beznaděj nepociťovalo, 14% respondentů smutek a beznaděj pociťovalo (Graf 37, 38, 39). Z Grafu 38 vyplývá, že nejčastěji smutek a beznaděj pociťovali pacienti po PTCA s aplikací stentu.

Dá se předpokládat, že typ léčby na saturaci psychosociálních potřeb (a následně na výskyt strachu, stresu, únavy, smutku, beznaděje a méněcennosti) nemá výrazný vliv. Neboť se stres vyskytoval u všech typů léčby infarktu myokardu relativně stejně (Graf 33). Únava se vyskytovala častěji u pacientů léčených kardiochirurgickou operací (Graf 35). Tyto výsledky nejspíše souvisí s vyšším věkem pacientů, neboť ACB prodělalo 28 respondentů nad 60 let. Výskyt strachu v souvislosti s typem léčby infarktu myokardu je relativně stejný jak u pacientů po aplikaci stentu (21%), tak u pacientů po ACB (20%), (Graf 41). Smutek, beznaděj a samota se u pacientů po infarktu myokardu vyskytovala bez ohledu na typ léčby také relativně stejně (Graf 38, 20). Z analýzy výsledků vyplynulo, že druh léčby měl vliv na dobu vrácení se pacientů do běžného života a promítnul se také do hodnocení kvality života po prodělaném infarktu myokardu. Dříve se do „normálního“ života navraceli pacienti po neinvazivní a miniinvazivní léčbě infarktu myokardu, než pacienti, kteří prodělali kardiochirurgickou operaci (Graf 27). Toto nepochybně koresponduje i vyšším věkem pacientů, kteří prodělali kardiochirurgickou operaci. Z šetření vyplynulo, že saturace vyšších potřeb neproběhne dříve u skupiny pacientů léčených konzervativním způsobem než u skupiny pacientů léčených chirurgickým způsobem.

Otázkou č. 25 bylo zjišťováno, zda operační rána na hrudníku přináší pacientům po kardiochirurgické operaci nějaké omezení (Graf 45). Dominik (7) i Šetina (32) ve svých publikacích uvádějí, že se nejčastěji u pacientů vyskytuje bolestivost a poruchy sebeúcty (hlavně u mladších žen) v souvislosti s operační ránou na hrudníku. Obraz vlastního těla je v dospělosti významným aspektem osobnosti, jak uvádí ve své publikaci Trachtová (37). Náš výzkum toto tvrzení potvrzuje, 4 respondenti uvedli, že operační rána narušuje jejich vzhled a 4 respondenti uvedli, že pociťují bolest, 2 respondenti cítili omezení při pohybu (Graf 46).

V našem výzkumu nebylo opomenuto ani hodnocení spokojenosti respondentů s poskytovanými informacemi, týkající se jejich domácího léčení. Z šetření vyplynulo, že 36% respondentů bylo s poskytnutými informacemi spokojeno hodně, 25% maximálně, 27% středně, 12% pacientů jen trochu (Graf 47). Toto jsou pro nás uspokojivé výsledky. Graf 48 doplňuje Graf 47 o konkrétní informace, které by mohly být podávány podrobněji, nebo se na ně více zaměřit. 4 respondenti pociťovali nedostatek informací o bolesti v souvislosti s operační ránou, 1 respondent postrádal informace o Agenturách domácí péče a 1 respondent byl nespokojen s informacemi ohledně lázeňské péče. Toto zjištění by mělo být podkladem pro ucelení podávaných informací. Bylo by vhodné opět obnovit kluby kardiaků, kde by se tyto pacienti sdružovali, předávali si informace, dozvídali se o možnostech a trendech v postnemocniční péči. Kluby by jim pomáhaly překlenout těžké období, které začíná jejich propuštěním z nemocnice a končí úplnou změnou dosavadního životního stylu. S pacienty, ale také s jejich rodinami, by kontinuálně spolupracoval tým odborníků (např. kardiolog, internista, praktik, psycholog, fyzioterapeut, nutriční terapeut a specializovaná sestra).

