

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ. O.P.S., PRAHA 5

**MONITORING REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ U PACIENTA
PO INFARKTU MYOKARDU**

Bakalářská práce

MIROSLAVA KOSKOVÁ, DiS

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Praha 2015



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

Kosková Miroslava
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

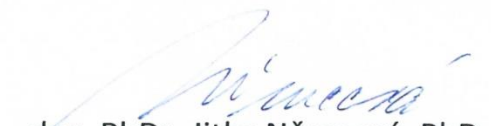
Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 11. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Monitoring režimových opatření u pacienta po infarktu myokardu

*Monitoring of Medical Regime in Patients after Myocardical
Infarction*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 3. 11. 2014


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu bibliografických odkazů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD., za cenné rady a připomínky při napsání bakalářské práce. Děkuji zaměstnancům Oblastní nemocnice Příbram a.s., zaměstnancům Polikliniky Ravak a všem, kteří se podíleli, na získání údajů a rad při napsání mé práce.

ABSTRAKT

KOSKOVÁ, Miroslava. *Monitoring režimových opatření u pacienta po infarktu myokardu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: : doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Praha. 2015. 120 s.

Obsahem teoretické části bakalářské práce je snaha přinést celistvý pohled na prevenci infarktu myokardu. Seznamuje čtenáře s příčinami, projevy, důsledky, diagnostikou a léčbou infarktu myokardu, která se v posledních letech stále více zvyšuje. V dnešní době většina populace nedbá na správný životní styl, žijí rychle, nedodržují správnou životosprávu, stresují se a nedbají na dostatek pohybu. Je podán základní přehled postupů u nemocného po prodělaném akutním infarktu myokardu, který je dnes převážně řešen koronární angioplastikou s implantací stentu. Dále se v teoretické části zaměřujeme na režimová opatření, která zahrnují striktní zákaz kouření, změny dietních návyků a rehabilitační programy. Následně v samostatné kapitole zvaná farmakoterapie jsou uvedeny základní skupiny léků, které nemocný po infarktu myokardu má užívat. V praktické části je naším hlavním cílem zjistit, zda sestry informují pacienty po prodělaném akutním infarktu myokardu a o nutnosti dodržování režimových opatření. Jedním naším cílem je zmapovat angažovanost všeobecných sester u klientů v sekundární prevenci infarktu myokardu. Snažíme se zjistit, na která režimová opatření v monitoringu se sestra více zaměřuje. Průzkum jsme realizovali dotazníkovou metodou pro pacienty, kde sledujeme míru informovanosti o prevenci infarktu myokardu.

Klíčová slova

Infarkt myokardu. Prevence. Diagnostika. Léčba. Důsledek. Dotazník. Sestra. Životospráva. Stres. Kouření. Rizikové faktory. Obezita a nadváha.

ABSTRACT

KOSKOVÁ MIROSLAVA, : *Monitoring of medical regime in patients after myocardial infarction*. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague. 2015. 120 p.

The theoretical part of this thesis covers the prevention of a heart attack in detail. It introduces causes, symptoms, consequences, diagnostics and treatment of a heart attack. Heart attack rates are still rising due to lack of exercise, bad lifestyle and stress. The thesis covers basic information about the treatment of a heart attack. Heart attacks nowadays are usually treated using coronary angioplasty with a stent implant. Next part of this thesis contains information about regime changes including prohibition of smoking, diet changes and rehabilitation programs. Following the regime changes is a chapter on drugs that are used to recover patients after heart attack operations. The practical part of this thesis targets the communication between nurse and the patient regarding information about the regime changes. One of the goals is to find out how engaged the nurses are and what parts of regime changes are focused more. The research was carried out using questionnaires for patients to find out how well informed about heart attack related issues they are.

Keywords:

Heart attack. Prevention. Diagnostic. Questionnaire. Treatment. Consequence. Nurse. Lifestyle. Stress. Smoking. Risk factors. Overweight and obesity.

OBSAH

ABSTRAKT	5
SEZNAM TABULEK	9
SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
1 INFARKT MYOKARDU.....	16
1.1 Faktory ovlivňující rozsah infarktu myokardu.....	16
1.2 Léčba infarktu myokardu	19
2 VLIV PSYCHOLOGICKÝCH FAKTORŮ NA VZNIK INFARKTU MYOKARDU	21
3 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ PO INFARKTU MYOKARDU.....	23
3.1 Riziko kouření.....	24
3.2 Metody odvykání kouření	25
3.3 Změna stravovacích návyků.....	26
3.4 Redukce tělesné hmotnosti.....	27
3.5 Pohybová aktivita.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 KAZUISTIKA	31
4.1 Identifikační údaje.....	31
4.2 Hodnoty zjišťované při příjmu.....	32
4.3 Nynější onemocnění.....	32
4.4 Anamnéza.....	33
4.5 Posouzení současného stavu ze dne 11. a 12. 12. 2014	35
4.6 Medicínský management	46
4.7 Situační analýza	47

4.8 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II a jejich uspořádání dle priorit	48
5 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM	53
5.1 Průzkumné cíle.....	53
5.2 Hypotézy	53
5.3 Metodika	54
6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	55
7 DISKUZE	92
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	97
ZÁVĚR	99
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	101
SEZNAM PŘÍLOH.....	103

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věkové rozdělení respondentů	55
Tabulka 2 Pohlaví respondentů.....	57
Tabulka 3 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů.....	58
Tabulka 4 Potřeba informovanosti v režimových opatřeních.....	59
Tabulka 5 Kontrola dodržování režimových opatření sestrou.....	61
Tabulka 6 Hmotnost pacientů po prodělaném infarktu myokardu.....	62
Tabulka 7 Změna stravovacích návyků po infarktu myokardu.....	63
Tabulka 8 Druh pečiva konzumovaného respondenty.....	64
Tabulka 9 Druhy masa konzumovaného respondenty.....	65
Tabulka 10 Četnost konzumace rybího masa.....	66
Tabulka 11 Druh tuku používaného na vaření.....	67
Tabulka 12 Množství konzumovaného ovoce denně.....	68
Tabulka 13 Způsoby tepelné úpravy potravin.....	69
Tabulka 14 Sportovní aktivita respondentů.....	70
Tabulka 15 Četnost pohybové aktivity týdně.....	71
Tabulka 16 Druhy sportovní aktivity respondentů.....	72
Tabulka 17 Sportovní aktivity respondentů.....	74
Tabulka 18 Pravidelnost kontrol respondentů	74
Tabulka 19 Zastoupení personálu při kontrole.....	75
Tabulka 20 Počet prodělaných infarktů	76
Tabulka 21 Osoby podávající informace.....	77
Tabulka 22 Forma podání informací.....	78
Tabulka 23 Míra dostatečnosti poskytnutých informací.....	79
Tabulka 24 Aktivita ve vyhledávání informací.....	80

Tabulka 25 Druhy zdrojů používaných k vyhledávání preventivních opatření.....	81
Tabulka 26 Zdroje informací.....	82
Tabulka 27 Vyjádření poměru ne/informovanosti.....	84
Tabulka 28 Kdy byli respondenti informováni.....	85
Tabulka 29 Informovanost o oblastech životního stylu.....	86
Tabulka 30 Kontroly změn životního stylu.....	88
Tabulka 31 Zastoupení ne/kuřáků před infarktem myokardu.....	90
Tabulka 32 Zastoupení ne/kuřáků po infarktu myokardu.....	91

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věkové rozdělení respondentů.....	55
Graf 2 Pohlaví respondentů.....	57
Graf 3 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů.....	58
Graf 4 Potřeba informovanosti v režimových opatřeních.....	59
Graf 5 Kontrola dodržování režimových opatření sestrou.....	61
Graf 6 Hmotnost pacientů po prodělaném infarktu myokardu.....	62
Graf 7 Změna stravovacích návyků po infarktu myokardu.....	63
Graf 8 Druh pečiva konzumovaného respondenty.....	64
Graf 9 Druhy masa konzumovaného respondenty.....	65
Graf 10 Četnost konzumace rybího masa.....	66
Graf 11 Druh tuku používaného na vaření.....	67
Graf 12 Množství konzumovaného ovoce denně.....	68
Graf 13 Způsoby tepelné úpravy potravin.....	69
Graf 14 Sportovní aktivita respondentů.....	70
Graf 15 Četnost pohybové aktivity týdně.....	71
Graf 16 Druhy sportovní aktivity respondentů.....	72
Graf 17 Sportovní aktivity respondentů.....	73
Graf 18 Pravidelnost kontrol respondentů.....	74
Graf 19 Zastoupení personálu při kontrole.....	75
Graf 20 Počet prodělaných infarktů.....	76
Graf 21 Osoby podávající informace.....	77
Graf 22 Forma podání informací.....	78
Graf 23 Míra dostatečnosti poskytnutých informací.....	79
Graf 24 Aktivita ve vyhledávání informací.....	80

Graf 25 Druhy zdrojů používaných k vyhledávání preventivních opatření.....	81
Graf 26 Zdroje informací.....	82
Graf 27 Vyjádření poměru ne/informovanosti.....	84
Graf 28 Kdy byli respondenti informováni.....	85
Graf 29 Informovanost o oblastech životního stylu.....	86
Graf 30 Kontroly změn životního stylu.....	88
Graf 31 Zastoupení ne/kuřáků před infarktem myokardu.....	90
Graf 32 Zastoupení ne/kuřáků po infarktu myokardu.....	91

SEZNAM ZKRATEK

AIM	akutní infarkt myokardu
RIA	ramus interventricularis anterior
RC	ramus circumflexus
Např.	například
Tzv.	tak zvaný
RZP	rychlá záchranná služba
p.o.	per os
i.v.	intravenosně
FF	fyziologické funkce
IM	infarkt myokardu
KE	kardioenzymy
BNH	bolesti na hrudi
Atd.	a tak dál

ÚVOD

Kardiovaskulární choroby jsou na prvním místě v žebříčku příčin úmrtí u populace v České republice. Infarkt myokardu, který zařazujeme mezi ischemické choroby srdeční, je nejčastěji se vyskytující onemocnění v naší republice. Ateroskleróza je jednou z hlavních příčin ischemické choroby srdeční. Rizikové faktory aterosklerózy jako je např. kouření, nadváha, diabetes mellitus, hypertenze a další, jsou již dlouho známy a dají se velice dobře ovlivnit.

Pokládáme si tedy otázku, proč jsou onemocnění jako infarkt myokardu na předních příčkách úmrtnosti v České republice?

V rámci režimových opatření a předcházení nemocem má plnit hlavní úlohu primární prevence, aby v populaci nedocházelo k onemocněním, jako je infarkt myokardu a dalším. Bohužel ischemické choroby srdeční dále více vznikají. Myslíme si, že dokud se lidé neocitnou v krizové situaci vážného ohrožení vlastního života, tolik se nezamýšlejí nad svým zdravím. Proto neodkladnou a důležitou úlohu po vzniklém onemocnění má sekundární prevence. Lidé jsou pak ochotni zamyslet se nad svým zdravím a měnit svůj dosavadní styl života.

Pracovala jsem jako zdravotní sestra na standartním oddělení interny se zaměřením na kardiologii, se denně jsem se setkávala s lidmi, kteří poprvé nebo opakovaně prodělali infarkt myokardu. U spousty rekonvalescentů je potřebné změnit jejich životní styl, který se především týká kouření, stravovacích návyků, redukce hmotnosti a pohybové aktivity, což považujeme za režimová opatření. Jedná se o radikální změny, které nelze změnit ze dne na den a je to tzv. „běh na dlouhou trať“. Pacient/klient musí především chtít sám, nelze změnit nebo dodržovat režimová opatření u pasivního pacienta. Je zde velká problematika i z psychické stránky pacienta, v tomto případě musíme být empatičtí a vždy dobře naslouchat.

Větší pozornost by měla být věnována informovanosti o režimových opatření. Dle našeho názoru je toto nejlepší cesta jak nejlépe zabránit rozvoji tohoto onemocnění a možnost, jak nejlépe podpořit a přivést pacienty na tuto správnou cestu. Důležitou roli hraje všeobecná sestra v technikách moderního ošetřovatelství, které se zabývá prevencí, podporou, navrácení zdraví, udržení soběstačnosti, důstojným umíráním a

změnami životního stylu, který je při onemocnění infarktu myokardu velice důležitý.

Ve své dvouleté praxi, se velice často setkávám s lidmi, kteří mají pasivní přístup ke svému životu. Mnoho z nich nechce změnit svůj dosavadní život, který se týkal špatné životosprávy, kouření, stresu, tělesné aktivity apod. Proto jsem si vybrala toto téma pro napsání mé bakalářské práce.

V teoretické části bakalářské práce popisujeme nejčastější problematiku infarktu myokardu, od jeho počátku až po léčbu, a následná režimová opatření. Hlavní součástí sekundární prevence je dodržování a akceptování změn životního stylu, která předchází dalšímu vzniku infarktu myokardu. Proto by si měl každý pacient po prodělaném infarktu uvědomit váhu a cenu svého života a aktivně se podílet na režimových opatření tohoto onemocnění.

V empirické části se zaměřujeme na pacienty po infarktu myokardu. Zajímá nás, zda jsou pacienti po prodělaném infarktu myokardu dostatečně informováni o režimových opatření a zda se je snaží dodržovat. Uvědomujeme si, že se jedná jen o omezený počet pacientů, ale i tento malý počet může dát jistý obraz na tuto problematiku. Může pomoci získat jistý obraz o této problematice zdravotnickému personálu, který na podkladě těchto výsledků mohou zlepšit a poskytovat o to kvalitnější péči. Dále se mohou více zaměřit na poskytování a sledování režimových opatření a tím pomoci pacientům zabránit rozvoji dalšího kardiovaskulárního onemocnění.

1 INFARKT MYOKARDU

Definice

Akutní infarkt myokardu (AIM) je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá z poruchy průtoku krve věnčitou tepnou do dané oblasti. Je nejzávažnější formou akutního koronárního onemocnění. (Kolář, 2009)

Patogeneze

Akutní infarkt myokardu je nejčastější komplikací pokročilého aterosklerotického onemocnění věnčitých tepen. Jeho příčinou je v 95% uzávěr věnčité tepny trombem, nasedajícím na aterosklerotický plát. Další příčiny jsou vzácné: embolie do věnčité tepny, spasmus věnčité tepny, poranění a zánět věnčité tepny. (Kolář, 2009)

Vznik a vývoj akutního infarktu myokardu v raném období (rozvíjející se AIM)

Po přerušení přítoku krve k srdci přežívají svalové buňky hypoxii (nedostatek kyslíku) prvních 20 minut. Obnoví-li se v této době dostatečný přísun kyslíku, buňky jsou schopny úplné regenerace, dochází tedy k reverzibilní ischemii. Po této fázi propadají buňky nejvíce postižené ischemií nekróze (ireverzibilní poškození - nevratný stav). Ischemie a následná nekróza začínají v subendokardiální oblasti, která má krevní zásobení o mnoho chudší než povrchové oblasti myokardu, a nekróza se dále postupně rozšiřuje k epikardu. Konečná fáze infarktu myokardu tak mívá obvykle trojúhelníkový tvar s bází subendokardiálně a vrcholem epikardiálně. (Kolář, 2009) „Celý proces přechodu ischemie v nekrózu obvykle končí za 4-6 hodin po uzávěru tepny“ (Kolář, 2009 str. 229).

1.1 Faktory ovlivňující rozsah infarktu myokardu

Rozvoj nekrózy může být některými faktory urychlen, jinými naopak zpomalen. Mezi nejdůležitější a nejčastější faktory určující konečný rozsah infarktu patří:

- Průsvit tepny v místě uzávěru. Infarkt je tím větší, čím blíže je uzávěr věnčité tepny k jejímu odstupu z aorty.
- Stav kolaterální cirkulace. Funkčně účinná kolaterální cirkulace mezi dobře průchodnými věnčitými tepnami a ústím pod uzávěrem „infarktové“ tepny

omezuje rozsah infarktu. „Opačně je tomu při současném pokročilém aterosklerotickém procesu na „neinfarktových“ tepnách, neboť kolaterální oběh je nedostatečný“ (Kolář, 2009 str. 229).

- Spazmus věnčitých tepen. Negativně ovlivňuje nekrózu tím, že znesnadní náhradní oběh kolaterálami.
- Rychlost uzávěru. „Při náhlém uzávěru je nekróza myokardu větší, neboť se nemůže uplatnit účinný náhradní oběh kolaterální cirkulací. Funkčně účinný kolaterální oběh se vyvíjí pomaleji, souběžně s postupujícím uzavíráním tepny“ (Kolář, 2009 str. 229).
- Srdeční funkce. Srdeční insuficience po předchozím infarktu nebo při jiné chorobě srdce (např. při srdečních vadách, arytmiích apod.) snižuje průtok věnčítým řečištěm a nekróza myokardu se rychle zvětšuje.
- Vysoká hladina katecholaminů (adrenalinu, noradrenalinu), uvolňovaná v akutní fázi infarktu nebo podávaná léčebně, zvyšuje potřebu kyslíku v srdci, a tím i rozsah ischemické oblasti. (Kolář, 2009)

Patologickoanatomické nálezy u infarktu myokardu

Anatomicky se infarkt myokardu jeví jako velké měkké nekrotické ložisko, prostupující celou stěnou levé komory, nebo jako nekrózy disperzní, s částečně uchovanou svalovinou mezi jednotlivými drobnými ložisky. Vlastní nekrotická část je obklopena ischemickou tkání. (Kolář, 2009)

Makroskopické a mikroskopické obrazy

Při patologickoanatomickém vyšetření lze pouhým okem infarkt zjistit až po 6 hodinách, kdy většina odumřelých buněk již propadně nekroze. Ta pak prochází řadou vývojových změn, které probíhají buď zrychleně, nebo zpomaleně, v závislosti na velikosti ložiska.

Schematicky lze vývoj infarktu myokardu rozdělit do tří stádií, charakterizovaných specifickým makroskopickým i mikroskopickým obrazem:

- Rozvoj nekrózy
- Odklizování nekrózy
- Náhrada nekrózy fibrózní tkání

V prvním stádiu, po přerušení přítoku krve a vzniku ischemické nekrózy, je uchováno mezibuněčné vazivo, cévní stěna je ochrnuta a kapiláry jsou přeplněné červenými krvinkami. Při pohledu, se postižené místo jeví zprvu jako bledě červená a po 24 hodinách sytě červená vypadávající tkáň. V mikroskopickém obraze lze zjistit zvlněná svalová vlákna (po nabarvení eozinem červená), dále červené krvinky, lymfu a bílkoviny, proniklé z poškozených vlásečnic, rozpadlé svalové buňky a v nerozpadlých svalových buňkách svrašťelá poškozená jádra.

Ve druhém stádiu, již po 12 hodinách, začíná odklizování nekrotických částí. Zprvu dochází v okolí k zánětlivé reakci, do ložiska začínají pronikat bílé krvinky a makrofágy, jejich následné hromadění dosahuje maxima v průběhu tří dnů. „Makroskopicky infarkt postupně mění barvu, od červené s nažloutlými ostrůvky v difuzní jílově žlutou, lemovanou červenými kraji (Kolář, 2009 str. 230)“. Mikroskopicky se zjišťuje a určuje množství nahromaděných polymorfonukleárních leukocytů a monocytů.

Ve třetím stádiu, většinou po 5 dnech, nastává postupná náhrada nekrotických hmot vazivovou tkání, probíhající současně s následným odbouráváním nekrózy. „Po 10 dnech se stěna levé komory oslabí vlivem odbourání nekrotických hmot mononukleáry (Kolář, 2009 str. 230)“. Do ložiska prorůstá granulační tkáň a při pohledu má ložisko žlutavou barvu s červenými proužky granulační tkáně. Ta se do 3 týdnů postupně rozšíří na celé ložisko. V dalších 3 týdnech se vytvoří pevná vazivová jizva, která se postupně zmenšuje a má bělošedavou barvu. (Kolář, 2009)

Hojivý proces infarktu myokardu

Proces hojení začíná od 2. týdne a většinou končí do 6 týdnů. Doba hojení je ve větší míře kratší u menších infarktů při účinné kolaterální cirkulaci, a naopak delší u rozsáhlých infarktů při nedostatečném kolaterálním oběhu. U značně rozsáhlých infarktů nemusí ke zhojení dojít vůbec- nekróza postupuje a nekrotické ložisko se pomalu a postupně zvětšuje (tzv. extenze infarktu). Takto může vzniknout např. i cirkulární infarkt myokardu, při němž se nekróza rozšíří prakticky na celý obvod levé komory. (Kolář, 2009) „Rozsáhlá nekróza volné stěny může prasknout (srdeční ruptura)

a dojde k srdeční tamponádě, nebo může prasknout mezikomorová přepážka (ruptura septa), papilární sval či šlašinky chlopně. Zhojení infarktu fibrózní tkání a následné zeslabení stěny vede k srdeční výduti (tzv. srdeční aneurysma). (Kolář, 2009 str. 230).“

1.2 Léčba infarktu myokardu

Léčbu infarktu můžeme rozdělit na přednemocniční fázi a časnou nemocniční fázi. V přednemocniční fázi při vzniklých stenokardiích by si nemocný měl aplikovat nitroglycerin sublinguálně čili pod jazyk. Pokud bolest stále neustupuje, může si vzít ještě 2 nitroglyceriny v odstupu 5 minut. Pokud ani pak bolest neustupuje, vezme si nemocný 1 tabletu kyseliny acetylsalicylové, kterou rozžvýká a zavolá si rychlou záchrannou službu (RZP).

Lékař při prvním kontaktu a při podezření na akutní infarkt myokardu podá nemocnému kyselinu acetylsalicylovou perorálně neboli p.o. - Anopyrin 400 mg nebo intravenosně (i.v.) - Aspegic, Kardegic 500 mg. Zprvu je důležité odstranit stenokardie, které zvyšují nároky myokardu na kyslík. Z analgetik se podávají opiáty – morfin 2 - 5mg i.v. nebo fentanyl 1 - 2ml i.v. Pokud je nemocný neklidný, rozrušený až agresivní podávají se anxyolitika. Během převozu do nemocnice se podává kyslík 2-3 ml/min. Při hypertenzi a srdečním selhávání lékař aplikuje nitrát intravenosně a bolusově, dále se pokračuje v infuzi a kontrolují se FF. Naopak při bradykardii s hypotenzí se podává atropin i.v. 0,5 mg. Těžká kardiální dušnost se léčí intravenosním podáním diuretik (např. Furosemid). Lékař musí rozhodnout o dalších postupech. Je-li stanovena diagnóza infarkt myokardu s ST elevacemi, je doporučena reperfuční léčba. „Je-li katetrizační centrum dosažitelné do 90 minut od zavolání nebo jsou přítomny kontraindikace trombolýzy, pak je v současnosti metodou první volby okamžitá koronarografie (SKG) s následnou primární perkutánní koronární intervencí (PCI).“ (Štejfa, 2007, s. 491). Jedná se o pacienty, kteří přicházejí do 12 hodin od vzniku potíží. (Štejfa, 2007)

Pokud bolest za sternem trvá déle jak 12 hodin a nejsou známky elevace ST úseku, je pacient přijat na koronární jednotku intenzivní péče a jsou monitorovány jeho životní funkce. Mluvíme zde o časně nemocniční fázi. Cílem je obnovení perfuze myokardu. Zde je velice důležitá laboratorní diagnostika a opakované sledování EKG a hladinu KE (kardioenzymy). Hlavním cílem léčby je zastavení narůstání a zmenšení

trombu a tím zabránění progresu do Q infarktu. Dále se podávají antiagregancia a antikoagulancia (u nemocných, kteří nemají kontraindikace), oxygenoterapie, betablokátory, ACE, statiny. Nedílnou součástí je koronarografie a revaskulizační léčba a u pacientů s akutním infarktem s elevací ST je nejdůležitější zprůchodnění infarktové tepny. Prognóza závisí na délce doby od vzniku BNH (bolesti na hrudi, stenokardie) a rekanalizací pomocí perkutánní koronární intervence nebo dnes jen výjimečně podáním trombololytika.

Akutní aortokoronární bypass bývá indikován u pacientů s ST elevací a s pokračující ischemií nebo s hemodynamickou nestabilitou, u kterých byla PCI neúspěšná. Jasnou indikací k aortokoronárnímu bypassu je ruptura srdeční stěny levé komory, akutní mitrální insuficience. (Štejf, 2007)

Pacienti, kteří jsou propuštěni do domácí péče po infarktu myokardu, jsou mnohonásobně ohroženi náhlým úmrtím nebo recidivou onemocnění. Největší nebezpečí bývá v období prvního měsíce a v prvním roce po infarktu myokardu. Každý člověk po infarktu by měl být kontrolován minimálně třikrát ročně v kardiologické poradně. (Štejf, 2007)

Po prodělaném IM se dále doporučuje navštěvovat některé lázně v České republice, jako jsou například Poděbrady, Teplice nad Bečvou, Konstantinovy Lázně, Františkovy Lázně apod. Pacienti se pod odborným dohledem učí, jak správně dodržovat pohybovou aktivitu, učí se různé pohyby a cviky. Nutriční terapeutové se snaží změnit celistvý pohled pacientů na složení stravy, názorně jim ukazují a snaží se pacienty zapojit do aktivního přístupu o tom, jaké jsou vhodné a nevhodné potraviny, rozdávají recepty, podle kterých se mají řídit. Další jejich snahou je redukovat hmotnost pacientů, kdy se snaží propojit redukční dietu s pohybovou aktivitou. Nedílnou součástí je striktní zákaz kouření v prostorách lázní a je také nabídnuta možnost navštívit odborné protikuřácké poradny. (Špínar – Vítovec, 2007)

2 VLIV PSYCHOLOGICKÝCH FAKTORŮ NA VZNIK INFARKTU MYOKARDU

Infarkt myokardu je kardiovaskulární onemocnění, které ve větší míře souvisí se životním stylem. Rizikové faktory a stres vedou k onemocnění srdce. Každý člověk je vysoce individuální a volí různé způsoby jak zvládat stres. Někteří lidé se uchylují k tzv. rizikovým způsobům jednání, jako je třeba pití alkoholu, kouření, požívání nevhodné potravy, drog atd. Toto nepřiměřené chování se více vyskytuje u mužů. Ženy často řeší problémy přejídáním se nevhodnou potravou. Tyto formy rizikového chování jsou obvykle spojeny s negativními náladami a bohužel vytvářejí mylný dojem jak tyto problémové nálady zvládat. (Křivohlavý, 2002)

Na výskyt kardiovaskulárních onemocnění má vliv mnoho psychosociálních faktorů než jen rizikové jednání. Jedna z příčin vlivu na kardiovaskulární onemocnění má zvýšená odpovědnost v zaměstnání, nespokojenost v zaměstnání i rodině, osobnostní charakteristika lidí s vyšší pravděpodobností k výskytu kardiovaskulárních chorob.

Jedná se o tzv. A – typ chování jedinců. Jedná se o lidi, kteří se vyznačují hostilitou (postoj a projevy nepřátelství), zvýšeným neklidem, touhou po úspěchu, nadměrnou soutěživostí, nadměrnou průbojností, neustálým časovým stresem, zvýšeným napětím obličejových svalů a mimiky, spěchem a shromažďováním co nejvíce předmětů. Typ B – je opak chování typu A, tento typ lidí nejsou častými pacienty s kardiologickými onemocněními. Jejich povaha je mírná, klidná, vedou klidný a pohodový způsob života.

