

VLIV KARDIOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA ŽIVOT PACIENTA

Bakalářská práce

RADANA PRACHTOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S v PRAZE

PhDr. Veronika Blažková

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce. 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

Praha 31.3.2008

Radana Prachtová

Abstrakt

PRACHTOVÁ, Radana: Vliv kardiologického onemocnění na život pacienta (Bakalářská práce –Radana Prachtová Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze).
Stupeň odborné kvalifikace – Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr Veronika Blažková, Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Praha 2008

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjištění vlivu kardiologického onemocnění na život pacienta, kdy nejčastějším kardiologickým onemocněním je akutní infarkt myokardu. Práce by měla odpovědět na otázku, zda-li infarkt myokardu ovlivní více pacienty z velkoměsta nebo malého města ve změně životního stylu. Životní styl jehož součástí je nejen kouření, stres, trávení volného času a všeobecný způsob žití ale je i ovlivněn prostředím ve kterém lidé žijí. Špatná socio-ekonomická situace bývá nejčastější příčinou špatného životního stylu a ten je jednou z nejčastějších příčin úmrtí pacientů s akutním infarktem myokardu. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly. První kapitola se zabývá srdcem jako celkem, druhá kapitola nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním – infarktem myokardu. V empirické části jsem na základě sestaveného dotazníku oslovila 178 pacientů. 90 pacientů bydlelo ve městě nad jeden milión obyvatel a 88 pacientů bydlelo ve městě pod 500 000 obyvatel. Otázky byly zaměřeny na životní styl. Závěry výzkumu by mohly sloužit k vhodné edukaci pacientů s infarktem myokardu hlavně v oblasti správného životního stylu

Klíčová slova:

srdce, funkce srdce, dutiny srdeční, stavba srdeční stěny, infarkt myokardu, léčba infarktu myokardu, primární a sekundární prevence, životní styl

Předmluva

V úvodních kapitolách bych Vás ráda seznámila s nezbytnými základy anatomie srdce a infarktem myokardu jako nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním. V boji proti kardiovaskulárnímu onemocnění není pacient pouze přihlížejícím, nýbrž důležitým účastníkem boje. V době, kdy je pacient hospitalizován v nemocnici pro akutní infarkt myokardu, bývá pouze pasivním příjemcem komplexní lékařské a ošetrovatelské péče. Odchodem z nemocnice začíná nová kapitola života pacienta, ve které již začíná být pacient aktivním partnerem ve změně životního stylu.

Cílem každého z nás je dožít se co nejvyššího věku s co nejmenšími zdravotními problémy a přáním každého z nás je posunutí výskytu kardiovaskulárního onemocnění k co nejvyššímu věku. K tomu nám nejvíce pomůže prevence. Je tedy důležité znát, jak moc ovlivní pacienty kardiovaskulární onemocnění. Důkladná edukace pacienta je základním předpokladem.

Kvalitu života nelze měřit penězi, ale je přesto známo, že lidé, kteří jsou lépe finančně zabezpečeni, žijí zdravěji, lépe a nesporně i kvalitněji. S kvalitou života jde ruku v ruce i životní styl.

Již několik let pracuji na koronární jednotce a toto téma je mi velmi blízké, a proto jsem chtěla zjistit, jak rozdílně ovlivňuje kardiovaskulární onemocnění život pacientů. Materiál jsem čerpala zejména z knižních publikací, časopisů, internetových stránek a vlastních zkušeností.

Práce je především určena všem, kteří se věnují pacientům s kardiovaskulárním onemocněním, zejména s infarktem myokardu, a i těm, jejichž rodinný příslušník infarkt myokardu již měl a chce mu pomoci.

Výsledky mé práce jsem získala kvantitativní metodou pomocí dotazníku.

Děkuji konzultantovi teoretické části bakalářské práce MUDr. Radovanu Jirmáři Ph.D. a PhDr. Veronice Blažkové za cenné rady při zpracovávání této diplomové práce.

Děkuji manželovi za pomoc a trpělivost při psaní mé práce a dceři, na kterou jsem neměla při studiu a psaní práce tolik času.

OBSAH

ÚVOD	7
1 Teoretická část	9
1.1 Celkový popis srdce	9
1.2 Funkce srdce	9
1.3 Dutiny srdeční	10
1.3.1 Pravá síň (atrium dextrum)	10
1.3.2 Pravá komora (ventriculus dexter)	10
1.3.3 Levá síň (atrium sinistrum)	11
1.3.4 Levá komora (ventriculus sinister)	11
1.4 Stavba srdeční stěny	11
1.4.1 Endokard	12
1.4.2 Myokard	12
1.4.3 Epikard	14
1.5 Akutní infarkt myokardu	14
1.5.1 Definice	14
1.5.2 Etiologie a patofyziologie infarktu myokardu	14
1.5.3 Názvosloví infarktu myokardu	15
1.5.4 Klinická diagnostika infarktu myokardu	15
1.5.5 Léčba infarktu myokardu	16
1.5.6 Přednemocniční fáze	16
1.5.7 Nemocniční fáze	17
1.5.8 Další léčebná opatření v nemocnici	18
1.5.9 Rehabilitace	20
1.5.10 Lázně	20
1.5.11 Primární a sekundární prevence po infarktu myokardu	21
1.5.12 Farmakologická prevence	22
1.5.13 Komplikace infarktu myokardu	22
2 Empirická část	24
2.1 Metodika	24
2.1.1 Výzkumný problém, výzkumný cíl, hypotézy	24
2.1.2 Technika výzkumu	25
2.1.3 Časový harmonogram sběru dat	25
2.1.4 Předvýzkum	26
2.1.5 Výzkumný soubor	26

2.1.6	Interpretace výsledků výzkumu	28
2.1.7	Závěr výzkumu	61
2.1.8	Diskuze	63
	Závěr	64
	Seznam bibliografických odkazů	65
	Seznam příloh	67

ÚVOD

Onemocnění srdce představuje metlu moderní civilizace, stejně jako byl mor a cholera ve středověku. I přes veškeré úspěchy a pokroky současné medicíny, jsou nemoci oběhové soustavy nejčastější příčinou úmrtí ve všech vyspělých zemích západní civilizace.

V roce 2006 onemocnělo kardiovaskulárním onemocněním v České republice celkem

59 414 lidí, z toho 34 313 mužů a 25 101 žen. Na tato onemocnění zemřelo v roce 2006 celkem 34 056 lidí, z toho bylo 15 151 mužů a 18 905 žen. Ve srovnání se západní Evropou, kde lidé více dbají na zdravý životní styl a stravu, je výskyt kardiovaskulárních onemocnění v naší republice téměř dvojnásobný.

Noviny, časopisy a média jsou plné informací jak pečovat o své zdraví, jak správně jíst, žít a co všechno pro své zdraví máme dělat. Jaká možná rizika ohrožují naše zdraví a jak jim lze včetně infarktu myokardu předcházet. Velká část lidí dosud zdravých podobná varování nerespektují, neboť si myslí že jejich zdraví je nevyčerpatelné.

Bohužel, někteří pacienti se ani při dodržování přesných pravidel zdravého životního stylu neubrání infarktu myokardu, neboť od svých rodičů dostali v genech do vínku příliš velké riziko tohoto onemocnění.

Pacienti, které postihne infarkt myokardu dnes, mají nesrovnatelně větší šance na přežití a další perspektivní život než pacienti, kteří měli infarkt myokardu před dvaceti, padesáti lety. Dříve mohli lékaři nabídnout pouze několikadenní klid na lůžku a čekání, jak to dopadne. Pacientům se tímto klidem na lůžku zvyšovalo riziko tvorby žilních trombóz s následnou plicní embolií, která v lepším případě neskončila smrtí.

Ve 40. letech minulého století byla zavedena tzv. perorální antikoagulancia (léky na ředění krve). Později se však zjistilo, že tyto léky nebylo třeba zavádět, ale stačilo nenechat „lenušit“ srdce. Srdce je sval a stejně jako ostatní svaly ke svému zotavení potřebují nikoli zahálet, ale pečlivě dávkovaný trénink. Výsledkem je časná mobilizace - nebo-li časně odpoutání od lůžka. Pacienti tím tak mají menší pokles fyzické aktivity, méně svalových atrofií, a hlavně se snižuje riziko tromboembolických komplikací. Rychleji a výrazněji se zlepšuje funkce srdce a plic. Urychluje se zotavení po infarktu, zkracuje se pobyt v nemocnici a pacienti

se tak rychleji vrací do normálního života. To vše je důležité i na psychiku pacienta.

Dalším významným přínosem pro léčbu infarktu myokardu bylo zjištění, že rozsah infarktu lze zmenšit časným obnovením průtoku krve v uzavřené infarktové tepně.

V 70. letech minulého století byla objevena tzv. trombolýza, která dokáže rozpustit vzniklou krevní sraženinu a obnovit tak průtok infarktovou tepnou. O deset let později lékaři pomocí balónku na konci katétru zprůchodnili ucpanou tepnu - perkutánní koronární angioplastika.

Důležité však je, aby se pacient s prvními příznaky infarktu myokardu dostal co nejdříve k lékaři. Čím dříve začne léčba, tím větší je naděje pacienta nejen na přežití, ale i na dobrou prognózu do budoucna. Vzhledem k tomu, že infarkt myokardu většinou přijde jako „blesk z čistého nebe“, je důležité, aby pacienti i rodiny s vyšším rizikem znali příznaky infarktu myokardu a věděli, jak nejrychleji zavolat rychlou záchrannou službu a uměli poskytnou laickou kardiopulmonální resuscitaci.

Cílem práce je zjištění, jak ovlivní kardiovaskulární onemocnění život pacienta.

1 Teoretická část

1.1 Celkový popis srdce

Srdce je dutý fibromuskulární orgán kónického tvaru uložený asymetricky v mezihrudí. Dvě třetiny leží vlevo a jedna třetina vpravo od střední čáry. Na bocích sousedí srdce s pravou a levou plící, kaudálně je posazeno na bránici.

Na srdci rozeznáváme bázi - basis cordis, která je uložena za corpus sterni a je místem vstupu a výstupu velkých srdečních cév, ventrokaudálně srdce přechází v zaoblený srdeční hrot-apex cordis.

Hmotnost srdce závisí na množství srdeční svaloviny a na tělesné konstituci. Pohybuje se mezi 250 - 390 g. Hmotnost srdce s věkem stoupá, po dosažení 60 let se hmotnost mírně snižuje. Tvoří 0,40 - 0,45 % hmotnosti těla (Čihák, 2001, str.8)

Srdce je zásobeno zpravidla 3 hlavními tepnami, přičemž z kořene aorty odstupují 2 arteriální kmeny – levá věnčitá tepna se větví na dvě hlavní tepny - ramus interventricularis anterior (RIA), ramus circumflexus (RC), pravá věnčitá tepna (ACD – arteria coronaria dextra).RIA zásobuje přední stěnu, přední septum, hrot, RC zásobuje zadní stěnu a ACD zásobuje spodní stěnu. (Kolář, 1998, str.22)

1.2 Funkce srdce

Srdce je pružná svalová pumpa, jejíž čtyři dutiny se v navazujícím sledu plní krví a vyprazdňují se.

Diastola - ochabnutí srdeční svaloviny, doba, kdy je některá ze síní nebo komor roztažená a plní se krví.

Systola - stažení, kontrakce srdeční svaloviny, doba, kdy smrštěním svaloviny síně nebo komory je krev vypuzována do malého nebo velkého oběhu.

Jeden cyklus systoly síní a komor a diastoly síní a komor tvoří tzv. srdeční revoluci. Základní podmínkou průběhu srdeční revoluce je přesná časová návaznost systoly a diastoly a správná funkce myokardu a chlopňového aparátu srdce. Srdeční revoluce má základní význam z hlediska zabezpečení celkové cirkulace. Určuje jeden ze základních ukazatelů srdečního výkonu - tepový a minutový srdeční objem. Množství krve vypuzené jednou srdeční systolou je 60 - 80 ml. Tepový srdeční objem násobený počtem srdečních stahů za minutu určuje

hodnotu minutového srdečního výdeje, tzv. minutový srdeční objem, který je cca 5 600 ml/min (80 ml x 70 tepů). Frekvence srdečních stahů je u dospělého člověka 70-80 tepů/min.

Krevní (tepenný) tlak závisí na výkonu srdce, odporu cévního řečiště a množství cirkulující krve. V průběhu života se mění. Krevní tlak by měl být u zdravého, dospělého jedince - systola 120 - 129 ; diastola ; 80 - 84 mmHg. (Trojan,2003 str.566)

1.3 Dutiny srdeční

Srdce dělíme na pravostranné a levostranné srdeční oddíly. Pravostranné oddíly – nízkotlaké, pumpují krev do malého (plicního) oběhu a levostranné – vysokotlaké, vypuzují krev do velkého (systémového) oběhu.

1.3.1 Pravá síň (atrium dextrum)

Horní a dolní dutá žíla přivádějí do pravé síně odkysličenou krev z celého těla. Mezišifňové septum (přepážka), které rozděluje obě síně, tvoří zadní stěnu pravé síně. Ve spodní části mezišifňového septa je zeslabení přepážky tvořící oválnou prohlubeň. Jde o uzavřený oválný otvor (foramen ovale) srdce lidského plodu, který umožňuje průtok krve přímo z dutých žil do levé síně během nitroděložního života plodu. Trojcípá (trikuspidální) chlopeč usměřňuje tok krve z pravé síně do pravé komory. Cípy chlopeč jsou uchyceny na vazivovém prstenci atrioventrikulárního ústí. Volné okraje cípů jsou spojeny šlašinkami s papilárními svaly, které regulují pohyb cípů chlopeč během srdeční činnosti. (Čihák, 2001, str.12)

1.3.2 Pravá komora (ventriculus dexter)

Tenkostěnný oddíl, jehož svalovina je zejména na spodní části dutiny pravé komory členitá-tvořena svalovými trámci. Jeden z těchto trámců přechází v mezikomorové přepážky na přední stěnu pravé komory a obsahuje část převodního systému – pravé Tawarovo raménko. Horní část mezikomorového septa je vazivová, zvaná membranózní septum. Dolní část je silná, svalovinou tvořená stěna, která se vyklenuje do dutiny pravé komory. Abnormální komunikací

mezi oběma komorami nazýváme defektem septa komor, je-li vrozená, nebo rupturou, vznikne-li následkem nekrózy septa u akutního infarktu myokardu. Na vrcholu výtokového traktu je svalovina nahrazena vazivovou tkání, tvořící kruh v začátku kmene plicnice (truncus pulmonalis). Zde je umístěna pulmonální chlopeč se třemi poloměsíčitými kapsičkovitými cípy - pravý, levý a zadní. (Čihák, 2001, str.15)

1.3.3 Levá síň (atrium sinistrum)

Má přibližně krychlový tvar, zasahuje za pravé atrium. I když je dutina levé síně objemově o něco menší než pravá síň, je stěna silnější. Malé jazýčkovité ouško se promítá od horního okraje a běží dopředu a doleva nad síňokomorový žlábek. Do levé síně ústí čtyři plicní žíly, které dělíme na levé a pravé. Levé plicní žíly mohou splývat v jedno ústí. (Čihák, 2001, str.18)

1.3.4 Levá komora (ventriculus sinister)

Ve srovnání s pravou komorou je levá komora užší, kónického tvaru a má silnější stěnu. Dva palilární svaly dvoucípé (mitrální) chlopně, přední a zadní, vystupují do dutiny levé komory a z jejich vrcholů se rozbíhají šlašinky ke dvěma cípům mitrální chlopně. Cípy této chlopně jsou nestejně vyvinuty – přední je dominantní, zadní je menší.

Výtokový trakt levé komory vede vzhůru, dozadu a mírně vpravo k aortálnímu ústí, je situován mezi komorové septum a přední část mitrální chlopně. Aortální ústí leží vpravo a pod ústím plicnice. Obsahuje aortální poloměsíčitou chlopeč složenou ze tří kapsičkovitých cípů - zadního (nekoronárního), pravého a levého koronárního cípu. (Čihák, 2001, str.20)

1.4 Stavba srdeční stěny

Stěna srdce je tvořena třemi základními vrstvami. Jsou to endokard, myokard a epikard.

1.4.1 Endokard

Vystýlá všechny srdeční dutiny jako lesklá, hladká, průsvitná membrána. Je silnější v síních než v komorách a v levé polovině srdce než v pravé. Na povrchu, směrem do srdečních dutin, je endokard tvořen jednou vrstvou plochých, polygonálních endotelových buněk. Pod nimi se nalézají lamina propria, elasticko-muskulární vrstva, která tvoří většinu tloušťky endokardu. Je složena hlavně z elastických vláken s vloženými buňkami hladkého svalstva. Tato vrstva je řídkým vazivem pevně připojena k myokardu. Ve vazivu endokardu probíhají cévy, vlákna převodního systému a senzitivní nervy, jejichž volná zakončení představují tlakové receptory.

Srdeční chlopně jsou vazivové ploténky - laminae fibrosae, které jsou připojeny k srdečnímu skeletu - anuli fibrosi. Vazivová ploténka u cípatých chlopní je šlašinkového vzhledu a ztenčuje se směrem k otvoru chlopně. Ploténky jsou na atrální i na komorové ploše pokryty endotelem, který pokračuje na šlašinky.

Poloměsíčitě chlopně jsou rovněž vytvořeny duplikaturou endothelu a mezi oběma listy se nalézají vazivovou vrstvou. Vlákna této lamina fibrosa probíhají obloučkovitě a navzájem se kříží. Ve srovnání s cípatými chlopněmi je lamina fibrosa poloměsíčitých chlopní tenká, jemná, místy průsvitná.

Srdeční skelet je tvořen vazivovými prstenci - anuli fibrosi, vzájemně spojenými. Na tyto prstence se upínají chlopně srdeční. Odděluje od sebe pracovní svalovinu síní a komor a brání tak přenosu elektrického impulsu s výjimkou převodního systému. Dále slouží jako podpůrný systém pro vazivové připojení chlopní, je místem fixace myokardu síní a komor, udržuje konfiguraci srdce v perikardu. (Čihák, 2001, str.25-29)

1.4.2 Myokard

Srdeční svalovina - je nejsilnější vrstvou stěny srdce. Svalová srdeční tkáň je v obraze mikroskopu složena z příčně pruhovaných vláken, která jsou podobná vláknům kosterní svaloviny. Při větším zvětšení je zřejmé, že vlákna srdeční svaloviny mají buněčnou stavbu, základní jejich anatomickou a funkční jednotkou je myocyt. Síťovitá (trámčitá) stavba myokardu umožňuje rychlý a dokonalý rozvod nervových vzruchů, které vedou k postupnému vlnovitému smršťování srdečního svalu.

