

Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

**Význam edukace v sekundární prevenci
ischemické choroby srdeční**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vypracovala: Jitka Adamcová

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Tůmová
MUDr. Tomáš Klejma

Hradec Králové 2006

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 25. dubna 2006

.....

podpis

Poděkování

Děkuji tímto Mgr. Andree Tůmové a MUDr. Tomášovi Klejmovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi v průběhu vypracování mé bakalářské práce poskytovali. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za pochopení a podporu v průběhu mého studia.

Motto:

„Člověku dělá radost, když může někomu potřebnému pomoci.

To pak už necítí takovou prázdnotu a marnost.

Služba lidem to je láska. A láska to je naplnění a z té pramení i ta radost.“

(*Honza Volf*)

Obsah

Úvod	7
1. Hlavní cíle práce	9
Teoretická část	
2. Etiopatogeneze kardiovaskulárních onemocnění.....	10
2.1 Definice aterosklerózy	10
2.1.1 Rizikové faktory pro vznik aterosklerózy.....	10
3. Ischemická choroba srdeční (ICHS)	18
3.1 Etiologie.....	18
3.2 Klasifikace ICHS	18
3.2.1 Akutní formy ICHS	18
3.2.2 Chronické formy ICHS	18
3.3 Léčba pacientů s ICHS	19
3.3.1 Medikamentózní léčba ICHS.....	19
3.3.2 Revaskularizační léčba ICHS	19
3.3.3 Ovlivnění rizikových faktorů (sekundární prevence).....	20
4. Edukace.....	23
4.1 Pojem edukace	23
4.2 Druhy edukace	23
4.3 Podmínky úspěšné edukace	23
4.3.1 Základní zásady k provádění edukace	25
4.4 Edukace a ošetrovatelský proces	26
4.4.1 Plán ošetrovatelské péče se zaměřením na edukaci.....	26
4.5 Edukace v sekundární prevenci ICHS	28
4.5.1 Role sestry v edukaci v sekundární prevenci ICHS.....	28
Empirická část	
5. Cíle empirické části	30
6. Hypotézy výzkumu	31
7. Organizace výzkumu	32
7.1 Metodika výzkumu	32
7.2 Charakteristika výzkumného vzorku	32
7.3 Průběh edukace	33
8. Výsledky výzkumu (vyhodnocení dotazníků)	35

9. Diskuse.....	62
Závěr	65
Shrnutí.....	66
Seznam použité literatury	67
Seznam příloh	69
Přílohy	70

ÚVOD

Už několik let pracuji v kardiologické ambulanci, kam denně přicházejí pacienti s různými kardiovaskulárními chorobami. Zamýšlím se nad tím, že pokud by tito lidé již dříve preferovali zdravý životní styl, nemuseli by pak mnozí z nich služby naší ambulance vyhledávat nebo popřípadě až v pozdějším věku.

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) jsou hlavní příčinou úmrtí ve většině evropských států. Česká republika (ČR) se řadí mezi státy s nejvyšší kardiovaskulární úmrtností. V roce 2002 činil jejich podíl na celkové úmrtnosti 48,9% u mužů a 55,3% u žen. Tato onemocnění se také velkou měrou podílejí na nemocnosti, pracovní neschopnosti a stupňujících se výdajích na zdravotnictví. Zdaleka nejčastější příčinou kardiovaskulárních onemocnění v ČR, stejně jako v ostatních hospodářsky rozvinutých zemích světa je ateroskleróza. Ta se pozvolna, zpravidla bezpříznakově, vyvíjí po mnoho let a první symptomy se obvykle projevují až v pokročilých stádiích onemocnění.

Podle toho, kterou část tepenného řečiště ateroskleróza postihuje, se klinicky manifestuje jako ischemická choroba srdeční (ICHS), cerebrovaskulární ischemická choroba nebo periferní ischemická choroba, označovaná také jako ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). Při klinicky manifestním postižení jedné části tepenného řečiště je vysoká pravděpodobnost postižení i jiné části tepenného řečiště, byť třeba ještě asymptomatickou aterosklerózou. Potencionálně smrtící orgánové komplikace aterosklerózy, např. infarkt myokardu nebo cévní mozkové příhody, se objevují náhle, často jako první manifestace dosud asymptomatického onemocnění a mnohé následné léčebné zásahy jsou málo efektivní nebo jen paliativní. Proto je pro snížení výskytu a závažnosti aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění rozhodující prevence.

Masový výskyt aterosklerotických KVO je úzce spjat s životním stylem a s ovlivnitelnými rizikovými faktory. Odstranění nebo alespoň modifikace ovlivnitelných rizikových faktorů aterosklerózy má jednoznačný příznivý vliv na snížení kardiovaskulární mortality a morbidity jak u jedinců, kteří jsou již manifestním aterosklerotickým onemocněním postiženi (sekundární prevence), tak u jedinců, kteří jsou ještě asymptomatictí (primární prevence). Rozdíly mezi sekundární a primární prevencí se ale v současnosti stírají zejména u jedinců s vysokým kardiovaskulárním rizikem. (*S. Býma a kolektiv - Prevence kardiovaskulárních onemocnění, 2004, str.1*)

Myslím, že jednoznačný přínos pro prevenci má zde edukace a reedukace. Je důležité tzv. „vtáhnout pacienta do hry“. Protože správně informovaný a motivovaný pacient má odpovědnost za své zdraví, stává se partnerem a členem svého týmu (lékař, sestra, pacient).

1. Hlavní cíle práce

Cíle mé bakalářské práce jsem si definovala takto:

V teoretické části práce:

- Seznámit s podstatou a příčinami vzniku některých kardiovaskulárních onemocnění
- Popsat rizikové faktory důležité pro vznik aterosklerózy
- Definovat ischemickou chorobu srdeční a její různé formy
- Vysvětlit pojem a význam edukace
- Charakterizovat podmínky a zásady správné edukace
- Přiblížit roli sestry v edukaci v sekundární prevenci ischemické choroby srdeční

V empirické části práce:

- zmapovat a analyzovat životní styl nemocných s ischemickou chorobou srdeční, jejich znalosti a postoje k vlastnímu zdraví
- zjistit ovlivnitelné faktory
- porovnat vývoj a vyhodnotit význam edukace těchto nemocných s posouzením v časovém odstupu cca 2-3 měsíců
- vyhledat příčiny u těžko ovlivnitelných rizikových faktorů
- práce by měla také ukázat, jak důležité je nejen klienta informovat, poučovat, ale jak také pomocí edukace klienta tzv. "vtáhnout do hry". Aby klient sám cítil odpovědnost za své zdraví.
- v neposlední řadě by práce také měla podpořit myšlenku o vymezení kompetencí a výkonovém ohodnocení sestry v oblasti edukace v sekundární prevenci kardiovaskulárních chorob. A tím tak sestře dát větší časový prostor pro edukaci.

TEORETICKÁ ČÁST

2. ETIOPATOGENEZE KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Většina kardiovaskulárních nemocí v populaci vzniká interakcí zevních obecných zdrojů s geneticky podmíněnou náchylností k jednotlivým chorobám.

Rychlý nástup incidence a prevalence těchto chorob byl způsoben především zevními vlivy. Tato „epidemie“, zastihující populaci je tedy způsobena především tím, jaký životní styl je typický pro dotyčnou populaci. Genetická výbava jednotlivce vysvětluje, proč někteří lidé s rizikovým životním stylem zůstávají nepostiženi a naopak proč někteří jednotlivci bez rizikových faktorů dostanou srdeční nebo mozkovou ataku v relativně mladém věku.

Nejčastější příčinou kardiovaskulárních onemocnění je ateroskleróza. (*J.Šimon – Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční, 2001*)

2.1 Definice aterosklerózy

Podstatou aterosklerózy je změna v intimě tepen, kde se ukládají tukové žlutavé proužky, které jsou tvořeny cholesterolem a jeho estery, neutrálními tuky a fosfatidy. Dalším hromaděním lipidů a rozvojem kolagenní tkáně vznikne **ateromatózní plát, aterom**. Ten po čase promínuje do lumen cévy a často se v něm usazují kalciové sole. Aterom již vede ke zúžení vnitřního průsvitu cévy. Ateromy se mohou dále zvětšovat, v jejich okolí se zmnoží hladké svalové buňky a vazivo a vzniknou tzv. **fibroateromy**. Ty mohou poměrně výrazně zužovat artérie a způsobovat např. ostrou bolest v hrudníku (angina pectoris).

Po určité době může v místě zúžené artérie dojít k **prasknutí tohoto fibroateromu** a k vytvoření **krevní sraženiny**, která cévu částečně nebo úplně uzavře. Následkem je zhoršení nebo úplné zablokování přítoku krve do některého orgánu. Je-li tímto orgánem srdce, vzniká zde srdeční infarkt. (*J.Šimon a spolupracovníci – Epidemiologie a prevence Ischemické choroby srdeční, 2001*)

2.1.1 Rizikové faktory pro vznik aterosklerózy

A. endogenní (neovlivnitelné)rizikové faktory:

- **věk** – čím je člověk starší, tím větší riziko vzniku KVO (za rizikový věk z hlediska ICHS považujeme věk nad 45 let u mužů a nad 55 let u žen)

- **pohlaví** – postihuje 5x více muže než ženy (ženy jsou ve fertlím věku chráněny před ICHS hormony estrogeny)
- **rodinná anamnéza** – výskyt závažných projevů aterosklerózy (akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin nebo náhlé srdeční smrti) ve věku do 55 let u mužských příbuzných a do 65 let u ženských příbuzných osob prvního stupně

B. exogenní (ovlivnitelné) rizikové faktory:

- **dyslipidémie (dříve hyperlipoproteinémie)** – jsou charakterizovány patologicky zvýšenou nebo sníženou hladinou lipidů a lipoproteinů v plasmě. Vznikají důsledkem zvýšené syntézy nebo sníženého katabolismu lipoproteinových částic, které zajišťují plasmatický transport tukových látek (cholesterolu, triglyceridů, fosfolipidů a mastných kyselin). Lidé s vyššími hladinami plazmatického cholesterolu jsou postiženi ICHS mnohem častěji a v mladším věku, častěji umírají na koronární smrt než jedinci s nízkými hladinami cholesterolu. Hladina cholesterolu v krvi je jedním ze základních indikátorů rizika kardiovaskulárních onemocnění.

Zvýšená hladina cholesterolu je jevem dosti běžným. Jeho prevalence je vyšší u mužů než u žen a zvyšuje se s věkem. U mužů dosahuje maxima ve věkové skupině 40-45 let a u žen ve skupině 65-74 let. Důvodem je ochrana žen v produktivním věku estrogeny. Jsou patrné i rozdíly geografické. Nejnížší hodnoty v Evropě byly zjištěny v Řecku a Itálii a nejvyšší ve Švédsku, Norsku, Finsku. Byly nalezeny i rozdíly mezi socioekonomickými skupinami. Lidé v nižších socioekonomických třídách mají častější výskyt vysokých hladin cholesterolu. Tyto jevy jsou zapříčiněny z velké části způsobem výživy.

Celkový cholesterol se dělí na **lipoproteiny o nízké denzitě** (LDL –low density lipoprotein) a na **lipoproteidy o vysoké denzitě**(HDL – high density lipoprotein). Zvýšená hladina krevního LDL cholesterolu je rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních onemocnění, zvýšená hladiny HDL cholesterolu je naopak faktorem ochranným.

Přehled jednotlivých lipidů krve s jejich normálními hodnotami uvádí následující tabulka.

Lipidy	Normální hladiny v krvi
Cholesterol (celkový)	2,6 – 5,0 mmol/l

HDL cholesterol	> 0,9 mmol/l
LDL cholesterol	2,5 – 3,00 mmol/l
Triacylglycerol (Triglyceridy, TAG)	< 1,5 mmol/l
Hodnoty laboratoře Orlické nemocnice – Rychnov nad Kněžnou	

- **kouření** – je nejvýznamnější příčinou chorob na světě. Škodlivý vliv na zdraví má také pasivní kouření, tj. pobývání v zakouřeném prostředí. Kouření je jedním z hlavních rizikových faktorů přispívajících vývoji ICHS, je spojeno se zvýšením aterosklerózy v aortě a koronárních artériích, zvyšuje riziko úmrtí na aneurysma aorty a je rovněž hlavním rizikovým faktorem ve vývoji a zhoršení onemocnění periferních tepen.

Mechanismus působení kouření: nejdůležitější složky tabákového kouře jsou nikotin, kysličník uhelnatý, dehet a dráždivé látky působící lokálně na sliznici průdušek.

Hlavním působením **nikotinu** je stimulace katecholaminů. Dochází ke zvýšené aktivitě sympatiku – stoupá tepová frekvence, krevní tlak, tepový objem zvýšením kontraktility myokardu a stoupá dráždivost myokardu. Jsou-li cévy zúženy aterosklerózou, může dojít k ischemii myokardu a k arytmiím i k fibrilacím komor. Nikotin tedy zvyšuje práci srdce a potřebu kyslíku v myokardu. Kysličník uhelnatý (CO) je inhalován a zředěn vzduchem. Afinita hemoglobinu k CO je 200x větší než pro O₂. CO tedy zhoršuje uvolnění kyslíku do tkání, což může podporovat anoxické poškození arteriální stěny a v přítomnosti hyperlipidémie přispívat ke vzniku aterosklerózy. CO rovněž způsobuje zvýšené shlukování destiček a může přispívat k utváření trombu.

Kouření má tedy akutní funkční důsledky pro ischemický myokard. Kouření vede však také k chronickým perzistujícím poškozením arteriální intimy vlivem anoxického poškození. (J.Šimon- *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční, 2001*)

- **arteriální hypertenze** – vysoký krevní tlak: Podle kritérií označujeme za arteriální hypertenzi opakované zvýšení TK nad 140 systolického TK nebo 90mm Hg diastolického TK, prokazované ve 2 ze 3 měření, pořádaných minimálně při 2 návštěvách. Důležitá je i technika měření. Měření provádíme v ordinaci u sedícího pacienta po 10 minutovém zklidnění (při první návštěvě na obou pažích) s volně podloženým předloktím ve výši srdce. Měření opakujeme 3x a řídíme se

průměrem z 2. a 3. měření. Při kontrolních vyšetřeních měříme TK vždy na stejné paži, na které byl při vstupním vyšetření naměřen vyšší TK.

Hypertenzi dělíme na **primární** (90-95%), kdy příčina není známá a **sekundární** (5-10%), kdy je příčina známá.

Mezi základní faktory, které způsobují primární hypertenzi se počítají:

- * genetické faktory (rodinná zátěž)
- * faktory životního stylu (stravování, tělesná aktivita, alkohol, solení, obezita, stres)
- * porucha regulačních mechanismů.

Mezi příčiny sekundární hypertenze patří:

- * choroby ledvin
- * endokrinní nemoci (nadledvinky, štítná žláza)
- * zúžení aorty
- * některá neurologická onemocnění a léky.

Hypertenze může zapříčinit vznik i urychlení průběhu aterosklerózy (kornatění tepen). Pokud je trvale příliš vysoký krevní tlak, vnitřní stěny tepen jsou velmi namáhané. Ve svalové vrstvě jejich stěn se množí svalové buňky a ta se tak stává hrubší. Tepny ztrácejí elasticitu, jejich vnitřní průměr se zužuje a tuhnou. Kromě toho se v jejich stěnách usazují nánosy tuků. Pokud začne proces aterosklerózy, vysoký krevní tlak ho ještě zhoršuje a urychluje. Průměr tepen se stále více zužuje a jejich stěny jsou méně pružné. Užší tepny zapříčiňují zvyšování tlaku krve, což má za následek zvětšování existujících a vytváření dalších nánosů v jejich stěnách.

Vysoký krevní tlak vede k tomu, že srdce musí silněji přečerpávat krev, aby ji udrželo v pohybu – zejména pokud jsou cévy zúžené. Uvedená činnost vede navíc za jistých podmínek k oslabení srdečního svalu, který už potom není schopen udržovat přiměřeně fungující krevní oběh. Uvedenému stavu říkáme srdeční slabost (srdeční insuficience) a jejím výsledkem může být nahromadění tekutin v některých částech lidského organismu.

Klasifikace hypertenze podle vývojových stadií:

- 1. stadium:** zvýšení krevního tlaku bez orgánových změn
- 2. stadium:** zvýšení krevního tlaku s projevy orgánového postižení(např. hypertrofie levé komory, kalcifikace aorty, proteinurie)
- 3. stadium:** hypertenze s těžšími orgánovými změnami provázenými selháním jejich funkce (např. ICHS, srdeční selhání, cévní mozková příhoda)

Výskyt hypertenze v české republice se v populaci pohybuje mezi 20-24%. Avšak stoupá s věkem, u starých osob se vyskytuje v 40-60%. (Černá, H., *Arteriální hypertenze, časopis Sestra 1/2002, str. 33*)

- **diabetes mellitus** je multifaktoriální, multigenetické onemocnění. Je to metabolické onemocnění mnohočetné etiologie, které je charakterizováno chronickou hyperglykemií s poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin jako následek defektu v inzulínové sekreci, inzulínovém působení nebo obou. Diabetes způsobuje dlouhodobé poškození různých orgánů s jejich dysfunkcí nebo selháním. Je spojen s vysokým rizikem vzniku a progresu kardiovaskulárních chorob. Ischemická choroba srdeční je nejčastější příčinou úmrtí diabetiků, téměř 75% nemocných diabetem 2. typu a 35% nemocných s diabetem 1. typu umírá na kardiovaskulární choroby. Cukrovka je sice léčitelná, ale nikoli vyléčitelná, proto je u diabetiků dvojnásob důležité vyloučit ostatní rizikové faktory.

Normální hladina cukru v krvi: 3,3-5,6 mmol/l.