Poslední otázka č. 30 byla zaměřena, jak respondenti vidí svoji budoucnost (Graf 52 a 53). 11% respondentů svoji budoucnost nevidí vůbec příznivě a 6% uvádí, že trochu, oproti tomu 41% respondentů vidí svoji budoucnost středně příznivě, 31% dotazovaných hodně příznivě a 10% pacientů maximálně příznivě. Je skvělé, že lidé i po tak těžkém a život ohrožujícím onemocnění jsou schopni nahlížet do budoucnosti a svoji budoucnost vidět, i když třeba jen občas, příznivě. Neboť životní optimismus a kladné hodnocení života vede k rychlejšímu uzdravování.

6. Závěr

Bakalářská práce byla provedena kvantitativně metodou dotazníku, šetření bylo prováděno metodou dotazování, technikou dotazníku. Dotazník byl distribuován klientům po prodělaném infarktu myokardu při jejich první kontrole v kardiologické a kardiochirurgické ambulanci Kardiocentra, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, kde pacienti po infarktu myokardu hledají sociální oporu (cíl 1), stanovit nejčastější obavy pacienta po prodělaném infarktu myokardu (cíl 2) a porovnat saturaci potřeb v souvislosti s typem léčby tohoto život ohrožujícího onemocnění (cíl 3). Infarkt myokardu je závažné onemocnění, které se bezpodmínečně musí objevit v psychice a v prožívání každého člověka. Všechny cíle byly splněny.

V souvislosti s prvním cílem byla stanovena Hypotéza 1: *Pro pacienty po infarktu myokardu je nejčastější oporou rodina.* S touto hypotézou souvisely otázky č. 4, 17, 18, 19, 28 a 29. Analýza odpovědí hypotézu potvrdila. Nejvíce dotazovaných potvrdilo, že největší oporou je manžel, manželka (67%).

Z druhého cíle vyplynula Hypotéza 2: *Změna životního stylu patří mezi nejčastější problémy pacienta po infarktu myokardu.* Tato hypotéza byla z otázek č. 6, 12, 20 potvrzena. Z vyhodnocených dat vyplynulo, že pro 56% z respondentů je změna životního stylu největším problémem. 42% z respondentů uvedlo, že i nadále po infarktu myokardu kouří a 18% z respondentů se stresuje.

Hypotéza 3: *Saturace vyšších potřeb proběhne dříve u skupiny pacientů léčených konzervativním způsobem než u skupiny pacientů léčených chirurgickým způsobem.* K potvrzení hypotézy směřovaly otázky č. 9, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 26 a 30. Uvedená hypotéza potvrzena nebyla. Z výsledků vyplynulo, přesto že je kardiochirurgická operace pro pacienta náročná a opětovné zařazení do normálního života probíhá delší dobu, výsledky výzkumu neukazují na rozdílnost v prožívání stresu, únavy, smutku, beznaděje či strachu souvislosti s typem léčby infarktu myokardu.

I když se v dnešní době usiluje o co nejkratší hospitalizaci, není stále vyřešeno, jakým způsobem se bude dál o propuštěné pacienty pečovat. Dříve fungovali

kardiokluby, ve kterých se pacienti po infarktu myokardu mohli setkávat, vyměňovat si zkušenosti, mohli se dozvídat nové aktuální informace v léčbě a prevenci. Dnes tyto kluby nefungují. Do částečné míry mohou tuto funkci suplovat lázeňská zařízení, ale je prokázáno, že i zde se pacienti učí vědomostem a dovednostem jen na dobu určitou. I když je dokázáno, že jsou „naši“ pacienti dostatečně informováni a edukováni, přesto se v poslední době zjišťuje, že „nechtějí“ změnit svůj životní styl (36). Důležité je tyto pacienty motivovat, najít tu správnou cestu ke změně jejich životního stylu.

Výsledky práce mohou přispět ke zlepšení následné péče o kardiaky, zvýšení kontroly efektivního životního stylu jako součásti léčby...S pacientem v této oblasti může pracovat řada jiných zdravotnických pracovníků, které mu pomohou efektivně zvládat obavy, stres, které provází klienta při vstupu do „normálního života“. Mezi tyto profese může patřit psycholog, lékař praktik – specialista, nutriční terapeut, fyzioterapeut a v neposlední řadě sestra.