Průzkum, který na toto téma provedli lékaři kardiologové pan Friedman a Rosenman, potvrdili, že lidé typu A, trpí dvojnásobně infarktem myokardu, na rozdíl od lidí typu B. Samozřejmě byly prováděny i další studie, které tuto teorii úplně nepotvrdili, ale také nevyvrátili. Nakonec došlo k závěru, že pojem A – typu chování je mnohočetný, ale je v něm jádro, hostilita a zdroj, které by se mělo sledovat. (Křivohlavý, 2002)

Zejména u pacientů po infarktu myokardu by měla být prevence zaměřena na snižování hostility a zlosti. Především jde o to, abychom naučili pacienty zvládat a poznávat tyto emoce, kdy se objevují a naučili je účinné metody sebeovládání ke zvládnutí těchto emocí. Popřípadě zde můžeme zařadit výcvik k rozpoznání situací, které by mohl člověka rozzlobit, a naučit ho vyhýbat se těmto situacím (útěk před nimi). Můžeme zde použít i výcvik, neagresivní sociální komunikace. Pacienti se zde učí hovořit pomalu, klidně a se sníženou hlasitostí, učí se poznávat vlastní agresivní neverbální projevy a potlačovat je. (Křivohlavý, 2002)

3 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ PO INFARKTU MYOKARDU

Po prodělaném infarktu myokardu je velice důležité a nezbytné dodržovat zásady sekundární prevence. „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, redukce tělesné hmotnosti.“ (Špinar – Vítovec, 2003, s. 323)

Nutná je aktivní spolupráce pacienta. V této situaci by se dle mého názoru měli více angažovat všeobecné sestry, jelikož z vlastní zkušenosti z praxe vím, že pacienti se více svěřují sestřám než lékařům a sestry by toho měli využít k větší informovanosti a edukaci o režimových opatření a jejich kontrolu. Mezi režimová opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů jejich léčbou patří léčba antiagregancii, beta – blokátory, statiny s cílem snížit LDL cholesterol, ACE – inhibitory, účinná léčba vysokého tlaku, účinná léčba diabetiků, což je v kompetencích lékařů. (Špinar – Vítovec, 2003)

V rizikových faktorech vlivu životního stylu na výskyt kardiovaskulárních onemocnění byl jednoznačně a výrazně prokázán vztah mezi kouřením tabákových výrobků a úmrtností na infarkt myokardu. Prokázané rizikové faktory, které byly nejprve určeny pro muže ale pozdější studie zaměřené na ženy, ukázaly, že například ženy, které kouří, mají 5,5krát vyšší pravděpodobnost smrtelné srdeční příhody nežli ženy, které nekouří. Tento negativní vliv kouření pro zdravotní stav žen byl prokázán i pro výskyt srdečních příhod, které neměli vážné důsledky. Bylo to prokázáno i pro další kardiovaskulární onemocnění. (Špinar – Vítovec, 2003)

Podle výše uvedeného vztahu mezi dietou a infarktem myokardu byl řadou studií zjištěn vztah mezi nevhodnou dietou (zvláště bohatou na živočišné tuky a sůl) a pravděpodobností zvýšeného výskytu kardiovaskulárních onemocnění. Tento negativní vliv má v první řadě za následek vliv nasycených (saturovaných) tuků. Na druhé straně se ukazuje, že příznivý vliv mají zřejmě tzv. mono – a polyenasycené tuky. Nacházíme je například v olivovém či slunečnicovém oleji a v méně známém světlicovém (saflorovém) oleji. V tomto případě nejde jen o tuky, ukázalo se, že pravidelné přijímání vitamínu E, selenu, beta – karotenu a riboflavinu má pozitivní vliv na zábranu

negativních kardiovaskulárních projevů, avšak, nebylo to prokázáno u vitamínu C. Velmi příznivý vliv, byl prokázán i pro potravu bohatou na komplexní sacharidy, s nimiž se setkáváme například v ovoci či zelenině. Další pozitivní vliv byl zjištěn i pro příjem celozrnného pečiva, ovesných vloček atd. tedy potraviny bohaté na vlákninu. (Špinar – Vítovec, 2003)

3.1 Riziko kouření

Přestat kouřit je nejúčinnější sekundárně preventivní způsob, který sníží úmrtnost, více než na polovinu. Během akutní fáze infarktu myokardu většina pacientů nekouří a má v čerstvé paměti nepříjemné pocity během průběhu infarktu. Následující období je proto nejideálnější, pro odvykání kouření. Existují důkazy o vysoké účinnosti nemocničních odvykacích programů pro kuřáky. Kouření je především ve větší míře naučené chování, které si člověk osvojuje pomalu, někdy i měsíce, z tohoto důvodu se zbavuje návyku kouření zase několik měsíců i let, ale je to velice individuální.

Závislost na kouření tabáku rozdělujeme na psychickou, sociální a fyzickou. Psychická závislost kouření tabáku se vyznačuje tím, že lidé kouří v určitých situacích, jako jsou např. stres, mnoho práce, při odpočinku, relaxaci, při kávě, po jídle atd. a u každého kuřáka jsou tyto situace rozdílné. Sociální závislost na kouření, znamená kouřit ve společnosti určitých lidí, kde se kouří a tato závislost vzniká zejména u mladistvých, kteří nechtějí vybočovat z řad svých vrstevníků. Bohužel si tuto závislost, ve větší míře přenesou až do dospělosti. Fyzická závislost vzniká po určitém časovém období, opět je to individuální proces, který především závisí genetice. Mozkové receptory si zvyknou na pravidelný přísun nikotinu, a pokud ho nedostanou, tak se situace začne projevovat abstinenčními příznaky, které se projevují, jako nezvladatelná chuť na cigaretu, podrážděnost až agresivita, špatná nálada, neschopnost soustředění, nervozita, bolesti hlavy, třes rukou, pocení a další příznaky, které jsou rozdílné a vymizí po zapálení cigarety. (Mandovec, 2008)

Kouření je chronické onemocnění, které zkracuje život v průměru až o 15 let, závislost na tabáku způsobuje ve větší míře 50% všech úmrtí a polovinu z nich tvoří

kardiovaskulární onemocnění. Uvolňováním nikotinu a oxidu uhelnatého z tabákového kouře se zvyšuje hladina karboxyhemoglobinu v krvi, kde dochází ke zvýšení produkce katecholaminů, jejich citlivost k srdci, zvyšuje se tepová frekvence i krevní tlak a dochází k dysfunkci endotelu a tím se zvyšuje agregace trombocytů. Také se aktivuje sympatikus a dochází ke zvýšení spotřeby kyslíku v srdci. Dále negativně ovlivňuje i lipidové spektrum v krvi kde se zvyšuje celkový cholesterol, triglyceridy, částice o velmi nízké hustotě tzv. VLDL. (Mandovec, 2008)

3.2 Metody odvykání kouření

Pokud chce člověk opravdu přestat kouřit, je nezbytné, aby byl pevně přesvědčen a rozhodnut, jinak žádná metoda odvykání kouření nebude úspěšná. Závislost na tabákových výrobcích je druh nemoci, která je uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Úmrtnost na nemoci, které způsobuje kouření je ročně asi 18 000 osob.

V léčbě nikotinismu existuje nefarmakologická léčba například kurzy pro odvykání kouření, skupinové terapie v odvykacích kurzech za pomoci psychologů, která zvyšuje účinnost farmakologické léčby. Farmakologickou léčbou pro kuřáky závislé na nikotinu, kteří si zapálí první cigaretu do hodiny od probuzení a vykouří více jak deset cigaret denně, je speciální náhradní nikotinová terapie. Používají se zde nikotinové náplasti, žvýkačky, nosní spreje, elektronické cigarety atd. Dále se aplikuje bupropion, látka která snižuje chuť na cigaretu a má také antidepresivní účinek. V roce 2008 se v léčbě nikotinismu začal používat vareniklin. Lék působí tak, že zabrání abstinenčním příznakům a pacient nemá pocit uspokojení z vykouřené cigarety, protože jsou obsazeny nikotinové receptory v mozku. Léčba by měla trvat minimálně tři měsíce, kdy se postupně snižují náhražky nikotinu.

Velmi důležité je stanovit si den, kdy chce člověk přestat kouřit a zahájit léčbu. Také je velice podstatné seznámit lidi, kteří jsou v jeho nejbližším okolí, se svým záměrem zanechat kouření. Pokud kouří partner/ka, je nejvhodnější začít společně. Všechny cigarety, popelníky, zapalovače, sirky je potřebné vyhodit, aby zbytečně nepřitahovali pozornost a chuť k zapálení cigarety. Pokud člověk dostane chuť na

cigaretu, každý respondent si musí najít svůj postup, jak chuť zahnat. Například vypít sklenici studené vody, žvýkat žvýkačky, několikrát se hluboce nadechnout a vydechnout, připomenout si proč nekouříte, vzít si kousek ovoce nebo zeleniny. „Světový den bez tabáku vyhláší každoročně Světová zdravotnická organizace na poslední květnový den 31.5.“ (Králíková - Kozák, 2003, str. 100). Téměř jedna pětina nemocných po infarktu myokardu znovu začíná kouřit. (Widimský, 1999, Kráčíková - Kozák, 2003, Štefja, 2007, Adámková, 2010)

3.3 Změna stravovacích návyků

Faktory, které vedou k vychýlení rovnováhy mezi příjmem a výdajem energie ve prospěch příjmu, vedou ke vzniku obezity. Změnu stravovacích návyků je třeba začít u celé rodiny, nejen u nemocného jedince. Lidé po IM by měli snížit obsah nasycených mastných kyselin a trans-nasycených tuků v potravě a snížit také obsah cholesterolu v potravě. Nasycené mastné kyseliny zvyšují celkový a LDL cholesterol, proto je velmi důležité snížit jejich příjem. U pacientů, kteří mají zvýšený krevní tlak, doporučujeme snížit příjem soli a alkoholu. Nasycené mastné kyseliny najdeme v mléčných výrobcích - másle, tvrdých sýrech, plnotučném mléce, slaném i sladkém pečivu, slanině, uzeninách, vepřovém mase apod. Na druhou stranu by se měl zvýšit příjem čerstvého ovoce a zeleniny, cereálií a vlákniny. (Widimský - Patlejšková, 1999).

Jednou z dietních změn u pacientů po infarktu myokardu jsou především konzumace celozrnných potravin, brambor a rýže. Minimálně 3 - 4x týdně jíst luštěniny, sójové výrobky, výrobky z tofu a ryby. Velice důležité je snížit příjem nasycených tuků v potravinách především v červeném mase, tučných mléčných výrobcích a sádle, které je možné nahradit především olivovým, řepkovým olejem nebo sójovým olejem, vlašskými ořechy, dýňovými a lněnými semínky. Do pravidelného jídelníčku by se měl zařadit zvýšený příjem ryb, které obsahují omega - 3 mastné kyseliny. Jsou vhodné především z toho důvodu, že omezují krevní srážlivost. Mají také protizánětlivé účinky, které zabraňují poškození stěn cév, dokonce snižují hladinu tuku v krvi. Lidé by měli konzumovat minimálně 2 - 3x týdně 100g ryb. Omega - 3 mastné kyseliny jsou

obsaženy v rybách jako je např. makrela, losos, pstruh, tuňák, sardinky. U lidí, kteří nejedí ryby, lze nahradit řepkovým nebo lněným olejem. Mezi další dietní zásady patří zvýšený příjem čerstvé zeleniny a ovoce, což brání pomocí antioxidantů oxidaci cholesterolu. Právě z ovoce a zeleniny získáváme dostatek vlákniny, která také snižuje vstřebávání cholesterolu. Denně by člověk měl konzumovat 30g vlákniny. Doporučuje se denně přijmout 5 kusů ovoce a zeleniny. Zařadit do jídelníčku příjem ořechů, mandlí a semen, kdy jedna porce je jako dospělá lidská dlaň. Dále je vhodné omezit příjem kuchyňské soli, pokud má člověk zvýšený krevní tlak a to na 5 - 6 g sodíku za den. Alkohol a jeho konzumace v malém množství, což je například 3dcl piva, nebo 2 - 3 dcl vína denně zvyšuje hladinu HDL cholesterolu, který je pro naše tělo prospěšný, také snižuje krevní srážlivost, což zabraňuje dalšímu rozvoji srdečních onemocnění. Alkohol by se neměl konzumovat, pokud má člověk nadváhu a zvýšený krevní tlak. Velice důležité je také upozornit na skutečnost, že je lépe přijímat menší porce 5 - 6x za den, nikdy nevynechávat snídani a nepřejídat se. (Frej, 2006)

3.4 Redukce tělesné hmotnosti

Redukce tělesné hmotnosti a dodržování dietních opatření jsou nedílnou součástí režimových opatření u nemocných po infarktu myokardu. Bohužel vysoké procento populace má nadváhu nebo je obézní. Souvisí to především s nevhodnými stravovacími návyky osob a nedostatkem pohybu. Jedná se ale také o zvyky, které každý člověk má ve své vlastní režii a může je změnit. Nadváhou trpí přes polovinu dospělých lidí. Česká republika se bohužel řadí na přední místa, co se týče výskytu obezity v evropských zemích. Obezita je stále velice podceňována nejen laiky, ale i zdravotníky. (Špinar - Vítovec, 2003, Hainer - Kunešová, 1997)

Každý jedinec po prodělaném IM by si měl uvědomit, jakou cenu pro něj má jeho vlastní život a jak je ochotný s tím bojovat. My, jako zdravotní sestry, bychom měli jít příkladem pro osoby tohoto typu. Můžeme jim nabídnout pomocnou ruku a vysvětlit jim např. pojem BMI (body mass index) podle kterého dobře poznají, jak jsou na tom se svojí váhou. Pro jeho výpočet je třeba zadat pouze výšku a hmotnost pacienta: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou. Normální váhu přitom určují

hodnoty **BMI** mezi 18,5 a 25. Osoby, jejichž BMI má hodnotu pod 18,5, trpí pravděpodobně podvýživou. Hodnota **BMI** nad 25 ukazuje na nadváhu, nad 30 pak na obezitu.

3.5 Pohybová aktivita

Praktický každý člověk si dokáže připustit, že dostatek pohybu je pro zdraví dobrý, ale pořád ještě málo populace dokáže docenit skutečný význam tohoto faktoru, jeho efekt a sílu. Toto nedocenění se bohužel týká spousty populace v České republice. Dnes víme, že dostatečná pohybová aktivita je spolu se správnou výživou to hlavní, co člověk může vykonat pro svoje dobré zdraví a prevenci nemocí. Většina lidí vnímá význam pohybové aktivity jen jako prostředek ke snížení hmotnosti. Neuvědomují si, že pravidelná pohybová aktivita v dnešním světě sedavých zaměstnání je nejjednodušší a nejlevnější cestou, jak se bránit všem civilizačním onemocněním.

Pohybová aktivita má sedm hlavních výhod:

- Chrání před srdečně-cévními onemocněními - aterosklerózou, srdečním infarktem, mozkovou mrtvicí, vysokým krevním tlakem, embolií - krevní sraženinou
- Snižuje riziko vzniku rakoviny – jednak celkově (celkový „protinádorový efekt“), jednak je prokázán preventivní efekt proti vzniku konkrétních nádorů – zejména tlustého střeva a konečníku, prsu, dělohy (endometria), ale i nádorů plic.
- Snižuje riziko vzniku cukrovky – diabetu II. typu
- Je prevencí i léčbou obezity
- Je prevencí osteoporózy
- Je prevencí mnoha poruch pohybově-podpůrného systému (bolesti zad, potíže s páteří apod.)
- Je prevencí potíží s trávicím systémem (zácpa, hemeroidy)

Fyzická aktivita po infarktu myokardu patří mezi velice důležité změny životního stylu, které by nemocný měl zahájit po nemoci. Fyzická aktivita zvyšuje

průtok krve koronárními cévami a dále vede ke vzniku kolaterál, kyslík je lépe využit ve tkáních, má vliv na snížení krevního tlaku a tepové frekvence, snižuje hladinu triacylglycerolů, zvyšuje hladinu HDL cholesterolu. Samozřejmě pravidelná pohybová aktivita také vede nejen ke snížení tělesné hmotnosti, ale má i pozitivní psychologický účinek, kdy snižuje napětí a emocionální stres. (Sovová - Lukl, 2005)

Rehabilitace v nemocnici u stabilizovaných pacientů po infarktu myokardu začíná již po 24 hod. Do té doby by nemocný měl dodržovat klid na lůžku. Pod vedením fyzioterapeuta se zahajuje cvičení po 24 hodinách. Začíná se vleže na lůžku, provádí se dorzoplantární flexe dolních končetin, která je důležitá k prevenci vzniku trombózy. Nemocný by toto cvičení měl provádět alespoň 3 - 6 minut v každé hodině i bez přítomnosti fyzioterapeuta či všeobecné sestry. Dále by cvičení mělo zahrnovat nácvik sedu se svěřenými dolními končetinami. Pokud nemocný vše zvládne bez potíží, další dny se s pomocí fyzioterapeuta začíná postavovat u lůžka a pomalou chůzí, nejdříve po rovině v délce 3 - 5 minut, začíná chodit. Poté se postupně zvyšuje zátěž tak, aby nemocný po propuštění do domácí péče byl schopen se o sebe postarat v běžných denních a domácích činnostech. Pacient si musí uvědomit, že cvičení by mělo i nadále pokračovat. Nemocný by měl být poučen o druzích vhodné fyzické aktivity po infarktu myokardu ošetřujícím lékařem, fyzioterapeutem nebo všeobecnou sestrou. Měl by být dostatečně poučen o varovných signálech, které ho upozorňují na to, že cvičení dobře nenese a má ho přerušit. Jsou to především bolesti na hrudi, pocit nedostatku vzduchu, závratě, únava, nepravidelnost pulzu. (Maršálek, 2006, Špinar - Vítovec, 2003)

Vhodné druhy fyzické aktivity

Pohybová aktivita patří k velmi účinným nefarmakologickým opatřením, které dokáže snížit riziko opakování infarktu myokardu. Od fyzické aktivity po infarktu myokardu také očekáváme zlepšení kvality života a snížení rizika vzniku některých nádorových onemocnění. Správná fyzická aktivita také umožní lepší kontrolu hypertenze, dyslipidémie či metabolického syndromu. V dnešní době pacienty po infarktu myokardu k pohybové aktivitě přímo vybízíme a prakticky pro každého pacienta dokážeme najít vhodnou aktivitu. Podmínkou však je respektování některých pravidel. První podmínkou je stabilizovaný stav ve smyslu vyřešení nedokrevní

srdečního svalu a stabilizace eventuálního srdečního selhávání a vyloučení závažné rytmové poruchy. K tomu slouží některé zákroky jako například revaskularizace myokardu, ale také správná farmakoterapie. Nejvhodnější pohybový režim po propuštění z nemocnice je tzv. dynamická zátěž, při které se střídá stahování svalů s uvolňováním a nezadržuje se při něm dech, také se nazývá aerobní pohyb (vytrvalostní). Tento typ pohybu zmenšuje riziko vzniku arytmií, udržuje ideální krevní tlak a tepovou frekvenci a „tím šetří srdeční sval při práci.“ (Dýrová - Lepková, 2008, str. 36). U aerobního pohybu je ulehčen vznik kolaterálního oběhu. Pokud je zúžená věnčitá tepna, tak se při pravidelném aerobním tréninku vytvoří nová náhradní cesta. Samozřejmě při pravidelném pohybu se snižuje hladina LDL cholesterolu, z mozku se uvolňují endorfiny, což je spojeno s příjemnými pocity. Nevhodná cvičení po infarktu myokardu jsou silová cvičení, protože se svaly stahují proti odporu a zadržuje se dech. Jsou to například sprinty, kraulové plavání a motýlek. (Dýrová - Lepková, 2008, Maršálek, 2006)

Jedna z nejlepších fyzických aktivit po propuštění z nemocnice je kondiční chůze. Jedná se o přirozenou formu zátěže, kterou bez problémů může provádět každý jedinec. Doporučují se především lesní, polní cesty a parky. Méně vhodné jsou tvrdé dlážděné cesty ve městech. Na sledování tepové frekvence při pohybu je vhodné doporučit lidem hodinky na měření pulsu, na kterých je možné nastavit hranici pulzu, kterou by neměli překročit. Ti, kteří nepreferují chůzi, mohou začít s jízdou na kole nebo např. plaváním. (Maršálek, 2006)

Přibližná délka tréninku u kondiční chůze by měla být minimálně 10 - 15 minut, optimální je 30 minut. U plavání a jízdy na kole polovina času. Před začátkem každého cvičení by mělo proběhnout lehké rozcvičení, protažení, které rozehřeje svaly asi na 15 minut. Poté následuje vlastní trénink optimálně 30 minut. Poté je vhodná relaxace, a to při chůzi zvolnění tempa typu pomalá procházka, u plavání a jízdy na kole zpomalení až přerušování. Relaxace by měla trvat 10 - 15 minut i více, záleží, kdy se hodnota pulsu vrátí k hodnotám před začátkem tréninku. Tyto formy cvičení je vhodné provádět minimálně třikrát týdně, nejlépe však denně. Dále ze sportovních aktivit se doporučují golf, stolní tenis, nohejbal, bruslení, běh na lyžích. Pohybová aktivita by se měla zařadit do celoživotního stylu nemocného již napořád. (Maršálek, 2006, Dýrová - Lepková, 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 KAZUISTIKA

Ošetrovatelský proces u pacientky s infarktem myokardu

4.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XX

Pohlaví: žena

Rok narození: 1948 **Věk:** 67

Adresa trvalého bydliště: Plzeň RČ: 480000/0000

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111

Datum přijetí: 11. 12. 2014

Vzdělání: středoškolské ukončené maturitou

Zaměstnání: nyní starobní důchodkyně, dřívější povolání asistentka

Stav: vdaná, 2 děti (2 synové)

Státní příslušnost: ČR

Kontaktní osoby k podávání informací: manžel, oba synové

Typ přijetí: neodkladné

Oddělení: klinika kardiologie intermediální péče

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Při úklidu v kuchyni se mi udělalo nevolno a následně mě začalo bolet na hrudníku, bolest mi vystřelovala mezi lopatku, do krku a do levé ruky“

Medicínská diagnóza hlavní:

Akutní infarkt myokardu

Medicínské diagnózy vedlejší:

DM II. Typu, arteriální hypertenze

4.2 Hodnoty zjišťované při příjmu

TK: 186/110

P: 97/min (nepravidelný)

D: 32/min

TT: 36,3 °C

Pohyblivost: přivezena na lehátku, ve Fowlerově poloze

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná

Krevní skupina: A Rh+

Výška: 170 cm

Hmotnost: 83 kg

BMI: 28,7

4.3 Nynější onemocnění

Pacientka udává pálivou a svírající bolest za sternem, vystřelující do levé končetiny, krku a mezi lopatky. Dnes při běžném úklidu kuchyně začala pociťovat nauzeu s následným bolením za sternem, se posadila ale bolest neustupovala, proto jí manžel zavolala RZP.

Potíže tohoto typu má poprvé.

Dlouhodobě se léčí s Diabetem mellitem druhého typu (PAD) a arteriální hypertenzí

Informační zdroje:

rozhovor s pacientkou, dokumentace pacientky, fyzikální vyšetření sestrou

4.4 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 80 letech na CMP

Otec: dlouho se prý léčil se srdcem, po dlouhé nemoci zemřel v 72 letech

Sourozenci: dvě sestry, doposud se s ničím neléčili

Děti: 2 děti (synové) - zdraví; pouze běžné dětské nemoci a normální běžná onemocnění

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění: v dětství plané neštovice, více s ničím vážným nestonala

Chronická onemocnění: arteriální hypertenze, DM II. typu (PAD)

Hospitalizace a operace: hospitalizovaná v nemocnici již byla s arteriální hypertenzí

Úrazy: kromě běžných v průběhu dětství žádné vážné nebyly

Transfúze: neguje

Očkování: běžná dětská povinná očkování, očkování proti tetanu v roce 2003

Léková anamnéza

Název léku Forma Síla Dávkování Skupina

Betaloc tbl. SR 200 ½ - 0 - 0 beta-blokátor

Amprilan tbl. 2.5mg 1-0-0 antihypertenzivum

Sortis tbl. 10 mg 0 - 1 - 0 hypolipidemikum

Godasal tbl. 100 mg 0 - 1 - 0 antikoagulancium

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: nikotinismus, udává přibližně 5 cigaret denně

Káva: 3x denně – černá s mlékem

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarche: asi od 15 let, pravidelná

Poslední menstruace: asi před 20 lety

Porody: 2 (1. porod – syn, 2. porod - syn)

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: přesně si nevzpomíná (asi před dvěma lety)

Samo vyšetřování prsou: prováděla; nyní již bez pravidelnosti, na mamograf chodí pravidelně každé dva roky

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná 1

Bytové podmínky: panelový byt 3+1

Vztahy, role, a interakce

V rodině: žije s manželem v panelovém bytě, bez výrazných konfliktů; pouze klasické rodinné problémy, které však společnými silami vždy zvládli, se sousedy mají dobrý vztah, synové je pravidelně navštěvují

Mimo rodinu: sama pacientka působila v první den hospitalizace, trochu nejistě, úzkostlivě, ale na otázky se snažila odpovídat srozumitelně a věcně, problémy se snaží řešit společnými silami s manželem, nebo se jim snaží vyhýbat

Záliby: četba, pečení

Volnočasové aktivity: vnoučata, v televizi pořady o vaření

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: nyní starobní důchodkyně, dříve pracovala jako asistentka

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: důchodový věk - sepsána žádost a zažádáno o přiznání starobního důchodu

Vztahy na pracovišti: nekonfliktní povahy, se spolupracovníky vycházela dobře

Ekonomické podmínky: vedena na úřadu práce; dle pacientky průměrné ekonomické podmínky

Spirituální anamnéza: nejuje

Religiózní praktiky: křesťanka

4.5 Posouzení současného stavu ze dne 11. a 12. 12. 2014

Popis fyzického stavu

HLAVA A KRK

Subjektivně: „Bolesti hlavy nemívám, snad pouze ojediněle.“

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, diplopie, hybné všemi směry, nosí brýle na blízko, skléry bez ikteru, oči, nos, uši bez výtoku, slyší dobře, jazyk sušší, plazící

se středem, chrup sanován, problémy s polykáním nemá, výstupy n. trigeminu nebolestivé, čítí na obličeji bez poruch, krk souměrný, bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, pulzace na a. carotis hmatná oboustranně, krční uzliny nehmatné, nebolestivé.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Dýchá se mi dobře, bez jakýchkoliv problémů“

Objektivně: Hrudník souměrný, bez deformit, bez srdečního vyklenutí, prsa bez tvarových odchylek, bradavky bez výtoků. Poslechově dýchání čisté, počet dechů 32/min. Saturace bez podaného kyslíku 95-97 %.

SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Se srdcem problémy nemám, neléčím se s ním, pouze trpím na vysoký tlak a mám cukrovku“

Objektivně: Srdeční rytmus pacientky je pravidelný (97/min), dobře hmatný na a. radialis na obou horních končetinách. Tlak 186/110. Dolní končetiny bez otoků, lýtka nebolestivá, pulzace dobře hmatná. Z příjmové ambulance zavedena růžová periferní žilní kanyla na levé horní končetině.

BŘICHO A GIT

Subjektivně: „Břicho mě nebolí a nemám s ním žádné potíže. Problémy s trávením nemám, na stolicí chodím pravidelně každý den ráno“.

Objektivně: Břicho pod úrovní hrudníku, palpačně nebolestivé

VYLUČOVACÍ A POHLAVNÍ ÚSTROJÍ

Subjektivně: „Doma jsem s močením problémy neměla, někdy jsem chodila častěji, asi podle toho, kolik jsem toho ten den vypila“.

Objektivně: Dnes močení bez problémů, na akutním příjmu pacientka vymočila jednorázově 400 ml, po hospitalizaci ještě nemočila.

POHYBOVÝ APARÁT

Subjektivně: „Pohyb mi nedělá potíže. Teď mám přísný klid na lůžku.“

Objektivně: Aktivní hybnost je omezena léčebným režimem, z terapeutických důvodů má přísný klid na lůžku. V rámci lůžka je soběstačná.

NERVOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Dnes je pondělí 11.prosince 2014, jsem hospitalizovaná v Praze v nemocnici. Slyším dobře, nosím brýle na blízko, chodím na pravidelné oční kontroly. Prsty mě nebrní.“

Objektivně: Pacientka orientovaná místem, časem, osobou i prostorem, při příjmu na oddělení spolupracovala, je úzkostná. Slyší dobře, nosí pouze brýle na blízko, čich, chuť, hmat bez patologie. Zornice izokorické reagující na osvit, oční bulvy hybné všemi směry. MMSE neprováděno při příjmu.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „V tomto směru jsem zdravá. O problémech se štítnou žlázou nevím, zřejmě žádné nemám.“

Objektivně: V anamnéze nemá poruchy endokrinního systému. Štítná žláza je nebolestivá, nezvětšená, patologické projevy poruch endokrinního systému nepozorovány.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Nejsem alergická na nic“.

Objektivně: Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé, tělesná teplota v normě 36,3 °C.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: „Při česání mi trochu padají vlasy, používám šampon na posílení objemu a na slabé vlasy, o nehty pravidelně pečuji, po koupeli používám tělové mléko a krém na ruce.“

Objektivně: Kůže bez patologických defektů, bledšího zbarvení, kožní turgor je snížený, prsty bez tvarových odchylek, nehty upravené. Bez chybění části těla. Celkový vzhled odpovídá věku pacientky.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka při rozhovoru působí úzkostně, na dotazované otázky se snaží odpovídat přiléhavě a srozumitelně. Při vyšetření spolupracuje, ale je ovlivněna doznívající bolestí za sternem.

