

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍM
KORONÁRNÍM SYNDROMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marta Podloučková, DiS.

Praha 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S AKUTNÍM
KORONÁRNÍM SYNDROMEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marta Podloučková, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Název studijního oboru: všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Liana Greiffenegová

Praha 2014

Schválení



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Podloučková Marta
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Edukační proces u pacienta s akutním koronárním syndromem

Educational Process for Patients with Acute Coronary Syndrome

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Liana Greiffeneggová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5 2014

.....

Podloučková Marta

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Lianě Graiffenegové za podporu a ochotu při psaní a tvorbě bakalářské práce, rady a připomínky PhDr. Jarmile Verešové za pomoc a poskytnutí cenných rad. Závěrem bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za podporu psaní tohoto díla.

ABSTRAKT

PODLOUČKOVÁ, Marta. *Edukační procesu pacienta s akutním koronárním syndromem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Liana Greiffenegová. Praha. 2014. 55 s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou onemocnění akutního koronárního syndromu a edukačním procesem u pacienta s touto problematikou. Práce je rozdělena na dvě hlavní části. Teoretickou a praktickou.

V první, teoretické části je vysvětlena edukace, charakteristika onemocnění, etiologie, výskyt, klinické příznaky, rizikové faktory aterosklerózy, diagnostika, terapie, význam prevence, změna životního stylu z důvodu onemocnění.

Ve druhé, praktické části je popsán edukační proces u pacienta s akutním koronárním syndromem a doporučení pro praxi.

Bakalářská práce je doplněna o edukační kartu pro pacienta s akutním koronárním syndromem, který má sloužit jako pomocník při tomto onemocnění.

Klíčová slova

Edukace, edukační proces, infarkt myokardu, rizikové faktory.

ABSTRACT

PODLOUČKOVÁ, Marta. The educational process for patients with acute coronary syndrome. Nursing Collage, o.p.s.. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Liana Greiffennegová. Prague. 2014. 55 pages.

The bachelor thesis deals with diseases of acute coronary syndrome and the educational process for patients with this problem. The work is divided into two main parts. Theoretical and practical.

In the first, theoretical part, the education, disease characteristics, etiology, incidence, clinical features, risk factors for atherosclerosis, diagnosis, therapy and the importance of prevention, lifestyle changes due to disease.

In the second part describes the educational process in patients with acute coronary syndrome and recommendations for practice.

The thesis is accompanied by an educational card for a patient with acute coronary syndrome, which is to serve as an assistant in this disease.

Key words

Education, educational process, myocardial infarction, risk factors.

Předmluva

Tato práce se zaměřuje na problematiku akutního koronárního syndromu, přesněji akutního infarktu myokardu, která má v dnešní době velký výskyt. Akutní koronární syndrom je vážná diagnóza a je jedna z nejčastějších příčin úmrtí. Výběr tématu byl ovlivněn mou prací na interní jednotce intenzivní péče, kde se setkáváme s pacienty s tímto onemocněním. Kardiovaskulární choroby jsou v současnosti častěji odhalovány a léčeny, proto bych se chtěla zaměřit na význam edukačního procesu u pacienta hospitalizovaného na koronární jednotce. Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra, pacientům s akutním koronárním syndromem. Mohou v ní najít potřebné informace a rady o tomto onemocnění. Práce se může stát edukačním pomocníkem pro pacienty s touto diagnózou.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	11
1 AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM.....	12
1.1 Historie akutních koronárních syndromů.....	12
1.2 Etiologie onemocnění.....	13
1.3 Výskyt choroby	13
1.4 Klinické příznaky onemocnění	14
1.5 Typy akutního infarktu myokardu	15
1.5.1 Akutní infarkt s elevacemi ST	15
1.5.2 Akutní infarkt s depresemi ST.....	15
1.5.3 Akutní infarkt s jinými EKG změnami.....	15
1.5.4 Bolesti na hrudi bez čerstvých EKG změn	15
1.5.5 Transmurální infarkt	15
1.5.6 Non – Q – infarkt	16
1.5.7 Minimální myokardiální léze.....	16
1.5.8 Rizikové faktory aterosklerózy.....	16
1.6 Komplikace choroby	16
1.7 Diagnostika akutního koronárního syndromu.....	17
1.7.1 Anamnéza	17
1.7.2 Fyzikální vyšetření.....	17
1.7.3 Echokardiografie.....	17
1.7.4 Laboratorní vyšetření.....	18
1.7.5 Levostranná srdeční katetrizace.....	18
1.7.6 Pravostranná srdeční katetrizace.....	18
1.8 Terapie onemocnění	18
1.8.1 Předhospitalizační léčba	18

1.8.2	Hospitalizace na koronární jednotce.....	19
1.8.3	Chirurgická léčba infarktu myokardu	20
1.8.4	Doléčení na lůžkovém oddělení.....	20
1.9	Terapie mechanických komplikací akutního infarktu myokardu.....	20
1.10	Význam prevence.....	21
1.11	Změna životního stylu z důvodu onemocnění	21
1.12	Psychika osob s akutním koronárním syndromem.....	21
1.13	Prognóza.....	22
1.14	Dodržování zdravého životního stylu po infarktu myokardu	22
1.15	Sdružování kardiaků.....	22
2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	24
3	EDUKAČNÍ PROCES	28
3.1	Edukace	28
	Edukant.....	28
	Edukátor	29
	Edukační prostředí.....	29
	Požadavky na sestru edukátorku	29
3.2	Fáze edukace	29
	Fáze počáteční pedagogické diagnostiky	29
	Fáze projektování	29
	Fáze realizace	29
	Fáze upevnění a prohlubování učiva	30
3.2.1	Fáze zpětné vazby.....	30
3.2.2	Metodika edukačního procesu	30
3.3	Přístupy k edukaci dospělých jedinců	32
3.4	Vyhodnocení edukace	32

4	EDUKACE PACIENTA S DIAGNÓZOU AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM	
	33	
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

SEZNAM ZKRATEK

CK – MB	kreatinkináza
EKG	echokardiografie
HDL cholesterol	vysokodenzitní lipoprotein
ICHS	ischemická choroba srdeční
LDL cholesterol	nízkodenzitní lipoprotein
PTCA	perkutánní transluminální angioplastika
RTG	rentgen

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce byl zvolen Edukační proces u pacienta s akutním koronárním syndromem, protože kardiovaskulární onemocnění v ČR jsou velmi vážnou diagnózou a jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Označení akutní koronární syndrom je používáno pro koronární choroby, jejichž společným patofyziologickým podkladem je trombus nasedající na prasklý plát ve věnčité tepně. Diagnostika i terapie tohoto onemocnění doznaly za poslední desetiletí výrazný pokrok. Za správnou léčbu a diagnózu vděčíme především kvalitní anamnéze, fyzikálnímu vyšetření a pomocným vyšetřovacím metodám, jako jsou např. EKG, RTG nebo echokardiografie, která jsou nejlevnějším ale zároveň nejdůležitějším článkem ve zvolení nejlepší možnosti léčby pacienta. Vedle toho se dnes dostaly do popředí tzv. biomarkery pro nekrózu myokardu. V bakalářské práci se zaměřujeme na akutní infarkt myokardu. Cílem bakalářské práce je vypracovat edukační proces u pacienta s akutním koronárním syndromem. Výstupem bakalářské práce bude edukační karta s názvem akutní koronární syndrom, určený především pro pacienty s tímto onemocněním, ale nejen pro ně. Může být zajímavý pro každého, koho toto téma zaujme.

1 AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM

„Akutní infarkt myokardu je akutní srdeční onemocnění, způsobené uzávěrem koronární tepny s následnou koagulační nekrózou myokardu“ (LUKL, s. 25, 2004).

Akutní koronární syndrom definujeme jako soubor klinických příznaků, které vznikají z důvodu akutní ischemie myokardu (ŠTEJFA, 2007). Akutní koronární syndrom je život ohrožující stav. Nejčastějším patofyziologickým podkladem je nasedající trombus na prasklý plát v tepně věnčité (www.zdravi.e15.cz). To je souhrnné označení pro onemocnění anginy pectoris, akutní fázi infarktu myokardu a náhlé úmrtí. Akutní infarkt myokardu je ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vznikající z důvodu náhlého uzávěru nebo progresivně extrémního zúžení věnčité tepny, která zasobuje příslušnou oblast. Infarkt myokardu lze definovat pomocí klinických, elektrokardiografických, biochemických nebo patologických ukazatelů. Pomocí technologických pokroků lze pak detekovat nekrózu srdečního svalu o hmotnosti menší než 1 gram (ŠPAČEK, 2003).

1.1 Historie akutních koronárních syndromů

Koncem 19. století byly definovány akutní formy ischemické choroby srdeční W. Oslerem. Rozlišoval anginu pectoris minor, anginu pectoris major a status anginosus. Klinické projevy akutního infarktu myokardu jako první popsali v roce 1910 W. P. Obrascov a N. D. Stražesko. H. E. B. Pardee publikoval práci o EKG známkách obstrukce věnčité tepny v roce 1920. Z roku 1930 pocházejí první klinické popisy akutního koronárního infarktu v českých zemích od Herlese. Fowler zavedl název nestabilní angina pectoris v roce 1971. Úmrtnost na akutní infarkt myokardu byla v první polovině minulého století vysoká. Reakcí na ni bylo zakládání jednotek intenzivní péče ve 2. polovině 60. let, které úmrtnost snížilo. Tato specializovaná oddělení umožňovala také včasné odhalení arytmií, které ohrožovaly život pacienta a léčily je pomocí defibrilačních výbojů. Nemocniční úmrtnost byla tehdy kolem 20 – 30 %. Význam beta – blokátorů byl prokázán v 70. letech. Kyselina acetylsalicylová a reperfuční léčba (trombolýza) měly velký význam, protože snížily mortalitu na 10 – 20 % v 80. letech. Používání inhibitorů angiotensinu konvertujícího enzymu a zavedení tzv. stentů při léčbě všech forem ICHS mělo pozitivní podíl. Od poloviny 90. let minulého století se používá při léčbě akutního infarktu myokardu PCI (perkutánní

koronární intervence). W. Widimský, M. Želísko a L. Groch se zasloužili o její rozšíření v České republice. Dostupnost direktní PCI pro pacienty s akutním infarktem myokardu je u nás jedna z nejvyšších na světě. Došlo tak ke snížení mortality na 3 - 10 %. Terapie akutních koronárních syndromů vychází z doporučení České kardiologické společnosti z roku 2002, Evropské kardiologické společnosti z roku 2000 a 2003 - také amerických kardiologických společností z roku 1999 a 2002. Nová definice infarktu myokardu byla nově publikována v roce 2002 (ŠPINAR, VÍTKOVEC, 2003).

1.2 Etiologie onemocnění

Příčinou akutního infarktu myokardu je trombus, embolus, spasmus, ateromový plát, poranění či zánět. Při náhlém uzavření průsvitu koronární arterie dochází k ruptuře plátu, krvácení do plátu, dlouhotrvajícímu spasmu koronární arterie. Mezi vyvolávající faktory patří velká fyzická námaha, kolísání krevního tlaku, nestabilní angína pectoris a dopolední hodiny. Neprokrvené ložisko se po uzávěru rozdělí na myomalácie, což je částečná nekróza se zachováním intersticia. Okolo se vytvoří zóna poškození, která může být zdrojem častých maligních arytmií. Zde záleží, zda zóna poškození odumře a rozšíří nekrózu nebo se obnoví a zóna poškození se obnovuje. Okolo zóny poškození je zóna ischemie, která se reparuje vždy zcela. Velikost nekrózy závisí na velikosti uzavřené tepny, době trvání uzávěru a fyzické zátěži (KUBEŠOVÁ, 2003).

1.3 Výskyt choroby

Akutní infarkt myokardu je stále jednou z hlavních příčin morbidity a mortality ve vyspělých zemích. Podle statistik ale dochází k poklesu celkového počtu hospitalizací pro AIM, i k poklesu úmrtnosti. Průměrná ošetrovací doba se zkrátila z důvodu nových modernějších metod a postupů (ŠPAČEK, 2003). Ve světě byla v posledních letech nejčastější příčinou úmrtí kardiovaskulární onemocnění. Jsou obecně vysokým rizikovým faktorem, který může vést ke vzniku infarktu myokardu, proto je dobré se o tomto problému zmínit. Největší výskyt byl zaznamenán v USA, střední a východní Evropě, západní Evropě a menší epidemiologie byla ve východní Evropě a nejmenší epidemiologie byla v rozvojových zemích. Největší kardiovaskulární úmrtnost byla v Rusku, Ukrajině a Belgii v r. 2010 - Česká republika se řadí na 12. místo z evropských zemí. Z celkového výskytu nemocných s akutním koronárním syndromem, podle Evropského registru EHS ACS II tvoří 2/3 muži

a 1/3 ženy. AKS se vyskytuje průměrně u mužů v 62 letech, u žen o 8 let později. Mezi 6356 nemocných bylo 13 % mladších 50 let, 64 % bylo ve věku 50 – 75 let a posledních 23 % bylo starších 75 let. 20 % koronárních příčin se projevuje náhlou smrtí, protože 50 % případů nastává bez varování. 48 % pacientů bylo hospitalizováno pro AKS s elevacemi S-T úseků, 45 % s AKS bez elevací S-T úseků a zbylých 7 % nemělo při vstupním vyšetření EKG vyhodnoceno, nebo byl nález nejednoznačný. U 75 % pacientů se vyvinul akutní infarkt myokardu, 25 % pacientů bylo propuštěno s diagnózou nestabilní angina pectoris. Akutní infarkt se spíše vyvinul u AKS s elevacemi S-T. Pacienti s kardiovaskulárním akutním onemocněním tvoří na jednotkách intenzivní péče interního typu podstatný podíl (ŠPAČEK, 2003).