7. Seznam použité literatury

- 1) ADÁMKOVÁ, V. *Úvod do problematiky epidemiologie a prevence kardiovaskulárních chorob*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita – Zdravotně sociální fakulta. 2003. 42s. ISBN 80-7040-607-0
- 2) ADAMS, C. E., HAROLD, E. *Sestra akutní stavy od A do Z*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing. 1999. 488s. ISBN 80-7169893-8
- 3) BALL, CH. M., PHILLIPS, R. S. *Akutní medicína do kapsy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2004. 208s. ISBN 80-247-0928-7
- 4) BULTAS, J. *Péče o nemocného po infarktu myokardu. Jak optimálně postupovat a jaké chyby děláme nejčastěji?*. [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z:
<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/6-2004_09_CZ2.pdf>
- 5) BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 2004. 76s. ISBN 80-247-0680-6
- 6) DOEGNES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8
- 7) DOMINIK, J. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 1998. 216s. ISBN 80-7169-669-2
- 8) DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vydání. Olomouc: Epava. 2000. 480s. ISBN 80-86297-05-5
- 9) FARKAŠOVÁ, D. A KOLEKTIV. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta. 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8
- 10) FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2004. 136s. ISBN 80-246-0804-9
- 11) HANDL, Z. *Externí transtorakální defibrilace a kardiostimulace – teorie a praxe*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2007. 51s. ISBN 978-80-7013-453-5

- 12) CHALOUPKA, V. *Nemocný po infarktu myokardu*. [online]. [cit. 2009-01-10]. Dostupné z:
<<http://74.125.77.132/search?q=cache:hzodEWC5pt8J:www.cls.cz/dokumenty2/os/r056.rtf+sekund%C3%A1rn%C3%AD+prevence+infarktu+myokardu&hl=cs&ct=clnk&cd=8&gl=cz>>
- 13) JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství. 2000. 133s. ISBN 80-85866-55-2
- 14) KASAL, E. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2004. 197s. ISBN 80-247-0556-2
- 15) KASSALOVÁ-DAŇKOVÁ, Š. *Demografie. Na co umíráme?* [online]. [cit. 2008-12-19]. Dostupné z:
<http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=463. ISSN 1804-2914>
- 16) KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia, 2005. 262s. ISBN 80-200-1307-5
- 17) KLENER, P. A KOLEKTIV. *Vnitřní lékařství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium. 2000. 103s. ISBN 80-86073-53-X
- 18) KLENER, P. A KOLEKTIV. *Vnitřní lékařství II*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2001. 225s. ISBN 80-86073-76-9
- 19) KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vydání. Praha: Akcenta, 2003. 415s. ISBN 80-86232-06-09
- 20) KOLEKTIV AUTORŮ. *Když srdce stůně II*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 173s. ISBN 80-7254-425-x
- 21) MARŠÁLEK, P. *Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006. 125s. ISBN 80-7254-740-2
- 22) MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl. Systémový přístup*. 1. vydání – 3. dotisk. Praha: Karolinum. 2005. 185s. ISBN 80-246-0429-9
- 23) NAVRÁTIL, L. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. 1. vydání. Praha: Manus. 2003. 316s. ISBN 80-86571-02-5

- 24) RICHARDS, A., EDWARDS, S., ŠECLOVÁ, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2004. 376s. ISBN 80-2470-0932-5
- 25) SLEZÁKOVÁ, L., A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. Interna*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2007. 188s. ISBN 978-80-247-1775-3
- 26) SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J., *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. [online]. [cit. 2008-12-19]. Dostupné z: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf>
- 27) SOVOVÁ, E., LUKL, J. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2005. 117s. ISBN 80-247-1166-4
- 28) SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2004. 156s. ISBN 80-247-1009-9
- 29) SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ. [online]. [cit. 2009-1-12]. Dostupné z: <<http://www.lazne-kur-spa.cz/index.php?ID=1313>>
- 30) SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. [online]. [cit. 2008-12-19]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/165/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100.html>> , a <<http://www.adiktologie.cz/download/1287/whoqol-100.pdf>>
- 31) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2006. 280s. ISBN 80-247-1148-6
- 32) ŠETINA, M. A KOLEKTIV. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2005. 60s. ISBN 80-7040-779-4
- 33) ŠIMON, J. *Psychosomatická a psychosociální problematika kardiovaskulárních chorob*. [online]. [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/PSY2005_01_06.pdf>
- 34) ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. A KOLEKTIV. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2004. 364s. ISBN 80-247-0500-1