Druhou významou strukturou myokardu je myokardiální intersticiium, které vytváří oporu pro myocyty a hraje významnou úlohu při jejich nutrici a reparaci.

Myokard je velmi dobře zásoben tepennou krví přiváděnou třemi hlavními tepnami, přičemž z kořene aorty odstupují dvě arteriální tepny- levá a pravá věnčitá tepna. Levá věnčitá tepna se větví na dvě hlavní větve - ramus interventricularis anterior (RIA), ramus circumflexus (RC), pravá věnčitá tepna (ACD - a.coronaria dextra).

RIA zásobuje přední stěnu, přední septum, hrot, RC zásobuje zadní stěnu a ACD zásobuje spodní stěnu. Ucpání některé z větví vede k odumření svaloviny v příslušné oblasti/infarkt/.

Převodní srdeční systém se od ostatní svaloviny liší svou histologickou strukturou a je tvořen:

- sinoatriální uzel (SA uzel), uložený ve stěně pravé síně,
- atrioventrikulární uzel (AV uzel) leží na spodině pravé síně, nad septálním cípem trikuspidální chlopně,
- Hisův svazek, uložený na hranicích pravé síně a pravé komory,
- levé a pravé Tawarovo raménko,
- Purkyňova vlákna.

Vzruch vzniká normálně v SA uzlu, který určuje srdeční rytmus. Z SA uzlu se pak vzruch šíří na síně, po kterých se rozbíhá všemi směry, přednostně však využívá preferenční síňové dráhy, která vede vzruch rychleji než ostatní pracovní myokard.

Vzruch z SA uzlu přechází postupně na AV uzel, jeho dolní část plynule přechází v Hisův svazek. AV uzel a horní část Hisova svazku se označují jako síňokomorová junkce (AV junkce). Přenos vzruchu se šíří na komory fyziologicky jen cestou AV junkce (vzhledem k vazivovému skeletu mezi síněmi a komorami);

- v mezikomorovém septu přechází Hisův svazek v pravé Tawarovo raménko, které aktivuje pravou komoru a levé Tawarovo raménko. Po rozdělení se levé raménko dělí na zadní, silnější, které aktivuje posterolaterální oblast levé komory, a zadní, papilární sval, přední slabší větev, která aktivuje septum, přední papilární sval a anterolaterální oblast levé komory.

Srdce je inervováno z vegetativních vláken sympatických z krčního a hrudního sympatiku a parasympatických a senzitivních z nervus vagus. Vegetativní vlákna tvoří pleteně především v oblasti převodního systému srdečního. Sympatikus

srdeční akci zrychluje a rozšiřuje koronární tepny. Parasymptikus zpomaluje srdeční akci a zužuje koronární tepny. (Čihák, 2001, str.30-36)

1.4.3 Epikard

Tvoří vazivový povrch srdce, který přechází podél cév vstupujících a vystupujících ze srdce v zevní obal srdce., v perikard. Štěrbínovitý prostor mezi epikardem a perikardem je tzv. dutina perikardu s malým množstvím tekutiny, která dovoluje klouzavý pohyb obou listů. (Čihák, 2001, str.37)

1.5 Akutní infarkt myokardu

1.5.1 Definice

Infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu. Vzniká na podkladě uzávěru či těžké ischemie při extrémním zúžení věnčité tepny, která zásobuje příslušnou oblast. V 95% je příčinou koronární ateroskleróza s rupturou intimity a trombózou v místě plátu. V 5% jiný původ – embolie, spasmus věnčité tepny. (Widimský, Gregor, 1994, str. 138)

1.5.2 Etiologie a patofyziologie infarktu myokardu

Příčinou bývá trombotický uzávěr koronární tepny. Vzácně je příčinou koronárního uzávěru krvácení do plátu nebo embolie koronární tepny.

Uzávěrem některých z hlavních epikardiálních tepen vzniká klinicky prokazatelný infarkt. Nejčastěji se jedná o ramus interventrikularis anterior (levá koronární tepna), ramus circumflexus, arteria coronaria dextra (pravá koronární tepna). Méně často je postižen kmen levé koronární tepny.

Vzácněji jsou postiženy ramus diagonalis, ramus marginalis sinister, ramus interventricularis posterior.

1.5.3 Názvosloví infarktu myokardu

1) Typické lokalizace infarktu myokardu

Infarkt myokardu přední stěny postihuje zejména přední část srdce, kterou zásobuje ramus interventricularis anterior, změny na elektrokardiografu jsou v hrudních svodech V1-4.

Infarkt myokardu zadní a boční stěny postihuje zadní část srdce, kterou zásobuje ramus circumflexus, změny na elektrokardiografu jsou v končetinových svodech III, aVF, v hrudních svodech 5-6, jindy je nárůst R ve V1.

Infarkt myokardu spodní stěny postihuje oblast, kterou zásobuje arteria coronaria dextra, a změny na elektrokardiografu jsou v končetinových svodech II, III, aVF.

2) Diagnóza anatomická

Transmurální (dle ekg nejčastěji Q infarkt, na elektrokardiografu přetrvává patologický kmit Q ve dvou svodech, v akutní fázi IM obvykle přetrvávají ST elevace) – postihuje celou šířku srdeční stěny.

Nestransmurální (dle ekg nejčastěji non Q infarkt, mohou být přítomna přechodně elevace ST, deprese ST, často negativní vlna T) – nepostihuje celou tloušťku srdeční stěny. (Špaček, Widimský – 2003, str.18-19)

1.5.4 Klinická diagnostika infarktu myokardu

1) klinický obraz (typická anamnéza)

- nejtypičtější je retrosternální bolest, která může mít charakter tlaku, pálení, svírání. Její lokalizace může být nejen na hrudníku, ale i v zádech, mezi lopatkami, v epigastriu. Bolest může vystřelovat do krku a do levé horní končetiny. Pacienti mají doprovodné příznaky (dušnost, pocení, palpitace, nauzeu až zvracení).

2) změny na elektrokardiografu

- specifické známky (vývoj patologického kmitu Q minimálně ve dvou svodech);
- nespecifické známky (patologické Q jen v jednom svodu, deprese či elevace úseku ST mizící do 24 hod, raménkový blok).

3) stanovení aktivity kardiospecifických enzymů

- biochemickými markery infarktu myokardu s nejvyšší specificitou jsou troponin I nebo T, CK-MB, ischemií modifikovaný albumin, ev. myoglobin;
- součástí stanovení správné diagnózy musí být současné zvýšení kreatinkinázy MB nebo troponinu .

4) další diagnostické metody

- echokardiografické vyšetření nám ukáže poruchu kinetiky levé komory; koronarografie nám potvrdí a lokalizuje akutní uzávěr tepny (Špaček, Widimský 2003, str.38-65)

1.5.5 Léčba infarktu myokardu

Důležité pro léčbu je včasné rozpoznání infarktu myokardu. Léčba musí být je komplexní a přísně individuální. Skládá se z několika fází:

- 1) přednemocniční léčba;
- 2) nemocniční fáze (koronární jednotka, standardní oddělení);
- 3) ambulantní rehabilitace a lázeňský pobyt.

1.5.6 Přednemocniční fáze

Při podezření na infarkt myokardu by měla být vždy přivolána rychlá záchranná služba co nejdříve. Po natočení 12 svodového elektrokardiografu, dle možností RZS, a zajištění žilního přístupu je pacient transportován na nejbližší koronární jednotku nebo do nejbližší nemocnice, která je přístrojově vybavena (umělá plicní ventilace, monitory, možnost biochemické diagnostiky). V podmínkách ČR je obvykle RZS kontaktováno nejbližší kardiocentrum, kam bude pacient převezen rychlou záchrannou službou rovnou na katetrizační sál.

V období přednemocničním je nejdůležitější zklidnit pacienta a odstranit pacientovi bolest opiáty, sedativy a nitráty. Při bradykardii provázenou hypotenzí a nebo poruchami funkce centrálně nervového systému se aplikuje atropin. Je-li u pacienta hypertenze s tachykardií a při komorových arytmiích ordinuje většinou lékař betablokátory. Při srdečním selhání se aplikují diuretika a vazodilatancia. Nejdůležitější je však včasné podání bolusu heparinu v dávce až 150j/kg váhy

pacienta, intravenózně kyselinu acetylsalicylovou (Aspegic) a pokud to zdravotní stav pacienta dovolí, dostane Plavix 4-8 tablet perorálně.

1.5.7 Nemocniční fáze

Na základě elektrokardiografického záznamu rozlišíme nemocné s elevací ST úseků nebo raménkovou blokádou a bez elevací ST úseků. Lékař rozhodne o dalším postupu léčby.

Léčba infarktu myokardu s elevací ST úseku (STEMI) spočívá v přímé perkutánní koronární intervenci (p-PCI). Mezi hlavní výhody přímé perkutánní koronární intervence u infarktu myokardu s elevací ST úseků patří rychlejší a kvalitnější reperfúze, více zachráněného myokardu, minimální reziduální stenóza po výkonu, méně časté hemoragické komplikace, a zejména zkrácení hospitalizace.

Přímá perkutánní koronární intervence je léčebná katetrizační metoda neboli intervence, při níž intervenční kardiolog zavede pod RTG kontrolou do místa zúžení věnčité tepny ultratenký vodič. Po vodiči, který je dobře ovladatelný a prakticky lze jej dostat do jakéhokoli místa ve věnčité tepně, zavede tenký katétr s malým balónkem se stentem (průměr nafouknutí činí 2,0-4,0 mm). Balónek se stentem se na zúženém místě nafoukne na 6-18 atmosfér na dobu 1-5 minut. Zúžené místo se tímto způsobem roztáhne a krev může opět normálně proudit k srdečnímu svalu.

Stent, tj. kovová výstuž, snižuje uzávěr tepny či brání její restenóze.

Po výkonu je pacient převezen na koronární jednotku. Zde je napojen na monitor snímající srdeční akci, měřen krevní tlak v prvních hodinách po 15 minutách, později každé 2 hodiny.

Pacientovi je po výkonu ponechán ve femorální tepně zavaděč a je důležité pacienta informovat o nutnosti polohy na zádech bez možnosti pohybu pravé dolní končetiny. Po 5 hodinách je odebrána krev na zjištění srážlivosti krve (APTT). Jsou-li hodnoty v normě (pod 45-50s), je pacientovi vytažen zavaděč z třísla a přiložena komprese na 8 hodin. Je aplikován nízkomolekulární heparin - dle váhy pacienta subkutánně. Po tuto dobu je stále pacient upoutaný na lůžko bez možností hýbání pravé dolní končetiny. Pacientům se doporučuje rotační pohyb v kotníku.

Pokud se neobjeví žádné komplikace, může se již pacient po odstřížení komprese a poslechnutí třísla, zda-li nejsou nějaké šelesty, posadit na lůžko, pomalu chodit kolem lůžka, je však stále napojen na monitor snímající jeho srdeční akci. Třetí až čtvrtý den bývá pacient přeložen na standardní oddělení.

Dle klinického stavu pacienta je ordinována lékařem další léčba.

Nemocné s infarktem myokardu bez elevací ST úseku (non STEMI) většinou léčíme v prvních hodinách po přijetí do nemocnice konzervativně. Během několika hodin musíme rozpoznat stupeň ohrožení pacienta a podle toho se rozhodnout o dalším postupu. Kromě anamnestického a fyzikálního vyšetření je velmi důležitá laboratorní diagnostika (srdeční troponin T nebo I) a opakované vyhodnocení EKG záznamu. Hlavním cílem léčby nemocných s akutním infarktem myokardu bez elevací ST úseků je zastavit narůstání a zmenšit trombus na poškozeném aterosklerotickém plátu a tím zabránit progresi do rozsáhlého infarktu myokardu s elevacemi ST úseku.

1.5.8 Další léčebná opatření v nemocnici

Léčebná opatření úzce souvisí s léčbou přednemocniční.:

1) Odstranění bolesti opiáty

- nejčastěji se podává Fentanyl 1-4 ml intravenózně do odstranění či utlumení bolesti. Dávka se řídí dle váhy pacienta, krevního tlaku a intenzity bolesti. Vedlejším účinkem může být nauzea až zvracení a hypotenze, zejména při rychlé aplikaci.

2) Kyslík

- pacient by měl inhalovat kyslík po celou dobu bolestí nebo při dušnosti, zejména pokud jsou přítomny známky srdečního selhání.

3) Kyselina acetylsalicylová

- může se podat Anopyrin (Aspirin) 300-500 mg perorálně (pacient by jej měl rozkousat pro dosažení rychlejšího účinku) nebo se může aplikovat kyselina acetylsalicylová 0,5 g intravenózně (Aspegic, Kardegic).

4) Heparin

- podání Heparinu je indikované před transportem k primární perkutánní koronární intervenci spolu s Aspirinem. Doporučuje se podat bolus až 150j/kg intravenózně;

- u non STEMI a NAP pokračujeme do katetrizace i.v.aplikaci s kontrolou aPTT hodnot.
- 5) Clopidogrel
 - podává se všem pacientům s akutním koronárním syndromem, a to ještě před zahájením primární perkutánní koronární intervence v dávce 300-600 mg, (Plavix).
 - 6) Nitráty
 - podávají se zásadně v akutní fázi intravenózně, a to pacientům se srdečním selháním, při recidivujících stenokardiích a při hypertenzi provázející infarkt myokardu.
 - 7) Diuretika
 - jsou indikovaná při městnaném srdečním selhání, aplikuje se 40-80 mg Furosemidu intravenózně.
 - 8) Antiemetika
 - podávají se pacientům při nauze a zvracení, používá se Torecan intravenózně.
 - 9) Atropin
 - aplikuje se při bradykardii 0,5 – 1,0 mg intravenózně až do maximální dávky 2 mg .
 - 10) Betablokátor
 - intravenózní podání betablokátoru je indikované především u pacientů, kteří mají hypertenzi, tachykardii a jsou bez známek srdečního selhání.
 - 11) Katecholaminy
 - při rozvoji kardiogenního šoku, který není způsoben závažnou arytmií, se aplikuje infuze dopaminu (5-15 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) nebo dobutaminu (5-10 $\mu\text{g}/\text{min}$). Přetrvává-li stále hypotenze, je možno podat noradrenalin (0,5-20 $\mu\text{g}/\text{min}$).
 - 12) Zklidnění pacienta
 - je důležité pacientovi vysvětlit podstatu onemocnění a možnosti léčby, neboť skoro každý pacient má obavy ze smrti.
 - 13) Trombolýza u pacientů se STEMI nebo raménkovou blokádou je indikována při velké dojezdové vzdálenosti do kardiocentra (více než 90 minut), musí být dle 12svodného elektrokardiografu v terénu jasná

diagnóza akutního infarktu myokardu s elevacemi ST úseku či raménkové blokády; v ČR se podává zcela okrajově, neboť pacient je vždy do 90 minut od počátku bolestí dopraven do kardiocentra, které provádí akutní primární koronární intervenci. (dostupné na <http://kardio-cz.cz>)

1.5.9 Rehabilitace

Rehabilitační proces se zpravidla dělí na čtyři fáze:

I. fáze: Nemocniční rehabilitace. Hlavní smysl nemocniční rehabilitace je zabránit dekonkci, tromboembolickým komplikacím a připravit nemocného k návratu k běžným denním aktivitám.

II. fáze: Časná posthospitalizační rehabilitace. Měla by začít co nejdříve po propuštění, s délkou trvání do 3 měsíců. Pokládá se za rozhodující pro navození potřebných změn životního stylu a dodržování zásad sekundární prevence. U některých nemocných vyžaduje intenzivnější lékařský dohled.

III. fáze: Období stabilizace. Začíná v době stabilizace klinického nálezu, klade se důraz na vytrvalostní trénink a pokračování ve změnách životního stylu.

IV. fáze: Udržovací. Pacient pokračuje v dodržování zásad předchozích aktivit s minimální odbornou kontrolou. Samozřejmě za předpokladu trvalé stabilizace zdravotního stavu (dostupné na: <http://www.zdravcentra.cz>)

1.5.10 Lázně

V kardiologii se lázeňská léčba významně uplatňuje v prosazování zásad primární a sekundární prevence. I když u řady laiků, ale i lékařů existuje stále určitá nedůvěra k významu lázeňské léčby, představují moderní lázeňská zařízení důležitou součást komplexní péče o kardiologické nemocné.

Pacienti jsou zde odborným personálem vedeni k léčebným metodám zabývajících se řízenou pohybovou aktivitou, racionální nízkocholesterolovou dietou, redukcí hmotnosti, balneologickou a fyziatrickou terapií, psychoterapií, protikuřáckou intervencí, zdravotní výchovou a kontrolou rizikových faktorů.

1.5.11 Primární a sekundární prevence po infarktu myokardu

O primární prevenci hovoříme před manifestací nemoci a o sekundární prevenci u osob s již prokázanou chorobou. Principy jsou v podstatě stejné, v některých aspektech je sekundární prevence přísnější. Při uplatňování zásad prevence je třeba mít na mysli, že osoba, která je dnes adeptem primární prevence, může být od zítřka adeptem prevence sekundární.

Tyto zásady si můžeme rozdělit na opatření režimová a opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů jejich léčbou. Mezi režimová opatření patří vedle pohybové aktivity především zanechání kouření, změna stravovacích návyků a redukce tělesné hmotnosti. Samozřejmě závisí na ochotě nemocných s ICHS nebo zvýšeným rizikem změnit své návyky. Bez aktivní spolupráce nemocného je léčba problematická.

Kouření

- u pacientů, kteří nepřestali po infarktu myokardu kouřit, je mortalita dvojnásobně vyšší. Přestat kouřit je nejvhodnějším a nejúčinnějším opatřením v sekundární prevenci;
- většina nemocnic je zapojena do programu zabývajícím se odvykáním kouření.