1.4 Klinické příznaky onemocnění

Typickým a nejčastějším příznakem je prudká bolest na přední straně hrudníku. Trvá déle než 20 minut, ale netrvá déle než 12 hodin. Má charakter tlaku, svírání nebo pálení. Lokalizace bolesti může být atypická. Vystřeluje do zad, mezi lopatkami, do epigastria, krku, dolní čelisti a levé horní končetiny. Typická bolest vyzařuje z přední strany hrudníku do některé výše uvedené lokalizace. Doprovodné příznaky jsou přítomny u poloviny nemocných. Objevuje se dušnost, nauzea až zvracení, pocení, palpitace, strach, mdloba a slabost. Až 40 % předchází nestabilní angína pectoris. U 20 – 30 % infarktů myokardu jsou příznaky mírné, atypické, vzácně příznaky chybí, tzv. němý infarkt. Fyzikální nález je při infarktu myokardu normální, jen při komplikacích vznikají patologické odchylky. Bolest na hrudi se nevyskytuje u všech nemocných. Tito pacienti bývají v průměru o 7 let starší, častěji ženy. Ve srovnání s nemocnými s bolestmi na hrudi, byli méně léčeni primární angioplastikou nebo trombolýzou (ŠPAČEK, 2003).

1.5 Typy akutního infarktu myokardu

1.5.1 Akutní infarkt s elevacemi ST

Jde o transmurální ischemii označovanou též zkratkou STEIM. Jsou přítomny elevace ST na EKG v prvních hodinách akutního infarktu. Elevace ST odráží úplný akutní trombotický uzávěr věnčité tepny. Pokud bude infarkt s elevacemi bez léčby, vyvine se do Q – infarktu. Při včasné úspěšné perfuzi tj. do 2 – 4 hodin, se může nekróza zastavit na pouhém non – Q – infarktu.

1.5.2 Akutní infarkt s depresemi ST

Jde o subendokardiální ischemii označovanou zkratkou NSTEMI. Klinický obraz je stejný jako u předchozího typu, ale na EKG jsou deprese ST. Kritickou stenózu věnčité tepny odrážejí hluboké deprese ST. Proto hluboké deprese ST znamenají ohrožení nemocného infarktem s elevacemi ST.

1.5.3 Akutní infarkt s jinými EKG změnami

Bifascikulární blok, tj. blok pravého Tawarova raménka s levým předním hemiblokem, může být známkou uzávěru kmene levé věnčité tepny, nebo velmi proximálního uzávěru ramus interventricularis anterior. Čerstvě vzniklý blok Tawarova raménka je méně diagnosticky specifický, může se jednat o uzávěr arterie coronaria dextra. Interpretace EKG při ramíkových blocích staršího data je svízelná, diagnózu je nutné zjistit jinými metodami.

1.5.4 Bolesti na hrudi bez čerstvých EKG změn

Možná ischemie myokardu má klinické příznaky bez odezvy v EKG obraze. Extrakardiální onemocnění mohou být definitivní diagnózou asi v 75 %.

1.5.5 Transmurální infarkt

Jde o infarkt, který doprovází přetrvávající patologické kmity Q minimálně ve dvou svodech. Diagnózu Q – infarktu je možné stanovit až po uplynutí 12 – 24 hodin od začátku příznaků. Pokud je přítomen kmit Q na EKG, není to kontraindikací pro reperfuční léčbu, pokud jsou splněna ostatní kritéria – přetrvávající subjektivní příznaky a elevace úseků ST.

1.5.6 Non – Q – infarkt

Jde o tzv. netrasmurální subendokardiální (intramulární) infarkt. Nedochozí k rozvoji nových patologických kmitů Q. Na EKG může být jakýkoliv negativní nálezn, vzácně může být EKG normální. Základní podmínkou pro určení této diagnózy je zvýšená hodnota CK-MB, troponinu I nebo T.

1.5.7 Minimální myokardiální léze

Jinak zvaný mikroinfarkt. Vyskytují se normální hodnoty CK-MB, zvýšený troponinu I nebo T beze změn na EKG. Buď musí jít o souvislost s koronární intervencí, nebo jsou přítomny klinické známky ischemie (ŠPAČEK, 2003).

1.5.8 Rizikové faktory aterosklerózy

Rizikových faktorů, které ovlivňují vznik kardiovaskulárních chorob, máme až 250. Hlavní rizikové faktory jsou hypertenze, kouření, diabetes mellitus, porucha lipidového metabolismu, nedostatek fyzické aktivity, obezita, pozitivní rodinná anamnéza, stres a mužské pohlaví (SOVOVÁ, LUKL, 2005). Faktory rozdělujeme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné faktory aterosklerózy patří věk (u mužů starších 45 let, u žen starších 55 let), mužské pohlaví, genetická zátěž, fibrinogen, snížená fibrinolytická aktivita. Mezi ovlivnitelné faktory patří kouření, dyslipoproteinémie (zvýšená hladina LDL cholesterolu, snížená hladina HDL cholesterolu), hypertenze, inzulinová rezistence, hyperinzulinémie, porušená tvorba glukózy, diabetes mellitus, snížená fyzická aktivita, obezita, zvýšený homocystein a zvýšený lipoprotein (KOLÁŘ, 2009).

1.6 Komplikace choroby

Mezi komplikace akutního infarktu myokardu patří srdeční selhání a kardiogenní šok. Mohou se objevit mechanické komplikace jako ruptura volné srdeční stěny, defekt komorového septa a akutní mitrální regurgitace. V průběhu akutního infarktu myokardu se mohou velmi často objevit arytmie, poruchy rytmu, komorové extrasystoly, komorové tachykardie, fibrilace komor, fibrilace síní, sinusová bradykardie, atrio-ventrikulární (AV) blok a asystolie (ŠPAČEK, 2003).

1.7 Diagnostika akutního koronárního syndromu

Nejčastější případ, který musí řešit praktiční lékaři a ambulantní lékaři lůžkových interních zařízení, je bolest na hrudi. Ačkoliv je stále připomínána důležitost potenciálního problému bolesti na hrudi, v ordinacích se objevují nemocní s prognosticky méně závažnými příčinami tohoto symptomu. Nejprve je nutné vyloučit život ohrožující etiologii bolesti na hrudi. V takovém případě je vhodné nemocného přijmout na monitorovací lůžko kardiologického oddělení a provádět během hospitalizace daná vyšetření (ŠPAČEK, 2003).

1.7.1 Anamnéza

Zjišťujeme kvalitu bolesti. Pacient pociťuje tíhu nebo tlak, bolest je svíravá nebo pálivá za sternem. Je obtížně lokalizovatelná, někdy dotýčný ukazuje sevřenou pěstí na střed hrudní kosti. Intenzita bolesti může být různá – mírná, snesitelná i šokující. Bolest trvá obvykle 20 min, déle než 12 hodin ne. Vzniká nejčastěji ráno v klidu. Třetina nemocných s akutním infarktem myokardu nepřikládá bolesti na hrudi velký význam, a proto nemusí být tato diagnóza v akutním stádiu rozpoznána. Všimáme si také přidružených příznaků, jako je dušnost, kašel, presynkopa, synkopa, palpitace, psychické příznaky (ŠPAČEK, 2003).

1.7.2 Fyzikální vyšetření

Toto vyšetření nemůže infarkt myokardu vyloučit ani prokázat. Je užitečné pro diferenciální diagnostiku jiných příčin obtíží. Nejdůležitější je poslech, kde lékař hodnotí srdeční šelest a chrůpky (ŠPAČEK, 2003).

1.7.3 Echokardiografie

EKG je základní vyšetřovací metoda u AKS. Každý pacient s touto diagnózou absolvuje vyšetření EKG během hospitalizace, je to základní metoda pro diagnostiku infarktu myokardu. Metoda rozpozná infarkt pravé komory, plicní embolii i disekci aorty. Transezofageální echokardiografii indikujeme u akutního infarktu myokardu při přetrvávajících febriliích, po náhradě chlopně, při chronické fibrilaci síní, u infarktu myokardu s jinak hladkostěnnými věnčitými tepnami a u osob mladších 40 let (ŠPAČEK, 2003).

1.7.4 Laboratorní vyšetření

Odebíráme myoglobin, CK-MB, troponin I a troponin T, jsou základem pro stanovení diagnózy infarktu myokardu (ŠPAČEK 2003).

1.7.5 Levostranná srdeční katetrizace

Pomocí selektivní koronarografie určíme přesnou lokalizaci kritického zúžení nebo uzávěru věnčité tepny. Na jejím podkladě rozhodujeme o dalším postupu léčby, tzn. o provedení perkutánní koronární angioplastiky (PTCA) nebo aortokoronárního by-passu (AKB). Málo nemocných léčíme pouze konzervativně. Levostrannou katetrizaci indikujeme u všech pacientů s akutním koronárním syndromem s elevacemi S-T úseků nebo blokádou levého raménka, jestliže trvají potíže méně než 12 hodin nebo pokračují známky ischemie myokardu. Neindikujeme pouze u pacientů, kteří nesouhlasí s následnou revaskularizační léčbou (www.elsevier.com/locate/resuscitation).

1.7.6 Pravostranná srdeční katetrizace

Po zavedení echokardiografie je indikace hemodynamického monitorování velmi omezená. Využít lze především u kriticky nemocných pacientů. Monitorace invazivního krevního tlaku probíhá nejčastěji z přístupu přes arteria radialis a z centrálního žilního tlaku přes centrální žilní katétr (ŠTEJFA, 2007).

1.8 Terapie onemocnění

Nejdůležitějším cílem je předejít úmrtí nemocného, zastavit postup nekrózy, minimalizovat subjektivní obtíže pacienta, léčit komplikace a snížit na minimum riziko znovuobjevení infarktu nebo pozdějšího úmrtí. Léčba IM je komplexní, proto ji rozdělujeme na předhospitalizační léčbu, hospitalizační léčbu na koronární jednotce, chirurgickou léčbu a doléčení na standardním lůžkovém oddělení (ŠPAČEK, 2003).

1.8.1 Předhospitalizační léčba

Tato léčba zahrnuje zdravotní záchrannou službu, která má být nemocných přivolána vždy, pokud se jedná o bolest na hrudi. Pacient je přivezen do nemocnice, která je vybaveno koronární jednotkou s monitorací, s možností umělé plicní ventilace, dočasné kardiostimulace, biochemické diagnostiky, echokardiografií, eventuelně katetrizační laboratoří (OŠŤÁDAL, MATES, 2013). Nejdůležitější je odstranění bolesti pomocí

analgetik a opiátů. Atropin se podává při bradykardii, aplikace kyslíku při trvání bolesti nebo dušnosti (6-8 l/min.), aplikace kyseliny acetylsalicylové per os podáváme při podezření na IM. Aplikace heparinu je důležitá v prehospitalizační fázi před transportem na primární PCI. Betablokátory podáváme při tachykardii, hypertenzi a bez známek srdečního selhání. Nitráty používáme při srdečním selhání a při hypertenzi, diuretika slouží k odstranění plicního edému a při městnavém srdečním selhání. Antiarytmika nejsou v nenemocniční fázi aplikována nemocným (MCKINLEY, FIEN, RIEGEL, MEISCHKE, ABURZ, LENNIE, MUSER, 2012).

Kromě důležité medikace, stojí na předním místě uklidnění pacienta - protože každý nemocný s AIM má strach ze smrti. Zdravotnická záchranná služba musí mít dostupné prostředky pro případnou resuscitaci - defibrilátor, kyslík, přenosný ventilátor, pomůcky k intubaci. Předhospitalizační fáze u AIM by měla trvat optimálně 60 minut, aby pacient mohl být co nejdříve hospitalizovaný na koronární jednotce. Do tohoto času je zahrnuto zavolání nemocného, příjezd zdravotnické záchranné služby, základní vyšetření a ošetření posádkou záchranného vozu a transport do nemocnice (ŠPAČEK, 2003).

