

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Petra POKORNÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Fenomén non-compliance u pacientů s ICHS

Petra Pokorná

**Bakalářská práce
2013**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Petra Pokorná
Osobní číslo: Z10079
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Fenomén non-compliance u pacientů s ischemickou chorobou srdeční
Zadávající katedra: Katedra ošetrovatelství

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. DANZIG, V.; ŠIMEK, S.; ŠIMKOVÁ, R. a kol. Ischemická choroba srdeční u diabetiků. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-079-8.
2. CHEITLIN, M. D.; SOKOLOV, M.; MCILROY, M. B. Klinická kardiologie. 1. vyd. Jinočany: H&H, 2005. ISBN 80-7319-005-2.
3. OŠTÁDAL, B.; VÍZEK, M. a kol. Patologická fyziologie srdce a cév. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0597-X.
4. ŠIMON, J. a kol. Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0085-9.
5. ŠTEJFA, M. a kol. Kardiologie. 2. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-448-7.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Radka Poláková
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlášení:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré použité literární zdroje a informace jsou uvedeny v seznamu literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mě požadovat příslušnou částku na úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezentováním zpřístupněním své práce v knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích 9.5. 2013

Petra Pokorná

Pod kování

Chtěla bych podkovat především Mgr. Radce Polákové za velkou trpělivost, podporu, pomoc a cenné rady při vypracování této práce. Dále bych chtěla podkovat i své rodiny za trpělivost a podporu. Podkování patří i pacientům spolupracujícím na mém výzkumu.

Souhrn

Tato práce se zabývá otázkou spolupráce opakovaně hospitalizovaných pacientů s ischemickou chorobou srdeční při jejich léčbě a možnými příčinami nedodržování doporučeného léčebného postupu. Je rozdělena na dva celky. První, teoretická část, popisuje epidemiologii, etiologii, formy, příznaky, diagnostiku, léčbu a prevenci ischemické choroby srdeční. Dalším tématem teoretické části je compliance a non-compliance pacientů, ovlivňující faktory, možnosti hodnocení a strategie ke zlepšení compliance. Druhá, výzkumná část, obsahuje vyhodnocení dotazníků vyplněných pacienty, zpracované do tabulek a grafů. Závěr práce shrnuje zjištěné výsledky a přínos celé práce.

Klíčová slova

kardiovaskulární onemocnění, ischemická choroba srdeční, ateroskleróza, prevence ICHS, compliance

Title

Non-compliance Phenomenon In Patients With Ischemic Heart Disease

Abstract

This paper deals with question of cooperation repeatedly hospitalized patients with ischemic heart disease during their treatment and possible causes of non-compliance with the recommended treatment. It is divided into two parts. The first, theoretical part, describes the epidemiology, etiology, forms, symptoms, diagnosis, treatment and prevention of coronary heart disease. Another theme of the theoretical part is focused on compliance and non-compliance of patients, influencing factors, assessment possibilities and strategies to improve compliance. The second part of the research includes evaluation questionnaires completed by patients, incorporated into tables and graphs. The conclusion summarizes results and benefits of the work.

Keywords

cardiovascular disease, ischemic heart disease, atherosclerosis, prevention of ischemic heart disease, compliance

Obsah

Úvod	9
Cíl	10

TEORETICKÁ ÁST

1 Charakteristika onemocnění.....	11
1.1 Epidemiologie ICHS	11
1.2 Etiologie ICHS.....	12
1.3 Formy ICHS	13
1.3.1 Akutní formy ICHS	13
1.3.2 Chronické formy ICHS	15
1.4 Klinický obraz ICHS.....	16
1.4.1 Klinický obraz akutních forem ICHS	16
1.4.2 Klinický obraz chronických forem ICHS	17
1.5 Diagnostika ICHS	18
1.5.1 Základní diagnostická kritéria	18
1.5.2 Další diagnostická kritéria	19
1.6 Léčba ICHS	21
1.6.1 Léčba akutních forem ICHS.....	21
1.6.2 Léčba chronických forem ICHS	22
1.7 Prevence ICHS.....	23
2 Compliance	26
2.1 Výklad pojmu compliance a non-compliance	26
2.2 Faktory ovlivňující compliance	27
2.3 Hodnocení compliance	28
2.4 Strategie ke zlepšení compliance	28

VÝZKUMNÁ ÁST

3 Výzkumné otázky.....	30
4 Metodika výzkumu.....	31
4.1 Výzkumný nástroj.....	31
4.2 Výzkumný vzorek.....	31
4.3 Pr b h výzkumu	31
5 Analýza získaných dat	32
6 Diskuze	57
7 Záv r.....	61
Soupis bibliografických citací.....	62
Seznam p íloh	64
Seznam zkratek	78

Úvod

Srdce je nepostradatelný, životně důležitý orgán. Dobré zdraví je podmínkou jeho správnou nezastupitelnou funkcí, proto je nutné o ně pečovat. Současný životní styl velké části obyvatel je plný rizikových faktorů, podílejících se na vzniku kardiovaskulárních onemocnění, především na ischemické chorobě srdce. Kardiovaskulární onemocnění patří do skupiny chorob s nejzávažnějšími nepříznivými úinky, proto je třeba se zaměřit na snížení nemocnosti, výskytu zdravotních následků a především úmrtnosti (WHO, 1999). V České republice je ischemická choroba srdce nejen nejčastější příčinou hospitalizace, ale také nejčastější příčinou úmrtí. Přestože morbidita a mortalita na různé formy ischemické choroby srdce stále klesá, je třeba jí vnovat stále velkou pozornost. (Zvolský, 2012)

Ischemická choroba srdce má různé formy, které se od sebe liší, jak etiologií a klinickým obrazem, tak i léčebným postupem a prognózou. Co mají ale tyto formy společné, jsou možnosti, jak účinně přecházet nejen první klinické manifestaci ICHS, ale především opakovaným klinickým příhodám u pacientů s již prokázanou ICHS, a to v rámci primární a sekundární prevence. Preventivní intervence se zaměřují na ovlivnitelné rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Aby tyto intervence byly účinné, je nezbytně nutná aktivní spolupráce pacientů a lékařů i ostatních zdravotnických pracovníků. Je třeba budovat vzájemný vztah, který pozitivně ovlivňuje průběh a výsledek léčby, jejím cílem je navrátit, udržet a v nejlepším případě zvýšovat kvalitu pacientova života.

Cíl

Cílem teoretické části této práce je podat ucelený pohled základních informací o velmi závažné a vážné nemoci, jakou je ischemická choroba srdeční, a s ní úzce související compliance pacientů.

Jedním z cílů výzkumné části je zjistit spokojenost opakovaně hospitalizovaných pacientů s ICHS s postupem ošetřujících lékařů a sester, dále jejich informovanost o svém onemocnění a léčebném režimu. Dalším úkolem je zhodnotit úroveň jejich compliance a zjistit rozdíly mezi muži a ženami. Důležitým cílem je určit nejčastější formy non-compliance pacientů s ICHS.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika onemocnění

1.1 Epidemiologie ICHS

Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou úmrtí v prmyslově rozvinutých zemích. Nemalem mrou se podílejí na dlouhodobé, v horším případě i trvalé invaliditě, nemocnosti populace a na stále rostoucích nákladech na zdravotní péči, zejména následkem stárnoucí populace. Tento negativní vývoj je dán řadou psychosociálních a ekonomických faktorů, životním stylem, rizikovými faktory a pokrokem v prevenci a léčbě kardiovaskulárních chorob. (Tymon a kol., 2001)

Tymon a kol. (2001) sledovali vývoj mortality na kardiovaskulární choroby v české republice. Do roku 1990 kardiovaskulární mortalita stoupala, kdežto od roku 1991 byl zaznamenán její pokles, který trval až do posledního sledovaného roku 1998, kdy se hodnoty mortality začaly přibližovat k hodnotám v zemích Evropské unie.

Mezi nejčastější příčiny kardiovaskulárních úmrtí patří ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS). Postihuje častěji a dříve muže než ženy. Muži dostávají první infarkt myokardu (dále jen IM) průměrně kolem 55. roku věku, u žen je to v průměru o 10 let později. (Cheitlin, Sokolow a McIlroy, 2005)

Podle aktuálních informací ÚZIS České republiky týkajících se morbidit a mortality na různé formy ICHS v ČR v letech 2003 až 2010, které vypracoval M. Zvolský v únoru roku 2012, vyplývá, že došlo k poklesu v počtu hospitalizací pro ICHS o téměř z 111 877 případů na 75 199 případů. U IM byl pokles pouze 5%. V tomto období došlo také ke zkrácení průměrné ošetřovací doby u diagnóz ICHS, v roce 2010 byla pouze 6,5 dne. Výrazně se snížila úmrtnost na IM během hospitalizace a to o celých 40 %. Celková úmrtnost na IM také klesla přibližně o 30 %. Proti tomu celková úmrtnost na ICHS vzrostla přibližně o 13 %, ale rostla jen u nemocných ve věku 80 a více let. Také bylo zjištěno, že v nižších věkových kategoriích trpí muži ICHS až čtyřnásobně častěji než ženy. Ve vyšších věkových kategoriích se rozdíl mezi muži a ženami snižuje na necelý dvojnásobek.

1.2 Etiologie ICHS

Ischemická choroba srdeční je onemocnění, při kterém dochází k akutnímu nebo chronickému omezení a úplné zástavě průtoku krve do určité oblasti myokardu v důsledku změn koronárních tepen. Následkem je ischemie a nekróza myokardu. (Tejfa a kol., 1998)

Asi v 99 % je ICHS způsobena aterosklerotickými změnami koronárních tepen. Jako další příčiny jsou uváděny syfilis, různé formy arteritid, intrakoronární embolie a onemocnění pojivové tkáně, například systémový lupus erythematoses. V nichž případech je příčinou ICHS pouze spasmus koronární tepny, ale často ji spasmus komplikuje koronární ateroskleróza. Vzácné anomálie koronárních tepen a arteriovenózní píštěle v koronárním řečišti patří mezi další raritní příčiny ischemie myokardu. (Cheitlin, Sokolow a Mellroy, 2005) Tejfa a kol. (1998) uvádí jako nejčastější příčinu onemocnění koronárních tepen aterosklerózu v 90 %, anatomicky normální vnitřní tepny jsou přítomny u 5 až 10 % onemocnění a vzácně tj. u 1 až 2 % jsou příčinou jiná onemocnění, jako vaskulitidy, koronární embolie, vrozené anomálie, disekce aj.

Koronární ateroskleróza je proliferativní postížení vnitřní stěny tepny vedoucí k tvorbě aterosklerotických plátů, které zužují lumen cévy. Jejich vznik se vysvětluje teorií lipidové infiltrace a poškození endotelu cévy. (Tejfa a kol., 1998) Aterosklerotický plát obsahuje jádro s tukovými látkami (především cholesterol) a vazivový obal odpovídající za stabilitu plátu, to znamená za náchylnost plátu k ruptu a jinému porušení jeho povrchu. (Rosolová a Matoulek, 2012) Podle stability pláty dělíme na stabilní a nestabilní. Stabilní aterosklerotický plát prochází postupným vývojem, obsahuje méně množství lipidů, má silné pouzdro a vytváří různé velké stenózy koronárních tepen. 50% stenóza začne omezovat průtok cévou. Proti tomu má nestabilní plát jádro s větším množstvím lipidů a tenké pouzdro, proto dochází snadněji k erozím a rupturám. V těchto místech dochází k masivní agregaci krevních destiček a tvoří se tak trombus, který částečně nebo úplně uzavírá lumen cévy. (Tejfa a kol., 1998) Pokud se průměr koronární arterie sníží o více než 60 %, vzniká ischemie myokardu s typickou retrosternální bolestí a anginou pectoris (dále jen AP). (Ořádka, Vízek a kol., 2003)

Na vzniku aterosklerózy a ICHS se podílí sada rizikových faktorů. Fiák a kol. (2011) je dělí na klasické a nové rizikové faktory. Klasické rizikové faktory lze rozdělit na neovlivnitelné (věk, pohlaví, genetické faktory, rodinná anamnéza) a ovlivnitelné (zejména zvýšení

koncentrace LDL cholesterolu, triacylglycerol a pokles HDL cholesterolu v krvi, arteriální hypertenze, obezita, diabetes mellitus, souhrnně nazýváno metabolickým syndromem a dále kouření cigaret, alkohol, nedostatek pohybu, stres). Jako nově sledované rizikové faktory uvádí faktory zánětu (CRP, interleukin 6), lipidové faktory (apolipoprotein B), metabolické faktory (homocystein, inzulinová rezistence), faktory hemokoagulace a fibrinolýzy (fibrinogen), hormonální faktory (menopauza, leptin, adiponektin), markery špreklinické aterosklerózy (kalcifikační skóre koronárních tepen), psychosociální faktory (deprese, nízké sociální začlenění, sociální izolace).

1.3 Formy ICHS

Ischemická choroba srdeční má několik forem, které se liší etiologií, klinickým obrazem, léčebným postupem i prognózou, proto má význam je od sebe odlišovat. Z hlediska léčby a prognózy má zásadní význam delimitace formy ICHS na akutní a chronické. Mezi akutní (nestabilní) formy ICHS se řadí náhlá srdeční smrt koronárního původu, akutní koronární syndromy (dále jen AKS) – akutní infarkt myokardu (dále jen AIM) a nestabilní angina pectoris (dále jen NAP). Do chronických (stabilizovaných) forem ICHS patří stabilní angina pectoris, variantní (Prinzmetalova) angina pectoris, která má ischemie myokardu, mikrovaskulární forma anginy pectoris (syndrom X), srdeční nedostatečnost na podkladě ICHS a arytmie na podkladě ICHS. (Kolář et al., 2009)

1.3.1 Akutní formy ICHS

Náhlá koronární smrt postihuje 40 až 50 % nemocných s AIM během jedné nemocniční fáze, objevuje se také během nemocniční fáze. Nemocní umírají většinou smrtí nebo do jedné hodiny od začátku anginózních bolestí nejčastěji na podkladě arytmiického (komorová tachykardie, fibrilace komor) nebo mechanického (ruptura srdce). (Tejfla a kol., 1998)

Akutní koronární syndromy je souhrnné označení pro klinický obraz náhle vzniklé nebo zhoršené ischemické (anginózní) bolesti. Možnými příčinami mohou být infarkt myokardu v určitém rozsahu nebo nestabilní angina pectoris. (Kolář et al., 2009)

O'Rourke, Walsh, Fuster a kol. (2010) uvádí dělení infarktu myokardu na IM bez elevací ST-úseku (NSTEMI) a IM s elevacemi ST-úseku (STEMI). Přesná diagnóza se určuje podle anamnézy, vývojových změn na EKG a hodnot srdečních markerů (CK, CK-MB, troponin). IM s elevacemi ST-úseku je považován za nejzávažnější formu AKS s nejvyšší mortalitou. Dále uvádí, že všechny formy akutního koronárního syndromu mají podobný patofyziologický mechanismus spočívající v ruptu aterosklerotického plátu, následné tvorbě trombu, zastavení koronárního průtoku a z něho stupně se snížením dodávky kyslíku do myokardu. Důsledkem přerušené dodávky kyslíku vysvětluje Kolář et al. (2009) následovně. Buďto srdeční sval přetrvává v hypoxii pouze prvních 20 minut. Dojde-li k včasnému obnovení dodávky kyslíku, buďto jsou schopny úplné regenerace, proto se tato ischemie nazývá reverzibilní. Po této inkriminované době dochází k fatálnímu odumírání buněk a ischemie se tak stává ireverzibilní. Celý proces od ischemie po vznik nekrózy obvykle končí za 4-6 hodin po uzavření tepny.

IM můžeme také rozdělit podle rozsahu. Můžeme postihnout pouze část a nebo celou srdeční stěnu od endokardu k epikardu, pak se označuje jako transmurální IM. Postihne-li pouze subendokardiální vrstvu myokardu, jedná se o IM netransmurální. (Cheitlin, Sokolow a McIlroy, 2005)

Kolář et al. (2009) popisují lokalizaci infarktu myokardu podle postižení průběhu vnitřní tepny. (viz Příloha A Obr. 1) Nejčastěji bývá postižena přední plocha levé srdeční komory a přední polovina mezikomorové přepážky, dle toho se IM nazývá anteroseptální a vzniká při uzavření přední sestupné větve levé vnitřní tepny (RIA). Na druhém místě bývají spodní a zadní IM. Většinou postihují zadní polovinu mezikomorové přepážky, proto se označují jako posteroseptální IM. Zadní infarkt vzniká uzavřením cirkumflexní větve (RC) levé vnitřní tepny (ACS) nebo i pravé vnitřní tepny (ACD). Ke spodnímu IM dojde nejčastěji postižením ACD v dolní polovině. IM boční stěny levé komory bývají vzácnější, může vzniknout rozsáhlý infarkt přední a boční stěny při uzavření RIA v místě odstupu a RC nebo uzavřením kmene ACS. IM pravé komory je vzácný, dochází k němu uzavřením ACD v horní třetině, mohou se vyskytovat současně s posteroseptálním infarktem.