Klasifikace diabetu:

- **diabetes mellitus 1. typu**- Vzniká jako následek postupné, progresivní destrukce B-buněk pankreatických ostrůvků slinivky břišní. Nejčastější příčinou tohoto typu cukrovky je tvorba autoantilátok proti antigenům B- buněk u jedinců s geneticky danou predispozicí. Tito nemocní dospějí během několika let (někdy i měsíců) do stadia zcela vyhaslé endogenní sekrece inzulínu a jsou tedy svým životem závislí na trvalé substituční inzulínové léčbě. DM 1. typu se může manifestovat v jakémkoliv věku. Čím je jedinec mladší (v dětském a mladistvém věku), tím výraznější jsou klinické projevy onemocnění (žízeň, polyurie, hubnutí, únava). Ve věku nad 35 let může být začátek onemocnění plíživý, s minimálními subjektivními potížemi. Mezi všemi diabetiky tvoří skupina nemocných s DM 1. typu 4-6%.
- **diabetes mellitus 2. typu** – jeho prevalence je mnohonásobně vyšší. 90-95% všech nemocných s cukrovkou trpí právě tímto typem diabetu. K manifestaci DM 2. typu je potřebné vzájemné působení vnitřních (genetických) a vnějších faktorů. V patogenezi DM 2. typu hraje základní roli snížená citlivost periferních tkání k působení inzulínu =inzulínová rezistence a porucha v jeho sekreci = inzulínová deficeience. Geneticky daná inzulínová rezistence se vyvíjí a prohlubuje především při obezitě a fyzické inaktivitě nemocného. Inzulínová rezistence předchází manifestaci diabetu. V počátku je kompenzovaná hyperinzulinémií(to znamená zvýšenou vlastní sekrecí inzulínu). Ale schopnost organismu zvyšovat endogenní sekreci inzulínu je však limitována,

hyperinzulinémie postupně klesá a nestačí zajistit normální glukozovou toleranci. Inzulinová sekrece se sice fyziologicky snižuje se stoupajícím věkem, ale u diabetiků je snížení významně akcelerováno genetickými vlivy. (*J.Šimon – Epidemiologie a prevence Ischemické choroby srdeční, 2001*)

➤ **nadváha, obezita – nadměrná tělesná hmotnost**

Zdravé je mít optimální váhu, tedy tělesnou hmotnost přiměřenou výšce a věku osoby. Příčinou nadměrné tělesné hmotnosti je nepoměr mezi příjmem potravy a výdejem energie. Nadbytečné kilogramy enormně zatěžují srdce, které musí čerpat krev také do zbytečných tukových tkání, přispívají ke zvýšeným hladinám cholesterolu v krvi, vysokému krevnímu tlaku a ke vzniku a rozvoji cukrovky.

Obezitu dělíme podle rozložení tuku v těle organismu na typ ženský (gynoidní – tvar hrušky) a mužský (androidní – tvar jablka). Lidé trpící mužským typem obezity mají vyšší výskyt kardiovaskulárních a metabolických komplikací.

Na riziko komplikací u dospělé populace poukazuje obvod pasu, měřený krejčovským metrem, klasifikovaný podle tabulky IOTF(international Obesity Task Force): * muži – nad 94 cm riziko zvýšené, nad 102 cm vysoké,

* ženy – nad 80 cm riziko zvýšené, nad 88 cm vysoké

Ke stanovení optimální tělesné hmotnosti používáme Body mass index (BMI, index tělesné hmotnosti).

BMI= Hmotnost (kg) / Výška (m) na druhou.

Rozlišujeme tyto hmotnostní kategorie:

BMI Muži	Kategorie
do 20	Podváha
20,1 - 24,9	<i>Normální hmotnost</i>
25 - 29,9	Nadváha
30 - 39,9	Obezita
nad 40	Těžká obezita

BMI Ženy	Kategorie
do 19	Podváha
19,1 - 23,9	<i>Normální hmotnost</i>
24 - 28,9	Nadváha
29 - 38,9	Obezita
nad 39	Těžká obezita

➤ **nedostatek fyzické aktivity (aktivního pohybu, sportování)**

Nedostatek pohybu zásadním způsobem nepříznivě ovlivňuje naše zdraví. Při sedavém způsobu života dochází k ochabování svalstva včetně ochabování srdečního svalu. Snižuje se tak celková výkonnost organismu. "Lenivé" srdce stárne rychleji.

Pravidelné cvičení je provázeno psychickou pohodou a snižují se negativní důsledky stresu. Osoby pohybově neaktivní často trpí bolestmi zad, hlavy. Nedostatek pohybu často vede k obezitě a tím nepřímo opět ke vzniku kardiovaskulárních chorob.

➤ **dlouhodobé duševní napětí – stres:** stres je jakýmsi „módním“ rizikovým faktorem, se kterým se operuje velmi intenzivně v posledních 20 letech. Téměř každý člověk pocítil jeho účinky. Stresu nahrává i dnešní uspěchaná doba.

Kardiovaskulární systém na stres reaguje velmi rychle poplachovou reakcí: zrychlí se tep, stoupne minutový objem, zvýší se krevní tlak. V arteriální plazmě stoupá hladina volných mastných kyselin a triglyceridů, jak se vyplavují katecholaminy. Stoupá tedy hladina krevního cholesterolu. Nespotřebované vyplavené mastné kyseliny, nespotřebované zvýšenou svalovou prací, se začnou usazovat v cévních stěnách a to spolu se zmobilizovanými lipoproteidy může vést k začátkům aterosklerózy. Škodlivý je zejména chronický stres.

Celý náš život provází stres a tak se mu asi těžko úplně vyhneme. Ale stres lze snížit pozitivním přístupem k životu a hlavně lze snížit jeho škodlivé vlivy.

➤ **metabolický syndrom** – často také nazývaný syndrom inzulínové rezistence, je kombinací několika odchylek (především obezity, hypertenze, dyslipidémie a poruchy glukózové tolerance), které známe jako samostatné rizikové faktory. Jejich společný výskyt v rámci metabolického syndromu však není náhodný, ale zřejmě dán jednotnou (i když dosud ne zcela jistě určenou) příčinou. Z patofyziologického hlediska je metabolický syndrom velmi blízký diabetu mellitu 2. typu (většina diabetiků 2. typu splňuje kritéria metabolického syndromu, od kterého je odlišuje přítomnost hyperglykémie). Diabetu je však podobný i svojí závažností – kardiovaskulární riziko pacientů s metabolickým syndromem se zřejmě blíží riziku diabetiků. Průměrný výskyt takto hodnoceného metabolického syndromu se v evropských populacích pohybuje kolem 25-30%. S narůstajícím věkem a hmotností však jeho výskyt stoupá u obou pohlaví. ([http:// WWW.vasezdravesrdce.cz/](http://WWW.vasezdravesrdce.cz/))

Diagnostika metabolického syndromu:

- zvýšení krevního tlaku nad 130/85 mmHg
- v krvi zvýšení hladiny triglyceridů nad 1,7 mmol/l
- snížení HDL- cholesterolu u mužů pod 1 mmol/l a u žen pod 1,3 mmol/l
- větší obvod pasu (u mužů nad 102 cm, u žen nad 88 cm) jako projev abdominální obezity
- zvýšení glykémie nad 6 mmol/l.

Splnění 3 z těchto bodů znamená, že člověk trpí metabolickým syndromem.

(R. Češka, O. Herber, J. Skoupá, T. Šulc a kolektiv – Dyslipidémie – doporučený a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, 2004)

Kromě těchto takzvaně „klasických rizikových faktorů, zmíněných viz výše, jsou často uváděny i některé další – a stále jsou studovány faktory nové. Jedná se většinou o různé laboratorní ukazatele zánětlivé aktivity, protrombotického stavu, hyperhomocysteinémie, hyperurikémie a další. I když existují některé dílčí doklady, které svědčí pro jejich úlohu jako rizikové faktory aterogeneze, jednoznačné důkazy zatím k dispozici nejsou.

3. ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ (ICHS)

3. 1 Etiologie

ICHS je jedno z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění v populaci v průmyslově vyspělých zemích. Její příčinou je v naprosté většině koronární ateroskleróza. Kromě aterosklerózy se na klinickém syndromu ICHS mohou podílet i další příčiny (koronární spazmy, embolie do koronárního řečiště, trombóza v koronární tepně, arteritidy aj.) Všechny tyto příčiny jsou však bez výskytu aterosklerózy velmi vzácné.

3. 2 Klasifikace ischemické choroby srdeční

3. 2. 1 akutní formy ICHS

Mezi akutní formy řadíme takové, které nemocného bezprostředně akutně ohrožují na životě, nebo na něž nemocný umírá dříve , než je možno poskytnout účinnou pomoc.

- **Infarkt myokardu (IM)** = akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě uzávěru či extrémního zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou oblast. V 95% je příčinou koronární ateroskleróza s rupturou intimy a trombózou v místě plátu. V 5% jiný původ (spazmy, arteritidy, embolie do věnčitých tepen aj.)

- **Nestabilní angina pectoris** – a) čerstvě vzniklá námahová angina pectoris u dosud

symptomatického člověka

b) výrazné snížení tolerance námahy u nemocného s dosud stabilní anginou pectoris

c) klidové stenokardie trvající méně než 20 minut

Nemocný je zvýšeně ohrožen vznikem infarktu či náhlé smrti během nejbližších dnů až týdnů.

- **Náhlá smrt** – oběhová zástava bez předchozích příznaků nebo vzniklá do 1 hodiny od počátku příznaků. Jejím mechanismem je většinou fibrilace komor, méně často srdeční zástava nebo ruptura myokardu.

3. 2. 2 Chronické formy ICHS

Sem patří stabilizované formy , u nichž není bezprostředně nutná hospitalizace, vyžadující však ambulantní kardiologickou péči.

- **Stabilní námahová angina pectoris** . Angina pectoris je klinický syndrom projevující se bolestmi na prsou při námaze, rozčilení, chladu. Je způsobena přechodným nepoměrem mezi dodávkou a spotřebou kyslíku v myokardu, většinou v důsledku aterosklerotického zúžení jedné či více koronárních tepen o více než 50 % průsvitu.

- *Stav po infarktu myokardu.* Nemocní, kteří prodělali akutní infarkt myokardu, mohou mít v dalším průběhu různé potíže či komplikace (anginu pectoris, srdeční selhání, arytmie aj.) Mnoho z nich je však po nějakou dobu symptomatických.
- *Chronické srdeční selhání při ICHS* = stav, kdy srdce není schopno dostatečně čerpat krev k zajištění metabolických potřeb tkání. Většinou je způsobeno poruchou kontrakcí myokardu.

3. 3 Léčba pacientů s ICHS

Základem léčby je snaha o zlepšení prognózy pacienta a zmírnění jeho obtíží.

3. 3. 1 Medikamentózní léčba ICHS

při léčbě ICHS se nejčastěji používají tyto skupiny léků:

➤ **léky ovlivňující koagulaci:**

Trombolytika (streptáza, urokináza)- rozpouští trombus, indikovány při akutním infarktu myokardu, pokud nejsou kontraindikace.

Antikoagulancia (heparin, warfarin)- zabraňují vzniku trombů, indikovány při infarktu myokardu, nestabilní angíně pectoris, při výskytu nitrosrdečních trombů, periferní embolizaci v anamnéze, v průběhu PTCA (perkutánní transluminární koronární angioplastika) a nějaký čas po výkonu.

Antiagregancia (aspirin,ticlopidin)-zabraňují destičkové agregaci na aterosklerotickém plátu a tím vzniku trombu, jsou základem léčby skoro všech forem ICHS i prevence koronární trombózy u nemocných s ICHS.

- **Nitráty** – léky uvolňující spazmus koronárních tepen a tím rychle potlačující záchvat anginy pectoris, snižují počet a intenzitu záchvatů anginy pectoris.
- **Betablokátory** -snižují tepovou frekvenci, snižují krevní tlak, zvyšují koronární průtok, mají prokázaný efekt na snížení rizika náhlé smrti,
- **Dále to jsou antiarytmika** – léky na arytmie, **další antihypertenziva** – léky na vysoký krevní tlak, **hypolipidemika** – léky na snížení hladiny krevních tuků v krvi, **a další skupiny léků dle vývoje onemocnění**

3. 3. 2 Revaskularizační léčba ICHS

Cílem této léčby je obnovit či zlepšit dodávku okysličené krve do myokardu. Lze použít metody katetrizační (perkutánní transluminární koronární angioplastika –PTCA a implantace stentů) nebo chirurgické (aortokoronární bypass).

Úspěšná revaskularizace odstraní úplně anginózní obtíže, sníží riziko infarktu a prodlouží nemocnému život. (P. Gregor a P. Widimský – *Kardiologie v praxi*, 1994)

3. 3. 3 Ovlivnění rizikových faktorů- (sekundární prevence)

Zde se jedná zejména o režimová opatření cílená k zastavení progresu nebo k regresi aterosklerotických změn věnčitých tepen. Jde o léčebně preventivní postup, ve kterém jde především o změnu životního stylu nemocných. Zde má velký význam edukace a neustálá reedukace nemocných.

- **Zanechání kouření u kuřáků** – Nemocní, kteří kouřit přestanou, mají výrazně lepší prognózu než ti, kteří kouří dále. Abstinence tabáku je tak nejefektivnějším režimovým sekundárně preventivním opatřením. K odstranění škodlivého návyku kouření cigaret patří na jedné straně opatření psychologicko-psychoterapeutická – formou individuálních rozhovorů, popř. kurzů odvykání kouření, na druhé straně již existující doplňkové pomůcky odvykání kouření (nikotinové náplasti, žvýkačky, nosní spray, ústní inhalátor, antikuřácké cigarety). (F. Kölbl - *Trendy soudobé kardiologie*, 1999, str.188)
- **Udržování optimální hladiny plazmatických lipidů** – U nemocných s již diagnostikovaným kardiovaskulárním onemocněním a u nemocných s diabetes mellitus jsou cílové plasmatické koncentrace nižší než obecné, pro celkový cholesterol <4,5 mmol/l a LDL- cholesterol <2,5 mmol/l. Léčebné cíle nejsou definovány pro HDL-cholesterol a triacylglyceroly (TAG). Ovšem HDL-cholesterol <1,0 mmol/l a triacylglyceroly >1,7 mmol/l jsou ukazatelé zvýšeného kardiovaskulárního rizika. Základem nefarmakologické léčby dyslipidemií je *zdravá výživa (dietní léčba)*. Všichni nemocní či jedinci s vysokým kardiovaskulárním rizikem by měli obdržet profesionální radu, jak sestavit jídelníček (plán zdravé výživy), který by snížil jejich vysoké kardiovaskulární riziko. Dieta s omezeným přívodem tuků obsahujících nižší podíl nasycených mastných kyselin dokáže u nemocných s ischemickou chorobou srdeční zpomalit progresi koronární aterosklerózy a snížit celkovou úmrtnost. Doporučení je nutné provést na základě vyhodnocení stravovacích zvyklostí nemocného.
 - Strava by měla být pestrá a příjem energie uzpůsoben udržení nebo dosažení ideální tělesné hmotnosti.
 - Celkový denní příjem tuků by neměl tvořit více než 30% celkového příjmu energie a příjem nasycených tuků by neměl překročit třetinu celkového příjmu tuků. Příjem

cholesterolu by měl být nižší než 300 mg za den.

- Do skupiny vhodných potravin lze zejména zařadit tyto: ovoce a zelenina, celozrnné cereálie a chléb, nízkotučné mléčné výrobky, ryby, libové zejména bílé maso atd.
- Glycidy jsou preferované s nízkým glykemickým indexem (jednoduché cukry) a s vysokým obsahem vlákniny, denní příjem rafinovaného cukru je doporučeno omezit pod 10%
- Vyloučit abusus alkoholu (více než 20 g pro ženy = např. 2 dcl červeného vína, a 30 g pro muže čistého alkoholu denně = 3dcl)

Pokud účinek diety a režimových opatření nevede k dosažení cílových hodnot, podáváme u pacientů v sekundární prevenci a s diabetes mellitus hypolipidemika. Podle působení na lipidy rozdělujeme hypolipidemika na: statiny (ty sníženou syntézou cholesterolu v játrech vedou ke zvýšenému vychytávání cholesterolu z cirkulace a tím snížení jeho hladiny v krvi), fibráty (několika různými mechanismy ovlivňují především metabolismus triglyceridů a snižují tak jejich hladinu v krvi), sekvestranty žlučových kyselin (jsou to pryskyřice, které brání reabsorpci žlučových kyselin ze střeva). (*R.Češka a kolektiv, Dyslipidémie, 2004*)

- **Dostatečná pohybová aktivita** – Všichni nemocní s již diagnostikovaným aterosklerotickým onemocněním a jedinci s vysokým kardiovaskulárním rizikem by měli být neustále podporováni ve snaze zvýšit pohybovou aktivitu do takové míry, aby jejich kardiovaskulární riziko kleslo na co nejnižší úroveň. Cílem je alespoň 30 minut fyzické aktivity 4krát až 5krát týdně na submaximální úrovni zátěže, ale i mírnější zátěž prospívá zdraví. Za vhodné se zejména považují chůze, jízda na kole, plavání a další aerobní aktivity, za nevhodné např. silová cvičení – posilování.
- **Redukce hmotnosti u jedinců s obezitou nebo nadváhou** – Nejvhodnějším postupem je kombinace omezení celkového energetického příjmu a zvýšení tělesné aktivity. Redukce hmotnosti se doporučuje obézním jedincům (BMI >30 kg/m²), dále jedincům s nadváhou (BMI >25 kg/m² a <30 kg/m²) a dále jedincům s abdominální obezitou (ukazatelem je obvod pasu > 102 cm u mužů a > 88 cm u žen. Zde je důležitá motivace pacienta a pozitivní posilování ve změně jeho životního stylu. Při snižování hmotnosti se často osvědčil deník, do něhož si pacient zaznamenává různé způsoby chování a okolnosti, při nichž se takto chová. Pomocí této informace může potom lékař spolu s pacientem vypracovat jednak metody omezující podněty k nežádoucímu způsobu chování, jednak metody vytvářející a stimulující podněty k žádoucímu chování. Nežádoucí návyky se tak potlačují.

- **Udržování krevního tlaku na normálních hodnotách** – Za normální hodnotu krevního tlaku je považován TK <140/90 mmHg, u mladších hypertoniků a u diabetiků se doporučuje udržovat TK pod 130/80 mmHg. Terapie se vždy skládá z režimové a při její nedostatečnosti farmakologické léčby. K režimové léčbě patří tzv. hypertonický režim, kam lze zahrnout:
 - u všech osob s nadváhou snížit tělesnou hmotnost,
 - omezit denní spotřebu sodíku na 70-90 mmol/l (5 g soli),
 - omezit pití černé kávy a černého i zeleného čaje (tedy nelépe čaje ovocné a bylinkové)
 - snížit denní konzumaci alkoholu na méně než 50 ml tvrdého alkoholu, 2,5 dl vína nebo 0,75 l piva
 - provádět pravidelně aerobní cvičení (alespoň 3x v týdnu provozovat nějakou intenzivní fyzickou činnost, při níž se tepová frekvence bude pohybovat mezi 70-85% maxima. U kardiaků lze zátěž nejlépe určit na základě zátěžového vyšetření = ergometrie.
 - důležitý je i pravidelný životní režim s dostatkem spánku.
 - naučit se účinně zvládat stres (pomocí relaxačních technik a zpětné biologické vazby, někdy s pomocí příslušného odborníka)
- **Správná korekce diabetu** – U jedinců s poruchou glukózové tolerance nebo se zvýšenou glykemií nalačno může změna životního stylu předejít plnému rozvoji diabetes mellitus nebo nástup onemocnění oddálit. Udržení normoglykémie u diabetes 1. typu vyžaduje odpovídající léčbu inzulínem v kombinaci s diabetickou dietou. U diabetes mellitus 2. typu musí být prvními opatřeními odborné dietní poradenství, snížení nadváhy a zvýšení fyzické aktivity pod dohledem praktického lékaře internisty či diabetologa. Pokud nefarmakologická opatření nevedou k normoglykémii, musí se přistoupit k farmakoterapii perorálními antidiabetiky, někdy v kombinaci s inzulínem. (*S.Býma a kolektiv – Prevence kardiovaskulárních onemocnění, 2004*)

4. EDUKACE

4. 1 Pojem edukace

Edukace z latinského „Educo, educare“, což znamená vychovávat, vzdělávat.