Dieta

- lékař by měl nemocnému vysvětlit, že redukce hmotnosti a s ní spojená dietní opatření jsou nedílnou součástí komplexní léčby a zdůraznit pozitivní vliv i na ostatní rizikové faktory. Je samozřejmě nutné prosazovat změnu dietních návyků v rámci celé rodiny, tedy včetně „výborně vařící manželky“ a „zdravě vypadajících dětí“;
- tato dieta obsahuje zvýšený podíl ovoce a zeleniny, jsou omezeny živočišné tuky.

Cvičení

- z kardiologického hlediska má pravidelný fyzický trénink přímý i nepřímý vliv na kardiovaskulární systém, přičemž oba mohou zlepšit funkční kapacitu organismu a snížit pravděpodobnost srdečních komplikací.;
- nepřímý vliv zahrnuje především redukci rizikových faktorů, posílení svalstva a určité změny životního stylu;

- přímé vlivy pak představují snížení klidové i zátěžové frekvence, snížení krevního tlaku, zvýšení periferního žilního tonu, zlepšení kontraktility myokardu.

Sexuální život

- pacienti po infarktu myokardu mohou vykazovat nižší sexuální aktivitu z nedostatku touhy, pro depresi a úzkostné pocity nebo v důsledku obav ze selhání či naopak z toho, že sexuální styk pro ně bude znamenat nadměrnou zátěž;
- většinou není důvod k prodlevě a pacient může se začít se sexuálním životem, jakmile se bude cítit dostatečně „fit“.

1.5.12 Farmakologická prevence

Léčba hyperlipidemie statiny

- u pacientů s hladinou LDL cholesterolu > 2.6 mmol/l je indikována léčba statinem.

Prevence koronární trombózy pomocí antiagregancií

- Anopyrin 150 mg-300mg je indikovaný u všech pacientů po infarktu myokardu dlouhodobě. Je tak sníženo riziko reinfarktu nebo úmrtí o 25%;
- Plavix 1 tbl 1x denně po dobu 6-12 měsíců.

Léčba hypertenze, prevence arytmií betablokátory

pokud nejsou kontraindikace, měl by pacient užívat betablokátor trvale nebo alespoň 2 roky po infarktu myokardu. Efekt na snížení mortality a reinfart při jejich užívání je srovnatelná jako u antiagregancií (dostupné na: <http://kardio-cz.cz>)

1.5.13 Komplikace infarktu myokardu

Echokardiografické vyšetření patří mezi klíčové role při diagnostikování komplikací při infarktu myokardu.

Selhání levé komory srdeční v akutní fázi obvykle znamená špatnou krátkodobou i dlouhodobou prognózu. Klinicky se srdeční selhání klasifikuje dle Killipa:

- Killip I. nejsou chrůpky ani cval;
- Killip II. mírná klidová dušnost s přítomností chrůpků do 1/2 plic;

Killip III. chrůpky více jak ½ plic (plicní edém);

Killip IV. kardiogenní šok.

Ruptura volné srdeční stěny je u infarktu myokardu závažnou komplikací s velmi vysokou mortalitou a většina nemocných umírá pod obrazem elektromechanické disociace dříve, než je jim poskytnuta kardiochirurgická pomoc.

Defekt komorového septa vzniká u 1-2 % nemocných s infarktem myokardu a projevuje se výrazným systolickým šelestem a zhoršením hemodynamického stavu nemocného. Diagnózu lékař potvrdí echokardiograficky, případně katetrizačně. Možné arytmie v průběhu infarktu myokardu:

- tachyarytmie: komorové arytmie (tachykardie, extrasystoly, fibrilace);
- supraventrikulární arytmie (fibrilace síní)
- bradyarytmie: sinusové bradykardie, A-V blok či asystolie (Špaček, Widimský 2003, str. 92-114)

2 Empirická část

2.1 Metodika

Ke své bakalářské práci jsem použila kvantitativní výzkum.

Na základě předem prostudované literatury a po získání potřebných statistických dat potřebných pro empirickou část jsem zvolila záměrný výběr pacientů.

Použila jsem metodu dotazníku a řízeného rozhovoru. Řízený rozhovor jsem vedla u pacientů, kteří nemohli sami vyplnit dotazník. Jednalo se o pacienty, kteří neměli v době hospitalizace nebo kontrolní návštěvy u kardiologa optické brýle.

2.1.1 Výzkumný problém, výzkumný cíl, hypotézy

Cíle empirického výzkumu

C1 – srovnání životní stylu ve městě a velkoměstě.

C3 – zjistit společenské uplatnění pacientů po infarktu myokardu

C3 – zjistit, zda-li jsou pacienti po infarktu myokardu dostatečně edukováni o změně životním stylu

Hypotézy

H1 - Předpokládám, že životní styl mají větší potřebu (zájem) změnit lidé ve městě než ve velkoměstě.

H2 - Předpokládám, že doporučené změny životního stylu po infarktu myokardu akceptují více ženy než muži.

H3 – Předpokládám, že méně než 30% pacientů přestalo úplně kouřit.

H4 - Předpokládám, že po infarktu myokardu mají pacienti horší společenské uplatnění než před infarktem myokardu.

H5 - Předpokládám, že 70% pacientů je edukováno o změně životního stylu.

H6 - Předpokládám, že více informací získávají pacienti od sester než od lékařů.

2.1.2 Technika výzkumu

Pro svoji bakalářskou práci jsem pod vedením PhDr. Veroniky Blažkové sestavila vlastní dotazník. Položky jsou zaměřeny na jednotlivé cíle a hypotézy výzkumu. V úvodu dotazníku jsem pacienty seznámila s účelem dotazníkového šetření. Seznámila jsem je, jak mají dotazník vyplnit a že účast na výzkumu je dobrovolná, výsledky dotazníku jsou anonymní a budou sloužit pouze ke studijním účelům.

Dotazník celkem obsahuje 26 položek a je rozdělen do 6 částí. První část dotazníku – otázky 1-4 jsou identifikační. Druhá část dotazníku – otázky 5-7 jsou zaměřeny na anamnestické údaje týkající se infarktu myokardu. Třetí část dotazníku – otázky 8-13 jsou zaměřeny na společenské uplatnění pacienta. Čtvrtá část dotazníku – otázky 14-17 jsou zaměřeny na změnu životního stylu. Pátá část dotazníku – otázky 18-21 je zaměřena na kouření. Poslední šestá část dotazníku je zaměřena na edukaci pacienta po infarktu myokardu – otázky 22-26.

2.1.3 Časový harmonogram sběru dat

Po prostudování literatury a statistických dat jsem stanovila výzkumný problém. O spolupráci při psaní teoretické části jsem požádala kardiologa MUDr. Radovana Jirmáře PhD.

Po získání souhlasu lékaře ke spolupráci jsem přistoupila k výběru pracovišť, na kterých bude výzkum probíhat. Oslovila jsem 9 pracovišť, dvě nemocnice vůbec nereagovaly na moji žádost o spolupráci. Na všech oslovených pracovištích jsem nejdříve požádala ústně či elektronicky vedení nemocnice o souhlas s výzkumem na jejich oddělení nebo kardiologické ambulanci. Žádné z pracovišť nevyžadovalo písemné prohlášení. V soukromých kardiologických ambulancích jsem oslovila jejich majitele.

Pro bakalářskou práci jsem použila záměrný výběr pacientů. Celkem jsem rozdala 200 dotazníků, 20 dotazníků jsem neobdržela zpět a 2 dotazníky byly špatně vyplněné (pacienti neodpověděli na všechny položky). Návratnost byla 89%. Zpracovala jsem 178 dotazníků správně vyplněných, kdy podmínkou pro oslovení byl akutní infarkt myokardu v anamnéze a ne mladší šesti měsíců

Po ukončení sběru dat jsem získaná data uložila do počítače. Data jsem zpracovávala pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2003 a Microsoft Office 2003. Po zpracování a uložení všech údajů do počítače jsem vyhodnotila každou jednotlivou položku samostatně. Dále jsem si vytvořila soubory k vyhodnocení cílů a hypotéz.

2.1.4 Předvýzkum

Předvýzkum jsem provedla s patnácti pacienty hospitalizovanými na III. Interní kardiologické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, kde pracuji. Čtrnáct pacientů vyplnilo dotazník osobně, s jedním pacientem jsem vedla řízený rozhovor-neměl u sebe dioptrické brýle. Pacienti byli u nás hospitalizováni s akutním infarktem myokardu v anamnéze. Sedm pacientů bylo pozváno na rekonarografii po 6 měsících po infarktu myokardu. Osm pacientů bylo na našem pracovišti hospitalizováno s nově diagnostikovaným infarktem myokardu. Všichni pacienti otázkám rozuměli, ale u dvou odpovědí jim chyběly možnosti, které jsem opravila a doplnila. V dotazníku jsem změnila znění dvou odpovědí. Jednalo se o otázku č. 6 a 13. Doplnila jsem v odpovědi jednu položku.

2.1.5 Výzkumný soubor

Kardiovaskulární onemocnění je celosvětově jednou z nejčastějších příčinou úmrtí. V České republice bylo v roce 2006 hospitalizováno s kardiovaskulárním onemocnění celkem 76 815 pacientů (45 409 mužů a 31 406 žen.). Nejčastější kardiovaskulární onemocnění je infarkt myokardu. V roce 2006 onemocnělo infarktem myokardu v České republice 22 160 lidí (13 532 mužů a 8 628 žen).

Výběrový soubor tvořilo 178 pacientů nejméně 6 měsíců po infarktu myokardu. 90 pacientů žije ve velkoměstě, 88 pacientů ve městě pod 500 tisíc obyvatel.

Výzkum proběhl na těchto pracovištích

- 1) V Mediscanu Praha jsem oslovila 20 pacientů v období od 15.10.-26.10.2007. Dva pacienti odmítli zúčastnit se výzkumu. Do výzkumu jsem zařadila 18 dotazníků.
- 2) Na kardiologické ambulanci III.interní kliniky FNKV jsem oslovila celkem 30 pacientů v období od 29.10-16.11.2007. 7 pacientů odmítlo zúčastnit se

výzkumu a jeden pacient nevyplnit všechny položky. Do svého výzkumu jsem zařadila 22 dotazníků.

- 3) V kardiologické ambulanci MuDr. Sklenáře jsem celkem oslovila 15 pacientů v období od 19.10-30.10.2007, jeden pacient odmítl spolupráci. Do výzkumu jsem zařadila 14 dotazníků.
- 4) Na lůžkovém oddělení III. Interní kliniky FNKV jsem oslovila 30 pacientů v období od 29.10-16.11.2007. 4 pacienti odmítli spolupráci. Do výzkumu jsem zařadila 26 dotazníků.
- 5) V lázních Poděbrady jsem odlovila celkem 40 pacientů žijících v Praze v období od 3.12.-14.12.2007. 4 pacienti odmítli spolupráci . Do výzkumu jsem zařadila 36 dotazníků.
- 6) V lázních Poděbrady jsem oslovila celkem 35 pacientů žijících v malém městě v období od 3.12.-14-12.2007. Dva pacienti odmítli spolupráci, jeden dotazník byl špatně vyplněný. Do výzkumu jsem zařadila 32 dotazníků.
- 7) V kardiologické ambulanci nemocnice Benešov jsem oslovila v období 17.12.-28.12.2007 celkem 30 pacientů. Nikdo neodmítl spolupráci.
- 8) Kardiologické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích se výzkumu nezúčastnilo

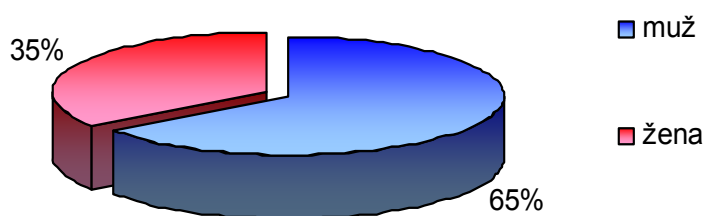
2.1.6 Interpretace výsledků výzkumu

Otázka č. 1 - Jaké je vaše pohlaví?

Tabulka 1 - Pohlaví pacientů

Jaké je vaše pohlaví?		
Muž	116	65,17%
Žena	62	34,83%

Graf 1 - Pohlaví pacientů



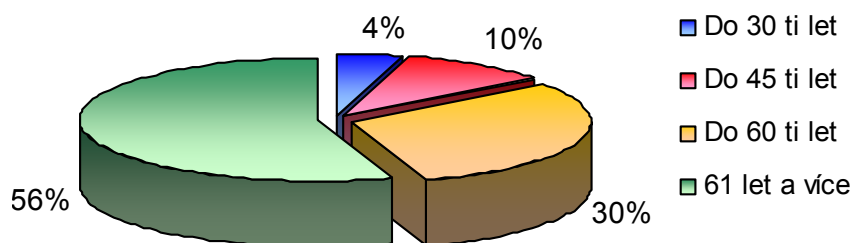
Celkem se výzkumu zúčastnilo 178 pacientů. Mužů bylo celkem 116 (65%) a žen bylo celkem 62 (35%).

Otázka č. 2 - Kolik je Vám let?

Tabulka 2 - Věk pacientů

Kolik Je Vám let?		
do 30 let	8	4,49%
do 45 let	18	10,11%
do 60 let	54	30,34%
61 let a více	98	55,06%

Graf 2 - Věk pacientů



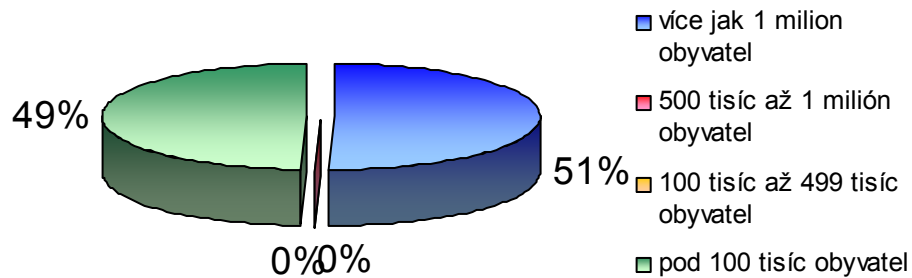
Výzkumu se zúčastnilo 8 pacientů (5%) do 30 let věku. Do 45 let věku se zúčastnilo výzkumu 18 pacientů (10%). Do 60 let věku se zúčastnilo 54 pacientů (30%) a největší skupinu tvořili pacienti nad 61 let, celkem se jich zúčastnilo výzkumu 98 (55%).

Otázka č. 3 - Bydlíte ve městě

Tabulka 3 - Bydliště pacientů

Bydlíte ve městě		
více jak 1 milion obyvatel	90	50,56%
500 tisíc až 1 milion obyvatel	0	0,00%
100 tisíc až 499 tisíc obyvatel	0	0,00%
pod 100 tisíc obyvatel	88	49,44%

Graf 3 - Bydliště pacientů



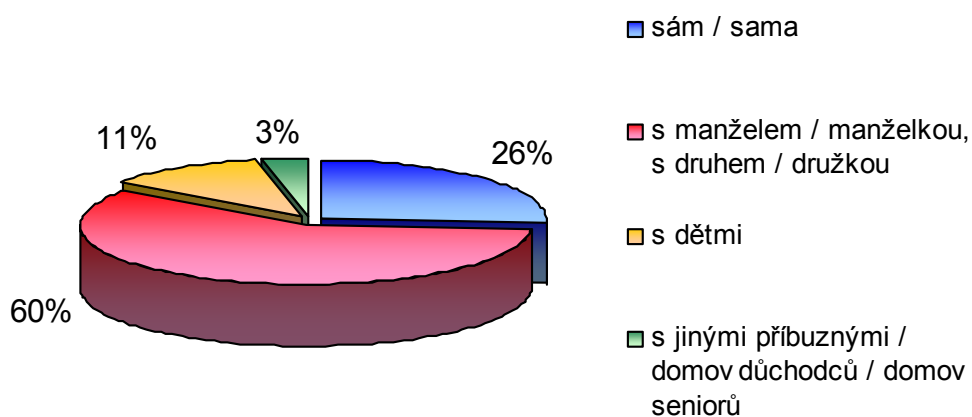
Výzkumu se zúčastnilo 90 pacientů (51%) žijících v Praze, a 88 pacientů (49%) žijících v malém městě do 100 000 obyvatel.

Otázka č. 4 - Bydlíte

Tabulka 4 - S kým bydlí pacient

Bydlíte		
sám / sama	46	25,84%
s manželem / manželkou, s druhem / družkou	106	59,55%
s dětmi	20	11,24%
s jinými příbuznými / domov důchodců / domov seniorů	6	3,37%

Graf 4 - S kým bydlí pacient



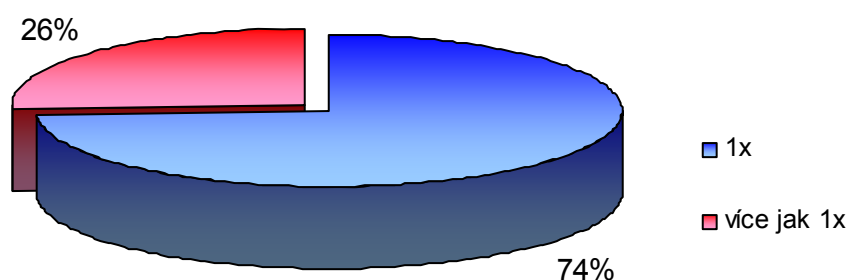
Pacientů, kteří žili sami bylo celkem 46 (26%), největší část pacientů tvořila skupina žijící s manželem / manželkou, s druhem / družkou a to celkem 106 pacientů (60%). S dětmi žilo 20 pacientů (11%) a 6 pacientů (3%) žije s jinými příbuznými či v domově důchodců.