Nestabilní angina pectoris je definována ischemickou bolestí, nespecifickým nálezem na EKG a normálními hodnotami kardiomarkerů. (Kolář et al., 2009) Příčinou je neokluzivní trombus, nevzniká nekróza, avšak hrozí přímou vznik infarktu. NAP se klasifikuje různě,

komplexní klasifikaci navrhl Braunwald (1990) a to podle závažnosti, klinických okolností, EKG známek a p ede-lé lé by. (Tmejfa a kol., 1998)

1.3.2 Chronické formy ICHS

Stabilní angina pectoris neboli námahová AP se projevuje hlavn ě jako bolest, která je vyvolaná ischemií myokardu. Vzniká p ě fyzické nebo psychické zát ěi a v klidu odeznívá. P ě í inou ischemické bolesti je nepom ěr mezi pot ebou a dodávkou kyslíku v myokardu. Ve v t-ín p ě ípad ě je podkladem ateroskleróza koronárních tepen. Mezi hlavní p ě í iny stabilní AP pat ě í nem ěnné (fixní) neboli organické zúělení tepny aterosklerotickým plátem a m ěnlivé (dynamické) neboli funk ění zúělení zp sobené spazmem tepny. P ě í kombinaci obou p ě í in jde o formu smí-enou. (Kolá ě et al., 2009) Ke klasifikaci závažnosti AP se pouěívá stupnice Kanadské kardiovaskulární spole nosti (CCS). I. stupe ě znamená, ěe AP vyvolá v t-í námaha nebo dlouhotrvající b ělná zát ěl. U II. stupn ě se AP objeví p ě í b ělné námaze. P ě í III. stupni AP omezuje ě malou fyzickou aktivitu a IV. stupe ě zna ě í p ě ítomnost AP p ě í jakékoliv aktivit ě i v klidu. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010)

Variantní angina pectoris, ozna ovaná téěl jako vazospastická AP nebo Prinzmetalova AP je charakterizovaná anginózní bolestí, která je vyvolaná spazmem koronárních tepen. Typickou formou vazospastické AP trpí spí-e ěeny ku a ky, vzniká p edev-ím po emo ěním vyp těí, v chladu ale ě i v klidu a p ekvapiv ě nej ast ě ji se objevuje ve spánku v noci p ed ránem. U této formy nebývají aterosklerotické zm ěny na koronárních tepnách, na EKG p ě í bolesti je patrná elevace ST-úseku a bývá provázena arytmiemi. Variantní AP charakterizovanou anginózní bolestí s m ěnlivou intenzitou trpí p eváěln ě muffi, mívají pokro ěilé aterosklerotické postělení koronárních tepen se stenózami kombinovanými spazmy. Bolesti se objevují p ě í námaze ě i v klidu, m ě ěe je vyvolat emo ění stres, chlad ě i nikotin. P ě í záchvatu anginózní bolesti se na EKG objevují spí-e deprese ST-úseku. Nemocní jsou ohroěeni akutním infarktem myokardu nebo závažnými arytmiemi. (Kolá ě et al., 2009) Tmejfa a kol. (1998) adě Prinzmetalovu variantu AP spí-e k nestabilní AP pro obdobné projevy a moěné následky.

N má ischemie myokardu je objektiv ě prokazatelná srde ění ischemie bez klinických projev ě anginy pectoris. K jejímu p ě r kazu slouěí zát ělové EKG testy, holterovské monitorování (deprese nebo elevace ST-úseku), zát ělová echokardiografie (poruchy kinetiky) a zát ělová myokardiální scintigrafie (vznik studeného loěiska). P ě í inami n ěmé ischemie jsou

stenózy i spazmy koronárních tepen. Každý záchvat nové ischemie je spojen s rizikem vzniku arytmií a náhlé smrti. (Tejfa a kol., 1998) Kolář et al. (2009) vysvětlují příčinu absence bolesti při ischemii tím, že byl u nemocných s novými ischemiemi zjištěn zvýšený práh pro vnímání bolesti a to zejména u starších nemocných a u diabetiků s rozvinutou polyneuropatií.

Mikrovaskulární forma anginy pectoris (syndrom X) je označení pro typickou anginu pectoris u nemocného s normálním koronarografickým nálezem na koronárních tepnách a bez případu spazmu na velkých epikardiálních tepnách. Pravděpodobnou příčinou je porucha regulace průtoku krve v arteriolách. Toto onemocnění je prokazatelné záporným EKG nebo zápornou scintigrafií a má navíc velmi dobrou prognózu. (Kolář et al., 2009)

Chronická srdeční nedostatečnost na podkladě ICHS neboli chronické srdeční selhání je stav, kdy vlivem ICHS dochází k postupné dysfunkci levé komory srdeční, která postupně progreduje, ať se projeví dušností způsobenou městnáním na plicích a orgánovou hypoperfuzí. (Tejfa a kol., 1998)

Arytmie na podkladě ICHS jsou poruchy srdečního rytmu vznikající na podkladě abnormální tvorby nebo vedení vzruchů v srdci. K arytmiím patří nejen nepravidelnost tepu, ale i zrychlení nebo zpomalení pravidelné srdeční akce přesahující fyziologické rozmezí. (Kolář et al., 2009) ICHS patří mezi organická arytmogenní onemocnění srdce a proto může být příčinou celé řady méně či více závažných arytmií, jako jsou například sick sinus syndrom, supraventrikulární arytmie, komorové arytmie, atrioventrikulární a bifascikulární blokády. (Tejfa a kol., 1998)

1.4 Klinický obraz ICHS

1.4.1 Klinický obraz akutních forem ICHS

Vedoucím příznakem akutního infarktu myokardu je anginózní bolest, typicky je lokalizovaná retrosternálně s propagací na přední plochu hrudníku, do krku, do dolní části a tváří, do ramen, do zad a do paží, ať ji do levé paže. Zádka se může šířit do břicha. Nemocní ji popisují jako intenzivní tlakovou, svíravou, pálivou, rezavou nebo bodavou. Obecně platná zásada je, že anginózní bolest trvající déle než 30 minut značí infarkt myokardu. Typická bolest může však přetrvávat i hodiny, neustupuje ani v klidu ani po

podání nitrát , n kdy ani po opiátech. (Kolá et al., 2009) Bolest na hrudi se vyskytuje v 95 % p ípad AIM, u 60 % je vznik bolesti náhlý a prudký. Bezbolestné IM se vyskytují u 5 % p ípad , p edev-ím u nemocných nad 75 let a u diabetik . Na základ epidemiologických studií jsou ale bezbolestné IM ast j-í, afl ve 20 %. (Tejfa a kol., 1998)

P i AIM mohou být p ítomny i známky levostranné srde ní nedostate nosti, jako je du-nost. U n kterých nemocných m fle výrazná du-nost p ekrýt i anginózní bolest, zejména u pacient s edémem plic. (Kolá et al., 2009)

Mezi dal-í p íznaky AIM se adí poruchy neurovegetativní rovnováhy. Zvý-ený tonus sympatiku, jeho p í inou je stres, navozený bolestí i srde ním selháním, se m fle projevit bledostí, chladnou a opocenou pokožkou, tachykardií a hypertenzní reakcí, cofl se nazývá hypertenzn -tachykardický syndrom nebo téfl hyperkynetický syndrom. Zvý-ený tonus parasympatiku se objevuje u nemocných se spodním IM. Drážd ní parasympatické pleten v pravé síni (tzv. Bezold v-Jarisch v reflex) vlivem ischemie vyvolá bradykardii, n kdy i hypotenzi, nauzeu, zvracení, slabost a pocení, neboli hypotenzn -bradykardický syndrom. (Kolá et al., 2009)

Nestabilní angina pectoris se projevuje také ischemickou bolestí, která m fle mít i typy. Jsou to nov vzniklé záchvaty bolesti, záchvaty se zvy-ující se intenzitou, frekvencí a trváním a záchvaty vznikající v klidu. Bolest u NAP je lokalizována podobn jako u AIM, ale mívá jinou kvalitu. Nemocní udávají ast j-í, siln j-í a déletrvající záchvaty bolesti, n kdy vlnovitého charakteru, po námaze ustupují pomaleji nebo se objevují i v klidu bez t lesné a psychické zát fle. Reagují afl na vysoké dávky nitroglycerinu nebo na n j nereagují v bec. U n kterých nemocných je bolest spojená s pocitem t fl-ího dechu afl du-ností nebo s bu-ením srdce. (Kolá et al., 2009) Je téfl nutné také v novat velkou pozornost atypickým symptom m, zejména u flen, star-ích pacient a diabetik . Mezi takovými symptomy lze najít trávicí potífle, neobvyklou lokalizaci bolesti, neklid, zm ny psychiky, výraznou slabost nebo synkopu. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010)

1.4.2 Klinický obraz chronických forem ICHS

Stabilní (námahová) angina pectoris se projevuje také ischemickou bolestí jako u akutních forem ICHS, s obdobným charakterem, lokalizací a propagací. Bolest je provokována

fyzickou nebo psychickou zátíží. U některých nemocných může být spojena s dušností, bledostí a opocněním. Při těžším záchvatu mívají zrychlený tep a dech, někdy i zvýšený tlak krve. Bolest pravidelně ustává v klidu do 3-10 minut, dobře reaguje na podání NTG, kdy ustupuje do 1-5 minut. Fyzická zátěž, při níž bolest vzniká, je důležitý údaj pro stanovení klinické závažnosti AP. Klasifikace navržená Newyorskou kardiologickou společností (NYHA) tomuto hledisku nejlépe vyhovuje. Dělí nemocné do čtyř tříd podle stupně zátěže. **I. stupeň** : potíže se objevují pouze mimo žádnou zátěž. **II. stupeň** : potíže vyvolá v těžší zátěž (chůze do 3. patra, dobíhání autobusu). **III. stupeň** : potíže způsobí i malá zátěž (klidná chůze po rovině, běžné denní úkony, chůze do 1. patra). **IV. stupeň** : potíže vznikají i v klidu. (Kolář et al., 2009)

O'Rourke, Walsh, Fuster a kol. (2010) uvádí, že jde o stabilní AP, pokud se za posledních 60 dní nezmenil charakter anginózních potíží. Vyvolávající faktory bolestí doplňují o chladné počasí, jídlo a kouření, které může snižovat práh zátěže pro AP. Další klasifikace hodnotící závažnost stabilní AP je CCS její popisná v pododdielu 1.3.2.

U variantní AP mívá anginózní bolest menší intenzitu, přichází jak po námaze tak i v klidu a provokuje ji též emocionální stres, chlad a nikotin. Nemocní s Prinzmetalovou formou AP mívají bolest v klidu, nikoliv při námaze, bývá krutá, trvá několik minut, často ji provází bušení srdce, někdy i dušnost. (Kolář et al., 2009)

Klinický projev mikrovaskulární AP je nejčastěji typická anginózní bolest vyvolaná námahou, někdy i v klidu emocionálním stresem. Má odpovídající lokalizaci, charakter a propagaci. Může se objevit i atypická bolest s obdobím zlepšení a opožděným zhoršením. (Tejfal a kol., 1998)

1.5 Diagnostika ICHS

1.5.1 Základní diagnostická kritéria

Základní diagnostická kritéria souflí ke stanovení definitivní diagnózy především v akutní fázi, tzn. odlišit AIM od ostatních forem ICHS a jiných onemocnění.

Klinický obraz je velice důležitou součástí diagnostiky ICHS. Základem je zdárné a důkladné odebrání anamnézy a následné komplexní zhodnocení charakteru anginózní

bolesti, její kvality, lokalizace, propagace, délky trvání a vyvolávajících faktor , dále i p ítomnosti a kvality dal-ích p íznak (viz oddíl 1.4), v etn pe livého fyzikálního vy-etení. (Kolá et al., 2009)

Elektrokardiogram pat í mezi nejstar-í objektivní vy-etení u ICHS. V roce 1918 byly Herrickem poprvé popsány EKG zm ny u AIM. První, kdo hodnotil elevaci ST-úseku jako obraz AIM, byl v roce 1920 Pardee, proto se uflívá pojmenování Pardeeho vlna. U nás prvn diagnostikoval IM podle EKG zm n v roce 1928 Herles. (Kolá et al., 2009)

Na EKG se posuzují p edev-ím charakteristické zm ny ST-úseku (deprese, elevace ó Pardeeho vlna), vlny T (hrotnat ní, negativita), obraz patologického Q kmitu a zm ny QRS komplexu. Dále se hodnotí dynamický vývoj t chto zm n, jako je zvý-ení nebo ústup elevací, vznik negativního T, prohloubení patologického Q apod. Podle konkrétních EKG svod , v nichfl se objeví uvedené zm ny, lze lokalizovat ischemické loflisko (Kolá et al., 2009)

Podle O'Rourkea, Walshe, Fustera a kol. (2010) by elektrokardiogram m li mít v-ichni pacienti s bolestí na hrudi do 10 minut od p íjezdu na pohotovostní ambulanci a také rychle provedené vstupní vy-etení, aby bylo moflné v as zahájit ú innou lé bu.

Laboratorní vy-etení se adí k základním diagnostickým kritériím a slouflí p edev-ím k pr kazu nekrózy srde ního svalu. Mezi nejd leflit j-í sledované látky pat í kardiomarkery. Jsou to myokardiální enzymy a bílkoviny, které se p í nekróze srde ních bun k vyplavují do krevního ob hu a proto lze jejich zvý-ené hodnoty prokázat v krevní plazm . (viz P íloha A Obr. 2) Z myokardiálních enzym se stanovují hodnoty kreatinkinázy (CK) a její MB frakce (CK-MB), enzymy laktátdehydrogenáza (LDH) a aspartátaminotransferáza (AST) se v sou asné dob jifl nedoporu ují k diagnostice AIM. (Kolá et al., 2009) Více kardiospecifické nefl CK-MB jsou myokardiální bílkoviny troponiny (troponin I a T). Myoglobin je protein uvol ovaný po-kozenými bu kami myokardu i kosterního svalu, proto by nem l být stanovován izolovan . (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010)

1.5.2 Dal-í diagnostická kritéria

Dal-í laboratorní vy-etení, která se provád jí u nemocných s podez ením na ICHS nebo s jifl diagnostikovaným onemocn ním a mívají pozitivní nálezy, jsou krevní obraz, sedimentace erytrocyt , koncentrace glukózy v krvi a sérové lipoproteiny. (Kolá et al., 2009)

Rentgenové vyšetření srdce a plic slouží k prokázání známek a stupně srdečního selhání, event. zvětšení srdečního stínu. (Kolář et al., 2009)

Echokardiografie posuzuje srdeční funkci (ejekční frakce levé komory), poruchy srdeční kontraktility a včas rozpozná komplikace, jako například přítomnost aneurysmatu, perikardiálního výpotku, dysfunkce papilárního svalu, stupně mitrální regurgitace, přítomnost trombu v levé komoře, ruptury mezikomorové přepážky. (Cheitlin, Sokolow a McIlroy, 2005)

EKG Holterovo monitorování, jehož podstatou je dlouhodobý EKG záznam po dobu 24 hodin i více, má velký význam v tom, že může zachytit nejen epizody ischemie myokardu provázené anginou pectoris, ale i epizody nebolestivé ischemie. (Kolář et al., 2009)

Mezi **zátěžové testy** patří zátěžové EKG vyšetření (ergometrie) a zátěžová echokardiografie nejčastěji dobutaminem. Používají se k získání objektivních známek ischemie myokardu. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010)

Radionuklidová vyšetření umožní detekovat ischemii myokardu, lokalizovat ji a určit rozsah defektů v perfuzi myokardu. Provádí se především klidová a zátěžová perfuzní scintigrafie thaliem a scintigrafie techneciem. (Cheitlin, Sokolow a McIlroy, 2005)

Koronární CT angiografie má význam u pacientů s nízkým až středním rizikem jako alternativa zátěžového testu. Jedná se o neinvazivní vyšetření, bohužel však poskytuje pouze údaje diagnostické a nelze přímo souasně provést případnou revaskularizaci. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010)

Koronární angiografie je invazivní metoda, která nejspolehlivěji diagnostikuje koronární choroby. Určuje stupeň zúžení jednotlivých koronárních arterií, celkovou závažnost a prognózu onemocnění. Umožňuje zvolit nejvhodnější léčebný postup. Může být spojena s léčebným zákrokem o koronární intervencí. I normální koronarografický náález má význam pro diagnostiku anginy pectoris, především mikrovaskulární AP nebo spastické formy AP (Kolář et al., 2009)

Provokací testy na vyvolání vazospazmu se užívají k vyvolání známek ischemie a anginózní bolesti na podkladě spazmu koronární arterie nejčastěji podáním farmak (acetylcholin při koronarografii) nebo hyperventilací. (Kolář et al., 2009)

1.6 Léčba ICHS

1.6.1 Léčba akutních forem ICHS

Optimálním postupem v léčbě akutních koronárních syndromů je znovuoživení průtoku v uzavřené tepně (reperfuze) během co nejkratší doby a zároveň zvládnutí poruch způsobujících zhoršení dodávky kyslíku do ischemického myokardu. Intenzivní léčba v kritických 6 hodinách od počátku AIM má pozitivní vliv na rozsah IM i na prognózu nemoci. (Kolář et al., 2009)

Léčba AKS v přednemocniční fázi zahrnuje co nejrychlejší transport na specializované pracoviště, současně tlumení bolesti sedativy, opiáty a nitráty, oxygenoterapii, antiagregační léčbu (Aspegic i.v.), poopletní antikagulační léčbu (Heparin i.v.) a řešení doprovodných příznaků, jako například bradykardii podáním Atropinu, při hyperkynetickém syndromu a závažných komorových arytmiích podáním betablokátorů, při srdečním selhání diuretik a vazodilatancí a při srdeční zástavě zahájením kardiopulmonální resuscitace. (Kolář et al., 2009)

Úvodní terapie v nemocnici je shodná jako v přednemocniční fázi, pokud jífl nebyla podána. Při potvrzení AIM (STEMI) je hlavním cílem reperfuze ischemického myokardu. Podle O'Rourkea, Walshe, Fustera a kol. (2010) existují tři hlavní metody reperfuze: trombolýza, primární perkutánní koronární intervence (dále jen PCI) a PCI navazující na trombolýzu. Kolář et al. (2009) uvádí jako 3 základní postupy reperfuze léčby medikamentózní trombolýzu, perkutánní koronární intervenci (PCI) a kardiokirurgickou operaci (urgentní AKB).

Trombolytická léčba je dostupná a lehce aplikovatelná, ale dá se použít pouze u přibližně 50 % pacientů se STEMI a u 50-60 % pacientů léčených trombolytiky dojde ke kompletní reperfuzi. Je nejúčinnější při podání do 3 hodin od začátku stenokardií. V USA stále hraje zásadní roli u nemocných přijatých do nemocnice, kde není možnost provést primární PCI a převozní vzdálenosti jsou dlouhé. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010) Kolář et al. (2009) dodává, že se doporučuje podat trombolýzu pouze v prvních 3 hodinách po vzniku AIM, jen pokud nelze provést PCI, proto se v ČR nyní provádí zcela výjimečně.