1.8.2 Hospitalizace na koronární jednotce

Zajistíme volné lůžko na jednotce intenzivní péče pro pacienta a následuje provedení perkutánní transluminální koronární angioplastiky (PTCA), nebo reperfuční terapie (tedy trombolýzy). PTCA je starší výraz pro perkutánní koronární intervenci (PCI). PCI je implantace stentu, popřípadě balonková angioplastika, je to urgentní zákrok bez předchozí trombolýzy - její úspěšnost je 90%. Je to nejefektivnější léčba AIM a nemá žádné kontraindikace. Její dostupnost je však limitována dostupností kardiologického centra. PTCA (PCI) může být použita i po neúspěšné trombolýze. Trombolýza je využívána pro akutní rozpuštění trombu. Je zvažována při dobré krevní srážlivosti a trvání AIM do 6 hodin, jinak ztrácí význam. K prevenci alergických reakcí se podává 200 mg Hydrokortisonu i.v. Úspěšnost je obvykle u 70 – 80% nemocných. Reperfuze je zahájena do 1, 5 hodiny od začátku trombolýzy, vymizí bolest, EKG známky AIM a následuje léčba heparinem. Mezi kontraindikace patří krvácivé stavy, krvácení do mozku, cévní mozková příhoda před 6 měsíci, punkce tepen, operační zákrok, velké trauma před 3 týdny, disekující aneurysma, léčba kumarinovými preparáty, těhotenství nebo dekompenzovaná hypertenze.

Pokud není možné provést trombolýzu nebo je AIM pozdě diagnostikovaný, podáváme v akutní fázi antikoagulancia – nízkomolekulární heparin (ŠPAČEK, 2003).

1.8.3 Chirurgická léčba infarktu myokardu

Tato léčba zahrnuje koronární bypass. Možnosti této léčby mají velké riziko smrtelných komplikací. Provádí se pouze u pacientů, u kterých nelze provést PCI. Mezi komplikace patří kariogenní šok (ŠPAČEK, 2003).

1.8.4 Doléčení na lůžkovém oddělení

Na standardním oddělení probíhá doléčení zaléčeného pacienta formou perorálních léků různých lékových skupin. Podáváme antiagregancia, antikoagulancia, beta-blokátory, inhibitory enzymu konvertujícího angiotensin, hypolipidemika, nitráty, léky ovlivňující metabolismus ischemického myokardu a blokátory kalciových kanálů (ŠPAČEK, 2003).

1.9 Terapie mechanických komplikací akutního infarktu myokardu

Díky zavedení primární PCI se výrazně snížil počet mechanických komplikací. Při zhoršení klinického stavu, nízkém srdečním výdeji, plicním edému nebo kariogenním šoku musíme pamatovat na mechanické komplikace. Echokardiografie je nejlepší metodou. Pokud je způsob léčby konzervativní, umírá 90 % nemocných. Při rychlém chirurgickém zákroku lze úmrtnost snížit na 50 %. Ruptura volné srdeční stěny je velmi vážná komplikace s vysokou mortalitou. Většina pacientů umírá dříve, než stihneme zajistit chirurgickou pomoc. Výskyt defektu komorového septa je u 1 – 2% nemocných s akutním infarktem myokardu. Projevy jsou výrazná systolická šelest a zhoršený hemodynamický stav nemocného. Diagnostikujeme pomocí echokardiografie, popřípadě katetrizačně. Podáváme vazodilatačně působící nitráty a zavedeme intraaortální balonkovou kontrapulzaci. Rychlým chirurgickým řešením je také aortokoronární bypass ihned po stanovení diagnózy. Ve většině případů není akutní mitrální regurgitace závažná. Mitrální poškození vyšetřujeme pomocí auskultace, echokardiografie, katetrizace. Léčbou je kardiochirurgický výkon s náhradou s nebo plastikou chlopně, s revaskularizací. Prognóza nemocných je zhoršená pokud je operace odložena (ŠPINAR, 2003).

1.10 Význam prevence

Velmi důležitou součástí je sekundární prevence po prodělaném AIM. Je zde zahrnuta farmakologická i nefarmakologická léčba. Pacient by měl mít pravidelné návštěvy u lékaře, pečlivě brát léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek a možný nežádoucí efekt, nosit sebou seznam s léky, které užívá, udržovat si svoji tělesnou hmotnost, zbavit se velkého stresu, využít psychické podpory u své rodiny, nevystavovat se větší fyzické námaze, odpočívat a relaxovat, práci si plánovat, vyhýbat se lidem s infekcí a o každém očkování se poradit s lékařem (VRÁBLÍK, 2007).

1.11 Změna životního stylu z důvodu onemocnění

I přes velké pokroky v před nemocniční a hospitalizační péči stále zůstávají pacienti s akutním koronárním syndromem ve vysokém kardiovaskulárním riziku. Kromě farmakoterapie pomůže ke zlepšení dlouhodobé prognózy výrazným způsobem úprava životního stylu a kontrola dalších rizikových faktorů (OŠŤÁDAL, MATES, 2013). Jedná se o změnu z hlediska výživy, alkoholu, kouření a pohybové aktivity (ŠTEJFA, 2007).

1.12 Psychika osob s akutním koronárním syndromem

Počet lidí s prodělaným srdečním infarktem stále roste. Pacienti ve většině případů přežijí díky pokrokům v diagnostice, včas zahájené léčbě a novým léčebným postupům, které jsou v současné době na vysoké úrovni. Avšak tuto skupinu lidí může postihnout deprese mnohem častěji než zdravé jedince. Deprese se objevuje u každého pátého pacienta po prodělaném infarktu. Náhlé úmrtí postihne dvakrát tolik pacientů s depresemi než pacienty bez deprese. Z důvodu deprese vznikají u těchto jedinců v dalších dvou letech srdeční příhody, palpitace, nepravidelný pulz a dušnost související s jejich srdečním onemocněním. O depresi po infarktu se pak mluví jako o tzv. spouštěči dalších srdečních příhod. Výsledky dlouhodobých výzkumů vypovídají, že trvá asi 6 měsíců, než deprese dosáhne stádia ohrožujícího stav pacienta. Při psychických potížích by měl pacient navštívit lékaře, kardiologa. Při těžké depresi je vhodné navštívit psychiatra nebo se poradit s kardiologem a nechat se doporučit k psychiatrovi. Moderní léky působí přímo a způsobují zklidnění pacienta (www.psychicke-zdravi.cz).

1.13 Prognóza

Podle klinických a laboratorních nálezů určujeme riziko pacienta s akutním infarktem myokardu. Nejzávažnější je snížení funkce levé komory, postižení koronárního řečiště a přítomnost více vážných rizikových faktorů. Nízké riziko mají pacienti mladší 55 let s nekomplikovaným AIM, negativním zátěžovým testem a dobrou funkcí levé srdeční komory. Do této skupiny patří i pacienti s nestabilní anginou pectoris a normálním zátěžovým testem. Při narůstajícím troponinu se riziko zvyšuje. Vysoké riziko úmrtí nebo reinfarktu mají nemocní s těžkou dysfunkcí levé komory, poinfarktovou anginou pectoris v klidu a při malé zátěži, perzistujícím srdečním selháním a s recidivujícími arytmiemi. Proto musíme tyto nemocné léčit o to intenzivněji než pacienta s nízkým rizikem. Důležité prognostické informace o pacienty s největším dalším srdečním ohrožením nám také umožní rozpoznat levostranná srdeční katetrizace (ŠTEJFA, 2007).

1.14 Dodržování zdravého životního stylu po infarktu myokardu

Záleží jen na daném pacientovi, zda bude dále po propuštění z nemocnice dodržovat dietní opatření. Změna by neměla být jen krátkodobá, ale trvalá kvůli zlepšení tělesného i duševního zdraví. Zdravá strava slouží jako prevence po infarktu myokardu (www.heartandlung.org). Tato změna by měla být celoživotní. Důležitá je pravidelná pohybová aktivita, nejlépe aerobní cvičení obden 40 minut, např. rychlá chůze, plavání, jízda na rotopedu, tanec. Po infarktu myokardu by dotyčný měl začít cvičit postupně zvyšovat intenzitu. Naučit se relaxovat a vyvarovat se stresu je další krok ke zdravému životnímu stylu a zlepšení stavu. Posledním důležitým krokem je přestat kouřit nebo alespoň omezit množství vykouřených cigaret denně (www.solen.sk).

1.15 Sdružování kardiaků

V České republice existují Kluby kardiaků, které organizují široké spektrum akcí zaměřených na podporu takto postižených jedinců. Příkladem může být Klub kardiaků při Nadaci Pro srdce Hané vznik v roce 1995. Vznikl jako reakce na potřebu přiblížit kardiovaskulární problematiku široké veřejnosti. Od té doby se klub schází desetkrát ročně v Olomouci, na schůzky se dostavuje sto až sto dvacet občanů. Na schůzce jsou předneseny dvě přednášky na aktuální téma, jedno téma je lékařské. (SOVOVÁ, LUKL, 2005). Nadační fond se v poslední době zaměřuje na posílení

prevence kardiovaskulárních chorob především aktivním vzděláváním populace. Jednou v měsíci pořádá naučně vzdělávací odpoledne pro pacienty a jejich příbuzné. Organizuje tzv. Šňůru života, zábavně vzdělávací odpoledně na téma neodkladné resuscitace, cílem je šíření výuky a znalostí v první pomoci pro laickou veřejnost. Šňůra života byla rozšířena na akci Zdravé srdce Hané v roce 2006. Jsou zde prezentovány nové preventivní programy nadačního fondu, jako například stezka pojmenovaná Kroky ke zdraví – kondiční program Pro srdce Hané. Cílem Nadačního fondu je prevence kardiovaskulárních chorob, výuka neodkladné resuscitace, provoz Klubu kardiaků a Kroky ke zdraví – kondiční program Pro srdce Hané (www.srdcehane.cz).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Léčba infarktu myokardu je zajišťována na čtyřech úrovních - předhospitalizační, hospitalizační léčbu na koronární jednotce, chirurgickou léčbu a doléčení na standardním lůžkovém oddělení. Záleží na stavu pacienta a jeho problémech. Pacient s akutním infarktem myokardu je hospitalizován na koronární jednotce (SOVOVÁ, LUKL, 2003).

V ošetrovatelské péči o pacienta po proběhlém akutním infarktu myokardu sleduje je důležité:

Monitorování

- Sestra sleduje vědomí, psychický stav, laboratorní hodnoty (kardio markery, biochemie, hematologie), tělesnou teplotu, krevní tlak, dech, pulzaci (v třísele, podkolení, na kotníku) minimálně 48 hodin na monitorovaném lůžku.
- Sestra pečuje o invazivní vstupy, sleduje možné krvácení, jejich funkčnost, známky infekce, dobu zavedení.
- Sestra podává léky dle ordinace lékaře, přitom sleduje jejich žádoucí a nežádoucí účinky (nitroglycerin, diuretika, beta - blokátory, krystaloidy, anxyolitika, opiáty, analgetika), provádí oxigenoterapii.
- Sestra sleduje bolest – hodnotí intenzitu, charakter, lokalizaci, účinky podaných analgetik.
- Sestra hodnotí nutriční stav - výšku, váhu, body mass index, pitný režim, ztrátu nebo nárůst hmotnosti za poslední tři měsíce.
- Sestra sleduje stav kůže – otoky, hematomy, krvácení, alergie, deformity, patologické změny na kůži a nehtech.
- Sestra se zaměřuje na případné známky zhoršení pacientova stavu (www.kardio-cz).

Pohybový režim

- S pohybovým režimem a rehabilitací po akutním koronárním syndromu musíme začít postupně. Je rozdělen na 4 fáze:

1) Fáze – nemocniční rehabilitace.

- Jedná se o prvních 12 dnů v nemocnici.

- Nultý den zachovává pacient klid na lůžku a je v péči kardiologa nebo kardiochirurga. Sestra musí uklidnit pacienta, psychologická podpora personálu je opravdu nutná, protože snižuje stres pacienta na minimum.
- První den rehabilitace s fyzioterapeutem začíná 3. - 4.den po vzniku akutního koronárního syndromu.
- Fyzioterapeut naváže kontakt s nemocným a vysvětlí mu léčebný program.
- První cvičení se doporučuje asi 5 – 10 minut. Pacient leží, horní trup je mírně zvýšený a cvičení by nemělo být náročné. Obsahuje dechovou gymnastiku, nácvik uvolnění, relaxaci na lůžku a instruktáž cvičení dorso – plantární flexe nohy.
- Výhodou cvičení na koronární jednotce je monitorovací lůžko, kde sledujeme tepovou frekvenci a křivku EKG.
- Indikací k přerušení cvičení je vznik stenokardie nebo arytmie. Pacient by měl cvičit i sám alespoň jednou denně. Podle stavu pacienta je cvičení postupně navyšováno. To znamená, posazení na lůžku a následné procházení po pokoji.
- Druhý a třetí den pacient cvičí s fyzioterapeutem 5 – 10 minut 3 x 4denně. Po zopakování obrátů, sedů a cvičení dolních končetin pokračujeme postavením k lůžku. Stále sledujeme tepovou frekvenci a EKG pacienta a při komplikacích ho uložíme zpátky do lůžka. Pokud je pacient bez obtíží, je možné povolit odvozy na sedačce na WC nebo k umyvadlu.
- Čtvrtý až šestý den rehabilitace s fyzioterapeutem je pacient přeložen z koronární jednotky na standardní oddělení. Pacient cvičí čtvrtý den 15 minut a další dny zvyšujeme zátěž na 20 minut 5 x denně.
- Sedmý až dvanáctý den hospitalizace se provádí zátěžové testy. Je to chůze do schodů a zátěž při běžných denních činnostech. Jsou voleny kratší úseky po 10 – 15 minutách, ale častěji za den (MARŠÁLEK, 2005).