Otázka č. 5 - Měl/a jste infarkt myokardu

Tabulka 5 - Počet infarktů myokardu

Měl/a jste infarkt myokardu		
1x	132	74,16%
více jak 1x	46	25,84%

Graf 5 - Počet infarktů myokardu



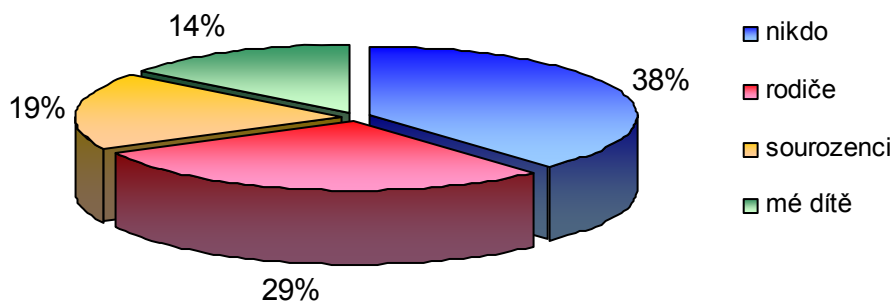
Otázka č.5 a její výsledky nemají přímý vztah k hypotézám, ale zajímalo mě, kolik pacientů již má infarkt myokardu po několikáté. Více jak 1x mělo infarkt myokardu 46 pacientů (26%) a jednou mělo infarkt myokardu 132 pacientů (74%).

Otázka č. 6 - Měl ve Vaší rodině ještě někdo infarkt myokardu?

Tabulka 6 - Infarkt myokardu v rodině

Měl ve Vaší rodině ještě někdo infarkt myokardu?		
nikdo	68	38,20%
rodiče	52	29,21%
sourozenci	33	18,54%
mé dítě	25	14,04%

Graf 6 - Infarkt myokardu v rodině



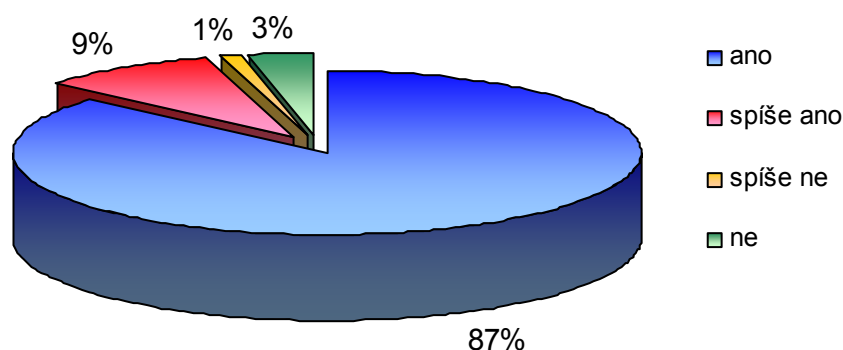
Otázka č.6 a její výsledky nemají přímý vztah k hypotézám, ale zajímalo mě, kolik pacientů má v rodině infarkt myokardu. Celkem 68 pacientů (38%) nemělo infarkt myokardu v rodině, rodiče 52 pacientů (29%) měli infarkt myokardu, 33 pacientů (19%) uvedlo, že jejich sourozenci měli infarkt myokardu a 25 pacientů (14%) udalo, že už jejich dítě mělo infarkt myokardu.

Otázka č. 7 - Chodíte pravidelně na kontrolu ke svému kardiologovi?

Tabulka 7 - Návštěvy u kardiologa

Chodíte pravidelně na kontrolu ke svému kardiologovi?		
ano	154	86,52%
spíše ano	16	8,99%
spíše ne	2	1,12%
ne	6	3,37%

Graf 7 - Návštěvy u kardiologa



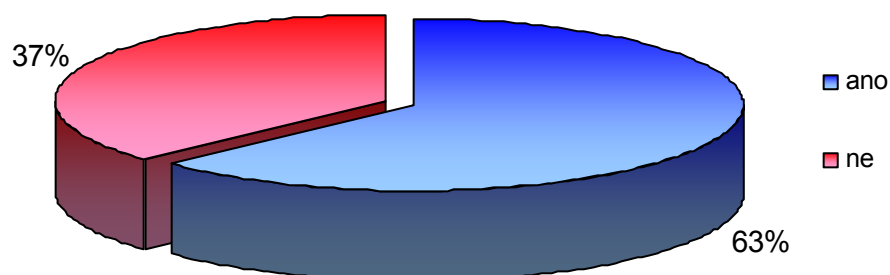
Otázka č.7 a její výsledky nemají přímý vliv k hypotézám, ale zajímalo mě, jak pravidelně chodí pacienti ke svému kardiologovi. Pravidelně svého kardiologa navštěvuje 154 pacientů (87%), spíše ano odpovědělo 16 pacientů (9%), spíše ne odpověděli 2 pacienti (1%) a nepravidelně ke svému kardiologovi chodí 6 pacientů (3%).

Otázka č. 8 - Byl/a jste po infarktu myokardu v lázních?

Tabulka 8 - Lázně po infarktu myokardu

Byl/a jste po infarktu myokardu v lázních?		
ano	112	62,92%
ne	66	37,08%

Graf 8 - Lázně po infarktu myokardu



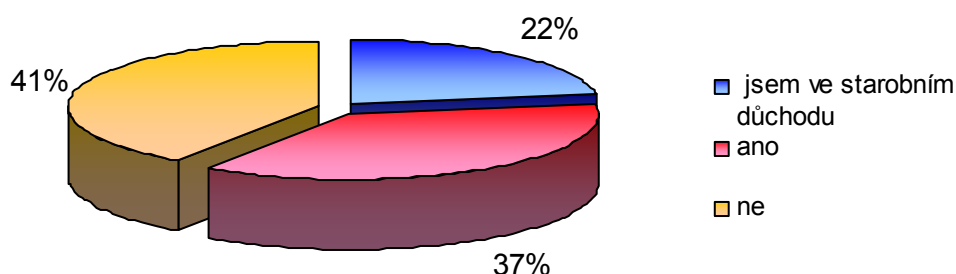
Na otázku č. 8 jsem se ptala záměrně, vzhledem k tomu, že lázně jsou součástí léčby a v lázních je edukace pacientů o správném životním stylu. Celkem bylo v lázních 112 pacientů (63%) a v lázních nebylo 66 pacientů (37%).

**Otázka č. 9 - Odešel/a jste po infarktu myokardu do invalidního důchodu?
(pokud již nejste ve starobním důchodu)**

Tabulka 9 - Odchod do důchodu

Odešel/a jste po infarktu myokardu do invalidního důchodu? (pokud již nejste ve starobním důchodu)		
jsem ve starobním důchodu	40	22,47%
ano	66	37,08%
Ne	72	40,45%

Graf 9 - Odchod do důchodu



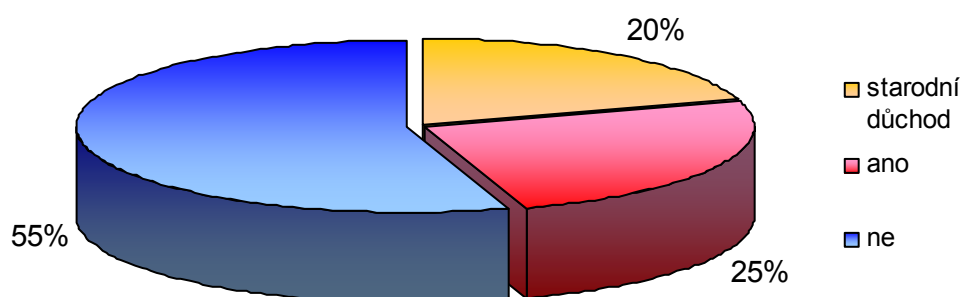
Otázka č. 9 měla za cíl zjistit, kolik pacientů odešlo do invalidního důchodu (ID) po infarktu myokardu. Do ID odešlo celkem 66 pacientů (37%). Do ID neodešlo celkem 72 pacientů (40%). Graf 9 má vztah k hypotéze č.4, která se tímto nepotvrdila. Pacienti nemají horší společenské uplatnění.

Otázka č.10 - Pokud nejste ve starobním důchodu, vykonáváte stejnou práci (zaměstnání) jako před infarktem myokardu?

Tabulka 10 - Vykonávání stejné práce

Pokud nejste ve starobním důchodu, vykonáváte stejnou práci (zaměstnání) jako před infarktem myokardu?		
starobní důchod	36	20,22%
ano	44	24,72%
ne	98	55,06%

Graf 10 - Vykonávání stejné práce



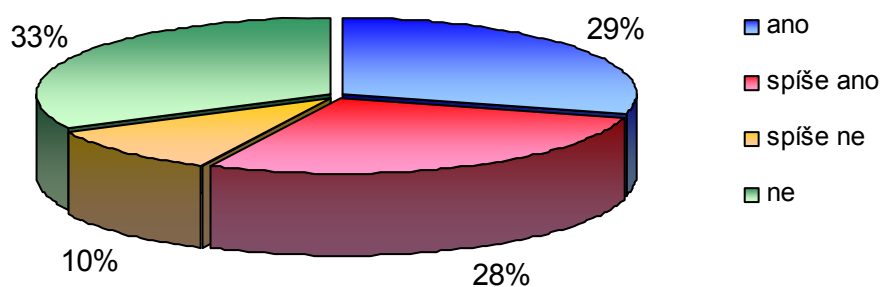
Cílem otázky č.10 bylo zjistit, zda-li infarkt myokardu ovlivní sociální stránku života pacienta. Výsledky v grafu č.10 nám ukazují, že 98 pacientům (55%) infarkt myokardu nějakým způsobem ovlivnil možnost vykonávat stejnou práci (zaměstnání).

Otázka č. 11 - Omezil Vám infarkt myokardu vykonávat běžné domácí práce (běžný úklid domácnosti, péče o zahrádku)

Tabulka 11 - Omezení v domácích pracích

Omezil Vám infarkt myokardu vykonávat běžné domácí práce (běžný úklid domácnosti, péče o zahrádku)		
ano	52	29,21%
spíše ano	50	28,09%
spíše ne	18	10,11%
ne	58	32,58%

Graf 11 - Omezení v domácích pracích



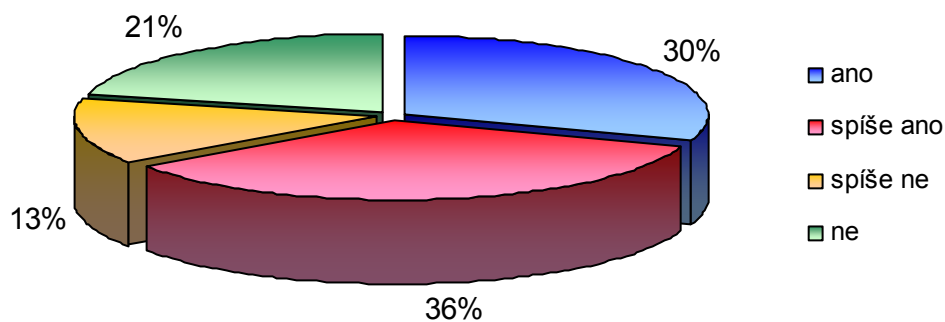
Graf 11 ukazuje, kolika pacientům omezil infarkt myokardu vykonávat běžné domácí práce. 52 pacientům (29%) omezil infarkt vykonávat běžné práce. Spíše ano odpovědělo 50 pacientů (28%), spíše ne odpovědělo 18 pacientů (10%) a infarkt myokardu neomezil vykonávat běžné domácí práce 58 pacientům (32%).

**Otázka č. 12 - Změnila se Vaše fyzická aktivita po infarktu myokardu?
(sportování, procházky)**

Tabulka 12 - Změna fyzické aktivity

Změnila se Vaše fyzická aktivita po infarktu myokardu? (sportování, procházky)		
ano	54	30,34%
spíše ano	62	34,83%
spíše ne	24	13,48%
ne	38	21,35%

Graf 12 - Změna fyzické aktivity



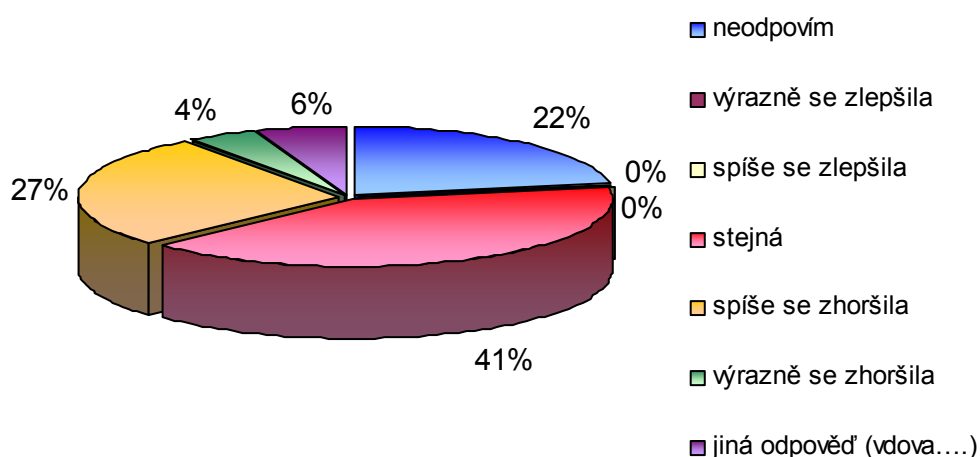
Graf 12 nám zobrazuje, že 54 pacientům(30%) se změnila fyzická aktivita, spíše ano odpovědělo 62 pacientů (34%), spíše ne odpovědělo 24 pacientů (13%) a nezměnila se 38 pacientům (21%).

Otázka č. 13 - Jak vnímáte svoji sexuální aktivitu po infarktu myokardu?

Tabulka 13 - Sexuální aktivita po infarktu myokardu

Jak vnímáte svoji sexuální aktivitu po infarktu myokardu?		
neodpovím na tuto otázku	40	22,47%
výrazně se zlepšila	0	0,00%
spíše se zlepšila	0	0,00%
stejná	72	40,45%
spíše se zhoršila	48	32,88%
výrazně se zhoršila	8	4,49%
jiná odpověď (vdova....)	10	5,62%

Graf 13 - Sexuální aktivita po infarktu myokardu



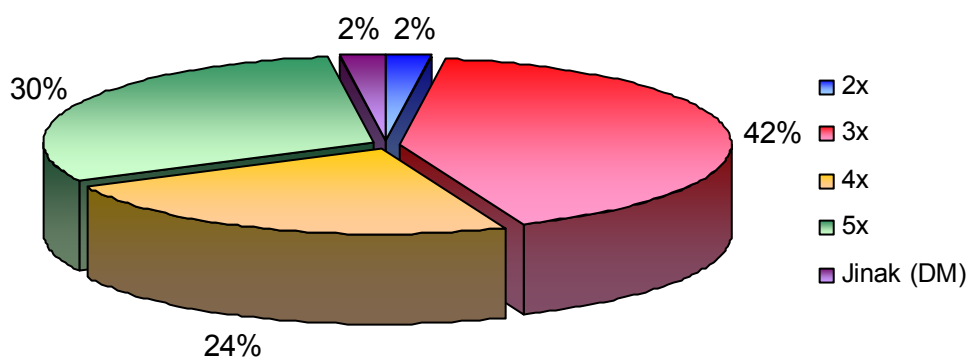
Graf 13 nám ukazuje, jak vnímají svoji sexuální aktivitu pacienti po infarktu myokardu. Vzhledem k tomu, že je to velmi choulostivá otázka pro některé pacienty již v předvýzkumu, umožnila jsem jim volbu „neodpovím“. Tuto možnost využilo 40 pacientů (22%). Výrazně se zlepšila a nebo spíše se zlepšila sexuální aktivita po infarktu myokardu neodpověděl žádný pacient. Stejnou sexuální aktivitu má 72 pacientů (40%), spíše se zhoršila odpovědělo 48 pacientů (32%), výrazně se zhoršila u 8 pacientů (4%) a jinou odpověď (vdova) označilo 10 pacientů (5%).

Otázka č. 14 - Kolikrát denně jíte? (myslím tím snídaně, oběd, večeře, svačiny)

Tabulka 14 - Četnost jídla

Kolikrát denně jíte? (myslím tím snídaně, oběd, večeře, svačiny)		
2x	4	2,25%
3x	74	41,57%
4x	42	23,60%
5x	54	30,34%
jinak (DM)	4	2,25%

Graf 14 - Četnost jídla



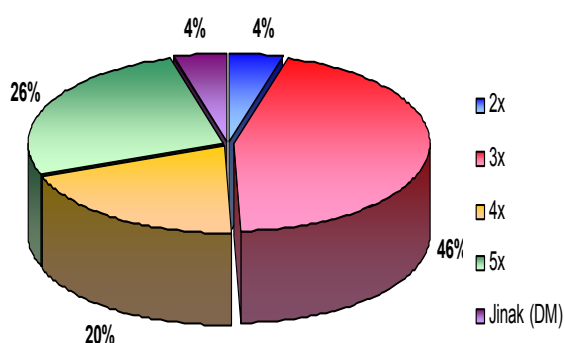
Graf 14 nám zobrazuje, kolikrát denně jedí pacienti. Pravidelnost příjmu potravin je součástí správného životního stylu. 2x denně jí 4 pacienti (2%), 3x denně jí 74 pacientů (41%), 4xdenně jí 42 pacientů (23%) a správně jí 54 pacientů (30%). Jinak odpověděli 4 pacienti (2%).

Otázka č. 14 - srovnávání k hypotéze č. 1

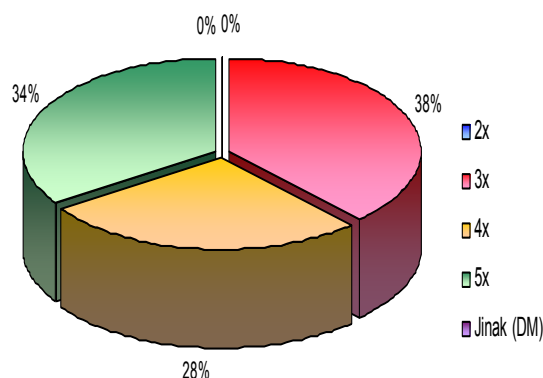
Tabulka 15 - Četnost jídla

Kolikrát denně jíte? (myslím tím snídaně, oběd, večeře, svačiny)	velkoměsto		město	
	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento
2x	4	4,40%	0	0,00%
3x	41	45,05%	33	37,93%
4x	18	19,78%	24	27,59%
5x	24	26,37%	30	34,48%
jinak (DM)	4	4,40%	0	0,00%

Graf 15 - Četnost jídla ve velkoměstě



Graf 16 - Četnost jídla ve městě



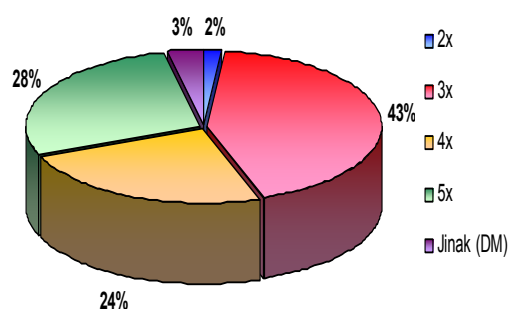
Na grafu č. 15 a 16 je vidět jak rozdílně jedí lidé ve městě a ve velkoměstě. 2x denně jedí 4 pacienti(4%) z velkoměsta a z malého města 2x denně nejí nikdo. 3x denně jí 41 pacientů (45%) z velkoměsta a pouze 33 pacientů (38%) z města. 4x denně jí 18 pacientů (20%) z velkoměsta a 24 pacientů (28%) z města. 5x denně jí 24 pacientů (26%) z velkoměsta a 30 pacientů (34%) z města. Hypotéza se potvrdila.