O'Rourke, Walsh, Fuster a kol. popisuje trombolýzu před PCI jako metodu, která byla navržena pro co nejdříve zahájení reperfuze a snížení doby ischemie, ale pacienti s tímto

postupem lé by jsou vystaveni vyššímu riziku krvácení, proto by neměla být strategií první volby.

Zpravidla není infarktové tepny pomocí perkutánní koronární intervence, tzv. primární PCI, je nejúčinnější a v současné době nejpočívánější metodou, která má pozitivní vliv na mortalitu a prognózu STEMI oproti trombolytické léčbě. Při PCI se provádí balónková dilatace postifikované tepny a implantace koronárního stentu (viz Příloha A Obr. 3), méně často se používají techniky k odstranění trombózy nebo aterosklerotických hmot z postifikovaných koronárních tepen. Pomocí implantovaných stentů se dosahuje okamžitého zpravidla tepny, ale mají i svá rizika, především ve vzniku trombózy, následně restenózy a AIM. Od roku 2005 se implantují také tzv. lékové stenty (drug eluting stents - DES), které snižují vznik restenózy o 70-80 %. Přesto je nezbytné po implantaci stentu užívat dvojkombinaci antiagregačních léků, nejméně 1 měsíc a u lékového stentu až 1 rok. (Kolář et al., 2009)

Chirurgická léčba (AKB) u AIM se provádí výjimečně a je spojena s trojnásobně vyšším rizikem smrtelných komplikací. Jednou z hlavních indikací je rozsáhlé postifikování koronárních tepen vylučující PCI, selhání PCI a závažný stav se závažnými mechanickými komplikacemi AIM (perforace mezikomorové přepážky, ruptura srdeční stěny nebo papilárního svalu). (Kolář et al., 2009)

Farmakologická léčba u AIM spoívá v podávání antikoagulancií, antiagregancií, betablokátorů, inhibitorů angiotenzin-konvertujícího enzymu, statinů a nitrátů. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010)

Do léčebných opatření přidáme i fyzickou aktivitu. Dlouhodobá neaktivita zvyšuje riziko fibrilní trombózy a plicní embolie, snižuje kondici a podporuje vznik dalších komplikací (například dekubit, retence moči, zácpy, osteoporózy). Z tohoto důvodu se doporučuje co nejdříve mobilizace nemocného, postupně po 24 hodinách klidu na lůžku u nekomplikovaného IM. (Kolář et al., 2009)

1.6.2 Léčba chronických forem ICHS

Seznámení nemocného s podstatou a příčinami jeho onemocnění, nutností dodržovat léčebné zásady a pozitivní motivace jsou některé ze zásad léčby ICHS. (Kolář et al., 2009) U pacientů by měly být vyšetřovány a pokud možno léčeny rizikové faktory ICHS. Pacienti

by se měli vyhýbat tabáku a alkoholu, měli by mít ideální hmotnost, dodržovat nízkotučnou a nízkocholesterolovou dietu, měli by mít dobře kompenzovaný diabetes, hypertenzi i lipidogram. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010)

Při medikamentózní léčbě nemocného s chronickou AP se používají nitráty, betablokátory a blokátory kalciových kanálů. Podle klinické závažnosti se volí typ léku, dávky i vzájemné kombinace léků. Všem nemocným se podávají antiagregancia jako prevence vzniku trombu a následného uzavření koronární tepny. Neúčinnost medikamentózní léčby bývá indikací ke koronarografii. Podle jejího výsledku se určuje další léčebný postup, kdy se rozhodne o katetrizační léčbě PCI, léčbě chirurgické nebo o konzervativním postupu u pacientů nevhodných k invazivní léčbě. Chirurgickou léčbou je aortokoronární bypass. Indikací k operaci je závažné postížení kmene levé ventriální tepny nebo všech tří hlavních tepen, které ohrožují nemocného na život. (Kolář et al., 2009)

1.7 Prevence ICHS

Na základě poznatků zjištěných při sledování epidemiologie kardiovaskulárních chorob byly vytvořeny návody pro strategii v primární i sekundární prevenci ICHS ovlivněním rizikových faktorů. Vznikly dva různé přístupy k prevenci, klinický (lékařský) a populační. Lékařský model se zabývá vysokorizikovým nebo postíženým jedincem a populační model se zaměřuje na rizikovou populaci. Oba modely jsou ve vzájemné interakci. Úkolem preventivní medicíny je poskytovat poznatky o příčinách, možnostech prevence a léčení ICHS všem, kdo to vyžadují, ale i potěbují. Prevence ICHS je záležitostí především sociální, ekonomické a zdravotnické politiky. Jejím úkolem není jen prodloužit život, ale hlavně zlepšovat kvalitu života. (Tyman a kol., 2001)

Primární prevence zahrnuje strategické postupy zaměřené na prevenci klinické manifestace ICHS u asymptomatických jedinců. Úkolem sekundární prevence je zabránit recidiv klinických příhod u nemocných s rozvinutou ICHS. Intenzita preventivních opatření by se měla řídit stanoveným absolutním rizikem pacienta. (O'Rourke, Walsh, Fuster a kol., 2010) Věk, pohlaví, kouření, hodnota systolického TK a hodnoty celkového cholesterolu byly použity jako hlavní kritéria pro odhad absolutního rizika (pravděpodobnost v %, že posuzovaná osoba v následujících 10 letech zemře na kardiovaskulární příhodu) zpracované v tabulkách SCORE. (viz Příloha A Obr. 4) Tyto rizikové faktory ale nejsou jediné a proto je

nutné posuzovat další rizika, jako nadváha, obezita, porucha metabolismu glukózy, hyperlipoproteinemie, které vznikají vlivem inzulínové rezistence. Ta má hlavní vliv na vznik metabolického syndromu. (Rosolová a Matoulek, 2012)

Tejfa a kol. (1998) více popisují odstranitelné kardiovaskulární rizikové faktory. Podle nich je lze dle pohlaví z hlediska ekonomiky, na biochemické a fyziologické rizikové faktory. První skupinu zjišťovanou onemocněními tvoří hyperlipoproteinemie, hypertenze a diabetes mellitus. Druhou skupinou fyziologických rizikových faktorů jsou faktory životního stylu, pohlaví, věk, výšiva, obezita, tělesná inaktivita, alkohol, stres. Hranice mezi těmito skupinami ale není jasná, navzájem se ovlivňují. Prevalence obezity se zvyšuje, proto je třeba ji ovlivnit změnou životního stylu, tj. zlepšením stravovacích návyků a zvýšením fyzické aktivity (Danzig, Těmek, Těmková a kol., 2006).

Ovlivněním rizikových faktorů v primární prevenci je možné snížit pravděpodobnost vzniku aterosklerózy a následně ICHS. V sekundární prevenci lze nestabilní aterosklerotickou lézi změnit na stabilní pohlavím snížením LDL cholesterolu, a to snížením příjmem cholesterolu v dietě, snížením příjmem tuku, snížením příjmem nasycených mastných kyselin (z živočišných tuků) a zvýšením příjmem nenasycených mastných kyselin (z rostlinných tuků), zvýšením množstvím vlákniny ve stravě, snížením nadváhy a zvýšením fyzické aktivity. (Ondáal, Vízek a kol., 2003) Nemocný by měl být seznámen s výší svého kardiovaskulárního rizika, následně pozitivně motivován informacemi o tom, o kolik procent sníží svoje riziko, pokud bude dodržovat doporučené zásady intervence. (Těmon a kol., 2001) U nemocných, kteří po IM nepostanou kouřit, je dvojnásobně vyšší mortalita než u nemocných, kteří kouří po restali (Danzig, Těmek, Těmková a kol., 2006).

Většina nemocných má více rizikových faktorů, proto je jejich současně ovlivnění dlehlitě pro razantní snížení celkového rizika. Možností, jak ovlivnit rizikové faktory aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění, je má. O jejich úspěchu rozhoduje pohlavím nařazení, volba léčebného postupu a zásadním způsobem také compliance pacienta. Nejúspěšnějšími způsoby prevence jsou založeny na kombinaci trvalé změny životního stylu a farmakologické intervencí. (Vrablík, 2012)

Kardiovaskulární onemocnění jsou celosvětovým problémem, proto se jimi zabývá mimo jiné i Světová zdravotnická organizace (WHO). Jedním z cílů strategie péče o zdraví je omezení výskytu a změna průběhu kardiovaskulárních nemocí. Toho lze dosáhnout integrovaným přístupem zaměřeným na omezení a zvládnutí rizikových faktorů v chování lidí

i v jejich okolním prostředí a na faktory zdravotního systému. Zdravotníci by se měli snažit zvyšovat kvalitu poskytovaných zdravotních služeb a aktivně podporovat pacienty v péči o svoje zdraví. Dostatek odpovídajících informací o problematice zdraví, životním stylu, prostředí a prospěšných aktivitách je nezbytný pro zapojení obyvatel do péče o zdraví. Jejich spolupráce je závislá na míře přijetí individuální i kolektivní odpovědnosti za zdraví. (WHO, 1999)

2 Compliance

2.1 Výklad pojmu compliance a non-compliance

Termín compliance je vysvětlován jako schopnost člověka správně pochopit, respektovat, realizovat a dodržet pokyny lékaře. Opakem je non-compliance, tj. nedodržení ústní a komplexní terapie, a jejím důsledkem mohou být horší terapeutické výsledky. Mezi těmito hranicemi stavy existuje mezistupeň, a to snížená compliance. (Grundmann, 2001) Křivohlavý (2002) popisuje pojem compliance jako ochotu člověka vyhovět požadavkům druhého člověka, poddat se jeho vůli, vytvořit tak určitou harmonii mezi chováním jednoho a vůlí druhého člověka. Jako možný příklad tohoto pojmu uvádí poslušnost v dodržování léčby. Sníženou compliance a non-compliance vykládá jako zdráhání se pacienta dělat to, co má dělat, nedělání toho, co mu bylo lékařem předepsáno, zanedbávání rad a přitom opomíjení všech příkazů lékaře, týkajících se pacientova chování a jednání. Raudenská a Javřková (2011) výstižně definují compliance jako chování pacienta, které koresponduje s doporučením lékaře a vede ke splnění léčebných cílů. Podle nich je to komplexní proces ovlivněný symptomy nemoci, vlastnostmi nemocného a okolním prostředím zahrnujícím sociální podporu, znaky zdravotního systému, práci lékařského týmu a dostupnost zdravotní péče. Dále uvádí, co je důležité pro compliance. Jsou to informace o zdravotním stavu, prognóze a strategii zvládnutí nemoci, motivace pacienta zahrnující jeho osobní postoje a v neposlední řadě také jeho behaviorální dovednosti. Nespolupráci, nebo-li non-compliance, vidí jako iracionální nebo záměrné chování pacienta, které vede k nedodržování doporučení lékaře. Je to dosti častý fenomén, neboť přibližně 50 % chronických a 38 % krátkodobě léčených pacientů nedodržuje doporučenou léčbu (Křivohlavý, 2002). Díky svým důsledkům představuje velmi vážný socioekonomický problém (Richter, 2007).

Nejčastěji se termín compliance užívá v souvislosti s farmakoterapií. Farmakologická compliance je schopnost pacienta správně užívat předepsané léky dle doporučení lékaře. Compliance je i nefarmakologická, tj. schopnost pacienta správně dodržovat dietní omezení, zásady správné životosprávy, dostatečný pohybový režim, rehabilitační cvičení, zdravotnické pomůcky, pravidelné návštěvy u lékaře a jiná doporučení v dalších oblastech péče o zdraví. (Grundmann, 2001)

2.2 Faktory ovlivňující compliance

Faktory, mající vliv na compliance pacientů, je celá řada a můžeme je rozdělit do tří hlavních skupin. První skupinu tvoří chyby na straně pacienta, do druhé skupiny lze zařadit chyby na straně lékaře (zdravotníka) a při farmakoterapii jsou to též skupinou chyby na straně medicíny. (Trauch, Chytil, Kurcová et al., 2011)

Každý pacient, který od lékaře dostává rady a pokyny týkající se jeho léčby, se musí rozhodnout, zda je má dodržet a chovat se podle jeho doporučení nebo nikoliv. (Raudenská a Javřková, 2011) Pacientovo přesvědčení má při dodržování léčebného režimu důležitou roli. Pokud pacient věří, že mu doporučení a nařízení lékaře pomohou, pak je ochoten dodržovat vše, co mu lékař ukládá. Také je vidět rozdíl v compliance při léčbě a v rámci preventivních opatření, nebo pacienti, kteří jsou si v domě, se léčí v jejich případě o léčbu, které má zlepšit jejich zdravotní stav, lépe dodržují doporučení lékaře, než pacienti domnívající se, že jde jen o preventivní opatření. (Křivohlavý, 2002) Z toho vychází vliv různých faktorů na straně pacienta, jako jsou nedostatečná důvěra v lékaře a léčebný postup, nepochopení nutnosti léčit se, nízká motivace ke změně chování v oblasti zdraví, psychické a emocionální faktory, poruchy kognitivních funkcí, nízké vzdělání a nízký socioekonomický stav pacienta, etnický původ a rodinný stav, závislost na lécích nebo drogách. Někdy může být příčinou úlevové jednání pacienta, jehož cílem může být získání nebo udržení invalidního důchodu a dlouhotrvající pracovní neschopnost. (Widimský jr. a kol., 2012)

Mezi nejčastější chyby na straně lékaře patří nedostatek empatie, komunikační problémy a nedostatek času, v daný konkrétnímu pacientovi (Widimský jr. a kol., 2012). Důvodem mohou být spolupráce lékaře a pacienta při léčbě mohou být i potíže v jejich vzájemném vztahu, kdy má pacient určité očekávání, která jsou pro lékaře nesrozumitelná nebo je lékař nespokojen. Vztah lékaře a pacienta, založený na aktivní spolupráci, umožňuje společné rozhodování o léčbě a převzetí odpovědnosti za léčbu, vyžaduje komunikační dovednosti lékaře i užití podpůrné psychoterapie. (Raudenská a Javřková, 2011) K tomu, aby byl lékař úspěšný, nestačí jen jeho odborné znalosti a praktické zkušenosti, ale podstatná je i jeho schopnost efektivní komunikace. Ta by měla probíhat nejen mezi lékařem a pacientem, ale také mezi lékařem a rodinou pacienta nebo jeho nejbližšími osobami. To vše platí i pro ostatní zdravotnický personál, nebo neefektivní komunikace může u pacienta vyvolat nedůvěru, která je možná příčinou non-compliance. (Knezovi a Ralbovská, 2011)

Příiny snížené compliance nebo non-compliance na straně samotné medikace jsou ve složitosti denního dávkování, velkém počtu tablet za den, vedlejších účincích léků a v neposlední řadě také v ceně léků, což je dnes velký problém především u seniorů, užívajících denně velké množství léků. (Widimský jr. a kol., 2012)

2.3 Hodnocení compliance

Zhodnotit compliance pacienta nebývá jednoduché. K tomu se dá použít řada metod, ale každá z nich má určitá omezení. Nejčastěji používanými metodami jsou dotazníky a výpovědi pacienta. Jsou jednoduché a levné, ale jejich výsledky může pacient lehce zkreslovat. Dalším lehce proveditelnou metodou u farmakologické léčby je počítání tablet, ale i to pacient může ovlivnit. Srovnávání počtu předepsaných a vyzvednutých balení léků také jednoznačně nedokáže prokázat compliance pacienta. Stejně tak není přesná ani elektronická kontrola užívání tablet pomocí mikroprocesorů umístěných v balení léků, které detekují každé jejich otevření. (Widimský jr. a kol., 2012) Posoudit compliance pacienta lze také pomocí klinických známek, jako jsou například hodnoty TK a tepové frekvence, ale ani ty nejsou přesné. Mezi přesnější metody patří měření biologických hodnot v krevním séru, stanovení koncentrací léků nebo jejich metabolitů v moči a v séru. Toto vyšetření má omezení v tom, že je nutné provést odběr krve v určitou dobu vzhledem k farmakokinetickým parametrům a metabolismu léčiva. (Trauch, Chytil, Kurcová et al., 2011)

2.4 Strategie ke zlepšení compliance

Ke zlepšení compliance je vhodný komplexní přístup, neboť tato problematika je velmi široká. Efektivní bývá kombinace intervencí zaměřených na změny v chování pacienta, lékaře i zdravotního systému. Spolupráce pacienta se zvyšuje, pokud cítí zájem a psychologickou podporu, že není se svými potřebami sám. Pak pacient snáze dodrží lékařské pokyny a případně vedlejší a subjektivně vnímané nepříjemné účinky léčby i lépe snáší. Nejefektivnější strategií je vytvoření vzájemného pozitivního vztahu mezi lékařem a pacientem, založeného na důvěře, autentičnosti, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, kdy má pacient prostor k vyjádření svých emocí, myšlenek, názorů a obav spojených s nemocí.

Pro lepší spolupráci lékaře podporuje pacienta k aktivitě, potřebné informace podává v krátkých větách, minimálně používá odborné termíny, kterým nemocný nerozumí, pokud je ihned objasní, podle potřeby opakuje informace pro lepší zapamatování a srozumitelnými otázkami zjistí, zda pacient v němu porozuměl. Pro lepší spolupráci je důležitá i sociální podpora ze strany rodiny, přátel, nebo sociálních pracovníků, proto je žádoucí získat je ke spolupráci. (Raudenská a Javorková, 2011) Nedostatek je také zdravotní osvěta, objasňující vliv chronických onemocnění na produktivní život i na celkovou kvalitu života (Richter, 2007).

