

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Študijný program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Jana Mertinková

Študijný odbor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**EDUKAČNÍ POSTUPY U PACIENTŮ
S KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM
A PŘEKÁŽKY V JEJICH REALIZACI**

Diplomová práce

Vedúci práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2016

Prehlásenie:

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne a všetky použité zdroje som uviedla v zozname použitej literatúry.

V Plzni dňa: 31. 3. 2016

.....

vlastnoručný podpis

Ďakujem Mgr. Jaroslave Novákovej za odborné vedenie mojej diplomovej práce, poskytovanie cenných odborných rad, podnetov a materiálnych podkladov. Ďakujem aj MUDr. I. Tokarčíkovi a sestričke G. Gumanovej za umožnenie realizovať výskum na ich pracovisku, v kardiologickej ambulancii.

Anotácia

Meno a priezvisko: Bc. Jana Mertinková

Katedra: Katedra ošetrovatelstvá a porodní asistencie

Názov práce: Edukační postupy u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním a překážky v jejich realizaci

Vedúci práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet strán: číslované: 118 nečíslované: 14

Počet príloh: 4

Počet titulov použitej literatúry: 65

Kľúčové slová: edukácia - edukačné postupy – ischemická choroba srdca - kardiovaskulárne ochorenie - rizikové faktory

Súhrn:

Je všeobecne známe a niekoľkokrát štatisticky potvrdené, že kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou smrti žien a mužov na celom svete. Taktiež sú hlavnou príčinou invalidity a zníženej kvality života. Týmto ochoreniam sa dá z veľkej časti predchádzať včasnou prevenciou, ktorá zahŕňa správnu edukáciu pacientov.

Moja diplomová práca sa zaoberá edukáciou pacientov s ischemickou chorobou srdca. Teoretická časť zoznamuje čitateľa s pojmom edukácia, fázami edukačného procesu, didaktickými pomôckami, metódami a formami edukácie. Popisuje čo je edukačný štandard, rolu sestry edukátorky a najčastejšie prekážky v edukácii pacienta. Ďalšia kapitola je venovaná kardiovaskulárnym ochoreniam, procesu aterosklerózy a rizikovým faktorom. Zameriava sa na ischemickú chorobu srdca, jej akútne i chronické formy a stručne charakterizuje ostatné kardiovaskulárne ochorenia.

Praktická časť zahŕňa realizáciu edukácie u pacientov s ischemickou chorobou srdca, v rámci ktorej bola použitá metóda kvalitatívneho výskumu – rozhovor.

Annotation

Name and surname: Bc. Jana Mertinková

Department: Department of Nursing and midwifery

Title of thesis: Educational procedures in patients with cardiovascular disease and the obstacles to their implementation

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: numbered: 118 unnumbered: 14

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 65

Key words: education - educational procedures - coronary heart disease - cardiovascular disease - risk factors

Summary:

It is widely known and several times statistically confirmed that cardiovascular diseases are the leading cause of women and men deaths worldwide. They are also the leading cause of disability and reduced quality of life. These diseases can be largely prevented by timely prevention, which includes correct education of patient.

My diploma thesis deals with education of patients with coronary heart disease. The theoretical section introduces the reader to the concept of education, steps in educational process, didactic aids, methods and forms of education. It describes educational standard, the nurse educator's role and the most common obstacles to patient education. The next chapter is devoted to cardiovascular diseases, atherosclerosis process and risk factors. It focuses on coronary heart disease, its acute and chronic forms and briefly characterises other cardiovascular diseases.

The practical section includes the implementation of education in patients with coronary heart disease, within which was used qualitative research method – interview.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ EDUKÁCIE.....	11
1.1 Edukácia a motivácia pacientov.....	12
1.2 Edukačný proces.....	13
1.2.1 Posudzovanie.....	14
1.2.2 Diagnostika edukácie.....	15
1.2.3 Plánovanie edukácie.....	15
1.2.4 Realizácia edukačného plánu.....	16
1.2.5 Vyhodnotenie edukácie.....	16
1.3 Metódy a formy edukácie.....	17
1.4 Didaktické pomôcky na edukáciu.....	19
1.5 Edukačné štandardy.....	19
1.6 Prekážky v edukácii pacienta.....	20
1.7 Rola sestry edukátorky.....	21
2 KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA.....	23
2.1 Ateroskleróza.....	24
2.2 Ischemická choroba srdca.....	25
2.2.1 Náhla kardiálna smrť.....	27
2.2.2 Akútny koronárny syndróm.....	28
2.2.3 Nestabilná angína pectoris.....	28
2.2.4 Akútny infarkt myokardu.....	29
2.2.5 Stabilná angína pectoris.....	31
2.2.6 Nemá ischemia myokardu.....	31
2.2.7 Vazospastická angína pectoris.....	32
2.2.8 Koronárny syndróm X.....	33
2.3 Ostatné kardiovaskulárne ochorenia.....	33
2.4 Rizikové faktory a prevencia kardiovaskulárnych ochorení.....	36
2.4.1 Výživa.....	37
2.4.2 Pohybová aktivita.....	39
2.4.3 Fajčenie.....	40
2.4.4 Alkohol.....	41

2.4.5 Hypertenzia.....	43
2.4.6 Dyslipidémia.....	44
2.4.7 Diabetes mellitus.....	45
2.4.8 Psychosociálne faktory.....	47
3 FORMULÁCIA PROBLÉMU.....	49
4 CIEĽ A ÚLOHA VÝSKUMU.....	49
5 METODIKA.....	50
6 VÝSKUMNÉ OTÁZKY.....	52
7 VZORKA RESPONDENTOV.....	52
8 PREZENTÁCIA A INTERPRETÁCIA ZÍSKANÝCH ÚDAJOV.....	53
8.1 Edukácia pacienta č. 1.....	53
8.2 Edukácia pacienta č. 2.....	58
8.3 Edukácia pacienta č. 3.....	62
8.4 Edukácia pacienta č. 4.....	67
8.5 Edukácia pacienta č. 5.....	71
8.6 Edukácia pacienta č. 6.....	76
8.7 Edukácia pacienta č. 7.....	80
8.8 Edukácia pacienta č. 8.....	85
8.9 Edukácia pacienta č. 9.....	90
8.10 Edukácia pacienta č. 10.....	94
8.11 Edukácia pacienta č. 11.....	98
8.12 Edukácia pacienta č. 12.....	103
DISKUSIA.....	108
ZÁVER.....	113
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....	115
ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK.....	120
ZOZNAM PRÍLOH.....	122

ÚVOD

Ľudské srdce je opradené množstvom mýtov a povier. Srdcu je prisudzovaná láska aj nenávisť, sú mu prikladané povahové vlastnosti človeka a každý z nás pozná symbol ľudského srdca, ktorý si navzájom posielajú zamilovaní. Lenže srdce nemá schopnosť milovať či nenávidieť, tieto schopnosti patria mozgu. Ale aj napriek tomu je srdce považované za najdôležitejší orgán ľudského organizmu, za motor, bez ktorého sa nedá žiť. Hlavnou a jedinou funkciou ľudského srdca je zásobovanie ostatných orgánov krvou, čím im umožňuje správne fungovať. Krvou je prenášaný kyslík, živiny i energia k všetkým orgánom a taktiež sú ňou vyplavované jedovaté látky do obličiek, pečene či pľúc, prostredníctvom ktorých sa dostávajú von z nášho organizmu. Orgán, ktorý nie je zásobený krvou, je mŕtvy. Bez krvi nie je život, bez krvi by ani mozog nemohol milovať a nenávidieť. Preto je ľudské srdce také dôležité (Špínar, Vítovec a kol., 2007).

Lenže my sme ľudstvo sebecké, povrchné, často zaslepené a nevieme si niekedy pospájať určité súvislosti do celku. Väčšina z nás prijíma svoje zdravie ako samozrejmosť a neuvedomuje si, že ho ovplyvňuje množstvo kladne ale aj záporne pôsobiacich faktorov. Nie vždy sme schopní si úplne uvedomiť nevhodné správanie voči svojmu zdraviu, ktoré si tak často sami poškodujeme. Čoho následkom je potom vznik rôznych ochorení, spomedzi ktorých sú najčastejšie srdcovo – cievne ochorenia.

Z týchto dôvodov je mimoriadne dôležité poznať rizikové faktory, ktoré pôsobia na rozvoj týchto chorôb. K ovplyvniteľným rizikovým faktorom patrí predovšetkým životný štýl. Zaraďujeme sem napríklad požívanie alkoholických nápojov, výživu, nedostatok pohybovej aktivity, obezitu, diabetes mellitus, psychosociálne faktory a iné. K tradičným rizikovým faktorom, ktoré sa najčastejšie vyskytujú u osôb s kardiovaskulárnym ochorením patrí zvýšená hladina cholesterolu v krvi, hypertenzia a fajčenie. Jednotlivé rizikové faktory sa u väčšiny ľudí združujú, pričom existuje odstupňované prepojenie medzi rizikovými faktormi a celkovým kardiovaskulárnym rizikom a výsledný efekt viacerých rizikových faktorov nie je aditívny, ale multiplikatívny. Na druhej strane pokles výskytu rizikových faktorov v populácii jednoznačne vedie k zníženiu morbiditu a mortality na kardiovaskulárne ochorenia. Odhaduje sa, že kardiovaskulárne ochorenia sú príčinou 15,6 miliónov úmrtí na celom svete, čo tvorí 29,6% všetkých úmrtí. Je to dvakrát viac, než množstvo úmrtí, ktoré boli spôsobené rakovinou alebo ďalšími inými ochoreniami. Štatistika za posledné dva roky ukazuje, že kardiovaskulárne ochorenia sú taktiež celkovo najčastejšou príčinou úmrtí

v Európe, napriek tomu, že došlo k ich miernemu poklesu na celom kontinente. Každý rok zomrie následkom tohto ochorenia viac než 4 milióny Európanov. (Townsend a kol., 2015). Preto je potrebné venovať osobitnú pozornosť minimalizovaniu pôsobenia uvedených rizikových faktorov na zdravie, ktoré je možné docieľiť včasnou primárnou alebo sekundárnou prevenciou, ktorá zahŕňa správnu edukáciu pacienta.

Moja diplomová práca sa zaoberá edukáciou pacientov s ischemickou chorobou srdca. Hlavným cieľom, ktorý sme si stanovili, bolo zistiť najčastejšie prekážky v edukácii pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, konkrétne s ischemickou chorobou srdca, a nájsť spôsob ich ovplyvnenia či prekonania. Pre spracovanie mojej diplomovej práce sme si okrem hlavného cieľa určili štyri čiastkové ciele.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ EDUKÁCIE

Koncept ošetrovateľstva dosiahol za posledné desiatky rokov výrazné zmeny a to nielen vo svete, ale aj u nás. Zmenil sa prístup ošetrojúceho personálu k pacientovi, čím sa výrazne zmenila rola pacienta v liečebnom procese. Dnes sa už nevyužíva paternalistický model, ktorý spočíval v tom, že pacient poslúchne autoritu (lekára alebo sestru) a bude dodržiavať určené liečebné postupy bez toho, aby poznal dôvody. Dnešný model spolupráce umožňuje pacientovi prebrať určitú mieru zodpovednosti za svoje zdravie za predpokladu, že k tomu získal potrebné informácie (Svěráková, 2012).

Výchova a vzdelávanie pacientov či determinovaných rizikových skupín obyvateľov je členená do určitých základných oblastí. Ide o oblasť primárnej prevencie orientovanej na relatívne zdravú populáciu alebo na definované cieľové skupiny a o nemenej dôležitú oblasť sekundárnej prevencie. Tá je zameraná na výchovu a vzdelávanie pacientov s určitou už stanovenou diagnózou (Svěráková, 2012). Túto činnosť označujeme pojmom *edukácia* pacientov, odvodeným z latinského slova *educare*, čo znamená viesť vpred a vychovávať (Juřeniková, 2010). Okrem pedagogiky, ktorá sa zaoberá výskumom a vysvetľovaním vzdelávania a výchovy v rôznych životných sférach spoločnosti, je potrebné využívať poznatky z ďalších vedeckých disciplín. Predovšetkým zo sociológie, psychológie a etiky, keďže liečebný a ošetrovateľský proces je pojatý holisticky (Nemcová, Hlinková a kol., 2010). Veľmi dôležité sú taktiež poznatky a skúsenosti z oblasti komunikácie. V profesionálnej príprave sestier je pri výučbe komunikácie preferovaný rogersovský prístup, ktorý je zameraný na človeka a kladie dôraz na naslúchanie. Pri komunikácii je najpodstatnejšia autenticita, čiže odloženie masiek a predstierania. Až potom je človek schopný rešpektovať a prijať toho druhého. Pravidlom rogersovského rozhovoru je hovoriť prirodzeným jazykom a dbať na to, aby nám druhý rozumel; používať kratšie vety, ktoré neodvádzajú pozornosť od obsahu; vyhýbať sa cudzím slovám a odborným výrazom; rozprávať konkrétne a jednoznačne a taktiež ponechať dostatok priestoru aj druhej strane. Úcta, dôveryhodnosť, ochota dávať a nielen prijímať, pripravenosť k zmenám a revízií postojov, citlivé odkrývanie prekážok v rozhovore a priateľská atmosféra sú pravidlá pre efektívny a empatický profesionálny rozhovor (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

1.1 Edukácia a motivácia pacientov

Edukácia pacientov a ich blízkych je nástrojom na zabezpečenie ich lepšej účasti na procese poskytovania zdravotnej starostlivosti a umožňuje im kvalifikovane sa rozhodnúť o ďalších postupoch. Zahŕňa informácie, ktoré si má pacient osvojiť v priebehu poskytovania zdravotnej starostlivosti a informácie, ktoré využije po prepustení do domáceho prostredia alebo po preložení do iného zariadenia. Edukácia môže implikovať taktiež aj informácie o zdrojoch potrebnej starostlivosti v rámci okolia bydliska pacienta, o rozsahu nevyhnutných kontrol a o spôsobe riešenia prípadných akútnych stavov. V nemocnici sa na edukácii pacientov podieľa mnoho pracovníkov (Závodná, 2005). Vplyvom chronického ochorenia sa pacientom menia podmienky života, v ktorých sa nakoniec musí naučiť žiť. Lekár, ale predovšetkým sestra mu môže pomôcť si za určitých podmienok vybudovať nové stereotypy. Musí byť pri tom splnených niekoľko podmienok, medzi ktoré patrí právo pacienta na edukáciu a právo získať adekvátnu úroveň informácií o svojom zdravotnom stave i liečebnom režime. Poznanie príčiny ochorenia a možnosti prevencie komplikácií. Ďalej je zásadné, aby pacient pochopil svoju rolu, pretože má veľký význam v starostlivosti a liečbe jeho ochorenia a aby si uvedomil, že má do určitej miery istú zodpovednosť za svoje zdravie. Správna edukácia minimalizuje pacientove pocity úzkosti, neistoty a obavy z budúcnosti. Takisto je nutné dodať pacientovi zdravú dávku optimizmu a poskytnúť mu návod na životný štýl, ktorý zodpovedá jeho stavu (Svěráková, 2012). Podľa Etického kódexu nelekárskeho zdravotníckeho pracovníka aj podľa Etického kódexu Medzinárodnej rady sestier, majú sestry štyri hlavné povinnosti. A to podporovať zdravie, predchádzať ochoreniam, navracat' zdravie a zmierňovat' utrpenie. Otázkou ale je, akým spôsobom a do akej miery môže sestra tieto povinnosti plniť, ak podľa kódexu musí rešpektovat' hodnoty a životný štýl pacienta (Heřmanová a kol., 2012). Uvádza sa, že sestru treba chápať ako osobu, ktorá pomáha pacientovi hovoriť o jeho potrebách, záujmoch a rozhodnutiach vznikajúcich v súlade s jeho hodnotami a životným štýlom. Jej úlohou nie je pacientovi vnucovať žiadne rozhodnutia alebo hodnoty, iba mu pomáhať rozhodnúť sa na základe pozitív a negatív, ktoré najviac zodpovedajú jeho presvedčeniam a hodnotám. Povinnosťou je rešpektovat' vlastné rozhodnutie príslušnej osoby, čo zahŕňa etická autonómia (Kutnohorská, 2007).

Na účinnú edukáciu sa vypracovávajú *edukačné štandardy*, ktoré pozostávajú z popisu zamerania edukácie, miery záväznosti, cieľov a kritérií edukácie, spôsobu

hodnotenia a metodiky kontroly štandardu. Alebo sa môžu pripraviť *edukačné materiály*. Ide o obrazové a verbálne komponenty. Edukácia v zdravotnej starostlivosti sa rozdeľuje na tri typy, a to na:

- *základnú*, v prípade ak jednotlivec alebo skupina neboli o danej problematike ešte informovaný (novozistené ochorenie),
- *komplexnú*, realizovanú väčšinou v edukačných kurzoch,
- *reedukačnú*, čiže naprávajúcu, pokračujúcu a rozvíjajúcu, ktorá nadväzuje na predchádzajúce vedomosti, zahŕňa opakovanie a aktualizáciu základných informácií a poskytuje ďalšie nové informácie vzhľadom na meniace sa podmienky (Závodná, 2005). Edukácia nemá význam iba pre pacienta, ale rovnako aj pre sestru. Prináša jej benefity, ako sú dôverný vzťah s pacientom, spokojnosť s prácou, posilňuje jej autonómiu, zodpovednosť a kompetencie v praxi, čo má v konečnom dôsledku vplyv na spoločenské uznanie sesterskej profesie (Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

Kľúčovou premennou v úspešnej edukácii, ktorá vedie k zmene naučeného správania je motivácia pacientov. Motivácia je súhrn podnetov ovplyvňujúcich rozhodovanie a správanie pacienta. Delí sa na vonkajšiu a vnútornú. K vonkajšej motivácii patria stimuly a ciele, ktoré treba dosiahnuť. V oblasti edukácie pacientov môžeme stimulom rozumieť napríklad morálnu podporu, ktorú pacientovi poskytuje ošetrojúci personál. Vnútornou motiváciou sú pohnútky k určitému správaniu či konaniu. Patrí sem, to čo chce pacient dosiahnuť sám a je o tom presvedčený, preto je tento typ motivácie silnejší a účinnejší. Motívmi pre pacienta môže byť napríklad skorý návrat do zamestnania, možnosť opäť športovať, postarať sa o domácnosť alebo iba záujem o vlastne zdravie. Motívy sa taktiež odvíjajú od konkrétnych ľudských potrieb. Hierarchia ľudských potrieb je znázornená Maslowovou pyramídou ľudských potrieb. Z toho vyplýva, že vyššie psychologické potreby sa objavujú až vtedy, keď sú uspokojené nižšie fyziologické potreby. Je veľmi dôležité, aby sestra dokázala prostredníctvom rozhovoru s pacientom identifikovať jeho potreby a následne ich vedela využiť k zmene jeho správania (Svěráková, 2012).

1.2 Edukačný proces

Edukačný proces je činnosť, pri ktorej dochádza k učeniu subjektu. Subjektom sa označuje učiaci sa jedinec – *edukant* a učí ho vyučujúci jedinec – *edukátor*. Edukačný proces vychádza zo základných princípov správnej výučby a prehĺbuje

možnosti prenesenia znalostí a zručností od edukátora k edukovanému (Průcha, 2009). Predstavuje určitú formu odovzdávania konkrétnych informácií, ktorá je uskutočňovaná v špecificky pripravenom prostredí v rámci vzájomnej interakcie edukátora a edukanta, je zámerne vytvorený a treba ho chápať ako výchovný a vzdelávací proces. Ide o dynamicky vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom (učiacim sa) a môže byť súčasťou ošetrovateľského procesu (Závodná, 2005). Veľmi dôležitá je dôkladná príprava edukačného procesu. Kvôli tomu, že uľahčí prácu sestry a motivuje pacienta. Ak je projekt starostlivo pripravený a pacient vidí, že sa mu od ošetrojúceho personálu dostáva náležitej pozornosti, tiež pristupuje k edukácii zodpovednejšie (Svěráková, 2012). Tento proces je špecifický podľa toho, v ktorej fáze ochorenia sa realizuje edukácia pacienta. Môže to byť edukácia *úvodná* (iniciálna), *prehľbujúca* alebo *kontinuálna*. Niekedy sa nepodari dosiahnuť želané správanie a musí nasledovať tzv. *reedukácia*. Potrebne je vykonať opätovné posúdenie a nájsť príčiny nedosiahnutia stanovených cieľov (Nemcová, Hlinková a kol., 2010). Ďalšou súčasťou edukačného procesu sú *edukačné konštrukty*. Tie sú tvorené teóriami, modelmi, plánmi, zákonmi, predpismi a ďalšími teoretickými výtvormi. Patria sem napríklad učebnice, výukové filmy a počítačové programy, inštrukcie či rady lekára pacientovi. Miesto, kde prebieha edukácia sa nazýva *edukačné prostredie*. Typy prostredia sa líšia obsahom, formou a intenzitou edukačných procesov. Rovnaký vplyv má usporiadanie vnútorného aj vonkajšieho prostredia. Vonkajšie prostredie súvisí s ekonomickými, sociokultúrnymi, demografickými a etnickými vplyvmi. Vo vnútornom prostredí sa uplatňuje vplyv osvetlenia, farieb, zvuku, priestorového vybavenia, klímy (vzťahy, komunikácia, organizácia práce) a učebnej atmosféry (Průcha, 2009). Edukácia ma cyklický charakter, ktorý je daný na seba nadväzujúcimi fázami edukačného procesu – posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia edukačného plánu a vyhodnotenie. Každá nasledujúca fáza je závislá od fázy predchádzajúcej (Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

1.2.1 Posudzovanie

Veľmi dôležitým prvým krokom v edukačnom procese je správne posúdenie pacienta, v rámci ktorého diagnostikujeme deficity vo vedomostiach a zručnostiach. Údaje o ňom môžeme získať rôznymi metódami, medzi ktoré patrí rozhovor, pozorovanie, obsahová analýza dokumentácie, dotazník či fyzikálne vyšetrenie. Sestra

zist'uje u pacienta schopnosť učiť sa a berie v úvahu ďalšie faktory, ktoré môžu ovplyvniť proces učenia. Takisto dôležitú rolu pri edukácii zastáva postoj jedinca k svojmu ochoreniu, k sebe samému a k svojmu životu. Najideálnejším je, keď potreba naučiť sa niečo vychádza priamo od pacienta a je jeho vnútornou motiváciou. Získané údaje sestra posúdi, overí a zhrnie (Kuberová, 2010). V tomto kroku sa môže použiť aj edukačné posúdenie pacienta a jeho rodiny, ktoré je zahraničnými zdrojmi rozdelené na niekoľko kategórií:

- pohlavie, vek, rasa, etnikum, vzdelanie a zamestnanie,
- fyzický stav, zdravotné problémy a edukačné potreby,
- profil rodiny,
- zdroje pomoci a podpory od rodiny, sociálno-ekonomický stav,
- životný štýl rodiny, hodnoty, postoje, kultúra a náboženstvo,
- adekvátnosť či neadekvátnosť rodinných funkcií,
- porozumenie rodiny súčasnej situácii (Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

1.2.2 Diagnostika edukácie

Druhá fáza edukácie je zameraná na špecifikovanie potrieb pacienta podľa rozsahu nedostatku jeho vedomostí. Rieši sa tu problém deficitu vedomostí, zručností alebo aj nedostatok motivácie. Tento nedostatok môže byť sprievodným faktorom ďalších problémov ako je porucha adaptácie, úzkosť, strach, riziko vzniku úrazu, narušené udržiavanie zdravia, poruchy výživy a iné (Závodná, 2005).

1.2.3 Plánovanie edukácie

Dôležitým predpokladom na eliminovanie nedostatočnej informovanosti pacienta je systematické plánovanie edukácie a vypracovanie edukačného plánu, ktorého efektívnosť podmieňuje nielen sestra, ale aj pacient. Vychádzame z ošetrovateľských diagnóz a stanovení si priorit. Treba si premyslieť cieľ, kritériá, obsah, edukačné metódy, organizačnú formu, čas potrebný na dosiahnutie výsledku správania, edukačné prostriedky a metódy hodnotenia výsledkov edukácie. Edukačný plán by mal byť v písomnej podobe, ideálne v spolupráci s pacientom (Nemcová, Hlinková, 2010). Pri plánovaní edukácie treba rešpektovať telesný i psychický stav pacienta a taktiež jeho právo na osobnú slobodu a rozhodovanie. Je vhodné začať najprv

tým, čo pacienta zaujíma, čo už vie a až po zvládnutí základov postupovať ďalej. Téma, ktorá ho trápi, by sa mala prebrať ako prvá (Kuberová, 2010).

1.2.4 Realizácia edukačného plánu

Štvrtá fáza edukačného procesu prebieha na základe vyhodnotenia zberu informácií a zistených edukačných potrieb. Vychádza z edukačného plánu a smeruje k naplánovanému cieľu edukácie. Môže sa na nej podieľať podľa stanoveného plánu a v rámci svojich kompetencií i špecializácií celý ošetrovateľský tím (Plevová, 2012). V rámci realizácie sestra využíva rôzne formy, metódy a prostriedky edukácie, pričom zohľadňuje faktory ako je závislosť edukácie od dennej doby, vplyv tempa a záujmu, prostredie, učebné pomôcky urýchľujúce proces vnímania a priťahujúce pozornosť, nadviazanie primeraného kontaktu s jednotlivcom alebo skupinou, prejavenie záujmu a vypočutie jeho problémov, motivovanie k edukácii, podporovanie dôvery, aktivizovanie jednotlivca alebo skupiny počas celej edukácie, kladenie dôrazu na spätnú väzbu, vyjadrenie uznania a ocenenie aktivity, poskytnutie dostatočných informačných zdrojov a vyhýbanie sa cudzím slovám, skratkám a príliš odborným výrazom (Závodná, 2005).

1.2.5 Vyhodnotenie edukácie

Poslednou fázou a kľúčovým momentom edukačného procesu je vyhodnotenie dosiahnutých výsledkov v edukácii. Sestra edukátorka musí vykonávať hodnotenie priebežné (formatívne) a taktiež záverečné (sumatívne), aby sa uistila či pacient pochopil cieľ edukácie, osvojil si nové znalosti a zručnosti, prispôbil tomu svoj denný režim a je schopný v tom pokračovať aj po prepustení z nemocnice (Svěráková, 2012). Výsledkom sú zmeny v kognitívnej, afektívnej a motorickej oblasti. Ak sa nepodarilo dosiahnuť stanovený cieľ, zistujeme dôvody. Je to veľmi ťažká a náročná úloha, ale nevyhnutná pre spätnú väzbu. Je potrebné si stanoviť koho budeme hodnotiť a vybrať metódu hodnotenia, ktorá je podmienená typom učenia. Pri kognitívnom type učenia môžeme použiť kladenie otázok, praktické zručnosti môžeme hodnotiť pozorovaním praktickej činnosti a postoje či hodnoty môžeme posúdiť vypočutím názorov, cieľným pozorovaním alebo na základe výpovedí na cielene otázky. Písomné testy sú pre pacientov nevhodné. Treba si všímať aj reakcie a reč tela pacienta (Závodná, 2005). Výsledky edukácie môžeme vyhodnocovať takisto prostredníctvom objektívnych

pozorovateľov ako sú napríklad výsledky laboratórnych testov, zníženie telesnej hmotnosti a pod. Je treba mať neustále na pamäti, že pre zvýšenie motivácie pacienta je dôležité jeho povzbudzovanie. Preto by sestra nemala šetriť pochvalou aj pri malom zlepšení stavu pacienta (Svěráková, 2012). Medzi najčastejšie príčiny nedosiahnutia cieľov sa radí nedostatočné alebo nevhodné odhadnutie potrieb, nesprávne stanovenie edukačnej diagnózy, stanovenie nereálnych cieľov, voľba nevhodnej stratégie učenia, neprimeraný časový plán, nedostatočná alebo žiadna motivácia, preťaženie pacienta množstvom informácií a chyby v komunikácii (Závodná, 2005). Hodnotenie je pre sestru dôležitou sebareflexiou, čiže uvedomením si svojich učiteľských poznatkov a skúseností z riešenia edukačných situácií a príležitosťou, aby vyhodnotila pokrok resp. neúspech v dosahovaní edukačných cieľov a prípadne uvažovala o zmene prístupu či voľby edukačných stratégií. Tieto zistenia potom môže využiť na skvalitnenie edukácie pacienta alebo jeho rodiny (Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

1.3 Metódy a formy edukácie

Vo všeobecnom význame znamená metóda spôsob dosiahnutia nejakého cieľa a pochádza z gréckeho slova *methodos*, označujúceho cestu k niečomu. Naproti tomu je *forma* latinským výrazom pre tvar (Svěráková, 2012). Edukačnou metódou sa označuje premyslené, cielené a plánované pôsobenie edukátora, ktoré smeruje k dosiahnutiu stanoveného cieľa edukácie. Rovnako ako v predchádzajúcich častiach plánovania edukácie je nutné prihliadnuť k vedomostiam, zručnostiam a skúsenostiam edukanta, jeho osobnosti, stavu a prostrediu. Dôležitý je aj cieľ, obsah a forma edukácie. To všetko má spoločný vplyv na výber edukačnej metódy (Juřeniková, 2010). Všeobecne ale platí, že neexistuje jediná správna a univerzálna vyučovacia metóda. Môžeme zvoliť buď *klasické* (tradičné) vyučovacie metódy, ako sú rozhovor, diskusia, prednáška, výklad, demonštrácia a nácvik alebo *alternatívne* (nové, moderné) edukačné metódy. Sem patrí hra, simulácia a programové učenie. V pedagogickej literatúre sa stretáme s viacerými klasifikáciami, ale pre potreby edukácie v ošetrovatelstve si ich môžeme rozdeliť na metódy dosahujúce splnenie cieľov edukácie v kognitívnej, afektívnej a psychickej oblasti. Ďalej na metódy používané pri riešení problému deficitu vedomostí či deficitu zručností a na metódy rozlišujúce vek edukantov, čiže pre detských, dospelých a geriatrických pacientov (Nemcová, Hlinková a kol., 2010). Podľa fázy vyučovacieho procesu ich rozdelíme na metódy motivačného, fixačného a

expozičného charakteru. A podľa spôsobu interakcie medzi edukátorom a edukovaným sa ešte rozdeľujú na frontálne, skupinové a individuálne metódy. Klasifikáciou edukačných metód sa v odbornej literatúre zaoberalo množstvo autorov a každý používa rôzne kritériá či hľadiská (Kuberová, 2010).