2) Fáze – časná posthospitalizační rehabilitace

- Trvá 6 – 8 týdnů
- Po hospitalizaci si pacienta převezme do péče ambulantní lékař, který jej pozve k pohovoru a vysvětlí mu sekundární prevenci po akutním koronárním syndromu a zařazení do rehabilitačního programu kardiaků.
- Je zde velmi důležitá motivace pacienta.
- Lékař by měl informovat pacienta o časně zátěžové ergometrii (MARŠÁLEK, 2005).

3) Fáze stabilizace

- Pacient je schopen vykonávat samostatně fyzický výkon, nahrazuje organizované cvičení fyzioterapeutem vlastním cvičením
- Lázeňská léčba (MARŠÁLEK, 2005).

4) Fáze udržovací dlouhodobé rehabilitace

- Cvičení probíhá 30 minut 3 – 5 x týdně, pacient cvičí sám nebo s přáteli, dochází na pravidelné kontroly do ambulance k praktickému lékaři
- Čtvrtá fáze je celoživotní. (MARŠÁLEK, 2005)

Výživa

- Výživa u kardiaků by měla být plnohodnotná.
- Pacienti by si měli vybírat zdravé potraviny – čerstvou zeleninu, ovoce, vyšší příjem vlákniny, nízkotučné mléčné výrobky a libové maso.
- Měli by upřednostňovat celozrnné pečivo a hnědou rýži.
- Ideální je pět porcí denně, důležité je hlídat si množství a velikost porcí.
- Vhodnější je dusit v páře než smažit.
- Snížit množství příloh, ne je úplně omezit.
- Důležitý je pravidelný pitný režim, 1, 5 – 2 l čisté vody denně (ŠTEJFA, 2007).

Vyprazdňování

- V době hospitalizace sestra sleduje jeho frekvenci, konzistenci a příměsí.
- Sestra zajistí v prvních dnech k lůžku močovou lahev a podložní mísu. Výjimečně lze zajistit močové cesty permanentním močovým katetrem.
- V následujících dnech, po odeznění akutní fáze, sestra zajistí pravidelný WC režim za pomoci pojízdného křesla.
- Sestra podává laxativa dle ordinace lékaře a provádí prevenci zácpy – učí pacienta cviky pro zlepšení střevní peristaltiky (ŠTEJFA, 2007).

Hygienická péče

- Všeobecná sestra zhodnotí stupeň sebedpěče
- V akutním stádiu zajistí hygienickou péči na lůžku, zpravidla ve formě dopomoci při hygieně: vhodná teplota vody (max.37 °C), šetrná hygiena, masáž zad kafrovou

mastí pro zlepšení dýchání, promazávání nohou, celkovou hygienu u nesoběstačného pacienta.

- Součástí je péče o ložní a osobní prádlo, které je třeba měnit podle potřeby (ŠTEJFA, 2007).

Spánek

- Sestra zajistí v akutním stádiu onemocnění pro lepší rekonvalescenci stavu kvalitní a plnohodnotný spánek.
- Sestra pátrá po spánkových rituálech a snaží se ulehčit usínání pacienta i udržet dostatečně dlouhý a kvalitní spánek.
- Sestra podává léky dle ordinace lékaře, například hypnotika a anxyolitika (ŠTEJFA, 2007).

Domácí péče

- Sestra a lékař poučí pacienta o nutnosti pravidelných návštěv u lékaře v kardiologické ambulanci.
- Dietní sestra upozorní pacienta před propuštěním z nemocničního zařízení o nutnosti změny životního stylu.
- Sestra poučí pacienta o nutnosti užívat léky dle ordinace lékaře
- Je důležité, aby sestra pacientovi zdůraznila, že účinky dietoterapie, redukce tělesné hmotnosti, kontroly krevního tlaku, nekuřáctví a efektivní výsledky fyzické aktivity jsou účinné jen tehdy, pokud jsou prováděny v přítomném čase, jakmile jejich účinek oslábne, nebo zcela vymizí, stanou se minulostí (ŠTEJFA, 2007).

3 EDUKAČNÍ PROCES

3.1 Edukace

„Jestliže se chceš vyvarovat chyb, pozorně sleduj pět věcí: s kým mluvíš, o kom, jak, kdy a kde“ (JUŘENÍKOVÁ, s. 16, 2010).

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení. Probíhá od prenatálního života až do smrti. Příkladem může být pacient v nemocnici, který se snaží naučit novým věcem (např. aplikace inzulínu) a všeobecná sestra (edukátor) mu předává informace. Mezi další pojmy, související s edukačním procesem, patří edukaci, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukace ve zdravotnictví má velký význam v primární, sekundární a terciální prevenci. Primární prevence je zaměřena na zdravé jedince a zahrnuje preventivní opatření a programy pro udržení a zlepšení kvality života. Sekundární prevence probíhá u nemocných jedinců. Je zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti, odstranění komplikací a prevenci znovuobjevení nemoci. Terciální prevence je zaměřena na jedince, kteří mají trvalé a neměnné změny ve svém zdravotním stavu. Je zaměřena na zlepšení kvality života. A pomocí edukace lze zabránit komplikacím (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Úloha sestry jako edukátorky záleží také na odborných vědomostech, na jejím vlastním přístupu k vnímání zdraví a nemoci. Aktivní přístup je neodmyslitelný, vychází z holistické ošetrovatelské péče, která klade důraz na interakci psychofyziologických potřeb (MASTILIAKOVÁ, 2007).

Edukant

Je člověk, kterého někdo něčemu učí. Každý edukant je individuální se svými specifickými vlastnostmi a dovednostmi. Etnická příslušnost, víra, sociální prostředí a socio-kulturní podmínky ovlivňují charakteristiku edukanta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukátor

Je osoba, která edukuje, učí. Ve zdravotnictví to je lékař, porodní asistentka, všeobecná sestra, fyzioterapeutka, nutriční terapeut (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukační prostředí

Místo, kde edukace probíhá. Charakteristiku tohoto prostředí ovlivňují ergonomické podmínky – osvětlení, zvuk, barva, nábytek, prostor, atmosféra edukace a sociální klima. Edukačním prostředím může být i ambulance. Edukatorem je všeobecná sestra, edukantem pacient a probíhá zde edukační proces (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Požadavky na sestru edukátorku

Sestra musí být empatická a ochotná pomoci pacientovi, musí mít dobré teoretické a praktické znalosti ohledně daného tématu, vhodné a přiměřené verbální a nonverbální komunikační schopnosti, důležité je motivovat pacienta a získat si jeho důvěru (www.ose.zshk.cz).

3.2 Fáze edukace

Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Edukátor se snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností a postojů edukanta. Ke zjištění informací používá rozhovor nebo pozorování. Tato fáze je velmi důležitá pro stanovení budoucích cílů edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Fáze projektování

Edukátor plánuje cíle, volí metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Fáze realizace

Motivace je prvním krokem, dále je důležité zprostředkování nových poznatků, navazuje fixace, tj. procvičení a opakování dovedností. Průběžná diagnostika probíhá po pochopení daného učiva a zájem edukanta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Fáze upevnění a prohlubování učiva

Je to fáze k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Proto je nutné procvičování a opakování. Ve zdravotnictví je tato fáze často opomíjena (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.2.1 Fáze zpětné vazby

Snažíme se hodnotit výsledky edukanta. Hodnocení výsledků nám umožňuje zpětnou vazbu mezi námi a edukantem (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.2.2 Metodika edukačního procesu

Ke každému edukačnímu programu se vztahují následující oblasti:

Tým a klient

Edukace je realizována v týmu, do kterého je zařazen i klient. Výuka může být po malých skupinkách (5 až 10 členů) nebo individuální. Edukace se věnuje také rodině a přátelům. Cíl edukačního učebního procesu je vychovat co nejvíce samostatného jedince, který je schopen zvládnout potřebné vědomosti, dovednosti a utvářet své postoje a životní cíle.

Obsah edukačního programu

- Program má informovat a prakticky naučit jak se chovat podle získaných informací.
- Je potřebné stále opakovat dané téma.
- Výchovné principy mají být stejné pro všechny, výchova má mít standardní obsah.
- Teoretická a praktická výuka má být v rovnováze.
- Časový průběh edukace musí být předem sdělen
- Nepodávat zbytečné informace

Metodika výuky

- Kdo vyučuje – sestra, učitel, psycholog, lékař, dietolog
- Kde probíhá výuka – ambulance, ordinace, u nemocničního lůžka pacienta, učebna
- kdy probíhá edukace – během hospitalizace, ambulantně
- jak probíhá edukace – individuálně, ve skupinkách

Mezi metody učení patří přednáška, vysvětlování, cvičení, rozhovor, demonstrace, hraní rolí a brainstorming.

Přednáška je výhodná pro předávání a získávání nových informací. Není vhodné materiál číst, důležité je soustředit se na podstatné informace. Prvních 10 minut je nejdůležitějších, protože tyto informace si lidé nejvíce pamatují. K udržení pozornosti pomáhá změna tónu hlasu a tempa. Pauzy slouží k tomu, aby jedinci měli čas na přemýšlení a psaní poznámek. Na začátku by neměla chybět časová osnova a na konci je vhodné využít čas pro otázky jedinců. Přednáška je ekonomická, přináší nové informace a rozvíjí schopnost vnímat a poslouchat.

Vysvětlování doplňuje informace a instrukce, aby jedinec, případně rodina věděli co, jak, proč dělat. Je vhodné používat terminologii, kterou jedinec zná a navazovat na předcházející vědomosti. Důležitá je zpětná vazba. Metoda se používá většinou v kombinaci se cvičením, demonstrací. Výhodou je okamžitá zpětná vazba, vytvoření pozitivních vztahů ke změněným životním podmínkách a vyšší aktivita jedince.

Cvičení je používáno k upevnění vědomostí a rozvinutí schopností. Využívá se opakovaný trénink. Výhodou je upevnění a rozvíjení zručnosti, umožňuje ukázat jedinci správný postup.

Rozhovor je využíván v úvodní fázi edukace. Otázky musí být jasně formulované, neměli by se používat sugestivní otázky, je nutné vzít v úvahu neochotu spolupracovat a neodpovídat. Výhodou je okamžitá zpětná vazba a získání důvěrnějšího vztahu.

Demonstrace je metoda k prostředkování přenosu poznatků, prohlubují se praktické zkušenosti jedinců. Doporučují se používat praktické ukázky, jako jsou obrázky, plakáty, makety, modely, videozáznamy, které slouží pro jednoduchou manipulaci. Výhodou je utváření a rozvíjení zručnosti, umožňuje ukázat jedinci správný postup.

Hraní rolí umožňuje demonstraci nápadů, zručnosti, představ na základě životních událostí. Plánovaná příprava je nutná pro úspěch. Umožňuje se efektivně vypořádat s novou náročnou situací a uvědomit si zpětně svůj postoj.

Brainstorming je výchovně - vzdělávací metoda využívaná na řešení problémů. Probíhá formou volné diskuze na určité téma. Je zde uplatňován princip úplné volnosti nápadů, princip ztráty autorského práva, princip zákazu připomínek a kritiky, princip ztráty autorského práva (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

3.3 Přístupy k edukaci dospělých jedinců

- 1) Výkonnost člověka souvisí s věkem, ovlivňuje způsob učení nových věcí. Rychlost psychomotorického učení klesá od 30 let, nejvýrazněji klesá po 50 letech. Jedinec si zvolí svoje tempo učení, využívat může příkladů, zevšeobecnění, informace si opakuje, postupuje od jednoduššího ke složitějšímu.
- 2) Věk jedince ovlivňuje, jak rychle se jedinec dokáže učit novým vědomostem. Platí zde poměr

3.4 Vyhodnocení edukace

Zjistíme, zdali bylo dosaženo cílů jedince a do jaké míry. Máme tři metody vyhodnocení. Kladení otázek, pozorování a realizace zápisu o edukaci jedince. Velmi důležitá je zpětná vazba, kterou, si ověříme, zda pacient edukaci náležitě porozuměl.

4 EDUKACE PACIENTA S DIAGNÓZOU AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM

Kazuistika pacienta

Dne 24. 5. 2014 byl neplánovaně přijat 53 letý pacient na koronární jednotku do zdravotnického zařízení. Byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou pro stenokardie, dechovou nedostatečnost, hypertenzi, hyposaturaci a srdeční selhávání. V nemocnici bylo provedeno klinické vyšetření, krevní testy, EKG vyšetření a následně byla lékařem stanovena diagnóza infarkt myokardu internistou. Pacient byl přijat na interní JIP ke stabilizaci stavu. Pohybový režim klid na lůžku, používat pouze přenosný záchod, dokud budou přetrvávat bolesti na hrudi (předběžně na 12 – 24 hodin). Zajištěna oxygenoterapie, perorální a intravenózní terapie, monitoring pacienta a komplexní ošetrovatelská péče. Subjektivně se cítí dušný, slabý a nervózní z neznámé situace.