- 35) ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. A KOLEKTIV. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2007. 256s. ISBN 978-80-247-1822-4
- 36) ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. *Pacienti po infarktu nechtějí být zdraví* [online]. [cit. 2009- 04-01]. Dostupné z:
<<http://www.e-coretvasa.cz/casopis/obsah?rok=2007&mesic=12>>
- 37) TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 2005. 186s. ISBN 80-7013-324-4
- 38) TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. 1. vydání. Praha: Portál s.r.o. 2004. 400s. ISBN 978-80-7367-309-3
- 39) WIDIMSKÝ, P., JANOUŠEK, S., VOJÁČEK, J., *Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního infarktu myokardu*. [online]. [cit. 2009-01-10]. Dostupné z:
<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=214>>
- 40) ZACHAROVÁ, E., HERMANNOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2007. 232s. ISBN 978-80-2068-5
- 41) ZÁKON č. 48/1997 Sb., *O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, §33 Lázeňská péče*. [online]. [cit. 2009-01-12]. Dostupné z:
<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html>

8. Klíčová slova

Srdce

Infarkt myokardu

Ošetrovatelská péče

Trombolytická léčba

Stent

Aortokoronární by-pass

Pacient

Potřeby člověka

Sestra

9. Přílohy

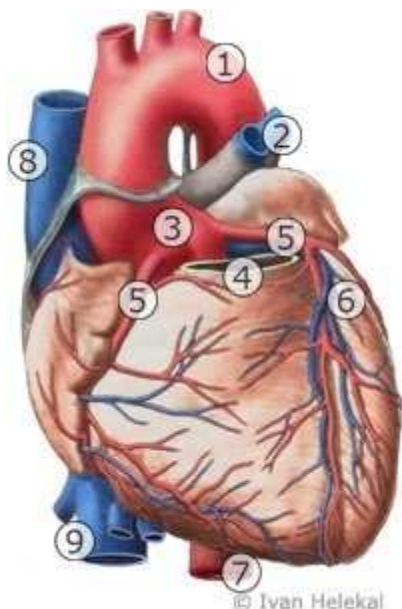
9.1 Seznam příloh

- 1) Seznam zkratek
- 2) Anatomie srdce
- 3) Anatomie koronárního oběhu
- 4) Maslowova hierarchie potřeb
- 5) Dotazník

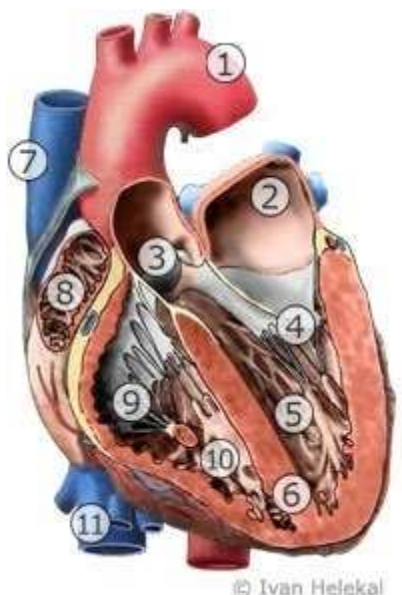
Příloha č. 1. Seznam zkratk

ACB	arotokoronární by-pass
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	body mass index
CABG	aortokoronární by-pass
CK	kreatinkináza
CK-MB	kreatinkináza srdeční frakce
EKG	elektrokardiogram
IM	infarkt myokardu
LDH	laktátdehydrogenáza
LDL	nízkodenzitní lipoprotein
PCI	perkutánní koronární intervence
PTCA	perkutánní transluminární koronaroangioplastika
RC	ramus circumflexus
RD	ramus diagonalis
RIA	ramus atrialis dexter
RIVP	ramus interventrikularis posteriori
RMD	ramus marginalis dexter
RMS	ramus marginalis sinister
RPLD	ramus posterolateralis dexter
RPLS	ramus posterolateralis sinister
RVD	ramus ventricularis dexter
TEE	transesofageální echokardiografie
TTE	transthorakální echokardiografie