U farmakologické léčby je třeba pacienty opakovaně edukovat o správném užívání předepsané medikace, o její důležitosti, volit léčiva s nízkým výskytem nežádoucích účinků, jednoduchým dávkováním a nízkým celkovým počtem užívaných tablet. K tomu jsou dobře využitelné fixní kombinace léků. (Vrablík, 2012) Pro maximálně efektivní farmakologickou léčbu by měl pacient užívat léky ve stejnou denní dobu, například v souvislosti s běžnými denními aktivitami, nebo využívat časové přístroje, signalizující správný čas na užití léku. Pomocí i dávkování léků do speciálních dávkovačů, zapisování užívané medikace například do speciálních lékových kalendářů nebo nálepkových systémů. (Richter, 2007) Významným faktorem ovlivňujícím compliance je cena léků, proto je důležitým předepisováním generických preparátů a minimálními doplatky (Widimský jr., 2012)

To vše má za následek zlepšení účinnosti léčebných postupů, pacienti nacházejí podporu, uklidnění, mírnění obav, lépe spolupracují na léčbě a lépe se adaptují na nemoc. (Raudenská a Javorková, 2011)

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumné otázky

- 1) Jsou respondenti spokojeni s přístupem ošetřujících lékařů a sester a dodržují i nedodržují jejich doporučení?
- 2) Jak respondenti získali informace o své nemoci a léčbě a hodnotí je jako dostatečné?
- 3) Jaká je pro respondenty nejvýznamnější překážka v compliance?
- 4) Mají pacienti s ICHS problémy s farmakologickou compliance?
- 5) Je rozdíl v compliance mezi muži a ženami?

4 Metodika výzkumu

4.1 Výzkumný nástroj

Ke splnění cíl své práce jsem zvolila kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníku. Nejprve jsem provedla pilotní předvýzkum, abych zjistila, zda jsou mé otázky srozumitelné, jednoznačné a jasné formulované. Pilotní dotazník jsem vyplnila s 6 respondenty a po jejich vyhodnocení jsem upravila finální dotazník, který obsahuje oslovení respondenta, mé představení, žádost o vyplnění dotazníku, jeho účel, ujištění o anonymitě a instrukci, jak ho vyplnit. V dotazníku, který má celkem 25 otázek, jsem použila nejvíce otázek uzavřených polytomických výběrových, dále otázky polouzavěné a identifikační.

4.2 Výzkumný vzorek

Mým záměrně vybraným souborem respondentů tvoří pacienti různých věkových kategorií opakovaně hospitalizovaní s diagnostikovanou ischemickou chorobou srdeční. Základním předpokladem úspěšného provedení mého výzkumu byla ochota pacientů spolupracovat na vyplnění dotazníku. Celkový počet pacientů, kteří měli zájem se zapojit do výzkumu, bylo 62, z toho 37 mužů a 25 žen.

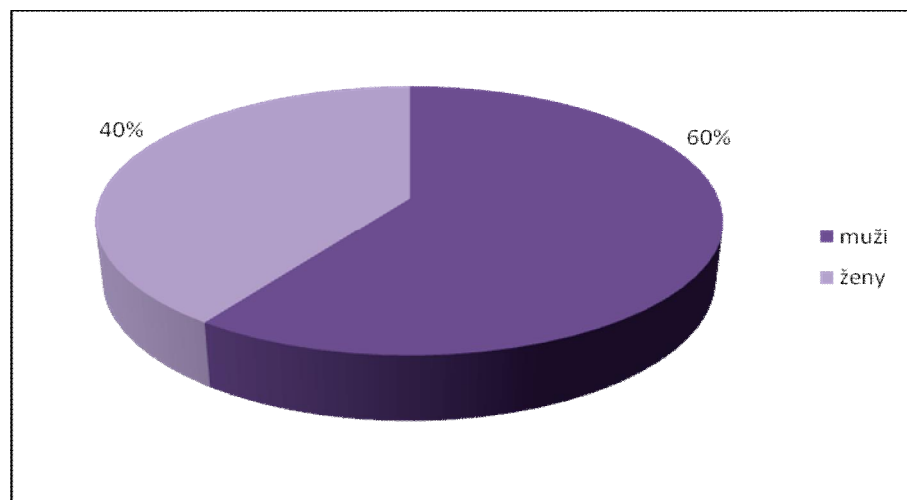
4.3 Průběh výzkumu

Svůj výzkum jsem realizovala na lůžkovém oddělení nemocnice krajského typu od října 2012 do února 2013 po předchozím podání žádosti a seznámení vedení nemocnice i dotčeného oddělení se svým záměrem uskutečnit tento výzkum. Po udělení souhlasu jsem osobně navštívila pacienty, kteří splňovali požadavek na druh diagnózy a byli opakovaně hospitalizovaní. Po domluvě s nimi jsem s nimi kterýkoli dotazník vyplnila osobně, na které si mohli vyplnit dotazník sami. Celkem jsem rozdala a s pacienty vyplnila 62 dotazníků.

5 Analýza získaných dat

Všechny odpovědi respondentů na mé otázky jsou graficky zpracovány do tabulek nebo grafů a slovně vyhodnoceny. K tomu jsem použila popisnou statistiku v programu Microsoft Office Excel 2007.

1. Jste: a) žena,
b) muž.



Obr. 5 etnost pohlaví respondent

V mém záměrně vybraném souboru respondentů byla zastoupena obě pohlaví. Spolupracujících žen bylo 25, tedy 40 %, a mužů 37, tj. 60 %. (viz Obr. 5)

2. Kolik je Vám let?

Tab. 1 V k mufl

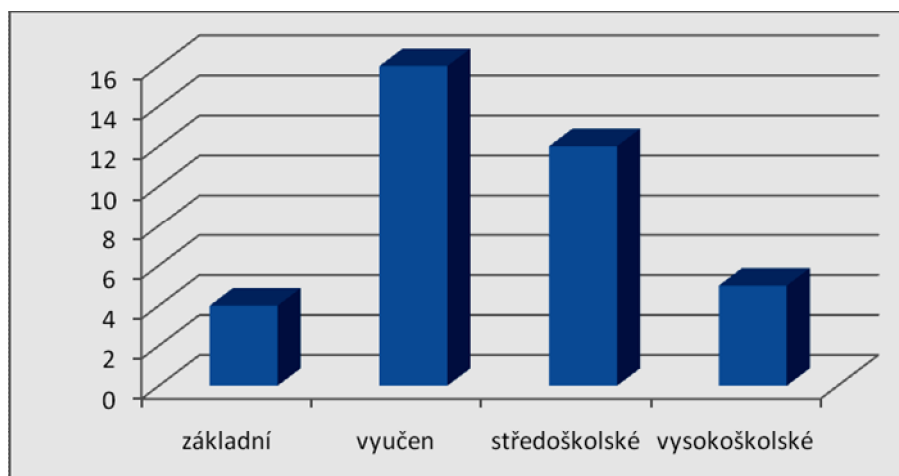
V kové intervaly	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
31-40	1	0,03	3
41-50	3	0,08	8
51-60	7	0,19	19
61-70	12	0,32	32
71-80	9	0,24	24
81-90	5	0,14	14
celkem	37	1,00	100

Tab. 2 V k flen

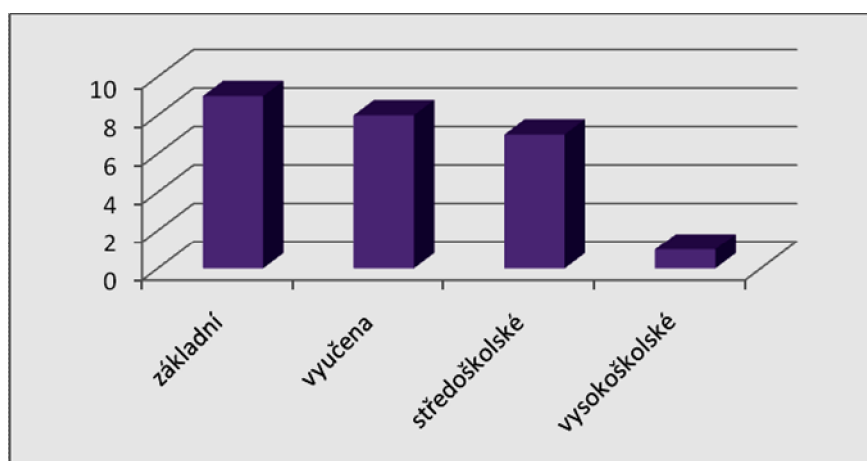
V kové intervaly	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
31-40	0	0,00	0
41-50	0	0,00	0
51-60	5	0,20	20
61-70	7	0,28	28
71-80	9	0,36	36
81-90	4	0,16	16
celkem	25	1,00	100

Tabulka 1 ukazuje absolutní a relativní etnosti v ku mufl a tabulka 2 v ku flen. Pro lep-í p ehlednost je v k len n do destiletých interval . Z tabulek vyplývá, fle v mém souboru respondent onemocn li muflí ICHS daleko d íve ne fleny a nejpo etn j-í v kovou kategorií je u mufl v k mezi 61 afl 70 lety a u flen mezi 71 afl 80 lety.

3. Vaše dosažené vzdělání?



Obr. 6 Dosažené vzdělání mužů



Obr. 7 Dosažené vzdělání žen

Sloupcové grafy na Obr. 6 a 7 zobrazují dosažené vzdělání respondentů, kde jsou vidět rozdíly mezi muži a ženami. U mužů jsou nejpočetnější skupinou vyučení (16 mužů, tj. 43 %), následují středoškolaři (12, tj. 32 %) a vysokoškolsky vzdělaní (5, tj. 14 %). Nejníže počet zastoupených respondentů ve skupině mužů má základní vzdělání (4, tj. 11 %). Naopak základní vzdělání má nejvíce žen, a to 9 (36 %), méně bylo vyučených (8, tj. 32 %), pak středoškolsky vzdělaných žen (7, tj. 28 %) a 1 žena (4 %) má vysokoškolské vzdělání.

4. Kolikrát celkem jste byl/a hospitalizován/a pro ischemickou chorobu srdeční? (porucha prokrvení srdečního svalu projevující se anginou pectoris nebo srdečním infarktem)

Tab. 3 Opakované hospitalizace u mužů

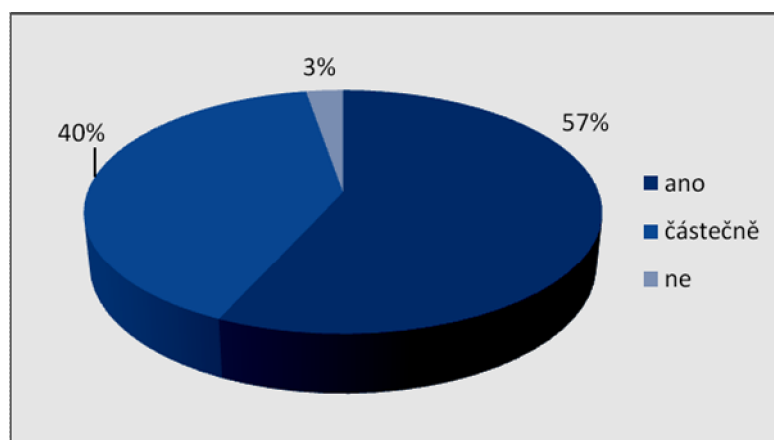
Počet hospitalizací	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
2x	16	0,43	43
3x	10	0,27	27
4x	7	0,19	19
5x	1	0,03	3
6x	3	0,08	8
celkem	37	1,00	100

Tab. 4 Opakované hospitalizace u žen

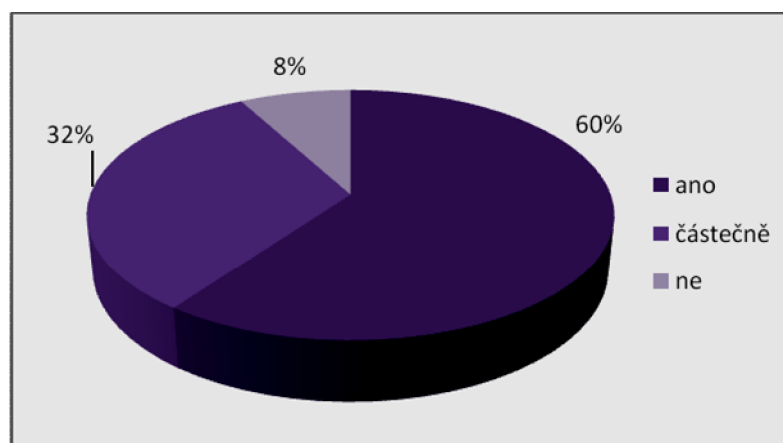
Počet hospitalizací	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
2x	12	0,48	48
3x	8	0,32	32
4x	4	0,16	16
5x	1	0,04	4
6x	0	0,00	0
celkem	25	1,00	100

etnosti opakovaných hospitalizací respondentů s ICHS ve skupině mužů i žen jsou podobně stejné, jak vidíme v tabulkách 6 a 7. 43 % mužů, což je největší podíl, bylo v době provádění výzkumu hospitalizováno pro ICHS podruhé. Druhou hospitalizaci uvedlo i nejvíce žen, největší podíl činí 48 %, tedy téměř polovina. Nejvyšší počet hospitalizací, tj. 6, uvedli 3 muži. Ve skupině žen byl největší počet 5 hospitalizací a uvedla ho 1 žena.

5. Považujete čas, který Vám lékař v novém systému lékařské praxe poskytl, za dostatečně dlouhý?



Obr. 8 Spokojenost muflů s v novém systému lékařské praxe



Obr. 9 Spokojenost fien s v novém systému lékařské praxe

Tato otázka je zaměřena na to, jak jsou respondenti spokojeni s časem, který jim lékař v novém systému poskytl. Ve skupinách muflů a fien nejsou výrazné rozdíly v odpovědích na tuto otázku, jak je patrné z grafů na Obr. 8 a 9. 21 muflů (57 %) považuje čas, který jim lékař v novém systému poskytl, za dostatečně dlouhý, 15 muflů (40 %) za částečně dostatečný a 1 mufl (3 %) za nedostatečně dlouhý. Nejvíce fien (15, tj. 60 %) bylo plně spokojeno s v novém systému lékařské praxe, 8 fien (32 %) částečně a 2 fieny (8 %) nebyly spokojeny vůbec.

6. Dvůjete svému o-et ujícímu léka i?

Tab. 5 Dvůra mufl k léka i

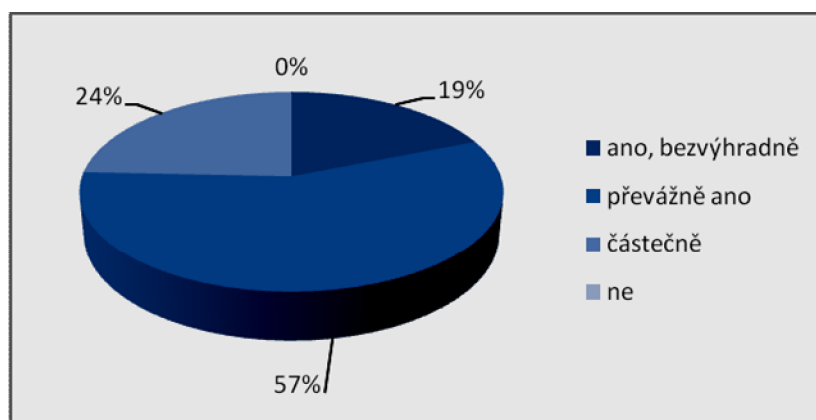
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano, pln d v uji	18	0,486	48,5
áste n	18	0,486	48,5
ned v uji	1	0,027	3,0
celkem	37	1,00	100

Tab. 6 Dvůra flen k léka i

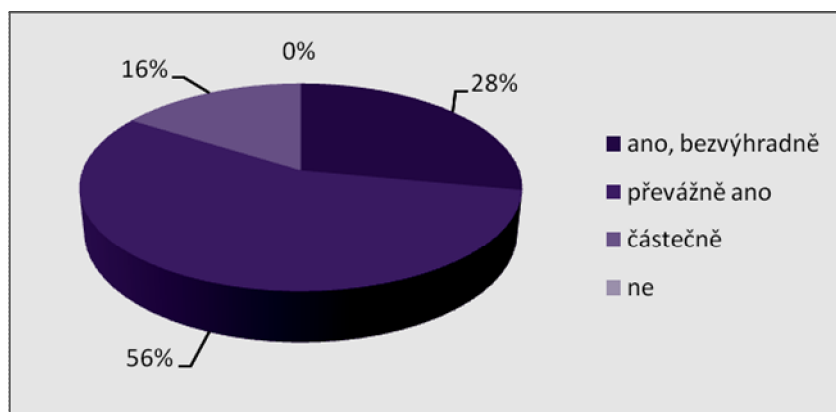
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano, pln d v uji	15	0,60	60
áste n	10	0,40	40
ned v uji	0	0,00	0
celkem	25	1,00	100

Tato otázka m la zjistit, jak respondenti d v ují svému léka i. 18 respondent ze skupiny mufl (48,5 %) pln svému léka i d v uje a stejný po et mufl (48,5 %) d v uje áste n . 1 mufl (3 %) z celkového po tu mufl odpov d l, fle svému léka i ned v uje. Oproti tomu fleny ve druhé skupin respondent více d v ují svému o-et ujícímu léka i. 15 flen (60 %) pln svému léka i d v uje a 10 flen (40 %) áste n . fiádná flena nezvolila mofnost, kdy by svému léka i ned v ovala v bec. (viz Tab. 5 a 6)

7. Dodrfluje doporučení Vašeho ošetřujícího lékaře?



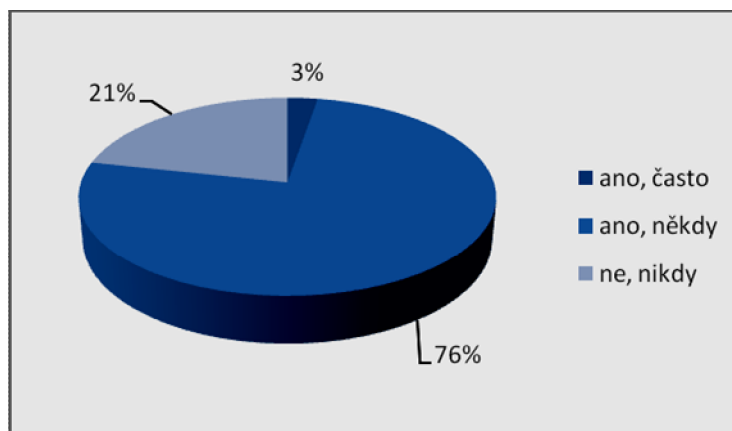
Obr. 10 Úroveň dodržování lékařských doporučení sestrami



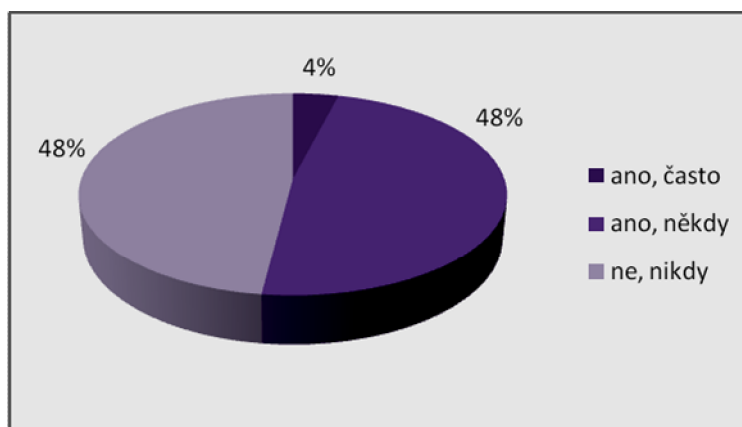
Obr. 11 Úroveň dodržování lékařských doporučení sestrami

Grafy na Obr. 10 a 11 znázorňují, jak dotazovaní respondenti dodržují doporučení svého lékaře. Nejvíce sestry (21, tj. 57 %) odpovědělo, že doporučení lékaře dodržují převážně, 9 sester (24 %) částečně a 7 sester (19 %) bezvýhradně. Žádná sestra ne zvolila možnost, že nedodržuje doporučení svého lékaře. Sestry nejčastěji dodržují doporučení svého lékaře převážně. Tuto možnost označilo 14 sester (56 %), další možnost, bezvýhradně, uvedlo 7 sester (28 %). 4 sestry (16 %) dodržují pokyny lékaře jen částečně a žádná sestra ne uvedla, že by doporučení lékaře nedodržovala vůbec.