1. FÁZE – POSUZOVÁNÍ

Jméno: A. B.

Pohlaví: muž

Věk: 53 let

Bydliště: Žďárná

Rasa: europoidní (čech)

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: střední

Zaměstnání: učitel autoškoly

Anamnéza

Nynější onemocnění: stenokardie, dušnost, hypertenze, hyposaturace, úzkost, palpitace

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, operace: 0, úrazy: 0, diabetes mellitus od roku 2010, hypertenze od roku 2011

Alergická anamnéza: neudává žádné alergie

Abúzy: nekouří, alkohol příležitostně (v případě rodinných oslav), káva 2xdenně, závislost na jiných látkách: neudává

Farmakologická anamnéza: pro hypertenzi užívá antihypertenzivum Sangona 50 mg (1-0-0) a diuretikum Furorese 500 mg (1-1-0), dále inzulín Actrapid (10-10-10 jednotek s.c.) a Levemir 15 jednotek ve 20 hodin

Další přidružená onemocnění: hypertenze, diabetes mellitus

Základní údaje

Tělesný stav	přiměřený, bez závažných patologií
Mentální úroveň	dobrá, orientován místem, osobou i časem
Komunikace	přiměřená
Zrak, sluch	bez omezení
Řečový projev	méně srozumitelný, vzhledem k akutní fázi onemocnění
Paměť	krátkodobá a dlouhodobá paměť je nenarušená
Motivace	přiměřená, představuje zájem o nabytí vědomostí
Pozornost	přiměřená zdravotnímu stavu, zájem o svůj stav
Typové vlastnosti	pacient se vidí jako melancholik, ale částečně i cholerik
Vnímavost	přiměřená
Pohotovost	reakce jsou přiměřeně rychlé
Nálada	negativní, obává se neznámé situace
Sebevědomí	střední úroveň, úplně si nevěří
Charakter	hodný, upřímný, spolehlivý, méně trpělivý, pravdomluvný
Poruchy myšlení	neprojevují se, myšlení – jasné
Chování	přívětivé
Učení	typ – emocionální styl – vizuální, auditivní, systematické, logické postoj – zajímá se o nové informace o svém onemocnění bariéry – strach, celková únavnost organismu, prognóza onemocnění

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

Posouzení podle Marjory Gordonové

- 1. Podpora zdraví:** Pacient se od roku 2010 léčí s diabetes mellitus a od roku 2011 s hypertenzí. Nyní přichází pro stenokardie, dechovou nedostatečnost, hypertenzi, hyposaturaci a srdeční selhání. Pacient se snaží se svým onemocněním ztotožnit a zároveň doufá, že se její stav brzo zlepší a bude se moci vrátit ke své rodině. Hospitalizaci na koronární jednotce se snaží zvládat co nejlépe, ale i přes to se u pacienta objevují občasné psychické výkyvy, kdy je smutný, neklidný a podceňuje dodržování léčebného programu. Nachází sílu bojovat, velkou oporu v jeho životě je manželka, dospělí synové a vnuci. V běžném životě pravidelně navštěvuje praktického lékaře a stomatologa. Nedodržuje všechny základní prvky správné životosprávy.
- 2. Výživa:** pacient má nadváhu, váží 80 kg a měří 171 cm, BMI: 27, 4. Pravidelně se stravuje, sní skoro vše, ovoce v malém množství a zeleninu jen někdy, udává, že ho dostatečně nezasytí. Pacient dodržuje diabetickou dietu od roku 2010. Rád si dá čokoládu nebo nějakou jinou sladkost. Užívá vlákninu, vzhledem k časté zácpě. Denně vypije cca 1½ l tekutin, nejčastěji ovocné čaje a minerálky, po ránu vypije jednu rozpustnou kávu s mlékem, alkohol pije pouze příležitostně. Pacient má od 2.dne diabetickou dietu č. 9, na kterou je zvyklý z domova.
- 3. Vylučování:** s močením potíže neudává. V akutní fázi nemoci má pacient zavedený permanentní močový katétr, pro ochablost svalstva. Sledována je hodinová diuréza. Vyprazdňování stolice v domácím prostředí je pravidelné (2x týdně), občas má potíže se zácpou.
- 4. Aktivita, odpočinek:** neprovozuje žádný aktivní sport. Rád chodí na procházky se syny, při kterých se odreaguje. Péči o domácnost zvládá spolu s manželkou. Denně spí asi 6 hodin, bez problémů. Při přijetí pacienta na koronární jednotku je zajištěn klidový režim, v rámci lůžka je pacient soběstačný, snaží se spolupracovat - i přes velkou únavu. Aktuálně si stěžuje na poruchu spánku, která se projevuje nemožností usnout. Spánek je ovlivněn prostředím v nemocnici

i zdravotním stavem. Během hospitalizace si pacient krátí čas sledováním televize, čtením knih.

5. **Vnímání, poznávání:** pacient při vědomí, kontaktní, orientovaný. Potíže se zrakem ani sluchem neudává. O svém zdravotním stavu je poučen ošetřujícím lékařem. Onemocnění ho trápí vzhledem k předpokládaným nutným omezením. Mezi největší přání patří co nejrychleji se uzdravit, aby mohl domů za rodinou. Pacient má nedostatek vědomostí o svém onemocnění, způsobu léčby a životním stylu.
6. **Sebepojetí:** pacient se hodnotí spíše jako pesimista, proto vyžaduje řádnou podporu a pomoc rodiny. Jeho pohled na život je spíše negativní, ale snaží se sám se sebou bojovat. Do komplexní ošetrovatelské péče se zdárně sám zapojuje.
7. **Pole, vztahy:** pacient žije se svou manželkou a syny v rodinném domě. Pravidelně se schází se svou rodinou, příbuznými, sousedy i kamarády. Rodinné vztahy jsou přiměřeně dobré. V nemocnici ho navštěvuje manželka, synové a kamarádi. Sociální kontakt s blízkými je výborný. V době hospitalizace se o domácnost a dům stará manželka.
8. **Sexualita:** pacient netrpí žádným onemocněním. Pohlavní styk nehodnotí.
9. **Zvládání zátěže:** pacient neudává ve svém životě žádné výrazné změny. V současné době ho zatěžuje akutní fáze onemocnění. Když nastane konkrétní problém, snaží se ho co nejdříve vyřešit za pomoci svých blízkých. Stresové situace se snaží zvládat prozatím sám relaxací, ale především záleží na jejich obtížnosti.
10. **Životní hodnoty:** pacient má plány do budoucna, těší se domů, klade velký důraz na životní hodnoty jako je zdraví, láska, rodina, přátelství. Pacient se snaží spolupracovat.
11. **Bezpečnost, ochrana:** pacienta ovlivňuje negativně nemocniční prostředí, nejlépe a bezpečně se cítí doma ve svém prostředí se svými blízkými. U pacienta jsou zajištěna bezpečnostní opatření.

12. Komfort: pacient je smutný, neklidný, nervózní z důvodu hospitalizace.

13. Jiné (růst a vývoj): růst a vývoj u pacienta je fyziologický.

Profil rodiny

Pacient je ženatý, bydlí s manželkou a dvěma syny v rodinném domě, vztahy v rodině jsou dobré, otec zemřel v 60 letech na rakovinu tlustého střeva, maminka (74 let, ve starobním důchodě) se léčí s hypertenzí a DM na dietě, má dva bratry, kteří jsou zdraví. Synové (33 let, 30 let) jsou taktéž doposud zdraví, ambiciózní a plní elánu. Pacient vystudoval střední školu, je učitel autoškoly.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Pravidelně se schází se svou rodinou, příbuznými, sousedy i kamarády. Rodinné vztahy jsou přiměřeně dobré. V nemocnici ho navštěvuje manželka, synové a kamarádi. Kontakt s blízkými je výborný. Sociální zázemí a finanční situace v rodině je přiměřená.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Životní styl pacienta je velice rozmanitý. Nedodržuje všechny základní prvky správné životosprávy. Stravovací návyky jsou nepřiměřené, nepravidelná strava, má rád kořeněná a slaná jídla, rád si dopřeje něco sladkého. Příjem tekutin je dostatečný (1, 5 litru denně). Se spánkem potíže nemá, má pravidelný režim, chodí spát asi ve 23 hodin, před usnutím si čte, denně naspí v průměru 6 hodin, občas má děsivé sny. Pacient má rád zahradničení, procházky, rybaření a jízdu na kole.

- **Kultura:** koncerty, knihy
- **Náboženství:** římskokatolické vyznání, každou neděli navštěvuje bohoslužby.
- **Hodnota:** zdraví je to nejcennější co může být
- **Postoj k nemoci:** s danou nemocí nemá prozatím skoro žádné zkušenosti.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina je schopna efektivní spolupráce a komunikace, zabezpečuje pomoc, podporu pacientovi. Sám je schopen efektivních rozhodnutí a řešení krizových situací. Největší oporu mu dává především manželka a jeho dva synové.

Porozumění současné situace rodinou

Manželka je informovaná o stavu a prognóze pacienta, rodina je ochotna spolupracovat při jeho léčbě. Pacient se s rodinou shoduje v řešení jeho zdravotního stavu.

Na zjištění vědomostí pacienta byl použit následující vstupní test:

Vstupní test

Otázky	Ano/ne
Byl jste někdy v péči internistů?	ano
Víte co je infarkt myokardu?	ne
Vyskytl se u Vás v rodině někdy infarkt myokardu?	ano
Znáte příznaky infarktu myokardu?	ne
Setkal jste se s pojmem Valsalvův manévr?	ne
Víte, jaká je rehabilitace po infarktu myokardu?	ne
Umíte vyjmenovat možné komplikace po trombolýze?	ne
Znáte zásady pravidelného režimu při onemocnění jakým je infarkt myokardu?	ne
Víte, jakému prostředí se máte vyvarovat?	ne
Znáte zásady správné životosprávy „při“ a „po“ infarktu myokardu?	ne

Na základě vstupního testu jsme zjistili, že pacient má nedostatky ve vědomostech o své chorobě, jejich projevech, léčbě a následných diagnostických postupech. Zároveň je potřebné, aby pacient měl vědomosti o životním režimu po infarktu myokardu. Vzhledem k této závažné chorobě a nedostatku vědomostí, jsme se rozhodli edukovat pacienta v rámci výše uvedené problematiky.

Motivace pacienta: je vysoká, projevuje zájem učit se, ztotožnit se se svou chorobou, uvědomit si, jak je nemoc závažná. Chce se seznámit se samotným onemocněním, s průběhem léčby, životním režimem apod. K motivaci ho vede zdravotnický personál a především jeho manželka.

2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí o:

- onemocnění
- komplikacích onemocnění
- dočasné imobilizaci
- klidovém režimu
- změně životního stylu
- výživě a stravovacích návycích po AIM
- relaxačních technikách pro udržení psychické pohody

Deficit v postojích:

- strach z nemoci
- obavy z hospitalizace
- nejistota z vyléčení
- obava z vnímání sama sebe
- nejistota v dodržování správného režimu

Deficit zručností:

- v péči o cévní přístup
- v péči o permanentní močový katétr
- v pohybu po proběhlém AIM

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu jsme si spolu s pacientem stanovili tyto priority edukačního procesu:

- o onemocnění
- o preventivních opatřeních
- o změně životního stylu
- o pohybovém režimu

Podle struktury: 3. edukační jednotky.

Záměr edukace:

- mít co nejvíce vědomostí o nemoci
- seznámit s režimovými opatřeními
- dodržovat léčebný režim
- dodržovat životosprávu
- adaptace pacienta na změněnou životní situaci
- respektovat psychosociální pohodu

Podle cílů:

- **Kognitivní** - pacient nabyt vědomostí o svém onemocnění, jeho vzniku, příznacích a jejich případném rozeznání v akutním stavu, o postupu léčby a životním stylu.
- **Afektivní** – pacient má zájem získat nové vědomosti, je ochotný zúčastnit se edukačních sezení, vytvoří si kladný přístup ke spolupráci a uvědomují si nutnou změnu životního stylu.
- **Behaviorální** – pacient dodržuje léčebný režim a bude se podílet na doporučeném životním stylu, upraví si životosprávu, dokáže rozeznat zhoršení příznaků infarktu myokardu a adekvátně na ně reagovat.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, u lůžka pacienta na JIP, zabezpečit klid a soukromí.

Podle času: edukační proces je rozdělen do dvou dnů, podle zdravotního stavu pacienta, v odpoledních hodinách. První edukační jednotka bude realizována 3. den

hospitalizace, zaměří se na seznámení pacienta s onemocněním infarktem myokardu, jeho příčinami, diagnostikou a léčbou. Druhá edukační jednotka bude zaměřena na režimová opatření po infarktu myokardu. Proběhne 4. den hospitalizace. Třetí edukační jednotka bude zaměřená na pohyb a fyzickou zátěž obecně u pacienta po proběhlém IM. Proběhne 5. den hospitalizace.