Pre edukačné potreby v ošetrovatelstve rozoznávame tri organizačné formy edukácie - individuálnu, skupinovú a hromadnú. V *individuálnej* forme sa učiteľ/edukátor venuje iba jednému edukantovi. Je tu uplatňovaná zásada individuálneho prístupu, rešpektovania zvláštností jedinca a je časovo náročná (Kuberová, 2010). Začína sa väčšinou od základných vedomostí a zručností až po zvládnutie starostlivosti o seba a poskytuje aktívnu účasť pacienta na edukácii, ktorého motivácia k učeniu môže byť posilnená neformálnou atmosférou procesu edukácie. Individuálna edukácia je vhodná pre pacientov s nižšou úrovňou gramotnosti, s telesným poškodením, s emocionálnymi problémami pri zvládaní daného stavu alebo pre tých, ktorí sa ťažšie učia (Nemcová, Hlinková a kol., 2010). Výhodou je vysoká efektivita učenia, neustála aktivita edukanta a vysoká spätná väzba (Kuberová, 2010). Nevýhodou je izolácia od iných pacientov s rovnakými problémami a starosťami. Napriek tomu, že je táto forma edukácie náročná, tak je akceptovaná pre dosahovanie želaných výsledkov, ako aj miery spokojnosti pacienta so starostlivosťou (Nemcová, Hlinková, 2010). *Skupinová* forma edukácie v ošetrovatelstve je zameraná na jednotnú výučbu skupiny jednotlivcov (ideálne 3 – 5 osôb). Vedie k spolupráci, diskusii a vzájomnej výmene informácií či skúseností a taktiež k učeniu sa jeden od druhého. Tento spôsob edukácie je časovo a ekonomicky výhodnejší než individuálny. Spätná väzba sa však stráca a vďaka tomu je úroveň kvality edukácie u konkrétneho jedinca nižšia než pri individuálnej forme (Kuberová, 2010). V zdravotníctve sa najčastejšie využíva pri edukácii skupiny pacientov s rovnakým problémom alebo v kúpeľníctve. Problémom často býva pasivita niektorých členov skupiny, ktorí sa tak schovávajú a prevaha aktivity je na najlepších. Ďalšou formou edukácie je *hromadná* forma výučby. Využíva sa pri veľkých skupinách osôb a výučba je obsahovo jednotná. Typickou metódou tejto formy edukácie je prednáška. Rovnako ako pri skupinovej forme, tak aj tu je výhodou predanie informácií väčšej skupine osôb súčasne, ale treba počítať s nízkou aktivitou edukantov, malým individuálnym prístupom a nízkou spätnou väzbou medzi edukátorom a účastníkmi edukácie (Juřeniková, 2010).

1.4 Didaktické pomôcky na edukáciu

Pomôcky tvorivým spôsobom pomáhajú pacientom v učení, plnia funkciu informačnú, názornú a motivačnú, prepájajú teóriu s praxou, rozširujú a dopĺňajú ju. Pomôcky musia byť presné, primerané veku a musia zodpovedať potrebám učenia pacienta. Nezastupiteľným prostriedkom pri edukácii je učiteľovo slovo. Ďalej sa využívajú písomné pomôcky ako napríklad edukačné listy, postery, panely a tabule obsahujúce rôzne inštrukcie pre pacienta (Nemcová, Hlinková, 2010). Ich miestom určenia sú spravidla čakárne ordinácií a v niektorých prípadoch aj nemocničné chodby. Pri príprave je vždy kladený najväčší dôraz na výtvarné spracovanie témy. Zdravotníci i pacienti majú v obľube drobný materiál. Môžu to byť obrázky pre deti alebo omaľovánky, ktoré obsahujú nejakú zdravotne výchovnú tému. Texty a výtvarnú stránku v edukačných materiáloch treba prispôbiť danej cieľovej skupine a konkrétnym podmienkam musí byť prispôsobená aj veľkosť písma i verbálne vyjadrenie problému (Svěráková, 2012). Pretože sa zistilo, že problém s čítaním u pacientov môže ovplyvniť dodržiavanie liečby. Medzi didaktické pomôcky na edukáciu patria okrem písomných aj zvukové pomôcky (audionahrávky), audiovizuálne elektronické pomôcky (video, počítač, CD nosiče, internetové zdroje a uzavretý televízny okruh), rôzne modely a reálne pomôcky na zabezpečenie starostlivosti, ako sú pomôcky k stómii, na katetrizáciu moču, preväz rany a iné (Nemcová, Hlinková, 2010). Zaradenie učebných pomôcok a didaktickej techniky do edukačného procesu je nutné zvážiť dopredu. Nesmú narušiť priebeh edukácie, jej efektívnosť a hĺbku. Prílišné množstvo pomôcok spôsobuje nesústredenosť edukanta a naopak bez pomôcok sa učí iba suchá teória (Juřeniková, 2010). Sú to nástroje, ktoré pomáhajú edukátorovi, aby si pacient učivo ľahšie zapamätal, porovnal, vedel si ho predstaviť a aby posilnil už naučené, ale v žiadnom prípade edukátora nenahrádzajú (Nemcová, Hlinková, 2010).

1.5 Edukačné štandardy

Pojem štandard je definovaný ako model alebo základná norma, pomocou ktorej sa objekty či procesy rovnakého druhu porovnávajú a sú záväznou mierou pre hodnotenie. Edukačné štandardy sú dohodnutou normou, meradlom a kritériom na zaistenie profesionálnej kvality edukácie (Juřeniková, 2010). Tieto štandardy sú súčasťou medzinárodných štandardov a podkladov pre akreditáciu zdravotníckych zariadení na celom svete. Akreditačná komisia vyžaduje od akreditovaného

zdravotníckeho zariadenia, aby v pláne starostlivosti o každého pacienta bola zahrnutá aj edukácia. Pri tvorbe štandardov treba dodržiavať určité požiadavky. Je dôležité aby obsahovali najmä základné, ale vedecky podložené a praxou overené poznatky. Aby zahŕňali oblasti kognitívne, afektívne a psychomotorické a taktiež aby boli tvorené na rôznych úrovniach zložitosti. Okrem toho by mal edukačný štandard spĺňať funkciu motivačnú kvôli udržaniu a následnému zvyšovaniu záujmu pacienta o svoje zdravie, funkciu prognostickú na ovplyvňovanie pozitívnych a odstraňovanie negatívnych prvkov zo života pacienta a funkciu informačnú o efektívnosti prístupu. Diagnostickú funkciu by mal spĺňať preto, lebo štandardy plnia úlohu spätnej väzby a umožňujú diagnostikovať nedostatky, ktoré je možné následne odstraňovať. Vďaka porovnávacej funkcii môže pacient porovnávať efektívnosť edukácie a práce sestry za určitú časovú jednotku. Každý edukačný štandard musí obsahovať tému edukácie, mieru záväznosti, čiže pre koho je určený a kto je povinný sa ním riadiť, jasný zrozumiteľný reálny cieľ, kritéria pre zabezpečenie plnenia štandardu a popis metodiky kontroly plnenia štandardu (Závodná, 2005).

1.6 Prekážky v edukácii pacienta

Pri edukácii pacientov môže vzniknúť množstvo prekážok, ktoré negatívne ovplyvňujú proces výučby a výchovy a znemožňujú dosahovať želané ciele edukácie. Môžu sa vyskytnúť na strane sestry – edukátorky, na strane pacienta či jeho rodiny a taktiež v zdravotníckom systéme. U sestier môže byť príčinou nedostatočná kompetentnosť, edukačná zručnosť alebo malá sebaistota. Niekedy lekári a dokonca samy sestry spochybňujú edukáciu ako efektívny nástroj na zlepšenie zdravotných výsledkov pacienta. Ďalšiu prekážku tvorí neprihliadanie na osobitosti a schopnosti pacienta učiť sa. Treba si uvedomiť, že iné metódy sa volia pri edukácii detí, dospelého človeka, geriatrického pacienta a u ľudí s narušeným zmyslovým vnímaním. Tak isto sa často neberie do úvahy viera a hodnoty pacienta. Kvantitu a kvalitu edukácie môže ovplyvniť nedostatočné zdokumentovanie poskytovanej starostlivosti. Medzi prekážky zo strany pacienta sa radí stres spôsobený akútnym a chronickým ochorením. Ten vyvolá strach a úzkosť, ktoré znížia motiváciu a bránia pacientovi zapojiť sa do procesu učenia. Závažnými psychickými prekážkami sú popieranie, odpor voči autorite, odmietanie edukačných potrieb a nedostatok ochoty prevziať zodpovednosť. Prekážkou, ktorá nepriaznivo ovplyvňuje aktívny prístup pacienta v rozhodovaní a môže zasahovať

do edukačného procesu, je aj nemocničné prostredie. Ide o stratu kontroly, nedostatok súkromia a sociálnu izoláciu. Čo sa týka zdravotníckeho systému, tak problém je v materiálo-technickej, personálnej, organizačnej a riadiacej oblasti. Patrí sem fragmentácia systému zdravotnej starostlivosti, absencia refundácie edukácie pacientov, pripisovanie nízkej priority edukácie zo strany napríklad vedenia či poisťovne. Skoré prepúšťanie pacientov má niekedy za dôsledok nedostatok času na edukáciu a krátky kontakt na nadviazanie vzťahu dôvery. Ďalšou prekážkou je často nevhodné nemocničné prostredie, v ktorom sa sestra a pacient nedokážu sústrediť na učenie. Je to predovšetkým hluk, nedostatok miesta, súkromia a opakované prerušenie edukácie. Na druhej strane je edukácia v domácom prostredí limitovaná počtom schválených návštev a krátkym časom vyhradeným na jedno stretnutie, z dôvodu väčšieho počtu klientov. (Nemcová, Hlinková, 2010).

1.7 Rola sestry edukátorky

Rola sestry – edukátorky sa v súčasnosti pokladá za jednu z dôležitých kompetencií v ošetrovateľskej profesii (Nemcová, Hlinková, 2010). Pretože účinná a správne vykonaná edukačná činnosť sestry nespočíva iba v odovzdaní určitého množstva informácií. Ale aj v sústredení sa na prípravu edukačného programu, ktorý pacientovi uľahčí uskutočňovanie zmien v jeho správaní (Svěráková, 2012). Zdravotnícky edukátor by mal mať určité predpoklady na vykonávanie tejto činnosti. Základom sú odborné vedomosti, zručnosti a edukačné znalosti. Ďalším predpokladom je napríklad umenie komunikácie, empatického prístupu, pozitívny vzťah k ľuďom, trpezlivosť, tolerancia, dôslednosť, zodpovednosť, zručnosť, obratnosť a schopnosť prispôbiť sa. Taktiež je dôležité vedieť zanalyzovať edukačné potreby pacientov a operatívne riešiť problém (Juřeníková, 2010). V našich podmienkach je všeobecná sestra povinná vykonávať edukáciu na základe povinnosti vyplývajúcej zo zákona. Edukácia sa však môže týkať iba ošetrovateľských postupov a prípravy informačných materiálov. Všeobecné sestry so špecializovanou spôsobilosťou môžu navyše edukovať i v špecializovaných ošetrovateľských postupoch a v oblastiach prevencie ochorení (*Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotníckých pracovníků a jiných odborných pracovníků*). Pri realizácii edukačných aktivít je treba uplatňovať holistické pojmá, rešpektovať intelektuálne predpoklady, sociálne postavenie a etnicko-kultúrne odlišnosti pacientov. Sestra v roli edukátorky musí vytvárať motivujúce a podporujúce prostredie

na edukáciu, musí vedieť aplikovať vhodné a prijateľné kultúrne, etnické a profesionálne normy (Svěráková, 2012).

2 KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA

Choroby srdca a ciev predstavujú podobnú metlu modernej civilizácie, tak ako bol mor a cholera, čiže infekčné choroby pre ľudstvo v stredoveku. Aj napriek úspechom a pokrokom v súčasnej lekárskej vede a praxi sú v rozvojových krajinách zodpovedné za väčšinu úmrtí a tým ovplyvňujú dĺžku života celej populácie (Špínar, Vítovec a kol., 2007). Česká republika sa na začiatku 90. rokov vyznačovala jednou z najvyšších intenzít úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia na svete. Neskôr od roku 1990 došlo k výraznému poklesu úmrtnosti na tieto ochorenia vďaka preventívnym opatreniam, liečbe vysokého krvného tlaku, novým liekom, jednotkám intenzívnej starostlivosti atď. Aj keď v období rokov 2000 – 2012 poklesla úmrtnosť zhruba o 25%, tak aj po tomto výraznom zlepšení zostáva úmrtnosť na kardiovaskulárne ochorenia v Česku približne dvakrát vyššia než vo vyspelých európskych štátoch. Príčinu v takmer 70% všetkých kardiovaskulárnych úmrtí predstavuje ischemická choroba srdca a cievne ochorenie mozgu. Zatiaľ čo úroveň štandardizovanej úmrtnosti na cievne ochorenie mozgu do roku 2010 klesala, úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca v posledných rokoch viac menej stagnovala. To pravdepodobne súvisí na jednej strane s čiastočným vyčerpaním možností lekárskej starostlivosti a nových technológií, na strane druhej však s veľmi pozvoľnou zmenou životného štýlu. Čo znamená, že sa nedarí redukovať podiel fajčiarov v populácii, pribúda osôb s diabetom II. typu a rastie podiel obéznych osôb v populácii (MZ ČR, 2014). V Slovenskej republike má najväčší podiel na kardiovaskulárnych úmrtiach tak isto ako v Česku ischemická choroba srdca a podľa údajov z roku 2010 predstavuje 60% zo všetkých úmrtí na srdcovo-cievne ochorenie. V porovnaní s európskymi krajinami má Slovensko 3,6x vyššiu mieru štandardizovanej úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia ako Francúzsko, viac ako 2x než Rakúsko a o 1/5 vyššiu ako Česká republika (Baráková, 2010). Choroby srdca a ciev nie sú iba najčastejšou príčinou úmrtí, ale aj najčastejším dôvodom hospitalizácie. Ženy sú pre tieto choroby hospitalizované v 12% a muži v 18% prípadov. V priebehu posledných 10 rokov sa počet hospitalizovaných v Českej republike mierne znížil, ale naďalej narastá počet ľudí, ktorí s týmito ochoreniami pravidelne navštevujú svojho lekára (MZ ČR, 2014).

Ako sme už spomínali vyššie, príčinou vysokej kardiovaskulárnej morbidity a mortality je ischemická choroba srdca. Je to komplexné ochorenie zväčša charakterizované zúžením lúmenu koronárnych tepien, u ktorých došlo k

aterosklerotickým zmenám spojených s dysfunkciou endotelu a trombocytov, čo ďalej vedie k protrombotickému stavu. Ischemická choroba srdca je zodpovedná za široké spektrum okolností, od ktorých závisí stupeň ischemie myokardu a poškodenie štrukturálnej a funkčnej integrity srdca (Moser, 2008).

2.1 Ateroskleróza

Aterosklerotické zmeny boli prvýkrát popísané už pri pitvách múmií egyptských faraónov. I Leonardo da Vinci mal poznamenané zmeny v cievach, ktoré zodpovedajú dnešnej ateroskleróze. Prv používaný pojem arterioskleróza, použitý prvýkrát v 18. storočí, bol nahradený pojmom ateroskleróza, ktorý zaviedol Francúz F. Marchand v roku 1904. Niektoré zdroje avšak uvádzajú, že pojem arterioskleróza sa používa stále a je širší a všeobecnejší než ateroskleróza (Šafránková, Nejedlá, 2006). Ateroskleróza je dnes chápaná ako zápalové ochorenie cievnej steny tepien a je indukovaná prienikom LDL cholesterolových častíc do subendoteliálneho priestoru pri poruche funkcie endotelu. Proces vzniku aterosklerotických zmien v cievach sa nazýva aterogenéza a delí sa na tri vývojové štádiá. V *1. štádiu* prenikajú LDL partikule do priestoru pod endotelom, kde sú modifikované a organizmus ich následne identifikuje ako telu cudzie elementy. Monocyty sa menia na makrofágy, fagocytujú LDL partikule a po zväčšení sa menia na nehybné penové bunky, ktoré zostávajú v mieste lézie. Pri prehliadke cievy môžeme tieto nahromadené bunky vidieť ako žltkavé *lipidové prúžky*. V *2. štádiu* vývoja aterosklerotického plátu dochádza k stimulácii svalových buniek z médiu selektívnymi. Pôvodne konstričné bunky sa menia na bunky sekrečné a začnú vytvárať kolagén, v dôsledku čoho vzniká *fibrózny plát*. T i B lymfocyty atakujú obsah vzniknutého plátu. Postupne rozpadnuté penové bunky vytvárajú cholesterolovú drť a produkujú metaloproteinázy (enzýmy schopné odbúrať kolagén). To znamená, že pevnosť kolagénového krytu závisí na rovnováhe medzi aktivitou sekrečných buniek, ktoré plát vytvárajú a aktivitou metaloproteináz, ktoré kryt odbúravajú. Najčastejším miestom ruptúry plátu je jeho okraj, pretože tam je kryt najtenší. Odkryje sa zmáčanlivá plocha, na ktorej sa rýchlo zhlukujú trombocyty a vzniká biely neokludujúci trombus. Posledné *3. štádium* je typické vznikom červeného *okludujúceho trombu*. Pôsobením trombínu sa mení fibrinogén v krvi na fibrinové vlákna, do ktorých sa zachytávajú erytrocyty. Ide o komplikované lézie vedúce k infarktu myokardu alebo cievnej mozgovej príhode. K takémuto obrazu inklinujú nestabilné pláty, ktoré výrazne

nezužujú lúmen cievy. V menšom percente prípadov sú pláty stabilné s pevným fibróznym krytom a ich ďalší nárast vedie k stenóze lúmenu (Staněk, 2014).

Aterogenéza začína už v mladosti a mnoho rokov prebieha bez klinických prejavov. U niektorých jedincov sa prvé známky orgánového postihnutia môžu objaviť už v 40. roku veku alebo aj skôr, najčastejšie ale až po 50. roku života. Najťažšie štádium aterosklerózy sa podľa lokalizácie najpokročilejších zmien prejaví buď poškodením srdca infarkt, mozgu maláciou alebo krvácaním, končatín gangrénou a aorty aneurysmou či disekciou jej steny (Kolář et. al., 2009). Detailná príčina toho, prečo sa u človeka vyvinie ateroskleróza, nie je známa. Známe sú však rizikové faktory. Neovplyvniteľné rizikové faktory sú napríklad vek, pohlavie a genetika. Medzi najdôležitejšie faktory, ktoré možno ovplyvniť patrí dyslipidémia, fajčenie, obezita, diabetes mellitus a arteriálna hypertenzia. Aj napriek tomu, že je dnes známych viac než 200 samostatných rizikových markerov aterosklerózy, väčšina veľkých cievnych príhod prebehne u nositeľov najbežnejších rizikových faktorov, ktoré nie sú včas rozpoznané a liečené. Preto je pre osud pacientov veľmi dôležitý včasný a čo najpresnejší odhad rizika predčasnej aterosklerózy (Vilánková a kol., 2010).

2.2 Ischemická choroba srdca

Ischemickú chorobu srdca môžeme definovať ako akútnu alebo chronickú poruchu funkcie myokardu, ktorá vzniká na podklade ochorenia vencovitých tepien. Tým je v 99% prípadov koronárna ateroskleróza, ktorá bráni adekvátnej perfúzií myokardu a tým adekvátnemu prísunu kyslíka a odplavovaniu metabolitov. Požiadavky na dostatočný prívod kyslíka, a teda aj na perfúziu, závisia na práci myokardu, čiže na metabolických nárokoch. Pri nerovnováhe v dodávke a spotrebe kyslíka vzniká ischemia, čo je zmena oxidačného metabolizmu na anaerobný. Myokard už nezískava energiu z oxidácie mastných kyselín a glukózy, ale tvorbu energie začne obstarávať anaeróbna glykolýza. Tá aj po svojom mohutnom zvýšení nestačí zaručiť dostatok energie k udržaniu kontraktility i živnosti buniek. Konečným produktom anaeróbnej glykolýzy je tvorba laktátu, ktorý je nedostatočne odplavovaný a inaktivuje potrebné glykolytické enzýmy, čím ukončí možnosť ďalšej glykolýzy. Nasleduje bunčná smrť, ischemická nekróza, infarkt myokardu. Takýto obraz vzniká pri uzávere koronárnej artérie. Pri významnom zúžení tepny sa ischemia prejaví iba pri zvýšených nárokoch na kyslíkovú spotrebu, napríklad pri fyzickej námahe alebo tachykardii. Ide o prechodnú

ischémii, ktorá ustupuje po vymiznutí vyvolávajúceho faktoru. V tomto prípade nedochádza k ischemickej nekróze a hovoríme o intermitentnej ischémii, v klinike teda o angíne pectoris alebo nemej ischémii (Staněk, 2014).

Hlavným príznakom ischemickej choroby srdca je bolesť na hrudi, ktorá je typicky zvieravá a pálivá (stenokardie). Niekedy sa pacient sťažuje na tlak na hrudi a inokedy môže popisovať problémy ako je pocit nedostatočného dychu (dušnosť). Bolesť môže byť lokalizovaná za sternom, v prekordiu, v dolnej čeľusti, v ramenách alebo v horných končatinách. Vyžarovať môže do horných končatín, chrbta či epigastria s rôznou dĺžkou trvania, od niekoľkých až do desiatok minút. Vyvolávajúcim momentom môže byť námaha, stres, jedlo, chôdza na vetre a mraze alebo pohlavný styk. Dôležitým údajom je aj reakcia bolesti na nitroglycerín. Niekedy sa stáva, že pacient nepocituje žiadnu bolesť. Všetko to závisí od formy ischemickej choroby srdca. Medzi *akútne formy* sa radí nestabilná angína pectoris, akútny infarkt myokardu a náhla smrť. K *chronickým formám* patrí stabilná angína pectoris, vazospastická angína pectoris, nemá ischémia, ischemická choroba srdca so srdcovým zlyhaním a syndróm X, čím sa označuje mikrovaskulárna angína pectoris. Nedávno bol zavedený pojem akútny koronárny syndróm, ktorý zahŕňa akútny infarkt myokardu a nestabilnú angínu pectoris, a to najmä vzhľadom k rovnakej etiológii týchto dvoch jednotiek (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

Pri vyšetrení pacientov so stanoveným alebo suspektným ochorením srdca poskytuje anamnéza a fyzikálne vyšetrenie spoločne s rôznymi neinvazívnymi testami významné informácie. Spojenie týchto postupov často vedie k presnej diagnóze a správne rozhodnutiu o ďalších diagnostických postupoch a liečebných možnostiach. Najčastejšie používanou vyšetrovacou metódou je elektrokardiografia (EKG). Môže byť nezávislým ukazovateľom ochorenia myokardu, môže odrážať anatomické, hemodynamické, molekulárne, iontové a liekmi indukované srdcové abnormality a môže poskytovať základné informácie k stanoveniu presnej diagnózy a pre liečbu množstva kardiálnych problémov (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010). V prípade, že na pokojovom EKG nezachytíme žiadne ischemické zmeny, môžeme s výhodou použiť Holterovu 24 či 48 hodinovú monitoráciu alebo EKG slučkový rekordér na 14 dní. Zátťažové metódy slúžia k vyprovokovaniu ischémie, patrí sem bicyklová ergometria, zátťažový test na bežeckom páse, nukleárne metódy a dobutaminový echokardiografický test. K základným vyšetreniam ischemickej

choroby srdca taktiež patrí echokardiografia, buď klasická transtorakálna alebo transezofageálna. Medzi invazívne metódy patrí selektívna koronarografia, kedy pomocou kontrastnej látky zobrazujeme koronárne riečisko a poprípade ľavú komoru srdca (ventrikulografia). V diferenciálnej diagnóze musíme vylúčiť iné kardiovaskulárne príčiny bolestí na hrudi, napríklad disekciu aorty, perikarditídu, myokarditídu a embóliu pľúcnice. Ďalej musíme vylúčiť gastrointestinálne ochorenie, herpes zoster, ochorenie pľúc a pleury i myoskeletárny pôvod bolestí, ktorého príčinou môže byť vertebrogénne ochorenie (Sovová, Sedlářová a kol., 2014). Nemenej dôležité sú aj laboratórne vyšetrovacie metódy. Po infarkte myokardu uvoľňuje poškodený myokard do krvi významné množstvo enzýmov a proteínov. Špecifické krvné testy pomáhajú potvrdiť diagnózu infarktu myokardu, odhaľujú rozsah poškodenia srdcového svalu, pomáhajú monitorovať postup hojenia a hodnotiť reperfúziu po trombolýze. Týmito kardiošpecifickými markerami je myoglobín, kreatínkináza (CK) a CK-MB, troponín I a troponín T. Okrem toho sa vykonávajú krvné testy na všeobecný screening celkového zdravotného stavu a na hodnotenie reakcie na liečbu. Je to vyšetrenie krvného obrazu, hladín elektrolytov v krvi a koagulácie (Allen, 2013).

2.2.1 Náhla kardiálna smrť

Náhla kardiálna smrť môže byť definovaná ako nečakané úmrtie zo srdcovej príčiny, ku ktorému dôjde do 60 minút od začiatku príznakov. Mnoho náhlych úmrtí je bez svedkov a iba k malému počtu z nich dochádza počas monitorovania EKG. Preto nemožno predpokladať, že náhla smrť je synonymom arytmickej smrti. Avšak väčšina náhlych srdcových úmrtí je spôsobená arytmiou, obvykle komorovou tachykardiou alebo fibriláciou pri dysfunkcii ľavej komory v dôsledku ischemickej choroby srdca alebo dilatačnej kardiomyopatie. Ďalšie príčiny zahrňujú vrodený syndróm dlhého QT intervalu, arytmogennú dyspláziu pravej komory, syndróm Brugadových a hypertrofickú kardiomyopatiu. Existujú i iné možné dôvody náhlej kardiálnej smrti, ako sú chlopené chyby, vrodené ochorenie srdca, nádory srdca, elektromechanická disociácia, cievna mozgová príhoda, pľúcna embólia a masívne krvácanie z prasknutej aneurizmy aorty (Bennet, 2014).

Úspešnosť výsledku liečebného zákroku u jedincov s náhlou smrťou závisí na včasnosti zahájenia kardiopulmonálnej resuscitácie i na tom či sa tento zákrok uskutočňuje v nemocnici alebo mimo nej. Prevenciou náhlej smrti u pacientov po

infarkte myokardu je abstinencia fajčenia, úprava životosprávy, podávanie β -blokátorov alebo revaskularizačná liečba. Náhlejšia kardiálna smrť sa u pacientov s preukázanými závažnými komorovými arytmiami predchádza revaskularizačnou liečbou, účinnými antiarytmikami, implantáciou kardioverteru-defibrilátora a pri poruchách prevodu vzruchu implantáciou kardiostimulátoru (Kolář et. al., 2009).

2.2.2 Akútny koronárny syndróm

Je to stav patofyziologicky spojený s akútnou ischémiou myokardu na podklade obliterácie koronárnej tepny nestabilným aterosklerotickým plátom a na neho nasadajúcou trombózou v dôsledku embólie do koronárnej tepny, disekcie koronárnej tepny alebo na podklade nepomeru medzi dodávkou okysličenej krvi a akútne zvýšenými potrebami myokardu (Šeblová, Knor a kol., 2013).

Diagnóza akútneho koronárneho syndrómu sa opiera o symptómy a EKG nález. EKG ukáže dva základné obrazy a to prítomnosť elevácie úseku ST alebo jej neprítomnosť. O tom či došlo k nekróze myokardu, nás informuje vyšetrenie biomarkerov. Keďže troponín stúpa v krvi až za 3-6 hodín, nie je čakanie na výsledok v akútnom stave relevantné a neprináša návod k ďalšiemu postupu. Zvýšenie troponínu je dôležité pre stanovenie konečnej diagnózy, ktorou je buď nestabilná angína alebo infarkt myokardu. Klasickým príznakom je pokojová stenokardia, ktorá trvá viac než 15 minút a nereaguje na nitroglycerín. Bolesť je typicky lokalizovaná za horným sternom, môže vyžarovať do krku a jednej alebo oboch paží. Môže byť spojená s dýchavičnosťou, hypotenziou, zvracaním alebo synkopou. V niektorých vzácnych prípadoch bolesť nemusí byť výrazná a môže začínať medzi lopatkami alebo je lokalizovaná v miestach vyžarovania. Vyskytuje sa to asi u 20-30% pacientov, obzvlášť u starých osôb, diabetikov a častejšie u žien než u mužov (Staněk, 2014).

2.2.3 Nestabilná angína pectoris

Angína pectoris je definovaná ako páľčivá bolesť za hrudnou kosťou, ktorá je spôsobená nedostatkom kyslíka vo svalovine srdca. Príčinou je zúženie koronárnych artérií, ktoré v pokoji nemá žiadne následky, ale pri zvýšení námahy a metabolických nárokov myokardu nestíhajú koronárne artérie dodávať dostatok krvi a vzniká ischémia. Bolesť býva sprevádzaná dýchavičnosťou z aktivácie sympatika. Ak záchvat vznikol prvýkrát alebo sa objavuje náhodne, ide o nestabilnú angínu pectoris (Rokyta a kol.,

2015). Charakterizujú ju tri hlavné typy problémov: novovzniknuté záchvaty, záchvaty so zvyšujúcou sa frekvenciou, intenzitou a trvaním, a záchvaty prichádzajúce v pokoji. Za najzávažnejší typ sa považuje nestabilná angína pectoris s pokojovými bolesťami v posledných 48 hodinách (Kolář et. al., 2009). Etiológia a patogenéza je väčšinou vysvetľovaná vznikom ruptúry a fisúry aterosklerotického plátu, kedy na obnažený endotel adherujú trombocyty a rozvíja sa koagulačná kaskáda vedúca k vzniku nasadajúceho trombu. Uvoľnené vazoaktívne substancie môžu vyvolávať spazmus a tým dochádza k ischémii myokardu (Sovová, Sedlářová, 2014).

Diagnóza sa stanoví často na základe anamnézy. Fyzikálny nález môže byť bez patológie. Na EKG môžeme vidieť charakteristické depresie ST úseku, ktoré sú horizontálne alebo zostupné a môže dôjsť k inverzii T vlny. Niekedy sa objaví i elevácia úseku ST. U indikovaných pacientov sa vykonáva koronarografia kvôli objasneniu nálezu na koronárnom riečisku (Sovová, Sedlářová, 2014).

V liečbe tohto typu angíny pectoris existujú dva postupy, konzervatívny a invazívny. Liečba má prebiehať počas hospitalizácie pacienta v nemocnici. Základom je zabrániť progresii trombu podaním antikoagulačnej (heparín) a antiagregačnej terapie. Ďalej podávame vazodilatanciá (nitráty a blokátory kalciového kanálu), β -blokátory a analgetiká na ovplyvnenie bolesti. Nitráty sa väčšinou podávajú intravenózne za kontroly EKG, srdcovej frekvencie a tlaku krvi (Sovová, Sedlářová, 2014). Invazívna liečba sa uskutočňuje perkutánnou koronárnou intervenciou, tzn. balónikovou dilatáciou a implantáciou stentu alebo chirurgickou implantáciou aortokoronárnej spojky. Rozhodnutie o postupe prináša koronarografický nález a klinický obraz pacienta (Kolář et. al., 2009).