8. Používal i používá Váš lékař při rozhovoru s Vámi odborné termíny, kterým nerozumíte?



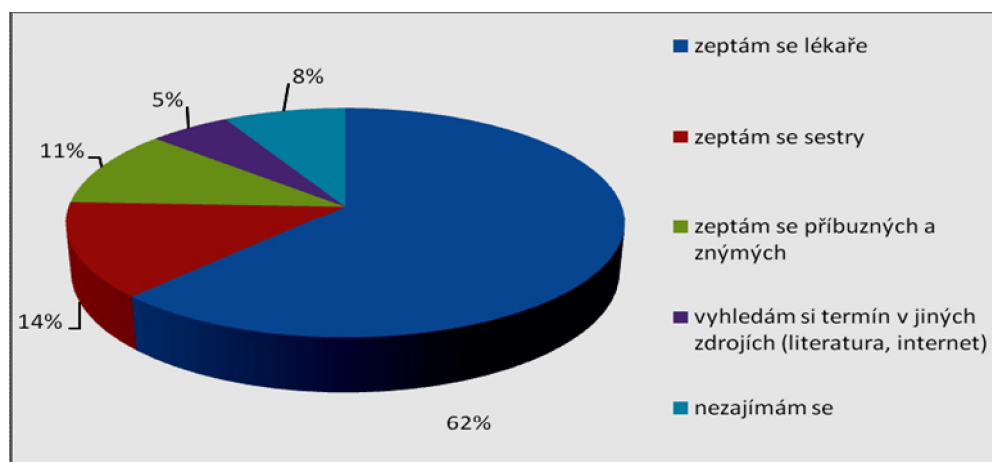
Obr. 12 Používání odborných termínů lékařem dle mužů



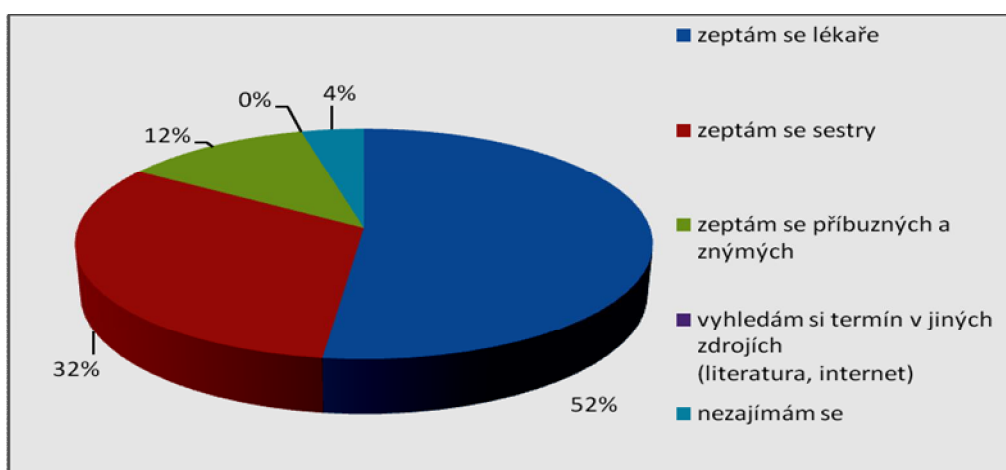
Obr. 13 Používání odborných termínů lékařem dle žen

Tato otázka měla zjistit, jak často lékaři a respondenti používají odborné termíny, když s nimi hovoří. Grafy na Obr. 12 a 13 znázorňují četnosti používání odborných termínů lékařem, je viditelný rozdíl mezi skupinami mužů a žen. Většina mužů (28, tj. 76 %) uvedla, že jejich lékař někdy odborné termíny používá. Další 8 mužů (21 %) nikdy neslyšelo svého lékaře používat odborné termíny a 1 muž (3 %) uvedl, že jeho lékař mluví odborně často. 12 žen (48 %) se někdy setkává s odbornými termíny při rozhovoru s lékařem a u stejného počtu žen lékař odborně nemluví nikdy. 1 žena (4 %) má lékaře, který používá odborné termíny často.

9. Co děláte, když lékař i nerozumíte?



Obr. 14 – ženy: mufl p i neporozum ní odborným termín m



Obr. 15 – muži: flen p i neporozum ní odborným termín m

Zámrem této otázky bylo zjistit, jak respondenti e-í situaci, kdy lékař i p i rozhovoru nerozumí. (viz Obr. 14 a 15) Pokud mufl i neporozumí odborným termín m p i rozhovoru s lékařem, nejvíce z nich pofládá lékaře o vysv tlení ihned (23 mufl , tj. 62 %), 5 mufl (14 %) se rad ji zeptá sestry, 4 mufl i (11 %) se zeptají svých p íbuzných a známých, 3 mufl i (8 %) se o výklad odborných termín nezajímají a 2 mufl i (5 %) si termíny vyhledají v jiných zdrojích, nap . na internetu, v literatu e apod. Odpov di flen se mírn lí-í. Nejvíce z nich (13, tj. 52 %) se také zeptá lékaře ihned, 8 flen (32 %) se ptá sestry, 3 fleny (12 %) hledají vysv tlení u p íbuzných a známých, 1 flena (4 %) se nezajímá v bec a fládá si nevyhledává termín v jiných zdrojích.

10. Kdyfl jste odcházel/a dom po první hospitalizaci, považoval/a jste získané informace o své nemoci za dostate né?

Tab. 7 Dostatek získaných informací o nemoci podle mufl

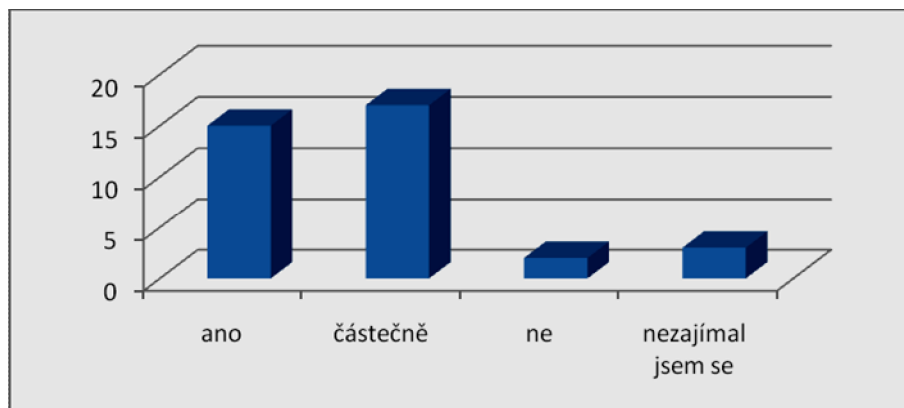
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano	18	0,49	49
áste n	14	0,38	38
ne	2	0,05	5
nezajímá jsem se	3	0,08	8
celkem	37	1,00	100

Tab. 8 Dostatek získaných informací o nemoci podle flen

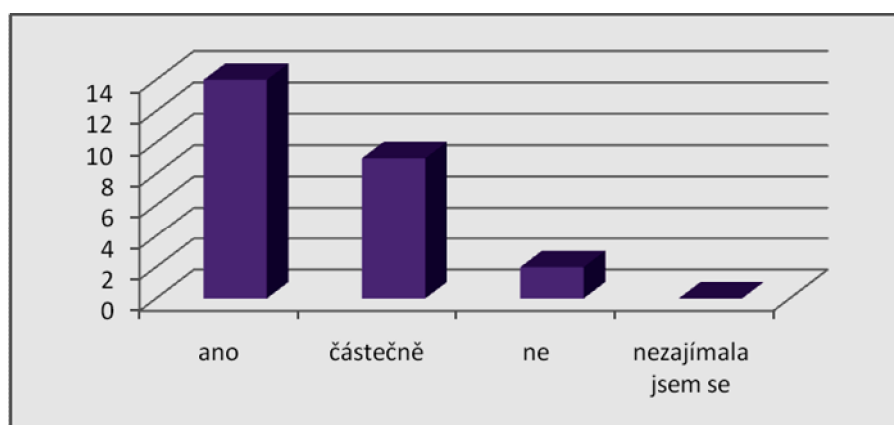
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano	15	0,60	60
áste n	8	0,32	32
ne	1	0,04	4
nezajímala jsem se	1	0,04	4
celkem	25	1,00	100

Tato otázka m la zjistit, jak respondenti hodnotí objem získaných informací o své nemoci. Ob skupiny respondent hodnotí získané informace podobn , což je vid t v Tab. 7 a 8. Dostatek informací m lo 18 mufl (49 %), áste n dostate né informace získalo 14 mufl (38 %), 2 mufl (5 %) nem li dostatek informací a 3 mufl (8 %) se o informace nezajímali. 15 flen (60 %) hodnotí získané informace jako dostate né, 8 flen (32 %) jako áste n dostate né, 1 flena (4 %) jako nedostate né a 1 flenu (4 %) informace o její nemoci nezajímaly.

11. Byly podle Vás pokyny o léčebném režimu poskytnuté zdravotníky po první hospitalizaci dostačující?



Obr. 16 Dostatek získaných informací o léčebném režimu podle mužů



Obr. 17 Dostatek získaných informací o léčebném režimu podle žen

Tato otázka zjišťuje, zda respondentům byl poskytnut dostatek informací o léčebném režimu nemocných s ICHS. V odpovědích na jsou patrné rozdíly (viz Obr. 16 a 17). 15 mužů (41 %) uvedlo, že podané informace byly zcela dostatečné, pro 17 mužů (46 %) částečně dostatečné, 2 muži (5 %) měli informace nedostatečné a 3 muži (8 %) se o to nezajímali. Ve druhé sledované skupině bylo dostatečné informace 14 žen (56 %), částečně dostatečné 9 žen (36 %), nedostatečné 2 ženy (8 %) a žádná žena nezvolila odpověď, že se o informace nezajímala.

12. Jak jste získal/a nejvíce informací o své nemoci a léku ?

Tab. 9 Zdroje informací u mužů o nemoci a léku

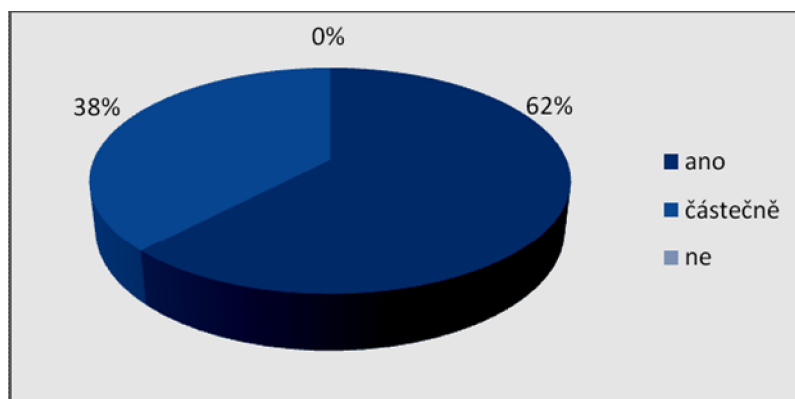
Možnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
léka	26	0,70	70
sestra	5	0,14	14
literatura, internet	4	0,11	11
nezajímá jsem se	2	0,05	5
jiné zdroje	0	0,00	0
celkem	37	1,00	100

Tab. 10 Zdroje informací u žen o nemoci a léku

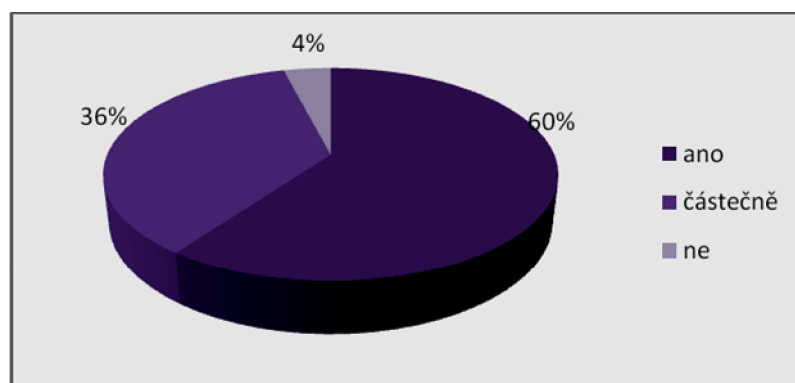
Možnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
léka	16	0,64	64
sestra	7	0,28	28
literatura, internet	2	0,08	8
nezajímala jsem se	0	0,00	0
jiné zdroje	0	0,00	0
celkem	25	1,00	100

Způsobem získání informací respondenti o nemoci a léku se zabývá tato otázka. Zdroje informací o nemoci a léku se u obou skupin respondentů příliš neliší (viz Tab. 9 a 10). Jako hlavní zdroj informací uvedlo 26 mužů (70 %) lékaře. Sestra poskytla nejvíce informací 5 mužům (14 %). Z literatury a nebo internetu seřepali 4 muži (11 %) a 2 muži (5 %) se nezajímali vůbec. Další možností bylo vypsát jiný zdroj informací, ale tu nezvolil žádný muž. Podobně je tomu u žen, kdy jako hlavní zdroj informací zvolilo 16 žen (64 %) lékaře, 7 žen (28 %) sestru, 2 ženy (8 %) literaturu a nebo internet. Žádná žena nezvolila odpovědi, že se nezajímala vůbec a jiný zdroj informací.