Aktivity denního života

STRAVOVÁNÍ

Doma: „Doma žádnou dietu nedržím. Jím spíš nepravidelně, ráno a v poledne pravidelně, odpoledne a večer různě. Mám ráda českou kuchyni, omáčky, řízek.“

Také zeleninu se snažím jíst. V posledních době se mi váha drží stejně a nepřibírám.“

V nemocnici: „Jídlo mám neomezené, chutná mi, jen můžu pít do 1,5 litru za celý den“.

Objektivně: Výška 170 cm a váha 83 kg - BMI (28,7) – nadváha. Pacientka je při chuti, příjem dobrý, výživa dostatečná.

PŘÍJEM TEKUTIN

Doma: „Pitný režim se snažím dodržovat, tekutiny neomezené nemám, někdy vypiju méně ale někdy i více je to přibližně 2-2,5l. Piju spíše obyčejnou vodu a 2x denně černou kávu.“

V nemocnici: „V nemocnici mám omezené tekutiny do 1,5l za celý den.“

Objektivně: Pacientka má omezené tekutiny do 1,5l/24hodin

VYLUČOVÁNÍ MOČE

Doma: „S močením obtíže nemám, občas chodím častěji, jak jsem již uváděla; podle toho, kolik vypiju.“

V nemocnici: „Močím asi tak stejně jako doma, jen mi je nepříjemné chození na mísu.“

Objektivně: Pacientka při příjmu musí dodržovat přísný klid na lůžku, močí do mísy, moč je čirá, bez patologických změn. Diuréza je odlišná, většinou okolo 400-500ml.

VYLUČOVÁNÍ STOLICE

Doma: „Mám naučený režim vyprazdňování a snažím se ho dodržovat. Naposledy jsem byla včera (10. 12. 2014).“

V nemocnici: „Nevím, zatím jsem na stolici tady nebyla“.

Objektivně: Problémy s vyprazdňováním stolice pacientka nemá. Poslední stolice byla včera, podle udání pacientky měla stolici bez patologických změn, formovanou a bez příměsí.

SPÁNEK A BDĚNÍ

Doma: „Ráda si pospím, není u mě problém si pospat i během dne, spát chodím kolem 22. hodiny, někdy dřív, někdy později“.

V nemocnici: „Mám menší obavu z toho, že nebudu moci usnout, protože tu jsou i jiní pacienti, kolem kterých musíte chodit a neznámé prostředí mi nedělá dobře, možná budu někdy potřebovat prášek na spaní.“

Objektivně: Pacientka se obává, že nebude moci kvalitně spát z důvodu dalších pacientů a neznámého prostředí.

AKTIVITA A ODPOČINEK

Doma: „Nesportuji, chodím nakupovat a dělám domácí práce. Pokud jsem unavená, odpočnu si u poslechu hudby, nebo si sednu do křesla a na chvíli zavřu oči.“

V nemocnici: „Od lékaře mám nařízený klidový režim, budu ho dodržovat, i když mě to celodenní ležení moc nebaví.“

Objektivně: Pacientka má kvůli zdravotnímu stavu nařízený klidový režim, v rámci lůžka je téměř soběstačná. Během dne pospává.

HYGIENA

Doma: „Sprchuji se každý den, většinou večer před spaním, mám ráda teplejší vodu.“

V nemocnici: „Protože mám ležet, hygienu bych měla provádět na lůžku, nevím, jak to bude. Uvítala bych spíše sprchu.“

Objektivně: Při hygieně pacientka nepotřebuje výraznější dopomoc, pouze přípravu pomůcek a asistenci.

SAMOSTATNOST

Doma: „Doma jsem se snažila věci zvládat sama nebo s manželovou pomocí, vždycky se to nějak zařídilo a udělalo, občas nám pomohly děti.“

V nemocnici: „Snažím se o co největší samostatnost, nechci být na někom zcela závislá, i když chápu, že jsou stavy, kdy je to nezbytné.“

Objektivně: Pacientka je v rámci lůžka téměř soběstačná, snaží se nám pomáhat a spolupracovat s námi.

Posouzení psychického stavu

VĚDOMÍ

Subjektivně: „Vnímám vše, tak jak je, nevím jak jinak na tuhle otázku odpovědět.“

Objektivně: Při vědomí (GCS 15), vědomí plné, jasné.

ORIENTACE

Subjektivně: „Vím, kde jsem a kolikátého je, jsem orientovaná.“

Objektivně: Pacientka je plně orientovaná místem, časem, osobou i prostorem.

NÁLADA

Subjektivně: „Nevím, jak to se mnou bude dál, takže mám teď náladu takovou nic moc. Nevím, co mi přesně je a co bude dál.“

Objektivně: Pacientka udává nejistotu z vývoje onemocnění.

PAMĚŤ

Staropaměť

Subjektivně: „Hodně si pamatuju věci z dřívějších let, kolikrát víc, než z nynějšíka.“

Objektivně: Výbavnost zážitků a věcí z minulosti je bohatá.

Novopaměť

Subjektivně: „Nemám větší problémy se zapamatováním si něčeho, buď si to zapamatuju, nebo si to napíšu, když je to moc důležité.“

Objektivně: Paměť není nikterak narušena. Pamatuje si.

MYŠLENÍ

Subjektivně: „Někdy přemýšlím, jak se mají děti, nebo co bude dál, musím se

přiznat, že na svůj věk mi ještě ledacos dochází.“

Objektivně: Myšlení je logické, otázky chápe, odpovídá přiléhavě a věcně, řeč je plynulá.

TEMPERAMENT

Subjektivně: „Manžel říká, že jsem choleric, co musí mít vše, teď hned.“

Objektivně: Pacientka je ovlivněna bolestí. Je spíše schvácená, nedá se určit její temperament. Působí klidně.

SEBEHODNOCENÍ

Subjektivně: „Na hodnocení mě samotné, tu jsou ostatní lidé, sama sebe nedokážu přesně ohodnotit, nenacházím vhodná slova.“

Objektivně: Pacientka sebe nedokázala přesně ohodnotit. Působila vcelku vyrovnaným dojmem a jako člověk, který ví, co chce.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Subjektivně: „Nyní to nestojí za nic, jsem v nemocnici. Zdraví je pro mě to nejcennější.“

Objektivně: Pacientka se snaží veškerá nařízení a doporučení od nemocničního personálu dodržovat, váží si svého zdraví. Současný zdravotní stav ji zaskočil, neví, co přesně jí je.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Subjektivně: „Chtěla bych být co nejdřív doma, ale vidím to na delší dobu. A kdoví, jak to dopadne.“

Objektivně: Pacientka vyjádřila slovní obavu z dlouhodobé hospitalizace, uvědomuje

si závažnost svého stavu.

REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ A PROŽÍVÁNÍ ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Nikdy se mi tohle ještě nestalo, takže mám obavy, co bude dál.“

Objektivně: Pacientka neví, co bude dál, nikdy to ještě nezažila. Má obavy z neznámého.

REAKCE NA HOSPITALIZACI

Subjektivně: „Nic jiného mi nezbývalo, bolest byla silná a vůbec neustupovala.“

Objektivně: S hospitalizací je smířená, vítá ji, neboť má strach o svůj život.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Tak nějak jsem Vám to už všechno řekla, bolest trochu ustupuje, snad už bude líp.“

Objektivně: Pacientka se bude muset adaptovat na nynější onemocnění, bude nutný komplexní ošetrovatelský přístup a podpora rodiny.

PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY

Subjektivně: „Mám obavy, to by asi měl každý. Nevím, co mne čeká, jak tu budu dlouho. Jak to skončí.“

Objektivně: Pacientka vyjádřila slovní obavu z dlouhodobé hospitalizace a také neví, co s ní bude dál.

ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍCH HOSPITALIZACÍ (IATROPATHOGENIE, SORRORIGENIE)

Subjektivně: „Hospitalizovaná jsem v minulosti již byla, takže vím, jak to v nemocnici chodí, ovšem s tímto stavem zkušenosti nemám. Lékařům a sestřám důvěřuji.“

Objektivně: Zkušenosti s hospitalizací již má. Má důvěru ve zdravotnický personál.

Posouzení sociálního stavu

KOMUNIKACE

Komunikace verbální

Subjektivně: „Pokud mi rozumíte, tak myslím, že problémy s vyjadřováním nemám.“

Objektivně: Pacientka správně artikuluje, řeč je bez patologie, slovní zásoba je bohatá, částečně ovlivněná nynějším zdravotním stavem.

Komunikace neverbální

Subjektivně: „Někdy je potřeba něco vysvětlit rukama, slova někdy nestačí.“

Objektivně: Rozhovor s pacientkou byl doprovázen i neverbální komunikací, gesta, mimika. Oční kontakt v pořádku. Kongruentní komunikace.

INFORMOVANOST

Informovanost o onemocnění

Subjektivně: „Lékař v příjmové ambulanci mě o mém zdravotním stavu informoval v rychlosti, více mi tu pověděl ošetřující lékař, doufám, že to tak hrozné nebude. Teď vím vše potřebné, když tak se zeptám.“

Objektivně: Pacientka je o svém zdravotním stavu informována, pokud neví, zeptá se.

Informovanost o diagnostických metodách

Subjektivně: „Zatím jsem toho moc nepodstoupila, to přijde časem. S něčím už mám zkušenosti; echo.“

Objektivně: Pacientka byla a po dobu hospitalizace bude dostatečně informována o

diagnostických metodách.

Informovanost o léčbě a dietě

Subjektivně: „Jídlo omezené nemám ale budu muset omezit tekutiny.“

Objektivně: Pacientka byla dostatečně informována od lékaře a sester - informacím rozumí.

Informovanost o délce hospitalizace

Subjektivně: „Dle toho, co mi doktor sdělil, tak se hospitalizace může protáhnout, což bych nerada, přesně mi to ale neřekl.“

Objektivně: Přesnou délku hospitalizace není možné pacientce sdělit, bude záviset na průběhu onemocnění. Pacientka to akceptuje.

SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCÍ, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE

Primární role (role související s věkem a pohlavím)

Subjektivně: „Žena“

Objektivně: Žena 67 let. Role je ovlivněna aktuálním zdravotním stavem.

Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně: „Manželka, pacient“

Objektivně: Manželka, matka, babička. Role jsou naplněny, ovlivněny současným zdravotním stavem.

Terciální role (související s volným časem a zálibami)

Subjektivně: „Nevím, co odpovědět.“

Objektivně: Pacientka se snaží co nejlépe adaptovat, i když je to těžké. Ráda luští křížovky, občas vyšívá a čte knížky, momentálně ale neprovádí.

4.6 Medicínský management

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ:

RTG srdce, plíce; EKG; ECHO, SKG

Vyšetření krve ze dne 11. 12. 2014 (IMP)

Biochemie:

- Na 121mmol/l
- K 3,4 mmol/l
- Cl 83 mmol/l
- urea 14,1 mmol/l
- kreat 148 mmol/l
- CRP 20
- hsTnT 2170
- amyláza 1,1 ukat/l
- AST 2,03 ukat/l
- ALT 0,62 ukat/l

Glykémie R: 8,6 mmol/l, P: 9,7 mmol/l, V: 8,1 mmol/l

Krevní obraz:

- Ery 4,7 x 10¹² l
- Leuk 12,1 x 10⁹ l
- Hb 133 g/l
- Hk 0,4

- Tromb 143 x 109 1

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Dieta: Při příjmu naordinována lékařem dieta č.3, omezení příjmu tekutin do 1,5l/24h

Pohybový režim: Při příjmu na IMP pacientka soběstačná, v závislosti na zdravotním stavu nutný přísný klidový režim.

RHB: žádná, klidový režim.

Výživa: Parenterální.

Medikamentózní léčba:

Per os:

- Betaloc ZOK 25mg 1 - 0 – 0
- Kalnormin 1-0-0
- Amprilan 2,5mg 1-0-0
- Nitromint sprej s.l.- při bolesti

Intravenózní (upravovány dle zdravotního stavu a potřeby)

Isoket 0,1% 50ml kontinuálně 6ml/hod..

Tiapridal 1 amp. Bolusově při neklidu

Infuzní terapie

FR 500 ml 50 ml/hod

CHIRURGICKÁ LÉČBA:

Selektivní koronografie

4.7 Situační analýza

67 letá pacientka X. X. přijata dne 11. 12. 2014 v dopoledních hodinách

přes kardiologickou příjmovou ambulanci na intermediální péči kliniky kardiologie pro náhle vzniklou bolest na hrudi vystřelující do levé paže, mezi lopatky a do krku. Dle slov pacientky bolest vznikla při úklidu kuchyně a neustávala ani po posazení. Při příjmu na oddělení byla pacientka při vědomí, spolupracovala, orientována místem, časem, osobou i prostorem, úzkostlivá. Po napojení na monitor byly změřeny fyziologické funkce - TK: 186/110, P: 97/min, D: 32/min, saturace bez O₂ 95-97%. Hrudník bez defektů, plíce bez šelestu a jinými patologickými změnami. Z příjmové ambulance měla pacientka zavedenu periferní žilní kanylu. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny při příjmu na jednotku intenzivní péče.

4.8 Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II a jejich uspořádání dle priorit

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Akutní bolest 00132

8.1 Akutní bolest 00132

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- **Změny v chuti k jídlu**
- **Změny krevního tlaku**
- **Změny srdečního rytmu**
- **Expresivní chování (neklid)**
- **Výraz obličeje (grimasa)**
- **Pozorované známky bolesti**
- **Bolest**

Související faktory:

- **Původci zranění (např. biologičtí, chemičtí, fyzikální, psychogenní)**

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez bolesti při odchodu z nemocnice

Cíl krátkodobý: Pacientka udává zmírnění bolesti do 10ti hodin od začátku hospitalizace

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti do 24h.

Pacientka je schopná o bolesti a jejích projevech hovořit od 1. dne hospitalizace.

Pacientka je schopna sledovat a sdělovat kdy se jí bolest zmírňuje do 5 hod.

Pacientka ovládá metody klidového režimu od 3 hodin po nástupu na hospitalizaci.

Pacientka dodržuje farmakologický režim, pohybový režim a dietní omezení od 2 hodin od začátku hospitalizace.

Pacientka zná a provádí relaxační techniky od 1. dne hospitalizace.

Pacientka klidně spí od 2. dne hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

1. Posuď míru bolesti, sleduj bolest na analogové škále bolesti, vše důkladně zapiš do dokumentace.

2. Podávej pravidelně ordinované medikamenty dle ordinace lékaře a posud' její efekt a zaznamenej do lékařské dokumentace, sestra.
3. Zhodnot' vliv bolesti na spánek pacientky, tělesnou a duševní pohodu (sestra 1 x denně před usnutím i dle potřeby pacientky) a v případě bolesti aplikuj Nitromint sprej s.l.
a proved' záznam do lékařské dokumentace.
4. Edukuj pacientku o spolupráci při aplikaci medikamentů a točení EKG, následně proved' záznam do záznamu o edukaci pacienta – ihned.
5. Posud' ovlivnitelnost bolesti specifickými strategiemi proti bolesti (používání odpoutávajících technik, používání relaxačních technik, používání představivosti, používání terapeutického dotyku) – sestra, do 2 dnů.
6. Posud' možné patofyziologické či psychologické příčiny bolesti, sestra, průběžně.
7. Pozoruj a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy bolesti, sestra, vždy.
8. Všiměj si chování pacientky a jeho změn a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, sestra, vždy.
9. Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, DF, TT, výdej moči) kontinuálně přístrojem (monitorem) à 1 hodinu a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace a v případě výrazné změny ihned informuj lékaře, sestra.
11. Zajisti klidné, komfortní prostředí, sestra, vždy.
12. Pečuj o pohodlí pacienta, sestra, vždy.
13. Sleduj účinky a vedlejší účinky léků, po podání léku (proved' záznam do lékařské dokumentace o nežádoucích projevech v případě jejich výskytu) sestra, vždy po podání léku.
14. Edukuj pacientku o úlevové poloze a proved' záznam o edukaci do edukačního formuláře do 1 hodiny, sestra.

15. Pomoz pacientce se změnou polohy, sestra, dle potřeby pacienta.
16. Umožni pacientce kontrolu a účast na léčbě bolesti, sestra, vždy.
17. Ved' pacientku k provádění nefarmakologických přístupů pro zmírnění bolesti, sestra, vždy.
18. Ved' příbuzné k podpoře pacientky, sestra, průběžně.
19. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace, sestra, denně.

Realizace:

11. 12. 2014

- 10:45 – pacientka je přivezena na IMP z akutního příjmu
- 11:00 - pacientka si stěžuje na svíravou bolest za sternem, v levé paži a v krku
- 11:01 - kontrola fyziologických funkcí (TK 180/100, P 100, TT 36,7 °C).
- 11:02 - aplikován dle ordinací lékaře Nitromint sprej s.l. dva vstříky, Tensiomin 12,5 mg 1 tbl. p.o. - sestra u lůžka.
- 11:04 - doporučena úlevová poloha a pro lepší psychické pohodlí podán kyslík maskou 1l/min- sestra u lůžka.
- 11:30 - kontrola intenzity bolesti na analogové škále bolesti (sestra u lůžka) - pacientka uvádí mírnou úlevu od bolesti ze 7 na 4.
- 12:50 - pacientka sděluje menší úlevu od bolesti, vymočila 450ml
- 13:00 – pacientka je v klidu a spí v poloze se zvýšenou hlavou, oxygenoterapie pokračuje 1l/min.
- 14:00 – pacientka udává mírný ústup od bolesti na analogové škále bolesti 1-2, udává pocit zlepšení. TK-147/86, P- 84, D-27, TT- 36,7

12. 12. 2014

- Pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti, k větší fyzické aktivitě volá sestru, snaží se spolupracovat, dodržuje léčebný režim, v noci spala bez probuzení,

zaujmula polohu v leže se zvýšenou hlavou, za celou noc vymočila 1200ml, moč byla čirá bez patologických změn a příměsí, vše bylo důkladně zapsáno do dokumentace.

- Sestra pravidelně podávala léky dle ordinace lékaře, léčba je efektivní a vedlejší účinky ani komplikace farmakoterapie se neobjevily.
- Pacientka byla indikována k selektivní koronografii dva dny po nástupu k hospitalizaci.
- Pacientka v průběhu dne využívala metodu odpoutávání, před spaním poslouchala svou oblíbenou hudbu, přes noc spala nepřetržitě 6 hodin.
- V průběhu dne dvakrát zaujmula úlevovou polohu ve spolupráci se sestrou (v 8:30 hod a v 17 hod), záznam provedla sestra do ošetrovatelské dokumentace.
- Fyziologické funkce (TK, P, DF, TT), byly kontinuálně monitorovány přístrojem (monitorem) à 24 hodin, hodnoty TK, DF, TT nepřekročily fyziologickou mez.
- Příbuzní pacientky jsou informováni o stavu, snaží se maximálně spolupracovat – přinesly oblíbenou hudbu pacientky a knihy na čtení.

Hodnocení (2. den hospitalizace):

Efekt: částečný

Pacientka udává, že pociťuje zmírnění bolesti po aplikaci Nitromintu spreji s.l., udává úplný ústup od bolesti.

V případě nutnosti automaticky zaujímá

úlevovou polohu. Volně a otevřeně hovoří o svém stavu, je plně informovaná o příčinách vzniku bolesti a ví, že si v případě potřeby má ihned informovat sestru. Dodržuje farmakologický, pohybový a dietní režim. Cítí se na oddělení bezpečně, kladně vnímá spolupráci s rodinou a její informování o aktuálním stavu. Před spaním poslouchá svou oblíbenou hudbu a délka nepřetržitého spánku se postupně prodlužuje.

5 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Jak monitoruje sestra u pacienta po prodělaném infarktu myokardu dodržování doporučených režimových opatření?

5.1 Průzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit, zda sestry informují pacienty po prodělaném akutním infarktu myokardu o nutnosti dodržování režimových opatření

Cíl 2: Zmapovat angažovanost všeobecných sester u klientů v sekundární prevenci infarktu myokardu

Cíl 3: Zjistit, na která režimová opatření v monitoringu se setra více zaměřuje

5.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Předpokládáme, že sestra se v monitoringu u hospitalizovaných pacientů po infarktu myokardu více zaměřuje na dodržování výživových opatření než na duševní hygienu

Hypotéza 2: Předpokládáme, že sestra v kardiologické ambulanci se zaměřuje v monitoringu režimových opatření více na pohybovou aktivitu než na eliminaci stresu klienta

Hypotéza 3: Předpokládáme, že na monitoraci dodržování režimových opatření u pacienta/klienta po infarktu myokardu se více podílí sestry než lékaři

5.3 Metodika

Pro kvalitativní šetření zaměřené na monitoring režimových opatření u pacienta po infarktu myokardu jsme využili průzkumnou metodu nestandardizovaného dotazníku. Tato metoda umožňuje anonymně oslovit velký počet dotazovaných (pacientů) za velmi krátkou dobu a je nejrozšířenější.

Strukturovaný dotazník vlastní konstrukce byl určen pacientům po prodělaném infarktu myokardu hospitalizovaných na interním oddělení 3 se zaměřením na kardiologii a pro pacienty, kteří navštěvují kardiologickou poradnu v Oblastní nemocnici Příbram a.s. a v poliklinice Ravak.

Samotný dotazník obsahoval 32 položek, z toho byly v úvodu 3 identifikační (1,2,3). Dále 29 uzavřených položek, z nichž čtyři položky byly dichotomické, kde odpověď ano – ne byla dostačující (5, 24, 27, 31), 6 položek (12, 14, 15, 17, 20, 23) polytomických.

V dotazníku byly použity i výučetové položky, kde respondenti mohli využít více odpovědí (4, 13, 16, 21, 26, 29, 30).

Otázky jsou zaměřeny na znalosti pacientů o režimových opatření infarktu myokardu. Zjišťujeme úroveň znalostí pacientů o režimových opatření infarktu myokardu a dále pobízíme pacienty aby určili oblast, ve které by rádi zdokonalili své vědomosti.

Soubor respondentů

Dotazníky byly rozdány v tištěné formě spolu s obálkou, do které dotazník mohli vložit v rámci zachování anonymity.

Celkem bylo distribuováno 60 dotazníků, 30 jich bylo rozdáno respondentům na interním oddělení 3, dalších 15 v kardiologické poradně v Oblastní nemocnici a zbylých 15 v kardiologické poradně Ravak.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

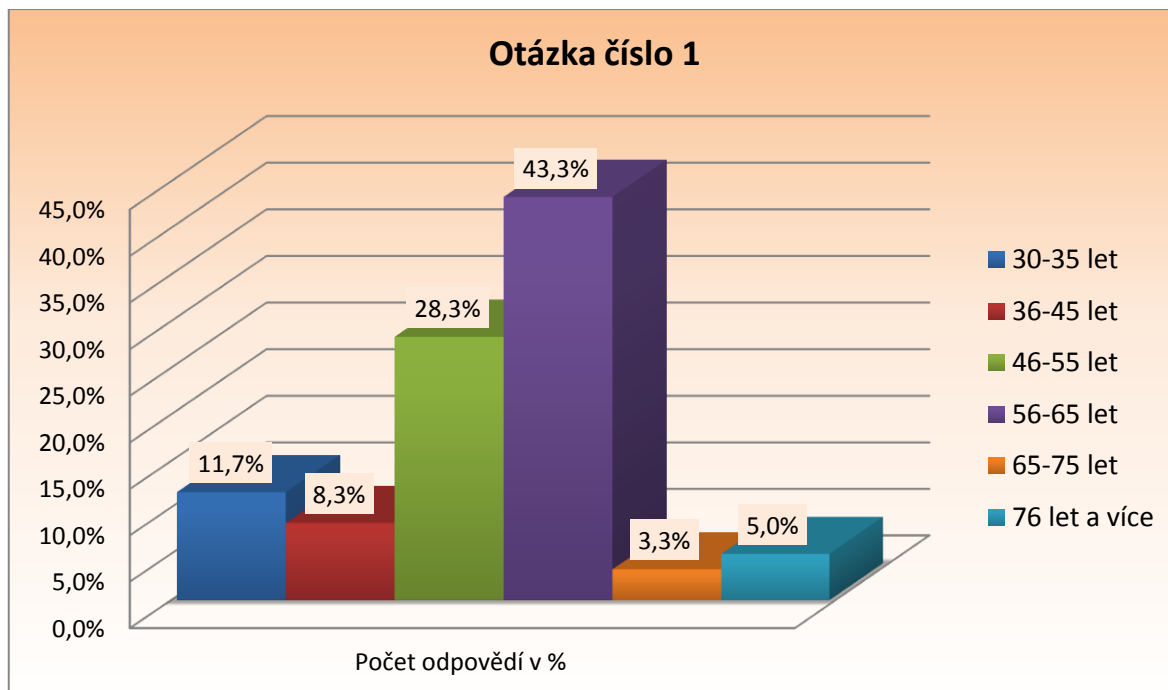
Otázka 1 Kolik je Vám let?

Tabulka 1 Věkové rozdělení respondentů

Otázka číslo 1		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
30-35 let	7	11,7%
36-45 let	5	8,3%
46-55 let	17	28,3%
56-65 let	26	43,3%
65-75 let	2	3,3%
76 let a více	3	5,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 1 Věkové rozdělení respondentů



Z tabulky 1 a grafu 1 vyplývá, že 7 respondentů bylo ve věku 30 - 35 let, dále 5 bylo ve věku 36 - 45 let, 17 osob ve věku 46 - 55 let, 26 osob ve věku 56 - 65 let, 2 osoby ve věku 65 - 75 let. A 3 osoby byly ve věku 76 let a více.

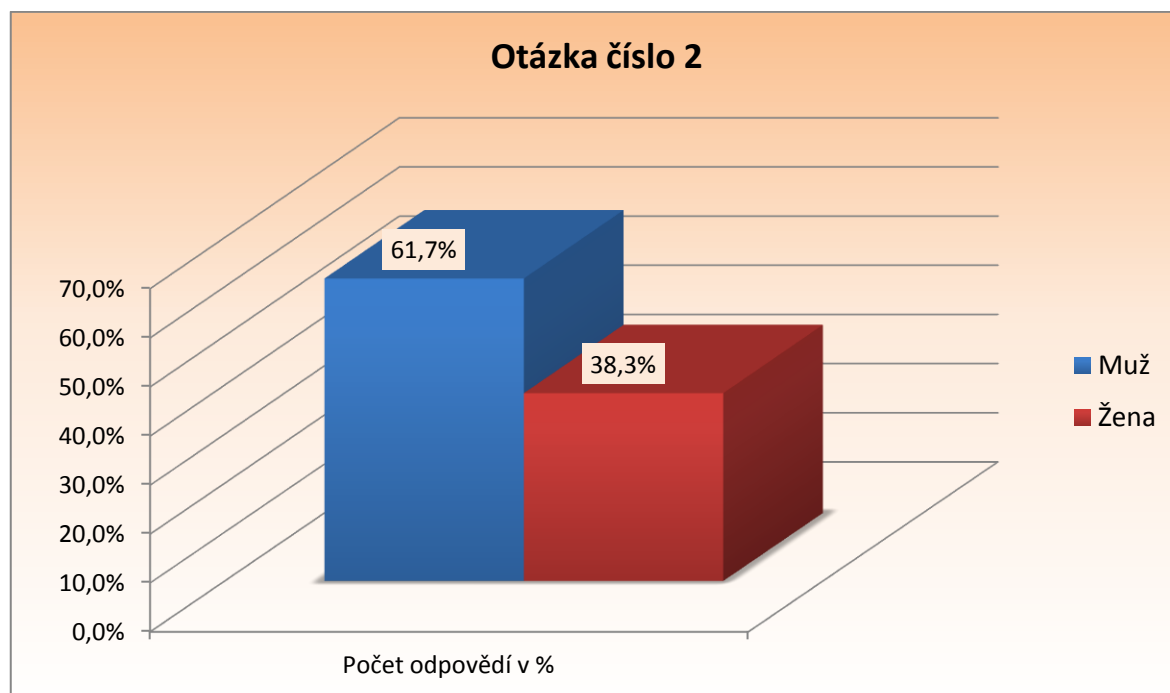
Otázka 2 Jakého jste pohlaví?

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Otázka číslo 2		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Muž	37	61,7%
Žena	23	38,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 2 Pohlaví respondentů



Z výše uvedené tabulky 2 a grafu k ní náležící vyplývá, že 37 respondentů (což je 61,7% z celkového počtu) je mužského pohlaví a 23 respondentů (což je zbývajících 38,3% z celkového počtu) je ženského pohlaví.