Příloha č. 2. Anatomie srdce



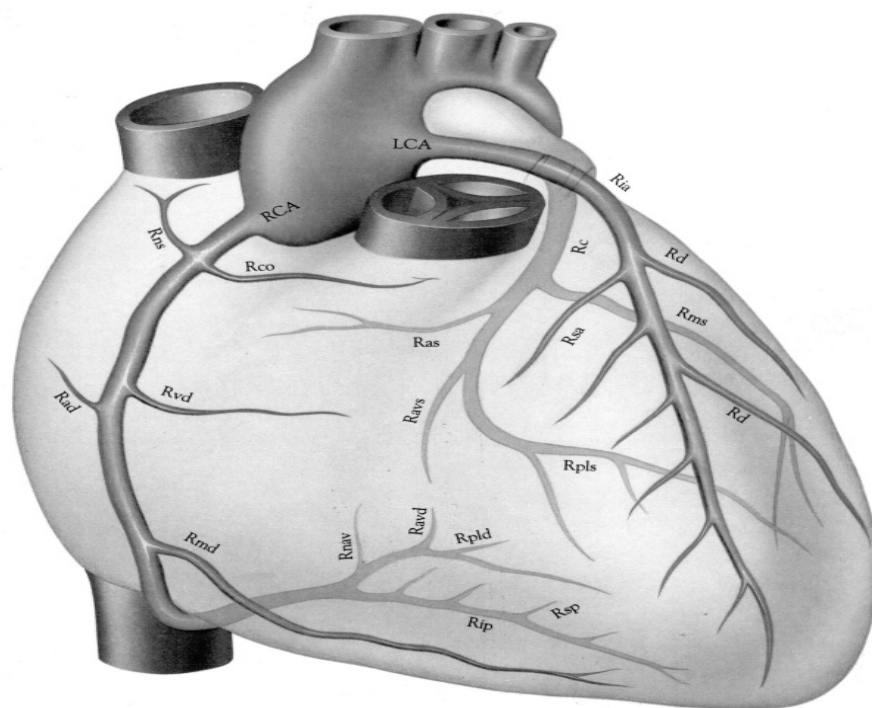
1. oblouk aorty (arcus aortae)
2. plicní žíly (venae pulmonales)
3. vzestupná část aorty (aorta ascendens)
4. cévní kmen plicnice
(truncus pulmonalis)
5. věnčité tepny (arteria coronaria)
6. žíly srdce (venae cordis)
7. sestupná část aorty (aorta descendens)
8. horní dutá žíla (vena cava superior)
9. dolní dutá žíla (vena cava inferior)