Podle výběru: výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, programové učení, písemné pomůcky, vstupní a výstupní test, diskuze.

Edukační pomůcky: audiovizuální pomůcky, notebook, CD, obrázky, publikace, odborná brožura, edukační karty, písemné pomůcky, papír, tužka.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: prohlubující.

Struktura edukace:

1. **Edukační jednotka:** Infarkt myokardu
2. **Edukační jednotka:** Výživa a stravovací návyky po IM u pacienta
3. **Edukační jednotka:** Pohybová aktivita u pacienta po proběhlém IM

Časový harmonogram edukace:

1. **Edukační jednotka:** 26. 05. 2014 od 15.00 do 15.50 (50 minut).
2. **Edukační jednotka:** 27. 05. 2014 od 14.00 do 14.50 (50 minut).
3. **Edukační jednotka:** 28. 05. 2014 od 16.00 do 16.50 (50 minut).

4. FÁZE – REALIZACE

1. Edukační jednotka

Téma edukace: Infarkt myokardu

Místo edukace: u lůžka pacienta na JIP.

Časový harmonogram: 26. 05. 2014 od 15.00 do 15.50 (50 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** – pacient nabyl adekvátních vědomostí o vzniku choroby, rozezná projevy, zná postup léčby a umí specifikovat komplikace nemoci.
- **Afektivní** – pacient má zájem o podané informace, verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi o chorobě.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční pokoj, zabezpečit klid a soukromí

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, brožura, publikace, edukační karta, obrázky.

Realizace 1. Edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacienta ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Edukační text k tématu „**Infarkt myokardu**“: (*srdeční mrtvice, srdeční záhat*) patří mezi akutní formy ischemické choroby srdeční. Jeho charakteristika je odumření srdečního svalu (myokardu), vzniká z důvodu nedostatku kyslíku ve svalovině srdeční, především při poškození aterosklerózou. O velikosti nekrózy (odumření tkáně) rozhoduje velikost povodí srdeční tepny, délka doby uzávěru a aktuální stav krevního oběhu. Krevní sraženina (trombus) se objeví na poškozeném místě s usazeninami cholesterolu a tak uzavře přívod krve postiženou tepnou. Nekrotická část myokardu se hojí jizvou.

Projevy infarktu myokardu: pacient má námahou bolest na hrudi, která je svíravá, pálivá. Bolest může vyzařovat do dolní čelisti, horních končetin, nadbříšku nebo zad. Objevuje se tlak na hrudi, pocit nedostatečnosti dechu. Tento stav vymizí po přerušení námahy (na rozdíl od akutních forem trvá maximálně 20 minut).

Příčiny infarktu myokardu:

- Genetika (pozitivní rodinná anamnéza)
- Vysoký krevní tlak
- Kouření
- Diabetes mellitus (cukrovka)
- Zvýšená hladina tuků v krvi
- Vysoká srážlivost krve
- Obezita
- Nedostatek fyzické aktivity
- Stres
- Častěji mužské pohlaví

Léčba: Záleží na formě infarktu myokardu. U lehké formy IM je prováděna trombolýza (rozpuštění krevní sraženiny látkou vpravenou do cévního řečiště) a při těžších stavech je zvoleno léčebné řešení jako je PTCA a koronární bypass (operativní přemostění zúženého místa srdeční tepny). Ve vašem případě byla provedena trombolýza ve Vašem případě, lékař Vám výkon objasnil. Je důležité sledovat nežádoucí projevy krvácení, proto připomínám, že se může vyskytnout zvýšená tvorba modřin a náhlé krvácení z tělních dutin.

Prevence infarktu myokardu:

- Mít optimální tělesnou váhu. Obézní nemocní by měli pomocí fyzické aktivity a diety zredukovat nadváhu. Cílem je BMI < 25 kg/m². Důležitý je také obvod pasu < 102 cm u mužů a < 88 cm u žen.
- Cvičit pravidelně (pravidelný pohyb) každý den alespoň 30 minut, u lidí nad 50 let se doporučuje jízda na kole, rotoped.
- Vyhýbat se mastným a tučným jídlům. Nahrazovat živočišné tuky rostlinnými, z celkového podílu příjmu energie by měli tvořit 30 %, z toho maximálně jednu třetinu by měli tvořit tuky satureované, jako jsou margaríny, smažená jídla, která zvyšují riziko
- Zařezovat do jídelníčku více zeleniny v čerstvém stavu, ryby, bílé maso, vlákninu
- Nepřetěžovat organismus (je nevhodné zvedání těžkých břemen, stres).
- Relaxace.

- Nekouřit – abstinence kouření dokáže snížit až o 50% mortalitu. V každé nemocnici by měla být zdravotní personál odpovědný za program odvykání kouření. Zdravotní personál by měl jít přístupem a také nekouřit.
- Udržovat krevní tlak pod 130/80 torr, při ledvinovém onemocnění nebo diabetes mellitus pod 140/90 torr.
- Dlouhodobá kompenzace diabetu mellitus. Fyziologické hodnoty u diabetes mellitus II. Typu jsou < 6 mmol/l nalačno a < 7, 5 mmol/l dvě hodiny po jídle.
- Dostatečná hydratace - 1, 5 l čisté vody denně (WIDIMSKÝ, HLINOMAZ, KALA, JIRMÁŘ, 2009)

Seznámit pacienta s léčebným režimem:

Během hospitalizace Vám budou podávány léky, infuze a terapie určená Vašemu onemocnění. V domácím prostředí budete užívat léky k prevenci vzniku krevní sraženiny, to je kyselina acetylsalicylová a léky ke snížení krevního tlaku. Léky musíte užívat denně a pravidelně. Je nutné, abyste nezačal kouřit. Předejdete opakování infarktu myokardu. Vyvarujte se provádění tzv. Valsalvova manévru. Hrudní i břišní tlak je při něm nebezpečně zvýšený. Může dojít k výrazné změně srdeční frekvence a krevního tlaku při jeho používání. Příkladem může být zatlačení na stolicí, vždy se snažte mít otevřená ústa při výdechu. V případě výskytu bolesti na hrudi, použijte Nitroglycerin 1 tbl. pod jazyk. Jestliže bolest neustoupí do 20 minut, volejte záchrannou službu (155). Po propuštění z nemocnice musíte pravidelně navštěvovat svého lékaře a musíte dodržovat zásady správné životosprávy – pravidelný denní režim, úprava složení stravy, nenamáhat se, odpočívat, relaxovat apod. Zátěž přidávat postupně a pomalu.

- **Fixační fáze:** (10 minut) důkladné zopakování podstatných informací o nemoci pacienta, shrnutí opakovaných poznatků, zdůraznit závažnost onemocnění. Možnost ponechání informačních brožurek.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientovi a vyhodnocení správných odpovědí. Zodpovězení dotazů.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Co je to infarkt myokardu?

Jaké jsou příznaky infarktu myokardu?

Jak lze předcházet vzniku infarktu myokardu?

Víte, proč je důležité užívat pravidelně léky, které Vám lékař předepíše?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacient byl dotazován několika kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi mě velmi potěšily a překvapily. Pacient prokázal základní vědomosti o chorobě, jejich příznacích, léčbě a o možném vzniku komplikací. Pacient přistupoval zodpovědně k edukaci, velmi se soustředil na danou problematiku, projevil aktivní zájem o nabytí nových vědomostí. V rámci diskuze jsem se utvrdila, že obsah 1. edukační jednotky byl určen správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 45 minut.

2. Edukační jednotka

Téma edukace: Výživa a stravovací návyky po IM u pacienta.

Místo edukace: u lůžka pacienta na JIP.

Časový harmonogram: 27. 05. 2014 od 14.00 do 14.50 (50 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** – pacient má vědomosti o zdravém životním stylu a stravovacích návycích po infarktu myokardu, ví čeho se vyvarovat. Pacient zná podpůrné skupiny kardiaků.
- **Afektivní** – pacient má zájem o podané informace, verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční pokoj, zabezpečit klid a soukromí.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, audiovizuální pomůcky, notebook, edukační karta, obrázky, informační letáky.

Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacienta ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (25 minut)

Změna životního stylu po infarktu myokardu je velmi důležitá a nutná. Je prokázáno, že dodržováním některých pravidel lze předcházet kardiovaskulárním onemocněním a úpravou životního stylu lze zabránit vzniku kornatění tepen a následnému infarktu myokardu. Měl byste se vyvarovat těžší a nárazové fyzické práci, je nutné změnit stravovací návyky a výživu, proto je na prvním místě přehodnocení Vašich priorit v životě.

Nyní seznámím pacienta s výživou po infarktu myokardu:

Výživa - Základem je racionální dieta s dostatkem všech živin a cílem je udržení si optimální hmotnosti. Denní strava by měla být rozdělena do několika menších porcí. Dieta po infarktu myokardu je rozdělena na dvě fáze. První fáze je dieta v akutním stádiu, která trvá 2 – 3 dny. Poté jste přešel na dietu dlouhodobou. Pro Vás je důležitá dlouhodobá dieta, kterou budete dodržovat nyní v nemocnici, následně doma. Správná sestava jídelníčku Vám zajistí optimální přísun všech živin – bílkovin, tuků, sacharidů, minerálních látek a vitamínů. Nejdůležitější je Vaše trvalá změna přístupu ke stravování a trvalá změna složení stravy. Podstatou je pravidelný příjem plnohodnotné a vyvážené stravy, který zamezí nárazovému přejídání v okamžiku, kdy budete pociťovat hlad.

Doporučované potraviny

- Snižte objem tuku v potravě do 30 % celkového energetického příjmu.
- Používejte rostlinné tuky místo živočišných tuků.
- Mléko vybírejte pouze nízkotučné (0,5 % tuku), nejvýše polotučné (1,5 % tuku) – sladké i kyselé.
- Pijte zakysané mléčné výrobky – kefirové mléko, jogurtové mléko, podmáslí.
- Konzumujte tvaroh měkký, tvrdý, nízkotučné jogurty.

- Kupujte pouze sýry tvarohové, tavený sýr do 30 % tuku v sušině.
- Vhodné maso pro Vás je: rybí, králičí, kuřecí a krůtí bez kůže.
- Zvyšte obsah vlákniny ve stravě, která je obsažená například v zelenině, ovoci, luštěninách, bramborách, semínkách a klíčkách a jogurtech se zvýšeným obsahem vlákniny.
- Konzumujte sacharidy, jako jsou celozrnné obiloviny, luštěniny, ovoce čerstvé i sušené, zelenina čerstvá i mražená.
- Vhodné jsou pro Vás brambory, bramborová kaše, těstoviny, rýže.
- Jezte maximálně 2 vejce (žloutků) za týden.
- Měl byste mít objem cholesterolu do 300mg/den – 1 vejce denně
- Vhodné jsou ořechy, semínka, olivový olej, potravinové doplňky s vysokým obsahem polynenasycených mastných kyselin – jejich příjem snižuje hladiny cholesterolu v krvi, potravinové doplňky s lecitinem
- Sůl omezit na 3g/den – ½ kávové lžičky
- Měl byste mít dostatečný přísun antioxidantů – vitamín C, E, A

Nevhodné potraviny, které byste měl omezit, nejlépe úplně vynechat ze svého jídelníčku jsou uzeniny, polotovary, sladkosti, tučné vepřové a hovězí maso, kachnu, husu, skopové maso, šlehačku, smetanu, zakysanou smetanu, smetanové sýry, vejce vyloučit jako samostatný pokrm – smažené, vařené, volské oko. Dále sem patří živočišné tuky – máslo, škvarky, lůj, zabijačkové produkty, sádlo, nepřesolovat, nepoužívat mnoho koření, nepít silnou kávu, nepít alkohol.

Kouření a alkohol – pokles rizika kardiovaskulárních chorob také snižuje mírná konzumace alkoholu. Například ve středomořských zemích je úmrtnost na srdeční choroby minimální, protože konzumace vína je součástí životního stylu. Ovšem je zde výskyt onemocnění jater. Výsledky z výzkumů ukazují, že je vhodná konzumace jedné jednotky alkoholu (jedna jednotka je 1, 5 – 2 dcl vína, 0, 33 – 0, 5 l desetistupňového piva nebo 0, 5 dcl destilátu) z hlediska rizika infarktu myokardu a jiných kardiovaskulárních chorob. Důležité je, že povolené jednotky nelze naspořit a vypít povolené množství alkoholu jednorázově. Vzhledem k Vašim nemocem, jako je infarkt myokardu, diabetes mellitus a hypertenze byste alkohol neměl konzumovat vůbec. Kouření patří mezi rizikové faktory aterosklerózy, proto je nutné ve Vašem případě, vyhnout se cigaretovému kouři. Nekouříte a za to Vás chválím.

Pohybová aktivita – většinu rizikových faktorů srdečních onemocnění ovlivňuje fyzická aktivita. Ze začátku bude stačit, když zvýšíte svou pohybovou aktivitu v rámci každodenních aktivit. Chůze je nejjednodušším pohybem. Místo výtahu používejte schody, chodte pěšky, nepoužívejte veřejnou dopravu, ať jdete kamkoli. Například do kina, na procházku, do nákupního centra. Pokud musíte použít auto, zaparkujte na vzdálenějším místě a zbytek dojděte pěšky. Po domluvě s lékařem by Vaše pohybová aktivita měla být výraznější, náročnější a hlavně pravidelná. Denně by to mělo být 30 minut. Vhodné aktivity pro Vás jako kardiaka jsou plavání, jízda na kole či rotopedu.