13. Myslíte si, že Vám sestry v novaly dostate n dlouhý as?



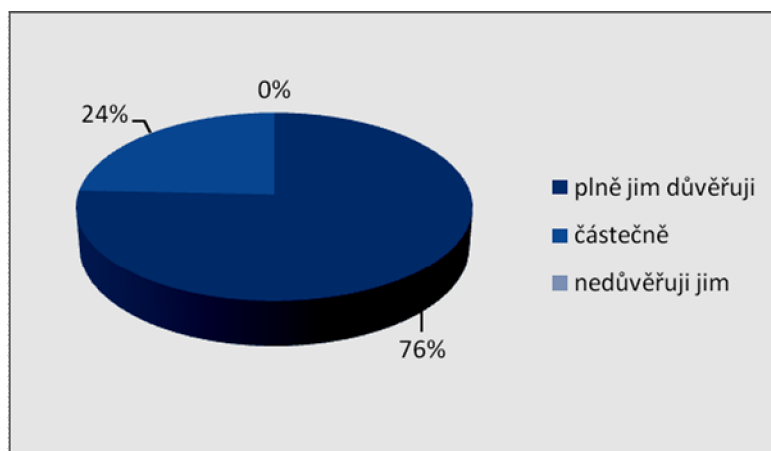
Obr. 18 Spokojenost mufi s v novaným ásem sester



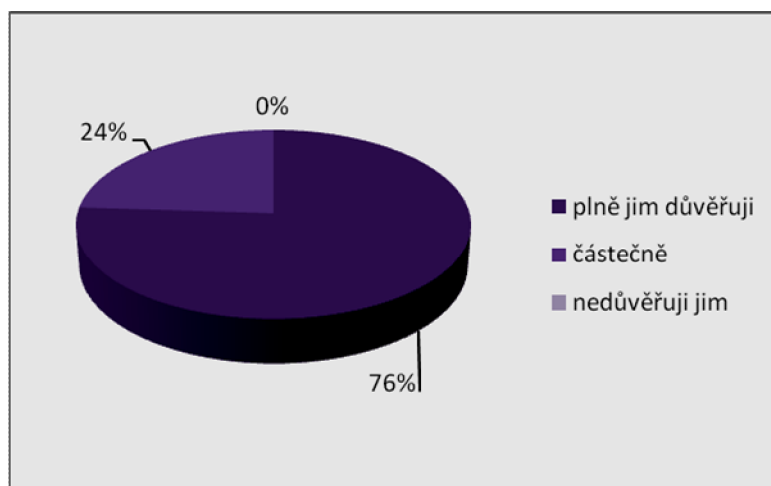
Obr. 19 Spokojenost fien s v novaným ásem sester

Tato otázka zjišuje, jak jsou respondenti spokojeni s dobou, kterou se jim sestry v novaly. V tina respondent mufi (23, tj. 62 %) se domnívá, že jim sestry v novaly dostate n dlouhý as. 14 mufi (38 %) bylo spokojeno áste n a fládný mufi neodpov d l, že by se mu sestry nev novaly dostate n dlouho. U fien jsou odpov di podobné. 15 fien (60 %) je spokojeno s pé í sester, 9 fien (36 %) áste n a 1 fiena (4 %) spokojena není. (viz Obr. 18 a 19)

14. Důvěrujete ošetřujícím sestřám?



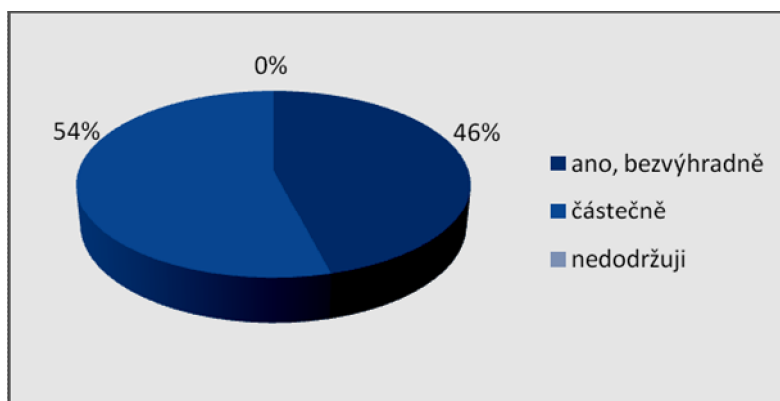
Obr. 20 Důvěrujete ošetřujícím sestřám muži



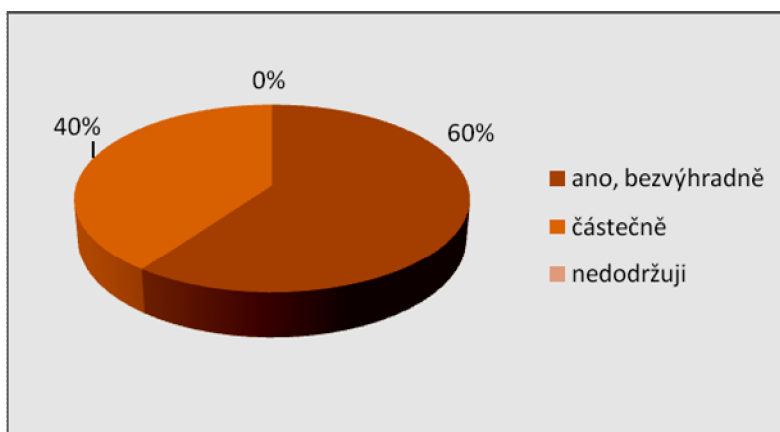
Obr. 21 Důvěrujete ošetřujícím sestřám ženy

Tato otázka se zaměřila na důvěru respondentů k ošetřujícím sestřám. Většinou odpovídají obě skupiny respondentů shodně, jak vidíme na Obr. 20 a 21. 76 % mužů (28 respondentů) i žen (19 respondentek) má plnou důvěru k ošetřujícím sestřám a 24 % mužů (9 respondentů) i žen (6 respondentek) důvěruje ošetřujícím sestřám částečně. Žádný respondent z mužů i žen neuvěděl možnost, že sestřím nedůvěruje vůbec.

15. Dodrhujete doporučení sester?



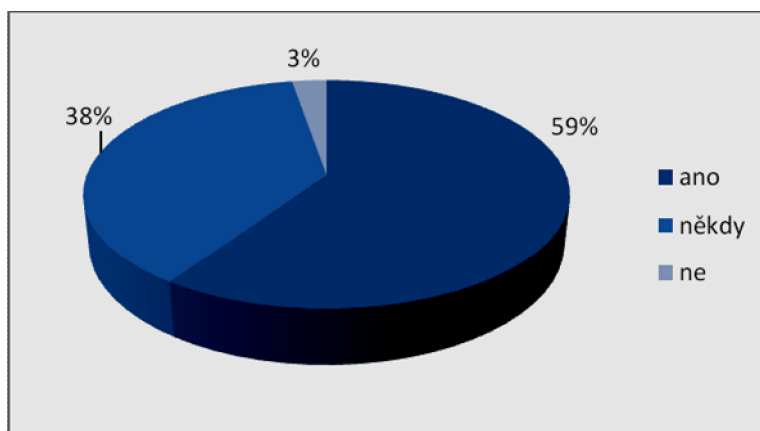
Obr. 22 Úroveň dodržování sesterských doporučení muži



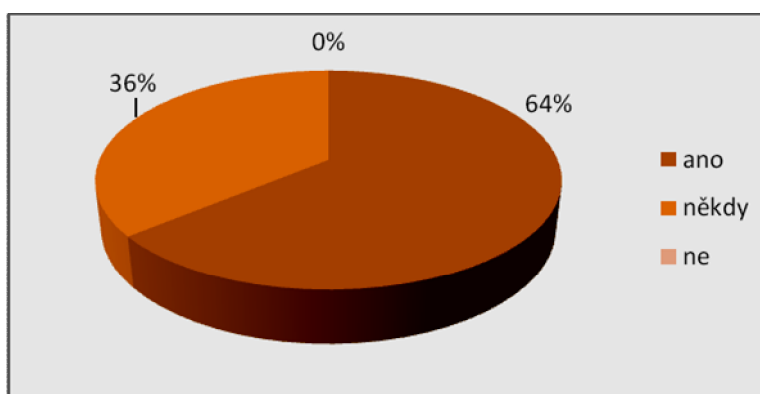
Obr. 23 Úroveň dodržování sesterských doporučení ženami

Cílem tohoto dotazu bylo zjistit úroveň dodržování sesterských doporučení. Z grafů na Obr. 28 a 29 je patrný rozdíl v tom, jak jsou respondenti ze skupin mužů a žen ochotni dodržovat doporučení sester. V této poloze muži (20 z 37, tj. 54 %) dodržuje doporučení sester částečně, kdežto v této poloze ženy (15 z 25, tj. 60 %) uvedlo, že se řídí pokyny sester bezvýhradně. A naopak méně mužů (17, tj. 46 %) bezvýhradně dodržuje doporučení sester, oproti tomu méně žen (10, tj. 40 %) dodržuje doporučení jen částečně. Žádný muž ani žena nezvolili možnost, že nedodržují daná doporučení vůbec.

16. Je pro Vás dle názoru sester?



Obr. 24 D lefitost názoru sester pro mufle



Obr. 25 D lefitost názoru sester pro feny

Tato otázka se zaměřila na to, zda je pro respondenty dle názoru sester. Většinou odpovědi jsou graficky znázorněny na Obr. 24 a 25. Pro 22 respondentů matku (59 %) je názor sester dle názoru sester. 14 matků (38 %) uvedlo, že pro ni je dle názoru sester jen někdy a 1 matka (3 %) na názoru sester nezáleží. U otců je to podobné. Pro 16 z nich (64 %) je názor sester dle názoru sester, pro 9 (36 %) pouze někdy. Žádná matka neuváděla, že by pro ni názor sester nebyl dle názoru sester.

17. Ovlivní názory a zkušenosti příbuzných a blízkých Vaše dodržování léčebných doporučení?

Tab. 11 Ovlivní mufl rodinou a blízkými

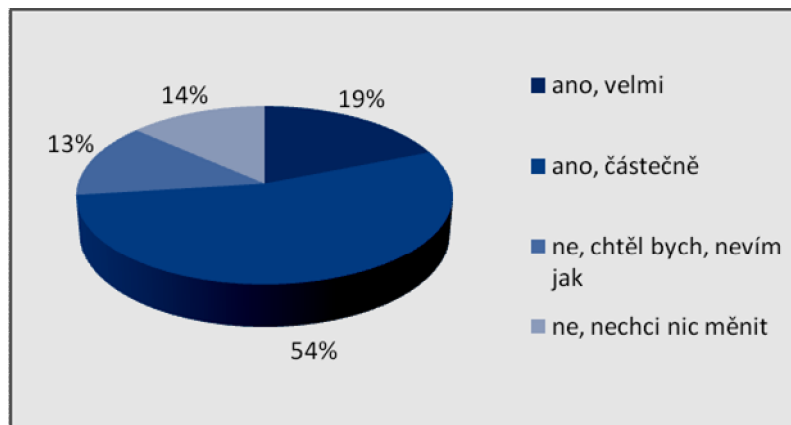
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano, pozitivní	15	0,41	41
ano, negativní	3	0,08	8
neovlivní m	18	0,49	49
nemám rodinu	1	0,03	3
celkem	37	1,00	100

Tab. 12 Ovlivní flen rodinou a blízkými

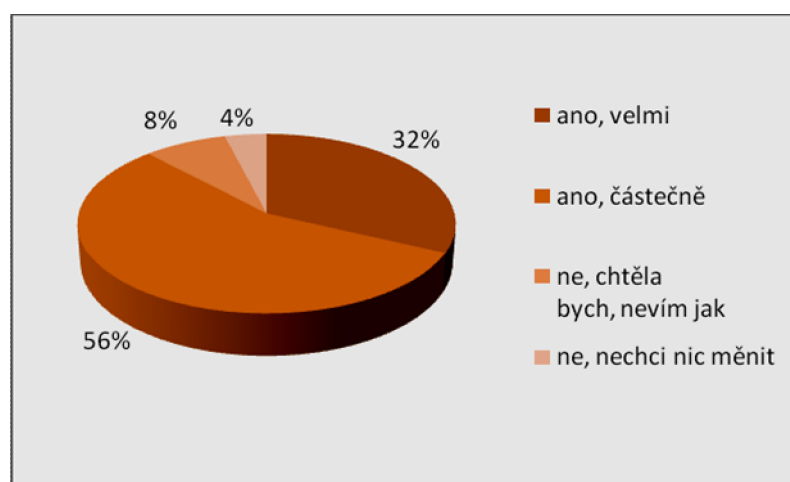
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano, pozitivní	14	0,56	56
ano, negativní	2	0,08	8
neovlivní m	8	0,32	32
nemám rodinu	1	0,04	4
celkem	25	1,00	100

Tato otázka se zabývá mírou ovlivní respondent svým okolím. Odpov di jsou uvedené v Tab. 11 a 12. Nejvtí ást mufl (18, tj. 49 %) rodina ani blízcí lidé nijak neovlivní. Pozitivní je ovlivováno 15 mufl (41 %), negativní 3 mufl (8 %) a 1 mufl (3 %) uvedl, fl nemá rodinu. Mofnost, kdy rodina a blízcí ovlivní pozitivní, uvedla více nefl polovina vech dotazovaných flen (14, tj. 56 %). 8 flen (32 %) rodina a blízcí neovlivní a negativní jsou ovlivovány 2 fleny (8 %). 1 flena (4 %) rodinu nemá.

18. Zm nil/a jste n jakým zp sobem flivotní styl po projevení Va-eho onemocn ní srdce?



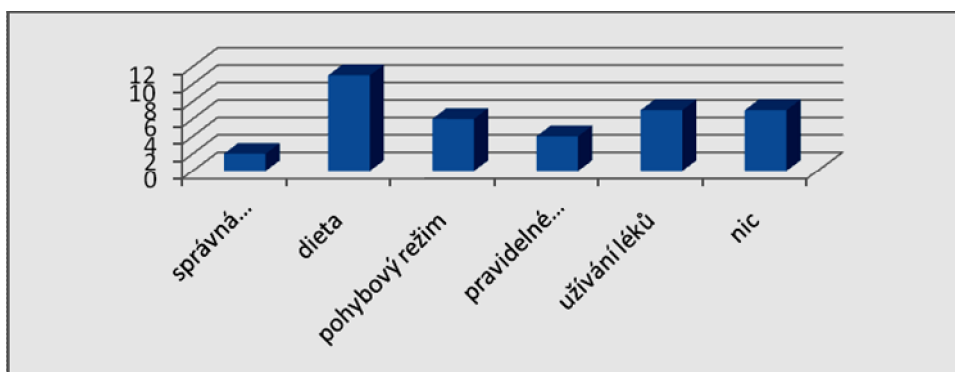
Obr. 26 Zm na flivotního stylu mužů



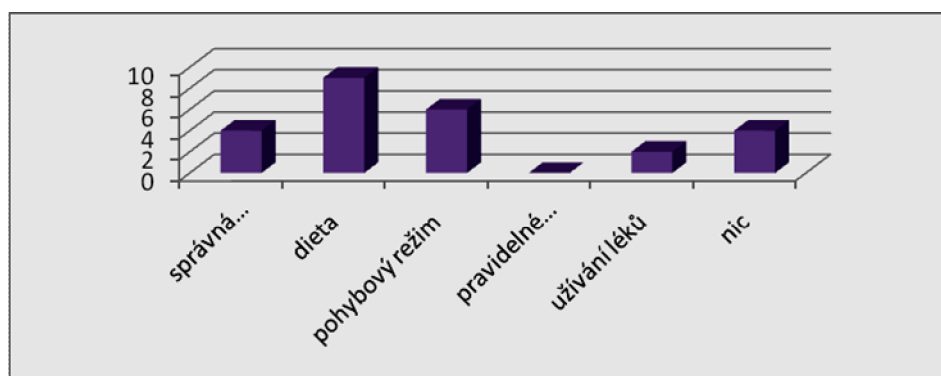
Obr. 27 Zm na flivotního stylu žen

Zám rem u této otázky bylo zjistit do jaké míry respondenti zm nili sv j flivotní styl po diagnostikování ICHS (viz Obr. 26 a 27). áste ná zm na flivotního stylu byla nej ast j-í odpov dí, zvolilo ji 20 mužů (54 %) a 14 žen (56 %). Velmi zm nilo sv j flivotní styl 7 mužů (19 %) a 8 žen (32 %). 5 mužů (13 %) a 2 ženy (8 %) by cht li zm nit sv j flivotní styl, ale neví jak. Na svém flivotním stylu nechce nic m nit 5 mužů (14 %) a 1 žena (4 %).

19. Co Vám dává největší problém s dodržováním doporučení lékaře a sestry?



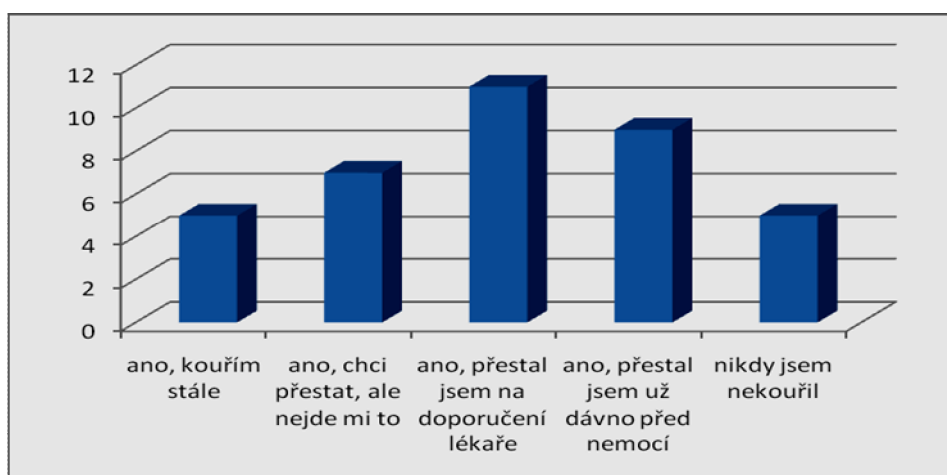
Obr. 28 Problémové oblasti compliance z pohledu mufli



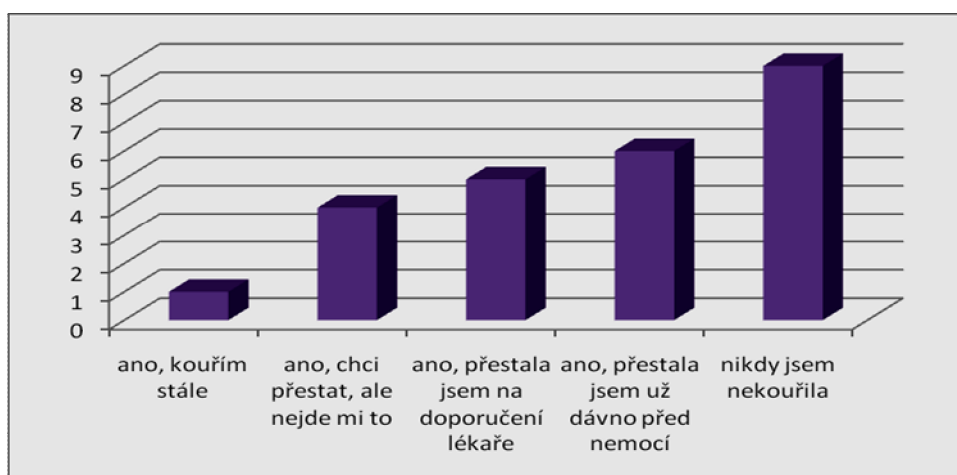
Obr. 29 Problémové oblasti compliance z pohledu fien

Tato otázka se zaměřila na problémové oblasti compliance z pohledu respondentů. Z grafického znázornění na Obr. 28 a 29 jsou patrné mírné rozdíly mezi mufli a fienami. Mufli mají největší problém s dodržováním dietních opatření, nebo tuto variantu odpovědi zvolilo 11 mufli (30 %). 7 mufli (19 %) dává problém užívání léků. Stejný počet mufli uvedlo, že jim nedává problém nic. 6 mufli (16 %) má potíže s pravidelným pohybovým režimem, 4 mufli (11 %) označily za problém pravidelné lékařské kontroly a 2 mufli (5 %) dodržování správné životní správy. U největšího počtu fien (9, tj. 36 %) je také problémem dieta. Druhá nejastější odpověď, kterou zvolilo 6 fien (24 %), je dostatečný pohybový režim. 4 fieny (16 %) označily jako největší problém správnou životní správu a stejný počet jich nemá problém s ničím. 2 fienám (8 %) dává potíže užívání léků. Pravidelné lékařské kontroly nejsou problémem pro žádnou respondentku.