Otázka č. 14 - srovnávání k hypotéze č. 2

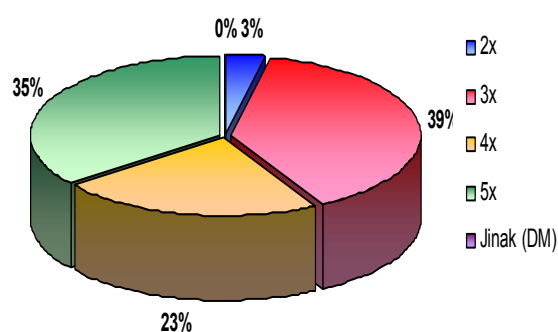
Tabulka 16 - Četnost jídla

Kolikrát denně jíte? (myslím tím snídaně, oběd, večeře, svačiny)	muž		žena	
	četnost	procento	četnost	procento
2x	2	1,72%	2	3,23%
3x	50	43,10%	24	38,71%
4x	28	24,14%	14	22,58%
5x	32	27,59%	22	35,48%
jinak (DM)	4	3,45%	0	0,00%

Graf 17 - Četnost jídla u mužů



Graf 18 - Četnost jídla u žen



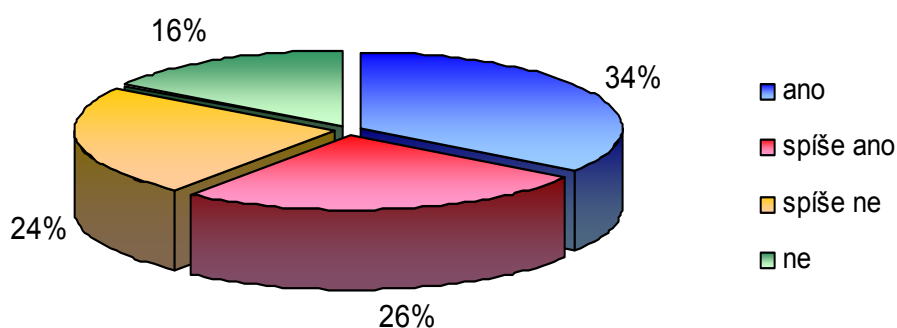
Tyto grafy úzce souvisí s hypotézou č.2. Graf 17 mám ukazuje četnost jídla u mužů. Graf 18 četnost jídla u žen. 2x denně jedí dva muži (2%) a dvě ženy (3%). 3x denně jí celkem 50 mužů (43%) a 24 žen (38%). 4x denně jí 28 mužů (24%) a 14 žen (23%). 5x denně jí 32 mužů (28%) a 22 žen (35%). Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Otázka č. 15 - Změnil se Váš jídelníček po infarktu myokardu?

Tabulka 17 - Změna jídelníčku

Změnil se Váš jídelníček po infarktu myokardu?		
ano	62	34,83%
spíše ano	46	25,84%
spíše ne	42	23,60%
ne	28	15,73%

Graf 19 - Změna jídelníčku



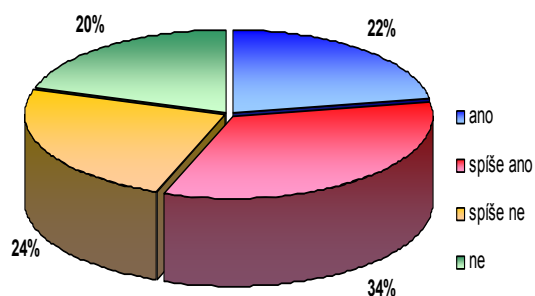
Jídelníček změnilo celkem 62 pacientů (34%), spíše ano odpovědělo 46 pacientů (25%), spíše ne odpovědělo 42 pacientů (23%) a nezměnilo jídelníček celkem 28 pacientů (15%).

Otázka č. 15 - srovnávání k hypotéze č. 1

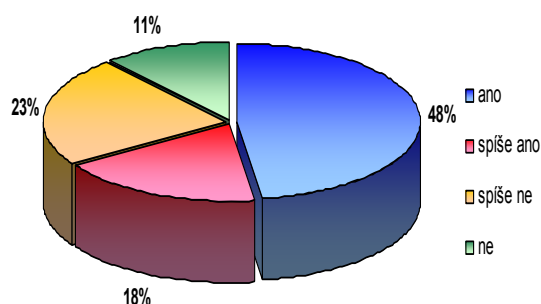
Tabulka 18 - Změna jídelníčku

Změnil se Váš jídelníček po infarktu myokardu?	velkoměsto		město	
ano	20	22,22%	42	47,73%
spíše ano	30	33,33%	16	18,18%
spíše ne	22	24,44%	20	22,73%
ne	18	20,00%	10	11,36%

Graf 20 - Změna jídelníčku ve velkoměstě



Graf 21 - Změna jídelníčku ve městě



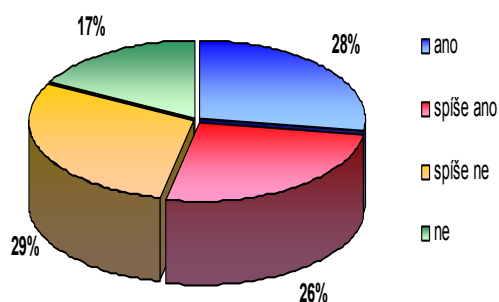
Změnu jídelníčku akceptují po infarktu myokardu pacienti žijící ve městě. Celkem 42 pacientů (48%) změnilo jídelníček, pouze 20 pacientů (22%) z velkoměsta změnilo jídelníček. 16 pacientů (18%) udalo spíše ano ve městě a 30 pacientů (33%) ve velkoměstě. Spíše ne odpovědělo 10 pacientů (22%) z města a 22 pacientů (24%) z velkoměsta. Svůj jídelníček nezměnilo 10 pacientů (11%) z města a 18 pacientů (20%) z velkoměsta. Hypotéza č. 3 se zde potvrdila.

Otázka č. 15 - srovnávání k hypotéze č. 2

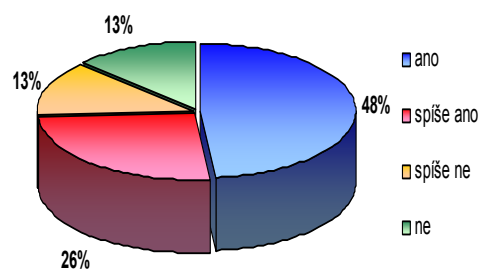
Tabulka 19 - Změna jídelníčku

Změnil se Váš jídelníček po infarktu myokardu?	Muž		žena	
ano	32	27,59%	30	48,39%
spíše ano	30	25,86%	16	25,81%
spíše ne	34	29,31%	8	12,90%
ne	20	17,24%	8	12,90%

Graf 22 - Změna jídelníčku u mužů



Graf 23 - Změna jídelníčku u žen



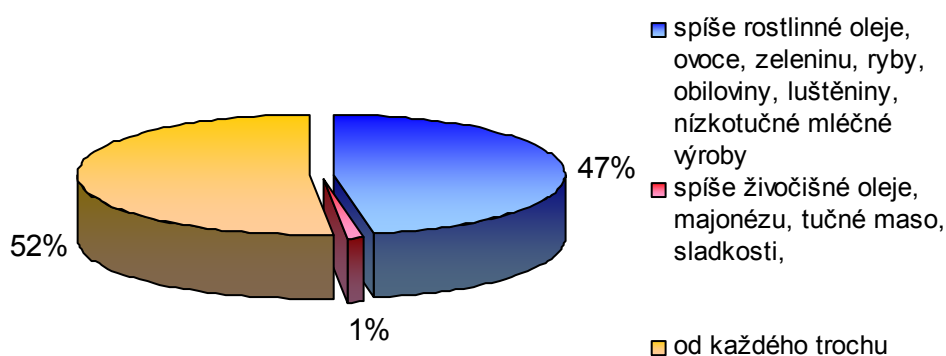
Grafy 22 a 23 souvisí s hypotézou č. 2. Po infarktu myokardu změnilo jídelníček 32 mužů (28%) a 30 žen (49%). Spíše změnilo jídelníček 30 mužů (26%) a 16 žen (25%). Spíše nezměnilo jídelníček 34 mužů (29%) a 8 žen (13%). Vůbec nezměnilo svůj jídelníček 20 mužů (17%) a 8 žen (13%). Hypotéza č. 2 se potvrdila.

Otázka č. 16 - Obsahuje Váš jídelníček

Tabulka 20 - Obsah jídelníčku

Obsahuje Váš jídelníček		
spíše rostlinné oleje, ovoce, zeleninu, ryby, obiloviny, luštěniny, nízkotučné mléčné výroby	84	47,19%
spíše živočišné oleje, majonézu, tučné maso, sladkosti, od každého trochu	2	1,12%
od každého trochu	92	51,69%

Graf 24 - Obsah jídelníčku



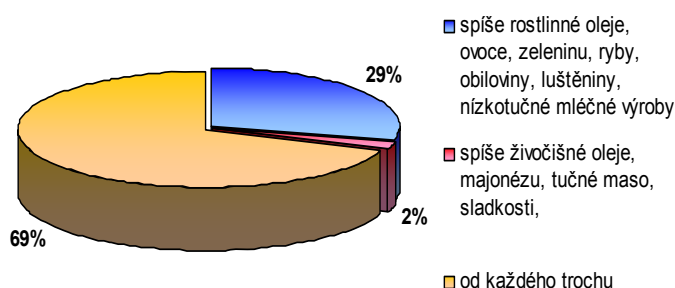
Tato otázka měla za cíl zjistit, kolik pacientů jí zdravěji. Spíše rostlinné oleje, ovoce, zeleninu, ryby, obiloviny, luštěniny, nízkotučné mléčné výroby jí 84 pacientů (47%), 2 pacienti (1%) odpověděli že jedí spíše živočišné oleje, majonézu, tučné maso, sladkosti a 92 pacientů (52%) odpovědělo, že jedí od každého trochu.

Otázka č. 16 – srovnání k hypotéze č.1

Tabulka 21 - Obsah jídelníčku

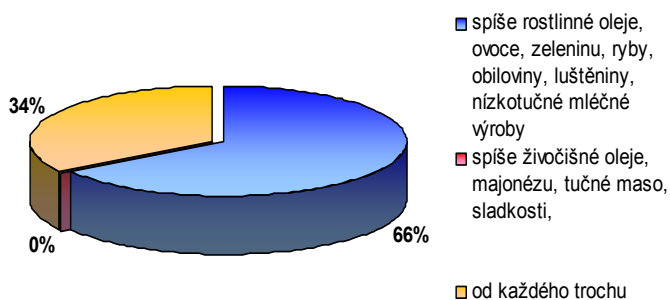
Obsahuje Váš jídelníček	velkoměsto		město	
	počet	procento	počet	procento
spíše rostlinné oleje, ovoce, zeleninu, ryby, obiloviny, luštěniny, nízkotučné mléčné výrobky	26	28,89%	58	65,91%
spíše živočišné oleje, majonézu, tučné maso, sladkosti,	2	2,22%	0	0,00%
od každého trochu	62	68,89%	30	34,09%

Graf 25 - Obsah jídelníčku ve velkoměstě



Ve velkoměstě jí spíše rostlinnou stravu 26 pacientů (29%), spíše živočišnou stravu udali 2 pacienti (2%) a od každého trochu jí ve velkoměstě 62 pacientů (69%).

Graf 26 - Obsah jídelníčku ve městě



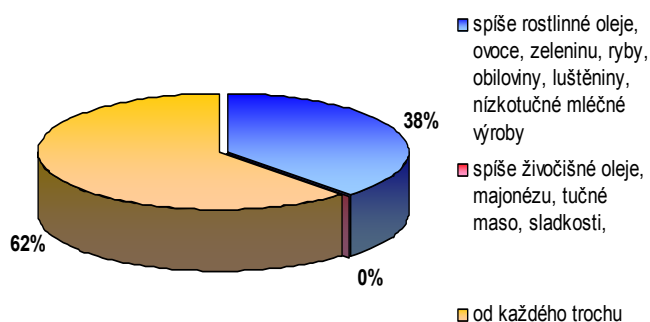
Ve městě jí spíše rostlinnou stravu 58 pacientů (66%), spíše živočišnou stravu neoznačili žádní pacienti a od každého trochu jí ve městě 30 pacientů (34%). Hypotéza č.3 se potvrdila.

Otázka č. 16 – srovnání k hypotéze č.2

Tabulka 22 - Obsah jídelníčku

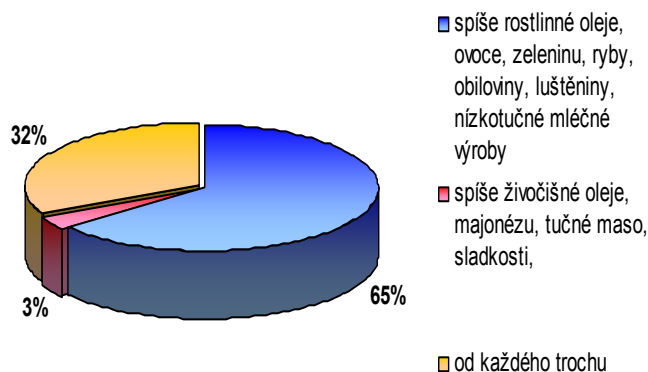
Obsahuje Váš jídelníček	muž		žena	
spíše rostlinné oleje, ovoce, zeleninu, ryby, obiloviny, luštěniny, nízkotučné mléčné výrobky	44	37,93%	40	64,52%
spíše živočišné oleje, majonézu, tučné maso, sladkosti,	0	0,00%	2	3,23%
od každého trochu	72	62,07%	20	32,26%

Graf 27 - Obsah jídelníčku u mužů



Graf 27 nám zobrazuje, že 44 mužů (38%) jí spíše rostlinnou stravu, živočišnou stravu po infarktu myokardu nejí žádný muž a 72 mužů (62%) udalo, že jí od každého trochu.

Graf 28 - Obsah jídelníčku u žen



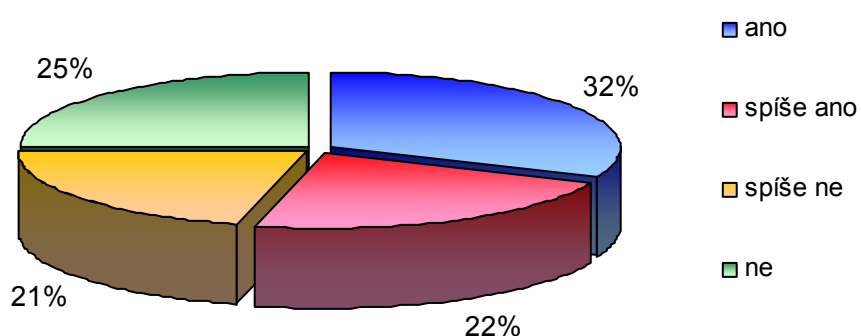
Graf 28 nám zobrazuje, že spíše rostlinnou stravu jí 40 žen (65%), spíše živočišnou stravu jedí dvě ženy (3%) a od každého trochu jí 20 žen (32%).

Otázka č.17 - Zhubl/a jste po infarktu myokardu

Tabulka 23 - Hubnutí po infarktu myokardu

Zhubl/a jste po infarktu myokardu		
ano	56	31,46%
spíše ano	40	22,47%
spíše ne	38	21,35%
ne	44	24,72%

Graf 29 - Hubnutí po infarktu myokardu



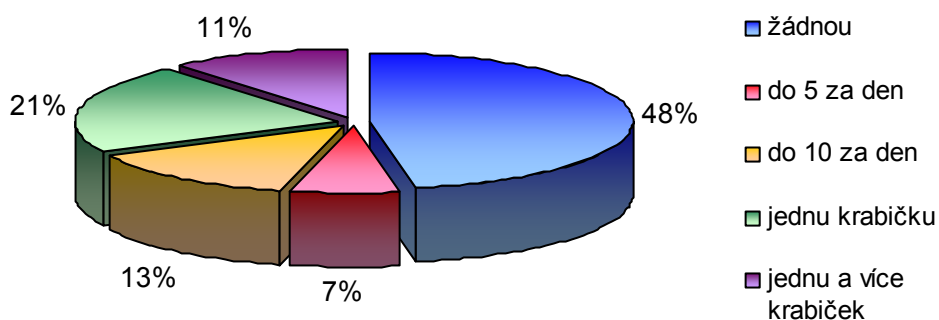
Graf17 zobrazuje, že 56 pacientů (32%) po infarkt myokardu zhublo, 40 pacientů (22%) spíše zhublo, 38 pacientů (21%) spíše nezhublo a 44 pacientů (24%) nezhublo vůbec.

Otázka č. 18 - Kolik cigaret za den jste vykouřil/a před infarktem myokardu?