Edukaci je tedy možno chápat jako výchovu, vzdělávací proces, předávání informací či výuku nových návyků a stereotypů.

Výchovné cíle edukace:

- kognitivní: což jsou intelektové schopnosti, cílem je, aby klient věděl, zda porozuměl
- afektivní: týkají se postojů, hodnot, názorů, zahrnuje emoce, životní přesvědčení
- psychomotorické: týkají se dovedností a činností klienta, za cíl si klade osvojení a používání dovedností, činností. Výstupem je dovednost.

4. 2 Druhy edukace

Edukační proces bychom mohli rozdělit na:

1. *edukaci obecnou*, která poskytuje základní informace, spočívá v pomoci vyrovnat se s chorobou, v poskytnutí minimálně nutných znalostí a dovedností.
2. *edukaci specializovanou*, která prohlubuje a rozšiřuje základní informace, řeší individuální problémy a konkrétní situace
3. *reedukaci (pokračující cílenou edukaci)* – edukace je celoživotní proces a její efekt se projeví pouze tehdy, je-li opakovaná

4. 3 Podmínky úspěšné edukace

Edukace vyžaduje:

- edukační zázemí (edukační centrum) – klidná uzavíratelná místnost, neměla by být průchodná, měla by odpovídat hygienickým normám
- edukační materiál a pomůcky – které umožňují kreativní spolupráci při výuce, usnadňují aplikaci dosavadních dovedností a vědomostí (ideální edukační materiál by měl být souhrnný, vyčerpávající a dostupný pro všechny. Měl by doplňovat ústní informace.
- dokumentace pomocí edukačních protokolů
- z právního hlediska absolvování edukace potvrdit podpisem
- zapojení příbuzných nebo dalších osob v edukaci (členové rodiny, přátelé, sestry z agentur domácí péče...)
- kvalitní a dobře proškolené zdravotnické pracovníky

- uplatňovat široké odborné znalosti a dovednosti
- mít na paměti individualitu lidské osobnosti, která je jedinečná se svými klady a zápory
- nezapomínat, že naším úkolem je pomoci člověku v těžké situaci a že sami jsme také jen lidé

Základem úspěšné edukace je správná komunikace. Komunikovat neznamena pouze mluvit.

Při správné komunikaci s pacientem musíme:

- vědět, co chceme říci
- rozhodnout, kdy informaci sdělit, to znamená odhadnout, zda je vhodný čas pro předání informace
- vybrat správné místo pro sdělení
- rozhodnout, jak nejlépe informaci podat
- pamatovat na skutečnost, že pro nás již jasně sdělované skutečnosti nemusejí být pro druhou stranu také jasné
- mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat
- zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči
- sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všimnout si zejména jeho známk a projevů zmatku, hněvu, úzkosti, akceptování atd.
- brát v úvahu pocity pacienta
- udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem
- kontrolovat své neverbální projevy
- umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil
- nezneklidňovat, ale ani nedráždit pacienta svým projevem
- kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil

Z charakteru komunikace vyplývá, že jde o „spojení“ mezi dvěma či více subjekty. Jsou-li jimi lékař (sestra) a pacient, pak prvním pravidlem takového spojení je, že nesmí být jednosměrné, že musí probíhat v obou směrech, podle situace v různé míře. (R. Honzák - *Komunikační pasti v medicíně*, 1999, str. 12)

V edukaci je také nezbytná dostatečná motivace nemocného. Pokud pacient chápe podstatu onemocnění a možnost zlepšení prognózy, či zmírnění příznaků onemocnění v závislosti na změně vlastního chování, změně životního stylu, je často více ochoten spolupracovat a

zapojit se do léčebného režimu. Důležité je při každé kontrolní návštěvě ocenění sebemenších pokroků pacienta a povzbuzení do jeho dalšího úsilí.

Před prováděním edukace je důležité vytvořit se edukační plán. To znamená vytvořit si strukturu na dané téma.

4. 3. 1 Základní zásady k provádění edukace

- Zvolit druh edukace (po zjištění úrovně znalostí klienta o daném problému, zvolíme buď edukaci obecnou nebo speciální, či reedukaci)
- Zvolit formu edukace (volíme s ohledem na biologický věk klienta, zdravotní stav, informace písemné nebo audiovizuální by se měly používat nejčastěji. Tyto informace je nutno doplnit i o ústní.)
- Určit konkrétní cíl, kterého chceme edukací dosáhnout
- Přistupovat ke klientovi citlivě (každý zdravotník by měl odhadnout emocionální stav pacienta, jeho duševní úroveň a informovanost. Velký význam má verbální komunikace, úroveň pacientova vzdělání a poměrů, z kterých pochází. Možnost poučení pacienta je snížena, když odmítá spolupráci.)
- Důležitá je srozumitelnost, jednoduchost a názornost výkladu (na úrovni klientova chápání)
- Časová a obsahová přiměřenost (tzn. přiměřená doba pro zaměření pozornosti klienta na dané téma a nezahltit klienta pojmy, kterým nerozumí)
- Edukovat plánovitě s jasným programem (opakování je nezbytné při každém kontaktu s nemocným. Je známo, že bez rozdílu intelektu si nemocní pamatují 2-3 informace. Dále si pamatují informace, které jim byly sděleny na začátku rozhovoru a ty, které jim byly několikrát zopakovány a řečeny s důrazem.)
- Zajistit kontrolu a zpětnou vazbu (dát nemocnému prostor pro umožnění dotazů)

Pro mnoho nemocných je velmi obtížné změnit vlastní chování, protože mají velmi dobře zažitý svůj stereotyp. Někteří se snaží provést změny velmi radikálně, jiní postupují ve změně životního stylu velmi pomalu, někteří se vzdávají velmi brzy. Důležité je vysvětlit, jakým způsobem doporučovaná změna chování upevní jejich zdraví. Bohužel se v praxi také setkáváme s neochotou nemocných spolupracovat. Neochota ke spolupráci může způsobit rozvoj dalších potíží, narůstající náklady na léčbu. Ochota ke spolupráci je ovlivněna vlastnostmi nemocného, vztahem lékař - nemocný - léčebný režim. Ochota se někdy zlepšuje, když nemocný vidí, že provádíme pravidelně kontrolu léčebného režimu. Ten musí být jednoduchý, stručně formulovaný, co nejméně náročný po stránce finanční i citové, co

nejméně narušit kulturní a národnostní obyčeje. Naplánovat ho musíme tak, aby požadované změny byly prováděny v menších dávkách.

Zdravotničtí pracovníci by měli přistupovat k nemocným jako rádci, přátelé s osobním vzorem. Velmi těžce bude přesvědčovat o nutnosti změny životosprávy, pravidelného tréninku obězí a nemotorný kardiolog nebo sestra, kteří navíc neudělají krok pěšky a jejich dech na dálku páchne tabákem. (*Haluzíková, J. Edukace – nástroj léčby, časopis Sestra, 4/2003, str.14*)

4. 4 Edukace a ošetrovatelský proces

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je (pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná) změna zdravotního stavu pacienta. Ošetrovatelský proces je dnes mezinárodním standardem ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče – uspokojení individuálních potřeb klienta.

Ošetrovatelský proces se skládá z několika fází:

Zhodnocení zdravotního stavu klienta – sběr dat a informací pozorováním, rozhovorem, nasloucháním, doplněno fyzikálním vyšetřením.

- Analýza získaných dat a informací o pacientovi
- Diagnostika (ošetrovatelská diagnóza) – standardní pojmenování problému klienta a jeho reakce na aktuální a potencionální zdravotní problémy nebo životní procesy a situace.
- Plánování ošetrovatelské péče - součástí plánování je stanovení priorit, stanovení očekávaných výsledků –cílů a výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských strategií, výběr ošetrovatelských zásahů/intervencí, sestavení písemné formy plánu ošetrovatelské péče, konzultace.
- Realizace ošetrovatelských strategií
- Vyhodnocení výsledků péče – zjištění zda bylo dosaženo stanovených, očekávaných výsledků a do jaké míry, zda se má plán péče a jednotlivé ošetrovatelské intervence revidovat nebo změnit. (*D. Mastiliaková – Úvod do Ošetrovatelství, I. díl, 2002*)

4. 4. 1 Plán ošetrovatelské péče se zaměřením na edukaci

Na základě analýzy získaných dat a informací od pacienta dle modelu Gordonové a můžeme stanovit tyto *ošetrovatelské diagnózy*:

- Deficit znalostí (neznalost pojmu) o základním onemocnění související s nedostatkem informací
- Neefektivní dodržování terapeutického režimu jednotlivcem související s nedostatečnou motivací nemocného (z důvodu nedostatku informací)

Na základě stanovení ošetřovatelských diagnóz určíme ***očekávané cíle (výsledky)***:

- Klient chápe podstatu svého onemocnění a léčbu
- Klient projevuje zvýšený zájem o nové informace
- Na základě nových informací klient nachází způsoby, jak možno situaci účinně změnit
- Klient správně vykonává potřebné postupy a umí vysvětlit důvody
- Klient chápe vztah mezi objektivními a subjektivními příznaky nemoci a dokáže je dát do vztahu s příčinnými faktory
- Klient zahájil potřebné změny životního stylu a účastní se léčby

Očekávaných změn ve stavu pacienta může být dosaženo pomocí stanovených

ošetřovatelských zásahů/intervencí:

- Zjistí úroveň znalostí klienta o podstatě vzniku a prevenci onemocnění
- Všimni si schopností a ochoty klienta učit se novému
- Uvědom si překážky bránící pacientovi dozvědět se, co potřebuje (jazykové bariéry, fyzický stav..)
- Posud' motivaci pacienta
- Snaž se nalézt individuální motivační faktory
- Povzbuzuj pacienta pozitivním způsobem
- Poskytni pacientovi dostatek informací, které mají vztah k situaci
- Urči priority pro pacienta a těmi začni
- Diskutuj s pacientem o tom, co vnímá jako potřebné
- Rozliš informace, které by si měl pacient zapamatovat a které mají význam pro vznik emocí, postojů a hodnot
- Vezmi v úvahu psychomotorické schopnosti pacienta, které jsou předpokladem pro učení
- Specifikuj výsledky, kterých má být dosaženo
- Dohodni se s pacientem na vzájemných cílech
- Zapoj do spolupráce i rodinné příslušníky

- Poskytni pacientovi písemné materiály, k nimž se může dle potřeby vracet
- Zvol prostředí ta, aby napomáhalo edukaci
- Dbej na aktivní roli pacienta v procesu edukace
- Poskytuj zpětnou vazbu
- Pomoz pacientovi využívat získané poznatky ve všech oblastech všedního života
- Zjistí dostupné veřejné zdroje / podpůrné skupiny
- Poskytni informace o dalších zdrojích poznání (literatura, nahrávky)

Po realizaci ošetrovatelských zásahů přistupujeme k **vyhodnocení výsledků ošetrovatelské péče**. Zhodnotí se posun/pokrok žádoucím směrem v jednotlivých oblastech. V hodnocení dosažených výsledků je důležitá zpětná vazba na klienta, kterou zjistíme zda klient dovede použít a aplikovat získané informace, jak je mu jasná podstata problému, zda se aktivně zapojuje do procesu poznání, zda se cítí lépe a je si jist sám sebou. Dle výsledků se dále plán péče upravuje, obnovuje. V edukaci je důležité neustálé opakování, reedukace. (M. Doenges, M.F. Moorhouse – *Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé přepracované vydání, 2001*)

4. 5 Edukace v sekundární prevenci ICHS

Edukace se v sekundární prevenci zaměřuje na léčebně preventivní postup, který se skládá jednak z nefarmakologických opatření, což znamená zejména změnu životního stylu (nekuřáctví, boj s nadváhou, dostatek pohybu, dietní opatření na snižování tuků a cukru v krvi, vyhýbat se stresu, dostatek spánku a odpočinku) a také z farmakoterapie(zde edukace klade význam na pravidelné užívání naordinovaných léků).

Snaha o změnu životního stylu nemocných vyžaduje dobrou spolupráci nejen na úrovni klient a lékař, sestra, ale i klient a rodinní příslušníci, či lékař, sestra a rodinní příslušníci.

4. 5. 1 Role sestry v edukaci v sekundární prevenci ICHS

Při komunikaci s pacientem je důležité, aby sestra navázala takový kontakt, který podporuje pocit vzájemné důvěry a sounáležitosti. Tak se nejlépe dozví nejvíce informací, které jsou nám vodítkem pro správnou edukaci. Sestra během edukačního procesu prochází několika rolami, v začátku je v roli zpovědníka (důvěrníka), poté informátora, na závěr v roli poradce a učitele.

Při zjišťování informací se sestra zaměřuje na otázky životního stylu a rizikové faktory pro vznik a vývoj ICHS.

U kuřáků se snaží vysvětlit podstatu škodlivosti kouření, vysvětluje, proč by tedy pacient měl přestat kouřit, zjišťuje, zda pacient je, či není ochoten přestat kouřit, seznamuje pacienta se zásadami postupu zanechání kouření, nabízí informace o alternativních metodách pro odvykání kouření, které zamezují abstinenčním příznakům (pomocí žvýkaček s nikotinem, náplastí s nikotinem ...), nabízí kontakt na protikuřácké poradny. Důležité je kladné povzbuzování klienta.

U klientů s nadváhou a obezitou se snaží vysvětlit význam redukce hmotnosti pro celý organismus, nabízí a vysvětluje jídelníček, seznamy kalorických hodnot jednotlivých potravin a další režimová opatření, která jsou důležitá pro snížení hmotnosti (návod ke změně životosprávy s dostatkem pohybu). Upozorňuje klienta na další možnosti snižování hmotnosti pomocí různých ozdravných programů či obezitologických ambulancí. Ve snaze o snížení hmotnosti sestra klienta maximálně podporuje a pozitivně povzbuzuje.

U diabetiků vysvětluje význam dodržování diabetologických opatření (diabetická dieta, dostatek pohybu) a tím udržování optimální hladiny glukózy v krvi.

U hypertoniků nabízí pokyny pro hypertonický režim, kam patří zanechání kouření, omezení pití černé kávy a černého čaje, méně solit, dostatek odpočinku a spánku a tím i omezení stresu.

Základem pro sekundární prevenci ICHS je dodržování nízkocholesterolové diety a dostatek aerobního pohybu (běh, plavání, kolo, chůze). Důležitou součástí edukace jsou písemné materiály (letáky, brožury, telefonní kontakty), ke kterým se klient může kdykoliv vrátit.

Edukace v sekundární prevenci ICHS je nikdy nekončící práce. Při opakované návštěvě klienta sestra zjišťuje, do jaké míry pacient změnil životní styl, jak aktivně se zapojil do ošetrovatelského procesu. Po té se pouští do nové reedukace. „Protože opakování je matkou moudrosti.“

EMPIRICKÁ ČÁST

5. Cíle empirické části

- zmapovat a analyzovat životní styl nemocných s ischemickou chorobou srdeční, jejich znalosti a postoje k vlastnímu zdraví
- zjistit ovlivnitelné faktory
- porovnat vývoj a vyhodnotit význam edukace těchto nemocných s posouzením v časovém odstupu cca 2-3 měsíců
- vyhledat příčiny u těžko ovlivnitelných rizikových faktorů
- práce by měla také ukázat, jak důležité je nejen klienta informovat, poučovat, ale jak také pomocí edukace klienta tzv. "vtáhnout do hry". Aby klient sám cítil odpovědnost za své zdraví.
- v neposlední řadě by práce také měla podpořit myšlenku o vymezení kompetencí a výkonovém ohodnocení sestry v oblasti edukace v sekundární prevenci kardiovaskulárních chorob. A tím tak sestře dát větší časový prostor pro edukaci.

6. Hypotézy výzkumu

- H 1** Ve výzkumném vzorku budou převažovat muži s nižším věkovým průměrem než ženy.
- H 2** Dosažené vzdělání respondentů nebude mít vliv na výskyt ischemické choroby srdeční .
- H 3** Nejvíce klientů se bude stravovat doma a tím může pozitivně ovlivňovat složení i přípravu stravy.
- H 4** U klientů bude zjištěn nedostatek pohybové aktivity.
- H 5** Většina klientů bude pravidelně užívat naordinované léky
- H 6** Klienti budou mít dostatek informací (o své nemoci, prevenci....)
- H7** Tělesná hmotnost bude více redukována ženami

7. ORGANIZACE VÝZKUMU

7.1 Metodika výzkumu

Při zahájení práce byla nejdříve provedena rešerše dostupné literatury a materiálů, které se tematicky dotýkají dané problematiky.

K získání potřebných informací byl vypracován dotazník se strukturovanými položkami odpovědí. Vyplňování dotazníku probíhalo ve dvou časových rovinách. První sběr dat probíhal při první návštěvě kardiologické ambulance, druhé vyplnění dotazníku stejného znění proběhlo s odstupem cca 2 -3 měsíců.

Dotazník byl rozdělen na tři části – část A ,část B, část C

Část A – obsahovala základní informace (statistické) – pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání

Část B – obsahovala 19 otázek zaměřených na životní styl klienta a na rizikové faktory pro vznik a vývoj aterosklerózy (kouření, výživa, stres, pohybová aktivita..)

Část C - obsahuje objektivní vyšetření sestrou (screening), který se skládá ze 4 položek -
Výška klienta, váha klienta, obvod pasu klienta a spočítané BMI.