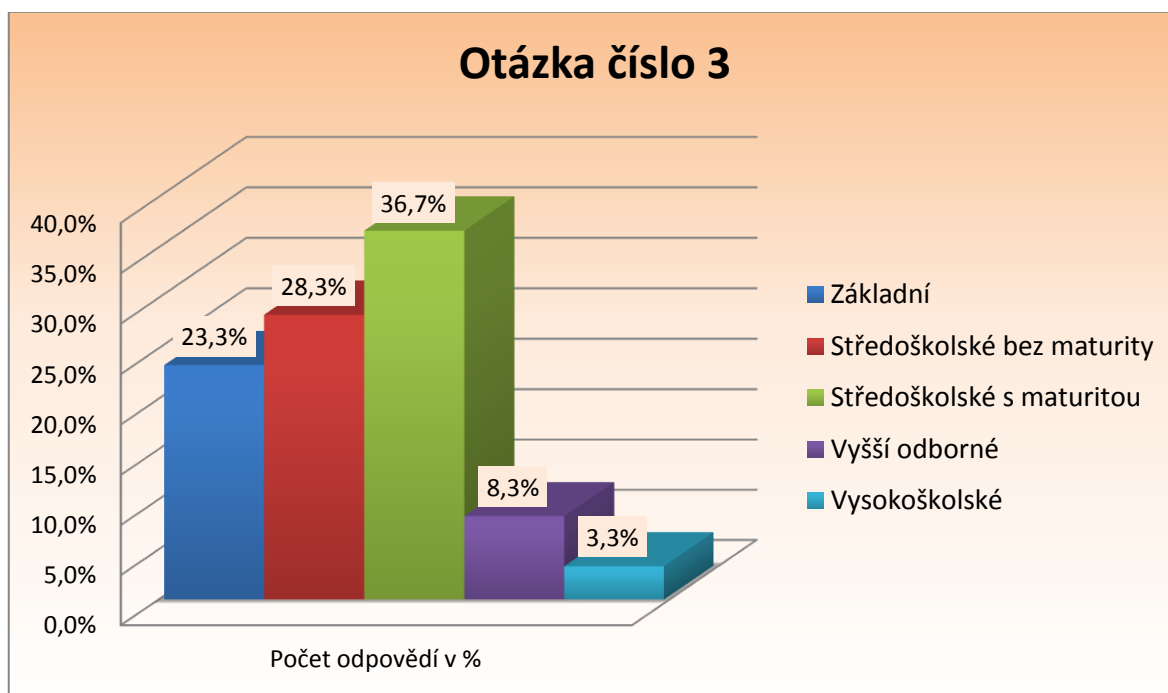
Otázka 3 Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka 3 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů

Otázka číslo 3		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Základní	14	23,3%
Středoškolské bez maturity	17	28,3%
Středoškolské s maturitou	22	36,7%
Vyšší odborné	5	8,3%
Vysokoškolské	2	3,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 3 Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů



Všichni respondenti nemusejí mít stejné vzdělání. Z tabulky 3 a grafu 3 vyplývá, že 14 z nich má dokončené základní vzdělání, 17 středoškolské bez maturity a 22 respondentů dokončilo střední školu maturitní zkouškou. 5 respondentů má vyšší odborné vzdělání a 2 z nich vystudovali vysokou školu.

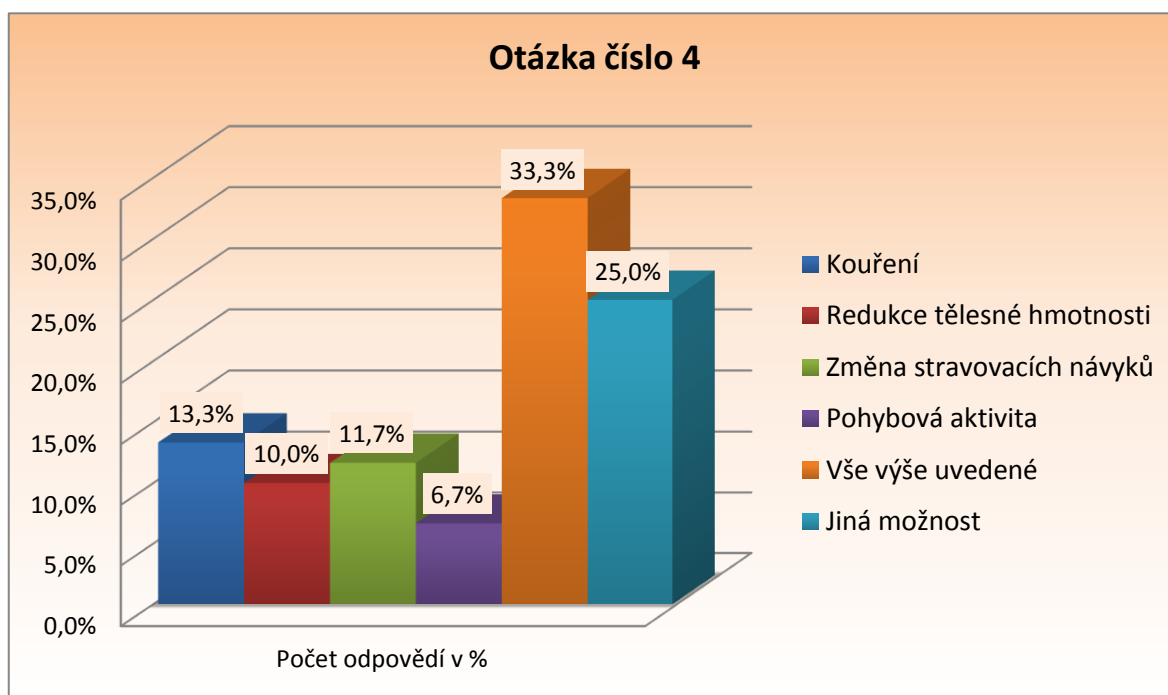
Otázka 4 *O jakých režimových opatření byste rád/a získal/a více informací? (lze označit více odpovědí)

Tabulka 4 Potřeba informovanosti v režimových opatřeních

Otázka číslo 4		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Kouření	8	13,3%
Redukce tělesné hmotnosti	6	10,0%
Změna stravovacích návyků	7	11,7%
Pohybová aktivita	4	6,7%
Vše výše uvedené	20	33,3%
Jiná možnost	15	25,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 4 Potřeba informovanosti v režimových opatřeních



Z tabulky 4 a grafu 4 můžeme vypočítat, že 13,3% respondentů (8 osob) by rádo získalo více informací o metodách odvykání kouření, 10% (6 osob) o redukci tělesné hmotnosti a 11,7% (7 osob) o změnách stravovacích návyků. Zatím co nejvyšší procento respondentů (33,3 %) by rádo získalo více informací o všech výše zmíněných

režimových opatření, pouze 6,7% (4 lidé) by si přáli získat více informací o důležitosti pohybové aktivity.

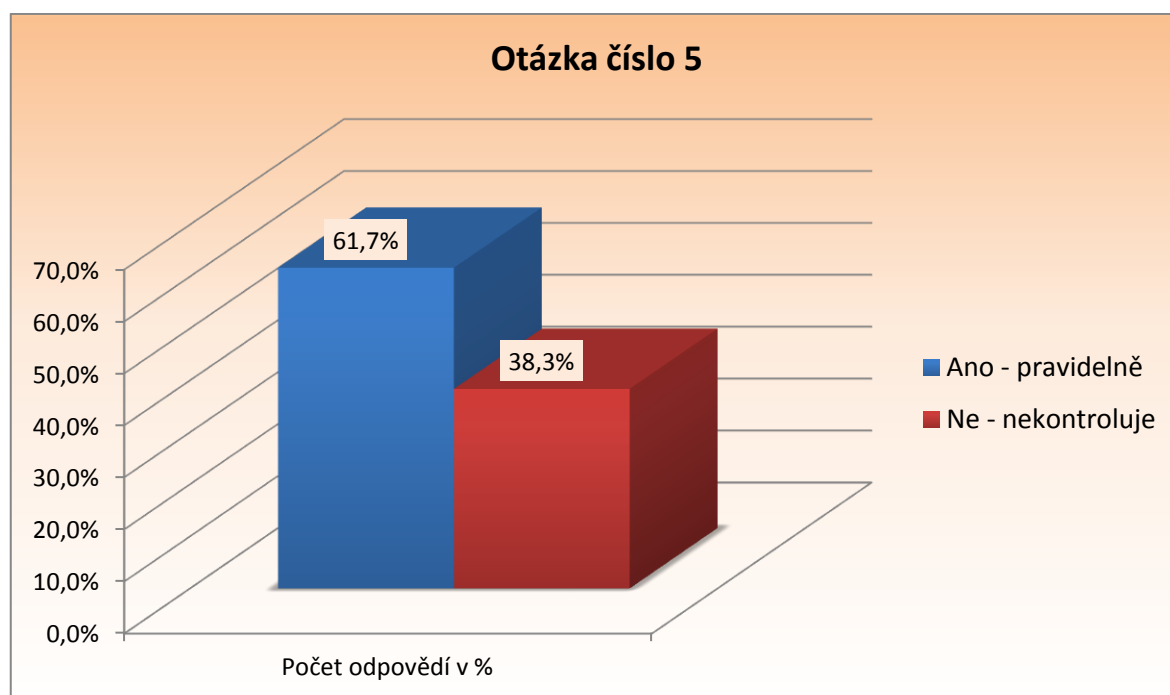
Otázka 5 Kontroluje Vás sestra při návštěvě v kardiologické poradně, zda dodržujete všechna režimová opatření?

Tabulka 5 Kontrola dodržování režimových opatření sestrou

Otázka číslo 5		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano - pravidelně	37	61,7%
Ne - nekontroluje	23	38,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 5 Kontrola dodržování režimových opatření sestrou



Z výše uvedené tabulky 5 a grafu 5 plyne, že sestra kontrolovala 37 respondentů z celkového počtu 60 osob. U zbylých tj. 23 osob kontrola sestrou neproběhla.

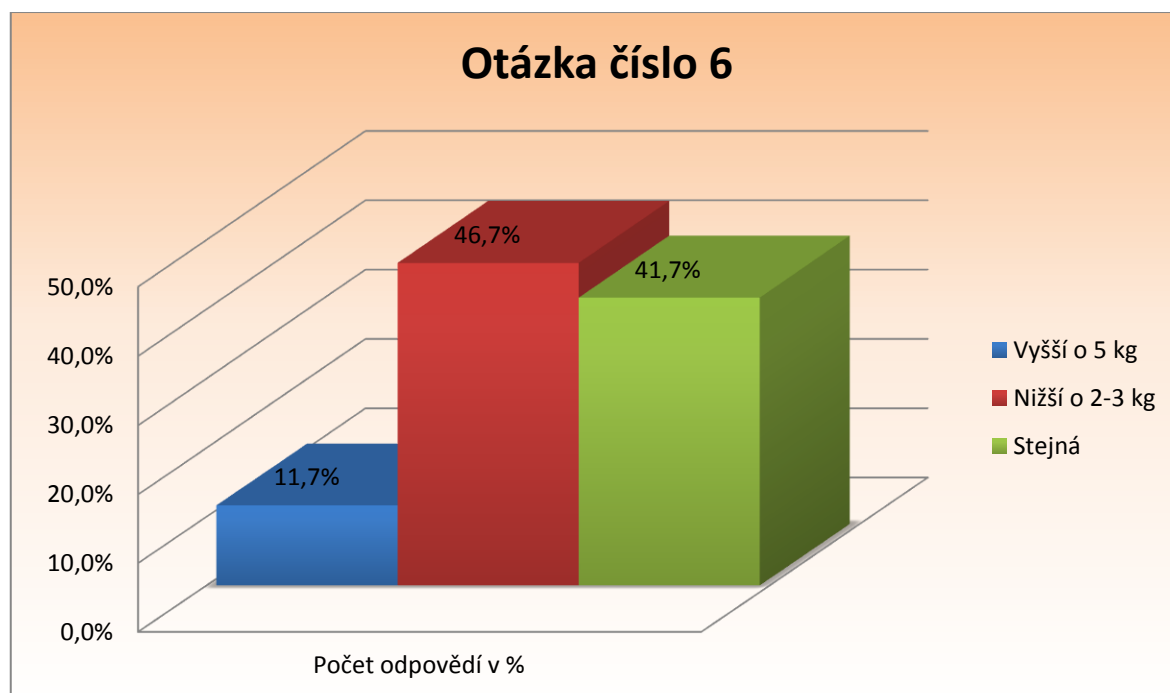
Otázka 6 Vaše hmotnost po prodělaném onemocnění je:

Tabulka 6 Hmotnost pacientů po prodělaném infarktu myokardu

Otázka číslo 6		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Vyšší o 5 kg	7	11,7%
Nižší o 2-3 kg	28	46,7%
Stejná	25	41,7%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 6 Hmotnost pacientů po prodělaném infarktu myokardu



Tabulka 6 a graf 6 shrnují výsledky ohledně hmotnosti pacientů. Z celkového počtu 60 respondentů jich po prodělaném infarktu myokardu zhublo 28. Dalším 25 respondentům se nepodařilo snížit svoji váhu a ani nepřibrali. Alarmujících 11,7% respondentů po prodělaném IM na váze přibrali.

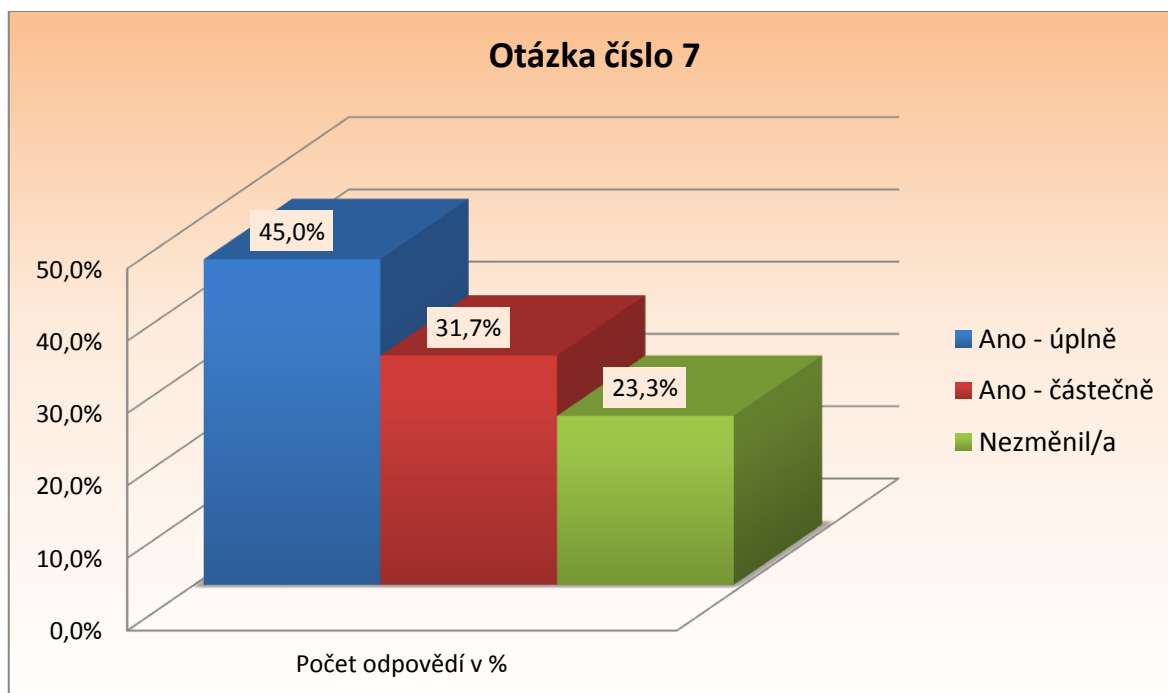
Otázka 7 Změnil/a jste Vaše stravovací návyky po prodělaném infarktu myokardu?

Tabulka 7 Změna stravovacích návyků po infarktu myokardu

Otázka číslo 7		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano - úplně	27	45,0%
Ano - částečně	19	31,7%
Nezměnil/a	14	23,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 7 Změna stravovacích návyků po infarktu myokardu



Z výše uvedené tabulky 7 a grafu 7 lze vypočítat, že 27 osob (45,0%) uvedlo úplnou změnu stravovacích návyků. Dalších 19 respondentů změnilo stravovací návyky částečně a 14 (23,3%) respondentů nezměnilo své návyky ve stravování vůbec.

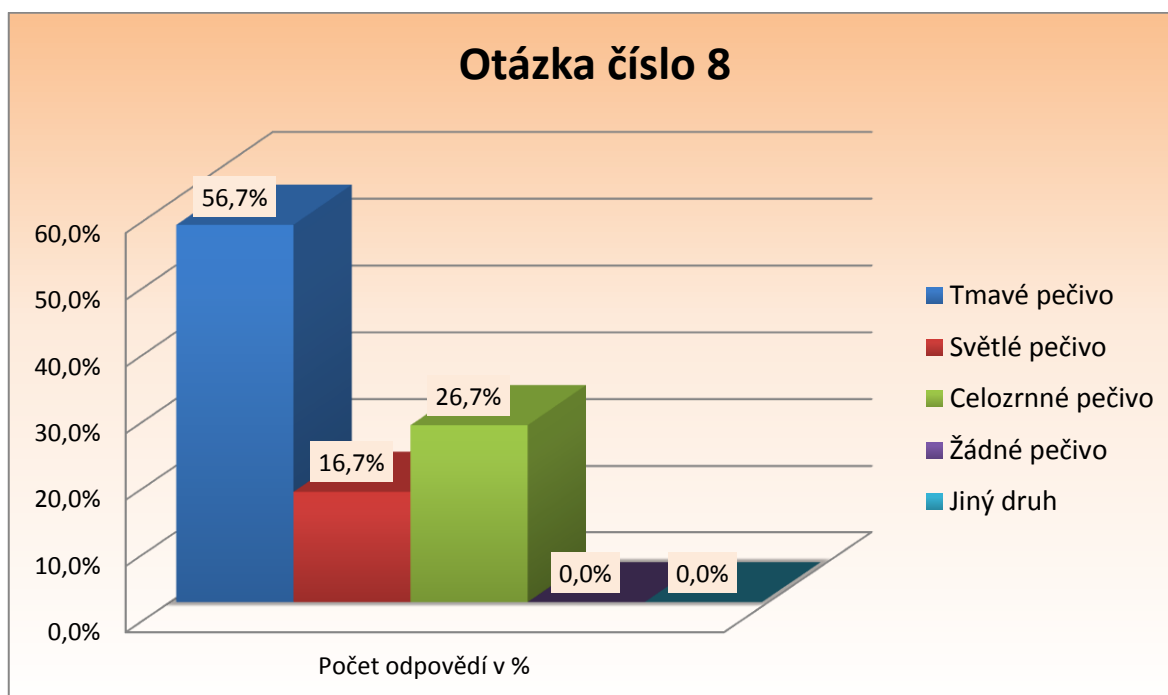
Otázka 8 Jaký druh pečiva konzumujete?

Tabulka 8 Druh pečiva konzumovaného respondenty

Otázka číslo 8		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Tmavé pečivo	34	56,7%
Světlé pečivo	10	16,7%
Celozrné pečivo	16	26,7%
Žádné pečivo		0,0%
Jiný druh		0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 8 Druh pečiva konzumovaného respondenty



Z tabulky 8 a grafu k ní náležící (graf 8), vyplývá, že nejvyšší podíl respondentů (56,7%) konzumuje tmavé pečivo, dalších 26,7% dotazovaných uvedlo konzumaci celozrného pečiva a zbylých 16,7% vyhledává pečivo světlé.

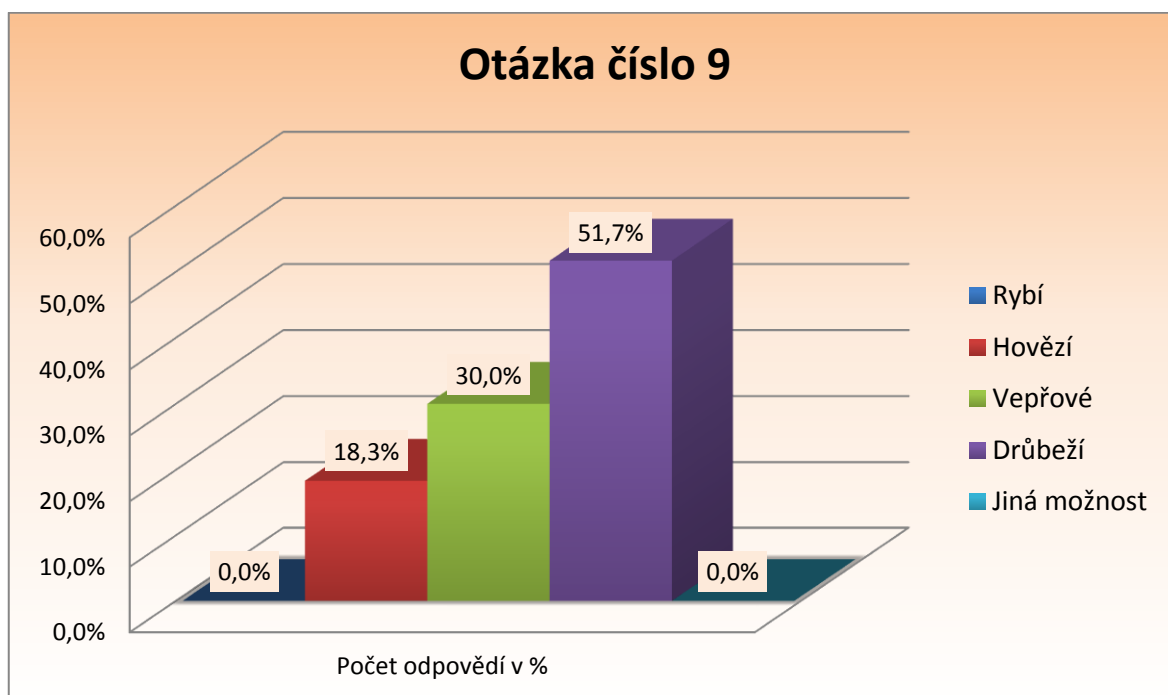
Otázka 9 Jaký druh masa nejčastěji konzumujete?

Tabulka 9 Druhy masa konzumovaného respondenty

Otázka číslo 9		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Rybí		0,0%
Hovězí	11	18,3%
Vepřové	18	30,0%
Drůbeží	31	51,7%
Jiná možnost		0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 9 Druhy masa konzumovaného respondenty



Podle výsledků shrnutých v tabulce 9 a grafu 9, 31 osob převážně konzumuje drůbeží maso, dalších 18 respondentů uvedlo konzumaci vepřového masa a zbylých 11 dotazovaných uvedlo konzumaci hovězího masa.

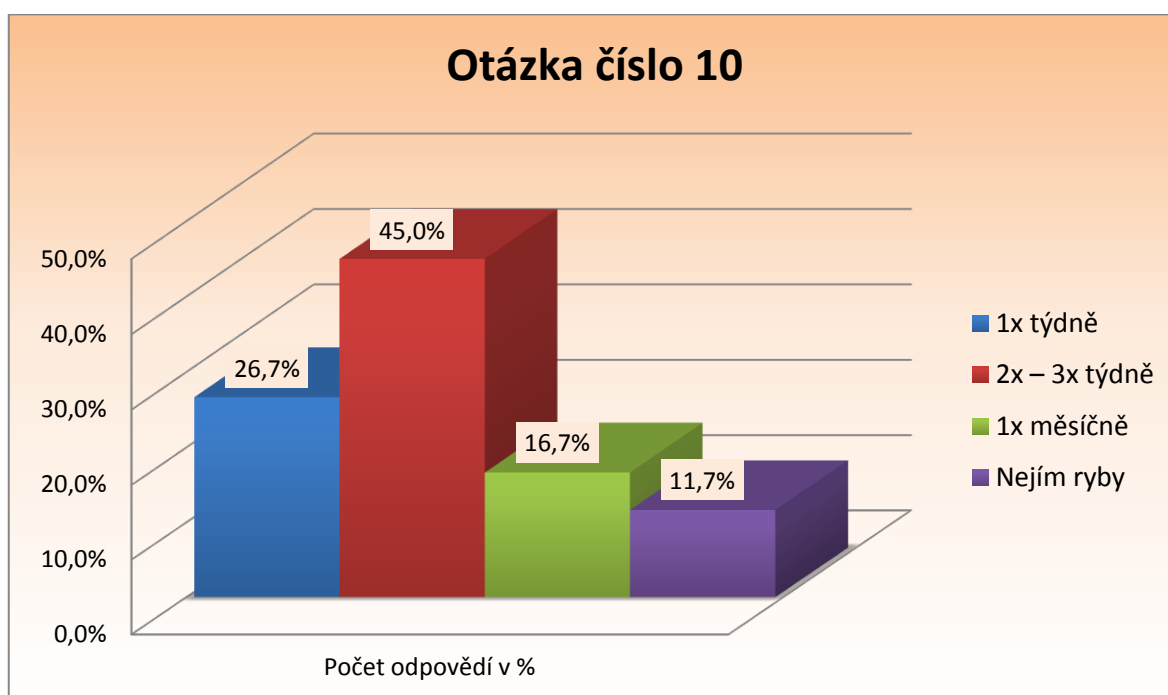
Otázka 10 Jak často konzumujete ryby?

Tabulka 10 Četnost konzumace rybího masa

Otázka číslo 10		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
1x týdně	16	26,7%
2x – 3x týdně	27	45,0%
1x měsíčně	10	16,7%
Nejím ryby	7	11,7%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 10 Četnost konzumace rybího masa



V další tabulce 10 a grafu 10 můžeme vidět, že co se týče četnosti konzumace rybího masa 45,0% dotazovaných uvedlo, že konzumují ryby 2x – 3x týdně, dalších 26,7% uvedlo konzumaci ryb 1x týdně. V menší části uvedlo 16,7% respondentů konzumaci ryb 1x měsíčně. Těm, kteří nekonzumují ryby 11,7% osob, nemůžeme zazlívát nulový příjem rybího masa.

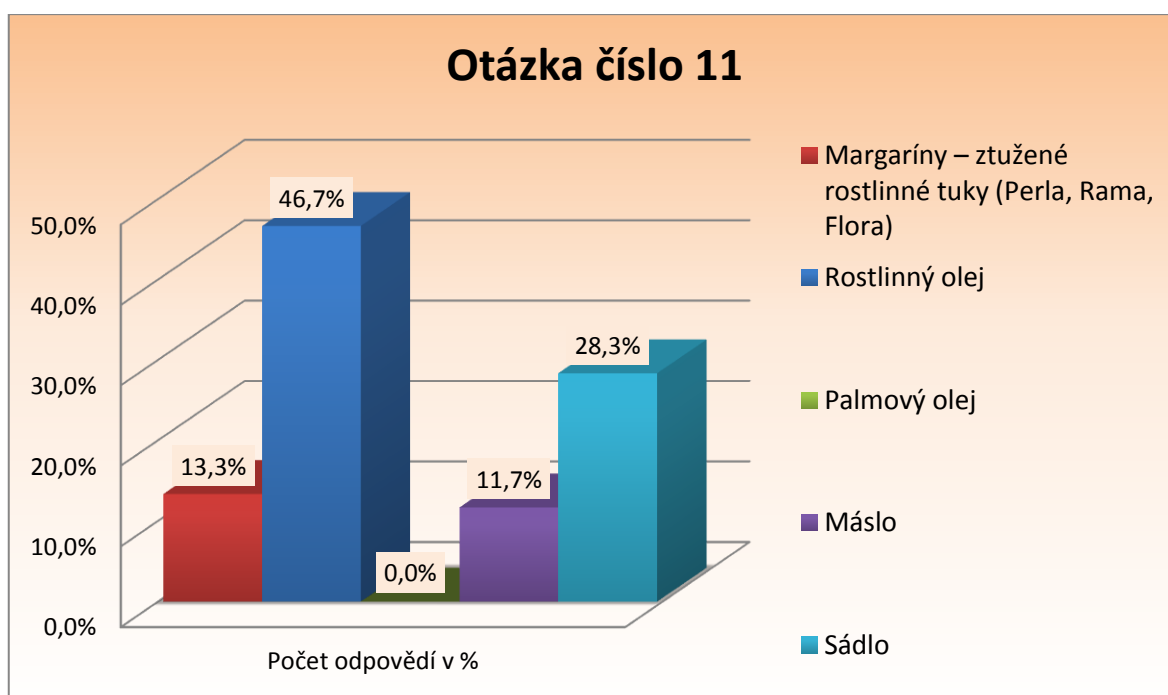
Otázka 11 Jaký druh tuku nejčastěji používáte na vaření?