2.2.4 Akútny infarkt myokardu

Akútny infarkt myokardu sa prejavuje pokojovou bolesťou, ktorá trvá dlhšie ako 20 minút. Bolesť je u 80% pacientov typicky lokalizovaná za strednou tretinou sternu a propaguje sa proximálne do krku, dolnej čeľuste, ramien, horných končatín a vľavo až do malíčka. Charakter bolesti je tlakový, pálivý či zvieravý a mnoho pacientov líči bolesť ako tlak kameňa na hrudi alebo pocit zovretia hrudníka vo zveráku. U pacientov s infarktomyokardu spodnej steny sa môže bolesť propagovať do brucha. Stenokardie sú sprevádzané vegetatívnymi symptómami, medzi ktoré patrí potenie, studený pot, slabosť a pocit strachu zo smrti. Ischémia ľavej komory srdca vedie k poruche jej

funkcie, čím sa vysvetľuje dýchavičnosť u pacienta. Ischémia taktiež vedie k elektrickej nestabilite myokardu so vznikom arytmií, ktoré sa klinicky prejavia palpitáciami či kolapsom (Kölbel a kol., 2011). Akútny infarkt myokardu je charakterizovaný nekrózou myokardu, ktorá môže byť transmurálna alebo subendokardiálna. Nekrotický myokard je nahradený väzivovým tkanivom v rôzne veľkom rozsahu. Hovoríme o infarktovej jazve. Od veľkosti náhrady plnohodnotného myokardu závisí či je poškodený myokard hypokinetický alebo akinetický. Poškodenie 20-40% myokardu môže spôsobiť zlyhanie srdca alebo šok (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

Diagnostika sa skladá z anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia, EKG a laboratórných vyšetrení. Tieto metódy možno doplniť zobrazovacími metódami. Podľa základného EKG nálezu sa akútny infarkt myokardu rozdeľuje na infarkt myokardu s ST eleváciou (STEMI) a bez ST elevácie (NSTEMI). Obraz STEMI sa vyznačuje dynamickými zmenami. Najprv sa objavuje elevácia ST úseku, ktorá splýva s Paardeho vlnou. Obraz depresie ST sa môže objaviť v oblasti zrkadlového obrazu elevácií. Ak nedôjde k spriechodneniu tepny, tak v druhej fáze dochádza k inverzii vlny T a súčasne alebo následne sa vyvíja Q kmit či QS v infarktovej oblasti. Obraz NSTEMI je charakterizovaný nálezom horizontálnej alebo zostupnej depresie ST úseku a inverzie vlny T, ale na EKG nemusí byť žiaden patologický nález. Prítomnosť kmitu Q rozlišuje tzv. Q-infarkt a non Q-infarkt. Laboratórne vyšetrenie stanovuje hladinu kardiošpecifických enzýmov a známky zápalu (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

Hospitalizačná fáza je charakteristická rozvojom nekrózy myokardu a klinický obraz je daný prítomnosťou komplikácií. Srdcový infarkt môže prebehnúť nekomplikovane, to znamená, že sa prejaví bolesťou, ktorá odznie po užití analgetika alebo aj spontánne. V inom prípade sa porucha funkcie srdca manifestuje komplikáciami, ktoré môžu byť mechanizmom skorého úmrtia alebo príčinou invalidity. Hlavnými komplikáciami infarktu myokardu sú arytmie, srdcová slabosť, ruptúry myokardu, embolické príhody a perikarditídy (Staněk, 2014).

V liečbe je najdôležitejšia obnova perfúzie myokardu, prevencia a liečba komplikácií. Doba, za ktorú je postihnutý myokard z veľkej časti ireverzibilne poškodený, môže byť rôzna a u jednotlivého pacienta ju nemožno dopredu určiť. U väčšiny pacientov sa pohybuje na hranici troch hodín od vzniku infarktu. V tejto dobe je benefit reperfúznej liečby maximálny a každá minúta oneskorenia reperfúzie znamená stratu ďalšej časti myokardu (Šimek, 2015). Podporná farmakologická liečba

po reperfúzii spočíva v podávaní antikoagulačných a antiagregačných liekov, β -blokátorov, inhibítorov enzýmu konvertujúceho angiotenzín, statínov a nitrátov (Kolář et. al., 2009).

2.2.5 Stabilná angína pectoris

Stabilná alebo tiež chronická námahová angína pectoris sa prejavuje bolesťou, ktorá je vyvolaná ischémiou myokardu, vznikajúcou pri fyzickej či psychickej záťaži a miznúcou v pokoji (Kolář et. al., 2009). Príčinou vzniku je viac než 70% zúženie koronárnej tepny alebo chronický uzáver tejto tepny s kolaterálnym obehom, ktorý je síce za pokojových podmienok dostatočný, ale nestačí na zvýšené nároky pri záťaži. Anginózna bolesť je u každého človeka vždy stereotypná. Často ho donúti k zastaveniu sa, ale po krátkom odpočinku alebo po aplikácii nitroglycerínu ustane. Bolesť má svoj vzostup a pozvoľný pokles a trvá 2 - 5 minút. Stupeň ťažkostí posudzujeme podľa štyroch tried funkčného postihnutia v klasifikácii NYHA alebo podľa škály CCS (Staněk, 2014).

Na stanovenie diagnózy je dôležitá anamnéza. Základnou vyšetrovacou metódou je EKG, ktoré vykonávame v pokoji, pri ťažkostiach a pri námahe (ergometria). Na EKG v pokoji nemusíme nájsť žiadne diagnostické zmeny (Sovová, Sedlářová a kol., 2014). Pre pozitívne záťažové EKG je charakteristický horizontálny alebo descendentný pokles úseku ST pod izoelektrickú líniu o 1mm a viac a vznik inverzií vln T. Vysoko pozitívnu známku koronárnej aterosklerózy je prítomnosť anginóznej bolesti pri záťaži v dobe typickej depresie úseku ST. Ďalšou známkou pozitívneho ergometrického testu je vznik hypotenzie pri záťaži. Svedčí to o veľmi závažnom postihnutí funkcie ľavej komory a koronárneho riečiska, bez ohľadu na súčasnú angínu pectoris. Súčasťou diagnostiky je aj zobrazenie koronárnych artérií prostredníctvom koronarografického vyšetrenia (Kolář et. al., 2009).

Základom liečby je snaha o zlepšenie prognózy pacienta a zmiernenie jeho ťažkostí. Podľa výsledkov vyšetrení sa zvolí buď konzervatívny alebo invazívny liečebný postup (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

2.2.6 Nemá ischémia myokardu

Tento typ ischémie má podobné príčiny ako typická námahou spôsobená angína pectoris, ale chýba tu príznačná bolesť za hrudnou kosťou. Obe klinické jednotky

nemožno od seba oddeliť, pretože sa v priebehu epizód ischémie myokardu obvykle striedajú alebo na seba nadväzujú. Atypické prejavy angíny pectoris sa vyskytujú častejšie u žien, u starších ľudí a pomerne často u diabetikov v dôsledku tzv. diabetickej neuropatie (Mandovec, 2008). Môžeme ju odhaliť náhodne pomocou EKG vyšetrenia, cielene prostredníctvom záťažových testov u rizikovej populácie alebo skrz Holterovej monitorácie EKG. Neprítomnosť stenokardií neznamená lepšiu prognózu u pacienta, ale naopak pacient môže zomrieť náhlou smrťou. Preto je dôležité cielene pátrať po nemej ischémii u vysoko rizikových pacientov. Liečba je zhodná s liečbou angíny pectoris (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

2.2.7 Vazospastická angína pectoris

Pôvodne nazývanou variantná či Prinzmetalova angína pectoris sa označujú záchvaty prevažne pokojových bolestí na hrudi, spojených s eleváciami úseku ST a arytmiami, ktorých podkladom je spazmus koronárnej artérie. Prevalencia ochorenia je podstatne nižšia než u predchádzajúcich dvoch foriem ischemickej choroby srdca. Postihnuté sú predovšetkým ženy v období klimaktéria, často fajčiarky a nositeľky hypercholesterolémie. Záchvaty sú častejšie v chladnom počasí a v skorých ranných hodinách. Záchvat bolesti môže byť vyprovokovaný psychickou záťažou, telesná námaha tu nehrá rolu (Kölbel a kol., 2011).

EKG nález je v prípade Prinzmetalovej formy angíny pectoris mimo záchvat normálny. Pri bolesti ukazuje vysoké elevácie ST úseku, ktoré svedčia o transmuralnej ischémii. Dlhodobým monitorovaním EKG sa zistilo, že u veľkej časti pacientov sa striedajú bolestivé a nebolestivé epizódy, ktoré je možné na krivke zastihnúť. Na vrchole ischémie, prípadne pri jej ústupe vznikajú poruchy rytmu, ktoré môžu prejsť do malígnej arytmie. V niektorých prípadoch môže ischémia vyústiť do klasickej nekrózy myokardu. Príčinou je spazmus koronárnej tepny. Záchvaty vazospastickej angíny pectoris nepretrvávajú dlhšie než niekoľko mesiacov a ak nedôjde k vzniku infarktu či k náhlemu úmrtiu, tak končia ústupom ťažkostí (Staněk, 2014).

Základom liečby sú nitráty a blokátory kalciových kanálov. β -blokátory sa neodporúčajú vzhľadom k zhoršeniu spazmu a podávanie antiagregancií pri negatívnom koronarografickom náleze je sporné. Pri opakovanom významnom spazme je možné použiť PCI so stentom v oblasti spazmu (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

2.2.8 Koronárny syndróm X

Koronárny syndróm X, tiež mikrovaskulárna angína pectoris, je označením pre záchvatové bolesti na hrudi pri námahe s pozitívnym záťažovým EKG testom a normálnym koronarografickým nálezom. Môžeme sa s ním stretnúť opäť u žien v období klimaktéria a s hypersenzitívnou osobnosťou. Patofyziológia nie je úplne jasná a zrejme sa individuálne líši. Najpravdepodobnejšie ide o dysfunkciu drobných, periférnych vetví vencovitých tepien (arterioly), ktorá môže byť funkčná (spazmy) alebo organická (aterosklerotické zúženie). K zisteniu podstaty ochorenia môže pomôcť stanovenie koronárnej rezervy, ktorá je znížená. V liečbe je možné skúsiť nitráty a kalciové antagonisty. Podľa literárnych údajov môže niekedy pomôcť substitučná liečba estrogénmi, prípadne liečba iminopraminovými antidepressívami (Kölbel a kol., 2011).

2.3 Ostatné kardiovaskulárne ochorenia

Keďže sa ľudia dožívajú vyššieho veku tak aj manifestácia chorôb sa presúva do vyššieho veku a dochádza k nárastu iných problémov. Vidíme častejšie degeneratívne zmeny aortálnej chlopne, fibrilácie predsiení a uvedomujeme si nutnosť liečiť terminálne stavy srdcového zlyhania a elektrickej nestability myokardu (Staněk, 2014). Preto si v tejto podkapitole priblížime choroby srdca, ktoré tvoria oveľa menšie percento príčin hospitalizácie a úmrtí na kardiovaskulárne ochorenia než ischemická choroba srdca, ale ich liečba je rovnako dôležitá.

Arytmia je súhrnný názov používaný na označenie porúch srdcového rytmu. Ide o rôzne formy srdcového rytmu, ktoré sa odlišujú od rytmu, ktorý je považovaný za obvyklý, čiže o pravidelnej frekvencii 50 – 100/min., vznikajúcom v sínusovom uzle. Ten sa šíri preferenčnými zónami vedenia v predsieňach do atrioventrikulárneho uzlu a odtiaľ cestou Hisovho zväzku, Tawarových ramienok a periférnych Purkyňových vlákien na „pracovný“ myokard komôr (Lukáš, Žák a kol., 2014). Existujú mierne arytmie, bez príznakov, ktoré nevyžadujú liečbu a potom až také, pri ktorých je potrebný urgentný zásah a môžu privodiť smrť. V súčasnosti sa najčastejšie používa klasifikácia arytmií podľa miesta ich vzniku na arytmie sínusového uzlu, predsieňové arytmie, atrioventrikulárny blok, junkčné arytmie, blokáda Tawarových ramienok a komorové arytmie (Allen a kol., 2013). Diagnostika arytmií spočíva najčastejšie v hodnotení EKG záznamu, monitorovaní srdcového rytmu na lôžku alebo ambulantne

Holterovou technikou, telemetricky či transteleféonnym prenosom, poprípade implantáciou epizódneho záznamníka a v snímaní EKG z pažeráka alebo z pravej predsene. U niektorých pacientov je možno diagnózu arytmie ozrejmiť až po provokačných testoch alebo z nálezu pri elektrofyziologickom vyšetrení (Kolář et. al., 2009). Poruchy srdcového rytmu sa liečia farmakologicky antiarytmikami a nefarmakologicky kardiostimuláciou, implantáciou defibrilátora, rádiovfrekvenčnou abláciou alebo chirurgickým výkonom MAZE (Lukáš, Žák a kol., 2014).

Kardiomyopatie sú veľkou skupinou ochorení srdca, ktoré sú definované ako ochorenie myokardu vedúce k jeho mechanickej a/alebo elektrickej dysfunkcii. Dysfunkcia sa obvykle prejavuje neadekvátnou hypertrofiou alebo dilatáciou myokardu a podkladom pre jej vznik sú rôzne, často genetické príčiny. Kardiomyopatie rozdeľujeme na *primárne*, ktoré postihujú iba myokard a *sekundárne*, ktoré vznikajú v rámci systémového postihnutia. Primárne sa ešte ďalej delia na *genetické* (hypertrofické, arytmogénna dysplázia pravej komory, defekty iónových kanálov), *zmiešané* (dilatačné, restriktívne) a *získané* (pozápalové, tako-tsubo, tehotenské, posttachykardické) (Sovová, Sedlářová a kol., 2014). Čo sa týka diagnostiky, tak pri fyzikálnom vyšetrení môžeme nájsť známky hypertrofiie ľavej komory a počuť systolický šelest v mezokardiu pri obštrukcii výtokového traktu. Z diagnostických metód sa využíva EKG a echokardiografia. Liečba spočíva v ovplyvnení ťažkostí a v prevencii malígnych arytmií (Staněk, 2014).

Srdcové chyby delíme na vrodené a získané. *Vrodená* srdcová chyba je definovaná ako vrodená anomália anatomickej štruktúry srdca a veľkých ciev. Zaraďujeme sem chyby s prevažujúcim ľavo-pravým skratom, chyby s prevažujúcim pravo-ľavým skratom, chyby so stenózou až atréziou chlopne či komôr, anomálie veľkých ciev, transpozície, inverzie a anomálie štruktúry myokardu a veľkých ciev. *Získaná* srdcová chyba je novo vzniknutá porucha morfológie alebo funkcie chlopne či novo vzniknutý skrat v prúdeňí krvi, ktorý vedie k poruche fyziologického prúdeňia krvi s následnými poruchami srdcovej hemodynamiky. Získané srdcové chyby môžeme didakticky rozdeliť na chlopňové a skratové (Sovová, Sedlářová a kol., 2014). V diagnostike je dôležitá anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, EKG, echokardiografia a skiagrafia hrudníka. Liečba sa odvíja od závažnosti chyby a často sa rieši operačne (Staněk, 2014).

Chlopňové chyby sú skupinou presne definovaného ochorenia srdca, ktorého podstatou sú anatomické zmeny chlopní so sprievodnou poruchou ich funkcie. Majú rôznu príčinu. Rozoznávame chyby *vrodené*, ktoré obvykle bývajú súčasťou komplexu chýb s ďalšími defektmi a *získané*, ktoré väčšinou vznikajú v dospelosti a bývajú zápalového alebo degeneratívneho pôvodu (Kolář et. al., 2009). Podľa postihnutia jednotlivých chlopní ich rozdeľujeme na aortálne, mitrálne, pulmonálne, trikuspidálne a podľa charakteru poruchy na stenózu a insuficienciu. Všeobecným následkom chlopňových chýb je narušenie prietoku krvi s vyššie uvedenými zmenami a po určitej dobe môže dôjsť k rozvoju srdcového zlyhania z objemového alebo tlakového preťaženia srdca. Niekedy sú dôsledkom časté arytmie. U poškodených chlopní je takisto riziko uchytenia baktérií a vzniku endokarditídy (Vokurka a kol., 2013). Zachytenie chlopňových chýb spočíva v rozpoznaní abnormálneho posluchového nálezu na srdci a abnormálnej EKG krivky. Dominantnou diagnostickou metódou je však echokardiografia, ktorá by mala byť vykonaná pri každom náleze šelestu. Ďalšími zobrazovacími metódami sú magnetická rezonancia, počítačová tomografia, skiascopia a námahový test. Katetrizácia srdca sa používa iba v prípadoch, kedy echokardiografia neudáva jasný výsledok. Koronárna angiografia sa rutinne vykonáva pred plánovaným kardiochirurgickým výkonom u mužov po 40. roku veku a u postmenopauzálnych žien so zámerom vykonania prípadnej revaskularizácie myokardu (Staněk, 2014). V mnohých prípadoch, keď chlopňová chyba nie je významná, je možné spomaliť rozvoj príznakov podávaním liekov. Inak hlavnou liečebnou metódou je dodnes liečba chirurgická. Vo väčšine prípadov sa postihnutá chlopňa nahradí umelou chlopňou – tzv. protézou. Niekedy je možné vykonať tzv. plastiku chlopne, čiže úpravu bez potreby implantácie protézy. Rozlišujeme dva druhy protéz, a to mechanické a bioprotézy (Kautzner, 2009).

Srdcové zlyhanie je patofyziologicky definované ako stav, pri ktorom nie je kvôli abnormálnej srdcovej funkcii zaistený dostatočný prívod krvi metabolicky aktívnym tkanivám alebo stav, kedy je k udržaniu dostatočného množstva krvi nutné zvýšenie pľúcnych tlakov. Klinická definícia označuje srdcové zlyhanie ako syndróm, ktorý sa vyskytuje u pacientov s dysfunkciou srdca a manifestuje sa symptómami a objektívnymi známkami kongescie spolu so zníženou toleranciou záťaže (Málek, Málek, 2013). Podľa časového priebehu rozoznávame srdcové zlyhanie *akútne* a *chronické*. Podľa vyvolávajúcej príčiny môže zlyhávať ľavá komora, pravá komora

alebo obe komory. *Latentné* srdcové zlyhanie sa prejavuje iba pri záťaži a *kompenzované* je stav, kedy vplyvom terapie došlo u pacienta so srdcovým zlyhaním k obnove výkonnosti srdca. Ďalšie delenie je na *systolické* zlyhanie, kedy je ejekčná frakcia ľavej komory pod 40%, v predsieni i komore sú vysoké tlaky a na *diastolické* zlyhanie s normálnou ejekčnou frakciou ľavej komory a vysokým tlakom v srdci na konci diastoly (Sovová, Sedlářová a kol., 2014). V diagnostike sa vykonáva fyzikálne vyšetrenie, EKG, echokardiografia, skiagrafia hrudníka, magnetická rezonancia a laboratórne vyšetrenie krvi. Liečba spočíva v diétnych a režimových opatreniach, vo farmakoterapii, ktorá je založená na tlmení nežiaducej neurohumorálnej reakcie a v niektorých prípadoch je potrebná nefarmakologická liečba, ktorá zahŕňa resynchronizačnú liečbu, implantáciu kardioverteru-defibrilátora, chirurgickú liečbu a mechanické podpory srdca (Staněk, 2014).

2.4 Rizikové faktory a prevencia kardiovaskulárnych ochorení

Pojem prevencia znamená predchádzanie vzniku choroby alebo oddialenie komplikácií a smrti v dôsledku choroby. Ak hovoríme o predchádzaní vzniku choroby, tak ide o *primárnu* prevenciu. *Sekundárnou* prevenciou nazývame dodržiavanie preventívnych opatrení u už diagnostikovaného ochorenia, ktoré prispievajú k miernejšiemu priebehu ochorenia (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

Prevencia ischemickej choroby srdca vyžaduje stanovenie a liečbu rizikových faktorov. Liečba rizikových faktorov bráni koronárnej ateroskleróze, lieči ju a mala by byť integrálnou súčasťou každého liečebného plánu pre mnoho akútnych i chronických manifestácií tohto ochorenia (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010). Rizikové faktory pôsobia na zdravie spoločne a sú medzi nimi významné väzby. Preto prevencia proti ich pôsobeniu vyžaduje komplexnú zmenu v správaní každého jednotlivca (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009). Vedci zatiaľ objavili viac než 250 rizikových faktorov ischemickej choroby srdca. Klasické rozdelenie týchto faktorov je na neovplyvniteľné a ovplyvniteľné, ktoré môžeme vlastnou vôľou zmeniť (Sovová, Sedlářová a kol., 2014). Neovplyvniteľné rizikové faktory sú notoricky známe a veľakrát zdokumentované. Výskyt ischemickej choroby srdca stúpa s vekom a je štyrikrát častejší u mužov než u žien v reprodukčnom veku. Rodinná anamnéza zvyšuje riziko viac než trikrát. Aj napriek všetkým pokrokom genetiky sa však nepodarilo nájsť gény alebo polymorfizmy génov, ktoré by túto rokmi overenú skúsenosť vysvetlili. Medzi

ovplyvniteľné rizikové faktory patrí fajčenie, vysoká hladina cholesterolu v krvi, hypertenzia, diabetes mellitus a obezita (Staněk, 2014).

2.4.1 Výživa

Vo všetkých vekových kategóriách trvale pribúdajú ochorenia závislé na výžive, predovšetkým obezita a z nej vyplývajúce následné ochorenia. Od polovice 30-tych rokov minulého storočia publikujú národné i medzinárodné grémiá rôzne odporúčania týkajúce sa prísunu živín a energie. Primárnym cieľom týchto doporučení bolo predísť u zdravého človeka nedostatku energie a esenciálnych živín, a tak zaručiť optimálnu psychickú a fyzickú výkonnosť. Pri zvyšujúcich sa znalostiach o význame určitých živín a zložiek potravy pre profylaxiu chorôb sa neskôr pridružili aj hľadiská preventívneho lekárstva (Kasper, 2015). Existuje dostatok dôkazov, že zloženie výživy je kľúčovým faktorom z hľadiska prevencie či naopak rizika rozvoja chronických neinfekčných chorôb hromadného výskytu, predtým označovaných ako civilizačné choroby. Čoraz viac sa rozširujúci vplyv obezitogénneho prostredia spolu so znižujúcimi sa nárokmi na fyzickú aktivitu človeka, pri relatívne ľahko dostupnej kaloricky denznej strave, vedie v súčinnosti s genetickou dispozíciou jednotlivca k prudkému nárastu incidencie a prevalencie obezity a nadváhy v populácii. Obezita so svojimi komorbiditami tak dosahuje v 21. storočí rozmery celosvetovej pandémie s dopadom na dĺžku i kvalitu života a z celospoločenského hľadiska predstavuje veľkú socioekonomickú záťaž (Müllerová a kol., 2014).

Základnými živinami sú bielkoviny, sacharidy a tuky. Neoddeliteľnou súčasťou stravy sú takisto vitamíny, minerálne látky a voda. *Bielkoviny* sú nevyhnutné pre tvorbu a obnovu tkanív organizmu, sú súčasťou enzýmov a hormónov, zaisťujú transport látok v organizme a sú zdrojom energie. Prijímame ich v rastlinnej a živočíšnej forme. Plnohodnotné bielkoviny obsahujú všetky esenciálne aminokyseliny, ale často sú sprevádzané množstvom tukov a cholesterolu. Ich zdrojom je mlieko, vajcia, mäso a ryby. Neplnohodnotné bielkoviny nájdeme v strukovinách, obilninách, zelenine a zemiakoch. Rozhodujúci vplyv na využití bielkovín v našom organizme má pomer bielkovín rastlinného a živočíšneho pôvodu v našej strave. U dospelých by mal byť príjem bielkovín 0,8g/kg/deň a u seniorov 1,0 - 1,2g/kg/deň. *Sacharidy* sú hlavným zdrojom energie. Tie, ktoré sú pre naše telo využiteľné rozdeľujeme na monosacharidy, oligosacharidy, polysacharidy a rozpustnú vlákninu. Sacharidy konzumovaným

množstvom predstavujú základnú zložku potravy. Podľa súčasných výživových odporúčaní by mali tvoriť 55 – 60% celkového energetického príjmu. Ak sa získaná energia zo sacharidov nevyužije, uloží sa vo forme tuku. Z jednoduchých sacharidov, ktoré konzumujeme tvorí najväčšiu časť sacharóza. Odporúčané množstvo je maximálne 10% energetického príjmu, čo je asi 60g/deň, ale jeho spotreba je už niekoľko rokov skoro dvojnásobná, z dôvodu zvýšenej konzumácie sladkostí a sladkých nápojov. *Tuky* sú neodmysliteľnou zložkou potravy a nedajú sa úplne nahradiť inými zložkami. Sú najvýdatnejším zdrojom energie v našej potrave, sú nositeľmi esenciálnych aminokyselín, v tukoch rozpustných vitamínov, sterolov atď., dodávajú strave jemnosť chuti a príjemnosť pri žuvaní či prehĺtaní a po požití vyvolávajú pocit sýtosti. Rozdeľujeme ich na živočíšne (mliečny tuk, masť, loj, rybí tuk) a rastlinné tuky. Vysoký podiel tuku v potrave môže podporovať rozvoj kardiovaskulárnych ochorení, cukrovky a obezity, ale aj veľmi nízky podiel tuku môže byť rizikový. Znamená to napríklad nedostatočný prívod vitamínov rozpustných v tukoch a nedostatok esenciálnych mastných kyselín, čo môže byť príčinou oneskoreného hojenia rán alebo vzniku arytmií. *Minerálne látky* majú význam pre rast a tvorbu tkaniva, aktivujú, regulujú a kontrolujú látkovú výmenu v tele a taktiež majú vplyv na vedenie nervových vzruchov. Podľa množstva potrebného pre človeka ich delíme na makroelementy, ktorých potreba sa počíta v gramoch (Ca, P, Mg, K, Na, Cl, S), na mikroelementy, ktorých potreba sa počíta v miligramoch (Fe, I, Zn, Cu, Mn, Cr, Se atď.) a na stopové prvky, ktorých potreba sa počíta v mikrogramoch (Si, V, Ni atď.). najčastejšie sa stretávame s nedostatkom vápnika, železa, zinku, jódu, selénu a chrómu. Je treba zvýšiť konzumáciu ovocia, zeleniny, občas zjesť zopár orieškov, kupovať kvalitné oleje, jesť chudé mäso, celozrnné výrobky a polotučné výrobky. Odporúča sa iba 4 – 5g soli denne (Piťha, Poledne a kol., 2009). *Vitamíny* sú organické látky, ktoré si telo nedokáže samo vyprodukovať a preto musia byť prijímané v strave. Ich najdôležitejšou funkciou je katalytický účinok v metabolických reakciách, kde pôsobia ako koenzými. Niektoré vitamíny tvoria v organizme dôležité oxidačno-redukčné systémy, čím mimo iné pôsobia aj ako ochranné faktory, ktoré kompenzujú negatívne účinky vonkajších faktorov na organizmus. Pri ich nedostatku vznikajú hypovitaminózy až ťažké avitaminózy. Vitamíny sa bežne delia na rozpustné v tukoch (A, D, E, K) a rozpustné vo vode (vitamíny skupiny B a C) (Tuček, Slámová a kol., 2012). *Voda* patrí k najdôležitejším súčasťam výživy a života. Denná potreba vody závisí na veku,

telesnej činnosti a teploty prostredia. Dospelý človek by mal vypiť cca 20 – 40ml tekutín na 1kg telesnej hmotnosti za 24 hodín, čo sú asi 2 – 3 litre tekutín denne. Základom pitného režimu by mala byť číra, nízko mineralizovaná pramenitá voda. Môžeme ho doplniť o ovocné a zeleninové šťavy, bylinkové alebo ovocné čaje. Obmedziť alebo úplne vynechať by sme mali alkohol, kávu a silné čaje. Prejavom nedostatku tekutín je malátnosť, ospalosť, bolesti hlavy, suchá, bledá a málo vypnutá koža, acetónový zápach z úst, zapadnuté alebo lesklé oči, kruhy pod očami, slabé močenie, moč sýtej žltej farby a zvýšená telesná teplota, hlavne u malých detí. Na potrebu pitia nás upozorňuje smäd, ale smäd nie je včasnou známkou potreby vody, lebo sa objavuje až v okamžiku 1 – 2% dehydratácie. Pocit smädu sa vo vyššom veku znižuje (Čeledová, Čevela, 2010).

2.4.2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita patrí k základným životným prejavom. Ak je zameraná na zvýšenie telesnej výkonnosti alebo zlepšenie zdravotného stavu jednotlivca, tak ju nazývame telesným cvičením. Ak je táto činnosť zameraná iba na zvýšenie telesnej výkonnosti, hovoríme o športovom tréningu. V rekreačnej telovýchovnej aktivite prevažuje telesná a psychická regenerácia, vo výkonnostnom športe ide o organizovanú činnosť so súťažnými prvkami na rôznej úrovni, a ak ide o najvyššie výkony, označujeme túto aktivitu ako vrcholový alebo profesionálny šport. Pohybová terapia je súčasťou liečebnej rehabilitácie a skladá sa z liečebnej telesnej výchovy, zdravotnej telesnej výchovy, pracovnej aktivity, habituálnych pohybových aktivít a rekreačných športových pohybových aktivít. Správna pohybová aktivita rovnomerne zamestnáva všetky svalové skupiny a takisto má veľký význam pri emocionálnom ladení človeka a podporuje jeho psychické funkcie. Fyzicky aktívny jedinec produkuje výrazne väčšie množstvo niektorých nervovo-svalových transmitterov a modulátorov, ktoré znižujú bolesť, zlepšujú náladu a prinášajú človeku pocit radosti a spokojnosti (Pastucha a kol., 2015).

Nedostatok pohybovej aktivity bol identifikovaný ako štvrtý rizikový faktor globálnej úmrtnosti po hypertenzii, fajčení a vysokej hladine krvného cukru. Nadváha a obezita sú zodpovedné za 5% celkovej úmrtnosti. Odhaduje sa, že nedostatok pohybu je hlavným dôvodom vzniku takmer tretiny prípadov diabetu mellitu II. typu alebo ischemickej choroby srdca. Takže to znamená, že aktívny pohyb je relevantným

faktorom prevencie neinfekčných ochorení súvisiacich so zvyšujúcim sa vekom. Na dosiahnutie podstatného zdravotného prínosu by mal byť vykonávaný v strednej intenzite aspoň 30 minút po dobu minimálne piatich dní v týždni. Aeróbne aktivity majú najväčší zdravotný prínos hlavne pre kardiovaskulárny a dýchací systém, činnosti zahrňujúce skoky či poskoky zvyšujú hustotu kostí. Existuje množstvo odporúčaní pre realizáciu pohybovej aktivity u detí, adoslescentov a dospelých, ktoré sú založené na frekvencii, intenzite, dobe trvania realizácie, typu pohybovej aktivity či počtu realizovaných krokov. (Sigmundová, Sigmund, 2015).