Před provedením vlastního dotazníkového šetření byla provedena pilotní studie, která měla za cíl zjistit pochopitelnost a použitelnost předkládaného dotazníku. Pilotní studie se zúčastnilo 10 respondentů a dle jejich připomínek a poznámek byl dotazník dále dopraven. Dotazník byl předáván osobní cestou, byl vyplňován za mé osobní účasti, což bylo přínosem pro zodpovězení případných dotazů ze strany respondentů. Návratnost dotazníků byla vzhledem k mé osobní účasti 100%.

Další metodou, která zde byla použita, byla metoda rozhovoru a to především v rámci samotné edukace.

Získaná data byla zpracována počítačovým programem Microsoft Excel 2000.

7.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum probíhal v období října 2005 až března 2006. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 50 respondentů, z toho bylo 30 mužů (60%) ve věku 50-65 let a 20 žen (40%) ve věku 56-70 let. Šlo o klienty soukromé kardiologické ambulance v Kostelci nad Orlicí. Osloveni byli pacienti při první návštěvě kardiologické ambulance a podruhé s odstupem 2-3 měsíců.

Ve výzkumném vzorku se nacházeli klienti s diagnózami – stav po infarktu myokardu, angina pectoris, stav po angioplastice koronárních tepen, či zavedení stentu do koronárního řečiště.

7.3 Průběh edukace

Součástí výzkumu bylo zhodnocení úspěšnosti edukace, která probíhala individuální formou v soukromé kardiologické ambulanci.

Na základě výsledků dotazníku doplněných ještě rozhovorem byla zjištěna anamnéza. Zde jsem se dozvěděla, jaké znalosti klienti mají o ischemické chorobě srdeční, o rizikových faktorech, o komplikacích ischemické choroby srdeční, o prevenci. Ze zjištěných nedostatků jsem stanovila edukační diagnózy:

- ✓ neznalost pojmu o onemocnění ischemické choroby srdeční
- ✓ neznalost péče o ošetřování nemocného s ischemickou chorobou srdeční
- ✓ neznalost preventivních opatření – riziko poškození související s dalšími komplikacemi ischemické choroby srdeční

Po té byly navrženy cíle a postupy při edukaci jednotlivých pacientů s ohledem na jedinečnost jejich osoby. Při uskutečňování těchto cílů bylo nutné přihlídnout ke stadiu ischemické choroby srdeční, k možnosti vzniku komplikací ICHS, k dalším přidruženým onemocněním (např. onemocnění pohybového aparátu), ale i k věku klienta, k jeho výukovým schopnostem, intelektu, k dosavadním zkušenostem s danou problematikou, k jeho sociálnímu zázemí i k individuálním překážkám při realizaci edukačního plánu. Na základě těchto kritérií byly zvoleny vhodné edukační prostředky a materiály. Jako vhodná forma byla vybrána kombinace přednášky a rozhovoru.

Vlastní edukace se uskutečňovala v soukromé kardiologické ambulanci v přípravně sestry, bohužel jiná vhodná místnost pro tyto účely nebyla nalezena. V rámci možností jsem se snažila minimalizovat rušivé elementy (např. telefon, či klepání jiných klientů) a tím navodit příznivou atmosféru. Myslím, že edukace by měla být prováděna vždy stejnou sestrou s odpovídajícími předpoklady a znalostmi odborné tematiky, alespoň základními znalostmi z psychologie a pedagogiky a dostatečnými komunikačními schopnostmi.

Edukace probíhala během přípravy klienta na vyšetření, průměrná doba výuky činila 15 minut. Ústředním tématem edukace bylo zaměření na zdravý životní styl, na eliminaci rizikových faktorů aterosklerózy. Byl vysvětlen význam přiměřené pravidelné fyzické aktivity, změny dosavadních stravovacích zvyklostí, dietní terapie. Byl kladen důraz na prevenci dalších komplikací ischemické choroby srdeční. Součástí edukace bylo i rozdání edukačních materiálů a kontaktů na další odborníky (brožury, letáky), které mají klientovi v domácím prostředí připomenout to, co bylo na edukačním sezení vysvětleno. V závěru edukace byl klientovi dán prostor na zpětnou vazbu, vlastní dotazy.

Ověření účinnosti edukace bylo provedeno s odstupem 2-3 měsíců, kdy klienti vyplnili stejný dotazník podruhé. Součástí dotazníku bylo i malé objektivní vyšetření sestrou, kde se výsledky edukace mohly částečně objektivizovat. Na základě zjištěných výsledků byly vyhledány nedostatky a edukační plán byl upraven, zaměřil se na příčiny těžko ovlivnitelných faktorů životního stylu jednotlivých klientů.

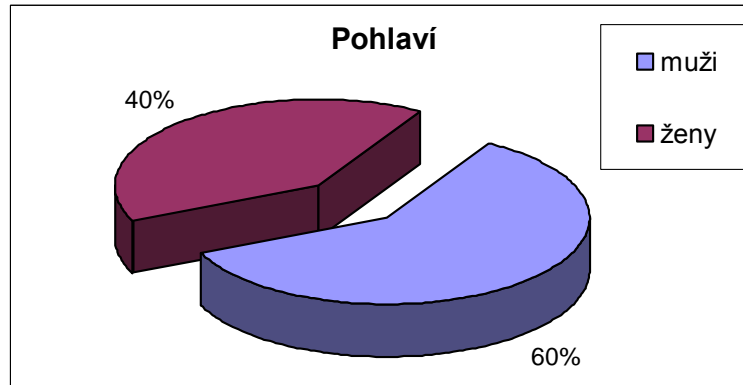
Cílená a opakovaná edukace je zaměřena především na udržení motivace a je celoživotní. Důležité je nejen klienta informovat, poučovat, ale také ho pomocí edukace tzv. "vtáhnout do hry". Aby klient cítil odpovědnost za své zdraví.

8. Výsledky výzkumu (Vyhodnocení dotazníků)

Část A - Základní informace

1. Pohlaví: A) muž B) žena

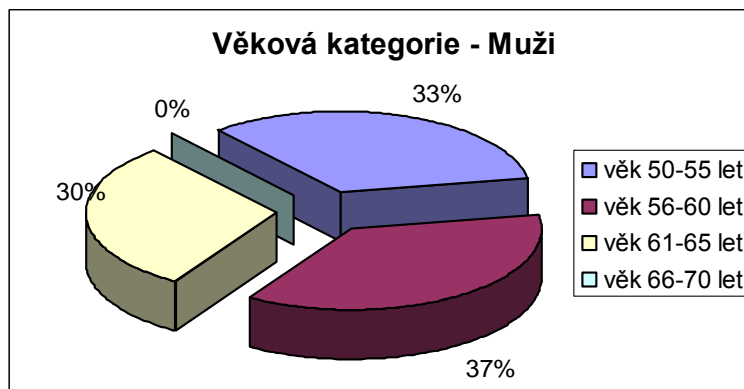
Graf 1



Z celkového počtu 50 respondentů, se výzkumu zúčastnilo 30 mužů (60%) a 20 žen (40%).

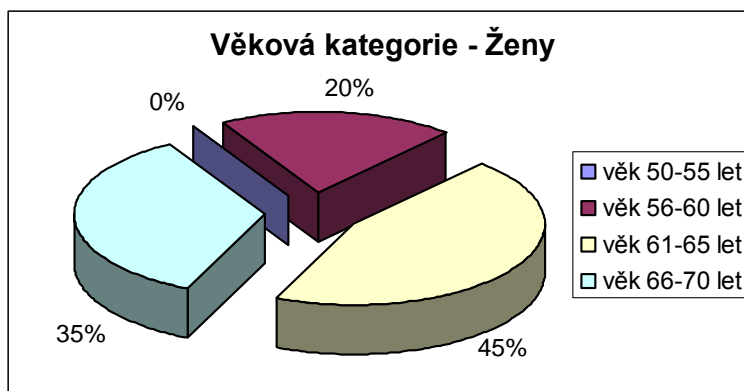
2. Věk: A) 50-55 let B) 56-60 let C) 61-65 let D) 66-70 let

Graf 2



Z **grafu 2** je patrné, že ve věkové kategorii 50-55 let bylo 10 mužů (33%), v kategorii 56-60 let 11 mužů (37%) a v kategorii 61-65 let 9 mužů (30%), v kategorii 66-70 let nebyl žádný muž.

Graf 3

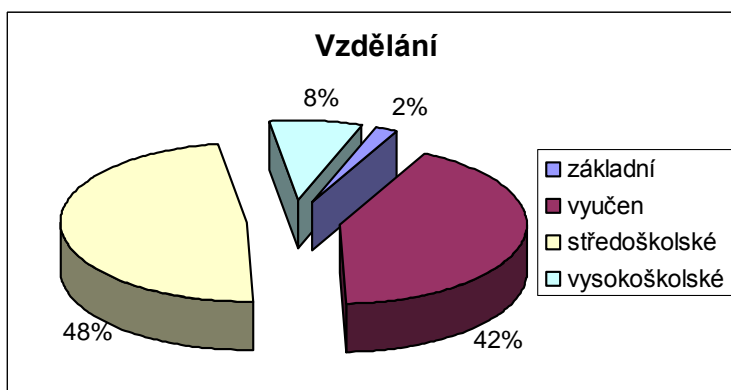


Z **grafu 3** je patrné, že ve věkové kategorii 50-55 let nebyla zastoupena žádná žena, v kategorii 56-60 let byli 4 ženy (20%), v kategorii 61-65 let to bylo 9 žen (45%) a v kategorii 66-70 let 7 žen (35%).

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

A) základní B) učební obor C) středoškolské D) vysokoškolské

Graf 4



Dle **grafu 4** je patrné, že nejvíce dotázaných mělo středoškolské vzdělání = 24 klientů (48 %), 21 klientů (42%) bylo vyučeno, 4 klienti (8%) dosáhli vysokoškolského vzdělání, 1 klient měl základní vzdělání (2%).

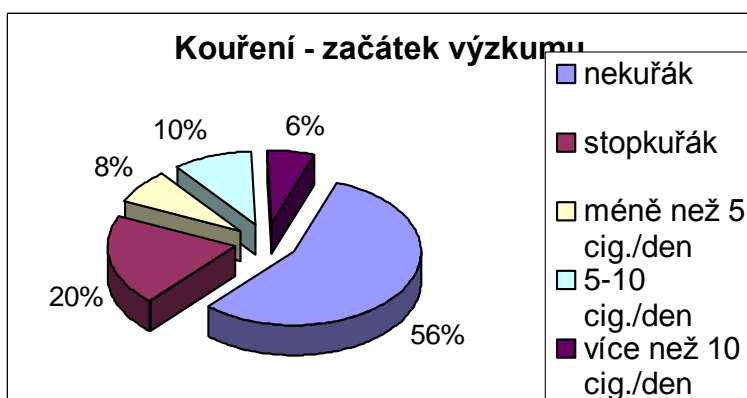
Část B

Oblast kouření

4. Klienti odpovídali zda jsou nekuřáci, kuřáci a kolik cigaret za den vykouří.

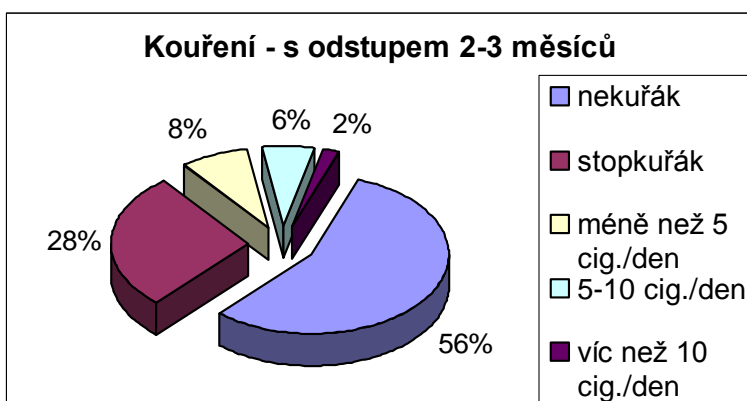
- A) nekuřák B) stopkuřák C) méně než 5 cigaret/den D) 5-10 cigaret/den
E) více než 10 cigaret/den

Graf 5



Z výsledků vyplynulo (**graf 5**), že na začátku výzkumu bylo 28 klientů- nekuřáků (56%) , 10 klientů (20%)v minulosti kouřilo, ale kouřit přestalo = stopkuřáci, 4 klienti (8%) kouřilo méně než 5 cigaret/den, 5 klientů (10%) kouřilo 5-10 cigaret/den a 3 klienti (6%) kouřilo více než 10 cigaret/den

Graf 6

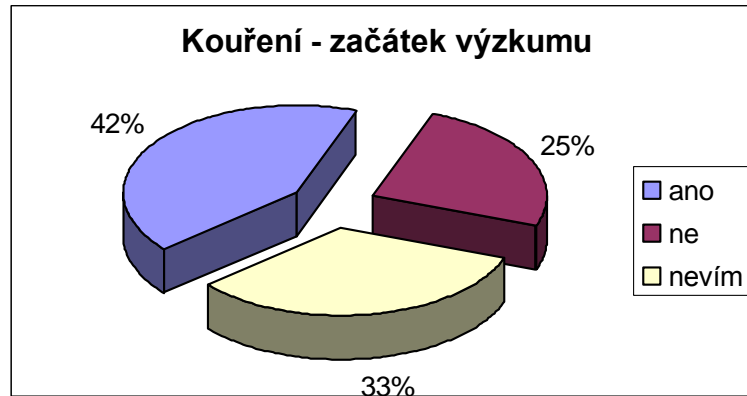


V **grafu 6** vidíme výsledky šetření v oblasti kouření s odstupem 2-3 měsíců. Nekuřáků je 28 (56%), klientů, kteří přestali kouřit = stopkuřáků je 14 (28%), klienti, kteří kouří méně než 5 cigaret/den jsou 4 (8%), klienti kouřící 5-10 cigaret /den jsou 3 (6%) a pouze 1 klient (2%) kouří více než 10 cigaret/den.

5. Pokud jste kuřák- jste ochoten s kouřením přestat?

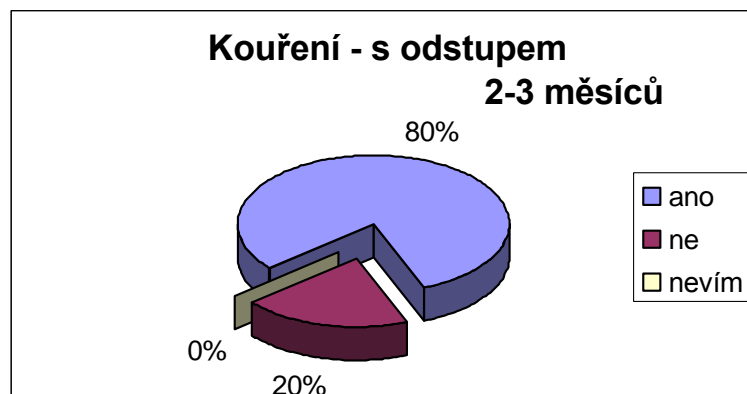
A) ano B) ne C) nevím

Graf 7



Na tuto otázku odpovídali pouze kuřáci, kterých bylo z celkového počtu 50 dotazovaných 12. Z **grafu 7** můžeme vyčíst, že na začátku výzkumu bylo 5 klientů- kuřáků (42%) ochotno pokusit se s kouřením přestat, 4 klienti – kuřáci (33%) neví (není si jisto) a 3 klienti- kuřáci (25%) chtějí kouřit dále.

Graf 8

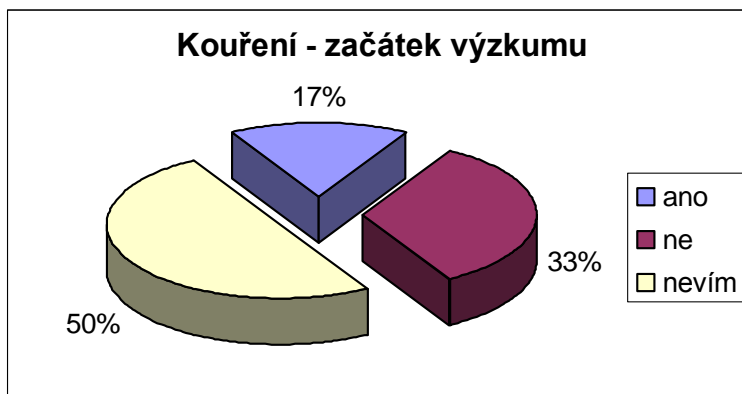


V **grafu 8** vidíme výsledky šetření s odstupem 2-3 měsíců. Z grafu vyplývá, že 10 klientů-kuřáků (80%) je ochotno s kouřením přestat, 2 klienti- kuřáci (20%) přestat kouřit nechce a 0% neví.

6. Pokud jste kuřák, jste ochoten při odvykání kouření využít pomoci, např. navštívit protikuřáckou poradnu?

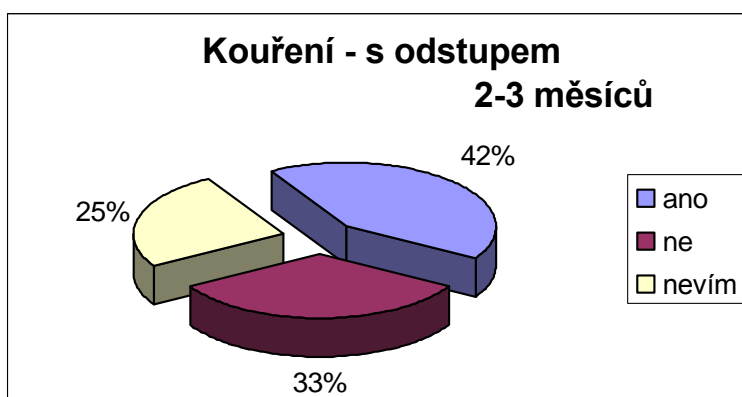
A) ano B) ne C) nevím – nejsem si jist

Graf 9



Z **grafu 9** můžeme vyčíst, že na začátku výzkumu byli 2 klienti –kuřáci (17%) ochotni navštívit protikuřáckou poradnu, 4 klienti –kuřáci (33%) ochotni nebyli a 6 klientů –kuřáků (50%) nevědělo.