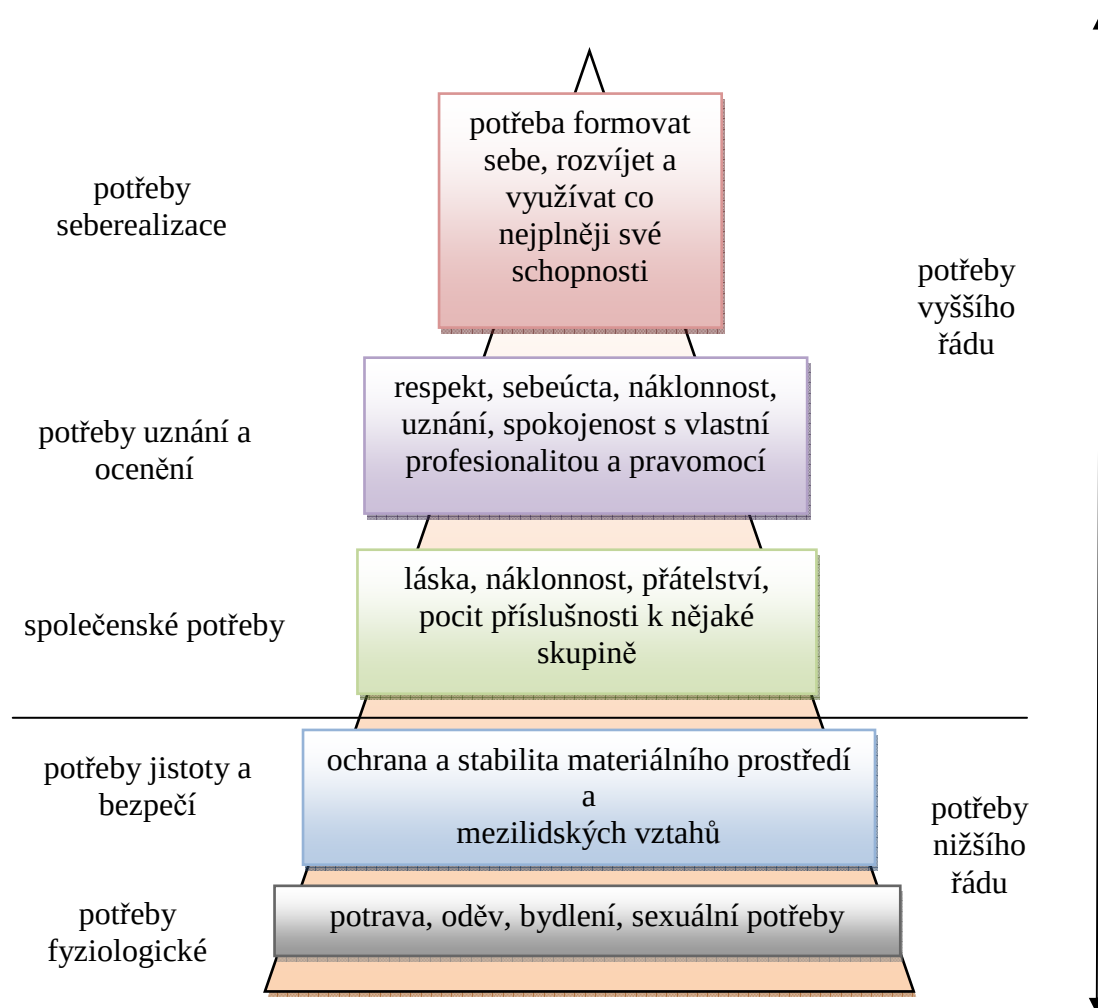
1. srdečnice (aorta)
2. levá síň (atrium sinistrum)
3. poloměsíčitá chlopeň
(valvula semilunaris)
4. dvojčípá chlopeň (valva mitralis)
5. levá komora (ventriculus sinister)
6. mezikomorová přepážka
(septum interventriculare)
7. horní dutá žíla
8. pravá síň (atrium dextrum)
9. trojčípá chlopeň (valva tricuspidalis)

Zdroj: http://www.kst.cz/web/?page_id=2101

Příloha č. 3 Anatomie koronárního oběhu



MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB A HODNOT



Zdroj: www.halek.info

DOTAZNÍK

Dobrý den. Jmenuji se Michaela Merunková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současné době vypracovávám bakalářskou práci na téma „**Specifika psychosociálních potřeb u pacientů po infarktu myokardu**“.

Dotazník, který se nachází právě před Vámi, je zcela dobrovolný, anonymní a získaná data budou použita pouze k vypracování mé bakalářské práce. Prosím Vás o jeho vyplnění zakroužkováním Vámi zvolené možnosti. U všech otázek prosím označte jen jednu odpověď (není-li uvedeno jinak), tu, která o Vás nejvíce vypovídá.

Děkuji za ochotu a spolupráci

Michaela Merunková, DiS

1. **Jste?**
a) muž b) žena
2. **Váš věk je?**
a) méně než 44 let b) 45 – 59 let c) 60 – 74 let
d) 75 let a více
3. **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?**
a) základní vzdělání
b) střední s maturitou
c) střední bez maturity
d) vysokoškolské
e) jiné, uveďte.....
4. **Váš rodinný stav je?**
a) svobodný/á
b) ženatý/vdaná
c) rozvedený/á
d) druh/družka
e) vdovec/vdova

5. Jste?

- a) zaměstnaný/á
- b) nezaměstnaný/á
- c) osoba samostatně výdělečně činná
- d) starobní důchodce
- e) invalidní důchodce

6. Jste kuřák/kuřačka?

- a) ano
- b) ne

7. Nyní jste?

- a) v pracovní neschopnosti
- b) zpět v pracovním procesu (zaměstnání)
- c) v invalidním důchodu
- d) ve starobním důchodu
- e) jiné, uveďte.....