20. Jste nebo byl/a jste kuřák?



Obr. 30 Muži a kouření



Obr. 31 ženy a kouření

Tato otázka se snaží získat údaje o tom, zda respondenti kouří, kouřili nebo přestali kouřit nebo nikdy nekouřili. Grafy na Obr. 30 a 31 ukazují rozdíly v odpovědích mužů a žen. 11 mužů (30 %) přestalo kouřit na doporučení lékaře, 9 mužů (24 %) přestalo kouřit dávno před nemocí, 7 mužů (19 %) by chtěli přestat kouřit, ale nejde jim to, 5 mužů (14 %) kouří stále a stejný počet mužů nikdy nekouřilo. Mezi ženami je největší podíl těch, které nikdy nekouřily (9 žen, tj. 36 %). 6 žen (24 %) přestalo kouřit dávno před nemocí, 5 (20 %) z nich přestalo kouřit na doporučení lékaře, 4 ženy (16 %) chtějí přestat, ale nejde jim to a 1 žena (4 %) kouří stále dál.

21. Víte, co byste m l/a ve své strav omezit p edev-ím?

Tab. 13 Informovanost mufl o zm nách ve stravování

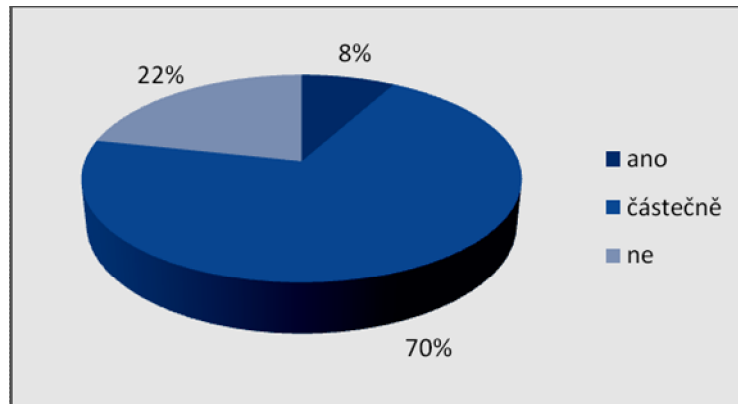
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano	28	0,76	76
ne	8	0,22	22
nic	1	0,03	3
celkem	37	1,00	100

Tab. 14 Informovanost flen o zm nách ve stravování

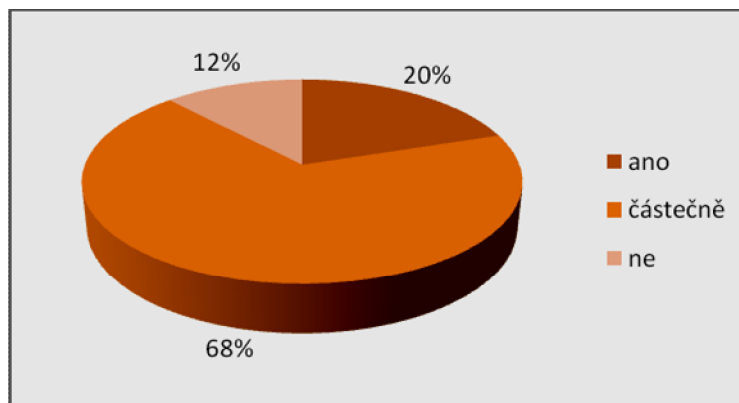
Mofnosti	Absolutní etnost	Relativní etnost	Relat. etnost v %
ano	22	0,88	88
ne	2	0,08	8
nic	1	0,04	4
celkem	25	1,00	100

Zám rem této otázky bylo zjistit informovanost respondent o zm nách ve stravování. Odpov di respondent obou skupin jsou podobné, jak je patrné z Tab. 13 a 14. V t-ina mufl (28, tj. 76 % v-ech mufl) i flen (22, tj. 88 % ze v-ech flen) odpov d la, fle jsou dostate n informováni o tom, co by m li ve své strav omezit. Tito v-ichni respondenti vypsali, fle je t eba v jejich strav omezit p edev-ím p íjem tuk . 8 mufl (22 %) a 2 fleny (8 %) neví, co by m li omezit a 1 mufl (3 %) a 1 flena (4 %) si myslí, fle nemusí omezit ve strav nic.

22. Dodrflujete dietní omezení?



Obr. 32 Dodrflování dietních omezení muffli



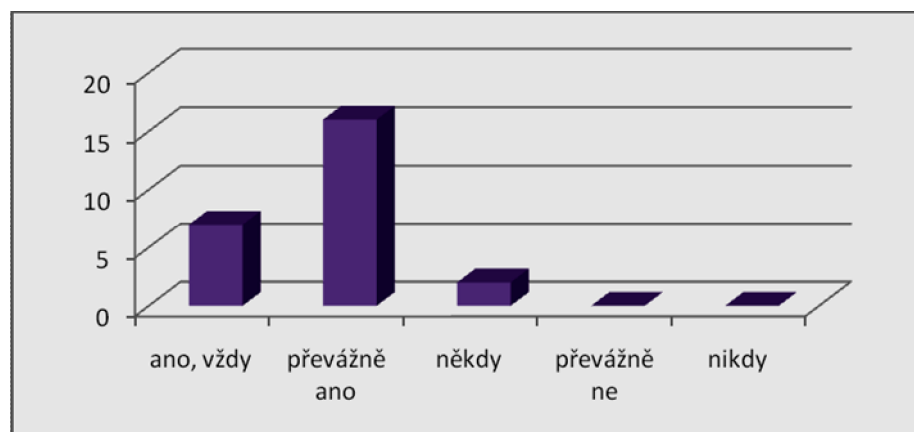
Obr. 33 Dodrflování dietních omezení fleny

Na otázku, která se snaží zjistit, zda respondenti dodrflují dietní omezení, v t-ina muffl (26, tj. 70 %) i flen (17, tj. 68 %) ozna ila mořnost áste n . Muffli, kte í dodrflují dietní omezení, jsou 3 (8 %) a muffl , kte í je nedodrflují, je 8 (22 %). Mírn lépe jsou na tom fleny. 5 z nich (20 %) se ídí dietními doporu eními a 3 fleny (12 %) se jimi ne ídí. (viz Obr. 32 a 33)

23. Užíváte předepsané léky dle doporučení lékaře?



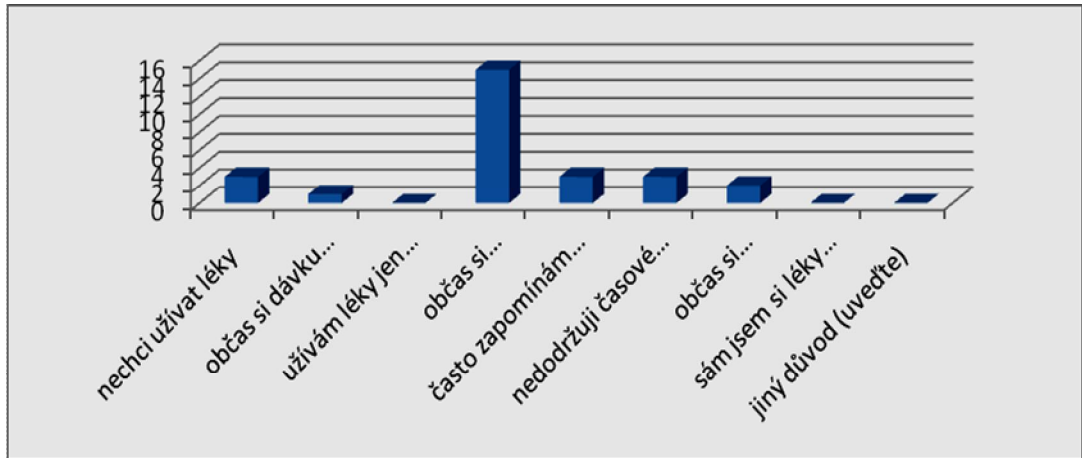
Obr. 34 Užívání léků muži dle doporučení lékaře



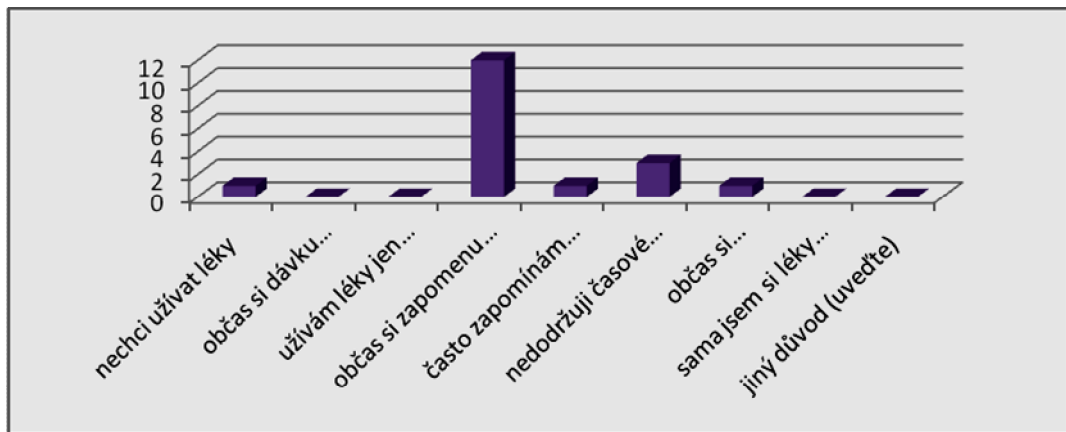
Obr. 35 Užívání léků ženami dle doporučení lékaře

Další sledovanou oblastí je užívání předepsané medicíny. četnosti odpovědí graficky znázorňuje Obr. 34 a 35. 20 mužů (54 %) užívá medicínu podle doporučení lékaře převážně, 10 mužů (27%) vždy a 7 mužů (19 %) někdy. ženy se vyjádřily podobně. 16 žen (64 %) užívá léky dle instrukcí převážně, 7 žen (28 %) vždy přesně a 2 ženy (8 %) se řídí pokyny lékaře jen někdy.

24. Pokud léky neúčíváte vždy přesně, proč? Pokud je účíváte vždy přesně, neodpovídejte.



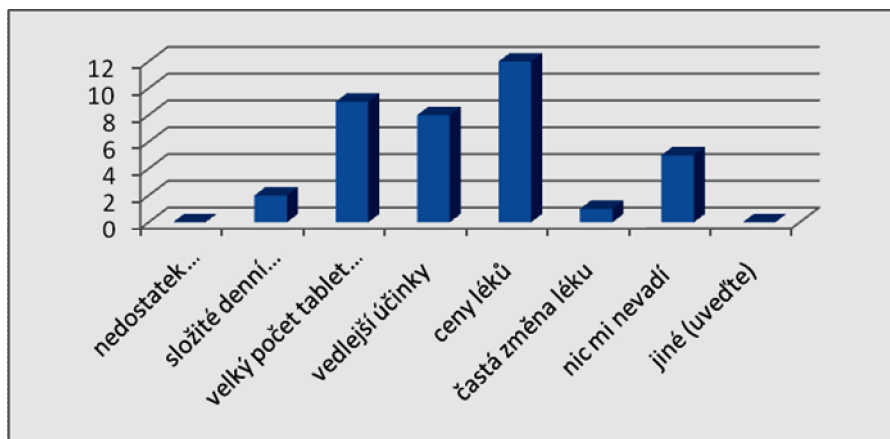
Obr. 36 Důvody mužů pro nepřesné užívání léků



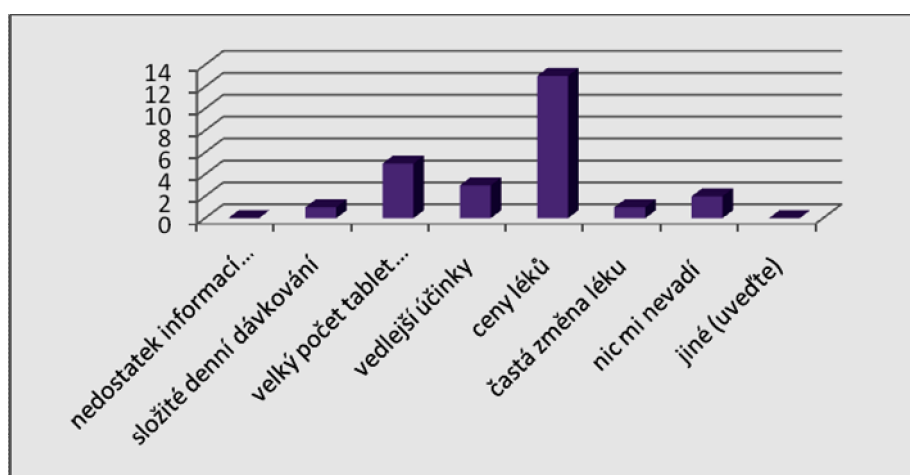
Obr. 37 Důvody žen pro nepřesné užívání léků

Tato otázka zjišťuje důvody nepřesného užívání léků (viz Obr. 36 a 37). Odpovídalo na ni 27 mužů a 18 žen. Nejčastěji z uvedených důvodem, proč muži i ženy nepřesně užívají předepsané léky, je zapomínavost. Občas si zapomene vzít léky 15 mužů (56 %) a 12 žen (67 %). Často zapomínají užívat léky 3 muži (11 %) a 1 žena (6 %). 3 muži (11 %) a 3 ženám (17 %) dle problém dodržovat časové intervaly mezi užitím léků. 3 muži (11 %) a 1 žena (6 %) uvedli, že nechcejí užívat léky. 2 muži (7 %) a 1 žena (6 %) si občas nevyzvednou předepsaný lék z lékárny. 1 muž (4 %) označil odpověď, že si občas dávku léku sníží nebo zvýší bez doporučení lékaře. Žádná žena tuto odpověď ne zvolila. Další možnosti, jako užívání léků jen podle návodu lékaře, svévolné vysazení léků a možnost uvést další důvody, neoznačil žádný muž ani žena.

25. Co Vám na lé b léky nejvíce vadí?



Obr. 38 Negativa lé by léky z pohledu muffl



Obr. 39 Negativa lé by léky z pohledu flen

Tato poslední otázka má snahu zjistit, jaké negativní stránky farmakoterapie respondenti nejvíce vnímají (viz Obr. 38 a 39). Na lé b léky muffl m nejvíce vadí ceny léků, nebo tuto možnost uvedlo 12 muffl (32 %). Druhou nejast j-í odpovídá muffl (9x, tj 24 %) byl velký počet tablet denní. 8 muffl m (22 %) vadí vedlejší účinky léků. Nic nevadí 5 muffl m (14 %), složitě denní dávkování vadí 2 muffl m (5 %) a častá změna léku 1 muffl (3 %). Nejvíce flen (13, tj. 52 %) také uvedlo, že jim nejvíce vadí ceny léků. 5 flenám (20 %) vadí velký počet tablet denní, 3 flenám (12 %) vedlejší účinky léků a 2 flenám (8 %) nevadí nic. 1 flena (4 %) označila za problém složitě denní dávkování a další 1 flena (4 %) častou změnou léku. žádný respondent z muffl i flen neuváděl nedostatek informací o správném užívání léků, ani nevypsal jiný důvod.

6 Diskuze

Výzkumná otázka . 1: Jsou respondenti spokojeni s přístupem ošetřujících lékařů a sester a dodržují i nedodržují jejich doporučení?

V otázkách zaměřených na spokojenost s ošetřujícími lékaři a sestrami byli respondenti dotazováni na jimi v novém čas. Více než polovina mužů i žen hodnotila tuto dobu jako dostatečně dlouhou. 1 muž a 2 ženy nebyli spokojeni a ostatní áste n . časový faktor hraje důležitou roli v compliance pacientů a někdy bývá obtížné vnovat se pacientům dostatečně dlouho podle jejich individuálních potřeb. Dalším faktorem ovlivňujícím compliance je důvěra. Z dotazníku vyplývá, že lékaři plně důvěřují téměř polovina mužů a více než polovina žen, 1 muž svému lékaři nedůvěřuje a ostatní muži a ženy áste n . Sestrám plně důvěřuje 76 % všech mužů i žen. Myslím si, že je tento rozdíl určen rozhodujícím hlasem lékaře ve volbě diagnostického a léčebného postupu. S tím souvisí i další otázka v dotazníku, zda je pro respondenty důležitý názor sester. Pro 60 % mužů i žen je důležitý, pro 1 muže není vůbec a pro ostatní respondenty jen někdy. Pro compliance je podstatné lékařské porozumění, proto dotazník obsahoval i otázku zjišťující etnost používání odborných termínů lékaři. 76 % mužů a 48 % žen uvedlo, že jejich lékaři odborné termíny někdy používají. Pokud respondenti lékaři nerozumí, více než polovina z mužů i žen se lékaře ihned zeptá. Na sestru se v takovém případě obrací 14 % mužů a 32 % žen. Je udivující, že se 8 % mužů a 4 % žen vůbec nezajímá, kdyby nějakým termínem nerozumí.

Záměrem otázky, zda respondenti dodržují doporučení lékaře, bylo, aby sami zhodnotili svou compliance. Pouze 19 % mužů a 28 % žen se řídí doporučeními lékaře bezvýhradně, ostatní respondenti převážně nebo áste n . Oproti tomu doporučení sester respondenti dodržují více, a to 46 % mužů a 60 % žen bezvýhradně a ostatní áste n .