Tabulka 24 - Počet vykouřených cigaret

Kolik cigaret za den jste vykouřil/a před infarktem myokardu?		
žádnou	84	47,19%
do 5 za den	12	6,74%
do 10 za den	24	13,48%
jednu krabičku	38	21,35%
jednu a více krabiček	20	11,24%

Graf 30 - Počet vykouřených cigaret



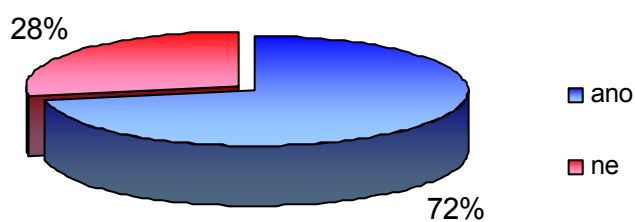
Graf 18 zobrazuje počet pacientů, kteří kouřili před infarktem myokardu. Celkem udalo 84 pacientů, že nikdy před infarktem myokardu nekouřilo. 12 pacientů (6%) udalo, že kouřili do 5 cigaret, do 10 cigaret kouřilo 24 pacientů (13%), jednu krabičku kouřilo celkem 38 pacientů (21%) a jednu krabičku a více přiznalo 20 pacientů (11%).

Otázka č. 19 - Přestal/a jste ihned kouřit po infarktu myokardu?

Tabulka 25 - Kouření po infarktu myokardu

Přestal/a jste ihned kouřit po infarktu myokardu?		
ano	68	72,34%
ne	26	27,66%

Graf 31 - Kouření po infarktu myokardu



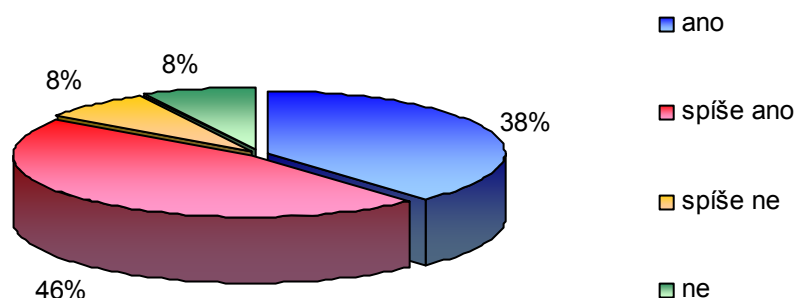
Po infarktu myokardu ihned přestalo kouřit 68 pacientů (72%). Kouřit nepřestalo 26 pacientů (27%).

Otázka č. 20 - Pokud jste nepřestal/a kouřit, omezil/a jste kouření po infarktu myokardu?

Tabulka 26 - Omezení kouření po infarktu myokardu

Pokud jste nepřestal/a kouřit, omezil/a jste kouření po infarktu myokardu?		
ano	10	38,46%
spíše ano	12	46,15%
spíše ne	2	7,69%
ne	2	7,69%

Graf 32 - Omezení kouření po infarktu myokardu



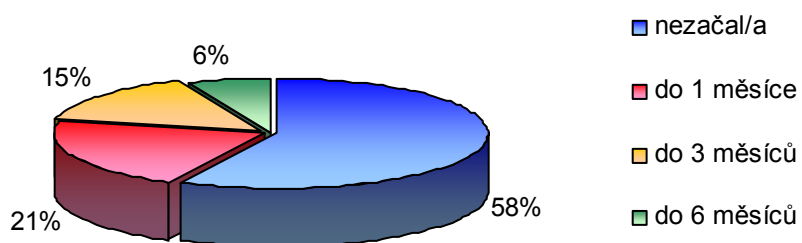
Pokud pacienti nepřestali kouřit, chtěla jsem zjistit, zda-li alespoň kouření omezili. Kouření omezilo celkem 10 pacientů (38%), spíše ano odpovědělo 12 pacientů (46%), spíše ne odpověděli 2 pacienti (8%) a neomezili kouření 2 pacienti (8%).

Otázka č. 21 - Opět jste začal/a kouřit po infarktu myokardu do

Tabulka 27 - Recidiva kouření

Opět jste začal/a kouřit po infarktu myokardu do		
nezačal/a	54	57,45%
do 1 měsíce	20	21,28%
do 3 měsíců	14	14,89%
do 6 měsíců	6	6,38%

Graf 33 - Recidiva kouření



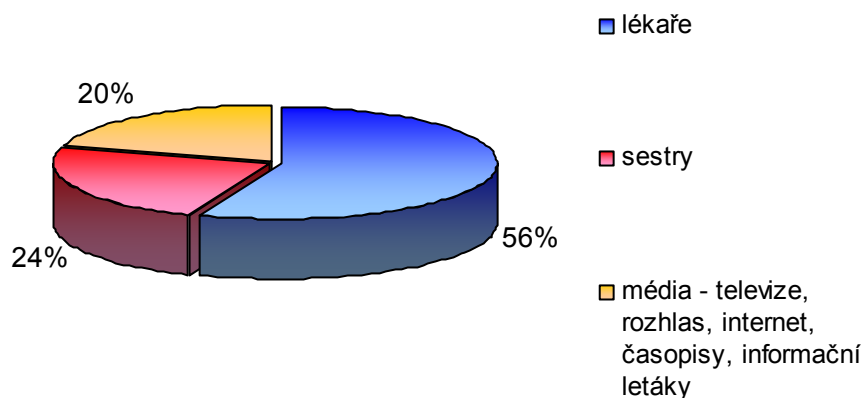
Graf 21 nám zobrazuje, za jak dlouho začali pacienti opět kouřit po infarktu myokardu. Opět nezačalo kouřit 54 pacientů

Otázka č. 22 - Nejvíce informací jste získal/a od

Tabulka 28 - Získané informace

Nejvíce informací jste získal/a od		
lékaře	100	56,18%
sestry	42	23,60%
média - televize, rozhlas, internet, časopisy, informační letáky	36	20,22%

Graf 34 - Získané informace



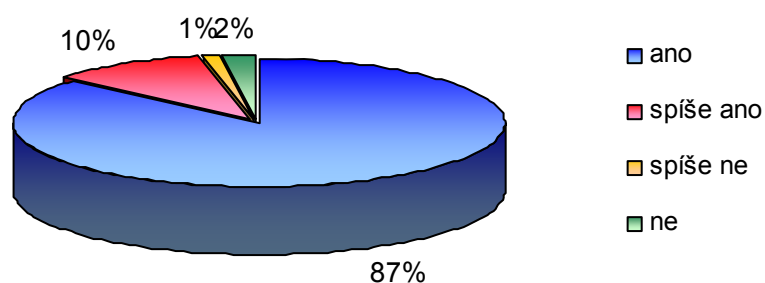
Od lékaře získalo informace 100 pacientů (56%). Od sestry získalo informace 42 pacientů (23%) a z médií se informace o infarktu myokardu dozvědělo celkem 36 pacientů (20%). Nejvíce informací pacienti získávají od lékařů. Hypotéza č.6 se nepotvrdila.

Otázka č. 23 - Vysvětlil Vám lékař/ sestra jaká jsou možná rizika nedodržování správného životního stylu?

Tabulka 29 - Vysvětlení rizika při nedodržování životního stylu

Vysvětlil Vám lékař/ sestra jaká jsou možná rizika nedodržování správného životního stylu?		
ano	154	86,52%
spíše ano	18	10,11%
spíše ne	2	1,12%
ne	4	2,25%

Graf 35 - Vysvětlení rizika při nedodržování životního stylu



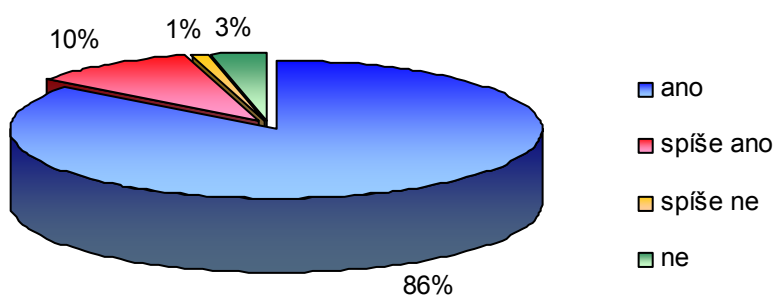
Graf 23 ukazuje, kolika pacientům lékař či sestra vysvětlili rizika nedodržování správného životního stylu. 154 pacientům (87%) lékař či sestra vysvětlili rizika. 18 pacientů (10%) odpovědělo, že spíše ano, spíše ne odpověděli 2 pacienti (1%) a 4 pacienti (2%) odpověděli, že lékař ani sestra jim nevysvětlili rizika nedodržování správného životního stylu.

Otázka č. 24 - Jste spokojen/a s množstvím podaných informací?

Tabulka 30 - Spokojenost s množstvím podaných informací

Jste spokojen/a s množstvím podaných informací?		
ano	152	85,39%
spíše ano	18	10,11%
spíše ne	2	1,12%
ne	6	3,37%

Graf 36 - Spokojenost s množstvím podaných informací



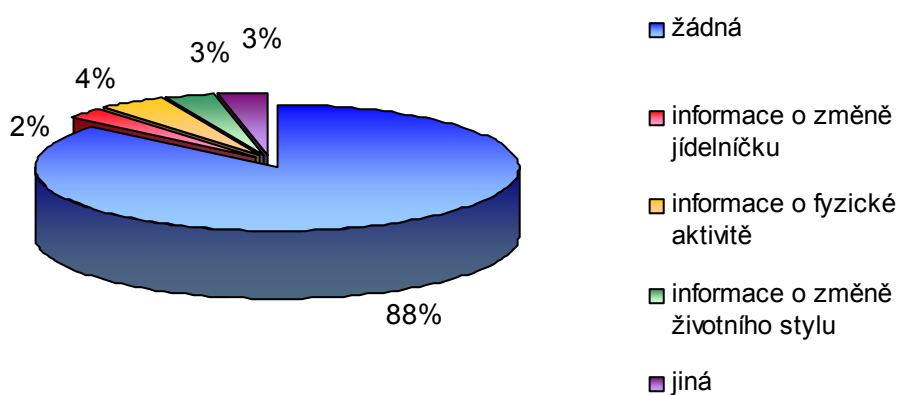
Graf 24 nám zobrazuje spokojenost pacientů s množstvím podaných informací. Spokojeno bylo celkem 152 pacientů (86%), spíše ano odpovědělo 18 pacientů (10%), spíše ne odpověděli 2 pacienti (1%) a nespokojeno bylo celkem 6 pacientů (3%).

Otázka č. 25 - Jaká informace Vám chyběla?

Tabulka 31 - Chybějící informace

Jaká informace Vám chyběla?		
žádná	154	86,52%
informace o změně jídelníčku	4	2,25%
informace o fyzické aktivitě	8	4,49%
informace o změně životního stylu (kouření, stres)	6	3,37%
jiná	6	3,37%

Graf 37 - Chybějící informace



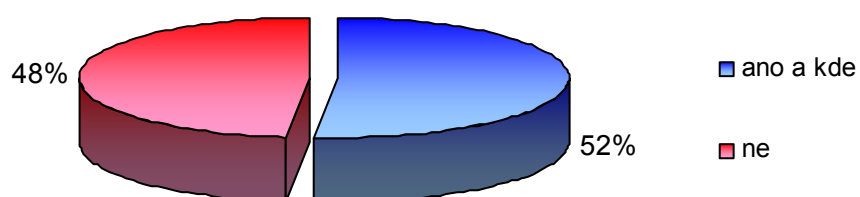
Graf25 nám ukazuje, jaké informace pacientům chyběly po rozhovoru s lékařem. Žádná informace nechyběla 154 pacientům (86%), informace o změně jídelníčku chyběla 4 pacientům (2%), informace o fyzické aktivitě chyběla 8 pacientům (4%), informace o změně životního stylu, hlavně informace o stresu a kouření chyběla 6 pacientům (3%), jiná informace chyběla 6 pacientům (3%).

Otázka č. 26 - Vyhledával/a jste si sám/sama informace i infarktu myokardu?

Tabulka 32 - Hledání informací

Vyhledával/a jste si sám/sama informace i infarktu myokardu?		
ano a kde	92	51,69%
Ne	86	48,31%

Graf 38 - Hledání informací



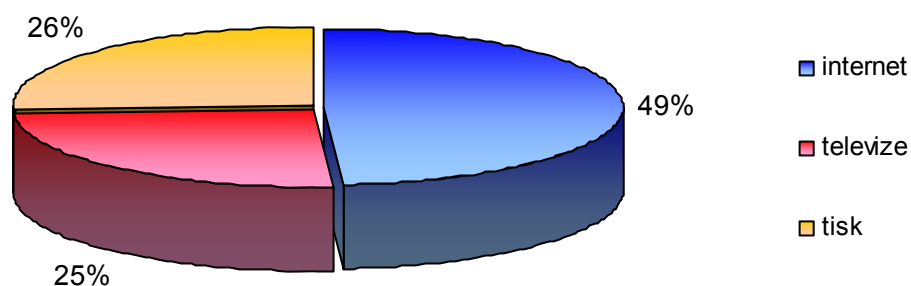
Někteří pacienti si informace o infarktu myokardu vyhledávali sami. Jak ukazuje Graf 26, 92 pacientů (51%) si informace našlo samo, 86 pacientů (43%) si již žádné jiné informace nevyhledávalo.

Otázka č. 27 - Získávání informací

Tabulka 33 - Získané informace

27) Získávání informací z		
internet	45	48,91%
televize	23	25,00%
tisk	24	26,09%

Graf 39 - Získané informace



Graf 27 ukazuje, kde si pacienti hledali informace o infarktu myokardu. Nejvíce hledali pacienti na internetu - 45 pacientů (49%), v televizi našlo informace celkem 23 pacientů (25%) a v tisku hledalo celkem 24 pacientů (26%).

2.1.7 Závěr výzkumu

V bakalářské práci *Vliv kardiologického onemocnění na život pacienta* jsem se pokusila zmapovat kvalitu života pacientů s nejčastějším kardiologickým onemocněním – infarktem myokardu.

Cílem č. 1 bylo zjistit srovnání životního stylu ve městě a velkoměstě. K tomuto cíli byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza č. 1 - předpokládám, že životní styl mají větší potřebu (zájem) změnit lidé ve městě než velkoměstě - **se potvrdila**.

K této hypotéze se pojily otázky č. 14-16. V otázce č. 14 jsem se ptala kolikrát denně jedí pacienti. Pacienti žijící ve městě jedí pravidelněji (34%). V otázce č. 15 odpovídali pacienti zda-li změnili svůj jídelníček po infarktu myokardu. Pacienti žijící ve městě změnili svůj jídelníček (48%). V otázce č. 16 jsem se ptala, co spíše obsahuje jídelníček dotazovaných pacientů. Zdravěji žijí pacienti ve městě (66%).

Hypotéza č.2 - předkládám, že doporučené změny životního stylu po infarktu myokardu akceptují více ženy než muži –**se potvrdila**.

K této hypotéze se pojily otázky č. 14-16. V otázce č. 14 jsem se ptala, kolikrát denně jedí pacienti. Ženy jedí pravidelněji (35%) po infarktu myokardu než muži. V otázce č. 15 odpovídali pacienti, zda-li změnili jídelníček po infarktu myokardu. 48% žen změnilo svůj jídelníček po infarktu myokardu. V otázce č. 16 jsem se ptala, co spíše obsahuje jídelníček dotazovaných pacientů. Zdravěji žijí ženy (65%)

Hypotéza č 3 - předpokládám že méně než 30% pacientů přestalo úplně kouřit. – **se nepotvrdila**.

S touto hypotézou jsou spojeny otázky č. 19-21. Otázky č. 19-20 zjišťovaly kolik cigaret pacienti vykouřili, jestli přestali kouřit a zda případně omezili kouření. Otázka č. 21 zjišťovala kolik pacientů opět začalo kouřit po infarktu myokardu. Opět nezačalo kouřit 57%.

Cílem č.2 bylo zjistit společenské uplatnění pacientů po infarktu myokardu. K tomuto cíli byla stanovena jedna hypotéza .

Hypotéza č. 4 - předpokládám, že mají pacienti horší společenské uplatnění než před infarktem myokardu –**se nepotvrdila**.

Tuto hypotézou jsem zjišťovala u otázek č. 9-11. Nejdůležitější byla otázka č. 9, kde jsem se ptala, zda-li pacienti po infarktu myokardu odešli do invalidního důchodu.

40% pacientů neodešlo do invalidního důchodu ačkoli již po infarktu myokardu nemohli vykonávat stejnou práci (55%). 32% pacientů odpovědělo v otázce č. 11, že infarkt myokardu jim neomezil vykonávat běžné domácí práce.

Cílem č.3 bylo zjistit, zda-li jsou pacienti po infarktu myokardu dostatečně edukováni o změně životního stylu. K tomuto cíli byli stanoveny dvě hypotézy.

Hypotéza č. 5 - předpokládám, že 70% pacientů je edukováno o změně životního stylu –**se potvrdila**.

Otázka č. 23 mám odpověděla zda-li jsou pacienti dostatečně edukováni. 87% pacientům nechyběla žádná informace týkající se správného životního stylu podaná od lékaře.

Hypotéza č. 6 - předpokládám, že více informací získávají pacienti od sester než od lékařů - **se nepotvrdila**.

Tuto hypotézu jsem zjišťovala u otázky č. 22. 56% pacientů odpovědělo, že nejvíce informací získalo od lékaře.

Stanovené cíle této bakalářské práce byly splněny. V diskuzi jsem rozebrala zajímavé výsledky a hypotézy práce. Je důležité, abychom věděli, co potřebují pacienti s infarktem myokardu a tímto směrem pacientům pomáhat.

2.1.8 Diskuze

Problematika kardiovaskulárního onemocnění v České republice je velmi rozsáhlá a složitá. K onemocnění kardiovaskulárního systému, ale i k infarktu myokardu bylo napsáno velmi mnoho zajímavých publikací, velkými farmaceutickými firmami provedeno několik desítek studií, kterých se zúčastnily nikoli stovky, ale tisíce pacientů z celého světa. V rámci bakalářské práce je tedy velmi obtížné a skoro nemožné popsat problematiku tak detailně, aby některá důležitá fakta nebyla opomenuta.

Teoretická část je zaměřena na srdce a infarkt myokardu jako nejčastější kardiovaskulární onemocnění. Léčba je zde popsána jen velmi stručně.

Když jsem studovala podklady pro empirickou část z různých knih kardiologie od významných kardiologů a měla tu možnost si pročíst závěry některých velkých klinických studií zabývajících se infarktem myokardu, vždy jsem se dočetla o kouření jako o významném faktoru vzniku infarktu myokardu. Velmi mě tedy překvapilo, že 48% oslovených pacientů nikdy před infarktem myokardu nekouřilo. Domnívám se, většina těchto pacientů se jen styděla za to, že kouřila, a neodpověděli tak správně.