2.4.3 Fajčenie

Závislosť na tabaku je chronické, recidivujúce a letálne ochorenie, ktoré skraca život v priemere o 15 rokov viac než polovici fajčiarov v ČR. V Európe i v ČR je príčinou každého šiesteho úmrtia a to predovšetkým na onkologické a kardiovaskulárne ochorenia, okrem toho spôsobuje viac než 80% chronických pľúcnych ochorení a ďalšie choroby vo všetkých klinických odboroch. V ČR dochádza každoročne k 16 000 úmrtiam, teda 44 úmrtiam denne, spôsobených fajčením. V ČR fajčí asi 30% dospelaj populácie a asi 60 – 70% z nich si praje prestať (Králiková et. al., 2015).

Mladá generácia je rizikovou skupinou, u ktorej často dochádza k vzniku negatívnych návykov životného štýlu. Najkritickejšia doba pre vznik a rozvoj fajčiarskych návykov je medzi 10. a 15. rokom. Hlavným motívom fajčenia je túžba byť dospeljší, slobodnejší, napodobňovať vrstovníkov alebo iné vzory. Dôležitou súčasťou prevencie vzniku negatívnych návykov sú výchovné programy, ktoré sa usporadúvajú pre školskú mládež (Čevela a kol., 2015). Je veľmi dôležité stále pripomínať, že fajčenie je zdraviu škodlivé. V cigaretovom dyme sa nachádza vysoko psychoaktívna látka nikotín, oxid uhoľnatý a ďalšie zložky, ktoré patria medzi karcinogény. Nikotín je návykový podobne ako iné drogy a pokročilé fajčenie nie je prejavom slabej vôle, ale je to závislosť, ktorú treba odborne liečiť. Riziko vzniku ochorenia je závislé na počte vyfajčených cigariet za 24 hodín, na hĺbke vdychovania dymu, na počte fajčiarskych rokov a na veku, v ktorom bolo fajčenie zahájené (Nováková, 2011).

Všeobecne môžeme povedať, že na nikotíne je závislý ten fajčiar, ktorý fajčí najmenej 10 – 15 cigariet denne a prvú cigaretu si potrebuje zapáliť do hodiny po prebudení. Pre upresnenie je možné použiť Fagerströmov test závislosti na cigaretách. Poznáme štyri kategórie fajčenia: *pravidelný (denný) fajčiar*, ktorý fajčí najmenej jednu

cigaretu denne, *príležitostný fajčiar*, ktorý nefajčí každý deň, *bývalý fajčiar*, ktorý s fajčením prestal, ale počas života vyfajčil viac než 100 cigariet a *nefajčiar*, ktorý nevyfajčil 100 a viac cigariet (Králiková et. al., 2015).

Ukončenie fajčenia býva u mnohých ľudí problematické kvôli niekoľkokorakému subjektívnemu prežitku z fajčenia. Okrem návykovej hladiny nikotínu hrá rolu komplex psychologicko-behaviorálnych mechanizmov, ako je napríklad hračka pre nervózne prsty, symbol družnosti pri spoločnej cigarete a iné (Kalvach a kol., 2010). Preto liečba tohto ochorenia zahŕňa okrem farmakologickej liečby aj psychosociálnu a behaviorálnu intervenciu. Liekom prvej voľby je vareniklín, náhradná terapia nikotínom a bupropión. Za úspešnú sa považuje iba dlhodobá abstinencia, t.j. 6 – 12 mesiacov, ktorá je navyše biochemicky verifikovaná buď stanovením CO vo vydychovanom vzduchu alebo stanovením kotinínu v plazme alebo sére (v moči a slinách je menej presný), s toleranciou maximálne piatich cigariet za celé obdobie 6 – 12 mesiacov (Russelov štandard). Placebo má takto hodnotenú úspešnosť okolo 3 - 5%, intenzívna psychobehaviorálna intervencia asi 10%. Pridanie farmakoterapie k intervencii vždy zdvojnásobuje, prípadne strojnásobuje úspešnosť liečby, ak je užívaná 8 – 12 týždňov. Môžeme tým dosiahnuť abstinenciu u 30 – 35% fajčiarov. Dôvodom prečo pacient nechce prestať fajčiť je napríklad nedostatok informácií o škodlivých účinkoch užívania tabaku a výhodách odvykania, finančné dôvody, obavy z abstinenčných príznakov alebo demotivácia z predchádzajúcich neúspešných pokusov (Králiková et. al., 2015).

2.4.4 Alkohol

Alkohol, chemicky etylalkohol/etanol, vzniká chemickým procesom kvasenia z rastlinných cukrov. Jeho vyššia koncentrácia sa dosahuje destiláciou a konzumuje sa vo forme alkoholických nápojov. Zákon č. 379/2005 Sb. definuje alkoholické nápoje ako liehoviny, víno, pivo a ďalšie nápoje, ak obsahujú viac než 0,5 objemového percenta alkoholu (Gřivna, Scheinost, Zoubková a kol., 2014). ČR dlhodobo patrí v celosvetovom rebríčku medzi štáty s najväčšou spotrebou alkoholických nápojov. V prepočte na 100% to už niekoľko rokov predstavuje priemernú spotrebu takmer desiatich litrov na jedného obyvateľa za rok (Blažejovský, 2015).

Etanol je dobre rozpustný vo vode i v tukoch, takže ľahko prestupuje cez membrány a rýchlo sa dostáva do krvnej cirkulácie. Do krvného obehu sa dostáva

tráviacim traktom. Pri pití sa etanol začína vstrebávať už v ústnej dutine a vstrebávanie v žalúdku závisí od jeho naplnenosti (Blažejovský, 2015). Okrem žalúdka sa alkoholické nápoje rýchlo vstrebávajú aj v tenkom čreve a odtiaľ alkohol preniká do bohato prekrvených tkanív, čiže do mozgu, pľúc, pečene a obličiek. K odbúravaniu alkoholu dochádza v pečeni prostredníctvom enzýmu alkoholdehydrogenázy a aldehyddehydrogenázy. Väčšina alkoholu sa premení na vodu a oxid uhličitý, malá časť sa nezmenená vylúči v pote, moči a vo vydychovanom vzduchu. Medziproduktom štiepenia je acetaldehyd, ktorý má toxické účinky na nervovú sústavu. Odbúranie alkoholu je veľkou záťažou pre pečeň a narušuje jej základné funkcie. Trpí premena cukrov a dočasne sa tlmí tvorba glukózy. Alkoholom vyvolaná poplašná reakcia s vyplavovaním katecholamínov spôsobí vyčerpanie zásob glykogénu v pečeni. Môže dôjsť k vzniku hypoglykémie. Narušený je aj metabolizmus tukov. Vysoká hladina katecholamínov uvoľňuje z tukových zásob voľné mastné kyseliny a v pečeni hromadí triglyceridy z nadbytku glycerolu (Machová, Kubátová a kol., 2009). Na druhej strane epidemiologické štúdie ukazujú, že stredne silná spotreba alkoholu znižuje frekvenciu ochorenia srdca. Myslí sa tým konzumácia maximálne troch drinkov denne. Jednému drinku zodpovedá zhruba 10g alkoholu, 10 – 30g alkoholu teda predstavuje 0,1 – 0,3l vína alebo 0,3 – 0,8l piva. Predpokladom protektívneho účinku je pravidelná každodenná konzumácia alkoholického nápoja, ktorou je pozitívne ovplyvnený pomer LDL a HDL cholesterolu, koncentrácia fibrinogénu v plazme a agregácia trombocytov (Kasper, 2015).

Alkohol je bežne požívaný pre jeho psychotropné účinky ako príjemný, ľahký a rýchly spôsob navodenia dobrej nálady, uľahčenia nadviazania spoločenských kontaktov, povzbudenie chuti do jedla, zahnania nudy a stresu. Svojim typom účinku sa najviac približuje k hypnotikám (Machová, Kubátová a kol., 2009). Tolerancia alkoholu je však u každého konzumenta odlišná. Nadmerná konzumácia alkoholických nápojov, nazývaná alkoholizmus, môže viesť k celému zástupu vážnych zdravotných problémov. K somatickým ťažkostiam patrí poškodenie tráviaceho traktu, endokrinného, obehového i nervového systému. Zvyšuje sa riziko cirhózy pečene, rakoviny pažeráka, žalúdka a tenkého čreva. Medzi psychické komplikácie sa zaraďuje alkoholická psychóza, ktorá je následkom dlhodobého chronického užívania alkoholu, tzv. patická ebrieta. Ide o patologickú reakciu na vypitie relatívne malého množstva alkoholu, ktorá sa prejavuje poruchami vedomia s nepochopiteľným konaním, prejavmi agresie, zrakovými

a sluchovými halucináciami, poruchami emócií i myslenia (Gřivna, Scheinost, Zoubková a kol., 2014). Dôvod, prečo je nadmerné užívanie alkoholických nápojov zaradené medzi rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení je ten, že okrem vyššie spomenutých ochorení vedie k vzniku arteriálnej hypertenzie, dilatačnej kardiomyopatie, paroxysmálnej fibrilácii predsieni a iným poruchám srdcového rytmu, ktoré môžu byť príčinou náhlej smrti (Vojáček, Kettner, 2009).

2.4.5 Hypertenzia

Za arteriálnu hypertenziu je považovaný tlak krvi (TK), ktorého hodnota je rovná alebo vyššia nad arbitrárne stanovenú hranicu 140/90mmHg a táto hodnota musí byť nameraná aspoň dvakrát z troch meraní pri dvoch rôznych návštevách lekára. Tlak má byť meraný na paži po 10 minútovom upokojení. V klasifikácii podľa Českej spoločnosti pre hypertenziu sa rozdeľuje na tri stupne: 1. stupeň je *mierna* hypertenzia v rozmedzí hodnôt 140 – 159/90 – 99mmHg, 2. stupeň je *stredne závažná* hypertenzia s hodnotami 160 – 179/100 – 109mmHg a 3. stupeň je *ťažká* hypertenzia so systolickým tlakom rovným alebo prevyšujúcim 180mmHg a diastolickým rovným alebo prevyšujúcim 110mmHg. O *izolovanej systolickej* hypertenzii hovorím vtedy, keď je zvýšený iba systolický tlak nad hodnotu 140mmHg. V klasifikácii podľa etiológie je hypertenzia rozdelená na *esenciálnu* a *sekundárnu*. Zvýšenie TK môže byť spôsobené zväčšením objemu krvi, zvýšením rezistencie v cievnom systéme alebo kombináciou oboch mechanizmov (Lukáš, Žák a kol., 2014). TK zmeraný v ordinácii i navzdory presnému metodickému postupu merania veľmi často neodráža skutočnú kontrolu tlaku. Môže ísť o *syndróm bieleho pláštá*, ktorý sa vyskytuje až u 15% osôb v populácii. Znamená to, že pacient má v ordinácii neustále vysoký TK, ale pri 24 hodinovom ambulantnom a domácom meraní sú hodnoty jeho TK v norme. *Maskovaná hypertenzia* je syndróm opačného charakteru, čiže namerané hodnoty TK v ordinácii sú v norme, ale 24 hodinové monitorovanie preukazuje zvýšený TK. *Rezistentná hypertenzia* je taká, ktorú liečime trojkombináciou liekov a napriek tomu nedochádza k poklesu TK pod 140/90mmHg. *Maligna hypertenzia* sa vyznačuje ťažkými zmenami na očnom pozadí, vysokým DTK a progredujúcou renálnou insuficienciou. *Pseudohypertenzia* znamená, že pri nepriamom meraní TK pomocou tlakovej manžety môžeme získať vysoké hodnoty, ktoré nezodpovedajú hodnotám meraným intraarteriálne. Táto skutočnosť je

spôsobená tuhosťou arteriálnej steny a súčasnou nemožnosťou kompresie ciev (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

Prevalencia arteriálnej hypertenzie v dospeljej populácii priemyselne vyspelých krajín je zhruba 20 – 50%. Prevalencia hypertenzie v dospeljej populácii ČR sa pohybuje vo veku 25 – 64 rokov okolo 35%, s nárastom vo vyšších vekových kategóriách. Mnoho osôb uniká včasnému a správne stanoveniu diagnózy. Pre diagnostiku arteriálnej hypertenzie je dôležité opakované meranie hodnôt TK na oboch horných končatinách, anamnéza, fyzikálne vyšetrenie s dôrazom na kardiovaskulárny systém vrátane palpácie a auskultácie periférnych tepien, vyšetrenie sérovej koncentrácie sodíka, draslíka, kreatinínu, kyseliny močovej, lipidového spektra, vyšetrenie moču a močového sedimentu, EKG a vyšetrenie očného pozadia. Ak je podozrenie na sekundárnu hypertenziu, vykonávajú sa ďalšie vyšetrenia (Lukáš, Žák a kol., 2014).

Liečba má byť dlhodobá, má mať minimálne množstvo vedľajších účinkov a má byť prispôsobená každému pacientovi, vzhľadom na jeho pridružené ochorenia. Cieľom liečby je znormlizovať TK na hodnoty pod 140/90mmHg. U diabetikov, pacientov s metabolickým syndrómom, s hodnotou SCORE nad 5%, po infarkte myokardu, s renálnou dysfunkciou a po CMP je cieľová hodnota 130 – 135/80 – 85mmHg. Odporúča sa zníženie hmotnosti, protisklerotická diéta, zníženie príjmu soli, zvýšenie telesnej aktivity, restrikcia alkoholu, nefajčenie a obmedzenie liekov, ako sú antiflogistiká, sympatomimetiká, kortikoidy a steroidná antikoncepcia. Modernou metódou v nefarmakologickej liečbe hypertenzie je *renálna denervácia*. Farmakologická liečba zahŕňa podávanie antihypertenzív. Liečbu je možné zahájiť monoterapiou alebo kombináciou dvoch liekov v nízkej dávke, ktorú preferujeme aj pri vyšších iníciaľných hodnotách TK. Vhodné sú takisto fixné kombinované preparáty, ktoré zvyšujú compliance pacientov (Sovová, Sedlářová a kol., 2014).

2.4.6 Dyslipidémia

Najvýznamnejšou skupinou metabolických porúch lipidov z hľadiska početnosti výskytu v populácii sú dyslipidémie. Tento termín označuje patologicky zvýšenú alebo zníženú hladinu lipoproteínov v plazme. Hovoríme o ochorení, ktoré predstavuje jeden z hlavných rizikových faktorov aterosklerózy a jej komplikácií, ako sú ischemická choroba srdca, ischemia mozgu a ischemická choroba dolných končatín (Rokyta a kol., 2015). Dyslipidémie rozdeľujeme na *primárne* (familiárne, geneticky podmienené)

a *sekundárne*, ktoré sú sprievodným nálezom ďalších ochorení ako je napríklad abdominálna obezita, diabetes mellitus, hypothyreóza, nefrotický syndróm a pod. alebo vznikajú v dôsledku užívania niektorých liekov či nadmernej konzumácie alkoholu (Müllerová a kol., 2014). Za normálnu koncentráciu plazmatických lipidov sú považované hodnoty triacylglycerolov < 2,0mmol/l, celkový cholesterol < 5,0mmol/l, LDL cholesterol < 3,2mmol/l a HDL cholesterol > 1,0mmol/l. Dyslipidémie sú okrem základného rozdelenia klasifikované do troch skupín. *Hypercholesterolémia* označuje izolované zvýšenie hladín celkového cholesterolu pri normálnych hladinách triacylglycerolov. Toto zvýšenie je z veľkej časti dôsledkom zvýšenia aterogenného LDL cholesterolu, ktorý je sprevádzaný poklesom antiaterogenného HDL cholesterolu. *Kombinovaná hyperlipidémia* znamená, že došlo k zvýšeniu hladiny celkového cholesterolu aj hladiny triacylglycerolov. Je spojená s nadmernou tvorbou VLDL a LDL. *Hypertriacylglycerolémia* predstavuje izolované zvýšenie hladín triacylglycerolov pri normálnych hladinách celkového cholesterolu. Dôvodom je zvýšená syntéza triacylglycerolov v pečeni alebo porucha odbúravania chylomikrónov a VLDL (Rokyta a kol., 2015).

Preventívne a liečebné opatrenia dyslipidémie môžeme rozdeliť na *nefarmakologické*, medzi ktoré patrí redukcia telesnej hmotnosti znížením energetického príjmu, zanechanie fajčenia, zmena zloženia potravy a zvýšenie fyzickej aktivity. *Farmakologická* liečba využíva hypolipidemiká, prípadne lieky zvyšujúce inzulínovú senzitivitu a antiobezitiká (Žák a kol., 2011).

2.4.7 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je ďalším nezávislým rizikovým faktorom aterosklerózy a ischemickej choroby srdca. Zvyšuje riziko koronárnej príhody trikrát a udáva sa, že zvýšenie glykovaného hemoglobínu o 1mmol/l zvyšuje riziko koronárnej príhody o 14%. Výskyt diabetu 2. typu v civilizovaných krajinách prudko narastá. Zistilo sa, že za každých 15 rokov stúpne jeho výskyt o polovicu. U nás v populácii je zhruba 7% zo 45 – 65 ročných osôb diabetikmi (Staněk, 2014).

Diabetes všeobecne rozdeľujeme na *diabetes mellitus I. typu* s autoimunitným poškodzovaním pankreatických ostrovčiekov a na *diabetes mellitus II. typu* s komplexnou patofyziológiou inzulínovej rezistencie v kombinácii so zlyhaním inzulínovej sekrécie a extrémnou inzulínovou rezistenciou, rôznej etiológie. U tohto

typu je vyčlenený zvláštny typ dedičného diabetu mellitu MODY, pre ktorý je charakteristická včasná manifestácia, vysoká rodinná záťaž a malé riziko diabetických komplikácií (Poretsky, 2010). Diagnostika zahŕňa anamnézu, fyzikálne vyšetrenie, laboratórne vyšetrenie glykémie nalačno a postprandiálnej glykémie, C-peptidu, orálny glukózový tolerančný test (oGTT), glykemický profil, glykozylovaný hemoglobín, pH krvi, lipidy, biochemické vyšetrenie a vyšetrenie moču. Cieľom liečby diabetu mellitu je snaha o zníženie neskorých cievnych komplikácií. Liečba zahŕňa zmenu diéty, primeranú fyzickú aktivitu, užívanie perorálnych antidiabetík alebo inzulínu. K preventívnym opatreniam patrí úsilie o čo najlepšiu metabolickú kompenzáciu diabetu a kompenzáciu hypertenzie, účinná liečba dyslipidémie, dosiahnutie optimálnej telesnej hmotnosti, realizácia správnych režimových návykov, zákaz fajčenia, pravidelné vyšetrovanie dolných končatín, očného pozadia a albuminúrie (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Diabetes mellitus podporuje proces aterogenézy prostredníctvom hyperglykémie, ktorá priamo iniciuje aterosklerózu a podporuje jej progresiu. Patofyziologickými mechanizmami poškodenia ciev pri dlhodobej hyperglykémii je endotelová dysfunkcia, vaskulárne poškodenie spôsobené tzv. AGEs, poškodenie vyvolané cirkulujúcimi voľnými mastnými kyselinami a poškodenie spôsobené nadmernou systémovou inflamáciou. K ním treba priradiť ešte ďalšie poškodenia, a to z hypoglykémie, z autonómnej nervovej dysregulácie (v dôsledku diabetickej autonómnej neuropatie) a napokon aj zo samotného pôsobenia hyperinzulinémie. Uvedená endotelová dysfunkcia je prakticky vždy prítomná pri diabete, podporuje vznik i progresiu hypertenzie a spolu s ďalšími rizikovými faktormi prispieva k vzniku kardiovaskulárnych príhod. V prípade akútnych koronárnych syndrómov (AKS) sa u diabetikov po perkutánnej koronárnej intervencii často vyskytuje tzv. no-reflow fenomén. Čo je označenie pre absenciu, prípadne redukciu obnovy koronárneho prietoku po revaskularizačnom výkone. Ide o typický diabetický prejav akútneho zhoršenia sprievodnej chronickej endotelovej dysfunkcie. Zhoršuje sa stav pacienta s AKS zväčšením jeho infarktového ložiska, sprievodným nárastom výskytu arytmií a zhoršením funkcie ľavej komory (Murín, 2012).

2.4.8 Psychosociálne faktory

Správanie a jeho motorické, kognitívne, afektívne a fyziologické prejavy sú veľmi úzko spojené so zdravotným stavom a podmienkami choroby. Súvis s chorobou má okrem určitého vonkajšieho správania aj postoj, myslenie a určitý typ psychických reakcií pacienta. Správanie týkajúce sa prevencie chorôb sa začalo intenzívnejšie študovať v USA v päťdesiatych rokoch 20. storočia a rôzne výskumy ukázali, že zdravie je ovplyvniteľné samotným jedincom a je spojené s už spomínaným správaním, ktoré môže viesť k zdraviu alebo k chorobe. Z toho vyplýva jeho rozdelenie na patologické a škodlivé návyky, čiže *behaviorálne patogény* a na návyky chrániace zdravie, čiže *behaviorálne imunogény*, ktoré znižujú úmrtnosť a chorobnosť (Raudenská, Javůrková, 2011).

Na zdravie kardiovaskulárneho systému pôsobí celá škála psychosociálnych rizikových faktorov vrátane životného štýlu, stresu, emócií a sociálnych okolností. Tieto faktory môžu ovplyvniť vznik ochorenia srdca rovnako, ako prognózu ľudí, ktorí toto ochorenie už majú. Ischemická choroba srdca je život ohrozujúce ochorenie, ktoré vyžaduje rozsiahle prispôsobenie a zmeny životného štýlu. Preto je pochopiteľné, že môže viesť k vysokým hladinám strachu, napätia, úzkosti a depresie (Ayers, de Visser, 2015). Najdôležitejšími psychosociálnymi faktormi, ktorými sa zaoberali štúdie sú predovšetkým depresívne a úzkostné stavy, osobnostná charakteristika pacienta, sociálna izolácia a chronický životný stres. Zistilo sa, že *depresívne* symptómy v anamnéze zvyšujú relatívne riziko fatálneho infarktu myokardu asi o 50% v porovnaní s osobami bez týchto symptómov. Medzi najvýznačnejšie znaky depresie patrí smútok, pesimizmus, neschopnosť sa z čohokoľvek radovať alebo sa na niečo tešiť, pocity viny, zanedbávanie starostlivosti o seba, strata libida, vtieravé myšlienky a poruchy spánku, charakterizované prebudením sa v noci po niekoľkohodinovom spánku. Depresia je často sprevádzaná príznakmi *úzkosti*, fóbie a panickou poruchou. Hlavnými znakmi úzkosti je pocit vnútorného napätia, pocit hroziaceho nebezpečenstva a katastrofy, neustále obavy o výsledok bežných a nedôležitých aktivít, poruchy pri zaspávaní, strata chuti do jedla, problémy so sústredením sa, celková podráždenosť a vegetatívne symptómy, ako sú palpitácie, paroxyzmy sínusovej tachykardie a supraventrikulárne extrasystoly, záchvaty potenia, pokojovej dýchavičnosti a hyperventilácia. *Osobnosť* je známym nezávislým prediktorom dlhodobej mortality u pacientov s ischemickou chorobou srdca. Osobnostný typ, ktorý negatívne ovplyvňuje prognózu ochorenia je

u mužov označovaný ako typ A a vyznačuje sa hostilitou a agresivitou. U žien je to typ D a ten je charakterizovaný celkovou pomalosťou, nízkou reaktivitou na okolité stresy, prežívaním pocitov bezmocnosti a nízkou psychosociálnou podporou (Štefja a kol., 2007). *Stresom* sa rozumie individuálna odozva organizmu na nadmerné a neúmerné fyzické či duševné zaťaženie. Stresor je podnet alebo príčina stresovej reakcie. Môže na nás pôsobiť z okolitého prostredia (fyzikálny, sociálny) alebo sa skrývať vo vnútri jedinca (telesný, psychický). Odolnosť voči týmto vonkajším či vnútorným podnetom je individuálna. Prejavy stresu nie je možné ovládať vôľou, preto ich nemôžeme vedome odstrániť, ale pomocou telesného a psychického uvoľnenia môže dôjsť aspoň k ich zmierneniu. Musíme sa naučiť relaxovať, uvoľniť si telo i myseľ (Holeček, Miňhová, 2007).

PRAKTICKÁ ČASŤ

3 FORMULÁCIA PROBLÉMU

Kardiovaskulárne ochorenia sú v rozvojových krajinách zodpovedné za väčšinu úmrtí a tým ovplyvňujú dĺžku života celej populácie. Príčinou je nezdravý životný štýl, ktorého ľudia sa stali otrokmi po rozmachu poľnohospodárskeho, konzervárenského a tabakového priemyslu. K ďalším príčinám patrí aj nedostatočná pohybová aktivita a negatívny vplyv niektorých psychosociálnych faktorov. Preto je veľmi dôležité informovať ľudí o tomto závažnom probléme a edukovať ich v oblasti prevencie.

Sestry a samotné ošetrovatel'stvo sa svojou činnosťou podieľajú na primárnej, sekundárnej i terciárnej prevencii. Edukácia je neoddeliteľnou súčasťou prevencie, liečby a následnej zdravotnej starostlivosti. Edukačná činnosť sestry v ošetrovateľskej praxi je zvýraznená pacientovou potrebou informácií, potrebou zvyšovania úrovne vedomostí o svojom ochorení so zámerom adaptovať sa na zmenenú životnú situáciu a prevenciu komplikácií. Profesionálnym prístupom všetkých členov ošetrovateľského tímu k edukácii možno zvýšiť zdravotné uvedomenie verejnosti, skvalitniť úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a znížiť morbiditu i mortalitu (Horanská a kol., 2015). Motívom na písanie tejto práce bola závažnosť a prevalencia kardiovaskulárnych ochorení, ako aj možnosti redukcie týchto chorôb prevenciou, ktorá zahŕňa správnu edukáciu pacienta.

4 CIEĽ A ÚLOHA VÝSKUMU

Pre spracovanie mojej diplomovej práce sme si stanovili jeden hlavný cieľ a štyri čiastkové ciele. Naším hlavným cieľom bolo zistiť najčastejšie prekážky v edukácii pacientov s kardiovaskulárnym ochorením a nájsť spôsob ich ovplyvnenia či prekonania. Čiastkové ciele sú nasledovné:

- Zistiť či majú pacienti dostatok informácií o ovplyvniteľných rizikových faktoroch ischemickej choroby srdca.
- Vypracovať edukačný plán pre každého pacienta a prispôbiť ho jeho potrebám.
- Sledovať dodržiavanie režimových opatrení a liečby u pacientov objektívnym zhodnotením ich zdravotného stavu a analýzou sebahodnotenia pacientov.
- Zistiť príčinu prípadného nedodržania liečebného režimu a v spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie vzniknutého problému.

5 METODIKA

Na realizáciu stanovených cieľov mojej diplomovej práce sme použili metódu kvalitatívneho výskumu - individuálny rozhovor. Ide o jednu z najpoužívanejších výskumných metód, ktorá sa väčšinou realizuje priamym kontaktom medzi výskumníkom a skúmanou osobou. Pomocou rozhovoru môžeme zachytiť nielen fakty, ale aj hlbšie preniknúť do postojov či motívov respondenta. Umožňuje nám sledovať vonkajšie reakcie respondentov, podľa ktorých môžeme usmerňovať ďalší priebeh rozhovoru. Poznáme niekoľko druhov interview, ktoré sa špecifikujú z rôznych hľadísk. My sme sa rozhodli pre individuálne, pološtandardizované interview, pretože takýto typ rozhovoru umožňuje získanie väčšieho množstva informácií, viacej spresní situáciu a respondenti majú menší ostych sa otvoriť. Otázky sú pripravené vopred, ale výskumník môže v priebehu rozhovoru utvoriť nové otázky, prípadne niektoré úplne vynechať. Nevýhodou sú ale vyššie nároky na výskumníka z hľadiska vhodného reagovania na odpovede a menšia možnosť porovnania odpovedí jednotlivých respondentov (Gavora, 2010).

V rozhovore sme použili zatvorené aj otvorené otázky, ktoré sme mali pripravené vopred, ale celkový priebeh rozhovoru sme prispôbili konkrétnemu pacientovi. V úvodnej fáze sme sa zoznámili s pacientom, priblížili sme mu zámer a cieľ nášho výskumu a ubezpečili sme ho o zachovaní anonymity. Anonymita pacientov musí byť zachovaná z dôvodu dodržania zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách a podmínkach jejich poskytovaní, ktorý platí v ČR a zákona NR SR o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z. z. § 49 bod a, ktorý hovorí o povinnosti zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov v zdravotníctve zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli v súvislosti s výkonom svojho povolania. Po získaní súhlasu respondentov, sme pristúpili ku kladeniu jednotlivých otázok v súvislosti s problémom a cieľom nášho výskumu. V závere sme sa pacientom poďakovali za ochotu a ich čas a dohodli sme sa na termíne ďalšieho stretnutia.

Štruktúra úvodných otázok:

- Máte dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení?
- Fajčíte? Koľko cigariet denne?
- Akú máte výšku a váhu?

- Aký je Váš spôsob stravovania? Koľko porcií jedla denne zjete?
- Ako často pijete alkoholické nápoje? Aký druh a množstvo?
- Venujete sa pravidelne pohybovej alebo športovej aktivite?
- Zaujímajú Vás informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života?
- Poznáte hodnotu svojho TK, cholesterolu a glykémie nalačno?
- Ako často sa ocitáte v stresových situáciách?

Na základe zistených údajov o každom pacientovi a jeho odpovedí sme vypracovali edukačný plán. Obsahom nášho druhého stretnutia s pacientmi bola realizácia reedukácie, čiže pokračujúcej edukácie, ktorá nadväzuje na predchádzajúce vedomosti pacienta a zahŕňa opakovanie či aktualizáciu základných informácií. Tento druh edukácie sme zvolili preto, lebo u našich pacientov nejde o novozistené ochorenie. V rámci realizácie reedukácie sme zvolili klasickú vyučovaciu metódu výklad a rozhovor. V závere boli pacientovi položené kontrolné otázky, aby sme zistili či správne pochopil preberané témy. Použili sme taktiež edukačné listy, letáky a postery obsahujúce inštrukcie pre pacienta, pretože didaktické pomôcky rôzneho druhu tvorivým spôsobom pomáhajú pacientovi v učení a plnia okrem iného informačnú a motivačnú funkciu. Pacienti dostali pokyny, podľa ktorých sa mali riadiť po dobu jedného mesiaca. Nakoniec sme pacientom poďakovali za ochotu a ich čas a dohodli sme sa na termíne tretieho stretnutia.

Tretie stretnutie sa odohrávalo po jednom mesiaci od posledného stretnutia a aj tu sme použili metódu individuálneho pološtandardizovaného rozhovoru. Požadovali sme spätnú väzbu od pacientov, aby sme zistili a zhodnotili dodržiavanie liečebného režimu a našich pokynov. Rozobrali sme čo sa im darilo dodržať a čo im robilo problém, prečo tomu tak bolo, čo by chceli ešte zmeniť alebo čomu nerozumeli a potrebujú to ešte lepšie objasniť. V potrebných oblastiach sme ich znovu edukovali, položili sme im kontrolné otázky či pochopili tému a nakoniec sme im poďakovali za ochotu a ich čas.