Tabulka 11 Druh tuku používaného na vaření

Otázka číslo 11		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Margaríny – ztužené rostlinné tuky	8	13,3%
Rostlinný olej	28	46,7%
Palmový olej	0	0,0%
Máslo	7	11,7%
Sádlo	17	28,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 11 Druh tuku používaného na vaření



Z výše uvedené tabulky 11 a grafu 11 vyplývá, že nejvíce používaný tuk pro přípravu jídla je rostlinný olej, který používá 28 dotazovaných, dalším nejvíce používaným tukem je sádlo (17 respondentů). Celkem vyrovnaný počet osob používá na úpravu potravin margaríny (8 osob) a máslo (7 osob). Palmový olej nepoužívá žádný z dotazovaných respondentů.

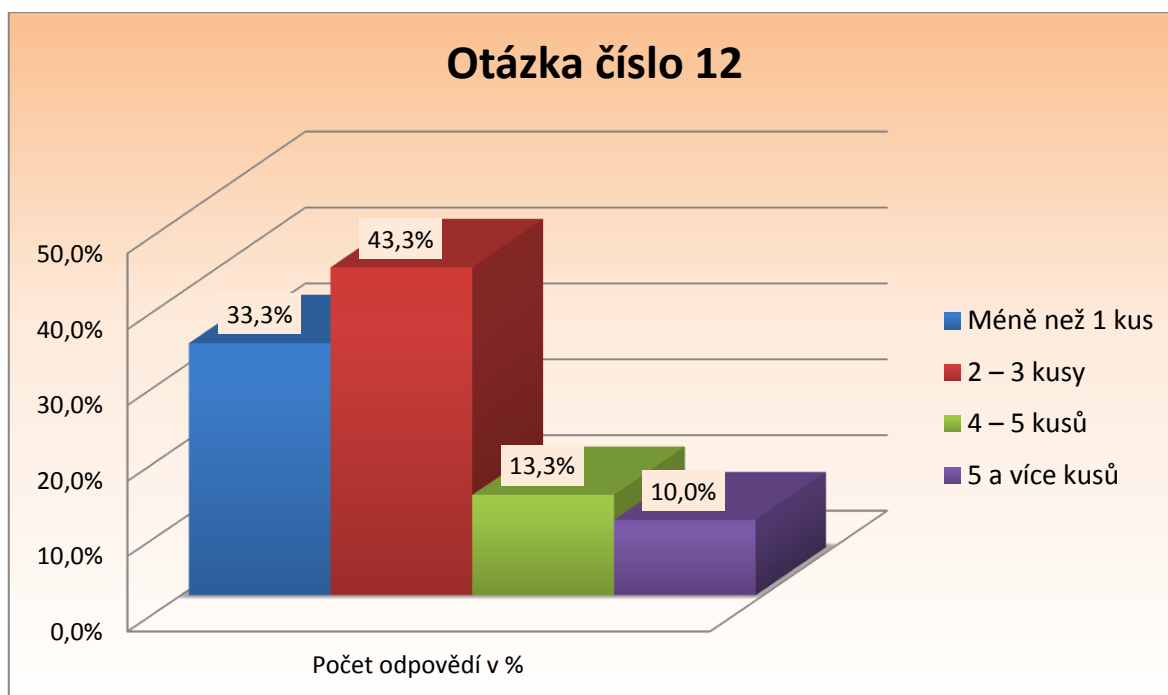
Otázka 12 Kolik kusů ovoce nebo zeleniny denně konzumujete?

Tabulka 12 Množství konzumovaného ovoce denně

Otázka číslo 12		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Méně než 1 kus	20	33,3%
2 – 3 kusy	26	43,3%
4 – 5 kusů	8	13,3%
5 a více kusů	6	10,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 12 Množství konzumovaného ovoce denně



Z tabulky 12 a grafu 12 vyplývá, že 2-3 kusy ovoce denně zkonsumuje 43,3% respondentů, méně než 1 kus ovoce denně konzumuje 33,3% dotazovaných. Větší množství ovoce 4-5 kusů, denně zkonsumuje pouze 13,3% respondentů a více jak 5 kusů ovoce denně sní jen 10% osob.

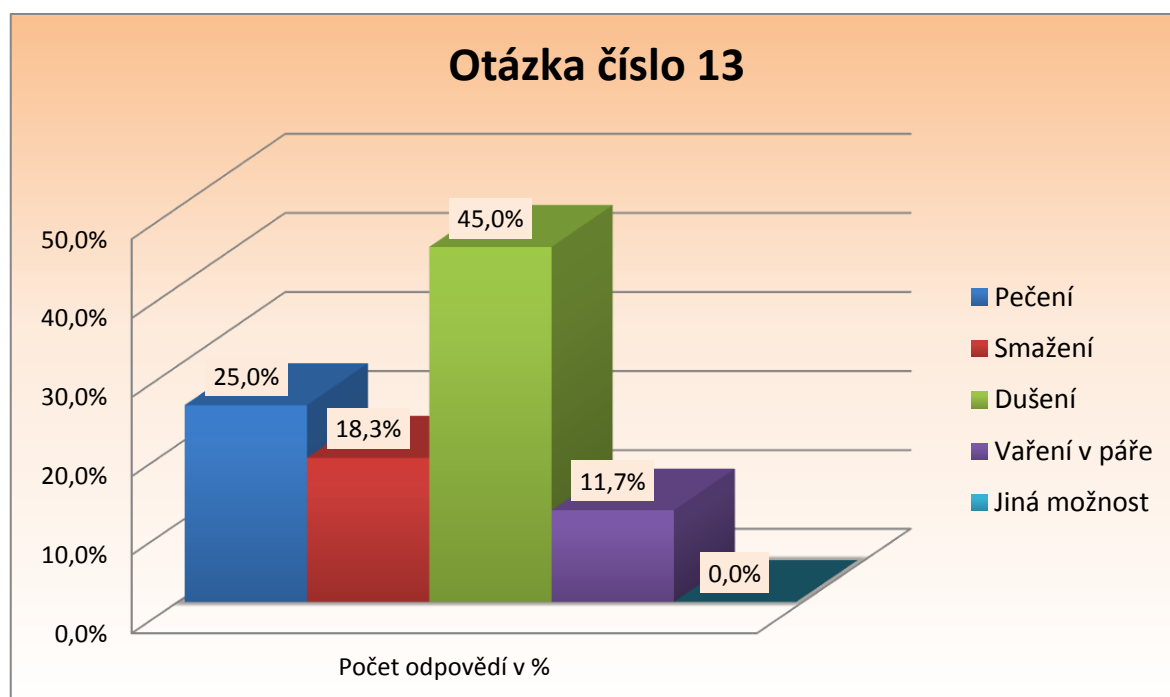
Otázka 13 *Jakou tepelnou úpravu potravin nejčastěji používáte? (lze označit více odpovědí)

Tabulka 13 Způsoby tepelné úpravy potravin

Otázka číslo 13		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Pečení	15	25,0%
Smažení	11	18,3%
Dušení	27	45,0%
Vaření v páře	7	11,7%
Jiná možnost		0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 13 Způsoby tepelné úpravy potravin



U této otázky mohli respondenti odpovědět více možnostmi. Jak vyplývá z grafu 13 a tabulky 13, nejvíce dotazovaní upravují jídlo dušením, přibližně stejně smaží, jako pečou a nejmenší podíl v úpravě jídla má vaření páře.

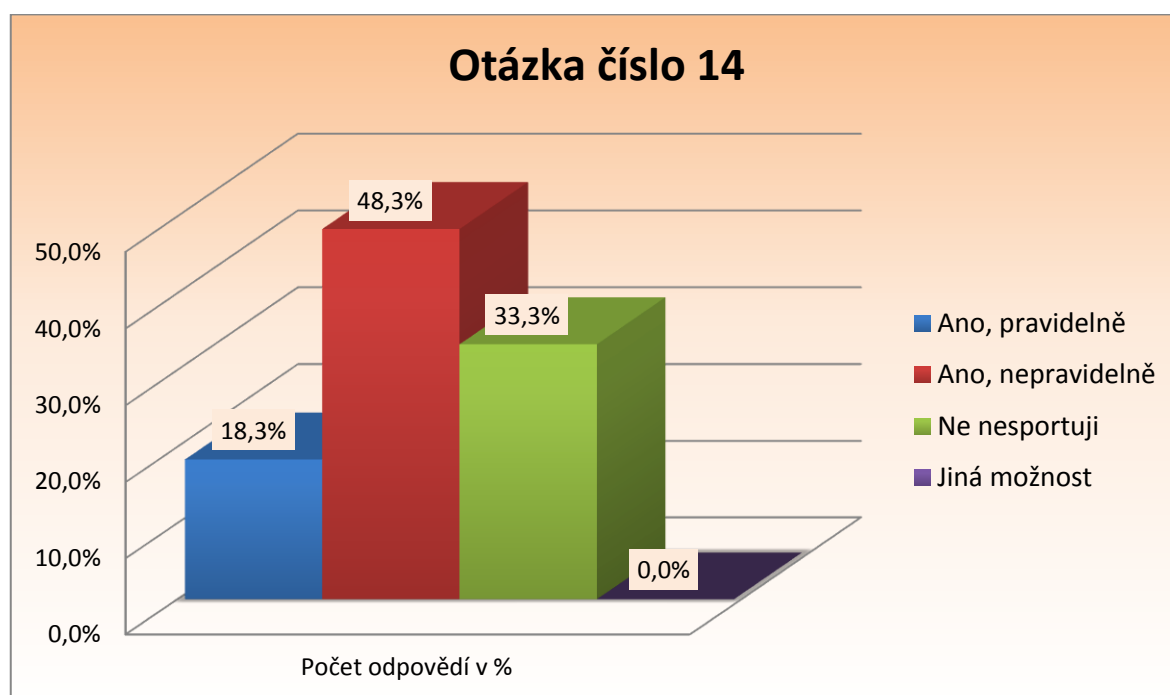
Otázka 14 Sportujete?

Tabulka 14 Sportovní aktivita respondentů

Otázka číslo 14		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano, pravidelně	11	18,3%
Ano, nepravidelně	29	48,3%
Ne nesportuji	20	33,3%
Jiná možnost		0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 14 Sportovní aktivita respondentů



Následující otázky se zaměřuje na pohybovou aktivitu. Z výše uvedené tabulky 14 a grafu 14 vyplývá, že 48,3 % respondentů sportuje nepravidelně, 33,3% respondentů nesportuje vůbec a 18,3 % všech tázaných sportuje pravidelně.

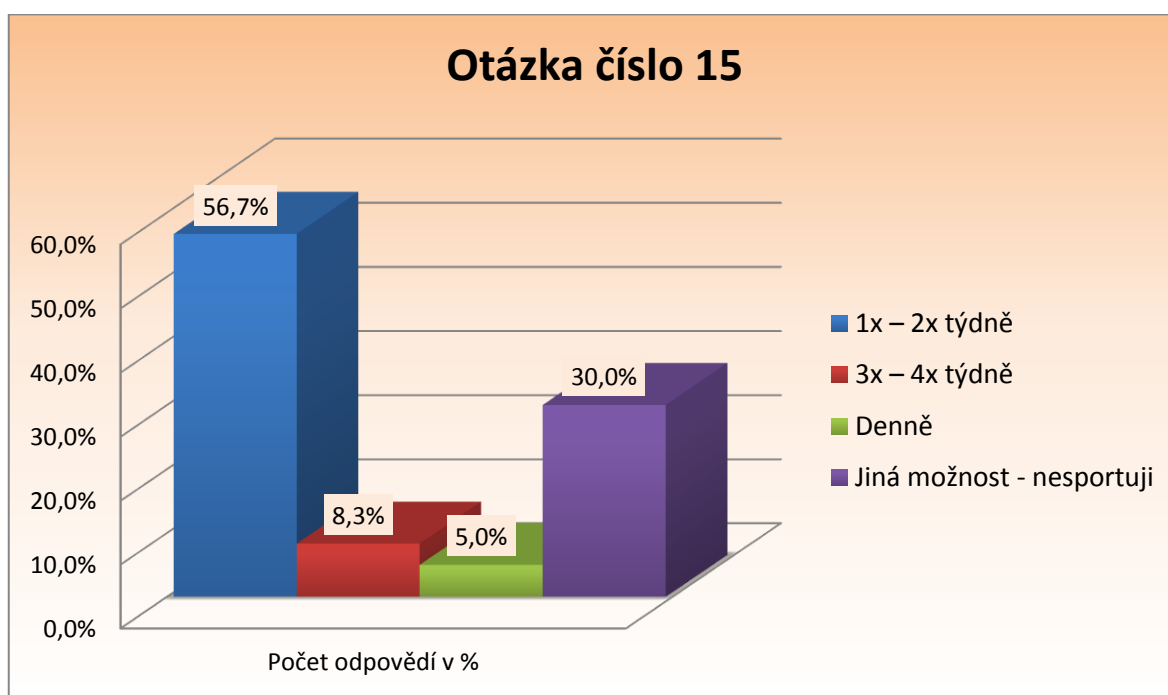
Otázka 15 Kolikrát do týdne provozujete pohybovou aktivitu?

Tabulka 15 Četnost pohybové aktivity týdně

Otázka číslo 15		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
1x – 2x týdně	34	56,7%
3x – 4x týdně	5	8,3%
Denně	3	5,0%
Jiná možnost - nesportuji	18	30,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 15 Četnost pohybové aktivity týdně



Další otázka zabývající se pohybovými režimovými opatřeními se týká četnosti pohybové aktivity. Z tabulky 15 a grafu 15 plyne, že denně si na sport udělá čas jen 5 % respondentů. Obden, či častěji, ne však denně, sportuje 8,3% respondentů. 56,7 % sportuje jednou, či dvakrát do týdne a 30 % dotazovaných nesportuje vůbec.

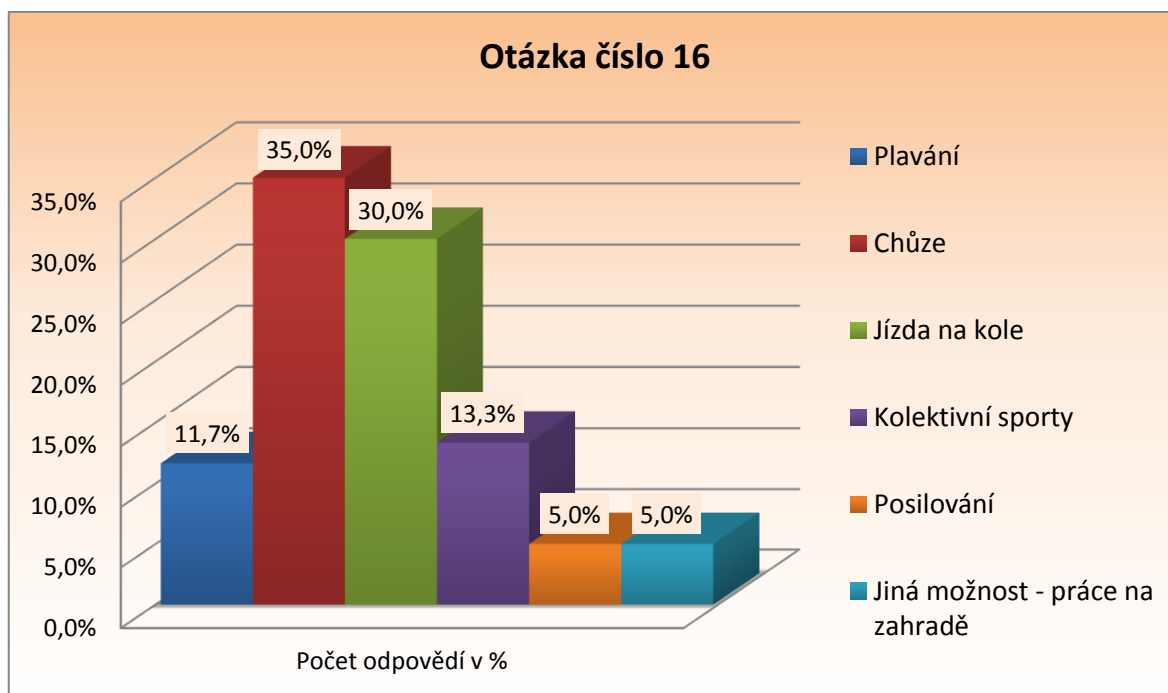
Otázka 16 *Jaký druh sportu (pohybové aktivity) provozujete? (lze označit více odpovědí)

Tabulka 16 Druhy sportovní aktivity respondentů

Otázka číslo 16		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Plavání	7	11,7%
Chůze	21	35,0%
Jízda na kole	18	30,0%
Kolektivní sporty	8	13,3%
Posilování	3	5,0%
Jiná možnost - práce na zahradě	3	5,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 16 Druhy sportovní aktivity respondentů



Z tabulky 16 a grafu 16 k ní náležící vyplývá, že co se týče druhů sportovní aktivity, tak nejvíce (35,0 %) dotazovaní chodí, přibližně stejně (30%) jezdí na kole a 13,3 % jich hraje kolektivní sporty. 11,7 % plave a 5 % chodí do posilovny, či pracuje na zahradě.

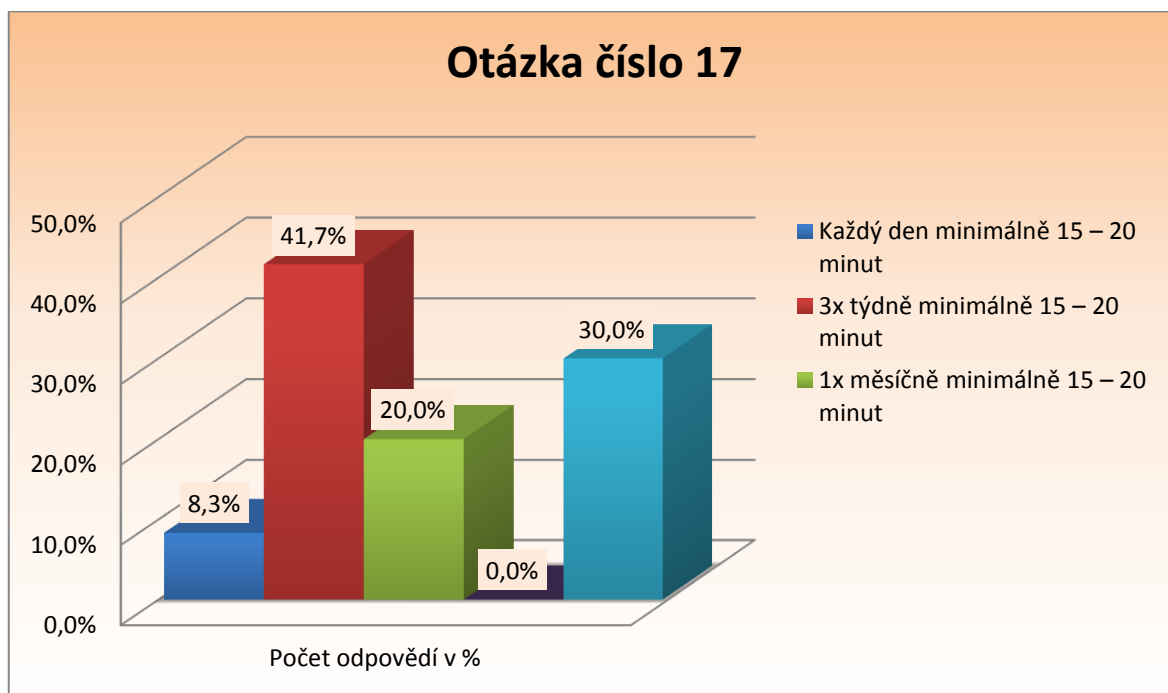
Otázka 17 Jak často provozujete uvedenou pohybovou aktivitu?

Tabulka 17 Sportovní aktivity respondentů

Otázka číslo 17		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Každý den minimálně 15 – 20 minut	5	8,3%
3x týdně minimálně 15 – 20 minut	25	41,7%
1x měsíčně minimálně 15 – 20 minut	12	20,0%
Méně než 1x měsíčně		0,0%
Jiná možnost	18	30,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 17 Sportovní aktivity respondentů



V poslední otázce ohledně sportovní aktivity se zajímám, jak často uvedenou aktivitu respondent provozuje. Z tabulky 17 a grafu 17 plyne, že každý den se sportu věnuje minimálně 15 minut 8,3 % respondentů. Největší zastoupení respondentů (41,7%) sportuje 3x týdně po dobu aspoň 15ti minut. Jednou měsíčně se sportu věnuje 20 % dotazovaných. 30 % respondentů sportuje jinak, než nabízím v dotazníku.

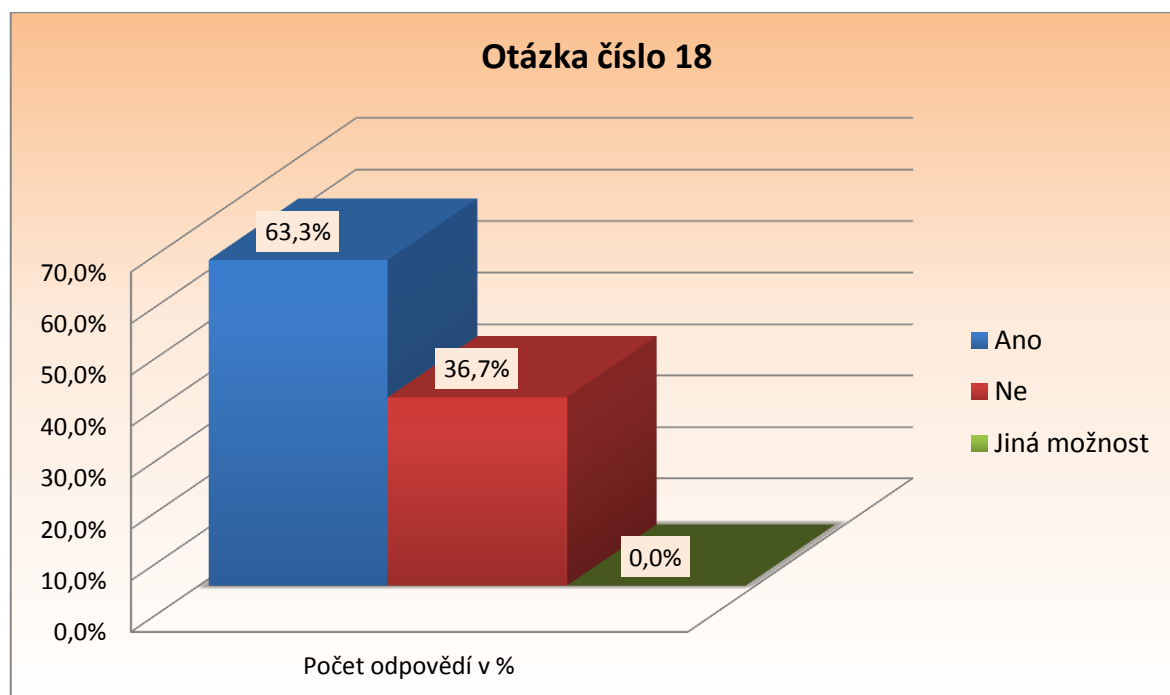
Otázka 18 Probíhá kontrola Vašich režimových opatření v kardiologické poradně pravidelně?

Tabulka 18 Pravidelnost kontrol respondentů

Otázka číslo 18		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	38	63,3%
Ne	22	36,7%
Jiná možnost		0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 18 Pravidelnost kontrol respondentů



Otázkou 18 zjišťuji, zda pacienti chodí pravidelně na kontroly do kardiologických poraden, tudíž z tabulky 18 a grafu 18 vyplývá, že 38 dotazovaných (63,3 %) uvádí, že na kontroly chodí pravidelně. Zbylých 22 (36,7 %) přiznává, že pravidelně do poradny nechodí.

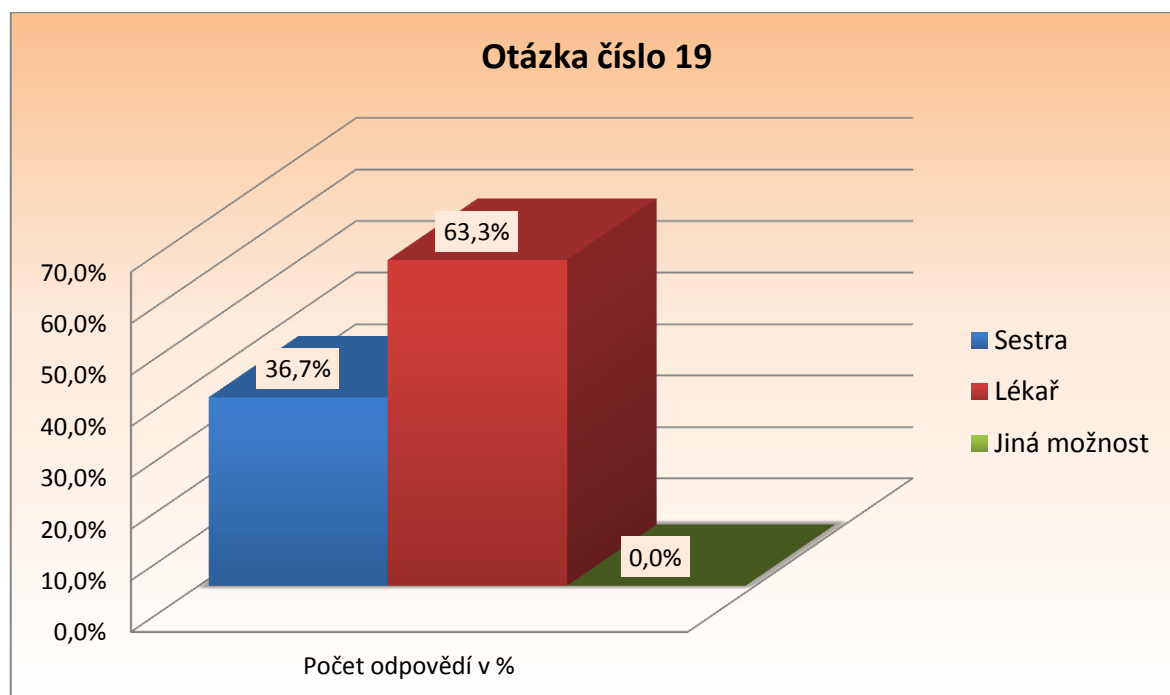
Otázka 19) Kdo Vás kontroluje při vaší pravidelné návštěvě v kardiologické poradně, zda dodržíte všechna doporučená režimová opatření?

Tabulka 19 Zastoupení personálu při kontrole

Otázka číslo 19		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Sestra	22	36,7%
Lékař	38	63,3%
Jiná možnost		0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 19 Zastoupení personálu při kontrole



Z výše uvedené tabulky 19 a grafu 19 můžeme vypočítat poměr zastoupení personálu při kontrolách v kardiologických poradnách. 63,3 % respondentů kontroluje lékař, 36,7 % respondentů kontroluje sestra, 0,0 % respondentů kontroluje jiná možnost.

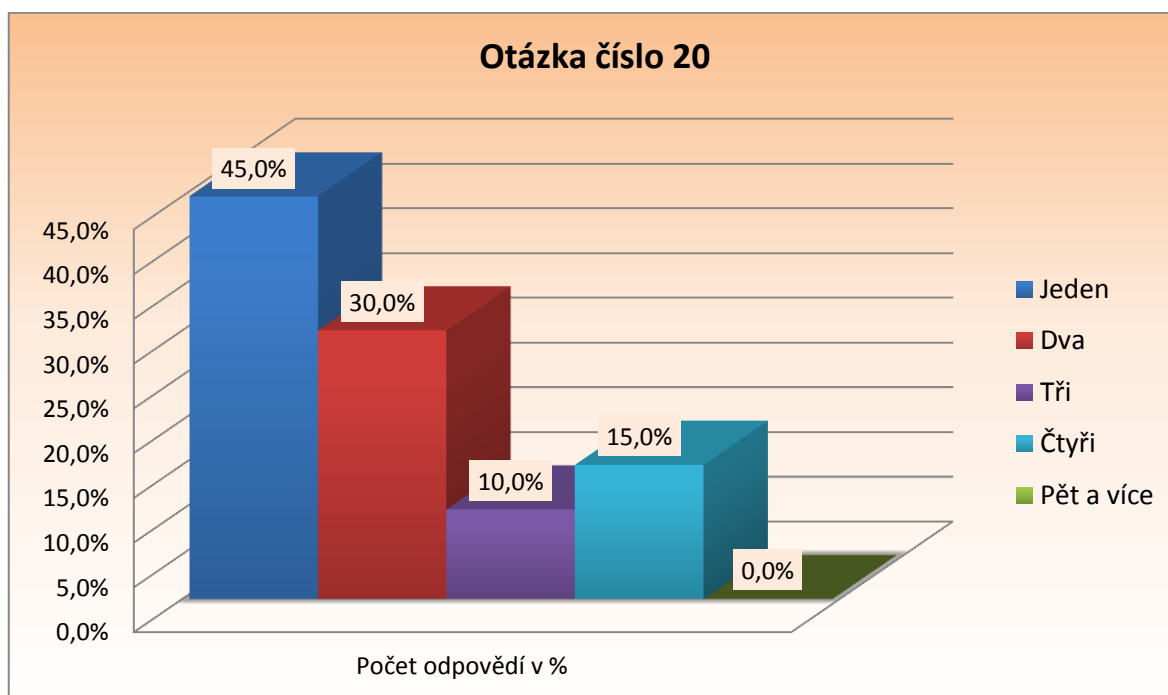
Otázka 20 Kolik infarktů myokardu jste prodělal/a?