Závěr

Pacienti po infarktu myokardu se musí znovu postavit na vlastní nohy a to nejen fyzicky, ale i psychicky a v neposlední řadě i sociálně. Jak naznačují výsledky výzkumu bakalářské práce, pacienti po infarktu myokardu neodcházejí do invalidního důchodu, ale jen změni náročnost své práce. Po infarktu myokardu se dát žít plnohodnotně a někdy dokonce lépe neboť pacienti změni složení stravy a přestanou kouřit.

Ačkoli lékař a sestra podávají pacientovi plnohodnotné informace o správném životním stylu, měla by být informována i široká veřejnost o možnostech jak se bránit kardiovaskulárnímu onemocnění. Pohled na to, kolik našich už mladých spoluobčanů postihne infarkt myokardu nebo dokonce zemřou na infarkt nebudí příliš optimismu. Měly by být vytvořeny jasné a nekompromisní návody ke změnám životního stylu které budou veřejnosti stále na očích. Základem by mělo být přestat kouřit, zdravě jíst a být fyzicky aktivní alespoň 30 minut obden. Dnešní možnosti získávání informací – internet, časopisy, televize jsou dobrým pomocníkem.

Domnívám se, že výzkum byl úspěšný a pevně věřím, že bude podkladem pro další výzkumy.

Seznam bibliografických odkazů

1. BADA, V. *Základy klinickej elektrokardiografie* : 3. přepracované vydání, Bratislava, Vydavateľství UK, 2002. ISBN 80-223-1718-7
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství* : Brno NCO NZO, 2005. ISBN 807013416X
3. BOLEDOVIČOVÁ, M.,MATULAY, S. *Výskum v ošetrovatel'stve* : Nitra, 2007. ISBN 978-80-98245-03-1
4. CÍFKOVÁ, R. *Jak dál po infarktu* : Praha : Grada,1993. ISBN 80-7169-034-1
5. ČIHÁK, R. *Anatomie* : 2 upravené vydání, Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-1132
6. FILKA, J., *Metodika tvorby diplomové práce* : Olomouc : Knihař, 2002. ISBN 80-86292-05-3
7. GREGOR, P., WIDIMSKÝ, P. *Kardiologie v praxi* : Praha : Galén, 1994. ISBN 80- 85824-07-8
8. HODNÝ, J., a kolektiv *Vybrané kapitoly z psychologie a pedagogiky pro studující doplňujícího pedagogického studia* : Brno : Vojenská akademie v Brně, Ústav managementu a podpory vzdělávání, 2000
9. IVANOVÁ, I., JUŘÍČKOVÁ, K. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením* : Olomouc : LF Univerzity Palackého v Olomouci, 2005. ISBN: 80-244-0992-5
10. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči* Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
11. KOLÁŘ, J., a kolektiv *Kardiologie pro sestry intenzivní péče* : Praha : Akcenta, 1998. ISBN 80-86232-00-X
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci* : Praha : Grada . 2002, ISBN 80-247-0179-0
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví* : Praha : Potrál, 2003. ISBN 80-7178-774-
14. SOVOVÁ, E.,a kolektiv *EKG pro sestry* : Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1542-2
15. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství* : Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-1009-9

16. ŠPAČEK, R., WIDIMSKÝ, P. *Infarkt myokardu* : Praha : Galén, 2003. ISBN 80- 7262-197-1
17. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství* : Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6
18. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. *Intenzivní péče v kardiologii* : Brno : IVPZ, 1994. ISBN 80-7013-170-5
19. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J.a kolektiv. *Jak dobře žít s nemocným srdcem* : Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1822-4
20. TROJAN, S. a kolektiv. *Lékařská fyziologie*, 4 přepracované vydání : Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0512-5
21. VOTAVA, J. a kolektiv *Základy rehabilitace* : Praha : Karolinum, 1997. S II 833 339
22. WASSWERBAUER, S. *Výchova ke zdraví* : Jihlava, SZÚ, 2003. ISBN 80-7071-172-8
23. *Velký naučný slovník M/Ž, Encyklopedie Diderot*, Praha 1999. ISBN 80-902723-1-2
24. Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního infarktu myokardu (Q-typ // s elevacemi ST // s raménkovým blokem) *Cor Vasa* 2002; 44(7-8): K123–K143, ISSN 0010-8650

Seznam elektronických odkazů

Česká kardiologická společnost. www.kardio-cz.cz [online]. Syntex, [2006] [cit. 2008-01-15]. Dostupný <http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/73_Rehabilitace_nemocnych_s_kardiovaskularnim_o_nemocnenim.pdf>.

Ischemická choroba srdeční [online]. Zentiva a.s, 2008 [cit. 2008-01-11].

Dostupný: <http://www.zdravcentra.cz>, ISSN: 1214-3227

Český statistický úřad [online]. Praha : ČSÚ, 2007, 12.6.2007 [2007-09-08].

Dostupný

<[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/F400409B4E/\\$File/400307001.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/F400409B4E/$File/400307001.pdf)>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. PRAHA : MEDIASYSTEM, 2007, 15.12.2006 [cit. 2007-10-12]. Dostupný

<<http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4019-06>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Zkratky

Příloha č. 3 Seznam tabulek

Příloha č. 4 Seznam grafů

Příloha č. 5 Seznam obrázků

Příloha č. 6 Počet hospitalizovaných s IM v ČR rok 2006

Příloha č. 1 - Dotazník

DOTAZNÍK

číslo dotazníku

Vážená pacientko, vážený paciente,

jsem studentka třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické obor všeobecná sestra. Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Vliv kardiologického onemocnění na život pacienta“. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumné části mé bakalářské práce. Dotazník můžete vyplnit samostatně nebo mohu Vaše názory prostřednictvím řízeného rozhovoru zaznamenat. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k mým studijním účelům. Účast na výzkumu je dobrovolná.

Dotazník si prosím pozorně přečtete a zakřížkujte správnou odpověď nebo tu která nejvíce vystihuje správnost. Je možné označit více odpovědí či dopsat odpověď do kolonky „jiné“

Děkuji Vám za ochotu a čas který jste dotazníku věnovali.

Radana Prachtová

1) Jaké je vaše pohlaví?

- muž
- žena

2) Kolik je Vám let?

- Do 30 let
- Do 45 let
- Do 60 let
- 61 let a více

3) Bydlíte ve městě

- více jak 1 milion obyvatel
- 500 tisíc až 1 milion obyvatel
- 100 tisíc až 499 tisíc obyvatel
- pod 100 tisíc obyvatel

4) Bydlíte

- sám / sama
- s manželem / manželkou, s druhem / družkou
- s dětmi
- s jinými příbuznými / domov důchodců / domov seniorů

- 5) Měl/a jste infarkt myokardu
- 1x
 - více jak 1x
- 6) Měl ve Vaší rodině ještě někdo infarkt myokardu?
- nikdo
 - rodiče
 - sourozenci
 - mé dítě
- 7) Chodíte pravidelně na kontrolu ke svému kardiologovi?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
- 8) Byl/a jste po infarktu myokardu v lázních?
- ano
 - ne
- 9) Odešel/a jste po infarktu myokardu do invalidního důchodu? (pokud již nejste ve starobním důchodu)
- starobní důchod
 - ano
 - ne
- 10) Pokud jste neodešel do invalidního důchodu, vykonáváte stejnou práci (zaměstnání) jako před infarktem myokardu?
- starobní důchod
 - ano
 - ne
- 11) Omezil Vám infarkt myokardu vykonávat běžné domácí práce (běžný úklid domácnosti, péče o zahrádku ...)
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne

12) Změnila se Vaše fyzická aktivita po infarktu myokardu? (sportování, procházky)

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

13) Jak vnímáte svoji sexuální aktivitu po infarktu myokardu?

- neodpovím na tuto otázku
- výrazně se zlepšila
- spíše se zlepšila
- stejná
- spíše se zhoršila
- výrazně se zhoršila

14) Kolikrát denně jíte? (myslím tím snídaně, oběd, večeře, svačiny)

- 2x
- 3x
- 4x
- 5x
- jinak

15) Změnil se Váš jídelníček po infarktu myokardu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

16) Obsahuje Váš jídelníček

- spíše rostlinné oleje, ovoce, zeleninu, ryby, obiloviny, luštěniny, nízkotučné mléčné výrobky
- spíše živočišné oleje, majonézu, tučné maso, sladkosti,
- od každého trochu

17) Zhubl/a jste po infarktu myokardu

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

18) Kolik cigaret za den jste vykouřil/a před infarktem myokardu?

- žádnou
- do 5 za den
- do 10 za den
- jednu krabičku
- jednu a více krabiček

Pokud jste odpověděl/a žádnou, pokračujte prosím otázkou 22.

19) Přestal/a jste ihned kouřit po infarktu myokardu?

- ano
- ne

20) Pokud jste nepřestal/a kouřit, omezil/a jste kouření po infarktu myokardu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

21) Opět jste začal/a kouřit po infarktu myokardu do

- nezačal/a
- do 1 měsíce
- do 3 měsíců
- do 6 měsíců

22) Nejvíce informací jste získal/a od

- lékaře
- sestry
- média - televize, rozhlas, internet, časopisy, informační letáky

23) Vysvětlil Vám lékař/ sestra jaká jsou možná rizika nedodržování správného životního stylu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

24) Jste spokojen/a s množstvím podaných informací?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

25) Jaká informace Vám chyběla?

- žádná
- informace o změně jídelníčku
- informace o fyzické aktivitě
- informace o změně životního stylu (kouření, stres)

26) Vyhledával/a jste si sám/sama informace i infarktu myokardu?

- ano a kde.....
- ne

Příloha č. 2 - Seznam zkratk

ACD	– arteria coronaria dextra – pravá koronární tepna
RC	– ramus circumflexus
RIA	– ramus interventricularis anterior – levá koronární tepna
SA	– sinoatriální uzel
AV	– atrioventrikulární uzel
CK-MB	– kreatinkinasa MB frakce CK-MB
CK	– kreatinkinasa
RZP	– rychlá záchranná pomoc
STEMI	– infarkt myokardu s ST elevacemi
non STEMI	– infarkt myokardu bez ST elevací
p-PCI	– přímá primární koronární intervence
APTT	– aktivovaný parciální tromboplastinový čas
NAP	– nestabilní angina pectoris
LDL	– low density lipoproteins

Příloha č. 3 - Seznam tabulek

Tabulka 1 - Pohlaví pacientů	28
Tabulka 2 - Věk pacientů	29
Tabulka 3 - Bydliště pacientů	30
Tabulka 4 - S kým bydlí pacient	31
Tabulka 5 - Počet infarktů myokardu	32
Tabulka 6 - Infarkt myokardu v rodině	33
Tabulka 7 - Návštěvny u kardiologa	34
Tabulka 8 - Lázně po infarktu myokardu	35
Tabulka 9 - Odchod do důchodu	36
Tabulka 10 - Vykonyávání stejné práce	37
Tabulka 11 - Omezení v domácích pracích	38
Tabulka 12 - Změna fyzické aktivity	39
Tabulka 13 - Sexuální aktivita po infarktu myokardu	40
Tabulka 14 - Četnost jídla	41
Tabulka 15 - Četnost jídla	42
Tabulka 16 - Četnost jídla	43
Tabulka 17 - Změna jídelníčku	44
Tabulka 18 - Změna jídelníčku	45
Tabulka 19 - Změna jídelníčku	46
Tabulka 20 - Obsah jídelníčku	47
Tabulka 21 - Obsah jídelníčku	48
Tabulka 22 - Obsah jídelníčku	49
Tabulka 23 - Hubnutí po infarktu myokardu	50
Tabulka 24 - Počet vykouřených cigaret	51
Tabulka 25 - Kouření po infarktu myokardu	52
Tabulka 26 - Omezení kouření po infarktu myokardu	53
Tabulka 27 - Recidiva kouření	54
Tabulka 28 - Získané informace	55
Tabulka 29 - Vysvětlení rizika při nedodržování životního stylu	56
Tabulka 30 - Spokojenost s množstvím podaných informací	57
Tabulka 31 - Chybějící informace	58
Tabulka 32 - Hledání informací	59
Tabulka 33 - Získané informace	60

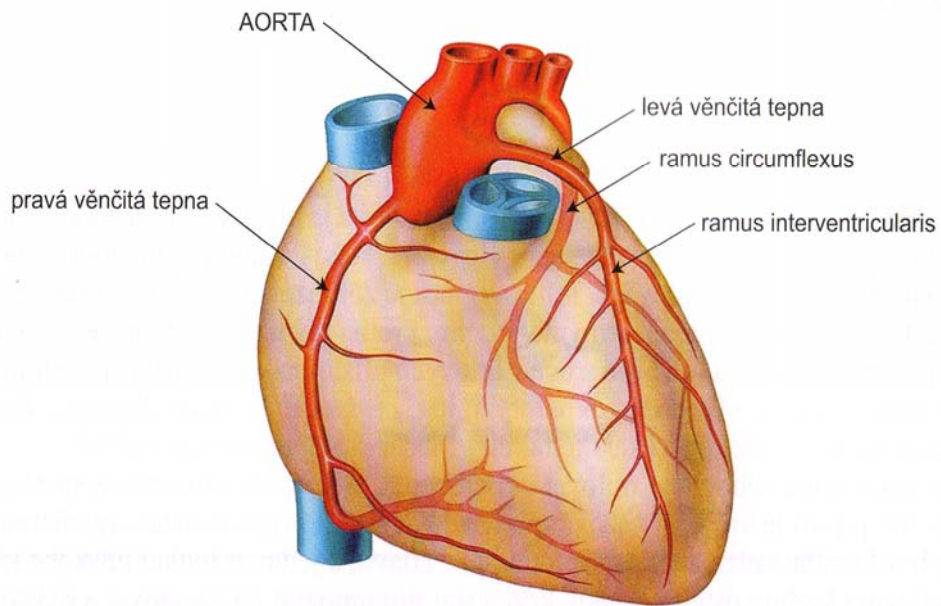
Příloha č.4 - Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví pacientů.....	28
Graf 2 - Věk pacientů	29
Graf 3 - Bydliště pacientů	30
Graf 4 - S kým bydlí pacient	31
Graf 5 - Počet infarktů myokardu.....	32
Graf 6 - Infarkt myokardu v rodině.....	33
Graf 7 - Návštěvy u kardiologa	34
Graf 8 - Lázně po infarktu myokardu	35
Graf 9 - Odchod do důchodu	36
Graf 10 - Vykonávání stejné práce	37
Graf 11 - Omezení v domácích pracích.....	38
Graf 12 - Změna fyzické aktivity	39
Graf 13 - Sexuální aktivita po infarktu myokardu.....	40
Graf 14 - Četnost jídla	41
Graf 15 - Četnost jídla ve velkoměstě	42
Graf 16 - Četnost jídla ve městě.....	42
Graf 17 - Četnost jídla u mužů.....	43
Graf 18 - Četnost jídla u žen.....	43
Graf 19 - Změna jídelníčku	44
Graf 20 - Změna jídelníčku ve velkoměstě	45
Graf 21 - Změna jídelníčku ve městě	45
Graf 22 - Změna jídelníčku u mužů	46
Graf 23 - Změna jídelníčku u žen	46
Graf 24 - Obsah jídelníčku.....	47
Graf 25 - Obsah jídelníčku ve velkoměstě.....	48
Graf 26 - Obsah jídelníčku ve městě	48
Graf 27 - Obsah jídelníčku u mužů.....	49
Graf 28 - Obsah jídelníčku u žen.....	49
Graf 29 - Hubnutí po infarktu myokardu	50
Graf 30 - Počet vykouřených cigaret	51
Graf 31 - Kouření po infarktu myokardu	52
Graf 32 - Omezení kouření po infarktu myokardu	53
Graf 33 - Recidiva kouření.....	54

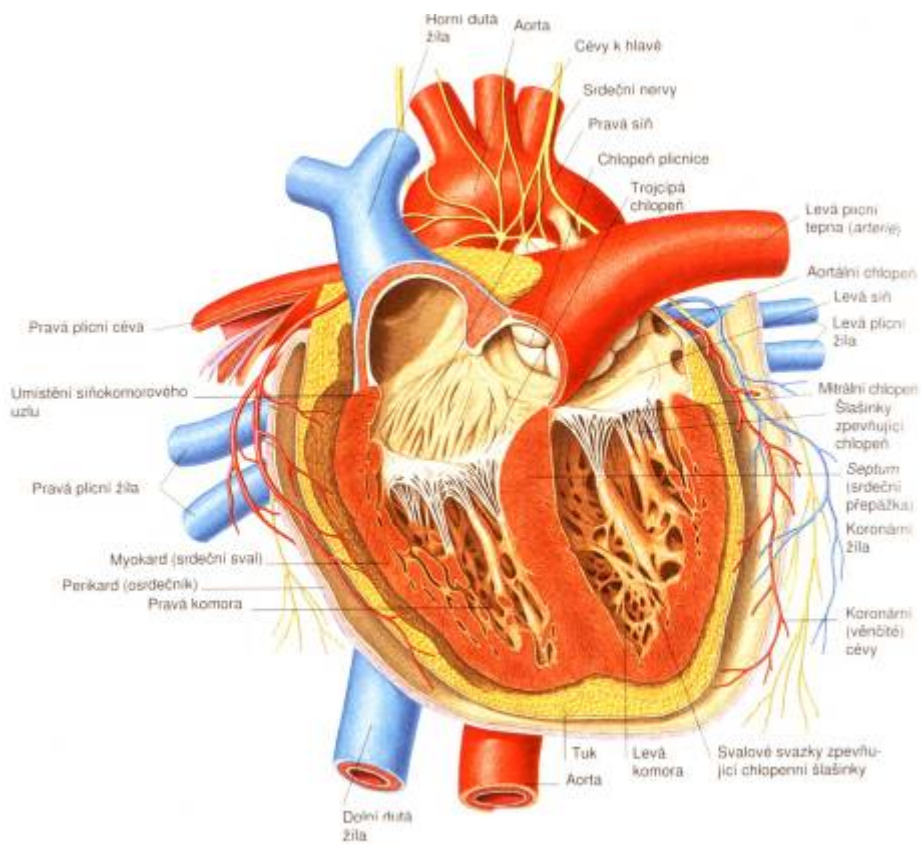
Graf 34 - Získané informace.....	55
Graf 35 - Vysvětlení rizika při nedodržování životního stylu	56
Graf 36 - Spokojenost s množstvím podaných informací	57
Graf 37 - Chybějící informace.....	58
Graf 38 - Hledání informací	59
Graf 39 - Získané informace.....	60