Štruktúra otázok:

- Ako by ste zhodnotili Váš zdravotný stav za posledný mesiac?
- Ako často ste si merali TK alebo hodnotu glykémie?
- Koľko cigariet ste od nášho posledného stretnutia vyfajčili? O akú situáciu alebo príležitosť išlo? Vyskúšali ste spomínané odporúčania, ktoré pomáhajú pri odvykaní od fajčenia?

- Dodržiavali ste odporúčané diétne opatrenia? Mali ste s niečím problém? Aký?
- Vykonávali ste pravidelne nejakú pohybovú aktivitu? Akú a ako často?
- Celkovo ktorý z odporúčaných pokynov Vám robil najväčší problém? Vedeli by ste určiť príčinu? Prečo si myslíte, že sa to nedá uskutočniť?
- Ocitli ste sa od nášho posledného stretnutia v nejakej stresovej situácii? Ako ste ju riešili? Pomohli Vám informácie, ktoré ste získali na našom predchádzajúcom stretnutí?

6 VÝSKUMNÉ OTÁZKY

- Majú pacienti dostatok informácií o ovplyvniteľných rizikových faktoroch ICHS?
- Je dodržiavanie a zachovanie postupnosti jednotlivých fáz edukačného procesu efektívne?
- Súvisí dodržiavanie režimových opatrení a liečby s pohlavím pacienta?

7 VZORKA RESPONDENTOV

Vzorku respondentov pre náš výskum sme vybrali zámerne, podľa nami stanovených kritérií. Boli to pacienti s kardiovaskulárnym ochorením, konkrétne s ischemickou chorobou srdca, ktorí absolvovali minimálne jeden revaskularizačný výkon (PCI, CABG). Počet všetkých respondentov bol 12 a ich vek sa pohyboval v rozmedzí 57 – 64 rokov. Polovica vybraných pacientov bola ženského a polovica mužského pohlavia, medzi ktorými sme mali šiestich fajčiarov. Ďalším kritériom pre výber bola prítomnosť pridružených ochorení ako hypertenzia, diabetes mellitus II. typu, obezita a zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Výskum sme so súhlasom MUDr. Tokarčíka realizovali v jeho súkromnej kardiologickej ambulancii v Košiciach. Takže posledným kritériom, ktoré sme pri výbere respondentov zohľadňovali, bolo trvalé bydlisko pacientov v Košiciach, kvôli bezproblémovému dochádzaniu na naše stretnutia. K dispozícii sme mali seminárnu miestnosť v poliklinike.

8 PREZENTÁCIA A INTERPRETÁCIA ZÍSKANÝCH ÚDAJOV

8.1 Edukácia pacienta č. 1

Anamnéza

<i>Meno a priezvisko:</i>	A. B.
<i>Rodné číslo:</i>	z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
<i>Pohlavie:</i>	muž
<i>Vek:</i>	58 rokov
<i>Rodinný stav:</i>	ženatý
<i>Bydlisko:</i>	Košice
<i>Národnosť:</i>	slovenská
<i>Poisťovňa:</i>	24 - 00
<i>Vzdelanie:</i>	2. stupeň vysokoškolského vzdelania
<i>Zamestnanie:</i>	stavebný inžinier
<i>Najbližší príbuzný:</i>	manželka
<i>Lekárska diagnóza:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris• St. p. akútnom spodnom infarkte myokardu (uzavretie ACD)• St. p. implantácii ICD• Ľahká stenóza aortálnej chlopne• Stredne závažná mitrálna insuficiencia• Ľahká trikuspidálna insuficiencia• Dyslipidémia• Anemický syndróm• St. p. operácii hydrocele testis dx.• St. p. operácii katarakty pravého oka

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacient bol v roku 2008 hospitalizovaný vo VÚSCH pre akútny infarkt myokardu s postihnutím jednej cievnej vetvy ACD. O rok neskôr 21.1.2009 bol znovu hospitalizovaný kvôli plánovanej implantácii kardioverteru-defibrilátora Current VR RF s režimom VVIR. Toho času chodí na pravidelné kontrolné

vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacient je fajčiar a bežne vyfajčil 20 cigariet denne. Po infarkte myokardu sa snažil prestať, momentálne to obmedzil na 5 cigariet denne.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacient pri vedomí, orientovaný, spolupracuje, objektívne pozorovaná nadváha, normostenický habitus, mobilný, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 3/6 nad aortou, P – 53/min., TK – 130/80 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklopovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, -30 el. os, PQ 140 msek., R/S V3 – 4 ST elevácia II, III, aVF, QS III, aVF.

Rodinná anamnéza: V rodine pacienta sa vyskytuje obezita, konkrétne u jeho otca, ktorý má i arytmiu. Matka sa liečila na hypertenziu a zomrela v 71. roku života na embóliu do pľúcnice.

Sociálna anamnéza: Pacient je ženatý a spolu so svojou manželkou bývajú v 3-izbovom byte. Manželka je učiteľkou na strednom odbornom učilišti. Pacient má jedného syna.

Alergická anamnéza: Pacient alergie neguje.

Lieková anamnéza: Tritace 1,25mg 1x denne, Corvaton 8mg 2x denne ½ tablety, Egilok 25mg 2x denne ½ tablety, Atoris 20mg 1x denne, Aktiferrin 2x denne.

Zájmy a záľuby: rybárčenie, zbieranie húb, vychádzky do prírody a na chatu, prechádzky s vnúčaťom a v mladosti horolezectvo

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientovi vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jeho súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacient dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „myslím si, že mám, ale nezaškodí si to zopakovať alebo sa niečo nové

dozvediet“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacient je fajčiar a momentálne vyfajčí asi 5 cigariet denne. Pacient vyplnil Fagerströmov test závislosti na nikotíne, z ktorého sme zistili, že si svoju prvú cigaretu zapáli do 30 minút po zobudení. Táto cigareta ho aj najviac uspokojuje. Pacient uviedol, že nefajčí častejšie počas prvých hodín po zobudení než v ostatnom dennom čase a nie je pre neho ťažké nefajčiť na miestach so zákazom fajčenia. Stav keď je chorý a celý deň leží v posteli mu nebráni v tom aby si zapálil aspoň dve cigarety za deň. Celkové skóre tohto testu vyšlo 4, čo znamená slabú závislosť na nikotíne. Pacient má výšku 176cm a váži 98kg, jeho BMI je 31,64. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že sa snaží obmedzovať konzumáciu veľmi mastných jedál, ale niekedy mu príde na chuť napríklad pečená kačka s červenou kapustou a knedľou. Veľmi obľubuje čajové pečivo, nevie sa ho vzdať. Nepočíta koľko porcií jedla denne zje, ale keď je hladný, tak si niečo vezme. Alkoholické nápoje z dôvodu užívania liekov nepije často, ale niekedy si dá jedno malé pivo. Pacient ma rád prechádzky v prírode a neďaleko Košíc vlastní malú chatu. Keď mu vyjde čas, tak sa tam ide prejsť buď sám alebo s vnúčaťom. Na otázku či ho zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedal: „*zaujímať, ma aj zaujímajú, len niekedy je to ťažké aj dodržať*“. Pacient pozná hodnotu svojho TK, keďže bol na prehliadke u svojho kardiológa, ale doma si ho odmeria až vtedy keď sa necíti veľmi dobre, ináč nie. Pacient sa ocitá v stresovej situácii, keď niekam nestíha alebo keď ho niekto nahnevá.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť pacienta o škodlivosti fajčenia ako rizikového faktoru

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o škodlivosti fajčenia a o odporúčaní, ktoré pomáhajú pri odvykaní od fajčenia
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity
- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacienta požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa mu darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mal riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacienta vyzvali, aby zhodnotil svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacient odpovedal, že sa v rámci možností cítil dobre. Pravidelne užíval lieky a dokonca vraj na mňa myslel v súvislosti s niektorými odporúčaniami, ktoré sme naposledy rozoberali. Prvé tri dni sa dokázal ovládnuť a svoju prvú cigaretu si nezapálil hneď po prebudení, ale až po necelých dvoch hodinách. V ostatné dni sa to všetko vrátilo do starých koľají. Dôvod, ktorý pacient uviedol bol ten, že sa cíti oveľa spokojnejšie a má aj lepší deň, keď si skoro ráno zafajčí. Pacient nevyskúšal žiadne odporúčania na odvykanie od fajčenia. Čo sa týka diétnych opatrení, tak má doma na chladničke pripnutý poster s doporučenými potravinami. Spolu s manželkou sa snažia podľa toho nakupovať, ale samozrejme, že nie úplne striktné ako to tam je popísané. Čajového pečiva sa nevzdal. Pacient povedal, že im veľmi pomáhalo to, že ten papier mal stále na očiach, keď sa pohyboval okolo chladničky a okrem toho vedel, že sa ho na to budem pýtať na našom stretnutí. Pacient pokračuje v absolvovaní prechádzok v prírode a na jeho chatu. Na otázku či sa ocitol od nášho posledného stretnutia v nejakej stresovej situácii, nám odpovedal: *„áno ocitol som sa v takých bežných, keď sa človek nahnevá, ale jedna situácia bola zvlášť stresujúca, keď som išiel so synom v aute. Išli sme cez križovatku na zelenú, nestáli sme prví, pred nami boli asi 2 autá, proste normálne. Zrazu syn prudko zabrzdil, nechápal som čo sa deje, keď som videl ako z bočnej strany pred nami preletelo auto. Určite nás minul len o pár centimetrov. Jedno šťastie, že šoféroval syn a mal taký dobrý reflex, ináč by to bolo dopadlo katastrofálne. Ten vodič určite prešiel na červenú, inak si to neviem vysvetliť. Úplne som sa rozklepal a musel som si hneď zafajčiť.“* Pacientovi sa na našom stretnutí odmeral TK (130/75mmHg), pulz (56/min.) a váha (96kg). S pacientom sme ešte raz rozobrali škodlivosť fajčenia, postupy pri odvykaní a diétna opatrenia.

8.2 Edukácia pacienta č. 2

Anamnéza

<i>Meno a priezvisko:</i>	C. D.
<i>Rodné číslo:</i>	z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
<i>Pohlavie:</i>	muž
<i>Vek:</i>	63 rokov
<i>Rodinný stav:</i>	ženatý
<i>Bydlisko:</i>	Košice
<i>Národnosť:</i>	slovenská
<i>Poisťovňa:</i>	24 - 00
<i>Vzdelanie:</i>	stredné odborné vzdelanie
<i>Zamestnanie:</i>	starobný dôchodok
<i>Najbližší príbuzný:</i>	manželka
<i>Lekárska diagnóza:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris• St. p. akútnom spodnom infarkte myokardu NSTEMI (1 cievne postihnutie ACD vetvy)• Ischemická choroba DK 2. stupeň Fontainovej klasifikácie• Diabetes mellitus 2. typu• Dyslipidémia• Chronická bronchitída• St. p. operácii katarakty oboch očí• Vertebrálny algický syndróm, polytópny

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacient bol 18.11.2015 hospitalizovaný vo VÚSCH pre spodný infarkt myokardu, kde mu bol vykonaný revaskularizačný výkon PCI na ACD vetve. Pacient mal perikardiálny výpotok. Prostredníctvom koronarografie sa zistil uzáver koronárnej tepny ACS na 40% a ACD na 90%. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. V roku 2014 absolvoval operáciu oboch očí kvôli katarakte. Pacient je fajčiar, ktorý denne vyfajčil 20 cigariet, ale s fajčením na určitú dobu prestal po operácii očí, teraz si príležitostne zapáli 1 – 2 cigarety.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacient pri vedomí, orientovaný, spolupracuje, mobilný, normostenický habitus, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy

a dyspnoe, koža čistá, prítomný arcus senilis, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, P – 68/min., TK – 120/70 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz slabo hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, -120 el. os, PQ 120 msek., R/S V3 ST elevácia II, III, AVF, T poz. bez ES.

Rodinná anamnéza: Obaja rodičia pacienta sa liečili na ischemickú chorobu srdca a zomreli mladí.

Sociálna anamnéza: Pacient je na starobnom dôchodku, predtým pracoval ako sústružník v U. S. Steel v Košiciach. Býva spolu so svojou manželkou v 2-izbovom byte. Manželka je predavačka. Pacient má dve deti.

Alergická anamnéza: Pacient alergie neguje.

Lieková anamnéza: Aspirin Protect 100mg 1x denne, Brilique 2x denne, Sortis 80mg 1x denne, Gopten 2mg 1x denne, Egilok XL 50mg 2x denne.

Zájmy a záľuby: práca v garáži, drevovýroba stojanov, zostavovanie kovoobrábacích strojov, správcovstvo futbalového areálu

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientovi vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jeho súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacient dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „viem, že tam patrí stravovanie, fajčenie a stres“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacient je fajčiar, ktorý si zapáli príležitostne 1 – 2 cigarety. Najčastejšie keď ho niečo veľmi nahnevá, nedarí sa mu alebo keď sa stretne s kamarátom. Celkové skóre Fagerströmovho testu vyšlo 1, čo znamená veľmi slabú závislosť na nikotíne. Pacient má výšku 184cm a váži 92kg, jeho BMI je 27,17. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že dodržiava diabetickú diétu. Pije nesladené čaje a minerálne vody. Snaží sa

pravidelne jesť a keďže je na dôchodku, tak má relatívne aj väčšinou dost času vychutnať si jedlo. Z alkoholických nápojov si rád dá červené víno, asi 2 – 4dcl za týždeň. Keď je nejaká príležitosť tak aj trochu viacej, ale musí si sledovať cukor. Pacient je správcom futbalového areálu, takže pohyb má v rámci toho. Na otázku či ho zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedal: „*myslím si, že môj spôsob života nie je až taký zlý, keďže sa snažím dodržiavať svoju diétu a nesedím celý deň na gauči*“. Pacient pozná hodnotu svojho TK z pravidelnej kontroly u svojho kardiológa a aj doma si ho občas zmeria, hlavne vtedy keď si ho ide merať jeho manželka. Pacient udáva, že si uvedomuje, že má zvýšený cholesterol, ale nevie jeho presnú hodnotu. Glykémiu si meria pravidelne. Pacient sa snaží stresovým situáciám vyhýbať, ale nie vždy sa mu to podarí.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť pacienta o škodlivosti fajčenia ako rizikového faktoru

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a pravidelnom meraní glykémie

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Ciel': Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o škodlivosti fajčenia a o odporúčaníach, ktoré pomáhajú pri odvykaní od fajčenia
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a dokáže vysvetliť význam selfmonitoringu glykémie
- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacienta požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa mu darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mal riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacienta vyzvali, aby zhodnotil svoj zdravotný stav za

posledný mesiac. Pacient tvrdil, že cíti, že došlo k miernemu zlepšeniu jeho zdravotného stavu, pretože sa celkovo subjektívne cíti dobre. Pacient si meral TK a glykémiu 2x denne. Čo sa týka fajčenia, tak každý deň si zapálil jednu cigaretu, pretože to je jeho ranný rituál. Neskúšal žiadne doporučené postupy na odvykanie, pretože fajčí od mladosti, veľakrát skúšal prestať, ale nedarilo sa mu. Tvrdí, že aj tak je pre neho pokrok vyfajčiť namiesto 20 iba 1 cigaretu denne. Diétne opatrenia viac menej dodržiaval. Snažil sa upraviť si jedálniček, ale nie všetky jedlá boli úplne diétne. Niektoré jedlá, ktoré má rád sa nedajú uvariť zdravo. Pohyb mal stále v rámci svojich záľub a správcovstva futbalového štadiónu. Za posledný mesiac sa neocitol v žiadnej stresovej situácii. Pacientovi sme zmerali TK (125/80mmHg), pulz (68/min.), glykémiu (6,3mmol/l) a váhu (92kg). S pacientom sme ešte raz rozobrali diétne opatrenia a návrh niektorých jedál.

8.3 Edukácia pacienta č. 3

Anamnéza

Meno a priezvisko: E. F.
Rodné číslo: z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
Pohlavie: muž
Vek: 59 rokov
Rodinný stav: ženatý
Bydlisko: Košice
Národnosť: slovenská
Poisťovňa: 25 - 43
Vzdelanie: stredné odborné vzdelanie
Zamestnanie: invalidný dôchodok
Najbližší príbuzný: manželka
Lekárska diagnóza:

- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
- St. p. diafragmatickom infarkte myokardu
- St. p. operácii srdca s 5-násobným CABG
- NYHA 3. stupeň
- Arytmia KES Lown 4a, 2. stupeň podľa Berissiho
- Mitrálna insuficiencia
- Arteriálna hypertenzia

- Ischemická choroba DK 2. stupeň Fontainovej klasifikácie
- Dyslipidémia
- Diabetes mellitus 2. typu
- Hepatopatia
- St. p. operácii deviatio septi nasi
- Hyperplázia prostaty

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacientovi bola v roku 1987 diagnostikovaná dyslipidémia. V roku 1993 sa začal liečiť na arteriálnu hypertenziu a o 2 roky neskôr (1995) prekonal infarkt myokardu. V roku 1999 absolvoval koronarografické vyšetrenie, prostredníctvom ktorého sa zistila 60% stenóza RIA proximálne v strede 70%, RCX uzáver v proximálnej tretine (TIMI 2) a uzavretie ACD za proximálnym ohybom (TIMI 1 – 2). Z tohto dôvodu bol pacient dňa 16.11.1999 prijatý do nemocnice na plánovanú kardiochirurgickú operáciu. Pacientovi bol vykonaný 5 – násobný CABG s venóznym štepom na RIP a. coronaria dx., s a. mammaia dx. na RIA, s venóznym štepom na RD, RM obe odstupujú z r. cirkumflexus a. coronaria sin. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacient je fajčiar a do roku 1999 vyfajčil 40 cigariet denne. Niekoľko rokov vraj nefajčil vôbec a momentálne vyfajčí 10 cigariet denne. Teraz sa cíti dobre.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacient pri vedomí, orientovaný, spolupracuje, mobilný, normostenický habitus, objektívne pozorovaná nadváha, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 1/6 nad hrotom, P – 84/min., TK – 140/90 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, na ľavej dolnej končatine pretibiálne presiaknutie, periférny pulz hmatateľný, st. p. operácii v. saphena bilaterálne.

EKG: sínusový rytmus, 0 el. os, PQ 120 msec., R/S V5 ST elevácia V1 – 2, depresia V4 – 6, T+- V1 – 4, QS II, III. aVF, ES ink. BLRT, bez ES.

Rodinná anamnéza: Pacientovi rodičia aj všetci súrodenci majú kardiovaskulárne ochorenie.

Sociálna anamnéza: Pacient je 5 rokov z dôvodu vyššie spomenutých ochorení na invalidnom dôchodku, predtým pracoval ako administratívny pracovník. Pacient býva spolu s manželkou a jedným synom v rodinnom dome. Celkovo má pacient tri deti.

Alergická anamnéza: Pacient alergie neguje.

Lieková anamnéza: Amlodipin 5mg 1x denne, Zyllt 1x denne, Inegy 10/20mg 1x denne, Corvaton 8mg 2x denne ½ tablety, Protevasc 2x denne, Rytmonorm SR 325mg 2x denne, Nitroglycerín podľa potreby.

Zájmy a záľuby: lúštenie krížoviek, varenie, čítanie kníh, pozeranie televíznych kvízov, člen dobrovoľného hasičského zboru, vnúčatá

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientovi vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jeho súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacient dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „áno mám, je to všeobecne známe a aj u lekára som na niektoré upozorňovaný“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacient je fajčiar a momentálne vyfajčí asi 10 cigariet denne. Pacient vyplnil Fagerströmov test závislosti na nikotíne, z ktorého sme zistili, že si svoju prvú cigaretu zapáli do 15 minút po zobudení. Táto cigareta ho aj najviac uspokojuje. Pacient uviedol, že nefajčí častejšie počas prvých hodín po zobudení než v ostatnom dennom čase a niekedy je pre neho ťažké nefajčiť na miestach so zákazom fajčenia. Stav keď je chorý a celý deň leží v posteli mu nebráni v tom aby si zapálil. Celkové skóre tohto testu vyšlo 5, čo znamená strednú závislosť na nikotíne. Pacient má výšku 168cm a váži 93kg, jeho BMI je 32,95. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že si uvedomuje, že musí dodržiavať určité obmedzenia vzhľadom k jeho ochoreniam. Napriek tomu si dopraje poriadne jedlo a to na čo má chuť. Okrem toho veľmi rád varí, takže je trošku ťažké dodržiavať diétu. Alkoholické nápoje nepije z dôvodu užívania liekov. Pacient sa pri dlhšej či namáhavejšej chôdzi rýchlo zadýcha a unaví. Preto sa väčším pohybovým aktivitám vyhýba. Na otázku či ho zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedal: „neviem čo

Vám mám na toto odpovedať, možno keby som sa bol správal za mlada ináč nemal by som tolko ochorení, ale to nikto nemôže vedieť a možno by som bol aj tak na tom istom ako teraz“. Pacient pozná hodnotu svojho TK, pretože si ho pravidelne meria a chodí na kontrolné vyšetrenie k svojmu kardiológovi. Takisto si pravidelne meria glykémiu. Pacient sa snaží zbytočne nestresovať, pretože to nemá zmysel.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť pacienta o škodlivosti fajčenia ako rizikového faktoru

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a pravidelnom meraní glykémie

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o škodlivosti fajčenia a o odporúčaníach, ktoré pomáhajú pri odvykaní od fajčenia
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a dokáže vysvetliť význam selfmonitoringu glykémie
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacienta požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa mu darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mal riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacienta vyzvali, aby zhodnotil svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacient odpovedal, že lepšie sa už asi cítiť nebude, ale celkom to ujde.

Pacient si meria TK a glykémiiu pravidelne každý deň. Čo sa týka fajčenia, tak si pozrel odporúčané internetové stránky a dokonca sa dohodol s manželkou, aby mu kúpila na narodeniny elektronickú cigaretu. Zatiaľ pokračuje vo fajčení obyčajných cigariet. Pacient udáva, že dodržiava diabetickú diétu a skúšal nové recepty z potravín, ktoré sme naposledy rozoberali a sú mu odporúčané na znižovanie hladín tukov v krvi. Hovorí, že ide na to pomaly a nie až tak zhurta a keď mu príde na chuť nezdravé jedlo, tak si ho dopraje. Pacient sa naďalej vyhýba pohybovým aktivitám, z dôvodu rýchleho zadýchania sa a únavy. Pacient si nepamätá, žeby sa ocitol v nejakej stresovej situácii, ktorá by stála za zmienku. Pacientovi sme zmerali TK (140/90mmHg), pulz (80/min.), glykémiiu (8,5mmol/l) a váhu (93,5kg). S pacientom sme ešte raz rozobrali diétne opatrenia na znižovanie hmotnosti a hladín tukov v krvi a potrebu postupného zvyšovania pohybovej aktivity.

8.4 Edukácia pacienta č. 4

Anamnéza

<i>Meno a priezvisko:</i>	G. H.
<i>Rodné číslo:</i>	z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
<i>Pohlavie:</i>	muž
<i>Vek:</i>	64 rokov
<i>Rodinný stav:</i>	vdovec
<i>Bydlisko:</i>	Košice
<i>Národnosť:</i>	slovenská
<i>Poisťovňa:</i>	25 - 43
<i>Vzdelanie:</i>	stredné odborné vzdelanie s maturitou
<i>Zamestnanie:</i>	starobný dôchodok
<i>Najbližší príbuzný:</i>	dcéra
<i>Lekárska diagnóza:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris• AV blok 1. stupňa• St. p. operácii srdca s 3-násobným CABG• Arteriálna hypertenzia• Ľahká mitrálna insuficiencia• Ischemická choroba DK 2. stupeň Fontainovej klasifikácie• Chronická venózna choroba DK

- Dyslipidémia
- Vaskulárna nefroskleróza
- Vredová choroba duodena
- St. p. operácii katarakty oboch očí
- St. p. cholecystektómii
- Hernia in cicatrice
- Dehiscencia úponu rebier na hrudnú kosť

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacient v roku 2014 absolvoval koronarografické vyšetrenie, zistila sa 90% stenóza ACS, 90% RIA, 80% RIM, 70% RCX a 80% stenóza ACI vpravo. Následne bol 16.12.2014 hospitalizovaný vo VÚSCH kvôli plánovanej kardiochirurgickej operácii. Pacientovi bol vykonaný 3 – násobný CABG. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Celkovo sa subjektívne cíti slabý. Pacient je nefajčiar.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacient pri vedomí, orientovaný, spolupracuje, mobilný, normostenický habitus, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 1/6 nad hrotom, P – 48/min., TK – 115/70 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a pokleповo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, na dolných končatinách edémy, periférny pulz hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, +60 el. os, PQ 240 msek., R/S V4 ST depresia V5 – 6, ostatné plochy bez ES.

Rodinná anamnéza: Otec pacienta zomrel na infarkt myokardu. Matka ešte žije, má obezitu a ischemickú chorobu dolných končatín.

Sociálna anamnéza: Pacient je na starobnom dôchodku, predtým pracoval ako učiteľ na základnej škole. Pacient je 2 roky vdovec, býva sám v 2-izbovom byte. Má jednu dcéru – lekárku, ktorá pracuje na urológii a jej manžel je takisto lekár.

Alergická anamnéza: Pacient je alergický na včelí jed.

Lieková anamnéza: Anopyrin 100mg 1x denne, Sortis 40mg 1x denne, Kamiren XL 4mg 1x denne, Moduretic 1x denne, Lucetam 1200mg 1x denne, Emanera 40mg 1x denne, Prostacan 2x denne, Gopten 2mg 1x denne, Tenaxum 2x denne.

Zájmy a záľuby: pestovanie sukulentov a kaktusov, akvaristika, rybárčenie, členstvo v rybárskom zväze, čítanie literatúry faktu

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientovi vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jeho súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacient dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „*áno, som s nimi oboznámený*“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacient je nefajčiar. Pacient má výšku 175cm a váži 80kg, jeho BMI je 26,12. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že je dosť obmedzovaný kvôli jeho ochoreniam. Snaží sa dodržiavať predpísané diétne opatrenia a jesť 5x denne, ale tak ako každý človek aj on si niekedy dopraje to na čo má chuť. Alkoholické nápoje nepije z dôvodu užívania liekov. Pacient rád relaxuje v prírode, hlavne pri chytaní rýb. Pacient pozná hodnotu svojho TK, pretože si ho pravidelne meria a chodí na kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Na otázku či ho zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedal: „*áno, zaujímajú ma informácie o zdravom spôsobe života*“. Pacient sa snaží stresovým situáciám vyhýbať čo najviac, ale vždy sa niečo nájde. V takýchto situáciách sa ocital často keď ešte učil a potom keď mu zomrela žena.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o výžive ako rizikovom faktore ICHS a vredovej chorobe duodena

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pri vredovej chorobe duodena
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK
- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacienta požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa mu darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mal riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacienta vyzvali, aby nám zhodnotil svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacient odpovedal, že sa cíti dobre a za posledný mesiac nepostrehol nijaké výkyvy od normálu. Čo sa týka diétnych opatrení, tak sa stravoval tak ako doteraz, vzal do úvahy aj naše odporúčania, ale celkovo sa to nelíšilo od jeho zaužívaného spôsobu stravovania. Pacient chodil na krátke prechádzky do mesta a na návštevu k známym. Teší sa kedy začne rybárska sezóna a pôjde relaxovať. Pacient sa za posledný mesiac neocitol v žiadnej veľkej stresovej situácii. Pacientovi sme zmerali TK (120/70mmHg), pulz (50/min.) a váhu (80kg).

8.5 Edukácia pacienta č. 5

Anamnéza

Meno a priezvisko: I. J.
Rodné číslo: z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
Pohlavie: muž
Vek: 60 rokov
Rodinný stav: vdovec
Bydlisko: Košice
Národnosť: slovenská
Poisťovňa: 25 - 43

Vzdelanie: stredné odborné vzdelanie s maturitou
Zamestnanie: pracovník vo vodárňach
Najbližší príbuzný: dcéra a syn
Lekárska diagnóza:

- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
- St. p. operácii srdca s 2-násobným CABG
- Aneurizma IVS a hrotu
- Aortálna stenóza
- Mitrálna insuficiencia
- Arteriálna hypertenzia
- Dyslipidémia
- St. p. apendektómii

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacient v roku 2007 prekonal predný infarkt myokardu, bolo mu vykonané koronarografické vyšetrenie, kde sa zistila 85% stenóza RIA a 80% stenóza RM1. Následne bol pacient prijatý do nemocnice na plánovanú kardiochirurgickú operáciu. Pacientovi bol vykonaný 2 – násobný CABG in ECC to Lima a VSM to RM1. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacient je nefajčiar. Celkovo sa subjektívne cíti dobre.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacient pri vedomí, orientovaný, spolupracuje, mobilný, normostenický habitus, objektívne pozorovaná nadváha, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 2/6 nad aortou, P – 52/min., TK – 120/80 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, +15 el. os, PQ 180 msek., R/S V5 – 6 ST elevácia III, aVF V1 – 3, T+- V6, Q V5.

ECHO – kardiografia: LKd – 5,8cm, s hrúbkou stien IVS 1,0cm a ZS 1,0cm s kinetickým IVS paradoxným pohybom dolných 2/3 IVS a hrotu, ZS 1,0cm; LP – 3,9cm; koreň ascendentnej aorty – 3,4cm s hrúbkou steny 0,5cm; PK – 2,7cm s hrúbkou voľnej steny 0,2cm; Chlopne – aortálna so sklerotickými cípmi sep. 1,6cm, prietok 140cm/s; mitrálna insuficiencia so sklerotickým prstencom, prietok 80cm/s;

trikuspidálna v poriadku, prietok 100cm/s; perikard s fyziologickým množstvom výpotku; EF 0,40(Teich), FS 26%.

Rodinná anamnéza: Otec pacienta zomrel na karcinóm prostaty v 81. roku života, diagnostikovaný mu bol rok predtým. Matka pacienta zomrela niekoľko mesiacov po manželovej smrti.

Sociálna anamnéza: Pacient žije so synom a jeho rodinou v rodinnom dome, je vdovec. Pacient má okrem syna aj jednu dcéru.

Alergická anamnéza: Pacient alergie neguje.

Lieková anamnéza: Coronal 5mg 1x denne ½ tablety, Prestarium A 5mg 1x denne ½ tablety, Simgal 40mg 1x denne, Cardilan 2x denne, Aspirin Protect 100mg 1x denne.