Graf 10



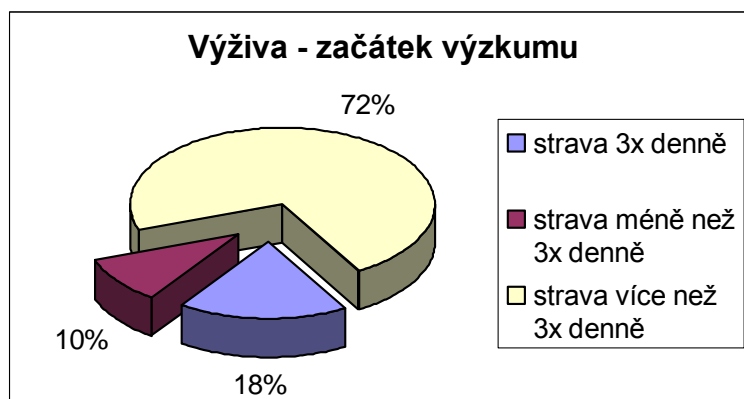
V **grafu 10** můžeme vidět, že po 2-3 měsících je ochotno navštívit protikuřáckou poradnu 5 klientů (42%), 4 klienti (33%) ochotni nejsou a nejsou rozhodnutí 3 klienti-kuřáci (25%).

Oblast výživy

7. Pravidelnost stravy (většinou):

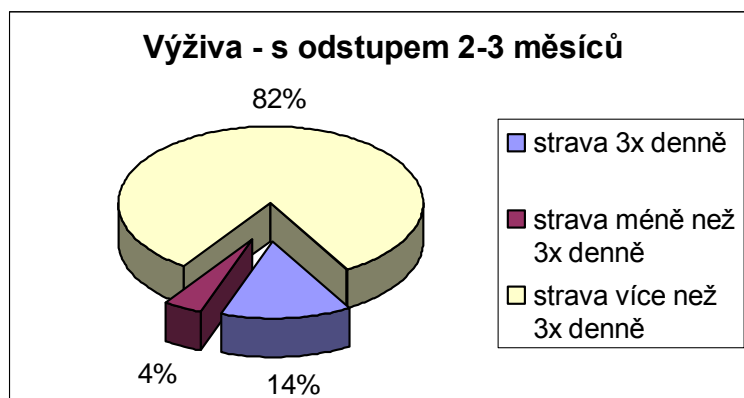
A) stravuji se 3x denně B) stravuji se méně než 3x denně C) stravuji se více než 3x denně

Graf 11



Graf 11 nám ukazuje, že na začátku výzkumu se 36 klientů (72%) stravuje více než 3x denně, 9 klientů (18%) se stravuje 3x denně a 5 klientů (10%) se stravuje méně než 3x denně.

Graf 12



Graf 12 nám ukazuje pravidelnost stravování s odstupem 2-3 měsíců, kdy 41 klientů (82%) se stravuje více než 3x denně, 7 klientů (14%) se stravuje 3x denně a 2 klienti (4%) se stravují méně než 3x denně.

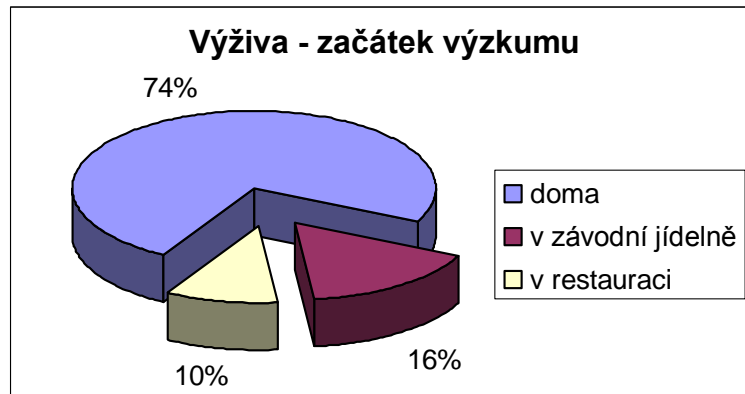
8. Stravuji se převážně (hlavní jídlo):

A) doma

B) v závodní jídelně

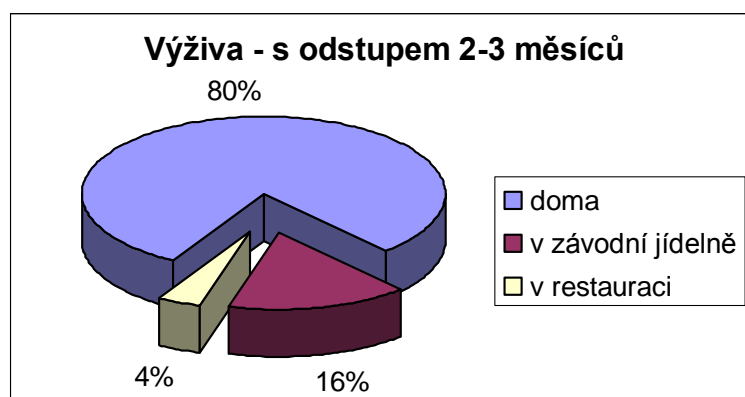
C) v restauraci

Graf 13



V **grafu 13** vidíme, že na začátku výzkumu se doma stravovalo 37 klientů (74%), v závodní jídelně 8 klientů (16%) a v restauraci 5 klientů (10%).

Graf 14

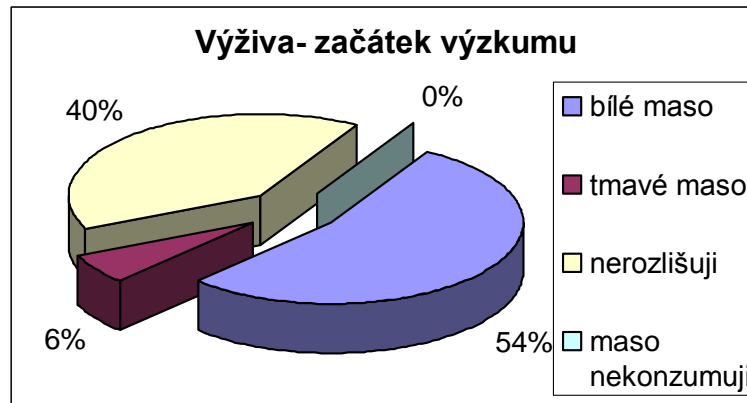


Graf 14 nám ukazuje stravování s odstupem 2-3 měsíců. Zde může vyčíst, že 40 klientů (80%) se stravuje doma, 8 klientů (16%) v závodní jídelně a 2 klienti (4%) v restauraci.

9. Ve stravě dávám přednost:

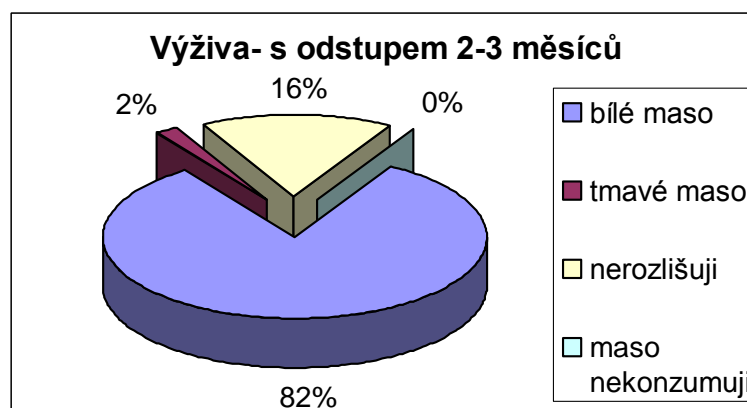
- A) bílému masu (kuře, krůta, králík, ryby) B) tmavému masu (vepřové, hovězí, kachna)
C) druh masa nerozlišuji D) maso nekonzumuji

Graf 15



Graf 15 nám ukazuje, že na začátku výzkumu preferovalo ve stravě bílé maso 27 klientů (54%), 3 klienti (6%) preferovali tmavé maso, 20 klientů (40%) maso ve stravě nerozlišovalo a 0% klientů maso nekonzumovalo.

Graf 16

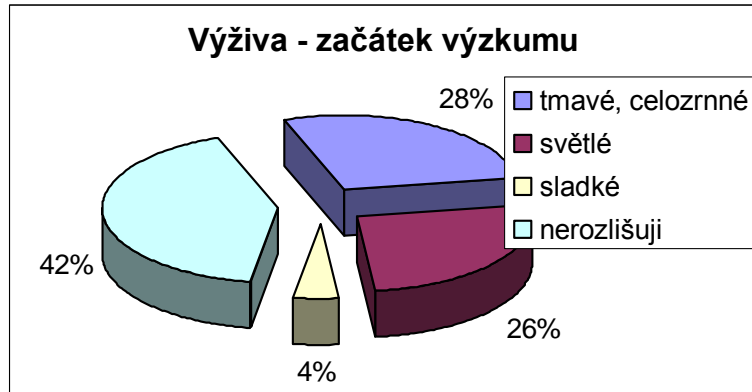


Z **grafu 16** můžeme vidět, že s odstupem 2-3 měsíců ve stravě preferuje bílé maso 41 klientů (82%), tmavé maso stále preferoval 1 klient (2%), maso nerozlišuje 8 klientů (16%) a žádný klient se nestal vegetariánem = 0% klientů nekonzumuje maso.

10. Pečivo preferuji:

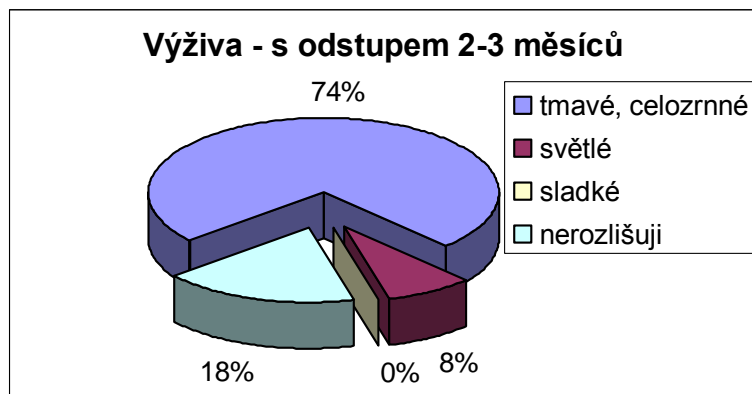
A) tmavé, celozrnné B) bílé C) sladké

Graf 17



Z **grafu 17** vidíme, že na začátku výzkumu preferuje ve stravě 14 klientů (28%) tmavé, celozrnné pečivo, 13 klientů (26%) preferuje světlé pečivo, 2 klienti (4%) preferují pečivo sladké a 21 klientů (42%) pečivo nerozlišuje.

Graf 18

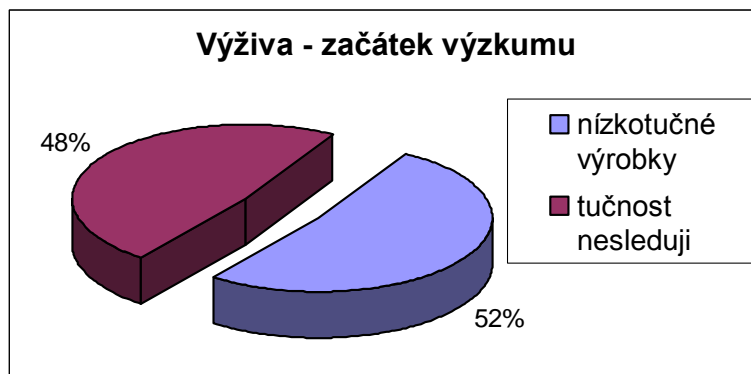


Graf 18 nám ukazuje výsledky šetření s odstupem 2-3 měsíců. Zde vidíme, že tmavé, celozrnné pečivo preferuje 37 klientů (74%), světlé pečivo 4 klienti (8%), pečivo nerozlišuje 9 klientů (18%) a 0% klientů preferuje sladké pečivo.

11. Z mléčných výrobků si vybírám:

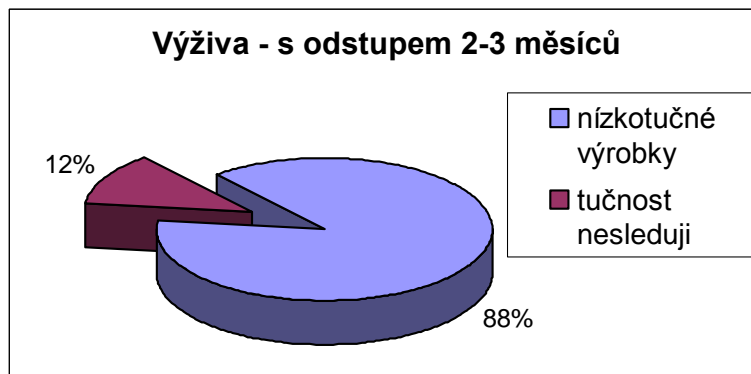
- A) převážně nízkotučné výrobky B) tučnost nesleduji (vybírám si podle chuti)

Graf 19



Z grafu 19 vyplývá, že na začátku výzkumu preferovalo nízkotučné mléčné výrobky 26 dotázaných klientů (52%) a 24 klientů (48%) tučnost nesledovalo.

Graf 20

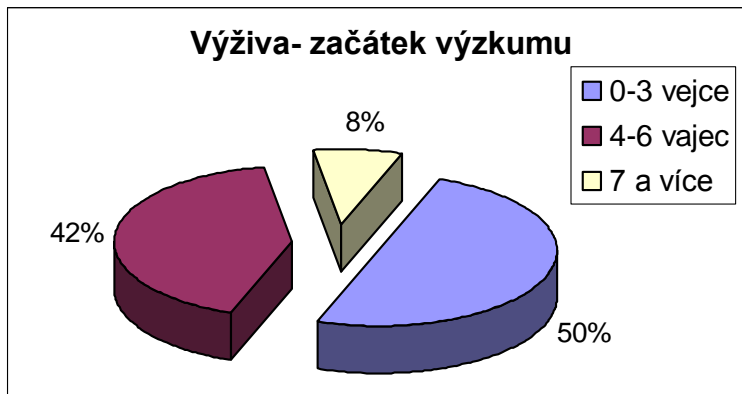


V grafu 20 můžeme vidět, jak odpovídali klienti po 2-3 měsících. 44 klientů (88%) již vybíralo nízkotučné mléčné výrobky a 6 klientů (12%) tučnost nesledovalo.

12. Průměrná spotřeba vajec za týden :

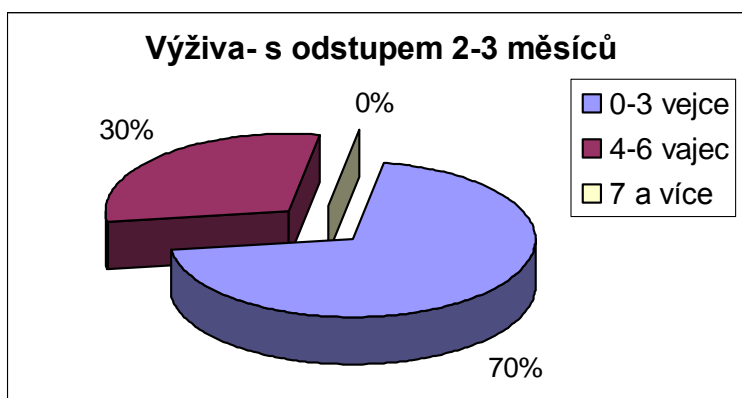
A) 0-3 vejce B) 4-6 vajec C) 7 vajec a více

Graf 21



V **grafu 21** můžeme vidět, že na začátku výzkumu mělo 25 klientů (50%) spotřebu vajec 0-3 kusy za týden, 21 klientů (42%) spotřebovalo týdně 4-6 kusů vajec a 4 klienti (8%) měli týdenní spotřebu vajec 7 kusů a více.

Graf 22

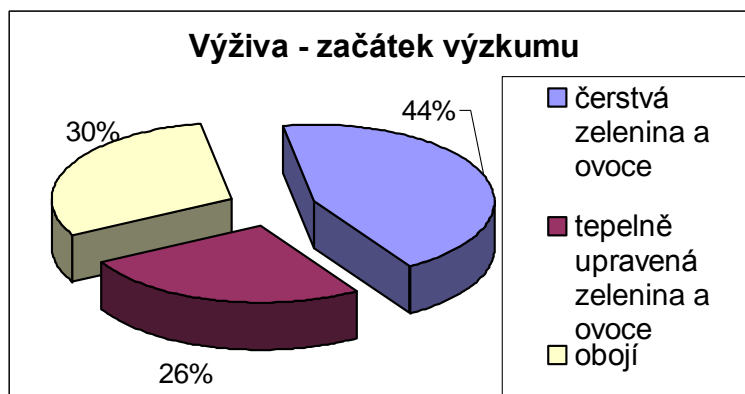


Z **grafu 22** můžeme vyčíst, že s odstupem 2-3 měsíců mělo spotřebu vajec za týden 0-3 kusy 35 klientů (70%), 4-6 kusů vajec spotřebovalo 15 klientů (30%) a 0% klientů spotřebovalo 7 a více kusů vajec.

13. Při konzumaci ovoce a zeleniny dávám přednost:

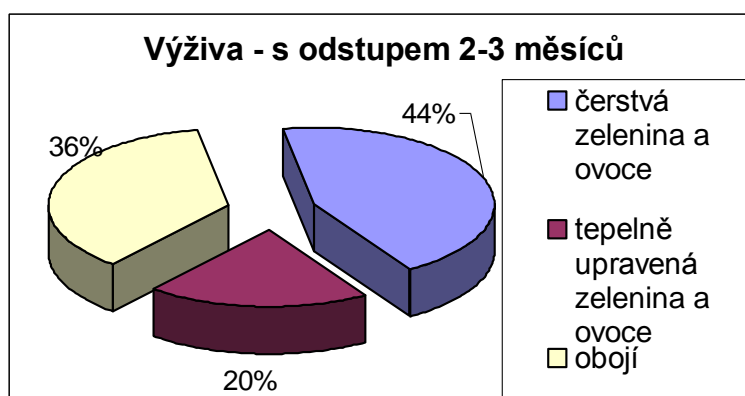
- A) čerstvému stavu B) tepelně upravenému stavu (konzervované, smažená zelenina...)
C) konzumuji obojího

Graf 23



Graf 23 ukazuje, že na začátku výzkumu dávalo přednost čerstvé zelenině a ovoci 22 klientů (44%), 13 klientů (26%) preferovalo zeleninu a ovoce tepelně upravenou a 15 klientů (30%) jedlo obojí bez většího rozdílu.