Tabulka 20 Počet prodělaných infarktů

Otázka číslo 20		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Jeden	27	45,0%
Dva	18	30,0%
Tři	6	10,0%
Čtyři	9	15,0%
Pět a více	0	0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 20 Počet prodělaných infarktů



V tabulce 20 a grafu 20 máme shrnutá data ohledně počtu prodělaných infarktů u dotazovaných. 45 % respondentů prodělalo infarkt jednou, 30 % dvakrát a tři infarkty mělo 10 %. 15 % mělo infarkt 4krát a nikdo z nich 5krát a vícekrát.

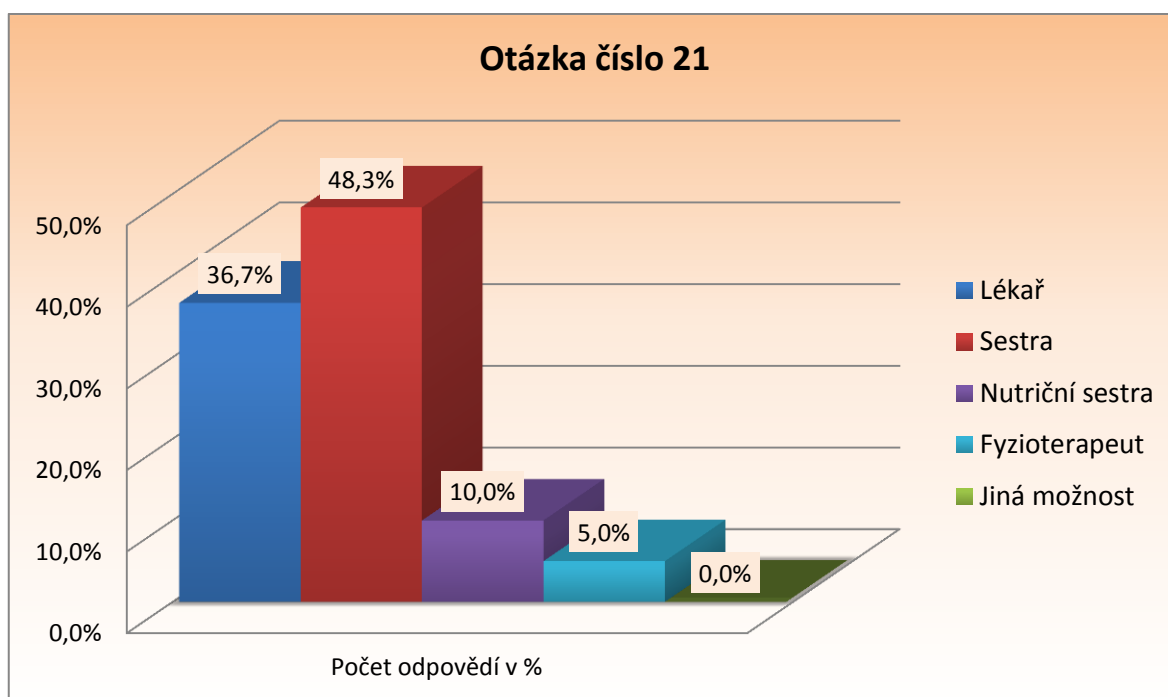
Otázka 21 *Kdo Vás informoval o změnách životního stylu po infarktu myokardu? (lze označit více odpovědí)

Tabulka 21 Osoby podávající informace

Otázka číslo 21		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Lékař	22	36,7%
Sestra	29	48,3%
Nutriční sestra	6	10,0%
Fyzioterapeut	3	5,0%
Jiná možnost	0	0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 21 Osoby podávající informace



V následující otázce mohli dotazovaní odpovědět více možností. Z tabulky 21 a grafu 21 plyne, že zjišťují, kdo je informoval o změnách životního stylu po prodělaném infarktu myokardu. 48,3 % respondentů o změnách životního stylu informovala sestra, 36,7 % informoval lékař a 10 % respondentů informovala nutriční sestra. 5 % dotazovaných osob informoval fyzioterapeut.

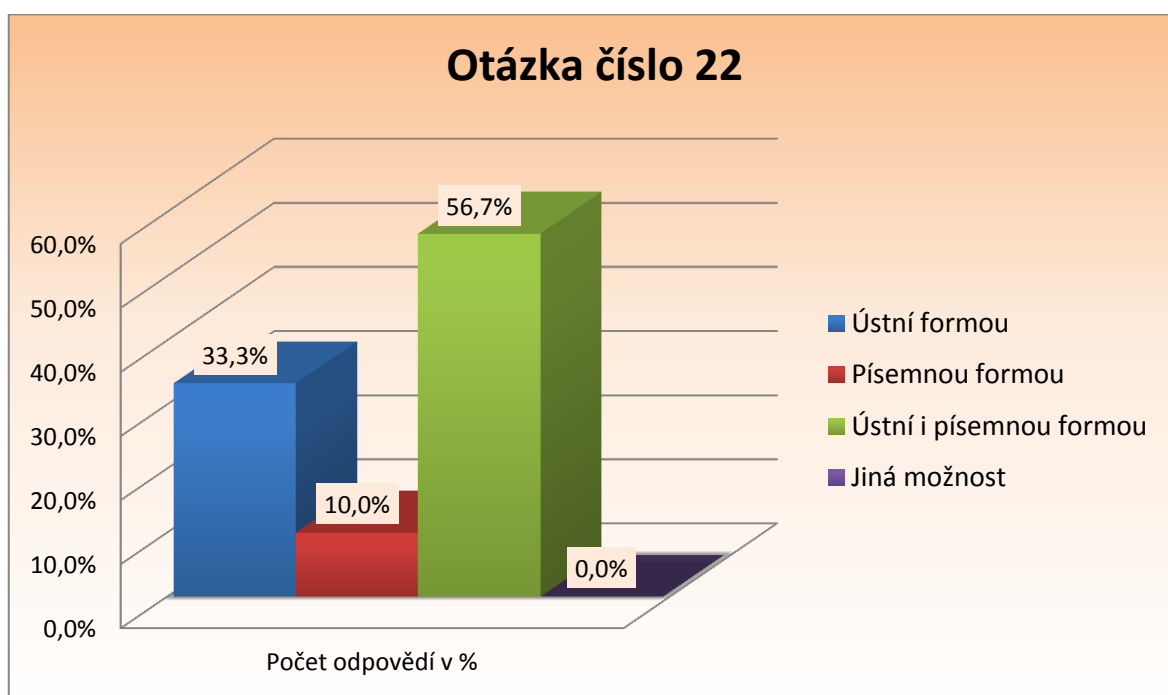
Otázka 22 Jakou formou Vám byly informace poskytnuty?

Tabulka 22 Forma podání informací

Otázka číslo 22		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ústní formou	20	33,3%
Písemnou formou	6	10,0%
Ústní i písemnou formou	34	56,7%
Jiná možnost	0	0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 22 Forma podání informací



Z této tabulky 22 a grafu 22 vyplývá, jakým způsobem byly informace o změnách životního stylu respondentům poskytovány. 56,7 % z nich dostalo informace jak ústní, tak písemnou formou. 33,3 % dotazovaných byly informace podány ústně a 10 % dostalo informace pouze písemnou formou.

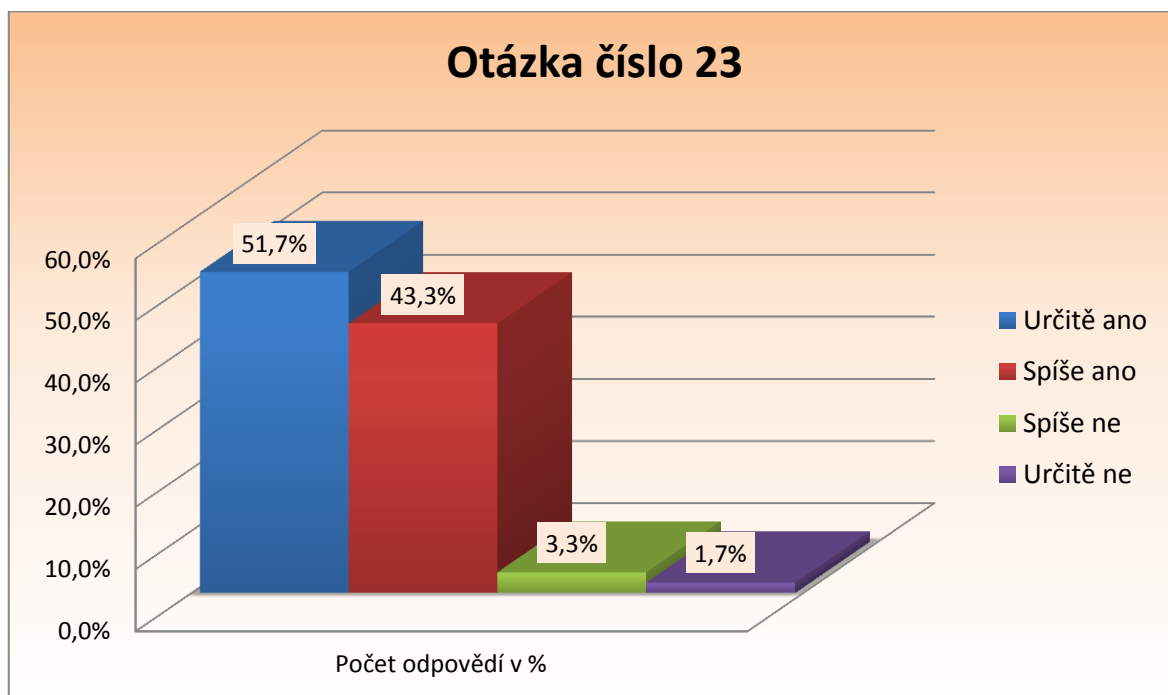
Otázka 23 Zhodnotil/a byste poskytnuté informace jako dostatečné?

Tabulka 23 Míra dostatečnosti poskytnutých informací

Otázka číslo 23		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Určitě ano	31	51,7%
Spíše ano	26	43,3%
Spíše ne	2	3,3%
Určitě ne	1	1,7%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 23 Míra dostatečnosti poskytnutých informací



Z tabulky 23 a grafu 23 můžeme vypočítat, že 31 dotazovaných hodnotí poskytnuté informace jako naprosto prospěšné a 26 dalších jako prospěšné. Jako neprospěšné hodnotí poskytnuté informace 2 dotazovaní a jeden respondent tvrdí, že poskytnuté informace byly naprosto neprospěšné.

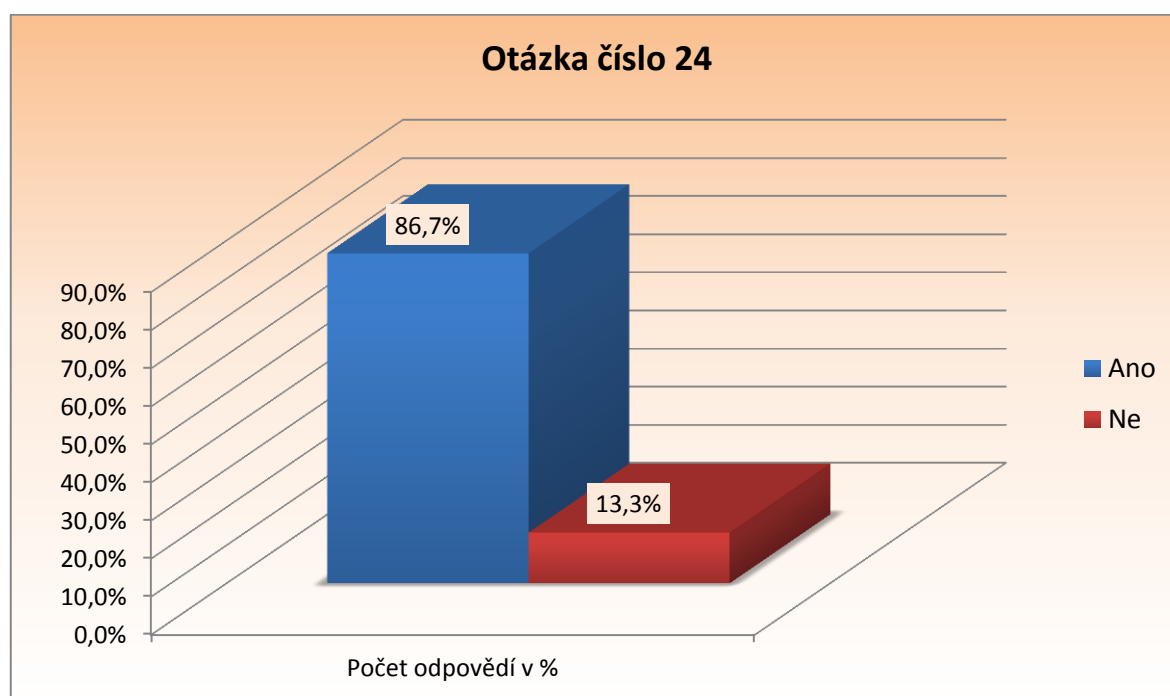
Otázka 24 Snažíte se sami aktivně vyhledávat informace o změnách životního stylu?

Tabulka 24 Aktivita ve vyhledávání informací

Otázka číslo 24		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	52	86,7%
Ne	8	13,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 24 Aktivita ve vyhledávání informací



Z výše uvedené tabulky 24 a grafu 24 vyplývá, že 86,7 % respondentů si aktivně vyhledává informace a novinky ve změnách životního stylu. Zbýlých 13,3 % si vystačí s informacemi, které již nabyli.

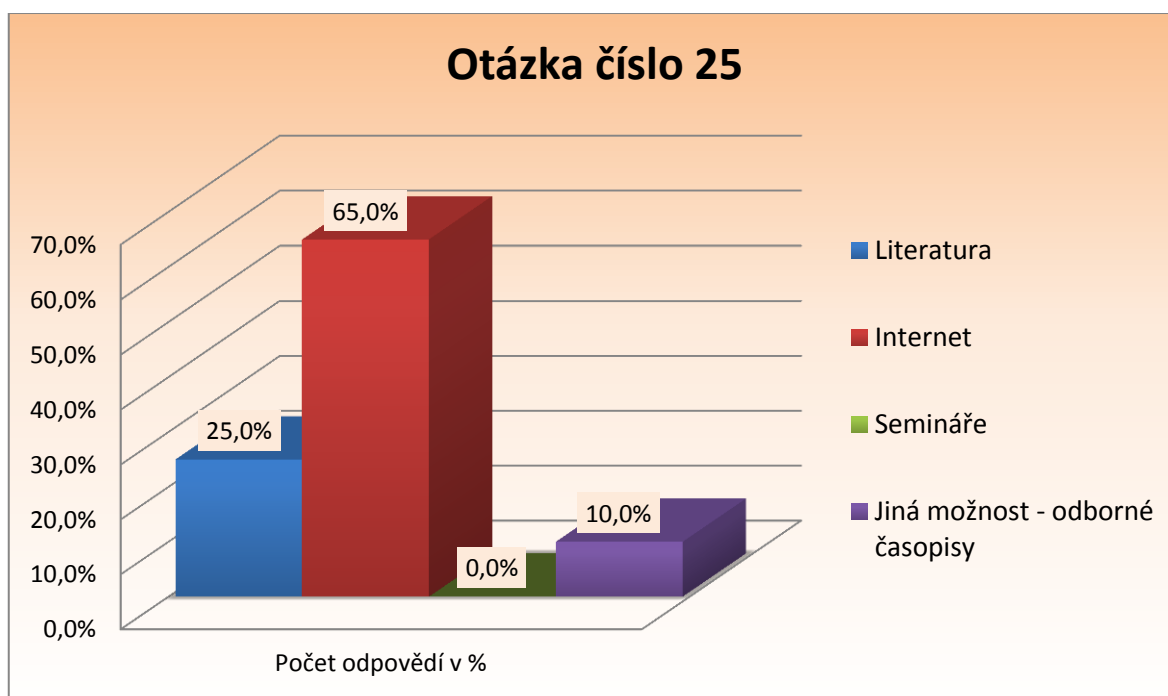
Otázka 25 Jaké další zdroje používáte k vyhledávání preventivních opatření?

Tabulka 25 Druhy zdrojů používaných k vyhledávání preventivních opatření

Otázka číslo 25		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Literatura	15	25,0%
Internet	39	65,0%
Semináře	0	0,0%
Jiná možnost - odborné časopisy	6	10,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 25 Druhy zdrojů používaných k vyhledávání preventivních opatření



V další otázce bylo cílem zjistit, jaké zdroje pacienti používají k získávání informací o preventivních opatřeních. Z tabulky 25 a grafu 25 plyne, že 65 % používá internet, 25 % literaturu a 10 % čerpá znalosti z odborných časopisů. Na semináře o prevenci infarktu nechodí nikdo z dotazovaných.

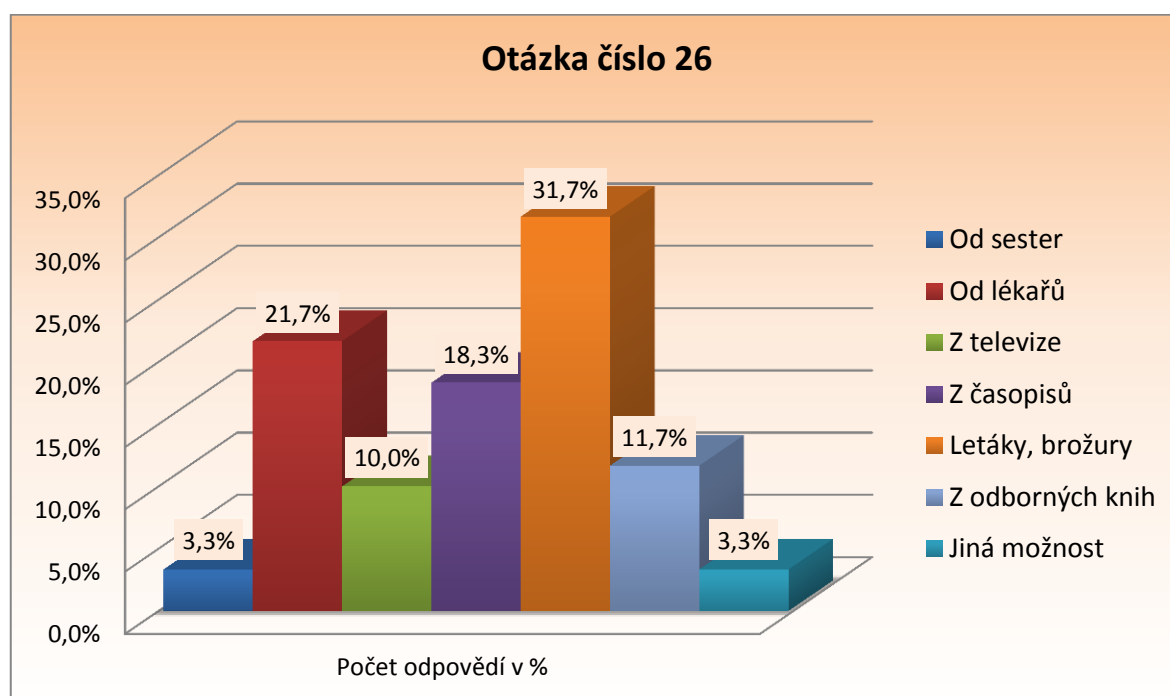
Otázka 26 *Z jakých zdrojů jste získal nejvíce informací o prevenci infarktu myokardu? (lze označit více odpovědí)

Tabulka 26 Zdroje informací

Otázka číslo 26		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Od sester	2	3,3%
Od lékařů	13	21,7%
Z televize	6	10,0%
Z časopisů	11	18,3%
Letáky, brožury	19	31,7%
Z odborných knih	7	11,7%
Jiná možnost	2	3,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 26 Zdroje informací



V tabulce 26 a grafu 26 se opět setkáváme s otázkou, na kterou mohli dotazovaní odpovědět více možnostmi. Zajímalo mě, odkud převážně dostávali pacienti informace o prevenci infarktu myokardu. Nejvíce (31,7 %) se respondenti dozvěděli z letáků a

brožur, 18,3 % respondentů získali informace z časopisů, 10 % z televize a 11,7 % z odborných knih. Dalších 21,7 % respondentů tvrdí, že získali nejvíce informací od lékaře a jen 3,3 % dotazovaných uvádí informace od sestry, či odjinud.

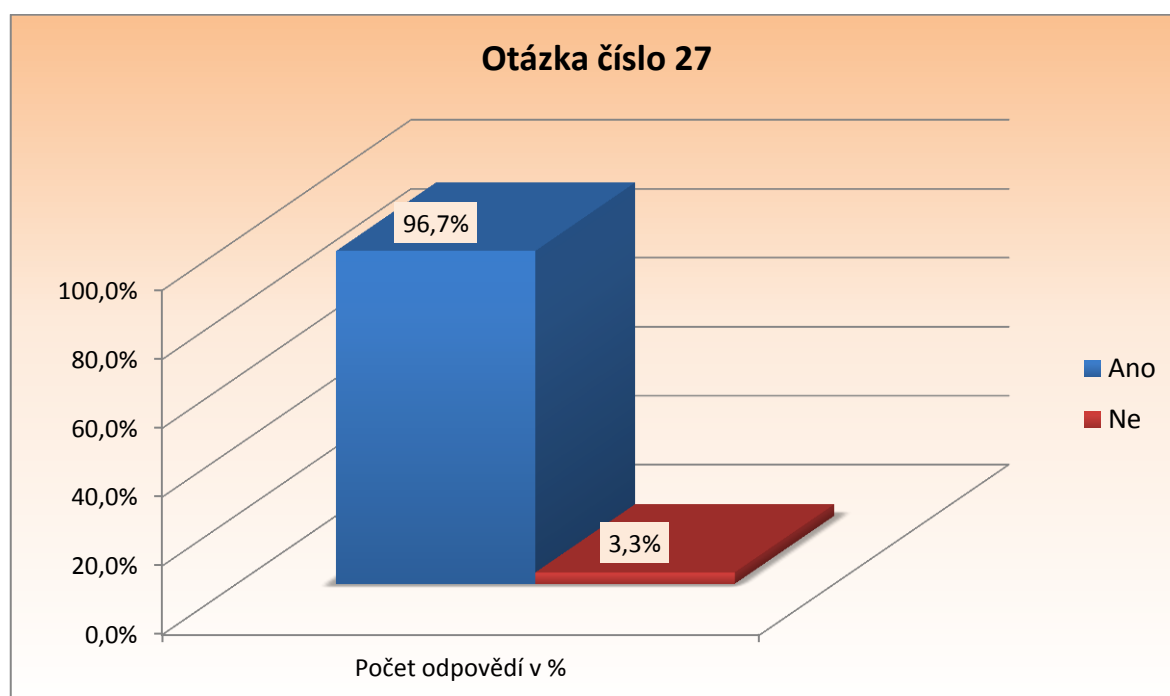
Otázka 27 Byl/a jste informován/a po infarktu myokardu o změnách životního stylu?

Tabulka 27 Vyjádření poměru ne/informovanosti

Otázka číslo 27		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	58	96,7%
Ne	2	3,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 27 Vyjádření poměru ne/informovanosti



V tabulce 27 a grafu 27 vidíme, že 96,7 % respondentů tvrdí, že bylo po infarktu myokardu informováno o změnách životního stylu. Zbýlých 3,3 % informace nedostalo.

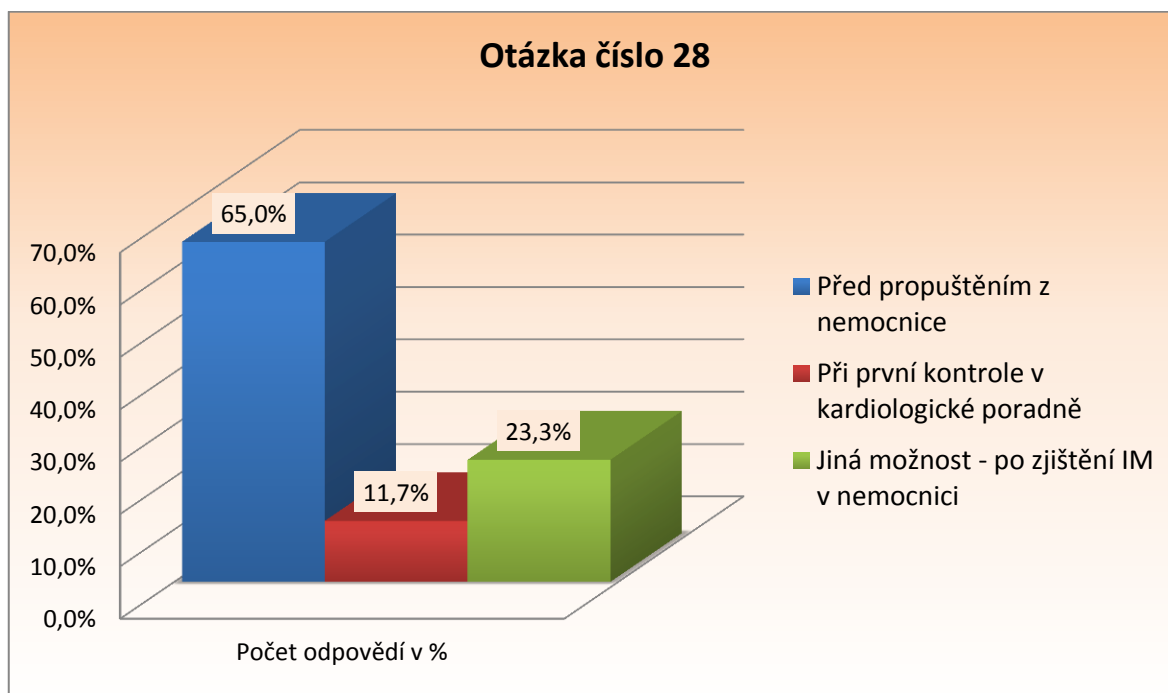
Otázka 28 Kdy jste byl/a informován/a o prevenci **infarktu myokardu**?

Tabulka 28 Kdy byli respondenti informováni

Otázka číslo 28		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Před propuštěním z nemocnice	39	65,0%
Při první kontrole v kardiologické poradně	7	11,7%
Jiná možnost - po zjištění IM v nemocnici	14	23,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 28 Kdy byli respondenti informováni



V této otázce jsem se zajímala o to, kdy byly pacientům podány první informace o prevenci infarktu myokardu. V tabulce 28 a grafu k níž přiřazeným 65 % dotazovaných bylo poučeno před propuštěním z nemocnice, 23,3% po zjištění infarktu myokardu v nemocnici a zbylých 11,7 % až při kontrole v kardiologické poradně.