Zájmy a záľuby: varenie, vášnivý kartár, znalec vína a dobrého jedla, raz za čas jazda na motorke (harley), vnúčatá

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientovi vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jeho súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacient dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „niečo mi to hovorí, ale nie som si úplne istý“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacient je nefajčiar. Pacient má výšku 188cm a váži 105kg, jeho BMI je 29,71. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že jedlo zbožňuje a veľmi rád varí. Stále je hladný, takže jedlo konzumuje častejšie než len 5x denne. Lekár mu tvrdí, že má vysoký cholesterol a mal by dodržiavať určité diétne opatrenia. Okrem jedla má rád dobré a kvalitné víno, ale s tým sa musí „krotiť“ keďže užíva lieky. Pohybovú aktivitu má v rámci práce a keď príde domov, tak si chce oddýchnuť. Niekedy mu dajú dosť zabráť aj vnúčatá, keď sa chcú hrať. Na otázku či ho zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedal: „*môže to byť zaujímavé, ale zaujímavejšie by bolo keby ste mi povedala nejaký dobrý recept (úsmev), život si treba užiť kým sa dá*“.

Pacient pozná hodnotu svojho TK, pretože si ho pravidelne meria a chodí na kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Presnú hodnotu cholesterolu v krvi nevie. Pacient udáva, že sa často ocitá v stresových situáciách v rámci svojej práce.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity
- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacienta požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa mu darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mal riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacienta vyzvali, aby zhodnotil svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacient odpovedal, že jeho zdravotný stav je rovnaký a nič sa nezmenilo. TK si meria pravidelne každý deň. Čo sa týka diétnych opatrení tak od nášho posledného stretnutia nič nezmenil. Stravuje sa tak ako doteraz, vraj to potrebuje a rád si vychutná dobré jedlo, ktoré má aj ako prostriedok na zmiernenie stresu z práce. Pri varení „vypne“ a okrem toho nevie kam založil poster s doporučenými opatreniami, pravdepodobne ho stratil. Na otázku ohľadom stresových situácií nám odpovedal: „v poslednom čase som stále nervózny z mojej práce. Hovorí sa, že majú znižovať stavy

zamestnancov a ja už má svoj vek. Bojím sa o svoje miesto a dúfam, že si ma tam nechajú ešte tie 2 roky, ktoré mi treba do dôchodku. Ja by som si už asi ťažko hľadal nejakú inú prácu a do predčasného dôchodku ísť nechcem.“ Pacient nevykonáva žiadnu športovú aktivitu, pohyb má v rámci práce. Pacientovi sme zmerali TK (130/80mmHg), pulz (54/min.) a váhu (105kg). S pacientom sme ešte raz rozobrali diétne opatrenia na znižovanie hmotnosti a hladín tukov v krvi, príklady vhodných jedál a postupy i techniky na znižovanie či prekonanie stresu.

8.6 Edukácia pacienta č. 6

Anamnéza

Meno a priezvisko: K. L.
Rodné číslo: z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
Pohlavie: muž
Vek: 57 rokov
Rodinný stav: ženatý
Bydlisko: Košice
Národnosť: slovenská
Poisťovňa: 25 - 43
Vzdelanie: 2. stupeň vysokoškolského vzdelania a docentúra
Zamestnanie: učiteľ na Hutníckej fakulte Technickej univerzity
Najbližší príbuzný: manželka
Lekárska diagnóza:

- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
- St. p. spodnom STEMI infarkte myokardu
- Chronická fajčiarska bronchitída

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacient bol 2.7.2013 hospitalizovaný vo VÚSCH kvôli STEMI infarktu myokardu, bolo mu zrealizované koronarografické vyšetrenie, prostredníctvom ktorého sa zistila 99% stenóza cievnej vetvy ACD, okamžite mu bol prevedený revaskularizačný výkon PCI. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacient udáva, že je nefajčiar a subjektívne sa cíti dobre.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacient pri vedomí, orientovaný, spolupracuje, mobilný, normostenický habitus, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, P – 61/min., TK – 120/80 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, +30 el. os, PQ 120 msec., R/S V3 ST izoel. T negatívne III, aVF, q II, III, aVF.

Rodinná anamnéza: bez pozoruhodností

Sociálna anamnéza: Pacient býva so svojou manželkou v 3-izbovom byte. Manželka je učiteľkou na strednej škole. Majú jednu dcéru, ktorá žije v Prahe.

Alergická anamnéza: Pacient má alergiu na prach.

Lieková anamnéza: Aspirin Protect 100mg 1x denne, Torvacard 20mg 1x denne, Concor 2,5mg 1x denne ½ tablety.

Zájmy a záľuby: mineralógia, hľadanie a odhad vzácnych minerálov, aktívny mestský poslanec, prechádzky v prírode

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientovi vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jeho súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacient dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „áno, mám naštudovanú literatúru zaoberajúcu sa touto problematikou“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacient je nefajčiar. Pacient má výšku 182cm a váži 86kg, jeho BMI je 25,96. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že dosť často je veľmi zaneprázdnený a nie vždy stíha obed alebo večeru. Raňajkuje každý deň, bez toho by si nevedel predstaviť začiatok dňa a pije čerstvo zomletú čiernu kávu. Alkoholické nápoje pije príležitostne, nepohrdne ani nad vínom či nejakým tvrdým

alkoholom, v rámci normy. Pivo nemá veľmi rád, maximálne v lete 3dcl. Pacient má rád prechádzky v prírode, dokáže tam nachvíľu „vypnúť“ a zrelaxovať sa. Ináč celkovo je neustále v pohybe keďže je učiteľom a mestským poslancom. Na otázku či ho zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedal: „áno, zaujímajú ma“. Pacient pozná hodnotu svojho TK, keďže bol na kontrolnom vyšetrení u svojho kardiológa, ale doma si ho pravidelne nemeria. Pacient sa v rámci svojho povolania a ďalších aktivít ocitá v stresových situáciách dosť často.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť vedomosti pacienta o výžive ako rizikovom faktore ICHS

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o výžive ako rizikového faktoru ICHS
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity
- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacienta požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa mu darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mal riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacienta vyzvali, aby nám zhodnotil svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacient odpovedal, že sa cíti relatívne dobre, subjektívne nepociťuje nijaké zhoršenie, ale ani zlepšenie. Hovorí, že všetko je v norme. Čo sa týka stravovania, tak si dal poster s doporučenými potravinami na chladničku, aby bol na dobre viditeľnom mieste a nezabúdal na neho. Ale nemôže povedať, že to striktnie dodržiaval, kupoval aj potraviny, ktoré sú označené za nevhodné. Napriek tomu to vidí ako dobrú pomôcku pri rozhodovaní sa o nákupe či varení. Ani tento mesiac nestíhal jesť každý deň obed či večeru. Pacient tvrdil, že na pohybovú aktivitu ako takú nemal vôbec čas, ale pohyb má, ako už spomínal na poslednom stretnutí, v rámci práce a jeho ďalších aktivít. Na otázku či sa za posledný mesiac ocitol v nejakej stresovej situácii nám odpovedal: *„Ako mestský poslanec som členom tímu, ktorý pripravuje projekt na modernizáciu električkovej trate v ďalšej časti Košíc. Keďže je to financované okrem*

iného eurofondami, tak je potrebné aby sme stanovili termín dokončenia, ktorý by sa podarilo dodržať. Stresujúce je to pre nás z tohto dôvodu, že keď sa rekonštruoval predošlý úsek, tak sa práce predĺžili až o 9 mesiacov. Narazili sme na rozvod káblov, ktoré ani neboli zakreslené v plánoch a určité pozostatky starovekých hradieb. Takže sa do toho pustili historici a pod. Preto sa obávame, aby zase nenastala podobná situácia. Ale nebudem Vás ďalej týmto zaťažovať“. Pacientovi sme zmerali TK (120/80mmHg), pulz (60/min.) a váhu (86kg). S pacientom sme rozobrali postupy i techniky na znižovanie stresu.

8.7 Edukácia pacienta č. 7

Anamnéza

Meno a priezvisko: M. N.
Rodné číslo: z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
Pohlavie: žena
Vek: 64 rokov
Rodinný stav: vydatá
Bydlisko: Košice
Národnosť: slovenská
Poistovňa: 25 - 43
Vzdelanie: stredné odborné vzdelanie
Zamestnanie: starobný dôchodok
Najbližší príbuzný: manžel
Lekárska diagnóza:

- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
- St. p. operácii srdca s 3-násobným CABG
- Arteriálna hypertenzia
- Ťažká aortálna stenóza s ľahkou aortálnou insuficienciou
- Stredne závažná mitrálna insuficiencia
- Stredne závažná trikuspidálna insuficiencia
- Venózna choroba DK
- Dyslipidémia
- Vaskulárna nefroskleróza
- Astma bronchiale
- Cholecystolitíáza

- Coxatróza a gonartróza, bilaterálna osteoporóza

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacientka bola v roku 2009 hospitalizovaná vo VÚSCH pre akútny predný non – STEMI infarkt myokardu s postihnutím troch vetiev koronárnej artérie s intermitentnou LBBB. U pacientky bola vykonaná kardiochirurgická operácia s dvomi CABG (VSM to RIA et ACD). Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka je fajčiarka, ktorá vyfajčí 10 cigariet denne.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacientka pri vedomí, orientovaný, spolupracuje, mobilný, normostenický habitus, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 2/6 s maximom nad aortou, P – 68/min., TK – 140/90 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, +30 el. os, PQ 160 msek., R/S V3 ST depresia I, II, aVF, V4 – 6, elevácia V1 – 4, +- T III, aVF, V1 – 3, bez ES komplikácia LBBB.

Rodinná anamnéza: U oboch rodičov pacientky sa vyskytuje kardiovaskulárne ochorenie a bol u nich vykonaný revaskularizačný výkon.

Sociálna anamnéza: Pacientka je na starobnom dôchodku, predtým pracovala v agro priemysle. Jej manžel je bývalý vodič autobusu. Spolu s manželom bývajú v rodinnom dome a majú štyri deti.

Alergická anamnéza: Pacientka alergie neguje.

Lieková anamnéza: Anopyrin 1x denne, Tezeo 80mg 1x denne, Furon 1x denne, Amlator 20/5mg 1x denne.

Záujmy a záľuby: čítanie kníh, chov domácich zvierat (sliepky, čínske prasa), pečenie tort a zákuskov, sledovanie seriálov a telenoviel, vnúčatá

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientke vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jej súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacientka dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „*máte na mysli škodlivosť fajčenia?*“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacientka je fajčiarka a momentálne vyfajčí asi 10 cigariet denne. Pacientka vyplnila Fagerströmov test závislosti na nikotíne, z ktorého sme zistili, že si svoju prvú cigaretu zapáli do 30 minút po zobudení. Táto cigareta ju aj najviac uspokojuje. Pacientka uviedla, že fajčí častejšie počas prvých hodín po zobudení než v ostatnom dennom čase a niekedy je pre ňu ťažké nefajčiť na miestach so zákazom fajčenia. Stav keď je chorá a celý deň leží v posteli jej nebráni v tom aby si zapálila aspoň jednu cigaretu za deň. Celkové skóre tohto testu vyšlo 6, čo znamená silnú závislosť na nikotíne. Pacientka má výšku 167cm a váži 70kg, jej BMI je 25,1. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že sa snaží jesť menšie porcie a častejšie. Rada pečie torty a zákusky, keď ju nejakí známi požiadajú a okrem pečenia obľubuje aj ich konzumáciu, ale všetko v rámci normy, vôbec sa neprejedá. Vie kedy si povedať dosť. Alkoholické nápoje nepije z dôvodu užívania liekov, ale raz za mesiac si dá 0,5dcl tvrdého domáceho alkoholu. Pohybovej či športovej aktivite sa vyhýba z dôvodu bolesti kĺbov pri väčšej záťaži. Na otázku či ju zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedala: „*áno zaujímajú ma, ale v skutočnosti je to veľmi ťažké dodržiavať*“. Pacientka pozná hodnotu svojho TK, pretože si ho niekedy sama zmeria a chodí na kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka udáva, že má zvýšený cholesterol v krvi, ale presnú hodnotu nepozná. Pacientka sa snaží vyhýbať stresovým situáciám, ale niekedy sa v takej situácii ocitne, keď má niekomu na objednávku upiecť zákusky alebo tortu a nedarí sa jej v ten deň.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť pacienta o škodlivosti fajčenia ako rizikového faktoru

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o výživy ako rizikovom faktore ICHS a cholecystolitiázy

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o škodlivosti fajčenia a o odporúčaníach, ktoré pomáhajú pri odvykaní od fajčenia
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pri cholelitiáze
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK
- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacientky požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa jej darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mala riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacientku vyzvali, aby zhodnotila svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacientka odpovedala, že keď si odmyslí všetky svoje zdravotné problémy, tak sa cíti dobre, pravidelne užíva lieky a meria si TK. Pacientka tvrdí, že od nášho posledného stretnutia vyfajčila celkovo menej cigariet. Vraj som na ňu zapôsobila veľmi dobre, tak si kúpila nikotínové náplasti. Každý druhý deň si nalepí náplast' a fajčí až potom ďalší deň bez náplasti, pretože mesiac je veľmi krátka doba na to, aby sa fajčenia vzdala úplne. Potrebuje cigaretu držať v ruke a v ústach. Čo sa týka diétnych opatrení, tak sa pacientka snažila riadiť našimi odporúčaniami. Pacientka tvrdí, že má dostatok pohybovej aktivity v rámci starostlivosti o domáce zvieratá. Iná pohybová aktivita u nej nie je možná z dôvodu bolesti kĺbov. Pacientka sa za posledný mesiac neocitla v žiadnej stresovej situácii, hoci mala trochu obavy ako bude zvládať celý deň bez cigarety. Pacientke sme zmerali TK (140/90mmHg), pulz (66/min.) a váhu (70kg).

S pacientkou sme znovu rozoberali doporučené postupy pri odvykaní od fajčenia a niektoré recepty vhodné pre konzumáciu pri dyslipidémii a cholecystolitíaze.

8.8 Edukácia pacienta č. 8

Anamnéza

- Meno a priezvisko:* O. P.
- Rodné číslo:* z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
- Pohlavie:* žena
- Vek:* 61 rokov
- Rodinný stav:* vdova
- Bydlisko:* Košice
- Národnosť:* slovenská
- Poisťovňa:* 25 - 43
- Vzdelanie:* stredné odborné vzdelanie
- Zamestnanie:* starobný dôchodok
- Najbližší príbuzný:* syn
- Lekárska diagnóza:*
- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
 - St. p. recidíve non – Q infarktu myokardu prednej steny
 - Arteriálna hypertenzia
 - Aortálna stenóza
 - Mitrálna insuficiencia
 - Ľahká trikuspidálna insuficiencia
 - Ischemická choroba DK 2. stupeň Fontainovej klasifikácie
 - Diabetes mellitus 2. typu
 - Dyslipidémia
 - Struma nodoza
 - Polytopny vertebrogénny algický syndróm
 - St. p. nefrektómie pre Grawitzov nádor
 - St. p. cholecystektómii
 - St. p. mastektómii pre adenokarcinóm

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacientka bola v roku 1995 hospitalizovaná v nemocnici z dôvodu vykonania nefrektómie pre Grawitzov nádor a o rok neskôr jej

bola vykonaná cholecystektómia. V roku 1999 bol pacientke odstránený adenokarcinóm prsníka. V roku 2005 prekonala prvý infarkt myokardu a o rok neskôr ďalší non – Q infarkt myokardu prednej steny. U pacientky bolo vykonané koronarografické vyšetrenie, ktoré ukázalo 50% stenózu RIA, 90% stenózu RD1, tesnú stenózu RCX a uzavretie vetvy ACD v strednej tretine. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka je nefajčiarka a subjektívne sa cíti slabá.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacientka pri vedomí, orientovaná, spolupracuje, mobilná, normostenický habitus, objektívne pozorovaná nadváha, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 1/6 nad aortou, P – 82/min., TK – 130/80 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz na ľavej končatine nehmatateľný a na pravej končatine slabo hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, +60 el. os, PQ 160 msec., R/S V3 ST depresia II, III, aVF, V4 – 6, T negatívne III, aVF ink. RBBB.

ECHO – kardiografia: LKd – 5,4cm s hrúbkou stien IVS 1,0cm a ZS 1,0cm s kinetikou hrotu a IVS 0,6cm, ZS 1,1cm; LP – 3,5cm; koreň ascendentnej aorty – 3,3cm s hrúbkou sklerotickej steny 0,6cm; PK – 2,2cm s hrúbkou voľnej steny 0,25cm; Chlopne – aortálna so sklerotickými cípmi sep. 1,6cm, prietok 140cm/s; mitrálna: porucha prietoku kvôli sklerotickému prstencu a závesnému aparátu, insuficiencia 80cm/s; trikuspidálna insuficiencia s prietokom 60cm/s; P 100cm/s; perikard bez výpotku.

Rodinná anamnéza: Matka pacientky sa okrem iného lieči na diabetes mellitus a diabetickú retinopatiu. Má amputovanú pravú dolnú končatinu z dôvodu komplikácie diabetu.

Sociálna anamnéza: Pacientka je na starobnom dôchodku, predtým pracovala v Jednotnom roľníckom družstve ako dojička. Už tri roky je vdovou, jej manžel zomrel pri autonehode. Býva spolu so synom v rodinnom dome.

Alergická anamnéza: Pacientka alergie nekuje.

Lieková anamnéza: Prestarium A 5mg 1x denne ½ tablety, Egilok 25 mg 2x denne, Anopyrin 100mg 1x denne, Corvaton 8mg 2x denne.

Zájmy a záľuby: paličková čipka, varenie, šitie krojov, práca v záhrade, zbieranie a ďalšie spracovanie bylín pre vlastnú potrebu

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientke vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jej súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacientka dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „*nie som si istá, čo to znamená*“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacientka je nefajčiarka. Pacientka má výšku 163cm a váži 87kg, jej BMI je 32,74. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že dodržiava diabetickú diétu. Pije nesladené bylinkové čaje a minerálne vody. Nekupuje celozrnné pečivo, pretože jej vôbec nechutí, má radšej obyčajné biele. Sladkosti si kupuje diabetické, pretože úplne vynechať by ich nemohla. Nepočíta koľkokrát denne jedáva. Keď je hladná, tak sa naje. Alkoholické nápoje nepije z dôvodu užívania liekov, ale niekedy si dá pivo na pretrávenie. Pohyb má v rámci práce na záhrade a pri zbieraní bylín. Na otázku či ju zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedala: „*čo ja viem? - ani veľmi nie, už som toho toľko prežila, že neviem či má zmysel niečo meniť a keby som sa chcela stravovať úplne zdravo, potrebovala by som mať viacej peňazí*“. Pacientka pozná hodnotu svojho TK, pretože si ho meria niekoľkokrát v týždni a chodí na kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Taktiež si pravidelne meria glykémiiu. Pacientka tvrdí, že stále sa ocitne v nejakej stresovej situácii či už v rámci diagnostiky nejakého ochorenia alebo celkovo doma.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a pravidelnom meraní glykémie

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a dokáže vysvetliť význam selfmonitoringu glykémie
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity
- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacientky požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa jej darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mala riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacientku vyzvali, aby zhodnotila svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacientka odpovedala, že už dlho sa cíti slabá, ale nezhoršuje sa to. Dodržiava diabeticke diéty, pravidelne si meria glykémiu TK a užíva lieky. Čo sa týka dodržiavania diétnych opatrení na znižovanie hladín tukov v krvi, tak aby si mohla kúpiť niektoré vhodné potraviny, tak teraz ešte viacej sleduje akciové letáky z Kauflandu alebo Lidlu. Ale samozrejme, že sa tým neriadi úplne. Zje to čo má po ruke doma. Pacientka pohybovú aktivitu nezvýšila, za tento mesiac sa bola asi iba 2x prejsť. Vraví, že na jar bude mať dostatok pohybu v rámci práce v záhrade. Teraz je navyše zaneprázdnená šitím dvoch krojov na objednávku. Pacientka sa za posledný mesiac ocitla v stresovej situácii raz, keď vnučka zakopla a rozťala si obočie na obrubníku. Na iné situácie si nespomína alebo neboli veľmi podstatné. Pacientke sme zmerali TK (135/80mmHg), pulz (80/min.), glykémiu (6,8mmol/l) a váhu (85kg). S pacientkou sme ešte raz rozobrali diétu na zníženie hladín tukov v krvi.

8.9 Edukácia pacienta č. 9

Anamnéza

- Meno a priezvisko:* Q. R.
- Rodné číslo:* z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
- Pohlavie:* žena
- Vek:* 63 rokov
- Rodinný stav:* rozvedená
- Bydlisko:* Košice
- Národnosť:* slovenská
- Poisťovňa:* 24 - 00
- Vzdelanie:* stredné odborné vzdelanie
- Zamestnanie:* starobný dôchodok
- Najbližší príbuzný:* dcéra
- Lekárska diagnóza:*
- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
 - St. po recidíve infarktu myokardu a po 3-násobnom CABG
 - Stredne závažná aortálna stenóza
 - Mitrálna isuficiencia
 - Arteriálna hypertenzia
 - Dyslipidémia
 - Diabetes mellitus 2. typu
 - Hepatopatia
 - Vertebrogénny algický syndróm
 - Parapsoriáza

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacientka bola v roku 2007 hospitalizovaná v nemocnici z dôvodu infarktu myokardu. Bolo u nej zrealizované koronarografické vyšetrenie, prostredníctvom ktorého sa zistila 60% stenóza RMS a ACD, RIA bola úplne uzavretá. V roku 2012 bola pacientka hospitalizovaná vo VÚSCH kvôli plánovanej kardiochirurgickej operácie, kde jej bol vykonaný 3-násobný CABG. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka udáva občasný subjektívny pocit tlaku na hrudníku. Pacientka je nefajčiarka.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacientka pri vedomí, orientovaná, spolupracuje, mobilná, normostenický habitus, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, parapsoriatická afekcia kože HK, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 2/6 nad aortou, P – 100/min., TK – 170/100mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný. EKG: sínusový rytmus, +30 el. os, PQ 160 msec., R/S V3 ST depresia V4 – 6, T+- v prekordiu ink. RBBB.

Rodinná anamnéza: Otec aj matka majú obezitu, dyslipidémiu a kardiovaskulárne ochorenie. Otec má implantovaný kardiostimulátor.

Sociálna anamnéza: Pacientka je na starobnom dôchodku, predtým pracovala ako krajčírka. Pacientka je rozvedená a býva sama v 1-izbovom byte. Má jednu dcéru, ktorá pracuje ako sestra v chirurgickej ambulancii.

Alergická anamnéza: Pacientka udáva alergiu na penicilín a prach.

Lieková anamnéza: Egilok XL 50mg, 1x denne, Corvaton 8mg 1x denne ½ tablety, Inegy 10/20mg 1x denne, Zyllt 1x denne, Furosemid 1x ob deň ½ tablety, Cardilan 1x denne.

Zájmy a záľuby: vyšívanie, šitie, lúštenie sudoku, spev v kostolnom zbore a vo folklórnom speváckom súbore

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientke vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jej súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacientka dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „*myslím, si že mám, ale nevadí ak mi o nich porozprávate*“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacientka je nefajčiarka. Pacientka má výšku 174cm a váži 68kg, jej BMI je 22,46. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že sa snaží jesť pravidelne.

Uvarí si všetko čo jej príde na chuť, nerozlišuje či je to zdravé alebo nezdravé jedlo. Ale dodržiava diabetickú diétu a neprejedá sa. Alkoholické nápoje nepije z dôvodu užívania liekov. Nevykonáva žiadnu pohybovú či športovú aktivitu, pretože ju dosť často bolí chrbát. Na otázku či ju zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedala: „áno, zaujímajú ma, nebránim sa tomu“. Pacientka pozná hodnotu svojho TK, pretože si ho pravidelne doma meria a chodí na kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Taktiež si pravidelne meria glykémiu. Pacientka sa v stresových situáciách ocitá minimálne.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a pravidelnom meraní glykémie

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a dokáže vysvetliť význam selfmonitoringu glykémie
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacientky požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa jej darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mala riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacientku vyzvali, aby zhodnotila svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacientka povedala, že tento mesiac sa necítila veľmi dobre. Mala chrípku a asi týždeň a pol ležala v posteli a liečila sa. Takže nevykonávala žiadnu pohybovú aktivitu, ani nijaké nové diétne opatrenia. Dodržiavala iba svoju diabeticke diétu, nič iné. Stres pre ňu vyvolávala chrípka a jej zdĺhavé liečenie. Počas toho schudla 3kg, z dôvodu nechutenstva. Pacientke sme zmerali TK (155/95mmHg), pulz (78/min.),

glykémiu (5,3mmol/l) a váhu (65kg). S pacientkou sme ešte raz rozobrali diétu na zníženie hladín tukov v krvi.

8.10 Edukácia pacienta č. 10

Anamnéza

Meno a priezvisko: S. T.
Rodné číslo: z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
Pohlavie: žena
Vek: 58 rokov
Rodinný stav: vydatá
Bydlisko: Košice
Národnosť: slovenská
Poisťovňa: 25 - 43
Vzdelanie: stredné odborné vzdelanie
Zamestnanie: pracovníčka na sociálnej poisťovni
Najbližší príbuzný: manžel
Lekárska diagnóza:

- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
- NYHA 3. stupňa
- Arytmia Lown IVa, IVb, 2. stupeň podľa Berissiho
- Pozitívne neskoré komorové potenciály
- Ľahká mitrálna insuficiencia
- Vredová choroba duodena
- Vertebrogény algický syndróm (C – Th)
- Hypotyrepóza

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacientka bola 29.1.2002 hospitalizovaná v Kardiocentre v Košiciach z dôvodu realizácie koronarografického vyšetrenia. Zobrazené boli gracilné cievy RIA, RCX a ACD s 80% stenózou. Dňa 10.3.2003 bola u pacientky vykonaný revaskularizačný výkon PTCA s implantáciou stentu do ACD. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka subjektívne pociťuje slabosť, búšenie srdca, pichanie pri srdci, opuch DK, bolesť chrbtice a žalúdka, netoleruje námahu. Pacientka je nefajčiarka. Bolo jej odporúčané fyzické a psychiatrické vyšetrenie.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacientka pri vedomí, orientovaná, spolupracuje, mobilná, normostenický habitus, objektívne pozorovaná nadváha, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, ohraničené ozvy, P – 74/min., TK – 160/100 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepoivo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný.

Rodinná anamnéza: Otec pacientky má ischemickú chorobu srdca a je po revascularizačnom výkone. Bol operovaný kvôli katarakte oboch očí. Matka zomrela na karcinóm žalúdka. Brat pacientky mal leukémiu a zomrel ako 36 ročný.

Sociálna anamnéza: Pacientka býva spolu so svojim manželom v 3-izbovom byte. Manžel je na starobnom dôchodku a predtým pracoval ako robotník na stavbách. Majú dve deti.

Alergická anamnéza: Pacientka alergie neguje.

Lieková anamnéza: Zyllt 1x denne, Rytmonorm SR 225mg 2x denne, Candesartan HCT 16/12,5mg 1x denne, Corvaton 8mg 1x denne, Cardilan 1x denne, Inegy 10/20mg 1x denne.

Zájmy a záľuby: čítanie kníh a poézie, amatérske maľovanie obrazov, prechádzky v prírode a s vnúčatami, práca na chate, sledovanie seriálov a telenoviel

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientke vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jej súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacient dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „áno, samozrejme, bola som poučená lekárom a je toho aj plný internet“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacientka je nefajčiarka. Pacientka má výšku 170cm a váži 82kg, jej BMI je 28,37. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že neraňajkuje, pretože jej ráno vôbec nechutí jesť. Jej stravovanie počas dňa je inak primerané,

neprejedá sa. Začala piť zelenú kávu a k nej si dá spolu s kolegyňami nejaký menší zákusok. Vyskúšala už strašne veľa diét, naposledy Mačingovej diétu, ale nemá pevnú vôľu. S manželom si kúpili pekárničku na chlieb a pravidelne si ho sami doma pečú zo špaldovej múky. Alkoholické nápoje nepije z dôvodu užívania liekov, ale keď je nejaká väčšia oslava, alebo majú doma návštevu, tak si dá štamperlík likéru. Pacientka sa pri dlhšej a namáhavej chôdzi rýchlo zadýcha a unaví, ale napriek tomu má rada pomalé prechádzky v prírode. Na otázku či ju zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedala: „*áno, aj kolegyne o tom neustále rozprávajú, niektoré začali chodiť na Zumbu, ale ja kvôli svojmu zdravotnému stavu a veku nemôžem, skúšam diéty*“. Pacientka hodnotu svojho TK pozná, pretože jej ho doma meria manžel hlavne vtedy, keď sa necíti dobre. U lekára jej TK stále stúpne z dôvodu syndrómu bieleho plášťa. Pacientka si hodnotu cholesterolu v krvi nepamätá. Pacientka sa ocitá v stresových situáciách niekedy v práci alebo aj doma. Vždy ju upokojí maľovanie.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť vedomosti pacienta o výžive ako rizikovom faktore ICHS a vredovej choroby duodena

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pri vredovej chorobe duodena
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacientky požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa jej darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mala riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacientku vyzvali, aby zhodnotila svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacientka odpovedala, že sa cíti ako na horskej dráhe. Raz je v poriadku, inokedy má stavy búšenia srdca a celkovej slabosti. Momentálne sa subjektívne cíti dobre. Čo sa týka diétnych opatrení, tak sa snažila nakupovať potraviny, ktoré som jej odporúčala, dokonca vzala poster doporučených potravín do práce a s kolegyňami si ho preštudovali. Pacientka udáva, že sa niekoľkokrát pokúsila

raňajkovať. Na raňajky mala ovsenú kašu alebo biely jogurt s müsli. Pacientka má z toho veľmi dobrý pocit, ale nevie ako dlho ju to bude držať, pretože nemá pevnú vôľu a zatiaľ žiadnu diétu nedotiahla do konca. Pacientka chodí na pomalé prechádzky. Pacientka sa tento mesiac neocitla v žiadnej stresovej situácii. Pacientke sme zmerali TK (145/90mmHg), pulz (70/min.) a váhu (80kg). S pacientkou sme ešte raz rozobrali vhodné diétne opatrenia.

8.11 Edukácia pacienta č. 11

Anamnéza

Meno a priezvisko: U. V.