Graf 24

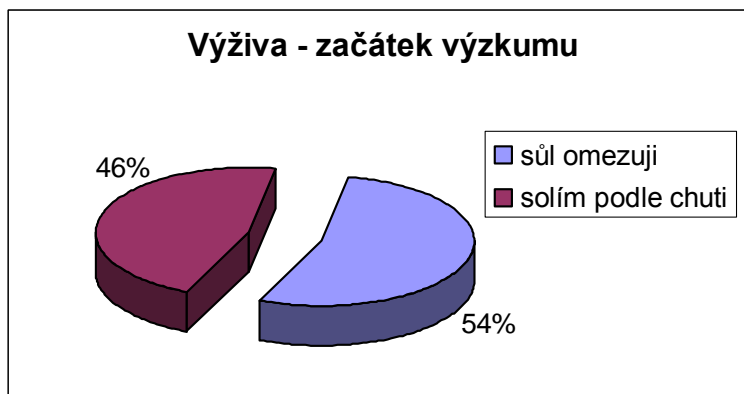


Graf 24 ukazuje, že po 2-3 měsících preferuje čerstvou zeleninu a ovoce 22 klientů (44%), tepelně upravené 10 klientů (20%) a obojí bez většího rozdílu konzumuje 18 klientů (36%).

14. Solení:

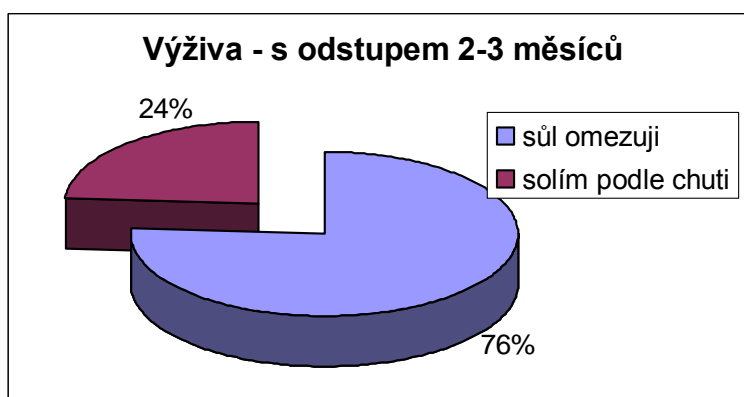
- A) sůl omezují B) solím podle chuti

Graf 25



Z **grafu 25** můžeme vyčíst, že na začátku výzkumu 27 klientů (54%) sůl ve stravě omezuje a 23 klientů (46%) solí podle chuti.

Graf 26

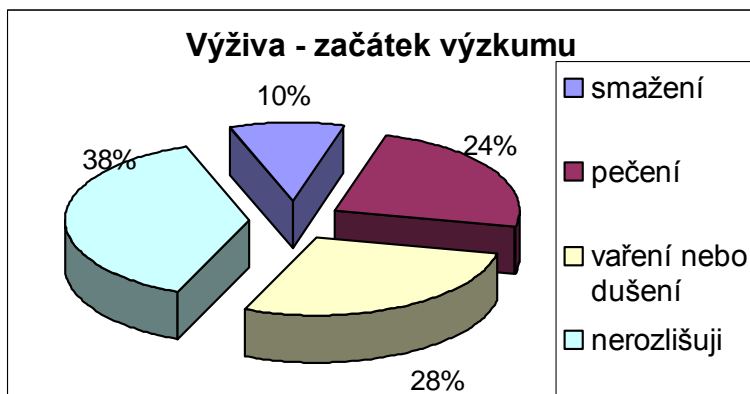


Graf 26 ukazuje solení ve stravě po 2-3 měsících, kdy 38 klientů (76%) sůl ve stravě omezuje a 12 (24%) klientů solí podle chuti.

15. V tepelné úpravě stravy dávám přednost:

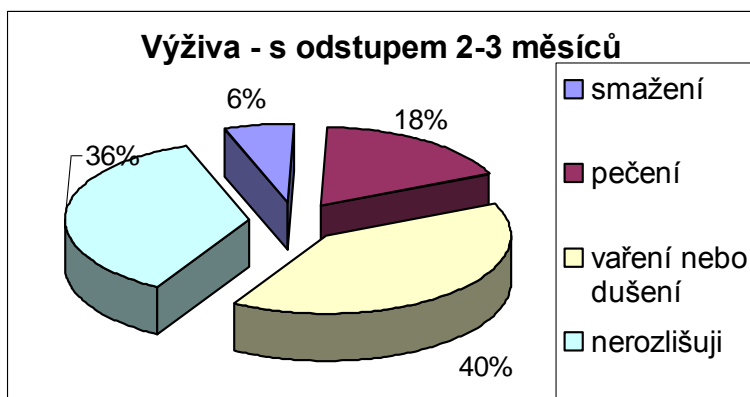
- A) smažení B) pečení C) vaření nebo dušení D) nerozlišuji

Graf 27



Z **grafu 27** můžeme vyčíst, že na začátku výzkumu dávalo přednost při úpravě stravy 14 klientů (28%) vaření nebo dušení, 12 klientů (24%) pečení, 5 klientů (10%) smažení a 19 klientů (38%) upravovalo stravu nerozlišeně, bez jakéhokoliv upřednostnění.

Graf 28

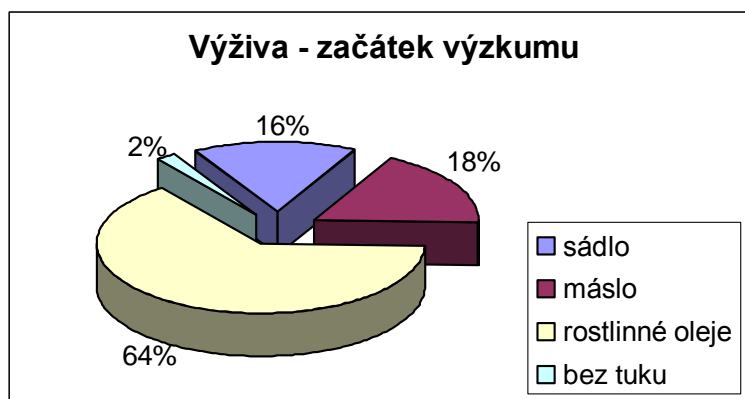


V **grafu 28** vidíme, že s odstupem 2-3 měsíců preferuje při úpravě stravy vaření nebo dušení 20 klientů (40%), pečení 9 klientů (18%), smažení 3 klientů (6%) a úpravu stravy nerozlišuje 18 klientů (36%).

16. K přípravě stravy používám:

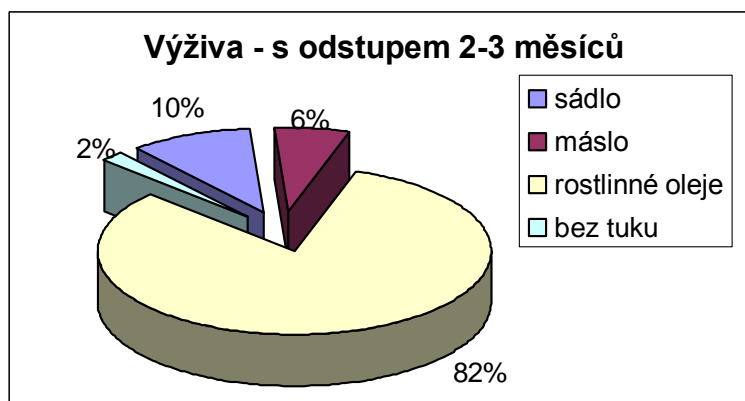
A) sádlo B) máslo C) rostlinné oleje D) bez tuku

Graf 29



Z **grafu 29** je patrné, že na začátku výzkumu dávalo přednost při přípravě stravy 32 klientů (64%) rostlinným olejům, 9 klientů (18) preferovalo máslo, 8 klientů (16%) používalo při přípravě stravy sádlo a 1 klient (2%) připravoval stravu bez tuku.

Graf 30



V **grafu 30** vidíme, že s odstupem 2-3 měsíců při přípravě stravy preferuje rostlinné oleje 41 klientů (82%), 5 klientů (10%)dává přednost sádlu, 3 klienti (6%) upřednostňuje máslo a 1 klient (2%) připravuje stravu bez tuku.

17. Kvalita chrupu mi dovoluje jíst cokoliv (čerstvou zeleninu a ovoce, ořechy..)

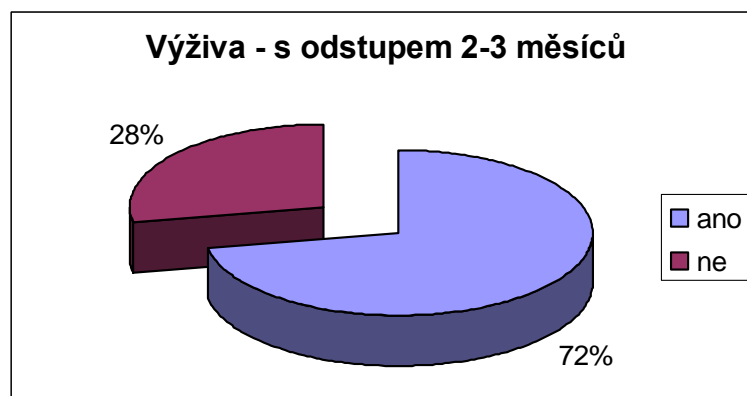
A) ano B) ne

Graf 31



Z **grafu 31** je patrné, že na začátku výzkumu dovoluje dobrý chrup jíst cokoliv 35 klientům (70%), zatímco 15 klientů (30%) jejich chrup omezuje ve zdravém stravování.

Graf 32



Z **grafu 32** můžeme vyčíst, že s odstupem 2-3 měsíců 36 klientů (72%) není omezeno při stravování stavem svého chrupu a 14 klientům (28%) jejich chrup nedovoluje jíst čerstvou zeleninu, ovoce, ořechy ...

Oblast pohybové aktivity

18. Vaše sportovní aktivita:

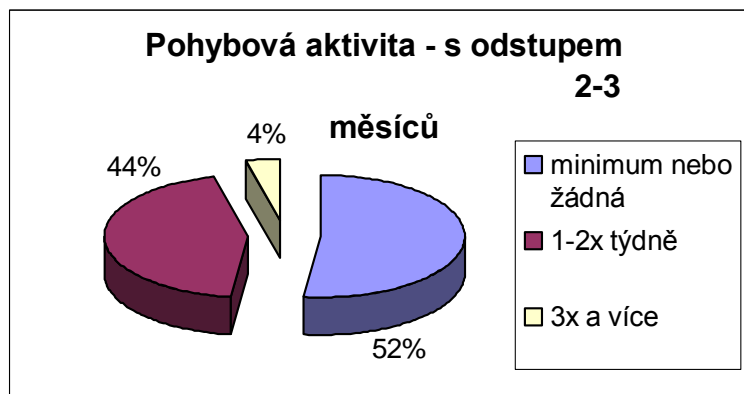
- A) minimální nebo žádná B) 1-2x týdně C) 3x týdně a více

Graf 33



Z grafu č. 33 je patrné, že na začátku výzkumu byla sportovní aktivita u 32 klientů (64%) minimální či žádná, 16 klientů (32%) sportovalo 1-2x týdně a 2 klienti (4%) sportovali 3x a více během týdne.

Graf 34



Z grafu 34 můžeme vyčíst, že s odstupem 2-3 měsíců byla pohybová aktivita u 26 klientů (52%) minimální nebo žádná, u 22 klientů (44%) probíhalo sportování 1-2x týdně a 2 klienti (4%) sportovali 3x a více během týdne.

19. Pokud sportujete, převažuje sportovní aktivita:

- A) silová (posilovna) B) aerobní (běh, plavání, kolo, běžky, turistika)

Graf 35



Z **grafu 35** můžeme vyčíst, že na začátku výzkumu u sportujících klientů převažovala aerobní sportovní aktivita, bylo to u 45 respondentů (90%). 5 klientů (10%) upřednostňovalo silovou pohybovou aktivitu.

Graf 36



Graf 36 nám ukazuje jaká sportovní aktivita převažovala u sportujících klientů s odstupem 2-3 měsíců. 48 sportujících klientů (96%) upřednostňovalo aerobní sportovní aktivitu a 2 klienti (4%) preferovali silovou sportovní aktivitu.

Oblast stresu

20. Cítíte se něčím stresován?

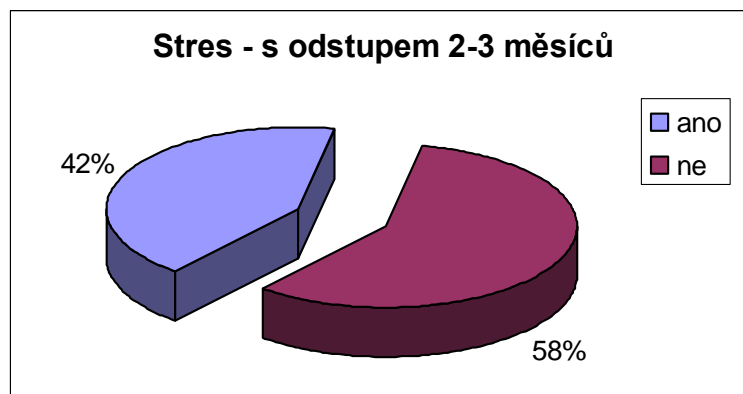
A) ano B) ne

Graf 37



Graf 37 ukazuje, že na začátku výzkumu bylo stresováno 30 dotazovaných klientů (60%), 20 klientů (40%) stresem netrpělo.

Graf 38

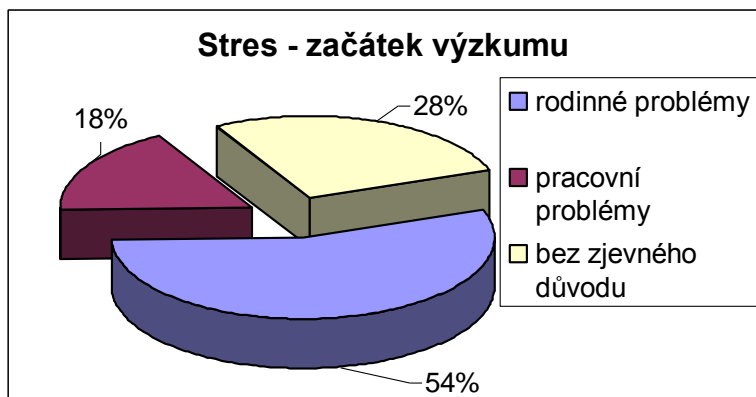


Z **grafu 38** vidíme stres u klientů po 2-3 měsících. 29 klientů (58%) se vyjádřilo, že stresem netrpí a 21 klientů (42%) bylo stále stresováno.

21. Pokud jste stresován, důvodem vašeho stresu jsou:

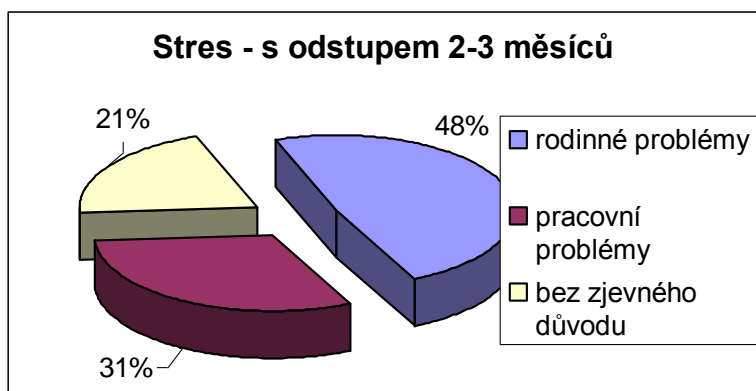
- A) rodinné problémy B) pracovní problémy C) bez zjevného důvodu

Graf 39



Z **grafu 39** je patrné, že na začátku výzkumu u stresovaných klientů jsou u 27 dotázaných (54%) důvodem rodinné problémy, u 9 klientů (18%) pracovní problémy a 14 klientů (28%) je stresováno bez zjevného důvodu, neumí důvod stresu popsat.

Graf 40



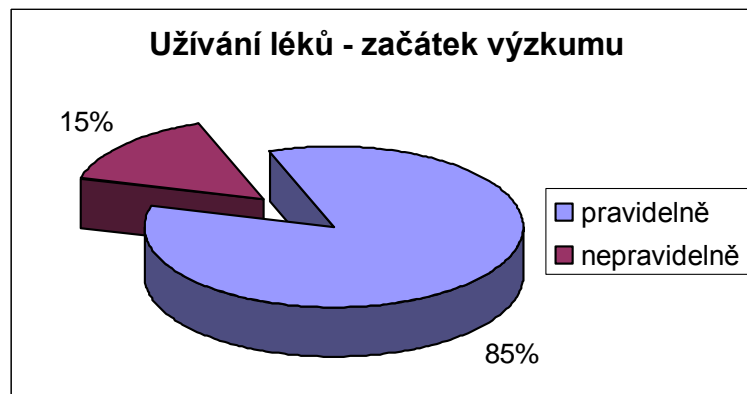
Z **grafu 40** můžeme vyčíst, že s odstupem 2-3 měsíců jsou důvodem stresu u dotazovaných klientů ve 24 případech (48%) rodinné problémy, ve 15 případech (31%) pracovní problémy a 11 klientů (21%) trpí stresem bez zjevného důvodu.

Oblast užívání léků

22. Léky užívám:

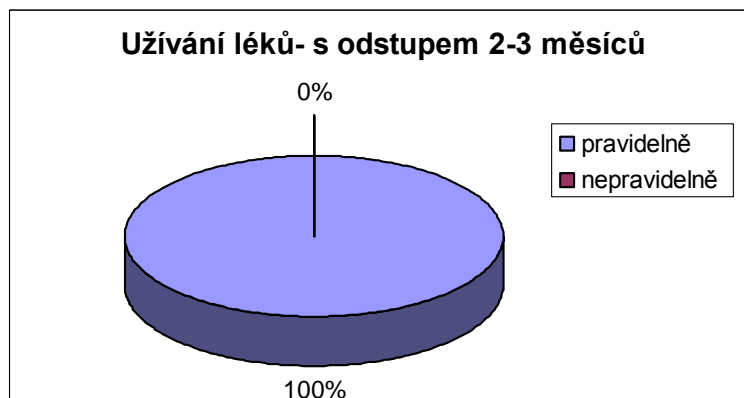
A) pravidelně B) nepravidelně

Graf 41



Z **grafu 41** je patrné, že na začátku výzkumu léky užívalo pravidelně 43 dotazovaných klientů (85%), 7 klientů (15%) užívalo léky nepravidelně.