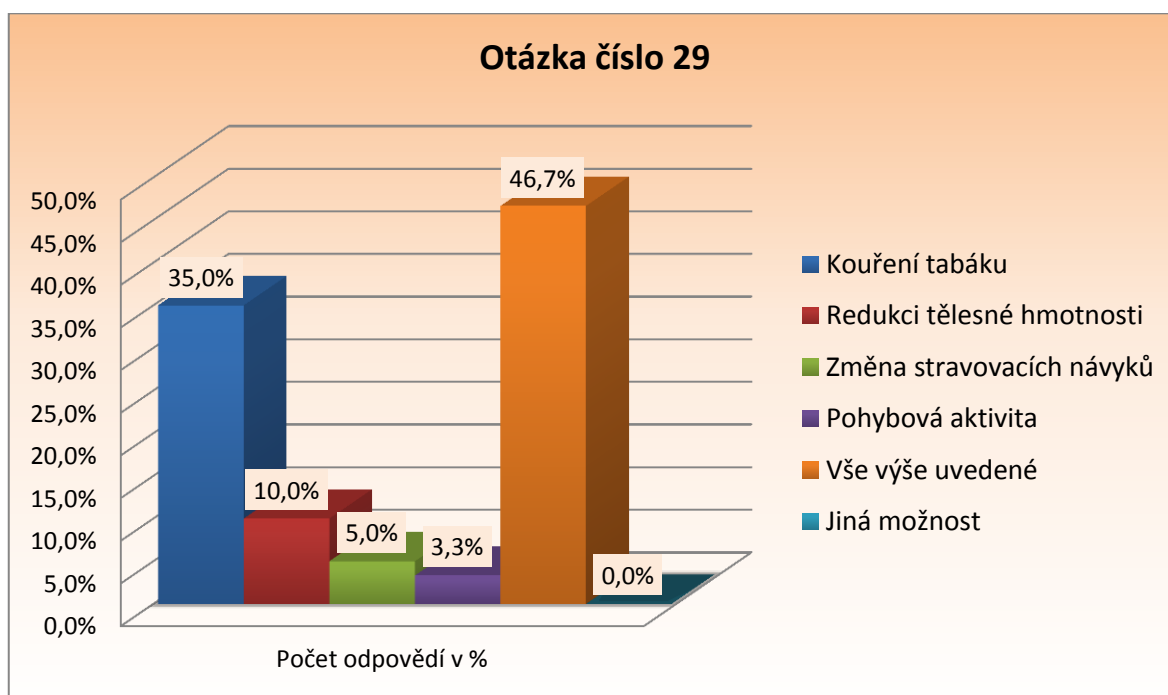
Otázka 29 *O jakých změnách životního stylu byste rád/a získal/a více informací? (lze označit více odpovědí)

Tabulka 29 Informovanost o oblastech životního stylu

Otázka číslo 29		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Kouření tabáku	21	35,0%
Redukci tělesné hmotnosti	6	10,0%
Změna stravovacích návyků	3	5,0%
Pohybová aktivita	2	3,3%
Vše výše uvedené	28	46,7%
Jiná možnost		0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 29 Informovanost o oblastech životního stylu



Necelá polovina (46,7%) dotazovaných, by si přálo dostat hlubší informace o všech preventivních opatřeních, která jsou vyjmenovaná v tabulce 29 a grafu 29. Nutno podotknout, že pacienti mohli odpovídat na otázku více možnostmi. 35 % dotazovaných by ocenilo více informací v oblasti odvykání kouření, 10 % respondentů by se rádo

dozvědělo více o metodách redukce váhy. 5 % v oblasti změny jídelníčku a posledních 3,3 % respondentů by si přálo vědět více o pohybových aktivitách.

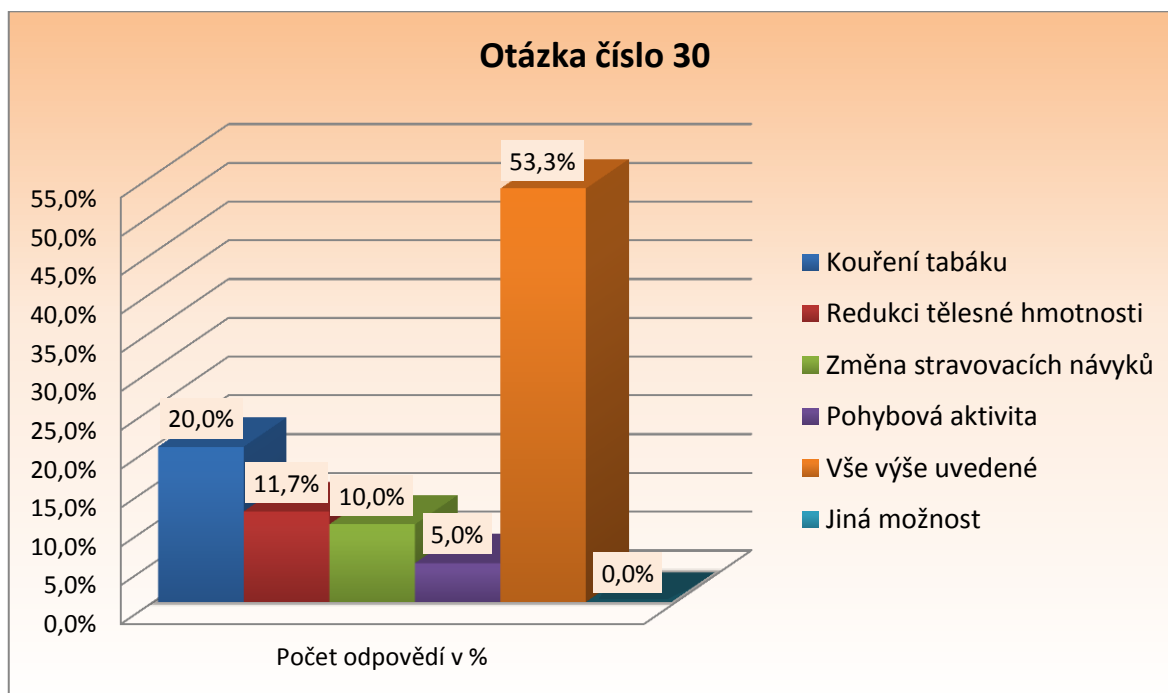
Otázka 30 *Která z níže uvedených změn životního stylu jsou u Vás kontrolována? (lze označit více odpovědí)

Tabulka 30 Kontroly změn životního stylu

Otázka číslo 30		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Kouření tabáku	12	20,0%
Redukci tělesné hmotnosti	7	11,7%
Změna stravovacích návyků	6	10,0%
Pohybová aktivita	3	5,0%
Vše výše uvedené	32	53,3%
Jiná možnost	0	0,0%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 30 Kontroly změn životního stylu



Zde jsem se zajímala o to, která konkrétní opatření jsou kontrolována u pacientů. V tabulce 30 a grafu 30, 32 dotazovaných (53,3 %) tvrdí, že byla kontrolována vše opatření uvedena v tabulce výše. U 12ti respondentů (20,0 %) bylo kontrolováno

kouření, 7ti (11,7 %) byla kontrolována hmotnost. Ke změně jídelníčku a pohybové aktivitě se vyjádřilo po 6ti a 7mi respondentech (10 % a 11,7%) dotazovaných.

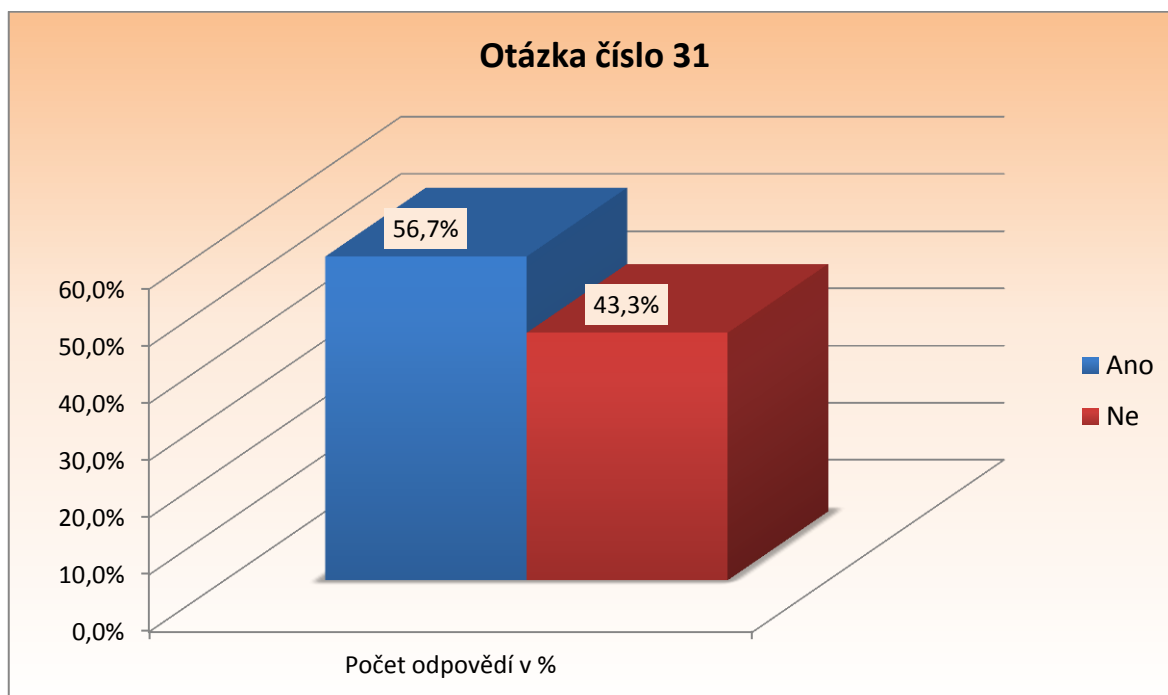
Otázka 31 Kouřil/a jste tabákové výrobky před infarktem myokardu?

Tabulka 31 Zastoupení ne/kuřáků před infarktem myokardu

Otázka číslo 31		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	34	56,7%
Ne	26	43,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 31 Zastoupení ne/kuřáků před infarktem myokardu



V posledních dvou otázkách jsem se zajímala o to, zda pacienti kouřili před IM, zda kouřit přestali po IM, či nadále kouří. V tabulce 31 a grafu 31 bylo vyhodnoceno, že před IM kouřilo 56,7 % respondentů (34 dotazovaných). Z nich 46,7 % po IM kouřit přestalo. 15 % kouřit nepřestalo ani po IM. 23% z výše uvedených 24 respondentů kouření aspoň omezilo.

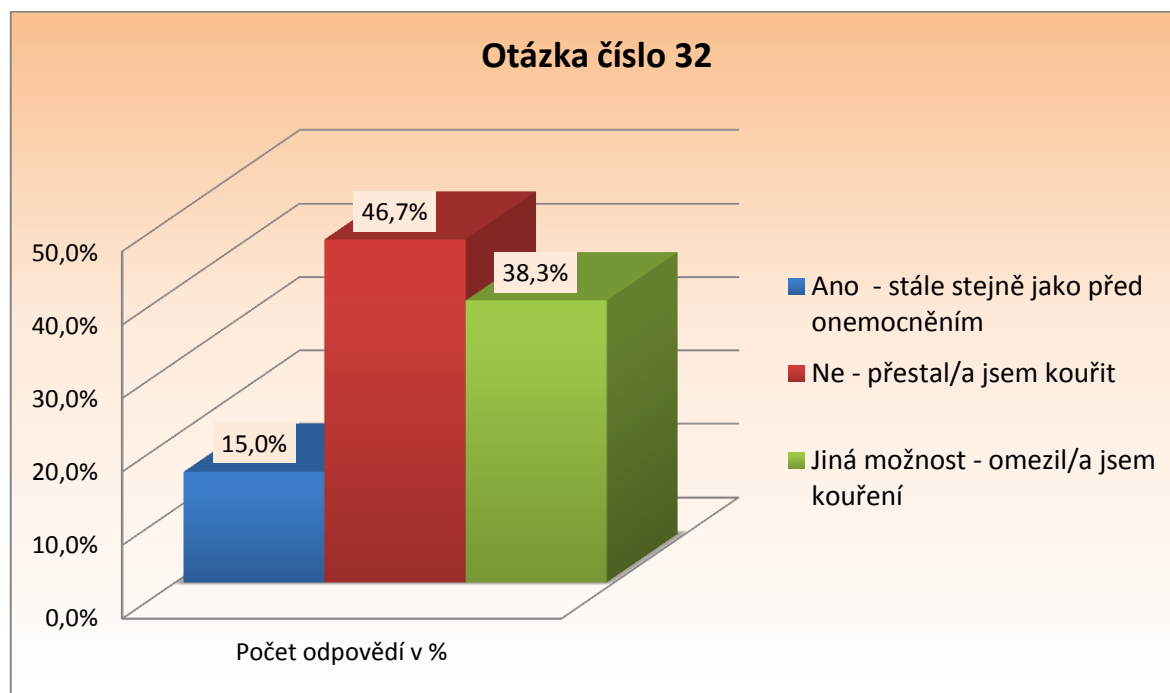
Otázka 32 Kouříte nyní tabákové výrobky?

Tabulka 32 Zastoupení ne/kuřáků po infarktu myokardu

Otázka číslo 32		
	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano - stále stejně jako před onemocněním	9	15,0%
Ne - přestal/a jsem kouřit	28	46,7%
Jiná možnost - omezil/a jsem kouření	23	38,3%
Celkem	60	100,0%

Zdroj: autor (vlastní)

Graf 32 Zastoupení ne/kuřáků po infarktu myokardu



Vysvětlení k tomuto grafu a tabulce viz vysvětlivky u grafu a tabulky 31.

7 DISKUZE

Infarkt myokardu je jeden z nejvíce rozšířených onemocnění kardiovaskulárního aparátu v České republice. Toto onemocnění se vyskytuje u pacientů, kteří nedodržují správně režimová opatření a postihuje nejen muže ale také ženy. Nejvíce rizikovou skupinou jsou lidé, kteří mají špatný přístup sami k sobě, jsou netrpěliví, žijí neustále v časovém presu, jsou soutěživí, nadměrně průbojní, neklidní, nedodržují správnou životosprávu, kouří a nemají žádnou fyzickou aktivitu.

Bakalářská práce byla zaměřena na monitoring režimových opatření u pacientů po infarktu myokardu. Stanovili jsme si jeden průzkumný problém, zda pacienti po prodělaném infarktu myokardu správně dodržují všechna režimová opatření. Průzkumnými otázkami jsme u dotazovaných získávali a následně analyzovali míru informovanosti a dodržování režimových opatření.

Za účelem průzkumu jsme vytvořili zcela anonymní dotazník, který byl zaměřený na monitoring režimových opatření u pacienta po infarktu myokardu. Do průzkumného šetření jsme zahrnuli režimová opatření jako je kouření, změna stravovacích návyků, pohybová aktivita a redukce tělesné hmotnosti. Zajímalo nás, v jaké míře jsou respondenti informováni o režimových opatřeních, protože dostatečnost informovanosti považujeme za nejdůležitější část primární prevence a následně jak režimová opatření dodržují.

V jedné z kategorizačních otázek jsme identifikovali nejrizikovější věkovou skupinu pro vznik infarktu myokardu, což bylo 56 – 65 let, v množství 43,3% respondentů, další byli respondenti ve věku 46 – 55 let v množství 28,3% dotazovaných. Tyto dvě skupiny respondentů, jsou nejvíce rizikovějšími skupinami pro vznik infarktu myokardu. Ve větší míře podle analyzačního průzkumu IM postihuje muže v 61,7% a ženy ve 38,3%. Mezi identifikační otázky jsme zařadili, jaké nejvyšší ukončené vzdělání respondenti mají. Nejvíce respondentů odpovědělo středoškolské s maturitou, poté středoškolské bez maturity, následně základní a v neposlední řadě je vysokoškolské a vyšší odborné. Na otázku, o jakých režimových opatření by dotazovaní rádi získali více informací, odpovědělo, 13,3 % respondentů (8 osob) by rádo získalo

více informací o metodách odvykání kouření, 10 % (6 osoby) o redukci tělesné hmotnosti a 11,7 % (7 osob) o změnách stravovacích návyků. Zatím co nejvyšší procento respondentů (33,3 %) by rádo získalo více informací o všech výše zmíněných režimových opatření, pouze 6,7% (4 lidé) by si přáli získat více informací o důležitosti pohybové aktivity.

Je to vskutku nemilé zjištění, protože pacienti po prodělaném infarktu myokardu, by měli být dobře informováni alespoň o dvou ze čtyřech režimových opatření. Dále jsme zjistili, že jsou pacienti více informováni od lékařů než od sester, což odpovědělo 38 respondentů z 60 dotazovaných. Podle našeho názoru by se sestry měly více zapojovat do pravidelných kontrol a informovanosti klienta. Zdroje jak informovat klienta máme hned několik např. ústní formou, ta je nejvíce používaná, písemnou formou, brožury, letáky, semináře, internetové zdroje, odborná literatura, televize apod. Tyto formy by měla sestra znát, aby je mohla pacientovi doporučit. Aby se nevyskytovala různorodost doporučení o režimových opatřeních, bylo by vhodné, aby byly vytvořeny jednotné letáky a semináře a to všude stejné. Jak každý pacient po prodělaném infarktu ví, je nutné změnit svou váhu. Na otázku jaká je hmotnost respondenta po prodělaném IM, odpovědělo 28 respondentů, nižší o 2 – 3 kg. To je pro nás dobré zjištění, protože je velice nezbytné aby si nemocný uvědomil, že obezita, je jeden z velkých faktorů, který přispívá k recidivě onemocnění. Za to 25 dotazovaných uvedlo, že je jejich váha stejná jako před IM a alarmujících 7 osob uvedlo, že je jejich váha dokonce vyšší o 5 kg než před proděláním IM. Nad tímto by se měli zamyslet. Může jim v redukci tělesné hmotnosti pomoci jak lékař, tak sestra ale musejí nejprve chtít oni sami. Na tuto otázku dobře navazuje další otázka, kterou jsme se respondentů ptali a to je, zdali změnili svoje stravovací návyky. Na tuto otázku nám 27 respondentů odpovědělo, že ano - úplně. To je pro nás velice milé zjištění, i když 27 respondentů, je menšina z 60 dotazovaných. Dále jich 19 uvedlo, že ano – částečně a 14 respondentů nezměnilo svoje stravovací návyky. Tady v této problematice, by mohla nemocnému pomoci i jeho rodina, když se zapojí všichni členové. Je to dobrá primární prevence i pro ně. Do změn stravovacích návyků patří i jaký druh pečiva respondenti konzumují, ne všechny druhy jsou považovány za dobré. Jeden z nejlepších druhů je tmavé pečivo, což uvedlo 34 dotazovaných za svou konzumaci, dále se mezi ně řadí celozrnné pečivo, to konzumuje 16 dotazovaných a mezi ty, které nejsou vhodné do primární prevence v konzumaci pečiva je světlé pečivo, což uvedlo 10 respondentů. Do další primární

prevence řadíme i druh konzumovaného masa. Z analyzačního průzkumu jsme zjistili, že nejvíce respondentů konzumuje kuřecí maso a nejméně hovězí maso. Mezi konzumaci masa patří také ryby. Rybí maso obsahuje více bílkovin, vitamínů, vzácný jód, omega – 3 mastné kyseliny a jiné. Tyto látky výrazně snižují riziko srdečních chorob a nemocí krevního oběhu. Na otázku jak často respondenti konzumují rybí maso, odpovědělo 45% dotazovaných, že jedí ryby 2x – 3x týdně, což považujeme za výborný výsledek průzkumu. Dalších 26,7% odpovědělo, že konzumují ryby 1x týdně, 16,7% 1x měsíčně a 7 respondentů ryby nejedí, což jim nemůžeme mít za zlé. Jednou z nejdůležitějších částí konzumace je úprava potravin. Za nejvhodnější úpravu považujeme dušení, vaření v páře a pečení. Mezi ty, které jsou nevhodné, patří smažení, zejména na živočišných tucích a fritování potravin. Nejvíce dotazovaných na otázku jakou tepelnou úpravu používají nejčastěji odpovědělo, že dušení je pro ně nejvhodnější a to 27 respondentů, dalších 11 používá smažení, 15 pečení a pouhých 7 dotazovaných používá vaření v páře. Zde jsme se od respondentů dozvěděli, že nejvíce dotazovaných používá na úpravu potravin rostlinný olej a sádlo. Palmový olej, který je nejlepší na vaření nepoužívá nikdo. Mezi další primární prevenci patří požívání ovoce a zeleniny. Jak sami víte, ovoce a zelenina obsahuje vitamíny, které jsou tělu potřebné. Na otázku kolik kusů ovoce a zeleniny denně respondenti konzumují, odpovědělo nejvíce 26 dotazovaných 2 – 3 kusy denně a méně než 1 kus 20 respondentů. Toto je pro nás velice dobré zjištění, protože by nemocní měli sníst alespoň jeden kus ovoce nebo zeleni denně.

Mezi režimová opatření po infarktu myokardu patří také sport. Je nezbytně důležitý, pro změnu tělesné hmotnosti. Nestačí pouze, aby pacient po IM měl správnou životosprávu. Všechna režimová opatření spolu úzce souvisí. Proto jsme se našich respondentů ptali, zda sportují. Většina dotazovaných, odpovědělo, že sportují a třetina, že nesportují. Četnost pohybové aktivity u dotazovaných byla vcelku uspokojivá, protože 34 respondentů uvedlo, že provozují pohybovou aktivitu 1x – 2x týdně, 5 osob 3x – 4x týdně a 3 respondenti sportují denně. Dalších 18 dotazovaných uvedlo, že nesportují a řadí se mezi osoby, které nedodrží doporučená režimová opatření. U těchto pacientů, by se měli sestry zaměřit více na pohybovou aktivitu a motivovat je ke sportu. Doporučili bychom sestřám, aby respondentům nabídli některé druhy sportu jako je např. plavání, chůze, jízda na kole, kolektivní sporty a posilování. Tyto druhy sportů jsme zařadili i mezi naši další analyzační otázku a nejvíce respondentů uvedlo to

je 21 a 18 dotazovaných, že jejich sportovní aktivita je chůze a jízda na kole. Další uvedli, plavání, kolektivní sporty, posilování a práci na zahradě. Z toho cvičí každý den minimálně 3x týdně po dobu 15 až 20 minut 25 dotazovaných, 1x měsíčně 15 až 20 minut 12 dotazovaných a každý den po dobu 15 až 20 minut pouze 5 respondentů.

Do dalších analyzačních průzkumných otázek jsme zařadili fakt, zda u klientů po prodělaném IM dochází k pravidelné kontrole při návštěvě kardiologické poradny. Z 60 dotazovaných, uvedlo 38 osob, že ano a 22 respondentů uvedlo, že ne. Pravidelné kontroly, jsou nezbytně nutné u klientů, po prodělaném IM. Jedinci, kteří nedodržují správně všechna režimová opatření, jsou náchylní k recidivě onemocnění. Do pravidelných kontrol by se měla zapojovat i sestra a ne pouze lékař. Na otázku kdo, je kontroluje při návštěvě v kardiologické poradně, odpověděli ve většině, že lékař a sestra minimálně. Jak je dobře známo, sestry mají k pacientům blíže, proto by se měli více angažovat v kontrolách a cenných radách, které mohou pacientům poskytnout. Pacienti po prodělaném infarktu myokardu vždy informují i svého obvodního lékaře. I my jsme se dotazovaných ptali, kolik prodělali IM. Na tuto otázku nám odpověděli, že 27 respondentů prodělalo jeden IM, 18 osob 2 IM, 6 respondentů 3 IM a alarmujících 9 respondentů uvedlo 4 IM. Toto je velice nemilé zjištění, protože devět pacientů se čtyřmi prodělanými IM je mnoho. Proto se ptáme, jestli dobře rozuměli všem režimovým opatřením a zdali se snaží změnit svůj životní styl. Ptáme se i na otázku, kdo je informoval, o změnách životního stylu, po prodělaném IM. Nejvíce odpovědělo, že lékař a sestra ale jako milé zjištění bylo, že informace o prodělaném infarktu poskytl nemocnému i fyzioterapeut a nutriční sestra. Velice důležité, je také, jak je informace podána. Některým pacientům nestačí pouze ústní forma. Proto se v další průzkumné otázce pacientů ptáme, jakou formou jim byla informace podána. 34 respondentů uvedlo, že ústní i písemnou formou, dalších 20 dotazovaných odpovědělo, že pouze ústní formou a 6 písemnou formou. Způsob podání informací je velice důležitý, pacient, který prodělal první infarkt myokardu, musí všechny informace dobře vstřebat, protože změna životního stylu, je běh na dlouhou trať. Proto se ptáme, jak by zhodnotili míru poskytnutých informací. 51,7% osob uvedlo, že jim poskytnuté informace určitě stačí. Dalších 43,3% uvedlo spíše ano, 3,3% spíše ne a 1,7% určitě ne. Nad touto problematikou se musíme zamyslet a ptát se, zdali jsou pacienti také sami aktivní a vyhledávají další zdroje, nebo se spoléhají pouze na informace, které jim poskytne zdravotnický personál. Skoro všichni respondenti, nám na tuto otázku odpověděli, že

míra informovanosti od zdravotnického personálu, není pro ně dostačující a vyhledává i jiné zdroje. Pouze 8 respondentů uvedlo, že nevyhledávají žádné jiné zdroje. Dále jsme se respondentů ptali, jaké další zdroje používají k vyhledávání režimových opatření. Pro nás je dobré zjištění, že 39 dotazovaných používá internet, 15 respondentů vyhledává v literatuře a 6 osob používá jiné zdroje, jako jsou např. odborné časopisy. Nejvíce dotazovaných uvedlo, že nejvíce informací získá z letáků, brožur a internetu. Mezi důležité informace patří i to, kdy byli pacienti informováni o prevenci IM, jestli před propuštěním z nemocnice nebo při první kontrole v kardiologické poradně. Většina respondentů uvedlo, že mu informace, byly poskytnuty, před propuštěním z hospitalizace a menšina v kardiologické poradně. Spousta nemocných, by se ráda dozvěděla více informací, o změnách životního stylu, co je čeká, nebo co už režimová opatření dodržují. Mezi ně patří kouření tabáku, redukce tělesné hmotnosti, změna stravovací návyků a pohybová aktivita. Naši respondenti ve větší míře uvedli, že by se rádi dozvěděli více informací na všechna uvedená režimová opatření. Proto, by se měli do informovanosti více zaměřovat všeobecné sestry. Jak už jsme uváděli, je nezbytné, aby všechna tato režimová opatření byla u respondentů kontrolována. I zde dotazovaní uvedli, že jsou u nich všechna tato opatření pravidelně kontrolována. Jeden ze špatných faktorů, který nepříznivě ovlivňuje kardiovaskulární aparát je kouření. Přestat kouřit, není u dlouholetých kuřáků jednoduché. Proto se ptáme, zda respondenti kouřili tabákové výrobky před vznikem IM a zdali i nadále kouří. Ve větší míře, respondenti uvedli, že omezili kouření tabákových výrobků. I to je příznivé, protože přestat kouřit ze dne na den, u některých jedinců nelze. Doporučujeme přestat kouřit i s partnerem. Vyhodit všechny pomůcky, které by mu chuť na cigaretu připomínalo.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ze stanovených cílů, které jsme vytvořili, vyplývá, že respondenti po prodělaném infarktu myokardu jsou spíše informováni o režimových opatření lékařem než sestrou. Informace, které lékař poskytuje pacientovi, jsou většinou podávány ústní a písemnou formou což mnohým respondentům nestačí.

Někteří z dotazovaných jsou sami aktivnější a vyhledávají další zdroje informací, jako jsou např. letáky, internet a semináře. Proto by se měli více zapojovat všeobecné sestry do informovanosti klienta. Respondenti, kteří prodělali infarkt myokardu, dodržují jen některá režimová opatření. Abychom neopomenuli pár jedinců, jsou i tací, kteří zvládli změnit svůj životní styl, přestali kouřit, ubyli na váze a mají dostatečnou pohybovou aktivitu. Těchto jedinců je ale bohužel jen pár.

Ve větší míře pacienti dodržovali jen dvě režimová opatření ze čtyř uvedených a to kouření a pohybovou aktivitu.

Na základě analýzy výsledků průzkumu navrhujeme aktivnější přístup všeobecných sester při informovanosti klienta. Doporučujeme sestavit semináře pro sestry, kde by získali více poznatků jak informovat pacienta o režimových opatření po infarktu myokardu.

Doporučení pro sestry:

- Aktivnější přístup k informovanosti pacientů o režimových opatřeních po infarktu myokardu se zvýšenou pozorností na změnu stravovacích návyků a redukci tělesné hmotnosti.
- Uspořádat pro všeobecné sestry seminář o správné komunikaci a informovanosti pacienta

Doporučení pro pacienty:

- zaznamenávat pravidelně měsíční úbytek/přírůstek hmotnosti
- zaznamenávat denně jídelníček
- zaznamenávat týdenní pohybovou aktivitu
- zaznamenávat denní počet vykouřených cigaret

- při každé kontrole konzultovat vše se sestrou

ZÁVĚR

Infarkt myokardu je jeden z nejvíce rozšířených kardiovaskulárních onemocnění v České republice. Každý pacient po prodělaném infarktu myokardu vyžaduje komplexní přístup v péči o své zdraví, a to především v poskytování informací o režimových opatřeních, důsledných kontrolách a farmakoterapii, která zabraňuje vzniku dalšího onemocnění.