Příloha č.5 - Seznam obrázků

Obrázek 1 - Srdce	78
Obrázek 2 - Průřez srdcem	78
Obrázek 3 - EKG s předním infarktem myokardu	79
Obrázek 4 - EKG se spodním infarktem myokardu	79
Obrázek 5 - Kmen levé koronární tepny 99% uzávěr před PCI	81
Obrázek 6 - Kmen levé koronární tepny po PCI	81
Obrázek 7 - Levá koronární tepna (RIA) 100% uzávěr před PCI.....	82
Obrázek 8 - Levá koronární tepna po PCI	82
Obrázek 9 - Pravá koronární tepna před PCI -100% uzávěr	83
Obrázek 10 - Pravá koronární tepna po PCI	83
Obrázek 11 - Katétry používané ke koronarografii	84
Obrázek 12 - Intrakoronární stent.....	84



Obrázek 1 - Srdce
(obrázek zapůjčen od MUDr. R. Jirmáře)



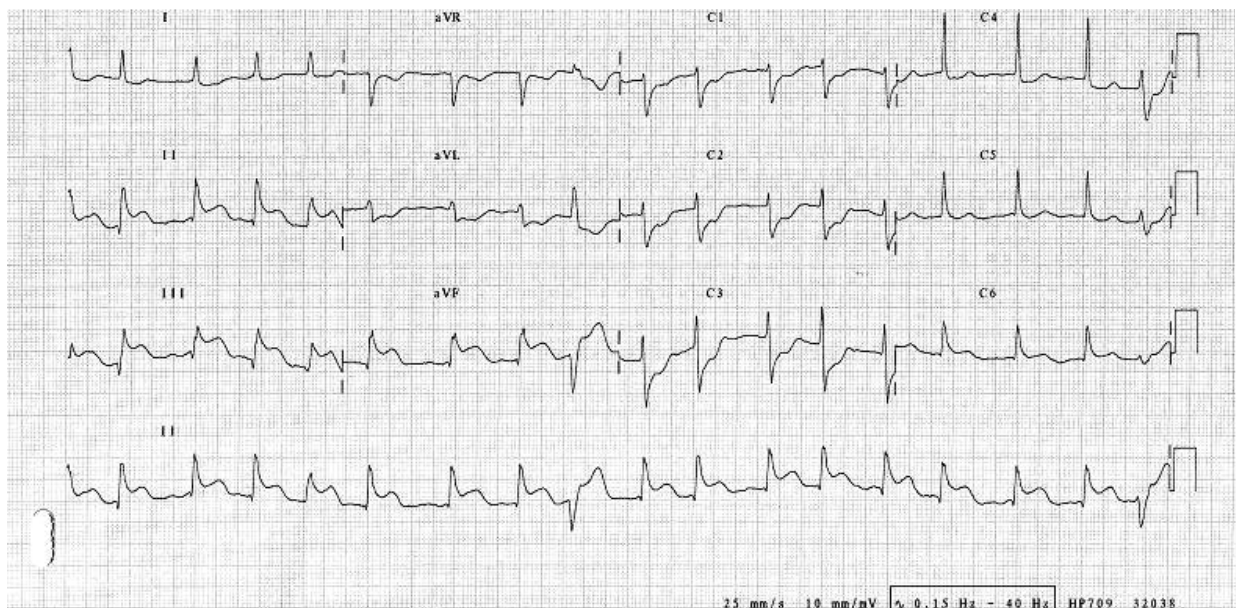
Obrázek 2 - Průřez srdcem

(obrázek zapůjčen od MUDr. R. Jirmáře)



Obrázek 3 - EKG s předním infarktem myokardu

(EKG zapůjčil prof. P. Gregor)



Obrázek 4 - EKG se spodním infarktem myokardu

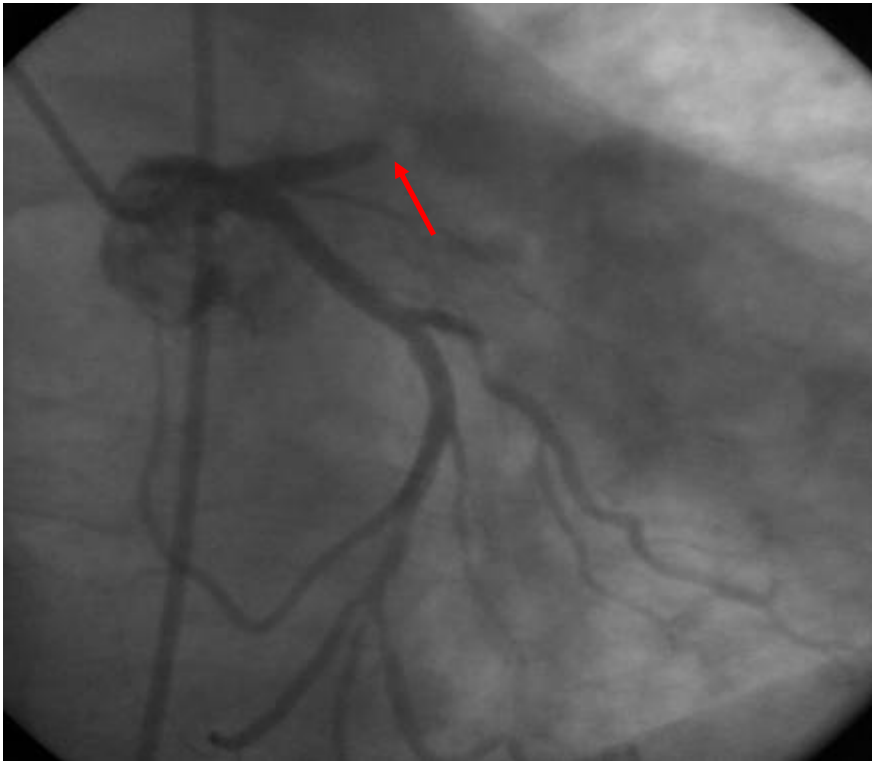
(EKG zapůjčil prof. P. Gregor)



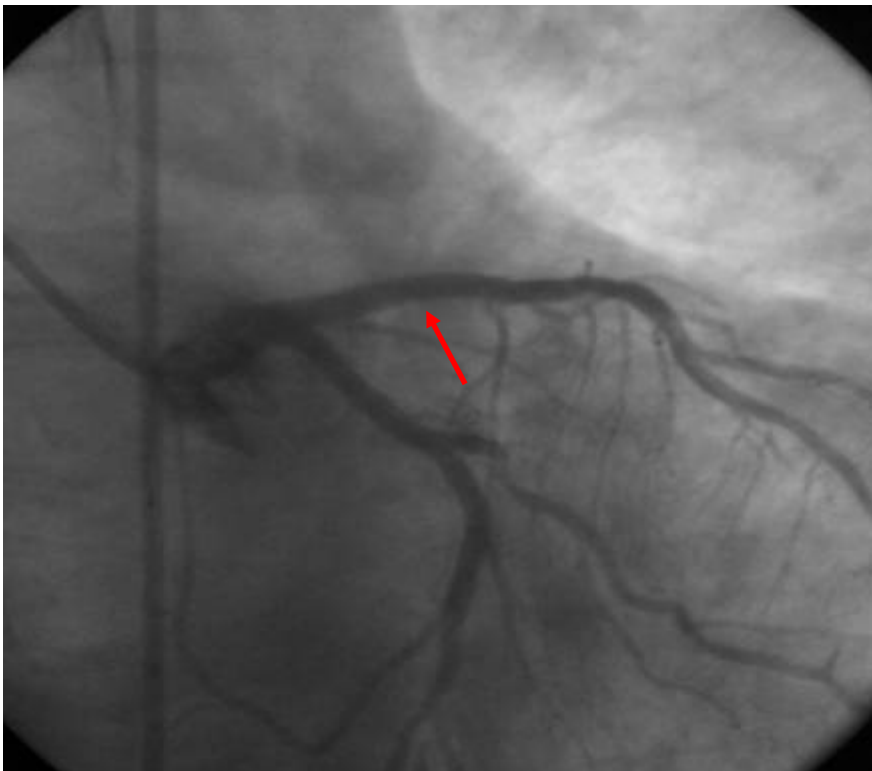
Obrázek 5 - Kmen levé koronární tepny 99% uzávěr před PCI
(obrázek zapůjčen z katlabu III.interní kardiologické kliniky FNKV)



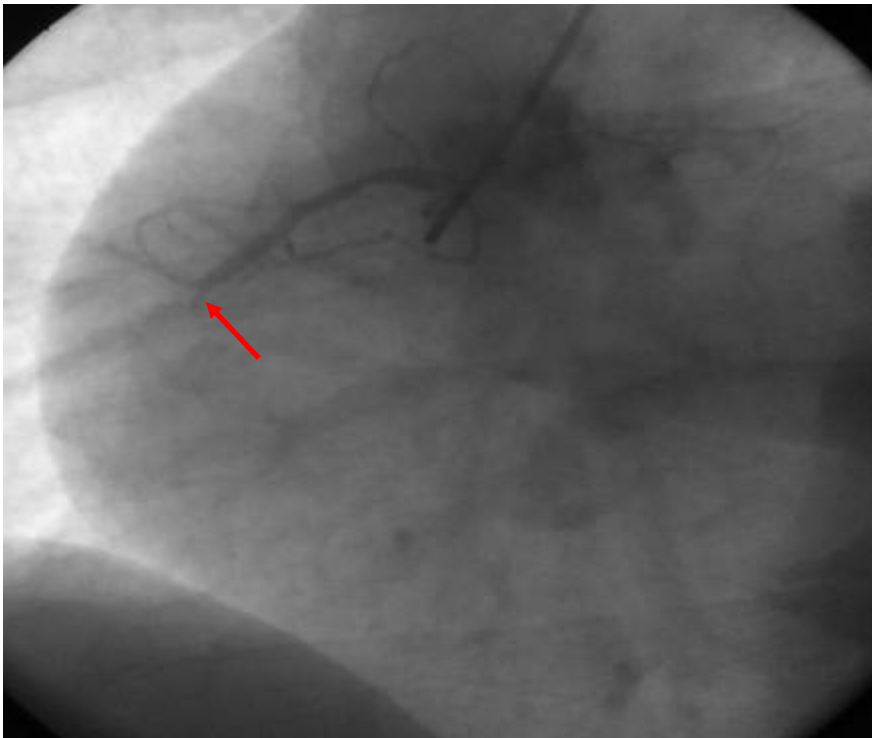
Obrázek 6 - Kmen levé koronární tepny po PCI
(obrázek zapůjčen z katlabu III.interní kardiologické kliniky FNKV)



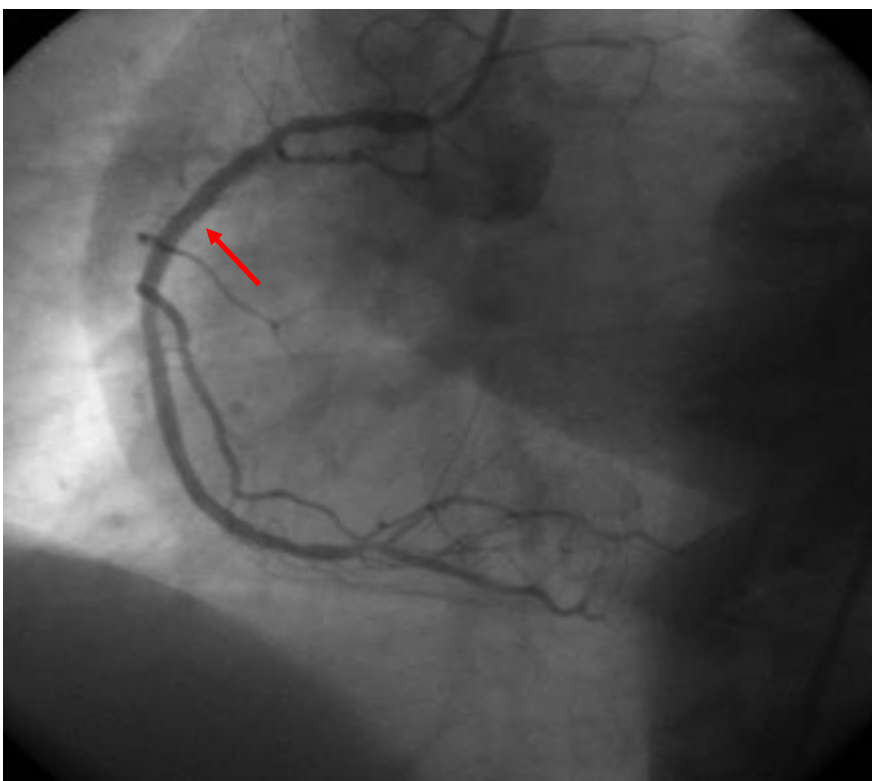
Obrázek 7 - Levá koronární tepna (RIA) 100% uzávěr před PCI
(obrázek zapůjčen z katlabu III.interní kardiologické kliniky FNKV)



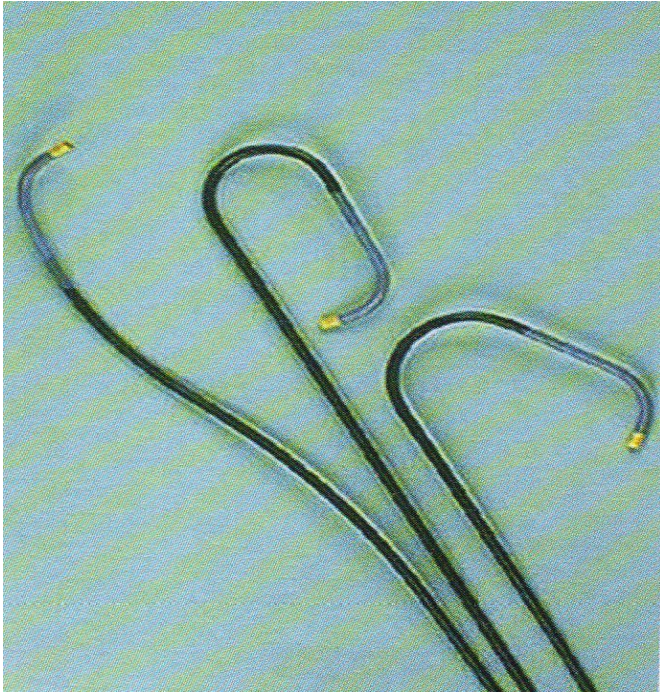
Obrázek 8 - Levá koronární tepna po PCI
(obrázek zapůjčen z katlabu III.interní kardiologické kliniky FNKV)



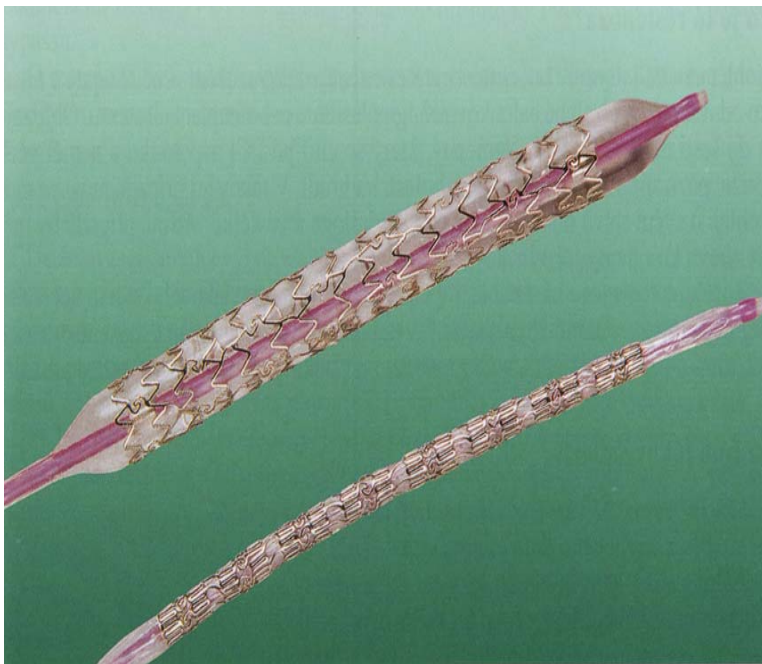
Obrázek 9 - Pravá koronární tepna před PCI -100% uzávěr
(obrázek zapůjčen z katlabu III.interní kardiologické kliniky FNKV)



Obrázek 10 - Pravá koronární tepna po PCI
(obrázek zapůjčen z katlabu III.interní kardiologické kliniky FNKV)



Obrázek 11 - Katétry používané ke koronarografii
(katétry zapůjčené z katlabu III. Interní kardiologické kliniky FNKV)



Obrázek 12 - Intrakoronární stent
(stenty zapůjčeny z katlabu III. Interní kardiologické kliniky FNKV)

Příloha č. 6 - Počet hospitalizovaných s IM v ČR rok 2006

Dg	Název dg	Počet případů	Počet osob	Průměrný věk
		Muži		
I21	Akutní infarkt myokardu	13 532	9 999	64,6
I22	Pokračující infarkt myokardu	436	416	66,7
I23	Některé komplikace po AIM	22	21	61,6
I24	Jiné ak.ischem. nemoci srdeční	314	288	67,0
I25	Chronická isch.choroba srdeční	31 105	23 589	66,6
		Ženy		
I21	Akutní infarkt myokardu	8 628	6 545	73,1
I22	Pokračující infarkt myokardu	319	301	74,5
I23	Některé komplikace po AIM	28	23	65,5
I24	Jiné ak.ischem. nemoci srdeční	242	228	74,5
I25	Chronická isch.choroba srdeční	22 189	18 004	73,2
		Muži+ženy		
I21	Akutní infarkt myokardu	22 160	16 544	67,9
I22	Pokračující infarkt myokardu	755	717	70,0
I23	Některé komplikace po AIM	50	44	63,8
I24	Jiné ak.ischem. nemoci srdeční	556	516	70,3
I25	Chronická isch.choroba srdeční	53 294	41 593	69,3