Rodné číslo: z dôvodu zachovania anonymity neuvedené

Pohlavie: žena

Vek: 61 rokov

Rodinný stav: vydatá

Bydlisko: Košice

Národnosť: slovenská

Poisťovňa: 25 - 43

Vzdelanie: 2. stupeň vysokoškolského vzdelania

Zamestnanie: starobný dôchodok

Najbližší príbuzný: manžel

Lekárska diagnóza:

- Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris
- St. p. anteroseptálnom STEMI infarkte myokardu
- St. p. ruptúre RCX s hemoperikardom s následnou fenestráciou perikardu
- Paroxizmálna fibrilácia predsiení
- Arteriálna hypertenzia
- Dyslipidémia
- Diabetes mellitus 2. typu
- Cysty v ľavej obličke
- St. p. cholecystektómii
- St. p. hysterektómii
- Vertebrogénny algický syndróm
- Osteoporóza

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacientke bola v roku 2003 diagnostikovaná arteriálna hypertenzia. V júli 2015 bola hospitalizovaná vo VÚSCH pre akútny STEMI infarkt myokardu. Bolo jej vykonané koronarografické vyšetrenie, ktorým sa zistila 75% stenóza RIA a 80% stenóza RCX. Počas revaskularizačného výkonu došlo k ruptúre RCX, následne k hemoperikardu a musela byť zrealizovaná fenestrácia perikardu srdca. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka je fajčiarka a denne vyfajčí 10 cigariet.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacientka pri vedomí, orientovaná, spolupracuje, mobilná, normostenický habitus, objektívne pozorovaná nadváha, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, P – 76/min., TK – 170/90 mmHg, brucho nad niveau, priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, -60 el. os, PQ 140msek., R/S V3 ST izoel. T pozitívna.

Rodinná anamnéza: Otec pacientky má implantovaný kardiostimulátor, CABG a lieči sa na hypertenziu. Matka pacientky má nadváhu, cholecystolitiázu, reumatické ochorenie kĺbov a kardiovaskulárne ochorenie neguje.

Sociálna anamnéza: Pacientka je na starobnom dôchodku, predtým pracovala ako stavebná inžinierka. Býva spolu so svojim manželom v rodinnom dome. Majú tri deti.

Alergická anamnéza: Pacientka alergie neguje.

Lieková anamnéza: Betaloc ZOK 25mg 2x denne, Amlessa 8/5mg 1x denne, Cordarone 1x od deň, Warfarin 3mg 1x denne a ½ tablety ob deň, Tensiomin podľa potreby.

Zájmy a záľuby: práca na záhrade, varenie, konzultantka hlavného mestského architekta, rada chodí na dovolenky do zahraničia, plávanie, vnúčatá

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientke vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jej súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacientka dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „*áno, myslím si, že mám dostatok informácií o týchto faktoroch*“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacientka je fajčiarka a momentálne vyfajčí asi 10 cigariet denne. Pacientka vyplnila Fagerströmov test závislosti na nikotíne, z ktorého sme zistili, že si svoju prvú cigaretu zapáli do 15 minút po zobudení. Táto cigareta ju aj najviac uspokojuje. Pacientka uviedla, že nefajčí častejšie počas prvých hodín po zobudení než v ostatnom dennom čase a nie je pre ňu ťažké nefajčiť na miestach so zákazom fajčenia. Presunie sa tam, kde si môže zapáliť. Stav keď je chorá a celý deň leží v posteli jej nebráni v tom aby si zapálila aspoň tri cigarety za deň. Celkové skóre tohto testu vyšlo 4, čo znamená slabú závislosť na nikotíne. Pacientka má výšku 164cm a váži 82kg, jej BMI je 30,49. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že dodržiava diabetickú diétu. Rada varí a teraz, keď je na dôchodku, tak má na to aj dostatok času. Alkoholické nápoje nepije z dôvodu užívania liekov. Pohybovú aktivitu má v rámci práce na záhrade a raz do týždňa si ide zaplávať. Pomáha jej to pri bolestiach chrbtice. Na otázku či ju zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedala: „*že si rada popočúva nejaké nové odporúčania*“. Pacientka pozná hodnotu svojho TK, keďže bola na kontrolnom vyšetrení u svojho kardiológa. Pravidelne si meria glykémiu. Pacientka sa snaží vyhýbať stresovým situáciám. Keď sa už v nejakej ocitne, tak si zapáli na upokojenie a snaží sa to potom riešiť s chladnou hlavou.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť pacienta o škodlivosti fajčenia ako rizikového faktoru

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a pravidelnom meraní glykémie

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o škodlivosti fajčenia a o odporúčaníach, ktoré pomáhajú pri odvykaní od fajčenia
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a dokáže vysvetliť význam selfmonitoringu glykémie
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK
- Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacientky požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa jej darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mala riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacientku vyzvali, aby zhodnotila svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacientka odpovedala, že sa subjektívne cíti dobre, užíva lieky pravidelne, dodržiava diabeticкую diétu a pravidelne si meria glykémiu a začala si merať aj TK. K dodržiavaniu diéty na zníženie hmotnosti a hladín tukov v krvi sa vyjadrila, že nemá potrebu to dodržiavať, lebo je spokojná so svojim stravovaním a nič by na ňom nemenila. Taktiež neznížila počet vyfajčených cigariet za deň. Dôvod udala taký, že kým to nie je celá škatuľka za deň, tak je všetko v poriadku. Uvedomuje si, že je na fajčení závislá a zatiaľ jej to nevádi. Lepšie sa jej potom rozmýšľa. Pacientka chodí pravidelne na plaváreň a na prechádzky s dcérou. Pacientka si nespomína či sa ocitla v nejakej stresovej situácii a keď aj áno, tak sa upokojila po vyfajčení cigarety. Pacientke sme zmerali TK (165/90mmHg), pulz (76/min.), glykémiu (7,8mmol/l) a váhu (82kg). Pacientka bola znova edukovaná o škodlivosti fajčenia, potrebe zníženia hmotnosti a postupoch na zníženie stresu, ktoré nezahŕňajú fajčenie.

8.12 Edukácia pacienta č. 12

Anamnéza

<i>Meno a priezvisko:</i>	W. X.
<i>Rodné číslo:</i>	z dôvodu zachovania anonymity neuvedené
<i>Pohlavie:</i>	žena
<i>Vek:</i>	64 rokov
<i>Rodinný stav:</i>	rozvedená
<i>Bydlisko:</i>	Košice
<i>Národnosť:</i>	slovenská
<i>Poisťovňa:</i>	25 - 43
<i>Vzdelanie:</i>	stredoškolské odborné vzdelanie
<i>Zamestnanie:</i>	starobný dôchodok
<i>Najbližší príbuzný:</i>	dcéra
<i>Lekárska diagnóza:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ischemická choroba srdca so stabilnou angínou pectoris• St. p. operácii srdca so 4 – násobným CABG• Paroxyzmálna fibrilácia predsiení• Arteriálna hypertenzia• Diabetes mellitus 2. typu• Dyslipidémia• Dyspeptický žalúdočný syndróm

Anamnéza terajšieho ochorenia: Pacientka má od roku 1992 diagnostikovaný a liečený diabetes mellitus 2. typu a arteriálnu hypertenziu. Dňa 28.7.2014 bola hospitalizovaná vo VÚSCH z dôvodu kardiochirurgickej operácie. Bol jej vykonaný 4 – násobný CABG. U pacientky je taktiež pravidelne vykonávaná kardioverzia kvôli častej fibrilácii predsiení. Toho času chodí na pravidelné kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka sa subjektívne cíti slabá. Pacientka je fajčiarka, pred operáciou srdca vyfajčila 20 cigariet denne, momentálne to obmedzila na 8 cigariet za deň.

Objektívne vyšetrenie lekárom: Pacientka pri vedomí, orientovaná, spolupracuje, mobilná, normostenický habitus, šija voľná, orientačne neurologicky bez laterality, bez cyanózy a dyspnoe, koža čistá, dýchanie vezikulárne čisté, akcia srdca pravidelná, srdcový šelest 2/6 nad hrotom, P – 60/min., TK – 160/90 mmHg, brucho nad niveau,

priehmatné, palpačne a poklepovo nebolestivé, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny bez edémov, periférny pulz hmatateľný.

EKG: sínusový rytmus, +30 el. os, PQ 200msek., R/S V1 ST izoel. T +/- vo všetkých zvodoch, q III koplíkacia RBBB.

Rodinná anamnéza: bez pozoruhodností

Sociálna anamnéza: Pacientka je na starobnom dôchodku, predtým pracovala ako úradníčka. Niekoľko rokov bývala v USA. Teraz býva v Košiciach v 2-izbovom byte. Pacientka je rozvedená a má dve dcéry. Jedna dcéra pracuje ako sestra na urológii a druhá je sestrou na psychiatrickom oddelení.

Alergická anamnéza: Pacientka alergie neguje.

Lieková anamnéza: Noliprel Bi – forte 10/2,5mg 1x denne, Eliquis 5mg 2x denne, Furon 1x denne, Atozet 10/20mg 1x denne, Lantus 18j večer, Eucreas 50/1000mg R+O denne.

Záujmy a záľuby: čítanie kníh, preklad článkov z anglického jazyka do slovenčiny, práca v domácnosti, chovanie mačiek, sledovanie seriálov a telenoviel.

Prvé stretnutie

Po prvotnom zoznámení, sa pacientke vysvetlil zámer a cieľ nášho rozhovoru. Po získaní jej súhlasu sme pristúpili ku kladeniu úvodných otázok potrebných pre zostavenie edukačného plánu. Na otázku, ktorou sme zisťovali či má pacientka dostatok informácií týkajúcich sa rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, sme dostali odpoveď: „áno, mám“. Ďalšia otázka sa týkala fajčenia. Pacientka je fajčiarka a momentálne vyfajčí asi 8 cigariet denne. Pacientka vyplnila Fagerströmov test závislosti na nikotíne, z ktorého sme zistili, že si svoju prvú cigaretu zapáli až po 60 minútach od zobudenia. Táto cigareta ju aj najviac uspokojuje. Pacientka uviedla, že nefajčí častejšie počas prvých hodín po zobudení než v ostatnom dennom čase a nie je pre ňu ťažké nefajčiť na miestach so zákazom fajčenia. Stav keď je chorá a celý deň leží v posteli jej nebráni v tom aby si zapálila aspoň dve cigarety za deň. Celkové skóre

tohto testu vyšlo 2, čo znamená slabú závislosť na nikotíne. Pacientka má výšku 172cm a váži 61kg, jej BMI je 20,62. Čo sa týka spôsobu stravovania, tak tvrdí, že sa neprejedá a dodržiava diabetickú diétu. Počas raňajok si urobí instantnú kávu s mliekom a potom si ide zapáliť. Má veľmi rada vajíčka na rôzne spôsoby a chrumkavú slaninu. Snaží sa jesť 5 porcií jedla denne, ale nie vždy sa jej to podarí. Závisí to od jej denného programu. Alkoholické nápoje nepije často z dôvodu užívania liekov, ale príležitostne si dá 2 - 3dcl vína. Nevenuje sa žiadnej športovej aktivite a pohyb má v rámci prechádzky v meste alebo keď ide na návštevu k dcéram. Na otázku či ju zaujímajú informácie týkajúce sa zdravého spôsobu života nám odpovedala: „*myslím si, že môj spôsob života nie je nezdravý, síce by som mohla jesť viacej zeleniny, ale dodržiujem diétu a váhovo som so sebou spokojná*“. Pacientka pozná hodnotu glykémie a svojho TK, pretože si ho pravidelne meria a chodí na kontrolné vyšetrenia k svojmu kardiológovi. Pacientka sa snaží vyhýbať stresovým situáciám a určité veci si „nepripúšťať k telu“.

Edukačný plán

Druhé stretnutie

Téma: Ischemická choroba srdca – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike ischemickej choroby srdca

Zlepšiť informovanosť pacienta o škodlivosti fajčenia ako rizikového faktoru

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a pravidelnom meraní glykémie

Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 35 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Tretie stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť v poliklinike

Metóda: rozhovor

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

Realizácia

Druhé stretnutie

Obsahom tohto stretnutia bola realizácia reedukácie podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:

- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
- Edukant disponuje vedomosťami o škodlivosti fajčenia a o odporúčaníach, ktoré pomáhajú pri odvykaní od fajčenia
- Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a dokáže vysvetliť význam selfmonitoringu glykémie
- Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK

- Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Tretie stretnutie

Na tomto stretnutí sme od pacientky požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili či sa jej darilo dodržať odporúčané režimové opatrenia, podľa ktorých sa mala riadiť celý mesiac. Na začiatku sme pacientku vyzvali, aby zhodnotila svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Pacientka odpovedala, že nezachytila nijaké zmeny v jej zdravotnom stave od nášho posledného stretnutia. Pacientka pravidelne užíva lieky, dodržiava diabetickú diétu, pravidelne si meria glykémiu a TK. Pacientka sa snažila obmedziť niektoré nevhodné potraviny, ktoré bežne konzumovala, ale inak nič radikálne nemenila. Je spokojná so svojim stravovaním. Čo sa týka fajčenia, tak zvážila všetky odporúčania, ktoré sme naposledy rozoberali, prezrela si niektoré internetové stránky, zaoberajúce sa touto problematikou, ale stále sa ešte neodhodlala niečo zmeniť. Pacientka udáva, že má dostatok pohybu v rámci prechádzok v meste. Pacientka sa za posledný mesiac neocitla v žiadnej veľkej či vážnej stresovej situácii. Pacientke sme zmerali TK (160/90mmHg), pulz (60/min.), glykémiu (7,2mmol/l) a váhu (60kg). S pacientkou sme ešte raz rozobrali tému škodlivosti fajčenia a vhodné potraviny s receptami pri diéte na znižovanie hladín tukov v krvi.

DISKUSIA

Pre spracovanie mojej diplomovej práce sme si určili jeden hlavný a štyri čiastkové ciele. K daným cieľom boli stanovené tri výskumné otázky. Pre dosiahnutie vytýčených cieľom sme použili metódu kvalitatívneho výskumu – rozhovor. Hlavným cieľom bolo zistiť najčastejšie prekážky v edukácii pacientov s kardiovaskulárnym ochorením a nájsť spôsob ich ovplyvnenia či prekonania. Čiastkové ciele boli nasledovné:

1. Zistiť či majú pacienti dostatok informácií o ovplyvniteľných rizikových faktoroch ischemickej choroby srdca. K tomuto cieľu sa viaže výskumná otázka s rovnakým znením. Odpoveď sme zisťovali na prvom stretnutí s pacientmi. Väčšina pacientov odpovedala, že má dostatok informácií a získali ich od lekára, z odbornej literatúry a internetu. Dvaja pacienti sú zoznámení s touto problematikou iba okrajovo a dvaja pacienti odpovedali, že si nie sú istí čo to znamená. V rámci tohto stretnutia a na základe odpovedí na všetky položené otázky, sme si znalosti pacientov o ischemickej chorobe srdca a jej rizikových faktoroch oznámkovali, aby sme neskôr mohli posúdiť či naša edukácia bola efektívna. Pacientov sme klasifikovali stupňom 1 (výborné znalosti) – 5 (nedostatočné znalosti). Napriek tomu, že väčšina pacientov odpovedala na prvú otázku kladne, celkový priemer známok bol 3,5 (vid'. tabuľka v prílohe). Preto edukačný plán pre každého pacienta obsahoval cieľ na zlepšenie informovanosti pacienta o ischemickej chorobe srdca, jej formách, príznakoch, diagnostike, liečbe a rizikových faktoroch.

2. Vypracovať edukačný plán pre každého pacienta a prispôbiť ho jeho potrebám. Stanovený cieľ sme splnili, pretože v závislosti od zistených údajov o každom pacientovi a jeho odpovedí sme vypracovali edukačný plán, podľa ktorého sme zrealizovali reedukáciu na druhom stretnutí. Pacienti boli edukovaní v minimálne troch a maximálne až v siedmych oblastiach. Edukácia sa týkala charakteristiky ischemickej choroby srdca, diabetu mellitu 2. typu, dodržiavania diabetickej diéty a pravidelného merania glykémie, diéty a ďalších opatrení na zníženie hladiny tukov v krvi, možnosti znižovania hmotnosti, možnosti zvýšenia pohybovej aktivity, charakteristiky hypertenzie, dodržiavania liečby a pravidelného merania tlaku krvi, negatívneho pôsobenia stresových situácií na organizmus a postupov či techník na znižovanie stresu. Na konci sme pacientom položili kontrolné otázky, aby sme zistili či porozumeli všetkému čo sme rozoberali alebo či nepotrebujú ešte niečo objasniť.

Svěřáková (2012) tvrdí, že dôkladná príprava edukačného procesu, ktorého súčasťou je aj vytvorenie edukačného plánu, je veľmi dôležité. Uľahčí prácu sestry a motivuje pacienta. Pacient potom vidí, že sa mu od ošetrojúceho personálu dostáva náležitej starostlivosti a k edukácii pristupuje zodpovednejšie. S týmto názorom súhlasím, pretože po našom objektívnom zhodnotení celého priebehu edukácie si dovoľíme povedať, že sa nám tento výrok u väčšiny respondentov potvrdil. Aj Husarova (2008) vo svojom článku upozorňuje sestry na dôsledky nesprávnej edukácie, medzi ktoré patrí znižovanie dôvery pacienta k zdravotníkovi. Prieskum, s ktorým nás oboznamuje Horanská a kol. (2015) v časopise *Cardiology Letters*, uvádza, že až 60% sestier vykonáva systematickú edukáciu, ale pomocou ďalšej otázky sa zistilo, že len 40% z nich vie, o čom presne bol pacient edukovaný. Čo to potom vypovedá o kvalite edukácie zo strany sestier, keď až 60% z nich si len domýšľa o čom jej kolegyňa edukovala pacienta alebo vedie svoju edukáciu úplne nezávisle? Týka sa to hlavne sestier na oddeleniach a v ambulanciách, kde sa striedajú viaceré. Hovorí, že aj tento poznatok by mal byť stimulom na vypracovanie edukačných plánov a ich štandardizácia by mohla zlepšiť edukačný proces tým, že by sestry presne vedeli o čom edukovala ich kolegyňa. Predpripravený edukačný plán by sa prispôbil konkrétnemu pacientovi a ušetrený čas z prípravy by sa využil pri edukácii a starostlivosti o pacienta.

Výskumnou otázkou sme zisťovali: *Je dodržiavanie a zachovanie postupnosti jednotlivých fáz edukačného procesu efektívne?* Podľa nášho názoru závisí efektivita edukácie od toho, v akom poradí a či vôbec boli jednotlivé kroky edukačného procesu uskutočnené. Je potrebné zachovať ich postupnosť, pretože je logicky postavená a môžeme povedať, že to v našom výskume malo efekt. Pretože nemôžeme pacienta edukovať bez toho, aby sme o ňom vedeli potrebné informácie alebo ich zisťovali až dodatočne. Tým, že sme to dodržali, tak sme sa vyhli zbytočným nedorozumeniam, nevrlosti a pacienti boli ochotní spolupracovať. Taktiež neboli zbytočne časovo ani psychicky preťažovaní v jeden deň. Zabezpečili sme vhodné edukačné prostredie bez výrazných rušivých vplyvov. Myslíme si, že sme pôsobili dostatočne profesionálne, pretože sme mali všetko dopredu pripravené, nezmätkovali sme a obsah stretnutí nevymýšľali „za pochodu“. Pacientom sme zodpovedali všetky otázky a zapájali sme ich do edukačného procesu. Zhodnotením realizácie nášho výskumu a podľa výsledkov, ktoré sme dosiahli si dovoľíme vysloviť názor, že sa nám podarilo jednotlivé fázy edukačného procesu dodržať a zvládli sme to čo najlepšie. Pacienti vyzerali spokojní,

boli prívetiví a niektorí priznali, že som na nich zapôsobila veľmi dobre. Všetci boli ochotní zúčastniť sa všetkých troch stretnutí.

3. Sledovať dodržiavanie režimových opatrení a liečby u pacientov objektívnym zhodnotením ich zdravotného stavu a analýzou sebahodnotenia pacientov. Pacientov sme na začiatku tretieho stretnutia vyzvali, aby nám zhodnotili svoj zdravotný stav za posledný mesiac. Požadovali sme od nich spätnú väzbu, aby sme zistili a zhodnotili dodržiavanie liečebného režimu a našich pokynov. Väčšina pacientov sa za posledný mesiac subjektívne cítila dobre. Dodržiavali predpísanú liečbu a diabetici svoju diétu. Pravidelne si merali TK, pulz a glykémiu. Jedna pacientka mala chrípku, takže nemohla dodržiavať odporúčané režimové opatrenia a ďalšia udala, že sa cítila ako na horskej dráhe, raz bolo všetko v poriadku a inokedy mala stavy búšenia srdca a celkovej slabosti. Polovica fajčiarov neskúšala prestať fajčiť a použili to aj ako prostriedok na upokojenie sa v stresovej situácii napriek tomu, že boli edukovaní o ďalších technikách na zníženie stresu. Druhá polovica fajčiarov vyskúšala fajčenie obmedziť a použiť prostriedky na odvykanie od fajčenia. Čo sa týka diéty na znižovanie hladín tukov v krvi a zníženie hmotnosti, tak niektorí pacienti sa vyjadrili, že si upravili jedálniček, hoci aj tak nie všetky jedlá boli diétne. Iní zase nič neupravovali a ani sa na to nechystajú, dokonca stratili poster s odporúčanými potravinami. Jedna pacientka povedala, že to nemá potrebu dodržiavať, lebo je so svojim stravovaním spokojná a nič by na ňom nemenila. Ďalšia naopak bola z toho nadšená a rozoberala diétne opatrenia aj so svojimi kolegyňami v práci. Väčšina pacientov tvrdila, že mali dostatok pohybu v rámci prác okolo domu či záhrady, prechádzok do mesta alebo do prírody na chatu. V stresovej situácii sa ocitli iba štyria respondenti. Všetkým pacientom sme zmerali TK, pulz a váhu, u diabetikov aj hodnotu glykémie. Polovica pacientov má diabetes mellitus (2 muži, 4 ženy). K poklesu hmotnosti došlo u piatich pacientov, šiestim sa váha nezmenila a jeden pacient pribral 0,5kg. Podľa potreby sme jednotlivých pacientov znovu edukovali a znovu vysvetlili dôvody zmeny životného štýlu. Výsledok edukácie a zmeny životného štýlu sme pre lepšiu prehľadnosť znázornili v tabuľke (viď príloha). Môžeme tu vidieť, že aj napriek tomu, že všetci pacienti sú edukovaní a vedia ako sa správať a čo dodržiavať, aby dosiahli zlepšenie zdravotného stavu a tým predišli vzniku ďalších komplikácií až smrti, tak iba časť z nich je ochotná zmeniť svoje doterajšie správanie. Aj Gul'ášová so Zacharovou (2009) uvádzajú, že viac ako polovica pacientov s aterosklerózou, ktorá je príčinou ischemickej choroby srdca, má dostatok informácií

o svojom ochorení a správnej životospráve. Napriek tomu 48% pacientov porušuje tieto zásady.

Výskumnou otázkou sme zisťovali: *Súvisí dodržiavanie režimových opatrení a liečby s pohlavím pacienta?* Myslíme si, že dodržiavanie režimových opatrení a liečby súvisí s pohlavím pacienta. Ženy sú trpezlivejšie, vytrvalejšie a zhovorčivejšie než muži. Celkovým zhodnotením odpovedí pacientov a výsledkov meraní môžeme povedať, že sa nám naše tvrdenie potvrdilo. Reissová (2013) sa vo svojej diplomovej práci takisto zaoberala ovplyvnením rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení včasnou edukáciou. Svojim kvantitatívnym výskumom pomocou dotazníka zistila, že informácie o zdravom životnom štýle zaujímajú 81,7% žien a 71,7% mužov. Na otázku či sú na základe objektívnych informácií ochotní zmeniť svoj doterajší spôsob života odpovedalo kladne 67,8% žien a 56,6% mužov. Z tohto výsledku je viditeľné, že aj napriek malému percentuálnemu rozdielu, majú ženy väčší záujem o informácie týkajúce sa prevencie kardiovaskulárnych ochorení než muži. A taktiež ženy sú opäť vo väčšej miere ochotné tieto poznatky aplikovať do praxe.

4. Zistiť príčinu prípadného nedodržania liečebného režimu a v spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie vzniknutého problému. Z odpovedí našich respondentov sme zistili, že príčinou nedodržania odporúčaní je slabá vôľa pacienta. Pacient č. 1 povedal, že na mňa myslel v súvislosti s niektorými odporúčaniami, ktoré sme naposledy rozoberali. Dokonca prvé tri dni sa dokázal ovládnuť a nezapálil si svoju prvú cigaretu hneď po prebudení, ale až po necelých dvoch hodinách. Lenže v ostatné dni sa všetko vrátilo do starých koľají. Vraj sa cíti oveľa spokojnejšie a má lepší deň, keď si ráno zafajčí. Ďalší pacient povedal, že veľakrát sa snažil prestať, ale nedarilo sa mu. Pacientka č. 7 sa vyjadrila, že si kúpila nikotínové náplasti a dáva si ich každý druhý deň. Povedala, že mesiac je krátka doba na to, aby sa úplne vzdala fajčenia a cigaretu potrebuje držať v ruke a cítiť v ústach. Pacientka č. 12 tvrdila, že zvážila všetky odporúčania, pozrela si niektoré internetové stránky o fajčení, ale stále sa neodhodlala niečo zmeniť. Pacient č. 3 sa ohľadom pohybovej aktivity vyjadril, že sa väčšiemu pohybu vyhýba z dôvodu rýchleho zadýchania sa a únavy. Čo sa týka stravovania, tak pacientka č. 11 je spokojná so svojim stravovaním a životným štýlom a nič by nemenila. Ďalšia pacientka povedala, že sa snaží dodržiavať diétu na znižovanie tukov v krvi a hmotnosti, ale nevie ako dlho ju to bude držať, pretože nemá pevnú vôľu. Pacient č. 5 nič nezmenil v spôsobe svojho stravovania, vraj potrebuje jesť

a rád si vychutná také jedlo ako doteraz, ktoré má aj ako prostriedok na zmiernenie stresu z práce. Pri varení „vypne“ a dokonca stratil poster s doporučenými potravinami. Pritom tento pacient má BMI 29,1 čo sa blíži pomaly k obezite a to je vážny rizikový faktor ICHS. Ostatní pacienti sa snažili dodržiavať odporúčané režimové opatrenia. Pravidelné užívanie liekov, dodržiavanie diabetickej diéty a meranie TK, pulzu a glykémie nerobil problém nikomu. Lenže to stále nestačí, okrem toho je potrebná zmena životného štýlu. Farmakoterapia síce pomôže a je dôležitá, ale nevyrieši a nezabráni všetkým dôsledkom ochorenia. Horanská a kol. (2015) uvádza, že z porovnania štúdie EUROASPIRE I, II a III vyplýva, že v priebehu 10 rokov poklesla prevalencia zvýšenej sérovej koncentrácie cholesterolu v dôsledku farmakoterapie. Prevalencia hypertenzie sa ale nezmenila, aj napriek tomu, že väčšina pacientov užíva antihypertenzíva (môže ísť o artefakt vyvolaný meraním) a úplne zlyhali intervencie týkajúce sa životného štýlu. Došlo k nárastu obezity a nenastala ani zmena v stále vysokej prevalencii fajčenia. Horanská a aj my chceme týmto ukázať, že farmakoterapia bez zmeny životného štýlu nestačí. Pacienti si tieto súvislosti často nedokážu pospájať, preto ich treba o tom neustále edukovať a primäť ich aby zmenili názor. Ako sme videli, zmena životného štýlu je nevyhnutná nielen u pacientov, ale aj u celej ich rodiny.

ZÁVER

Kardiovaskulárne ochorenia patria medzi závažné ochorenia s vysokou morbiditou a mortalitou, ktoré je ale možné zredukovať zdravým životným štýlom. Pacienti si často neuvedomujú, že ich vlastným správaním k svojmu telu si tieto ochorenia sami privádzajú. Preto je potrebné, aby sme ich dostatočne a hlavne správne edukovali o ovplyvniteľných rizikových faktoroch a tým ich spoločne naviedli na cestu, ktorá je zárukou lepšieho života. To bolo motívom na písanie mojej práce, ktorá sa zaoberá edukáciou ako prevenciou srdcovo-cievnych ochorení, konkrétne ischemickej choroby srdca.

Hlavným cieľom tejto diplomovej práce bolo zistiť najčastejšie prekážky v edukácii pacienta s kardiovaskulárnym ochorením a nájsť spôsob ich ovplyvnenia či prekonania. Pre splnenie daného cieľa sme si stanovili štyri čiastkové ciele. A to: zistiť či majú pacienti dostatok informácií o ovplyvniteľných rizikových faktoroch ischemickej choroby srdca, vypracovať edukačný plán pre každého pacienta a prispôsobiť ho jeho potrebám, sledovať dodržiavanie režimových opatrení a liečby u pacientov objektívnym zhodnotením ich zdravotného stavu a analýzou sebahodnotenia pacienta, zistiť príčinu prípadného nedodržania liečebného režimu a v spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie vzniknutého problému. Taktiež sme si určili tri výskumné otázky. Prvá otázka má rovnaké znenie ako prvý čiastkový cieľ. Druhá otázka znela: Je dodržiavanie a zachovanie postupnosti jednotlivých fáz edukačného procesu efektívne? Treťou otázkou sme sa pýtali: Súvisí dodržiavanie režimových opatrení a liečby s pohlavím pacienta? Stanovené ciele sme splnili. Na ich realizáciu sme použili rozhovor ako metódu kvalitatívneho výskumu. Vybraní pacienti absolvovali tri stretnutia tri edukačné stretnutia. Obsahom prvého stretnutia bolo kladenie úvodných otázok, prostredníctvom ktorých sme zisťovali mieru vedomostí o ischemickej chorobe srdca a jej rizikových faktoroch, životný štýl a anamnézu pacientov. Obsahom druhého stretnutia bola realizácia reedukácie podľa edukačných plánov a na treťom stretnutí sme od pacientov požadovali spätnú väzbu, aby sme zistili a zhodnotili dodržiavanie liečebného režimu.

Zhodnotením výsledkov mojej diplomovej práce sme zistili, že najčastejšou prekážkou v edukácii pacienta, po dodržaní všetkých odporúčaní pre správnu edukáciu, ktoré okrem iného zahŕňajú prostredie, v ktorom pacienta edukujeme, je celkový postoj a povahové vlastnosti pacienta k svojmu ochoreniu či k edukácii. To sa musíme snažiť

ovplyvniť individuálnym prístupom k pacientovi, dostatkom trpezlivosti a dostatočnou motiváciou pacienta. Na základe našich zistení, analýzy odpovedí, sebahodnotenia vybraných pacientov a objektívnym pozorovaním pacientov počas našich edukačných stretnutí odporúčame tieto návrhy pre ošetrovateľskú prax:

- dodržiavať postupnosť jednotlivých fáz edukačného procesu,
- prispôbiť edukačný plán každému pacientovi vzhľadom k jeho potrebám,
- brať ohľad na vek, pohlavie, zázemie a pridružené ochorenia pacienta,
- edukovať pacienta v prostredí s minimálnym množstvom rušivých vplyvov,
- nezahľcovať pacienta veľkým množstvom informácií naraz, ale namiesto toho si logicky rozdeliť obsah edukácie na menšie časti a do viacerých stretnutí,
- používať a poskytnúť pacientovi edukačné listy, farebné postery a ďalšie iné pomôcky, ktoré mu uľahčia učenie a prispôsobenie sa novým zmenám aj doma,
- na konci každého edukačného celku použiť kontrolné otázky, aby sme zistili či pacient všetkému porozumel alebo potrebuje niečo ešte raz vysvetliť.