Bakalářská práce byla zaměřena na monitoring režimových opatření u pacientů po infarktu myokardu, mezi která patří změna stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti, zanechání kouření a pohybová aktivita. Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou pacienti informováni o režimových opatřeních a zda tato režimová opatření dodržují. V první hypotéze jsme předpokládali, že se sestra zaměřuje více na dodržování výživných opatření než na duševní hygienu. Tato hypotéza se potvrdila. Prokázalo se, že sestra více sleduje a informuje pacienta o nutnosti pohybové aktivity a úbytku na váze než aby sledovala jeho duševní hygienu. Sestra jak nejbližší partner pacienta aktivně naslouchá a dává cenné rady nemocnému. Nejen sestra ale i ostatní zdravotní pracovníci by se měli zapojit do informovanosti nemocného. V druhé hypotéze jsme předpokládali, že sestra v kardiologické ambulanci se zaměřuje v monitoringu režimových opatření více na pohybovou aktivitu než na eliminaci stresu klienta. Tato hypotéza se potvrdila. Sestra v kardiologické ambulanci provádí pravidelné kontroly pacienta, dotazuje se, jak často provozuje klient pohybovou aktivitu. Ovšem stres klienta je nepříznivý faktor po prodělaném infarktu myokardu, proto by se sestra měla zaměřovat i na eliminaci stresu klienta. Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že na monitoraci dodržování režimových opatření u pacienta/klienta po infarktu myokardu se více podílí sestry než lékaři. Tato hypotéza se nepotvrdila. Lékaři se na monitoraci dodržování režimových opatření podílí více než sestry, což považujeme za špatné zjištění. Nejen lékaři ale i sestry by se měli zapojovat do monitorace režimových opatření a informovanosti klienta po prodělaném infarktu myokardu. Jeden z hlavních faktů je, že pacienti mají k sestrami blíže proto by bylo vhodné, aby sestry byli aktivně zapojeni do monitoringu a informovanosti klienta.

Cíle této práce byly splněny. Zjistili jsme, že sestry se vždy informují a dotazují se otázkou, zda pacient správně rozuměl informacím, které jim sestra poskytla. Snaží se je motivovat k lepšímu životnímu stylu, který zabraňuje recidivě onemocnění. Aktivně

se angažují v monitoringu režimových opatření při kontrole klienta, ale bohužel větší angažovanost náleží lékařům. V monitoringu režimových opatření se sestra zaměřuje na všechna doporučená režimová opatření, což je kouření, redukce tělesné hmotnosti, změna stravovacích návyků a pohybová aktivita. Na všechna opatření se dotazuje stejně, protože jsou velice důležitá v primární prevenci a zamezuje recidivě dalšího onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ADÁMKOVÁ, V. 2010. Civilizační choroby- žijeme spolu. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 130 s. ISBN 978-80-7387-413-1.
- DÝROVÁ, J. - LEPKOVÁ, H. a kol. 2008. Kardiofitness. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 189 s. ISBN 978-80-247-2273-3.
- FREJ, D. 2006. Dietní sestra. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X.
- KRÁLÍKOVÁ, E. - KOZÁK, J. 2003. Jak přestat kouřit. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 130 s. ISBN 80-85912-68-6.
- KOLÁŘ, J. 2009. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. 1. Vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MANDOVEC, A. 2008. Kardiovaskulární choroby u žen. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2807-0.
- MARŠÁLEK, P. 2006. Pohybová terapie po akutních srdečních příhodách. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 88 s. ISBN 80-7254-709-7.
- SOVOVÁ, E. - LUKL, J. 2005. 100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-1166-4.
- ŠPINAR, J. - VÍTOVEC, J. a kol. 2003. Ischemická choroba srdeční. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 364 s. ISBN 80-247-0500-1.
- ŠPINAR, J. - VÍTOVEC, J. a kol. 2007. Jak dobře žít s nemocným srdcem. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822
- ŠTEJFA, M. a spol. 2007. Kardiologie. 3. vyd. Praha: Grada, 2007. 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
- WIDIMSKÝ, J. 1999. Sekundární prevence po infarktu myokardu. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 118 s. ISBN 80-7254-058-0.
- WIDIMSKÝ, J. - PATLEJCHOVÁ, E. 1999. Dieta při kardiovaskulárních onemocněních. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 80 s. ISBN 80-7254-013-0.

<http://www.tribune.cz/clanek/25290-pece-o-pacienta-po-infarktu-myokardu>

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/lecba-nemocnych-po-srdecnim-infarktu-464680>

https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_rizika_kou%C5%99en%C3%AD_tab%C3%A1ku

<http://www.inbody.cz/rizika-obezity.php>

<http://www.procorde.cz/jsem-po-infarktu-myokardu-a-chci-sportovat-2/>

<http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/14-pohybova-aktivita.html>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Povolení k dotazníkovému průzkumu

PŘÍLOHA B – Infarkt myokardu

PŘÍLOHA C – Anatomie srdce

PŘÍLOHA D – Stavba srdce

PŘÍLOHA E – Srdce v mediastinu

PŘÍLOHA F – Myokard

PŘÍLOHA G – Myokard

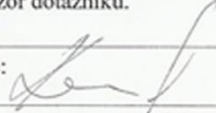


PŘÍLOHA H – Srdce z pravé strany

PŘÍLOHA I - Srdce z levé strany

PŘÍLOHA J – Schéma srdečních chlopní

PŘÍLOHA K – Dotazník

PŘÍLOHA A – Povolení k dotazníkovému průzkumu

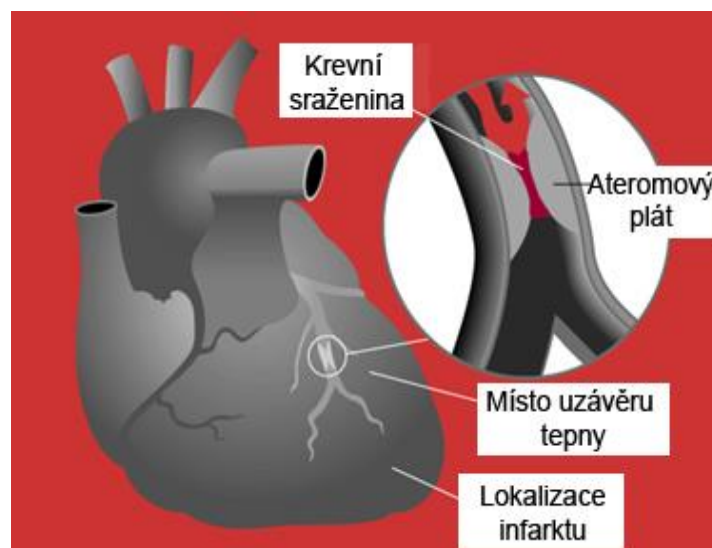
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVANOU PRACÍ	
Adresa: U Nemocnice 84, 261 26, Příbram I Ústředna: 318 641 111 Recepce: 318 641 700 - 702	
Příjmení, jméno, titul, podpis žadatele	KOSKOVÁ MIROSLAVA
Kontaktní adresa	KARLA HYNKA MÁCHY 300 PŘÍBRAM VII 26101
Telefon	+420 773510433
E-mail	mirruska.koskova@seznam.cz
Škola/fakulta	Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 15000
Obor studia	Všeobecná sestra
Téma práce	MONITORING REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ U PACIENTA PO INFARKTU MYOKARDU
Vedoucí práce	doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.
Termín sběru dat	
Počet dotazníků	
Pracoviště, kde bude šetření probíhat	Interna 3, Oblastní nemocnice a.s.
Způsob provedení sběru dat	DOTAZNÍKEM
Poučení pro žadatele:	Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech zjištěných dotazníkovým šetřením. Dotazníky musí být anonymní formou. Se žádostí nutno doložit vzor dotazníku.
Datum 25.2.2015	Podpis žadatele: 
Vyjádření vedení Oblastní nemocnice Příbram, a.s. U Nemocnice 84, 261 26, Příbram I	
Vyjádření hlavní sestry Mgr. Ivana Králíčková, DiS., MHA	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <small>Ivana Králíčková, DiS</small> <input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum 25.2.2015	Razítko, podpis  V.S. Mgr. KYBOVA' Radka sautlerova
<p>Etická komise Vzala na vědomí dne: 26.2.2015 a nemá námitek k provedení</p> <p style="text-align: right;">  Etická komise Oblastní nemocnice Příbram, a.s. U Nemocnice 84, 261 26, Příbram I 261 01 05 513 654 311, 775 057 105 </p>	

PŘÍLOHA B – Obrázek 2 infarkt myokardu

Infarkt myokardu

Obrázek 2

Zdroj: www.google.cz

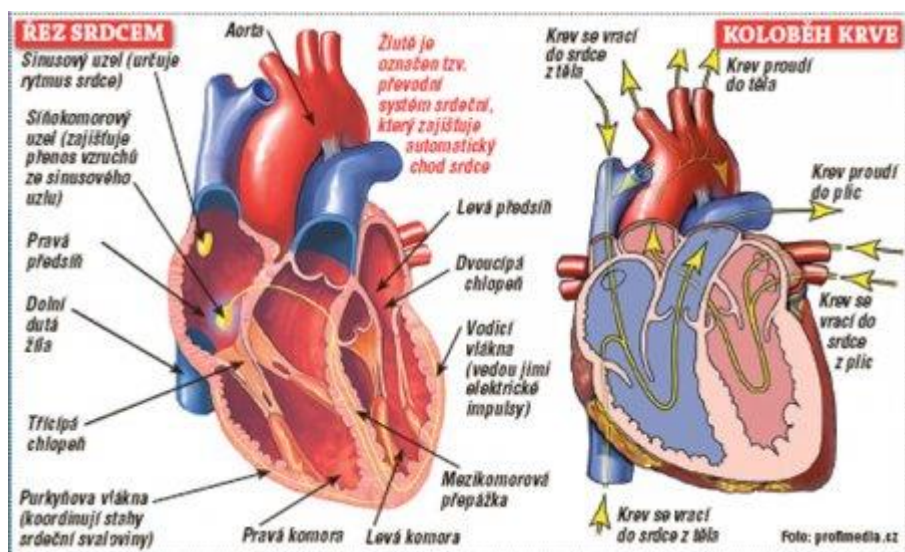


PŘÍLOHA C – Obrázek 3 anatomie srdce

Anatomie srdce

Obrázek 3

Zdroj: www.google.cz

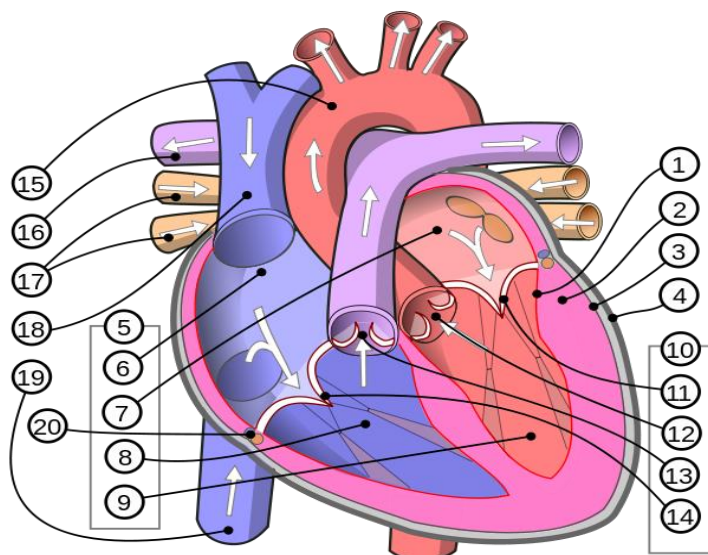


PŘÍLOHA D – Obrázek 4 stavba srdce

Stavba srdce

Obrázek 4

Zdroj: www.wikiskripta.eu

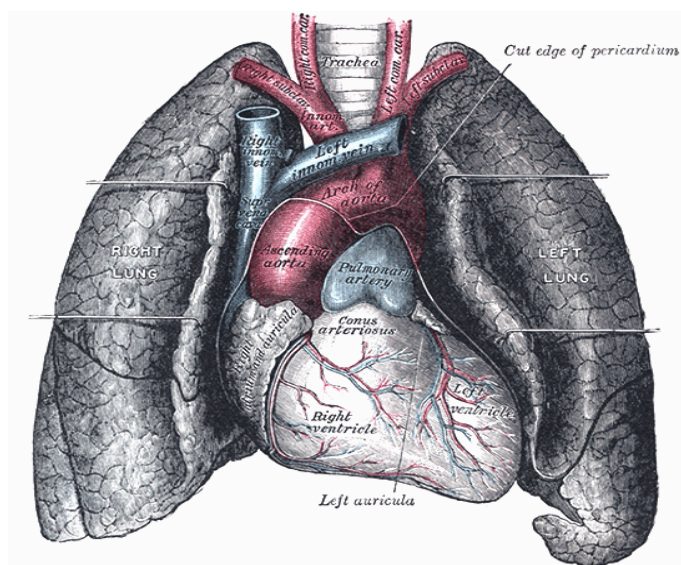


PŘÍLOHA E – Obrázek 5 srdce v mediastinu

Srdce v mediastinu

Obrázek 5

Zdroj: www.wikiskripta.eu

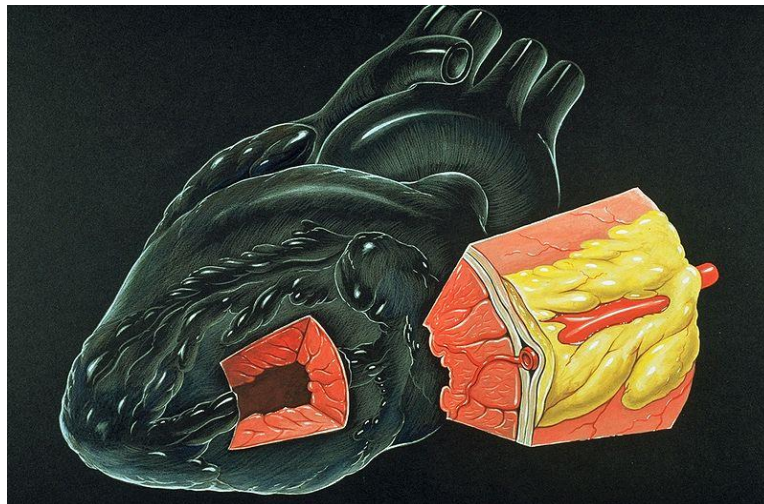


PŘÍLOHA F – Obrázek 6 Myokard

Myokard

Obrázek 6

Zdroj: www.wikiskripta.eu

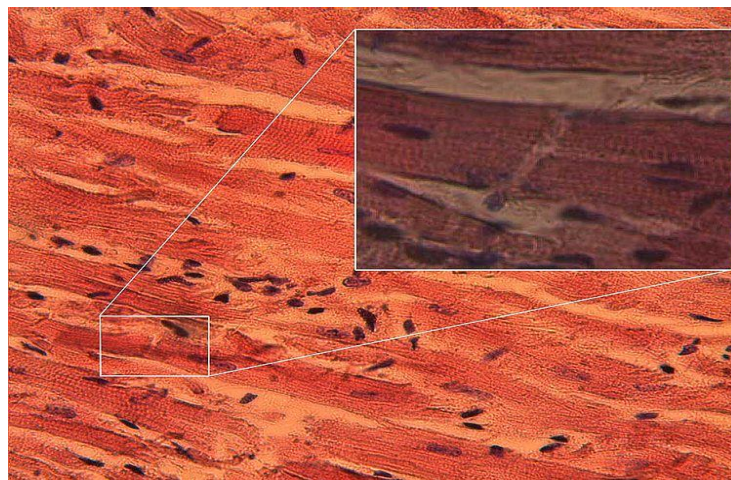


PŘÍLOHA G – Obrázek 7 Myokard

Myokard

Obrázek 7

Zdroj: www.wikiskripta.eu

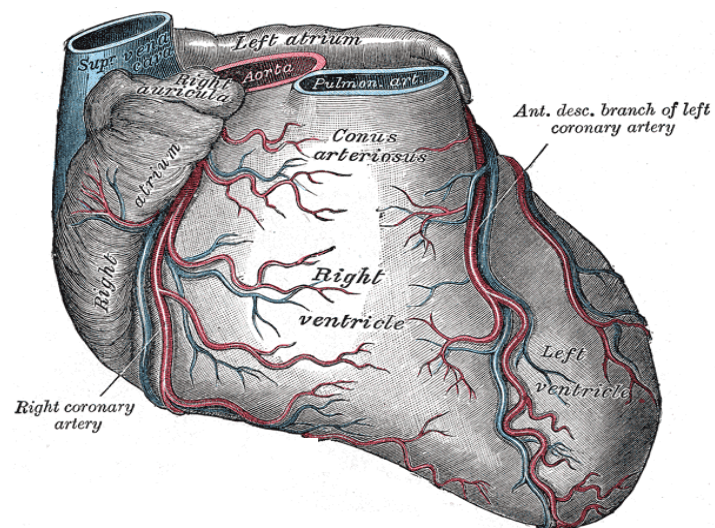


PŘÍLOHA H – Obrázek O Srdce z pravé strany

Srdce z pravé strany

Obrázek 8

Zdroj: www.wikiskripta.eu

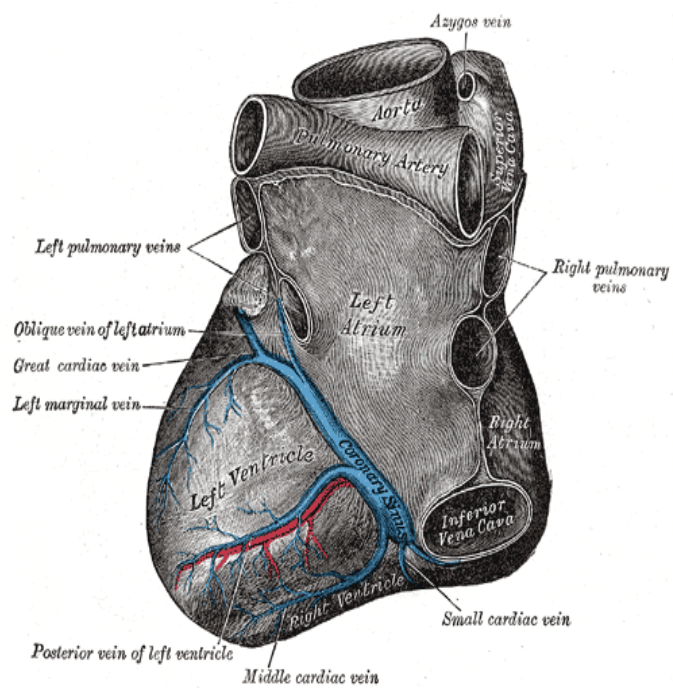


PŘÍLOHA I – Obrázek 9 Srdce z levé strany

Srdce z levé strany

Obrázek 9

Zdroj: www.wikiskripta.eu

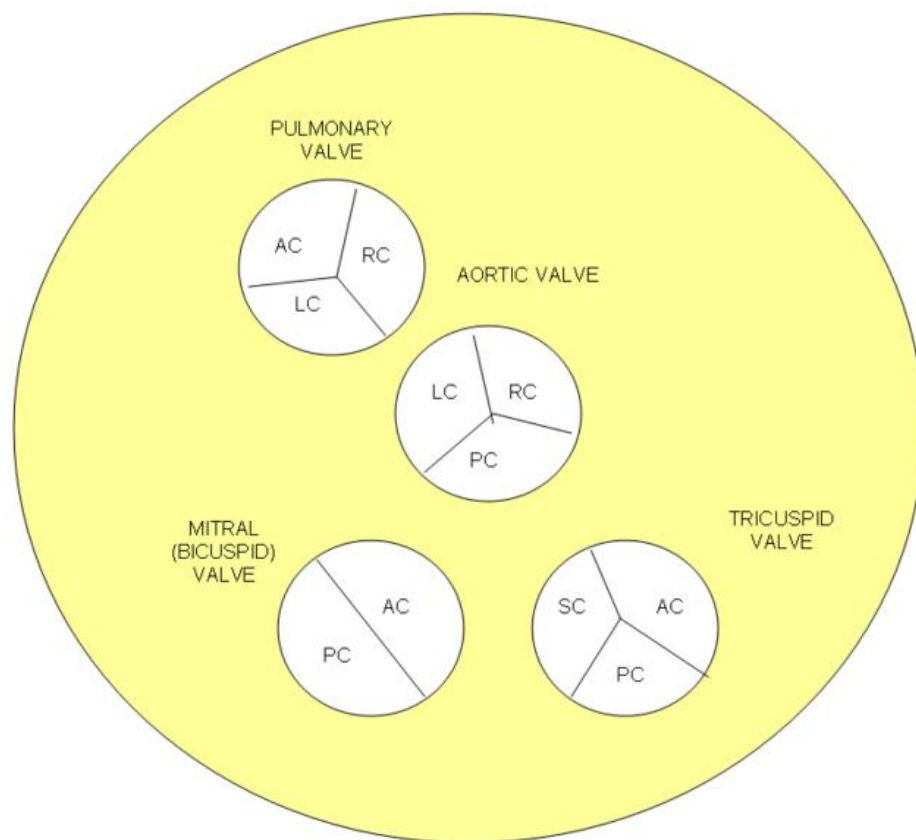


PŘÍLOHA J – Obrázek 10 Schéma srdečních chlopní

Schéma srdečních chlopní

Obrázek 10

Zdroj: www.wikiskripta.eu



PŘÍLOHA K –Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Miroslava Kosková a jsem studentkou Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické, v Příbrami. Píši absolventskou práci na téma Monitoring režimových opatření u pacienta po infarktu myokardu. Tento dotazník je zcela anonymní a slouží jako podklad pro mou absolventskou práci. V každé položce prosím zakroužkujte nebo vyplňte jednu odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje. U označených položek (*) můžete zakroužkovat více odpovědí. Předem děkuji za odpovědi.

1) Kolik je Vám let?

- a) 30 – 35 let
- b) 36 – 45 let
- c) 46 – 55 let
- d) 56 – 65 let
- e) 66 – 75 let
- f) 76 let a více

2) Jakého jste pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

3) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

4) *O jakých režimových opatření byste rád/a získal/a více informací? (lze označit více odpovědí)

- a) Kouření
- b) Redukce tělesné hmotnosti

- c) Změna stravovacích návyků
 - d) Pohybová aktivita
 - e) Vše výše uvedené
 - f) Jiná možnost – prosím uveďte
- 5) Kontroluje Vás sestra při návštěvě v kardiologické poradně, zda dodržujete všechna režimová opatření?
- a) Ano- pravidelně při každé návštěvě
 - b) Nekontruluje
- 6) Vaše hmotnost po prodělaném onemocnění je:
- a) Vyšší – doplňte o kolik Kg
 - b) Nižší – doplňte o kolik Kg
 - c) Stejná
- 7) Změnil/a jste Vaše stravovací návyky po prodělaném infarktu myokardu?
- a) Ano – úplně – prosím uveďte jak
 - b) Ano – částečně – prosím uveďte jak
 - c) Nezměnila – prosím uveďte důvod
- 8) Jaký druh pečiva konzumujete?
- a) Tmavé pečivo
 - b) Světlé pečivo
 - c) Celozrnné pečivo
 - d) Žádné pečivo
 - e) Jiný druh – prosím uveďte
- 9) Jaký druh masa nejčastěji konzumujete?
- a) Rybí
 - b) Hovězí
 - c) Vepřové
 - d) Drůbeží
 - e) Jiná možnost – prosím uveďte
- 10) Jak často konzumujete ryby?
- a) 1x týdně

- b) 2x – 3x týdně
- c) 1x měsíčně
- d) Jiná možnost – prosím uveďte

11) Jaký druh tuku nejčastěji používáte na vaření?

- a) Margaríny – ztužené rostlinné tuky (Perla, Rama, Flora)
- b) Rostlinný olej
- c) Palmový olej
- d) Máslo
- e) Sádlo

12) Kolik kusů ovoce nebo zeleniny denně konzumujete?

- a) Méně než 1 kus
- b) 2 – 3 kusy
- c) 4 – 5 kusů
- d) 5 a více kusů

13) *Jakou tepelnou úpravu potravin nejčastěji používáte? (lze označit více odpovědí)

- a) Pečení
- b) Smažení
- c) Dušení
- d) Vaření v páře
- e) Jiná možnost – prosím uveďte

14) Sportujete?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne nesportuji
- d) Jiná možnost – prosím uveďte.....

15) Kolikrát do týdne provozujete pohybovou aktivitu?

- a) 1x – 2x týdně
- b) 3x – 4x týdně
- c) Denně
- d) Jiná možnost – prosím uveďte

- 16) *Jaký druh sportu (pohybové aktivity) provozujete? (lze označit více odpovědí)
- a) Plavání
 - b) Chůze
 - c) Jízda na kole
 - d) Kolektivní sporty
 - e) Posilování
 - f) Jiná možnost – prosím uveďte
- 17) Jak často provozujete uvedenou pohybovou aktivitu?
- a) Každý den minimálně 15 – 20 minut
 - b) 3x týdně minimálně 15 – 20 minut
 - c) 1x měsíčně minimálně 15 – 20 minut
 - d) Méně než 1x měsíčně
 - e) Jiná možnost – prosím uveďte
- 18) Probíhá kontrola Vašich režimových opatření v kardiologické poradně pravidelně?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Jiná možnost – prosím uveďte
- 19) Kdo Vás kontroluje při vaší pravidelné návštěvě v kardiologické poradně, zda dodržujete všechna doporučená režimová opatření?
- a) Sestra
 - b) Lékař
 - c) Jiná možnost – prosím uveďte
- 20) Kolik infarktů myokardu jste prodělal/a?
- a) Jeden
 - b) Dva
 - c) Více – prosím uveďte
- 21) *Kdo Vás informoval o změnách životního stylu po infarktu myokardu? (lze označit více odpovědí)
- a) Lékař

- b) Sestra
- c) Nutriční sestra
- d) Fyzioterapeut
- e) Jiná možnost – prosím uveďte

22) Jakou formou Vám byly informace poskytnuty?

- a) Ústní formou
- b) Písemnou formou
- c) Ústní i písemnou formou
- d) Jiná možnost – prosím uveďte

23) Zhodnotil/a byste poskytnuté informace jako dostatečné?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

24) Snažíte se sami aktivně vyhledávat informace o změnách životního stylu?

- a) Ano
- b) Ne

25) Jaké další zdroje používáte k vyhledávání preventivních opatření?

- a) Literatura
- b) Internet
- c) Semináře
- d) Jiná možnost – prosím uveďte

26) *Z jakých zdrojů jste získal nejvíce informací o prevenci infarktu myokardu? (lze označit více odpovědí)

- a) Od sester
- b) Od lékařů
- c) Z televize
- d) Z časopisů
- e) Letáky, brožury

- f) Z odborných knih
- g) Jiná možnost – prosím uveďte

27) Byl/a jste informován/a po infarktu myokardu o změnách životního stylu?

- a) Ano
- b) Ne

28) Kdy jste byl/a informován/a o prevenci infarktu myokardu?

- a) Před propuštěním z nemocnice
- b) Při první kontrole v kardiologické poradně
- c) Jiná možnost – prosím uveďte

29) *O jakých změnách životního stylu byste rád/a získal/a více informací? (lze označit více odpovědí)

- a) Kouření tabáku
- b) Redukci tělesné hmotnosti
- c) Změna stravovacích návyků
- d) Pohybová aktivita
- e) Vše výše uvedené
- f) Jiná možnost – prosím uveďte

30) *Která z níže uvedených změn životního stylu jsou u Vás kontrolována? (lze označit více odpovědí)

- a) Kouření tabáku
- b) Redukce tělesné hmotnosti
- c) Změna stravovacích návyků
- d) Pohybová aktivita
- e) Vše výše uvedené
- f) Jiná možnost - prosím uveďte

31) Kouřil/a jste tabákové výrobky před infarktem myokardu?

- a) Ano
- b) Ne

32) Kouříte nyní tabákové výrobky?

- a) Ano stále stejně jako před onemocněním
- b) Ne přestal/a jsem kouřit po prodělaném onemocnění
- c) Jiná možnost – prosím uveďte

Děkuji za ochotu a Váš čas.