Graf 42

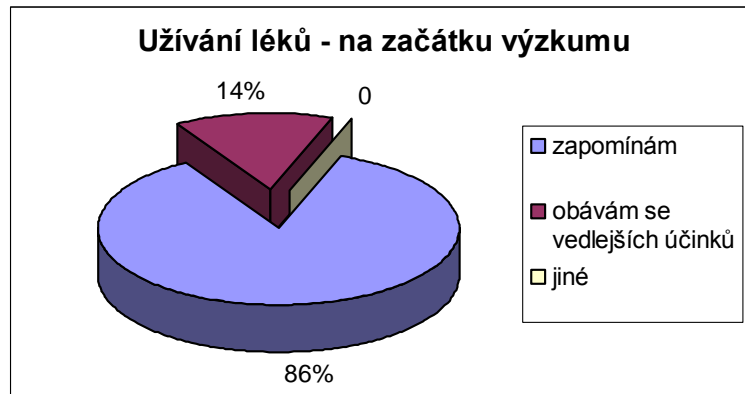


Graf 42 ukazuje, že s odstupem 2-3 měsíců užívá pravidelně léky všech 50 dotazovaných klientů (100%).

23. Pokud léky беру nepravdělně, je to z důvodů, že:

- A) zapomínám B) obávám se vedlejších účinků C) jiné důvody.....

Graf 43



Na tuto otázku odpovídalo 7 respondentů, kteří nepravdělně užívají léky. Z **grafu 43** je patrné, že u 6 klientů (86%) je příčinou nepravdělného užívání léků zapomínání a u jednoho klienta (14%) jsou to obavy z nežádoucích účinků.

S odstupem 2-3 měsíců na tuto otázku respondenti neodpovídali, neboť všichni udali, že léky užívají již pravidelně.

Oblast hodnocení svého životního stylu

24. Jak vy vnímáte svůj životní styl, myslíte si, že byste mohl něco vylepšit?

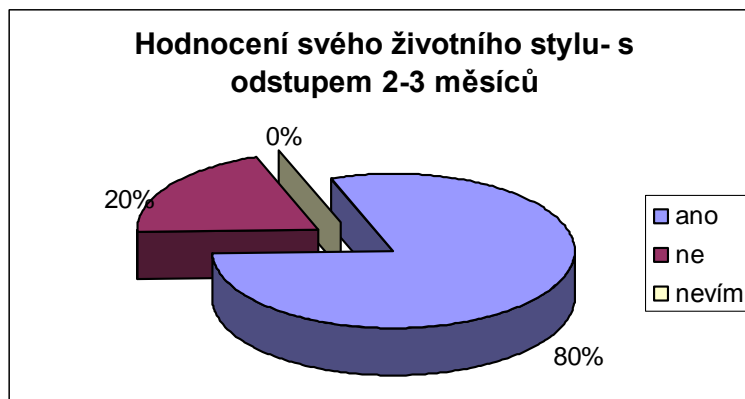
A) ano B) ne C) nevím

Graf 44



Graf 44 – na tuto otázku odpovědělo na začátku výzkumu z 50 respondentů 34 klientů (72%) kladně, 6 záporně (13%) a 7 klientů (15%) nevědělo.

Graf 45



Z **grafu 45** je patrné, že s odstupem 2-3 měsíců vnímá 40 klientů (80%), že by jejich životní styl šel ještě vylepšit a 10 klientů (20%) si myslí, že už vylepšit ve svém životním stylu není co. Není již žádný klient, který by nevěděl zda ano, či ne.

Oblast informovanosti

25. Informací o své nemoci, o prevenci, o léčbě... mám:

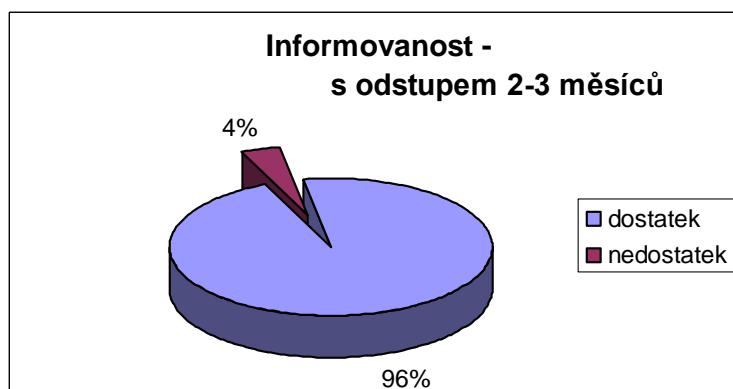
A) dostatek B) nedostatek

Graf 46



Na začátku výzkumu má dostatek informací 38 klientů (76%), nedostatek informací pociťuje 12 klientů (24%). Viz **graf 46**

Graf 47



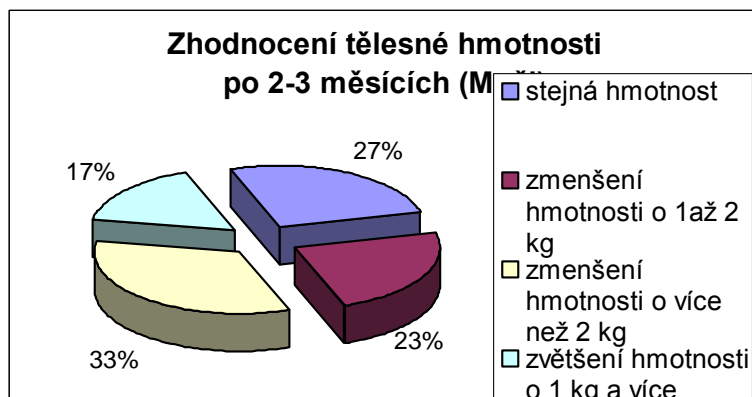
S odstupem 2-3 měsíců bylo spokojeno s množstvím informací 48 klientů (96%) a 2 klienti (4%) ještě úplně nebyli s informacemi spokojeni. Viz **graf 47**

Část C

Objektivní vyšetření sestrou (screening)

A) Hodnocení změny tělesné hmotnosti po 2-3 měsících

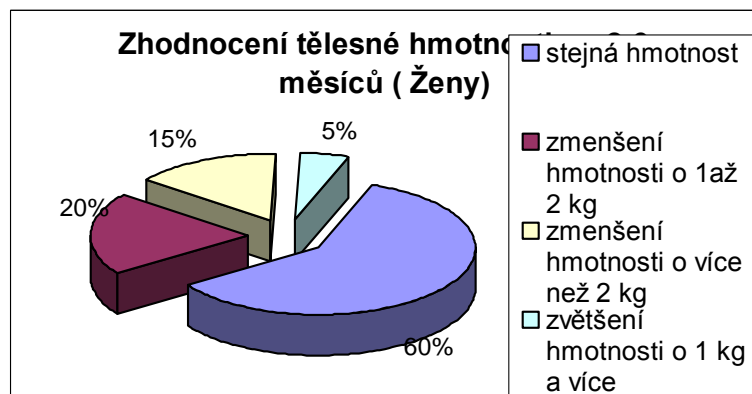
Graf 48



Z **grafu 48** je patrné, že z celkového počtu 30 mužů zůstala stejná tělesná hmotnost 8 klientům (27%), zmenšení hmotnosti o 1-2 kg dosáhlo 7 klientů (23%), o více jak 2 kg zhublo 10 klientů (33%) a naopak 5 klientů (17%) přibralo o 1 kg či více.

(Podrobnější údaje viz Přílohy, tabulka č.1)

Graf 49

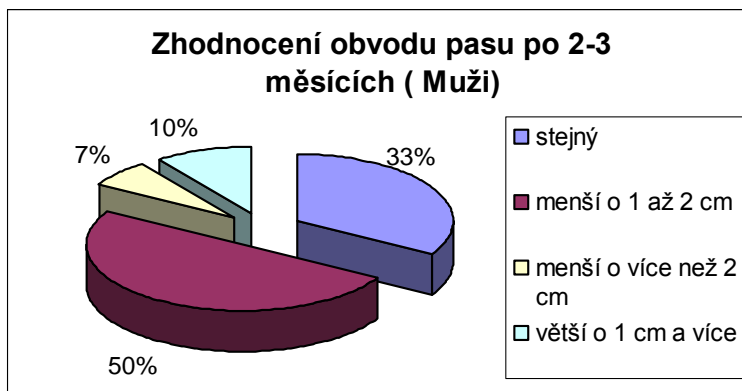


Z **grafu 49** můžeme vyčíst, že z celkového počtu 20 žen, zůstala stejná tělesná hmotnost 12 klientkám (60%), zmenšení hmotnosti o 1 až 2 kg dosáhly 4 klientky (20%), o více než 2 kg zhubly 3 klientky (15%) a naopak 1 klientka (5%) přibrala o 1 kg či více.

(Podrobnější údaje viz Přílohy, tabulka č.2)

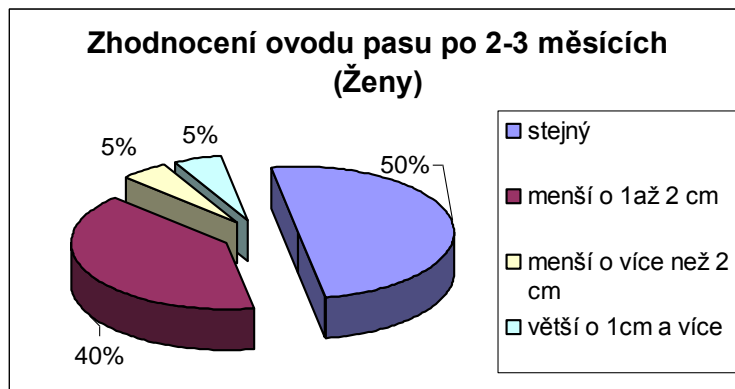
B) Hodnocení obvodu pasu po 2-3 měsících

Graf 50



Z **grafu 50** je patrné, že z celkového počtu 30 mužů se obvod pasu nezměnil u 10 klientů (33%), u 15 klientů (50%) došlo ke zmenšení obvodu pasu o 1 až 2 cm, u 2 klientů (7%) se obvod pasu zmenšil o více než 2 cm a naopak u 3 klientů (10%) se obvod pasu zvětšil o 1 cm či více. (Podrobnější údaje viz Přílohy, tabulka č.1)

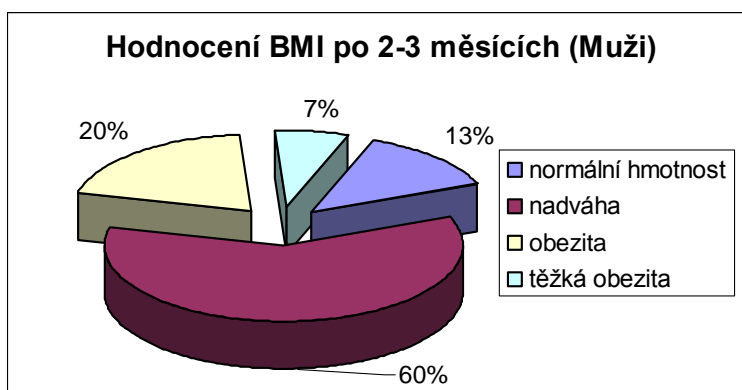
Graf 51



Z **grafu 51** můžeme vyčíst, že z celkového počtu 20 žen se obvod pasu nezměnil u 10 klientek (50%), u 8 klientek (40%) se obvod pasu zmenšil o 1 až 2 cm, u jedné klientky (5%) se pas zmenšil o více než 2 cm a 1 klientka (5%) měla po 2-3 měsících pas větší o 1 cm či více. (Podrobnější informace viz Přílohy, tabulka č. 2)

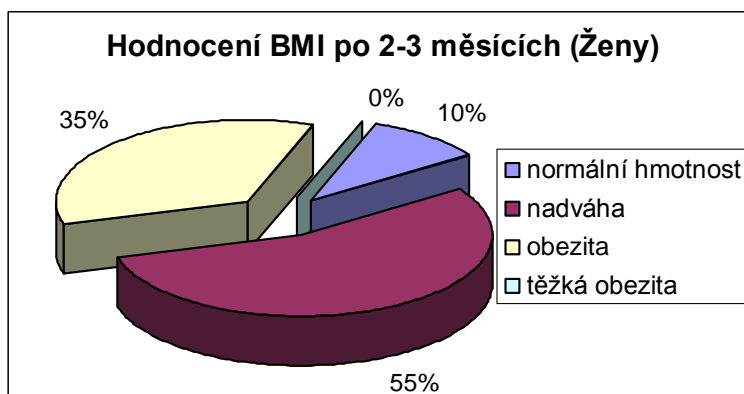
C) Hodnocení BMI po 2-3 měsících

Graf 52



Z **grafu 52** je patrné, že po 2-3 měsících spadají do kategorie normální hmotnosti 4 muži (13%), nadváhu má 18 mužů (60%), 6 mužů je obézních (20%) a těžkou obezitou trpí 2 muži (7%) - z celkového počtu 30 mužů. (Podrobnější údaje viz Přílohy, tabulka č.1)

Graf 53



Z **grafu 53** můžeme vyčíst, že po 2-3 měsících se do kategorie normální hmotnosti zařadily 2 klientky (10%), nadváhou trpí 11 klientek (55%), do kategorie obezity spadá 7 klientek (35%) a žádná klientka (0%) netrpí těžkou obezitou - z celkového počtu 20 žen. (Podrobnější údaje viz Přílohy, tabulka č.2)

9. Diskuse

V diskusi bych se chtěla věnovat analýze zjištěných výsledků a vyjádřit se k počátečním hypotézám výzkumu.

Diskuse k výsledkům výzkumu – Část A

Tato část měla vysledovat základní informace o respondentech. Z celkového počtu 50 dotazovaných klientů se výzkumu zúčastnilo 30 mužů ve věku 50-65 let a 20 žen ve věku 56-70 let. Četnější zastoupení mužů i věková hranice tedy odpovídala prvotním předpokladům. Rizikový věk pro vznik a vývoj ischemické choroby srdeční se totiž považuje nad 45 let u mužů a nad 55 let u žen. Je též známo, že ateroskleróza postihuje 5x více muže než ženy, neboť ženy jsou ve fertilním věku chráněny hormony estrogeny.

V této části bylo doplňkovou otázkou dále zjištěno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Myslím, že tyto výsledky kopírují míru vzdělanosti českého obyvatelstva. Hypotéza 2 byla tudíž potvrzena. Ischemická choroba srdeční není ovlivněna dosaženým vzděláním,

Diskuse k výsledkům výzkumu – Část B

V této části dotazníku byl zjišťován životní styl klientů se zaměřením na oblasti, které ovlivňují rizikové faktory důležité pro vznik a vývoj aterosklerózy a tím následně i ischemické choroby srdeční.

V oblasti kouření bylo zřejmé, že informovanost klientů o alternativních metodách odvykání této závislosti není dostatečná. To potvrdily i počáteční odpovědi o ochotě navštívit protikuřáckou poradnu. Na konci výzkumu nebyla ochota přestat s kouřením 100%, ale myslím, že u většiny klientů došlo k pozitivnímu posunu. Z 12 kuřáků přestali kouřit 4 a někteří zásadně omezili počet vykouřených cigaret/den.

V oblasti výživy se nejdříve zjišťovala pravidelnost, četnost a místo stravování. Potvrdily se počáteční předpoklady, že nejvíce klientů se stravuje doma, což znamená, že mají velkou možnost ovlivnit přípravu konzumovaného jídla. Uvědomuji si, že na nárůst pozitivních odpovědí v této oblasti neměla velký vliv edukace, ale spíše to, že někteří klienti byli toho času v pracovní neschopnosti a tím ovlivnili četnost i místo stravování.

Pozitivní zjištění bylo i ve složení přijímané stravy. Občané si již zvykli více konzumovat bílé maso, celozrnné výrobky, méně tučné mléčné výrobky, čerstvou zeleninu a ovoce, méně solit a více připravovat jídlo na rostlinných tucích. U některých klientů však byla stránka

zdravé výživy negativně ovlivněna finančními možnostmi a kvalitou chrupu. Myslím, že v oblasti stomatologické edukace jsou u mnoha klientů velké nedostatky a péče o chrup je zanedbávána a podceňována.

V oblasti pohybové aktivity se potvrdily zřejmě největší nedostatky. Musíme však přihlídnout k věku dotazovaných klientů a k jiným onemocněním (např. pohybového aparátu). Jinak u pohybové aktivity klientů správně převažuje pohybová aktivita aerobní (běh, plavání, kolo, běžky, turistika), která trénuje oběhový systém.

Oblast stresu ukázala, že většina z nás žije v častém stresu. Nejčastější příčinou stresu jsou rodinné problémy, dále pracovní problémy a někteří příčinu svého stresu nedokáží specifikovat. Výsledky výzkumu v této oblasti ukázaly, že tato oblast je velmi špatně ovlivnitelná. Většina lidí není zvyklá si o svých problémech popovídat či rozebírat je s někým blízkým, či vyhledat pomoc psychologa či psychoterapeuta.

V oblasti užívání léků jsme si potvrdili domněnku, že většina klientů užívá léky pravidelně. Nejčastější příčinou nepravidelného užívání léků je zapomínání, které jde často úspěšně řešit dávkovači léků. Další, vzácnější příčinou jsou obavy z nežádoucích vedlejších účinků léků po přečtení příbalového letáku. Zde je důležitá důvěra a edukace lékařem.

V oblasti hodnocení svého životního stylu bylo potěšující zjištění, že i na konci výzkumu vidí 40 klientů (80%) nedostatky ve svém životním stylu a považují za možné ho ještě vylepšit.

V oblasti informovanosti klienta bylo zarážející, že i když do kardiologické ambulance přicházejí klienti na doporučení svého ošetřujícího lékaře nebo z nemocnice, tak ne všichni jsou dostatečně informováni o svém onemocnění, o prevenci, o léčbě... O tom svědčí i nemalé množství = 12 nedostatečně informovaných klientů (24%) na začátku výzkumu. Na konci výzkumu bylo toto procento sníženo na celková 4% (2 klienti), z toho vyplývá, že během léčby vyvstávají další a další otázky, na které ne vždy zná klient odpověď. Proto má zde význam neustálá edukace.

Diskuse k výsledkům výzkumu – Část C

Tato část dotazníku byla zaměřena na objektivní vyšetření sestrou (screening).

V hodnocení tělesné hmotnosti bylo zjištěno, že došlo ke snížení váhy o 1-2 kg u 7 klientů (23%) a 10 (33%) klientů zhublo o více než 2 kg za 2-3 měsíce.

U žen byl úbytek váhy menší, nepotvrdila se tedy hypotéza výzkumu č.6. 4 klientky (20%) snížily váhu o 1-2 kg a 3 klientky (15%) zhubly o více než 2 kg.