Výstupom výskumu ako aj mojej diplomovej práce je zhotovenie edukačného listu, ktorý by mal byť takým manuálom či pomôckou pre sestry ako správne edukovať pacienta, ako si rozvrhnúť celý edukačný proces a aké množstvo informácií je pre pacienta prínosné, aby dosiahli splnenie stanoveného cieľa. Vychádzala som zo svojich skúseností, ktoré som nadobudla počas môjho výskumu.

Na záver by som chcela ešte raz poznamenať, že je veľmi dôležité a nevyhnutné stále dookola správne edukovať, pretože iba tak sa nám podarí dosiahnuť zmenu k lepšiemu.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. ALLEN, Diane M. a kol. *Kardiologie pro sestry – obrazový průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4083-6.
2. AYERS, Susan a DE VISSER, Richard. *Psychologie v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BARÁKOVÁ, Anna. *Choroby obehovej sústavy – epidemiologická situácia v SR v rokoch 2000 – 2010*. [online]. 2010. 19 s. [cit. 2016-02-05] Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/Documents/nzr/prezentacie/choroby_obehevej_sustavy.pdf>.
4. BENNET, David H. *Srdeční arytmie – praktické poznámky k interpretaci a léčbě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 384 s. ISBN 978-80-247-5134-4.
5. BLAŽEJOVSKÝ, Marek. *Drogy v dopravě*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 188 s. ISBN 978-80-7478-903-8.
6. ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální a posudkové lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
7. ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše a DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
8. ČELEDOVÁ, Libuše a ČELEDA, Rostislav. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
9. GAVORA, Peter a kol. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. [cit. 2016-02-25] Dostupné z: <<http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/interview.php?id=i14>>. ISBN 978-80-223-2951-4>.
10. GRIVNA, Tomáš, SCHEINOST, Miroslav, ZOUBKOVÁ, Ivana a kol. *Kriminologie*. 4. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014. 536 s. ISBN 978-80-7478-614-3.
11. HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie a SLOVÁK, Jan. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
12. HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana a PRUNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. 2. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007. ISBN 978-7380-065-9.

13. GULAŠOVÁ, I. a ZACHAROVA, Ried I. Životospráva a zdravotný stav pacienta s aterosklerózou. *Sestra*. 2009, (9-10), 32-33. ISSN: 1210-0404.
14. HORANSKÁ, V., LIZÁKOVÁ, Ľ., KALININ, P. a MAŠTEROVÁ, V. Sestra a ošetrovatelstvo v sekundárnej prevencii ischemickej choroby srdca. *Cardiology letters*. 2015, **24** (3), 150–155. ISSN: 1338-3760.
15. HUSAROVA, V. Otázniky a umenie edukácie. *Sestra*. 2008, (3-4), 10. ISSN: 1210-0404.
16. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. KALVACH, Pavel a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
18. KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Praha: Grada, 2015. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
19. KAUTZNER, Josef. *Chlopenní srdeční vady*. [online]. [cit. 2016-02-05] Dostupné z: <<http://www.ikem-kardiologie.cz/cs/pro-pacienty/co-u-nas-lecime/chlopenni-srdecni-vady>>.
20. KOLÁŘ, Jiří et. al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
21. KÖLBEL, František a kol. *Praktická kardiologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 308 s. ISBN 978-80-246-1962-0.
22. KRÁLIKOVÁ, Eva et. al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství*. [online]. 2015. **61** (5, Suppl 1): 000-000. 4 – 15 s. [cit. 2016-02-05] Dostupné z: <<http://www.athero.cz/cze/uvod/lecbaTabaku.pdf>>.
23. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
24. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
25. LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Chorobné znaky a příznaky – diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

26. MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
27. MANDOVEC, Antonín. *Kardiovaskulární choroby u žen*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2807-0.
28. MÁLEK, Filip a MÁLEK, František. *Srdeční selhání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 96 s. ISBN 978-80-246-2238-5.
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. 1. vyd. Praha: MZ ČR, 2014. 110 s. ISBN 978-80-85047-47-9.
30. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: MZ ČR, 2014. 155 s. ISBN 978-80-85047-49-3.
31. MOSER, Debra K. *Cardiac Nursing: A Companion to Braunwald's Heart Disease*. 1. ed. St. Louis: Saunders Elsevier, 2008. 1440 s. ISBN 978-1-4160-2934-2.
32. MURÍN, Ján. Diabetes a srdcové zlyhávanie. *Cardiology letters*. 2012, **21** (6), 493–501. ISSN: 1338-3760.
33. MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
34. NEMCOVÁ, Jana, HLINKOVÁ, Edita a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
35. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
36. O'ROURKE, Robert A., WALSH, Richard A., FUSTER, Valetin a kol. *Kardiologie – Hurstův manual pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 800 s. ISBN 978-80-247-3175-9.
37. PASTUCHA, Dalibor a kol. *Tělovýchovné lékařství – vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 290 s. ISBN 978-80-247-4837-5.
38. PÍŤHA, Jan, POLEDNE, Rudolf a kol. *Zdravá výživa pro každý den*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
39. PLEVOVÁ, Ilona et. al. *Management v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

40. PORETSKY, Leonid. *Principles of Diabetes Mellitus*. 2. ed. New York: Springer Science & Business Media, 2010. 852 p. ISBN 978-0-3870-9841-8.
41. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 488 s. ISBN 978-80-7367-503-5.
42. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
43. RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
44. REISSOVÁ, Hana. Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění a jejich možné ovlivnění časnou edukací. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Soňa LOUDOVÁ.
45. ROKYTA, Richard a kol. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
46. SIGMUNDOVÁ, Dagmar a SIGMUND, Erik. *Trendy v pohybovém chování českých dětí a adolescentů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 160 s. ISBN 978-80-244-4840-4.
47. SOVOVÁ, Eliška, SEDLÁŘOVÁ, Jarmila a kol. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 256 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
48. STANĚK, Vladimír. *Kardiologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Axonite, 2014. 376 s. ISBN 978-80-904899-7-4.
49. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
50. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
51. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-8.
52. ŠEBLOVÁ, Jana, KNOR, Jifí a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
53. ŠIMEK, Stanislav. Léčba infarktu je závod s časem. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2015, **14** (2), 56 - 58. ISSN 1803-5302.

54. ŠPINAR, Jindřich, VÍTOVEC, Jiří a kol. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
55. ŠTEJFA, Miloš a kol. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2007. 760 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
56. TOWNSEND, Nick, NICHOLS, Melanie, SCARBOROUGH, Peter and RAYNER, Mike. Cardiovascular disease in Europe - epidemiological update 2015. *European Heart Journal*, 2015, **36**, 2696–2705 doi: 10.1093/eurheartj/ehv428.
57. TUČEK, Milan, SLÁMOVÁ, Alena a kol. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 216 s. ISBN 978-80-246-2136-4.
58. VILÁNKOVÁ, Adéla a kol. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Medicína pro praxi*. 2010, **7** (12), 501 - 503. ISSN 1803-5310.
59. VOJÁČEK, Jan a KETTNER, Jiří. *Klinická kardiologie*. 1. vyd. Hradec Králové: RNDr. František Skopec, CSc. – Nucleus HK, 2009. ISBN 978-80-87009-58-1.
60. VOKURKA, Martin a kol. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 306 s. ISBN 978-80-246-2032-9.
61. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, *Sbírka zákonů*. 14.3.2011.
62. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, *Sbírka zákonů*. 6.11.2011.
63. Zákon č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, *Zbierka zákonov*. 21.9.2004.
64. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
65. ŽÁK, Aleš a kol. *Ateroskleróza – nové pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3052-3.

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

ACD	arteria coronaria dextra
ACI	arteria carotis interna
ACS	arteria coronaria sinistra
AGEs	Advanced Glycation End- products
AKS	akútny koronárny syndróm
AV blok	atrioventrikulárna blokáda
BMI	Body Mass Index
CABG	Coronary artery bypass grafting
CCS	Canadian Cardiovascular Society
CK	kreatinkináza
CK-MB	myokardiálny izoenzým
CMP	cievna mozgová príhoda
CO	oxid uhoľnatý
ČR	Česká republika
DK	dolná končatina
dx.	dexter
ECC	extrakorporálna cirkulácia
EF	ejekčná frakcia
EKG	elektrokardiografia
HDL	high-density lipoprotein
HK	horná končatina
ICD	implatibilný kardioverter-defibrilátor
ICHs	ischemická choroba srdca
KES	komorová extrasystola
LBBB	Left Bundle Branch Block
LDL	low-density lipoprotein
LK	ľavá komora
LP	ľavá predsieň
MAZE	kryoablácia pľúcnych žíl
MODY	Maturity-Onset Diabetes of the Young
NR SR	Národná rada Slovenskej republiky

NSTEMI	infarkt myokardu bez ST elevácie
NYHA	New York Heart Association
P	pulz
PCI	perkutánná koronárna intervencia
PK	pravá komora
PP	pravá predsieň
PTCA	perkutánná transluminálna koronárna angioplastika
RBBB	Right Bundle Branch Block
RCX	ramus circumflexus
RIA	ramus interventricularis anterior
RIM	ramus atrialis intermedium
RIP	ramus interventricularis posterior
RD	ramus diagonalis
RM	ramus marginalis
Sb.	Sbírka
SCORE	Systematic COronary Risk Evaluation
STEMI	infarkt myokardu s ST eleváciou
St. p.	stav po
TIMI	Thrombolysis In Myocardial Infarction
TK	tlak krvi
USA	United States of America
VLDL	very-low-density lipoprotein
VSM	vena saphena magna
VÚSCH	Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb
Z. z.	Zbierka zákonov

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A – Žiadosť o realizáciu výskumu

Príloha B – Prehľadová tabuľka u mužov a žien

Príloha C – Edukačný list

Príloha D – Ukážky edukačných materiálov

Príloha A – Žiadosť o realizáciu výskumu

Bc. Jana Mertinková, Moyzesova 50, Lipany, 082 71, tel. č. +421 949 361 029, email:

janka.mertinkova@centrum.sk

MUDr. I. Tokarčík
Poliklinika Sever
Kardiologická ambulancia
Komenského 37/A
040 01 Košice

Vec: Žiadosť o poskytnutie informácií v súvislosti s vypracovaním diplomovej práce

Dovoľujem si Vás požiadať o povolenie realizovať výskum k spracovaniu mojej diplomovej práce, týkajúci sa pacientov s kardiovaskulárnym ochorením a taktiež o sprístupnenie zdravotnej dokumentácie vybraných pacientov vo Vašej kardiologickej ambulancii.

Volám sa Jana Mertinková a som študentkou 2. ročníka na Západočeskej univerzite v Plzni, Fakulty zdravotníckych štúdií. Študujem v nadväzujúcom magisterskom programe odbor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Názov mojej diplomovej práce (DP) je Edukační postupy u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním a překážky v jejich realizaci. Hlavným cieľom DP je zistiť najčastejšie prekážky v edukácii pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, konkrétne s ischemickou chorobou srdca, a nájsť spôsob ich ovplyvnenia či prekonania. Výskum by som chcela realizovať koncom januára.

Získané informácie o zdravotnom stave pacientov budú použité výhradne v mojej diplomovej práci. Z dôvodu dodržania zákona NR SR o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z. z., bude zachovaná anonymita pacientov.

Ďakujem.

S pozdravom

Bc. Jana Mertinková

S výskumom súhlasím/ ~~nesúhlasím~~

MUDr. Igor Tokarčík
Kardiologická ambulancia
Komenského 37/A
040 01 Košice
445371029

podpis

Príloha B – Prehľadová tabuľka u mužov a žien

Tabuľka 1 muži

Pacient	Pohlavie, Vek	Obsah a poradie edukačných stretnutí	TK, P, váha, glykémia	Hodnotenie teoretických znalostí
Pacient č. 1	Muž, 58 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	130/80, 53', 98kg	3
		2. edukácia o ICHS, hmotnosti, strave, pohybe, strese, fajčení	125/80, 53'	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave, fajčení	130/75, 56', 96kg	2
Znalosti + Zmena životného štýlu -				
Pacient č. 2	Muž, 63 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	120/70, 68', 92kg	4
		2. edukácia o ICHS, strave, DM2, strese, fajčení	120/70, 65', 5,8	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave	125/80, 68', 92kg, 6,3	2
Znalosti + Zmena životného štýlu -				
Pacient č. 3	Muž, 59 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	140/90, 84', 93kg	4
		2. edukácia o ICHS, hmotnosti, strave, DM2, pohybe, strese, TK, fajčení	130/90; 83'; 7,6	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave, pohybe	140/90; 80'; 93,5kg; 8,5	3
Znalosti + Zmena životného štýlu --				
Pacient č. 4	Muž, 64 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	115/70, 48', 80kg	3
		2. edukácia o ICHS, strave (tuky, vred. ch. duodena) strese, TK	120/75, 50'	1
		3. spätná väzba	120/70, 50', 80kg	1
Znalosti + Zmena životného štýlu +				
Pacient č. 5	Muž, 60 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	120/80, 52', 105kg	5
		2. edukácia o ICHS, hmotnosti, strave, pohybe, strese, TK	120/80, 54'	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave, strese	130/80, 54', 105kg	3
Znalosti + Zmena životného štýlu --				
Pacient č. 6	Muž, 57 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	120/80, 61', 86kg	2
		2. edukácia o ICHS, strave, pohybe, strese	115/75, 64'	1
		3. spätná väzba, edukácia o strese	120/80, 60', 86kg	1
Znalosti + Zmena životného štýlu +				

Tabuľka 2 ženy

Pacient	Pohlavie, Vek	Obsah a poradie edukačných stretnutí	TK, P, váha, glykémia	Hodnotenie teoretických znalostí
Pac. č. 7	Žena, 64 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	140/90, 68', 70kg	4
		2. edukácia o ICHS, strave (tuky, cholecystolitiáza), TK, strese, fajčení	150/90, 66'	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave, fajčení	140/90, 66', 70kg	2
Znalosti + Zmena životného štýlu -				
Pac. č. 8	Žena, 61 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	130/80, 82', 87kg	5
		2. edukácia o ICHS, hmotnosti, strave, pohybe, strese, fajčení, DM2, TK	130/75; 78'; 7,2	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave	135/80; 80'; 85kg; 6,8	3
Znalosti + Zmena životného štýlu +				
Pac. č. 9	Žena, 63 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	170/100, 100', 68kg	2
		2. edukácia o ICHS, strave, DM2, TK	165/100, 93'; 6,0	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave	155/95, 78', 65kg; 5,3	2
Znalosti + Zmena životného štýlu -				
Pac. č. 10	Žena, 58 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	160/100, 74', 82kg	3
		2. edukácia o ICHS, hmotnosti, strave (tuky, vred. ch. duodena), pohybe	160/95, 74'	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave	145/90, 70', 80kg	1
Znalosti + Zmena životného štýlu +				
Pac. č. 11	Žena, 61 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	170/90, 76', 82kg	4
		2. edukácia o ICHS, hmotnosti, strave, TK, DM2, pohybe, fajčení	165/90, 71'; 8,3	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave, fajčení, strese	165/90, 76', 82kg; 7,8	3
Znalosti + Zmena životného štýlu --				
Pac. č. 12	Žena, 64 r.	1. anamnéza, úvod. otázky	160/90, 60', 61kg	4
		2. edukácia o ICHS, strave, TK, DM2, strese, fajčení	160/90, 64'; 7,2	1
		3. spätná väzba, edukácia o strave, fajčení	160/90, 60', 60kg; 7,2	2
Znalosti + Zmena životného štýlu +				

Legenda

Známky: 1 (výborné znalosti) – 5 (nedostatočné znalosti)

Hodnotenie pokroku na 3. stretnutí: + (pozitívna zmena)

– (žiadna/negatívna zmena)

Príloha C – Edukačný list

1. posudzovanie

- metódy získavania informácií: rozhovor, pozorovanie, obsahová analýza dokumentácie, dotazník i fyzikálne vyšetrenie
- získanie osobnej anamnézy, anamnézy terajšieho ochorenia, rodinnej anamnézy, sociálnej anamnézy, alergickej anamnézy, popisu objektívneho vyšetrenia lekárom a získanie informácií o záujmoch a záľubách pacienta, hodnotách, postojoch, kultúre a náboženstve

2. diagnostika

1. stretnutie

- úvodné otázky pre pacienta, pomocou ktorých získame informácie o zaužívanom spôsobe života pacienta a jeho rodiny
- informácie o nedostatku vedomostí, zručností a motivácie pacienta

3. plánovanie

- vypracovanie edukačného plánu na obdobie 3 mesiacov
- edukáciu naplánovať na 1 diagnostické stretnutie a 6 edukačných stretnutí á 2 týždne
- každý edukačný plán bude obsahovať, tému, všeobecný cieľ edukácie, typ vzdelávacieho cieľa (afektívny, kognitívny, behaviorálny, psychomotorický), forma edukácie (skupinová/individuálna), čas trvania, miesto realizácie a pomôcky

Ukážka edukačného plánu

2. stretnutie

Téma: Angína pectoris – charakteristika ochorenia a rizikové faktory

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o charakteristike angíny pectoris

Zlepšiť informovanosť pacienta o rizikách a komplikáciách angíny pectoris

Zlepšiť informovanosť pacienta o možnostiach konzervatívnej a invazívnej liečbe

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

3. stretnutie

Téma: Rizikové faktory ischemickej choroby srdca

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o rizikových faktoroch všeobecne

Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a pravidelnom meraní glykémie

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: informačný materiál o ochorení a rizikových faktoroch – edukačný list, letáky, postery

4. stretnutie

Téma: Rizikové faktory ischemickej choroby srdca

Cieľ: Zlepšiť informovanosť pacienta o diéte a ďalších opatrenia na zníženie hladiny tukov v krvi

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti

Zlepšiť vedomosti pacienta o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: letáky, postery

5. stretnutie

Téma: Rizikové faktory ischemickej choroby srdca

Cieľ: Zlepšiť informovanosť a vedomosti pacienta o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a pravidelnom meraní tlaku krvi

Zlepšiť informovanosť pacienta o negatívnom pôsobení stresových situácií na organizmus a o postupoch či technikách na znižovanie stresu

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna

Čas: 20 minút

Miesto: seminárna miestnosť

Metóda: výklad, rozhovor, diskusia

Pomôcky: letáky, postery

6. stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o ICHS a jej rizikových faktoroch

Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu

Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi

Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť

V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií

Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny

Forma: individuálna
Čas: 20 minút
Miesto: seminárna miestnosť
Metóda: rozhovor
Pomôcky: letáky, postery

7. stretnutie

Téma: Zhodnotenie efektivity reedukácie o angíne pectoris a jej rizikových faktoroch
Cieľ: Získať spätnú väzbu od pacienta o dodržiavaní liečebného režimu
Zistiť dôvody a prekážky nedodržania odporúčaných opatrení v súvislosti s rizikovými faktormi
Zistiť, ktoré oblasti z predchádzajúceho stretnutia sú pre pacienta problematické a ktoré potrebuje znova vysvetliť alebo objasniť
V spolupráci s pacientom nájsť vhodné riešenie problémových situácií
Typ vzdelávacieho cieľa: afektívny, kognitívny, behaviorálny
Forma: individuálna
Čas: 20 minút
Miesto: seminárna miestnosť
Metóda: rozhovor
Pomôcky: letáky, postery

4. realizácia

- miesto pre edukáciu vyberáme s ohľadom na minimalizáciu rušivých vplyvov, aby mal pacient pocit súkromia a opadol prvotný ostych, dôraz na pozitívny prvý a celkový dojem
- využívame pološtandardizovaný rozhovor s dopredu pripravenými jednoduchými otázkami
- pozorujeme pacientove reakcie a zapájame ho do procesu edukácie, necháme mu priestor pre vyjadrenie svojich názorov a prednostne preberáme témy, ktoré ho zaujímajú
- každé stretnutie by malo byť primerane dlhé aby sme udržali pacientovu pozornosť a zbytočne ho neunavovali, max. 20 – 30 minút
- volíme menšie množstvo informácií na jedno stretnutie
- berieme ohľad na vek, poruchy zmyslového vnímania, psychický stav, pridružené ochorenia a zázemie pacienta
- realizáciu reedukácie vykonávame podľa stanoveného edukačného plánu s týmito výslednými kritériami:
 - Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike ischemickej choroby srdca, jej príčinách, príznakoch a rizikových faktoroch
 - Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach znižovania hmotnosti
 - Edukant dokáže vysvetliť na príkladoch vhodné a nevhodné potraviny pre diétu na znižovanie hladiny tukov v krvi

Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike diabetu mellitu 2. typu, o dodržiavaní diabetickej diéty a dokáže vysvetliť význam selfmonitoringu glykémie

Edukant disponuje vedomosťami o charakteristike hypertenzie, o dodržiavaní liečby a selfmonitoringu TK

Edukant disponuje vedomosťami o potrebe a možnostiach zvýšenia pohybovej aktivity

Edukant dokáže vysvetliť potrebu znižovania stresu a uviesť príklady postupov či techník na jeho znižovanie

Edukant dokáže vymenovať a popísať riziká a komplikácie angíny pectoris

Edukant disponuje vedomosťami o konzervatívnej a invazívnej liečbe angíny pectoris

- na konci každého stretnutia položíme pacientovi kontrolné otázky vzhľadom na preberanú tému, aby sme zistili či pacient všetko dostatočne pochopil alebo potrebuje ešte niečo bližšie objasniť

- pacienta edukujeme o režimových opatreniach v domácom prostredí a práci

- pacientovi poskytneme edukačné listy, postery alebo brožúry obsahujúce rôzne inštrukcie, môžeme použiť vlastne vyrobené či niektoré firemne vyrábané letáky pre domácu potrebu, najlepšie je poskytnúť pacientovi farebný materiál s primeraným množstvom informácií a prispôbenou veľkosťou písma pre pacientov s poruchami zraku

- pacientovi odporúčame vhodné internetové stránky, podporné skupiny či inštitúcie

- povzbudzujeme pacienta, pochválime ho aj pri malom zlepšení stavu

5. vyhodnotenie

- pacientove znalosti si zhodnotíme objektívne hneď na začiatku, pokroky v zmene životného štýlu priebežne počas každého edukačného stretnutia a na záver edukácie, aby sme si porovnali a posúdili dosiahnutie výsledkov a efektivitu našej edukácie

- môžeme použiť známkovanie od 1 do 5

- požadujeme od pacienta spätnú väzbu, necháme mu priestor na sebahodnotenie

- výsledkom sú zmeny v kognitívnej, afektívnej, behaviorálnej a psychomotorickej oblasti

- výsledky edukácie môžeme vyhodnocovať takisto prostredníctvom objektívnych pozorovateľov ako sú napríklad výsledky laboratórných testov, zníženie telesnej hmotnosti a pod.

Príloha D – Ukážky edukačných materiálov

BUĎTE AKTÍVNY!

Aktivita je dôležitou súčasťou toho, ako si udržať zdravie. Pomáha pri chudnutí, zvyšuje frekvenciu srdca, spaľuje kalórie a posilňuje svaly a kosti. Ďalšie dôvody prečo byť aktívnym:



Ak ste aktívny/a, **skvelé** - ale nie je na škodu snažiť sa byť **ešte aktívnejší**. Ak nie ste aktívny/a, tak myšlienka na začatie s cvičením sa pre Vás môže zdať príliš ťažká. Treba ale myslieť na to, že to robíte pre svoje telo. Premýšľajte o spôsoboch, ako by ste mohli vykonávať väčší pohyb v priebehu celého dňa - čím viac, tým lepšie. Buďte kreatívny!

JEDNODUCHÉ KROKY AKO BYŤ AKTÍVNEJŠÍM:

DOMA

Prechádzka a hranie sa so psom
Práca na záhrade
Upratovanie domu/bytu
Zdvíhanie závažia,
pochodovanie na mieste alebo po izbe počas sledovania televízie



V PRÁCI

Prechádzka na obed
Cvičenie na stoličke
Chôdza po schodoch
Státie počas telefonovania, čítania alebo jedenia
Osobný rozhovor s kolegami



KEĎ IDETE VONKU

Tancovanie
Cvičenie tai chi
Prechádzka po večeri
Parkovanie ďalej od vchodu
Používanie krokometru



Začnite premýšľať o pláne činnosti. To neznamená, že začnete behať na bežiacom páse alebo cvičiť na rotopéde. Ak to nie je nič pre vás, existuje veľa ďalších vecí, ktoré Vám pomôžu zvýšiť pulz a spáliť kalórie. Niekoľko tipov:

- **Myslite na veci, ktoré ste radi robili** - je väčšia pravdepodobnosť, že to budete robiť znova
- **Chodte na to pomaly** - začnite s 5 - 10 min. činnosti a postupne zvyšujte na 30 min. minimálne 5 dní v týždni
- **Nepreháňajte to!** - keď cvičíte, mali by ste byť schopní hovoriť, ale nie spievať
- **Skontrolujte si hladinu cukru v krvi** - pred a po cvičení
- **Sledujte svoje činnosti** - tie, ktoré Vám pomôžu cítiť sa spokojne so sebou
- **Nájdite si priateľa na cvičenie** - môžete sa navzájom povzbudzovať
- **Nájdite si miesto** - v časti parku alebo v zdravotnom klube, vyskúšajte niečo, čo ste vždy chceli skúsiť napr. salsa, jóga, tenis, ...
- **Pridajte sa do ligy dospelých laikov** a robte šport, ktorý vás baví – basketbal, bedminton
- **Kombinujte** - vyskúšajte niekoľko rôznych vecí a nebudete sa nudiť

Diéta na zníženie hladín tukov v krvi

(upravené podľa odporúčaní Európskej spoločnosti pre aterosklerózu)

	VHODNÉ POTRAVINY	POTRAVINY V OBMEDZENOM MNOŽSTVE	NEVHODNÉ POTRAVINY
TUKY	Znížiť celkovú spotrebu.	Sľnečnicový, kukuričný, sójový, olivový a repkový olej. Margaríny odvodené z týchto olejov.	Maslo, masť, loj, vypečený tuk, palmový olej, kokosový olej, stužené margaríny, hydrogenové tuky.
RYBY	Grilované, varené v pare a údené. Odstrániť tučnú kožu. Predovšetkým treska, filé, okúň, štika, pstruh.	Vyprážené v odporúčanom oleji.	Ikry, mlieč a ryby vyprážené v nevhodnom oleji alebo tuku
MÄSO	Morčacie, kuracie, teľacie mäso, králik, divina, mladá jahňacina.	Úplne chudé hovädzie mäso, chudá šunka, moravské údené, jahňacina bez loja, hydínové údeniny.	Kačka, hus, tučné bravčové vnútornosti, viditeľný tuk na mäse a údeninách, párky, salámy, mletá fašírka, paštéty, koža z hydiny.
POLIEVKY	Netučný vývar, zeleninové polievky	Čínske	Tučné polievky a polievky zahusťované zápraškou či smotanou
MLIEČNE VÝROBKY	Netučná zakysanka, acidofilné mlieko, kefír, biokys, netučný tvaroh, syry s obsahom tuku 1,5%, vaječný bielok.	Polotučné mlieko do 2% tuku, syry s 30% tuku v sušine, 2 celé vajcia týždenne iba k príprave pokrmov.	Plnotučné mlieko, sušené a kondenzované mlieko, smotana, šľahačka, smotanové jogurty, syry nad 40% tukov v sušine, vaječný žĺtok.
OVOCIE, ZELENINA, STRUKOVINY	Čerstvá aj mrazená zelenina, fazuľa, šošovica, hrach, kukurica, zemiaky varené či pečené v šupke, čerstvé a sušené ovocie, konzervované ovocie bez cukru.	Pečené zemiaky alebo hranolky na odporúčaných olejoch.	Pečené zemiaky, zemiakové hranolky, chipsy, zelenina smažená na nevhodných tukoch a olejoch eznameho zloženia, solené zeleninové konzervy, kandované ovocie.
ORECHY	Vlašské a lieskové orechy, mandle, pečené gaštany.	Burské oriešky, pistácie.	Kšeu oriešky, kokosové orechy, slané oriešky.
PEČIVO, OBILNINY	Celozrný (tmavý), krehký chlieb a pečivo, ovsené vločky, müsli výrobky, vlákninové chrumky, ovsená kaša,	Netučné pečivo a múčniky pripravované z odporúčaných rastlinných tukov.	Tučné pečivo, lúpačky, brišky.

	bezvaječné cestoviny, ryža, celozrnné výrobky, dalaťanky.		
DRESINGY, KORENINY	Všetky druhy korenín, jogurtové dresingy.	Dresingy s nízkym obsahom tuku.	Prisolovanie, šalátové a smotanové dresingy, majonéza.
DEZERTY	Želé, ovocná vodová zmrzlina, pudingy z odtučneného mlieka, ovocné šaláty.		Smotanové zmrzliny, pudingy, dezerty a omáčky s použitím masla či smotany.
CUKRÁRSKE VÝROBKY			Hotové cukrárske výrobky, koláče, torty, čokoláda, cukrovinky, kokosové tyčinky, maslové krémy.
NÁPOJE	Čaj, prevapkávaná a instantná káva, voda, nízkokalorické nealkoholické nápoje.	Alkohol (víno < 2dcl), nízkotučné čokoládové nápoje.	

- Prvoradou podmienkou správnej výživy je čo **najväčšia pestrosť** potravín.
- Voľte dobre zrelé druhy ovocia a zeleniny: **tmavozelené, tmavomodré, tmavočervené, tmavooranžové, sýtožlté**, pretože sú výnimočným zdrojom vitamínov, minerálov a účinných antioxidantov. Vhodná konzumácia je 5 – 6x denne v celkovom množstve 400 – 500g.
- Obsah omega-3 mastných kyselín v rybách v mg/100g: Makrela 0,8g; Halibut 1,3g; Losos 2,0g; Slede 3,5g; Šproty 4,3g; Úhor 5,6g.

OBSAH CHOLESTEROLU v 100g			
Hovädzie mäso	270mg	Šľahačka	110mg
Bravčové mäso	90mg	Možoček	2000mg
Divina	110mg	1 vajce	320mg
Salámy	80mg	Sadlo	300mg
Klobásy, párky	100mg	Maslo	250mg
Pečeň	400mg	Syr 60%	100mg
Kapor	35mg	Syr 40%	70mg
Makrela	50mg	Syr 30%	50mg

ENERGETICKÝ PRÍJEM v 100g	
Zelenina	120kJ (30kcal)
Ovocie	220kJ (50kcal)
Ryby, kura bez kože, chudé mäso, nízkotučné mlieko a nízkotučné mliečne výrobky	400-1000kJ (95-240kcal)
Cestoviny, pečivo a obilniny	900-1500kJ (215-360kcal)
Tučné mäso, údeniny, plnotučný syr	900-2000kJ (215-480kcal)
Koláče, sladkosti	viac ako 2000kJ (>480kcal)
Tuky	viac ako 2500kJ (>600kcal)