Obecné rady pro Vás jako kardiaka jsou:

- Pravidelné kontroly u lékaře
- Používejte pečlivě léky a jejich dávkování dle ordinace lékaře
- Noste sebou vždy seznam léků, které užíváte
- Udržujte si přiměřenou tělesnou hmotnost
- Mějte psychickou pohodu, nezatěžujte se velkým stresem
- Využívejte psychické podpory rodiny a zdravotnického personálu
- Nezatěžujte tělo velkou fyzickou námahou
- Odpočívejte a relaxujte
- Práci si naplánujte, nenechávejte nic na poslední chvíli, ať nemáte větší stres
- Vyhybejte se infekcím, hlavně v období epidemií
- O jakémkoli problému nebo očkování se poraďte s lékařem
- **Fixační fáze:** (10 minut) důkladné zopakování podstatných informací o výživě a stravovacích návycích po proběhlém IM u pacienta, shrnutí opakovaných poznatků, objasnění případných nesrovnalostí.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientovi a vyhodnocení správnosti jejich odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Jaké jsou správné stravovací návyky pro kardiaka?

Jaké jsou doporučované zdravé potraviny?

Jaké jsou vhodné pohybové aktivity po IM?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacient byl dotazován několika kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi byly důsledné až překvapující. Prokázal své základní vědomosti o správné výživě po infarktu myokardu. Pacient přistupoval aktivně k edukaci, velmi se soustředil na danou problematiku, projevil velký zájem o nabytí nových vědomostí. Během diskuze jsme se utvrdili, že bylo podstatné zvolit obsah 2. Edukační jednotky, která probíhala v rozsahu 55 minut.

3. Edukační jednotka

Téma edukace: Pohybová aktivita u pacienta po proběhlém IM.

Místo edukace: u lůžka pacienta na JIP.

Časový harmonogram: 28. 05. 2014 od 16.00 do 16.50 (50 minut).

Cíl:

- **Kognitivní** – pacient bude prokazovat adekvátní vědomosti o pohybové aktivitě, jakou zvolit pohybovou aktivitu v domácím prostředí, zná význam a důležitost pohybové aktivity.
- **Afektivní** – pacient aktivně projevuje zájem o získání nových vědomostí, uvědomuje si jejich podstatu, verbalizuje dostatek vědomostí a spokojenost s podanými informacemi ze strany sestry.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, zabezpečit klid a soukromí.

Edukační metody: výklad, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze, názorná ukázka.

Edukační pomůcky: audiovizuální a písemné, notebook, internet, informační letáky, brožura, edukační karta.

Realizace 3. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) přivítat se s pacientem, vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacienta ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- **Expoziční fáze:** (30 minut)

Pohybová aktivita je velmi důležitou součástí prevence kardiovaskulárních chorob. Rehabilitace po akutních koronárních syndromech rozdělujeme na 4 fáze. První dvě jsou specifické pro stavy po akutním koronárním syndromu a poslední dvě fáze jsou aplikované v celém rozsahu primární a sekundární prevence.

1) Fáze – nemocniční rehabilitace

Jedná se o 12 dní v nemocnici.

Nultý den jste zachovával klid na lůžku a jste v péči kardiologa nebo kardiochirurga. Měl jste psychologickou podporu zdravotnického personálu, která je důležitá pro snížení stresu na minimum.

První den rehabilitace začíná 3. - 4. den po vzniku akutního koronárního syndromu. Fyzioterapeut s Vámi naváže kontakt a vysvětlí Vám léčebný program. První cvičení se doporučuje asi 5 – 10 minut. Budete ležet, horní trup bude mírně zvýšený a cvičení by nemělo být náročné. Obsahuje dechovou gymnastiku, nácvik uvolnění, relaxaci na lůžku a instruktáž cvičení dorso – plantární flexe nohy. Výhodou cvičení na koronární jednotce je monitorovací lůžko, takže sledujeme Vaši tepovou frekvenci. Indikací k přerušení cvičení je vznik stenokardie (bolest za hrudní kostí) nebo arytmie (porucha srdečního rytmu). Měl byste cvičit i sám alespoň jednou denně a podle Vašeho stavu je cvičení postupně navyšováno. To znamená, posazení na lůžku a následné procházení po pokoji.

Pokud zvládnete první den rehabilitace, můžete se posunout dále v léčebném plánu.

Druhý a třetí den budete cvičit 5 – 10 minut 3 – 4x denně. Po zopakování obrátů, sedů a cvičení dolních končetin pokračujeme postavením k lůžku. Stále sestry sledují Vaši tepovou frekvenci a při Vás uložíme zpátky do postele. Pokud budete bez obtíží, je možné povolit odvozy na sedačce na WC nebo k umyvadlu.

Čtvrtý až šestý den rehabilitace budete přeložen z koronární monitorovací jednotky na standardní lůžko. Budete cvičit čtvrtý den 15 minut a další dny zvyšujeme zátěž na 20 minut 5 x denně.

Sedmý až dvanáctý den hospitalizace Vám bude přiděleno zátěžové cvičení. Je to chůze do schodů, zátěž při běžných denních činnostech. Jsou voleny kratší úseky po 10 – 15 minutách, ale častěji za den.

2) Fáze – časná posthospitalizační rehabilitace

Po Vaší hospitalizaci si Vás převezme do péče ambulantní lékař, který Vás pozve k pohovoru a vysvětlí Vám sekundární prevenci po akutním koronárním syndromu a zařazení do rehabilitačního programu kardiaků. Je zde velmi důležitá Vaše motivace. Lékař by Vás měl informovat o časně zátěžové ergometrii.

Druhá fáze trvá obvykle 6 – 8 týdnů, maximálně 10 týdnů. Proto by měl být přechod k dalším fázím plynulý. Za nejpozdější termín přechodu do poslední fáze rehabilitace považujeme 6. měsíc po akutním koronárním syndromu.

3) Fáze -období stabilizace

Cílem programu je stabilizace. Budete schopen vykonávat samostatně fyzický výkon, nahradíte organizované cvičení fyzioterapeutem vlastním cvičením. V této fázi může být indikována lázeňská léčba.

4) Fáze – udržovací dlouhodobá rehabilitace

Je to udržovací fáze, cvičíte již sám nebo s přáteli v klubech a spolcích kardiaků nebo v tělocvičnách a fitness centrech jsou pod vedením zkušených fyzioterapeutů. Cvičení probíhá 30 minut 3 – 5 x týdně, budete docházet na pravidelné kontroly do ambulance k praktickému lékaři. Čtvrtá fáze je celoživotní.

- Fixační fáze: (15 minut) důkladné opakování podstatných informací souvisejících s pohybovou aktivitou po IM, shrnutí opakovaných poznatků, zdůraznit důležitost pohybové aktivity, ujasnění případných nesrovnalostí.
- Hodnotící fáze: (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientovi a vyhodnocení správnosti jeho odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacienta:

Proč je důležitá pohybová aktivita po IM?

Můžete začít hned po infarktu myokardu do schodů a proč?

Můžete cvičit s určitým klubem, ve kterém jsou lidé se stejným problémem, jako je ten Váš?

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly splněny. Pacient byl dotazován několika kontrolními otázkami, jeho správné odpovědi svědčily o jeho pozornosti. Prokázal základní vědomosti o pohybové aktivitě po IM. Pacient přistupoval k edukaci odpovědně, velmi se soustředil na danou problematiku, projevil aktivní zájem o nabytí nových vědomostí. V rámci diskuze jsme se utvrdili, že obsah 3. Edukační jednotky byl vybrán správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 55 minut.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

K závěrečnému vyhodnocení edukačního procesu pacient vyplnil vědomostní test, jehož otázky se shodují se vstupním testem ve fázi posuzování.

Otázky	Ano/ne	Ano/ne
Byl jste někdy v péči internistů?	ano	ano
Víte co je infarkt myokardu?	ne	ano
Vyskytl se u Vás v rodině někdy infarkt myokardu?	ne	ne
Znáte příznaky infarktu myokardu?	ne	ano
Setkal jste se s pojmem Valsalvův manévr?	ne	ano
Víte jak správně měřit krevní tlak?	ne	ano
Umíte vyjmenovat možné komplikace po trombolýze?	ne	ano
Znáte zásady pravidelného režimu při onemocnění jakým je infarkt myokardu?	ne	ano
Víte, jakému prostředí se máte vyvarovat?	ne	ano
Znáte zásady správné životosprávy při a po infarktu?	ne	ano

- Pacient získal podstatné vědomosti o onemocnění.
- Pacient byl seznámen se správnou životosprávou a vhodných pohybových aktivitách.
- Pacient je spokojen se získanými vědomostmi.
- Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách, které byly pro pacienta srozumitelné, při edukaci výborně spolupracoval, nechal si vše vysvětlit.
- Edukační cíle (kognitivní, afektivní a behaviorální) se podařilo splnit, edukace je ukončena, na základě splněných cílů.
- Na základě odpovědí edukanta, které uvedl ve vstupním testu, a na základě splněných stanovených cílů usuzujeme, že realizace edukačního procesu byla úspěšná.
- Edukace byla účinná a zlepšila psychický stav a vědomosti pacienta.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Akutní koronární syndrom je život ohrožující stav, který vyžaduje intenzivní a komplexní péči. Aby byla dosažena adekvátní péče o pacienta s akutním koronárním syndromem, musí být splněno několik kritérií, na jejichž základě jsme vytvořili doporučení pro praxi. Je rozděleno na doporučení pro pacienty a pro všeobecné sestry.

Doporučení pro pacienta

- Informovat pacienta o onemocnění, které ho postihlo.
- Správná životospráva je důležitou součástí, kdy může snížit výskyt kardiovaskulárních onemocnění, především akutního infarktu myokardu – nekouřit, alkohol pít příležitostně, jíst jídla s malým množstvím tuků a cukrů.
- Prevence nadváhy a konzultace s nutričním terapeutem pro vytvoření vhodných podmínek k redukci váhy.
- Pomalé začleňování rehabilitace, která by měla být celoživotní jako prevence následného opakování onemocnění.
- Dlouhodobé a vytrvalostní cvičení.
- Relaxovat.
- Pravidelné návštěvy lékaře – kardiologa, praktického lékaře a v případě potíží, okamžitě zajít za specialistou.
- U každého lékaře nahlásit jaké onemocnění pacient prodělal.
- Čtení knih.
- Navštěvovat přednášky a sdružovat se v Klubu kardiaků.

Doporučení pro všeobecné sestry

- Komplexní ošetrovatelská péče, kterou sledujeme stav vědomí, bolest, změnu stavu, EKG křivku, fyziologické funkce, pohybový režim, výživu, bilanci tekutin, spánek, staráme se o invazivní vstupy, o všech změnách pacientova stavu informuje lékaře a podáváme léky dle ordinace lékaře.
- Celoživotní vzdělávání.
- Čtení odborné literatury.
- Navštěvování kvalifikačních kurzů.