V oblasti redukce tělesné hmotnosti však musíme přihlídnout i k faktorům, které mohli tento faktor také ovlivnit. Někteří pacienti mohli podstoupit diuretickou terapii, což znamená, že i odvodnění znamenalo určitý úbytek hmotnosti. K odchylce hmotnosti mohla přispět také rozdílná denní doba, ve kterou se klienti vážili.

Hodnocení obvodu pasu po 2-3 měsících ukázalo, že úspěšnější byli opět muži. U 15 mužů (50%) došlo ke zmenšení obvodu pasu o 1 až 2 cm, u 2 mužů (7%) dokonce o více než 2 cm. U žen bylo zaznamenáno zmenšení obvodu pasu o 1 až 2 cm u 8 klientek (40%) a u 1 klientky (5%) o více než 2 cm.

Zmenšení obvodu pasu úměrně koreluje s úbytkem tělesné hmotnosti.

Hodnocení BMI po 2-3 měsících většina klientů trpí nadváhou či obezitou. Myslím, že je to důsledek nedostatečného tělesného pohybu a nadměrného příjmu kalorických potravin. U mužů do kategorie normální hmotnost spadali pouze 4 klienti (13%). Kategorii nadváhy obsadilo 18 klientů (60%). Obezitou trpělo 6 klientů (20%) a těžká obezita obtěžuje život 2 klientům (7%).

U žen byly výsledky podobné do kategorie normální hmotnosti se dostaly 2 klientky (10%), v kategorii nadváhy bylo 11 klientek (55%), obezita obtěžovala 7 respondentek (35%), žádná z žen netrpěla těžkou obezitou.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se snažila poukázat na význam edukace v sekundární prevenci ischemické choroby srdeční.

V teoretické části jsem se snažila vysvětlit podstatu a příčiny vzniku ischemické choroby srdeční a přiblížit rizikové faktory, které mají velký vliv na rozvoj aterosklerózy. Je zde kladen důraz na význam prevence a to nejen primární, ale i sekundární. Nedílnou součástí prevence je edukace. Takže jsem se pokusila rozebrat a přiblížit problematiku edukace, její zásady, podmínky a i její místo v ošetrovatelském procesu.

V empirické části jsem se pokusila zmapovat a analyzovat životní styl nemocných s ischemickou chorobou srdeční, jejich znalosti a postoje k vlastnímu zdraví. Zajímalo mě, do jaké míry může edukace změnit návyky klientů a tím i zmírnit vývoj ischemické choroby srdeční. Sestavila jsem si dotazník, který obsahoval jednak základní informace (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání), dále zde byly otázky týkající se životního stylu klienta, zaměřené na rizikové faktory aterosklerózy. V poslední části byl dotazník doplněn malým sesterským screeningem (výška, váha, obvod pasu, BMI). Na základě vyplněných dotazníků jsem se snažila edukací individuálně působit u každého klienta na problematické oblasti jeho životního stylu. Po 2 až 3 měsících klienti tento dotazník vyplňovali znovu. Byla provedena analýza a porovnání výsledků obou dotazníků.

Na začátku mé práce jsem si vytyčila několik cílů, kterým jsem se ke konci výzkumu přiblížila. Nejdůležitější bylo nejdříve získat důvěru klientů, aby pravdivě odpovídali na otázky v dotazníku a po té se mnou o nich diskutovali. Pochopila jsem, každý má své problémy, své zkušenosti, zkrátka svůj život, což významně ovlivňuje jeho životní styl. Takže neexistuje šablona, podle které by se dalo všem klientům radit stejně.

Zjistila jsem, že edukace je nikdy nekončící proces, že edukace školí i edukátora. Je důležité zjišťovat své neúspěchy, hledat příčiny a pracovat na nich. Důležité je také začít s edukací včas, dokud má pacient motivaci, která s postupem času klesá..

Myslím, že i když výsledky výzkumu nebyly u všech dotazovaných klientů stoprocentně pozitivní, ukázaly jednoznačný přínos edukace v sekundární prevenci kardiovaskulárních chorob. Samozřejmě musíme brát v úvahu, že význam práce je omezen. Bylo by zajímavé sledovat tyto klienty i v delším časovém horizontu.

Jedním z mých cílů v empirické části bylo i podpoření myšlenky o vymezení kompetencí pro poskytování edukace a tím i o výkonové ohodnocení sestry v oblasti edukace v sekundární prevenci kardiovaskulárních chorob. Dát sestře větší časový prostor pro edukaci.

Shrnutí

Hlavní myšlenkou této práce bylo poskytnout ucelený pohled na problematiku edukace a její význam v sekundární prevenci ischemické choroby srdeční. Protože edukace je procesem celoživotním, nebylo možné v tak krátkém časovém úseku postihnout komplexní vliv na další vývoj ischemické choroby srdeční.

Teoretická část seznamuje s pojmy ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, rizikové faktory a edukace. V empirické části byl formou dotazníku zjišťován životní styl klientů a jejich informovanost. Součástí dotazníku je i malé objektivní vyšetření sestrou. S odstupem 2-3 měsíců bylo porovnáno k jakému zlepšení v jednotlivých oblastech životního stylu došlo. Výzkumu se zúčastnilo 50 klientů soukromé kardiologické ambulance.

Na závěr lze říci, že i když výsledky výzkumu nebyly u všech dotazovaných klientů stoprocentně pozitivní, ukázaly jednoznačný přínos edukace v sekundární prevenci kardiovaskulárních chorob.

Summary

The main idea of my work is to give a comprehensive view of education problems and its meaning in secondary prevention of ischemic heart disease. As the education is all life process it isn't possible to find a complex effect upon further development of ischemic heart disease in such a short time.

The theoretical part of my work shows the terms as atherosclerosis, ischemic heart disease, risk factors and education. In the next part I try to find out life style of clients (patients) and their knowledge. I use questionnaire. One part of this questionnaire is a small objective inquiry of a nurse. After 2 -3 months I compare the improvement in particular spheres of life style. 50 clients (patients) of a private cardio surgery have taken part in my research.

In the end I can say that even if the results of my research weren't 100 per cent positive at all 50 clients (patients), they show unambiguous contribution of the education in secondary prevention of cardio vascular diseases.

Seznam použité literatury

- 1) BÍMA, S., HRADEC, J., HERBER, O. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění*, Centrum doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře, Praha, 2004, ISBN 80-903573-5-0
- 2) ŠIMON, J. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční* 1. vydání Grada, 2001 ISBN 80-247-0085-9
- 3) KOMÁREK, L., ŠOLTYSOVÁ, T., RÁŽOVÁ, J., V. *Podpora zdraví a prevence v primární péči*, Státní zdravotní ústav Praha, 1. vydání, 1997, ISBN 80-7071-071-3
- 4) WIDIMSKÝ, J., VÍŠEK, V. *Preventivní kardiologie*, Praha: Avicenum, 1981, ISBN 08-022-81
- 5) KOZAK, P., *Choroby obvodových cév*, Praha. Avicenum, 1981, ISBN 08-049-81
- 6) GREGOR, P., WIDIMSKÝ, P. *Kardiologie v praxi*, Praha: Galén, 1994, ISBN 80-85824-07-8
- 7) BOJAR, J., BYTEŠNÍK, J., ČERBÁK, R. *Trendy soudobé kardiologie*, Praha: Galén, 1999, ISBN 80-7262-018-5
- 8) ČEŠKA, R., HERBER, O., SKOUPÁ, J. *Dyslipidémie*, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Praha, 2004, ISBN 80-903573-4-2
- 9) HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*, 2. doplněné vydání, Praha: Galén, 1999, ISBN 80-7262-032-0
- 10) GREGOR, P., WIDIMSKÝ, P., et al. *Kardiologie*, 2. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Galén, 1999, ISBN 80-7262-021-5
- 11) BOBKOVÁ, D., ČEŠKA, R., HUBÁČEK, J. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*, Praha: Triton, 2005, ISBN 80-7254-738-0
- 12) ROSOLOVÁ, H. *Sympatický nervový systém a kardiovaskulární riziko*, Praha: Maxdorf, 2000, ISBN 80-85912-41-4
- 13) KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*, Praha: Galén, 1999, ISBN 80-7262-007-X
- 14) HALUZÍKOVÁ, Jana *Edukace – nástroj léčby*, časopis Sestra, 2003, ročník XIII, ISSN 1210-0404
- 15) VOLF, Honza *Láska je radost srdce*, Praha: Akcent, 2005, ISBN 80-86110-54-0
- 16) MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství*, I. díl, Praha: Karolinum, 2002, ISBN 80-246-0429-9

- 17) ČERNÁ, Hana *Arteriální hypertenze –základní fakta*, časopis Sestra, 2002, ročník XII,
ISSN 1210-0404

Internetové zdroje

- 1) *Ateroskleróza a ischemická choroba srdeční*, 2003, dostupné na -
[http: // WWW.vasezdravesrdce.cz/](http://WWW.vasezdravesrdce.cz/) [cit. 2006-01-12]

Ostatní zdroje

- 1) ŠVECOVÁ Dagmar, *Metody edukace klienta*, LF HK- přednáška Didaktika
ošetřovatelství, [2005-04-08]

Seznam příloh

Příloha 1 : Tabulka č. 1 – Objektivní vyšetření sestrou (screening) – Muži

Příloha 2 : Tabulka č. 2 – Objektivní vyšetření sestrou (screening) – Ženy

Příloha 3 : Dotazník

Přílohy

Příloha 1 : Tabulka 1 – Objektivní vyšetření sestrou (screening) - Muži

pacient	A.začátek B.za 2-3 měsíce		výška (cm)	váha (kg)	obvod pasu (cm)	BMI
	C. rozdíl					
1.	A.		170	75	92	25,9
	B.			72	90	24,9
	C.			-3	-2	normální hmotnost
2.	A.		159	69	75	27,3
	B.			69,5	75	27,5
	C.			0,5	0	nadváha
3.	A.		175	80	89	26,1
	B.			80,5	89	26,3
	C.			0,5	0	nadváha
4.	A.		180	90	102	27,7
	B.			87	100	26,9
	C.			-3	-2	nadváha
5.	A.		158	103	110	41,3
	B.			102	109	40,9
	C.			-1	-1	těžká obezita
6.	A.		172	66	78	22,3
	B.			66,5	78	22,5
	C.			0,5	0	normální hmotnost
7.	A.		163	79	89	29,7
	B.			78	88	29,3
	C.			-1	-1	nadváha
8.	A.		175	88	108	28,7
	B.			85	106	27,8
	C.			-3	-2	nadváha
9.	A.		177	82,5	102	26,3
	B.			79	99	25,2
	C.			-3,5	-3	nadváha
10.	A.		165	100	120	36,7
	B.			99	119	36,4
	C.			-1	-1	obezita
11.	A.		190	102,5	100	28,3
	B.			100	98	27,1
	C.			-2,5	-2	nadváha
12.	A.		175	88	111	28,7
	B.			88	111	28,7
	C.			0	0	nadváha
13.	A.		175	91	93	29,7
	B.			90	92	29,4
	C.			-1	-1	nadváha
14.	A.		175	102,5	114	33,4
	B.			100	111	32,7
	C.			-2,5	-3	obezita

15.	A.	172	76	92	25,7
	B.		77	93	26
	C.		1	1	nadváha
16.	A.	190	104,5	102	28,9
	B.		102	100	28,3
	C.		-2,5	-1	nadváha
17.	A.	179	106	106	33,1
	B.		103	104	32,1
	C.		-3	-2	obezita
18.	A.	178	102	103	32,2
	B.		103	103	32,5
	C.		1	0	obezita
19.	A.	168	82	99	29,1
	B.		78	97	27,6
	C.		-4	-2	nadváha
20.	A.	170	69	92	23,9
	B.		68,5	92	23,7
	C.		-0,5	0	normální hmotnost
21.	A.	167	89	95	31,9
	B.		90	96	32,2
	C.		1	1	obezita
22.	A.	170	79	92	27,3
	B.		79	92,5	27,3
	C.		0	0,5	nadváha
23.	A.	186	90	98	26
	B.		88,5	97	25,6
	C.		-1,5	-1	nadváha
24.	A.	166	70	90	25,4
	B.		70	90	25,4
	C.		0	0	nadváha
25.	A.	171	83	94	28,4
	B.		82	93	28
	C.		-1	-1	nadváha
26.	A.	169	90	99	31,5
	B.		92	100	32,2
	C.		2	1	obezita
27.	A.	189	93	98	26
	B.		92	96	25,8
	C.		-1	-2	nadváha
28.	A.	158	68	97	27,2
	B.		69	97	27,6
	C.		1	0	nadváha
29.	A.	181	79	89	24,1
	B.		78,5	89	24
	C.		-0,5	0	normální hmotnost
30.	A.	172	94	100	31,8
	B.		91	98	30,8
	C.		-3	-2	těžká obezita

Příloha 2 : Tabulka č. 2 – Objektivní vyšetření sestrou (screening) – Ženy

pacient	A.začátek	výška (cm)	váha (kg)	obvod pasu (cm)	BMI
	B.za 2-3 měsíce				
1.	A.	164	79,5	98	29,6
	B.		78	97	29
	C.		-1,5	-1	obezita
2.	A.	152	71,5	100	30,9
	B.		71	100	30,7
	C.		-0,5	0	obezita
3.	A.	163	89	111	33,6
	B.		89	110	33,6
	C.		0	-1	obezita
4.	A.	170	82,5	109	28,5
	B.		81	107	28
	C.		-1,5	-2	nadváha
5.	A.	162	69,5	98	26,5
	B.		69	98	26,3
	C.		-0,5	0	nadváha
6.	A.	165	107	120	39,3
	B.		104	118	38,2
	C.		0,5	0	obezita
7.	A.	158	64,5	88	25,8
	B.		64	88	25,6
	C.		-0,5	0	nadváha
8.	A.	160	84	105	32,8
	B.		81	102	31,6
	C.		-3	-3	obezita
9.	A.	170	109	119	37,7
	B.		105	117	36,3
	C.		-4	-2	obezita
10.	A.	164	75	84	27,9
	B.		75,5	84	28,1
	C.		0,5	0	nadváha
11.	A.	151	68	96	29,8
	B.		66	95	28,9
	C.		-2	-1	nadváha
12.	A.	168	72	90	25,5
	B.		70,5	89	24,9
	C.		-1,5	-1	nadváha
13.	A.	160	60	83	23,4
	B.		60,5	83	23,6
	C.		0,5	0	normální hmotnost
14.	A.	174	86	106	28,4
	B.		86	106,5	28,4
	C.		0	0,5	nadváha

15.	A.	160	70	87	27,3
	B.		71	88	27,7
	C.		1	1	nadváha
16.	A.	170	95	107	32,9
	B.		95,5	107	33
	C.		0,5	0	obezita
17.	A.	172	68	82	23
	B.		67,5	81	23
	C.		-0,5	-1	normální hmotnost
18.	A.	167	72	83	25,8
	B.		72	82,5	25,8
	C.		0	-0,5	nadváha
19.	A.	151	67	85	29,4
	B.		66,5	85,5	29,1
	C.		-0,5	0,5	nadváha
20.	A.	171	90	105	30,8
	B.		87,5	104	29,9
	C.		-2,5	-1	nadváha

Příloha 3

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Jitka Adamcová, studuji obor Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové a ráda bych Vám položila několik otázek.

Cílem tohoto dotazníku je zjistit význam edukace pro pacienta nemocného ischemickou chorobou srdeční. Údaje z dotazníku použiji k vypracování své bakalářské práce. Zaručuji anonymitu klienta.

Část A

1. Pohlaví: A) muž B) žena

2. Věk: A) 50-55 let B) 56-60 let C) 61-65 let D) 66-70 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

A) základní B) učební obor C) středoškolské D) vysokoškolské

Část B

4. Kouření: A) nekuřák B) stopkuřák= přestal kouřit a nekouří maximálně 9 let
C) méně než 5 cigaret/den D) 5-10 cigaret/den E) více než 10 cigaret/den

5. Pokud jste kuřák- jste ochoten s kouřením přestat?

A) ano B) ne C) nevím

6. Pokud jste kuřák, jste ochoten při odvykání kouření využít pomoci, např. navštívit protikuřáckou poradnu?

A) ano B) ne C) nevím – nejsem si jist

7. Pravidelnost stravy (většinou):

A) stravuji se 3x denně B) stravuji se méně než 3x denně
C) stravuji se více než 3x denně

8. Stravuji se převážně (hlavní jídlo):

- A) doma B) v závodní jídelně C) v restauraci

9. Ve stravě dávám přednost:

- A) bílému masu (kuře, krůta, králík, ryby) B) tmavému masu (vepřové, hovězí, kachna)
C) druh masa nerozlišuji D) maso nekonzumuji

10. Pečivo preferuji:

- A) tmavé, celozrnné B) bílé C) sladké

11. Z mléčných výrobků si vybírám:

- A) převážně nízkotučné výrobky B) tučnost nesleduji (vybírám si podle chuti)

12. Průměrná spotřeba vajec za týden :

- A) 0-3 vejce B) 4-6 vajec C) 7 vajec a více

13. Při konzumaci ovoce a zeleniny dávám přednost:

- A) čerstvému stavu B) tepelně upravenému stavu (konzervované, smažená zelenina...)
C) konzumuji obojího

14. Solení:

- A) sůl omezuji B) solím podle chuti

15. V tepelné úpravě stravy dávám přednost:

- A) smažení B) pečení C) vaření nebo dušení D) nerozlišuji

16. K přípravě stravy používám:

- A) sádlo B) máslo C) rostlinné oleje D) bez tuku

17. Kvalita chrupu mi dovoluje jíst cokoliv (čerstvou zeleninu a ovoce, ořechy..)

- A) ano B) ne

18. Vaše sportovní aktivita:

- A) minimální nebo žádná B) 1-2x týdně C) 3x týdně a více

19. Pokud sportujete, převažuje sportovní aktivita:

- A) silová (posilovna) B) aerobní (běh, plavání, kolo, běžky, turistika)

20. Cítíte se něčím stresován?

- A) ano B) ne

21. Pokud jste stresován, důvodem vašeho stresu jsou:

- A) rodinné problémy B) pracovní problémy C) bez zjevného důvodu

22. Léky užívám:

- A) pravidelně B) nepravidelně

23. Pokud léky beru nepravidelně, je to z důvodů, že:

- A) zapomínám B) obávám se vedlejších účinků C) jiné důvody.....

24. Jak vy vnímáte svůj životní styl, myslíte si, že byste mohl něco vylepšit?

- A) ano B) ne C) nevím

25. Informací o své nemoci, o prevenci, o léčbě... mám:

- A) dostatek B) nedostatek

Část C (objektivní vyšetření sestrou)

Výška..... Váha..... obvod pasu..... BMI.....