8. Léčba infarktu myokardu u Vás probíhala?

- a) „rozpuštěním trombů“
- b) aplikací stentu
- c) by-passem

9. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho života po propuštění do domácího léčení?

- a) velmi špatná
- b) špatná
- c) ani špatná ani dobrá
- d) dobrá
- e) velmi dobrá

10. Limituje Vás v posledních 4 týdnech Vaše nynější zdraví?

(pokud zaškrtnete ano, zodpovězte následující otázku č. 11)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Omezení v nynějším životě pociťujete hlavně v čem? (označte jednu možnost)

- a) při výkonu běžných denních činností (nakupování, vaření, péče o domácnost)
- b) při zvýšené tělesné námaze
- c) v zaměstnání
- d) při trávení volného času
- e) jiné, uveďte.....

12. Které doporučení Vám dělá při jeho dodržování největší problém?

(označte jednu možnost)

- a) změna životního stylu (zdravá strava, tělesná aktivita, nekouřit)
- b) pravidelné lékařské kontroly
- c) pravidelné užívání léků
- d) nestresovat se
- e) jiné, uveďte.....

13. Pociťujete osamělost, samotu po propuštění do domácí péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Pociťujete „určitou“ méněcennost v důsledku prodělaného infarktu myokardu vůči svým vrstevníkům, okolí?

- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- pokud ano, uveďte v čem.....*

15. Brání Vám prodělané onemocnění v navštěvování společnosti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Po jak dlouhé době po infarktu myokardu jste se zařadil/a do "normálního života"?

- a) hned
- b) za týden
- c) za 14 dní
- d) za 3 týdny
- e) za měsíc
- f) déle, uveďte.....

17. Označte osobu, která je pro Vás největší oporou v období nemoci.

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| a) manžel/ka | e) soused |
| b) ostatní rodinní příslušníci | f) zdravotníci |
| c) přátelé | g) duchovní |
| d) spolupracovníci | h) jiné |
- (vypište).....*

18. Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) středně
- d) hodně
- e) maximálně

19. Pomáhá Vám rodina ve Vašich rozhodnutích v oblasti zdravého životního stylu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

20. Jste v posledních 4 týdnech vystaven/a stresu?

- a) ano b) ne c) nevím

pokud ano, uveďte z čeho.....

21. Pociťujete v posledných 4 týždňoch únavu alebo nedostatok energie?

- a) ano b) ne c) nevím

pokud ano, uveďte při čem.....

22. Pociťujete v posledních 4 týdnech smutek či beznaděj?

- a) ano b) ne c) nevím

pokud ano, uveďte proč.....

23. Pociťujete nyní strach? (pokud odpovíte ano, zodpovězte následující otázku č. 24)

- a) ano b) ne c) nevím

24. Největší strach nyní pociťujete z čeho? (označte jednu možnost)

- ze ztráty blízkých či přátel
- ze ztráty fyzické síly
- z dalšího infarktu myokardu
- z nemožnosti obstarat rodinu
- jiné, uveďte.....

25. (odpovídejte pouze, jste-li po operaci by-passu)

Přináší Vám operační rána na hrudníku nějaké potíže, omezení?

- a) ano b) ne c) nevím

pokud ano, uveďte v čem.....

26. Byl/a jste spokojen/a s poskytnutím informací týkající se domácího léčení po infarktu myokardu?

- a) vůbec ne b) trochu c) středně
d) hodně e) maximálně

27. Pociťujete, že Vám některé informace chyběly?

- a) ano b) ne c) nevím

pokud ano, jaké.....

28. Využil/a jste po propuštění sociální službu, sociálního pracovníka?

- a) ano b) ne

29. Využil/a jste po propuštění agenturu domácí péče?

- a) ano b) ne

30. Nakolik vidíte svou budoucnost příznivě?

- a) vůbec ne b) trochu c) středně
d) hodně e) maximálně