Všechny složky musí fungovat, aby nedošlo k narušení a stagnaci léčby.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali důležitým, celosvětovým problémem, který ohrožuje každého člověka na životě – akutním koronárním syndromem, který přispívá k mortalitě a morbiditě populace a nemocných s tímto onemocněním stále přibývá. Cílem bakalářské práce bylo navrhnout komplexní edukační proces pro pacienta s akutním koronárním syndromem a také přiblížit problematiku pacientů s akutním koronárním syndromem, přesněji řečeno s akutním infarktem myokardu. Musíme podotknout důležitost edukačního procesu pro rodiny a pacienta se zdravotnickým personálem při cílené edukaci. Edukace není jednoduchá, proto bychom neměli zapomínat, že i my jsme se učili a získávali vědomosti od druhých. Chceme – li snížit výskyt a opakování onemocnění, edukace by měla být kvalitní, aby pacient pochopil a dokázal aplikovat v praxi potřebné rady získané od edukátora. Důležité je poskytnout základní znalosti, které pomohou jedinci zaujmout správný postoj a názor na změnu v životním stylu po prodělaném infarktu myokardu. Pacient byl poučen při naší edukaci o onemocnění, které prodělal, o stravovacích návycích a pohybovém režimu po infarktu myokardu. Jevil velký zájem o nové informace a aktivně se zapojoval. Cíl se zdařil. Výstupem bakalářské práce byla edukační karta s názvem akutní koronární syndrom, určený především pro pacienty s tímto onemocněním, ale nejen pro ně. V příloze čtenář najde návrh na řešení edukace u pacienta s akutním infarktem myokardu, který je podpořen praktickým ověřením. Může být zajímavý pro každého, koho toto téma zaujme. Bakalářská práce poslouží pacientům po proběhlém infarktu myokardu, najdou zde důležité a potřebné informace o dodržování režimových opatření, ale také je práce určena pro všeobecné sestry, které pacienta edukují. Nachází se zde potřebné informace ohledně edukace, která učí pacienty ke vhodnému přístupu k lepšímu životnímu stylu. V dnešní moderní době mnoho lidí uvítá spíše elektronický zdroj informací, který nalezne na mnoho internetových stránkách, jako například na www.ceskeapps.cz, kde si dotyčný jedinec může stáhnout do svého iPadu Edukaci pacientů po infarktu myokardu. Získá zde komplexní přehled o onemocnění, příznacích, příčinách a sekundární prevence akutního infarktu myokardu. Edukace je potřebná jak pro pacienty, tak pro sestry, které se jí věnují jen minimálně ve své profesi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 164 s. ISBN 978-807-0134-573
- [2] ARNTZ, Hans-Richard Arntz, BOSSAERT a FILLIPPATOS. Smernice pre resuscitáciu 2005 Európskej rady pre resuscitáciu Sekcia 5. Počiatočný manažment akútneho koronárneho syndrómu. *RESUSCITATION* [online]. ELSEVIER, 2005 [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: www.elsevier.com/locate/resuscitation
- [3] BARANOVÁ, Eva a Marián KOZLOVSKÝ. Dlhodobá starostlivosť o pacientov po akútnom koronárnom syndróme bez elevácie ST segmentu v ambulancii praktického lekára. *Vla pract.*, 2007, roč. 4 (5): 228 - 232. 2007, č. 5. Dostupné z: www.solen.sk
- [4] Diagnostika a léčba akutního infarktu myokardu s elevacemi ST [online] [cit. 20-11-2012]: www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/359_724-740.pdf
- [5] Deprese: Lidem po infarktu hrozí deprese, která srdci dále škodí. <http://www.psychicke-zdravi.cz/> [online]. Psychosomatic Medicine, November/December 2004; vol 66: pp 814–822, 2013 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: www.psychicke-zdravi.cz
- [6] FERNANDEZ, PHD., MN, RN, Patricia DAVIDSON, PHD, RN, Rhonda GRIFFITHS, DRPH, RN, Craig JUERGENS, FACC, FRACP, MBBS a Yenna SALAMONSON, PHD, RN. Development od a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. *Www.heartandlung.org* [online]. HEART AND LUNG, November/December 2009 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: www.heartandlung.org
- [7] <http://www.srdcehane.cz/>: Nadační fond pro srdce Hané. *Klub kardiaků* [online]. 1. vyd. Fakultní nemocnice, I. interní klinika, I. P. Pavlova 6, Olomouc, 2014 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.srdcehane.cz>
- [8] CHALOUPKA, V., J. SIEGELOVÁ, L. ŠPINAROVÁ, H. SKALICKÁ, I. KAREL a J. LEISSER. *Doporučení pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním*. Cor vasa 2006; 48 (7-8): K127 - k145. Brno: safoni aventis, 2006. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz>

- [9] JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4721-712
- [10] KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-807-2626-045LUKL, Jan. *Klinická kardiologie: stručně*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 270 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-244-0876-7.
- [11] KUBEŠOVÁ, Hana. *Vnitřní lékařství: Pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003, 103 s. ISBN 80-210-3138-7.
- [12] MCKINLEY S., FIEN M., RIEGEL B., MEISCHKE H., ABURUZ M.E., LENNIE T.A. and MUSER D.K. (2012) Complications after Acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of advanced Nursing* 68 (10), 2320-2330: 101111/j. 1365-2648. 2011. 05933.X
- [13] Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče: Edukace. [Http://ose.zshk.cz/](http://ose.zshk.cz/) [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2010-2012 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/>
- [14] OŠŤÁDAL, Petr a Martin MATES. *Akutní koronární syndrom: [přívodce ošetroujícího lékaře]*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2013, 78 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-807-3453-398.
- [15] *Psychosomatic Medicine*, November/December 2004; vol 66: pp 814–822 (<http://www.psychicke-zdravi.cz/novinky-laik-deprese/lidem-po-infarktu-hrozi-deprese-ktera-srdci-dale-skodi-38>)
- [16] SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. 100 1 otázek a odpovědí pro kardiaky: vyšetření; rizikové faktory; srdeční onemocnění. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1166-4
- [17] ŠPAČEK, Rudolf a Petr WIDIMSKÝ. *Infarkt myokardu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 231 s., obr. ISBN 80-726-2197-1)
- [18] ŠPINAR, Jindřich. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0500-1.
- [19] ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4713-854.
- [20] SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452

- [21] VOJÁČEK, DRSC., FESC, FACC, Prof. MUDr. Jan. Postgraduální medicína: Akutní koronární syndrom. *Http://zdravi.e15.cz/* [online]. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Hradec Králové, 1. interní klinika, 2010 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/>
- [22] EK, Jan. : příručka pro nemocné. 1. vyd. Praha: Grada Pub., 1998, 100 p. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-716-9456-8.
- [23] VRÁBLÍK, M. Edukační materiál: Víte, jak na aterosklerózu? Praha: Pfizer, 2007. 81 s.
- [24] WIDIMSKÝ, Petr, Ota HLINOMAZ, Petr KALA a Radovan JIRMÁŘ. Diagnostika a léčba akutního infarktu myokardu s elevacemi ST. *Doporučení české kardiologické společnosti 2009*. 2009, č. 10. Dostupné z: *Cor Vasa* 2009;51(10)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerš	I
Příloha B – Žádost o použití lékařské dokumentace k bakalářské práci	II
Příloha C – Edukační karta	III

Příloha A – Vypracování literární rešerše

Místo: Moravská zemská knihovna v Brně, Kounicova 65a, 601 87 Brno

Vypracováno pro téma bakalářské práce: Edukační proces u pacienta s akutním koronárním syndromem

Datum: 14. ledna 2014

Jméno a příjmení: Marta Podloučková

Studentka 3. Ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha 5, obor všeobecná sestra

Excerpované zdroje:

- katalog MZK,
- Souborný katalog ČR – CASLIN,
- Jednotná informační brána,
- Medvik,
- Slovenská lekárska knižnica, Bibliographia medica Slovaca,
- EBSCO,
- ProQuest Central,
- ScienceDirect,
- SpringerLink,
- Scholar Google,
- portál Theses.

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Časové vymezení literatury: 2003 – 2014

Rešeršér: Martina Machátová, Moravská zemská knihovna v Brně, tel. 541 646 170,
e-mail: machat@mzk.cz

CIFKOVÁ, CSC. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře: Podpořeno edukačními granty společností Teva a Valeant. *Medical Tribune CZ, s.r.o.* 2011, č. 4, s. 121-160.
Dostupné z: www.tribune.cz

KARMAZÍN, MUDr. Jan. Novinky v diagnostice a léčbě akutních koronárních syndromů. *Www.internimedica.cz: INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI.* 2004, 1/2004.

ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Výchovně vzdělávací preventivní program pro mladší školní věk „Normální je nekouřit“. *Pedagogika*: 56, 3, UK Praha : 2006, s. 246 – 257. ISSN: 0031 – 3815

Příloha B – Žádost o použití lékařské dokumentace k bakalářské práci

Mgr. Olga Fialová
Nemocnice Boskovice s.r.o.
Otakara Kubína 179
Boskovice 680 21

Boskovice dne 25. 2. 2014

Věc: Žádost o použití lékařské dokumentace k bakalářské práci

Vážená paní magistro,

Žádám Vás o povolení využití lékařské dokumentace ke své bakalářské práci. Bakalářskou práci vypracovávám na téma „Edukační proces u pacienta s akutním koronárním syndromem“. Všechny získané informace budou sloužit pouze ke studijním účelům a nebudou nikým zneužity.

Předem Vám děkuji za vyjádření a případnou spolupráci.

S pozdravem

Marta Podloučková
Havlíčková 28
Doubravice nad Svitavou 679 11
Tel.: 728 621 984
e-mail: podlouckova.marta@gmail.com

Marta Podloučková

Vyjádření

Souhlasím – Nesouhlasím

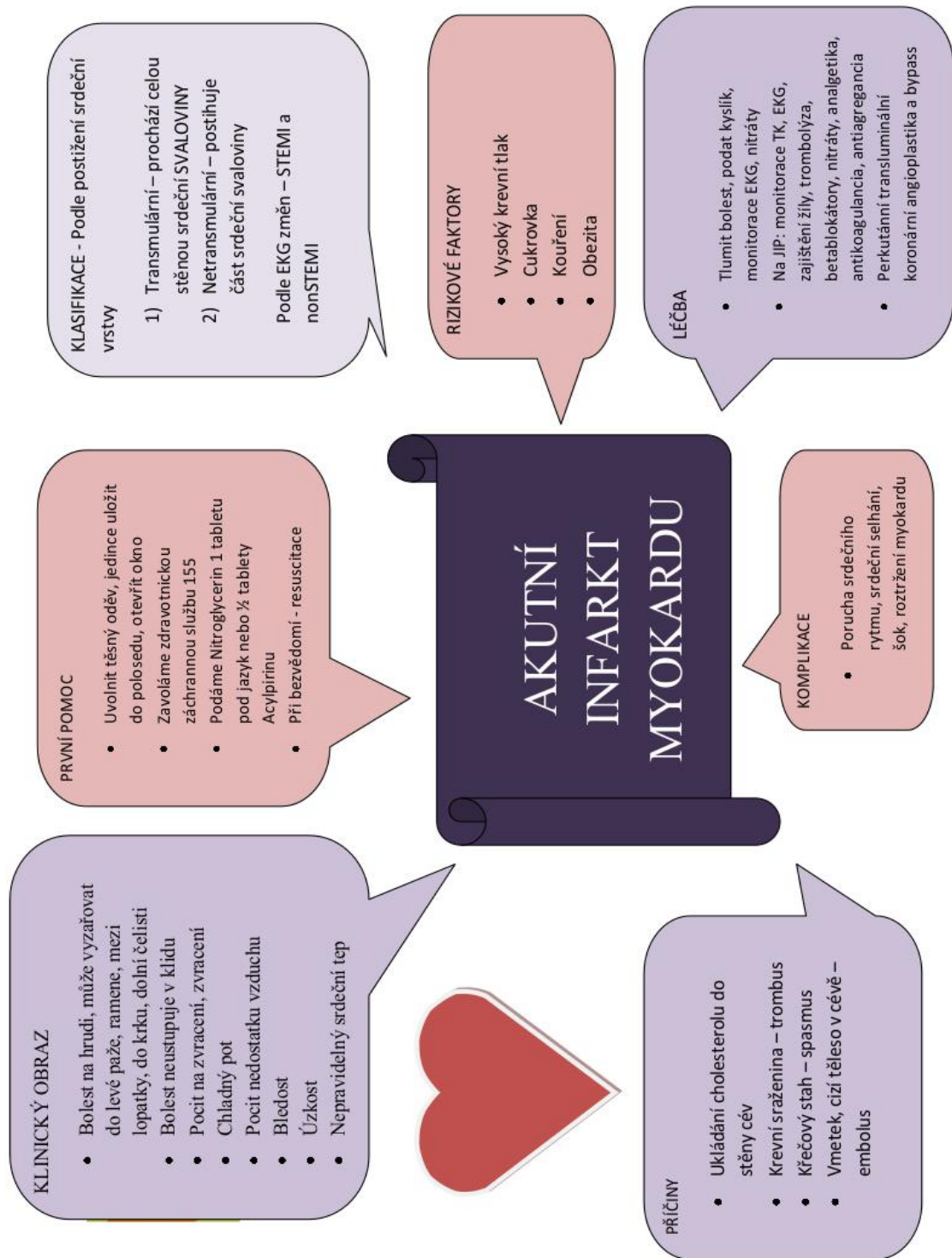
S využitím lékařské dokumentace k bakalářské práci

V Boskovicích dne *25. 2. 2014*

Mgr. Olga Fialová
návršek pro osobní lékařskou práci

Olga Fialová
Podpis a razítko

Příloha C – Edukační karta



ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

VÝŽIVA

- Jíst vyváženou stravu bez tučných a mastných jídel
- Živočišné tuky nahradit rostlinnými
- Dostatek zeleniny a ovoce
- Cvičit alespoň 30 minut denně
- Udržovat krevní tlak, cholesterol a krevní cukr pod kontrolou
- Nepřetěžovat organismus

- Úprava stravovacích návyků
- Jíst v pravidelných intervalech
- Den začínat snídaní, pit vodu
- Zařadit svačiny mezi hlavními jídly

POHYB

- Běhání, procházky, chůze do schodů
- Pasivní pohyby pro starší jedince
- Místo dopravy používat nohy



PREVENCE

- Relaxovat, vyvarovat se stresu

- Mít optimální tělesnou váhu
- Kontrola pomoci BMI (body mass index)

PSYCHIKA A HUBNUTÍ

- Mít reálné cíle
- Neřít se na váhu
- Nemít výčitky při selhání

Použité zdroje: www.ordince.cz
www.funfamilyfitness.cz

Zpracovala: Marta Podloučková, DiS.
Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem Edukační proces u pacienta s akutním koronárním syndromem, který vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Dušková 7, Praha 5