Rodina nemocného by měla být součástí celého léčebného procesu, proto je třeba ji edukovat společně s pacientem. Na otázku týkající se této problematiky nejvíce mužů (49 %) uvedlo, že je rodina a blízcí neovlivňují. Pozitivně je ovlivněno 41 % mužů . U žen je tomu naopak. Pozitivně je ovlivněno 56 % žen a 32 % nikoliv.

Výzkumná otázka . 2: Jak respondenti získali informace o své nemoci a léčbě a hodnotí je jako dostatečné?

Nejvíce informací respondenti obou skupin získali od lékaře. Výrazně méně respondent uvedlo jako zdroj informací sestru, literaturu a internet. Zarážející je zjištění, že 2 respondenti mužů se nezajímali o informace týkající se jejich onemocnění a léčby.

Po diagnostikování ICHS by pacienti měli být dostatečně informováni o jejich nemoci a především edukováni o léčebném postupu, který nespočívá jen v užívání léků, ale také ve změně životního stylu, zahrnující nekuřáctví, úpravu stravování, dostatečný pohybový režim a omezení stresu. V mém výzkumu respondenti nehodnotí poskytnuté informace nijak pozitivně. Informace o nemoci hodnotí jako dostatečné 49 % mužů a 60 % žen, jako částečně dostatečné 38 % mužů a 32 % žen a jako nedostatečné 5 % mužů a 4 % žen. 8 % mužů a 4 % žen nezajímalo, zda jsou poskytnuté informace dostatečné. Informace o léčebném režimu byly pro 41 % mužů a 56 % žen dostatečné, pro 46 % mužů a 36 % žen částečně dostatečné a pro 5 % mužů a 8 % žen nedostatečné. 8 % mužů opět nezajímalo, jestli má informací dostatek. Zde je prostor pro prohloubení výzkumu, jehož cílem by mohlo být zjištění, jaké informace pacientům chybí nebo nejsou úplné, na které oblasti se více zaměřit. Výstupem by mohl být edukační materiál pro nemocné s ICHS, který by obsahoval komplexní informace týkající se onemocnění a všech možných intervencí sekundární prevence ICHS.

Výzkumná otázka . 3: Jaká je pro respondenty nejvýznamnější překážka v compliance?

Jak již bylo zmíněno výše, do léčebného režimu patří také změna životního stylu. 19 % mužů a 32 % žen velmi změnilo svůj životní styl po diagnostikování ICHS. 54 % mužů a 56 % žen pouze částečně, 13 % mužů a 8 % žen svůj životní styl chtěli změnit, ale neví jak. 14 % mužů a 4 % žen nechtějí nic měnit. Nejvýznamnější problém v dodržování léčebných doporučení vidí muži ve změně stravovacích návyků, stejně jako ženy. U mužů je na dalších místech užívání léků, dostatečný pohybový režim, pravidelné lékařské kontroly a celkově správná životní správa. U žen následuje dostatečný pohybový režim, správná životní správa, užívání léků je na posledním místě. Převážná většina mužů i žen uvedla, že ví, jaká omezení ve stravování jsou součástí léčebného režimu pacientů s ICHS. Oproti tomu ale většina mužů i žen dietní omezení dodržuje pouze částečně a 22 % mužů a 12 % žen se ve stravování

neomezují v bec. Výzkum stravovacích zvyklostí u pacient s pozitivním a negativním koronarografickým nálezem E. Matouškové z roku 2008 nezjistil zásadní rozdíly ve stravování nemocných s prokázanou ICHS a u pacient s negativním nálezem. Přesto dle mého výzkumu mohu usuzovat na značný vliv neznámých stravovacích návyků na opakované hospitalizace nemocných s ICHS. Zajímavé je vyhodnocení kuřáků v souboru respondentů. Přestože muži označili, že mají největší potíže s dietou, pohybem a lékařskými kontrolami, 33 % z nich stále kouří. Mezi ženami je 20 % kuřáky. L. Novotná sledovala vliv rizikových faktorů životního stylu na vznik aterosklerózy. Z jejího výzkumu je zřejmé, že pacienti s prokázanou ICHS mají snahu přestat kouřit a je tedy mezi nimi více bývalých kuřáků než u pacientů s neprokázanou ICHS. I v mém výzkumu je 30 % mužů a 20 % žen, kteří přestali kouřit na doporučení lékaře.

Výzkumná otázka . 4: Mají pacienti s ICHS problémy s farmakologickou compliance?

V literatuře se nejčastěji užívá pojem non-compliance v souvislosti s farmakoterapií, proto i v kolik otázek ve výzkumu se zabývalo užíváním léků předepsané medicíny. 27 % mužů a 28 % žen užívají léky přesně podle doporučení lékaře, 54 % mužů a 64 % žen převážně a 19 % mužů a 8 % žen užívají předepsané léky občas. Nejčastěji dle vodem nepředepsaného užívání léků uvedeným muži i ženami je zapomítlivost, méně často jsou nedodržování časových intervalů mezi léky, neochota užívat léky, nevyzvednutí předepsaného léku v lékárně a svévolné snižování nebo zvyšování dávky léku. Respondenti na léčbu léky nejvíce vadí ceny léků, dále velký počet tablet denně, vedlejší účinky léků, složitá denní dávkování a častá změna léků. Překvapující jsou zkušenosti J. Widimského jr. a kol. s úrovní compliance ambulantních pacientů, které léčili pro hypertenzi, jakožto významný rizikový faktor ICHS, během let 2009 až 2011. Po stanovení hladin antihypertenziv v séru pacientů zjistili pouze u 53 % z nich plnou compliance, u 23 % částečnou compliance a u 24 % non-compliance. K tomuto závěru se výsledky mého výzkumu přibližily jen částečně. Mělo by být dáno tím, že pacienti v mém výzkumu mají po opakovaných klinických manifestacích ICHS větší motivaci ke compliance.

Výzkumná otázka . 5: Je rozdíl v compliance mezi muži a ženami?

Ikdyž rozdíl mezi muži a ženami nejsou tak výrazné, ženy, jejichž vzdělání bylo celkovně nižší než vzdělání mužů, měly nižší počet vícečetných hospitalizací, hodnotily získané informace o své nemoci a léčbě za více dostatečné, více jejich změnilo životní styl, jsou více informované o změnách stravovacích návyků a lépe je dodržují, jsou více pozitivně ovlivňovány rodinou a blízkými a méně jejich kouzlem. Toto zjištění potvrzuje i všeobecně známý fakt, že astma a dříve onemocní ICHS muži.

7 Závěr

Problematika ischemické choroby srdeční, její prevence, diagnostika a léčba, je velice obsáhlá, proto tato práce obsahuje jen stručnější charakteristiku tohoto velmi rozšířeného a závažného onemocnění. Stejně tak i compliance a non-compliance pacient je velice široké téma. Je třeba myslet nejen na compliance farmakologickou, ale i na nefarmakologickou, která v případě ICHS představuje především změnu životního stylu, která může pomoci omezit výskyt jejich opakovaných klinických manifestací.

Hlavním výzkumným cílem této práce bylo zmapovat subjektivní hodnocení postupu ošetřujících lékařů a sester, vlivu léčby, rodiny a vlastního postupu k léčebnému režimu samotnými pacienty. Při hodnocení se ale nelze plně spolehnout na úplnou pravdivost všech informací sdělených pacienty. Také výzkumný vzorek respondentů není tak velký, proto je výpovědní hodnota výzkumu částečně omezena. Přesto můžeme konstatovat, že změna životního stylu je značným problémem nemalého počtu pacientů s ICHS a společně s nedostatečnou farmakologickou compliance jsou důvodem jejich opakovaných hospitalizací.

Z těchto poznatků lze vyvodit určité závěry, které by mohly pomoci zlepšit compliance pacientů. Myslím si, že je třeba pacienty při opakovaných hospitalizacích znovu důkladně reedukovat a motivovat ke změně nezdravých návyků. Nelze opomíjet ani pacientovu socioekonomickou stránku. Jak uvedli sami nemocní, hraje důležitou roli v jejich compliance. Proto je žádoucí zapojit do léčebného procesu i rodinu nemocného, nebo i tak může výrazně pozitivně zasáhnout do compliance.

Domnívám se, že je považována za obecně známá problematika zdravého životního stylu, ale značně chybí ochota, motivace a pevná vůle, nejen nemocných ale i všech lidí, řídit se zásadami zdravého životního stylu a doporučeními lékařů.

Soupis bibliografických citací

1. DANZIG, V.; TOMEK, S.; TĚM KOVÁ, R. a kol. *Ischemická choroba srdeční u diabetik*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-079-8.
2. GRUNDMANN, M. Problémy s podáváním léků ve stáří III. o compliance. *Interní medicína pro praxi on-line* [online]. 2001, ro. 3, . 3, [cit. 2012-10-05], s. 136-137. Dostupné z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200103-0010.php>>. ISSN 1803-5256.
3. CHEITLIN, M. D.; SOKOLOV, M.; MCILROY, M. B. *Klinická kardiologie*. 1. vyd. Jinoany: H&H, 2005. ISBN 80-7319-005-2.
4. KNEZOVIC, R.; RALBOVSKÁ, R. Problémy s dodržováním (compliance) u seniorů. *Diagnóza v ošetřovatelské praxi*. 2011, ro. 7, . 1, s. 27-28. ISSN 1801-1349.
5. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-604-5.
6. KŘIVOHRAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
7. MATOUŠKOVÁ, E. *Stravovací zvyklosti u pacientů s pozitivním a negativním koronografickým nálezem* [online]. Pardubice, 2008 [cit. 2013-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://hdl.handle.net/10195/29964>>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Vojtěšek Petr.
8. NOVOTNÁ, L. *Vliv rizikových faktor životního stylu na vznik aterosklerózy* [online]. Pardubice, 2008 [cit. 2013-04-04]. Dostupné z WWW: <<http://hdl.handle.net/10195/29514>>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mufláková Vladimíra.
9. OROURKE, R. A.; WALSH, R. A.; FUSTER, V. a kol. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3175-9.
10. OTÁDAL, B.; VÍZEK, M. a kol. *Patologická fyziologie srdce a cév*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0597-X.
11. RAUDENSKÁ, J.; JAVŘKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
12. RICHTER, R. Compliance pacienta. *Sdružení praktických lékařů*. R. 2007, ro. 17, . 6, str. 34-36. ISSN 1212-6152.

13. ROSOLOVÁ, H.; Matoulek, M. *Metabolický syndrom a prevence srdeční-cévních nemocí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2546-1.
14. TIMON, J. a kol. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0085-9.
15. TEJFA, M. a kol. *Kardiologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-448-7.
16. TRAUCH, B.; CHYTIL, L.; KURCOVÁ, I. et al. Jak posoudit non-compliance k farmakoterapii u tloušťkové rezistentní hypertenze? *Cor Vasa*. 2011, ročník 53, číslo 8-9, str. 429-432. ISSN 0010-8650.
17. VRABLÍK, M. Volba léčebné strategie o zásadní předpoklad úspěšné prevence kardiovaskulárních příhod. *Farmakoterapie*. 2012, ročník 8, číslo 1, str. 95-101. ISSN 1801-1209.
18. World Health Organization. *Zdraví 21* [online]. Praha: WHO, 1999 [cit. 2013-02-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.cz/index.php/whovcr>>.
19. WIDIMSKÝ, J. jr. a kol. *Arteriální hypertenze o současné klinické trendy X*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-569-5.
20. ZVOLSKÝ, M. *Nemocnost a úmrtnost na ischemické nemoci srdeční v ČR v letech 2003-2010* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 7.12.2012 [cit. 2012-12-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/nemoci-obehove-soustavy>>.
21. FIÁK, A. a kol. *Ateroskleróza*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3052-3.
22. <<http://public.fnol.cz/www/kchir/chlopne.htm>> [2012-11-20].
23. <<http://pfyziol.fup.upol.cz/castwiki2/wp-content/uploads/2011/10/Markery.jpg>> [2012-11-22].
24. <<http://www.infarktmyokardu.info/pics/stent.gif>> [2012-11-20].
25. <<http://www.szu.cz/tema/prevence/score>> [2012-11-20].

Seznam příloh

Příloha A Obr. 1 Koronární oběh

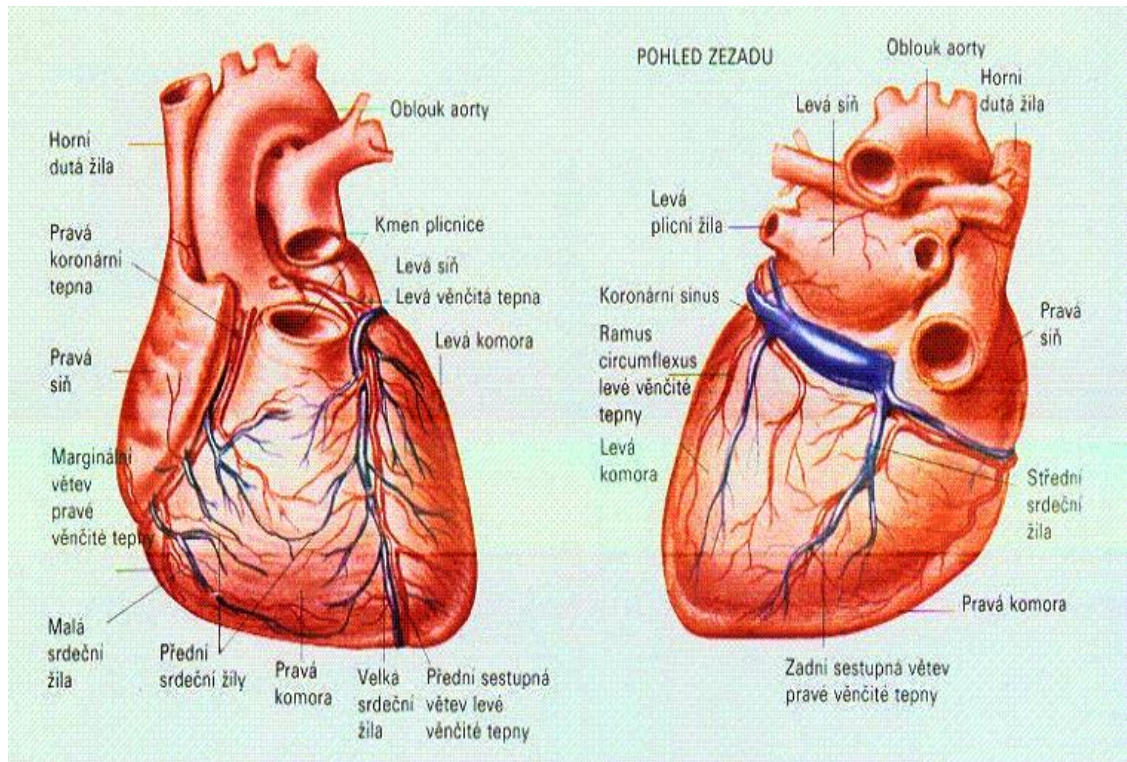
Obr. 2 Aktivita kardiomarkerů u infarktu myokardu

Obr. 3 Implantace koronárního stentu

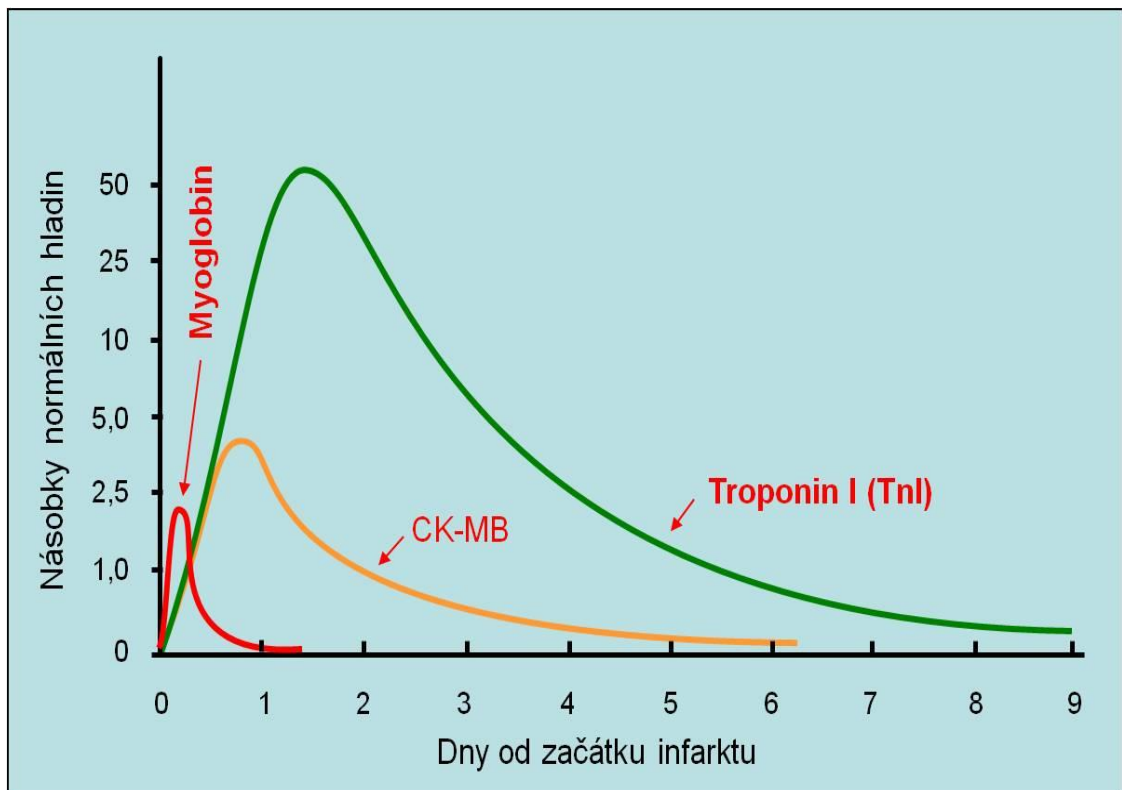
Obr. 4 Odhad kardiovaskulárního rizika metodou SCORE

Příloha B Dotazník

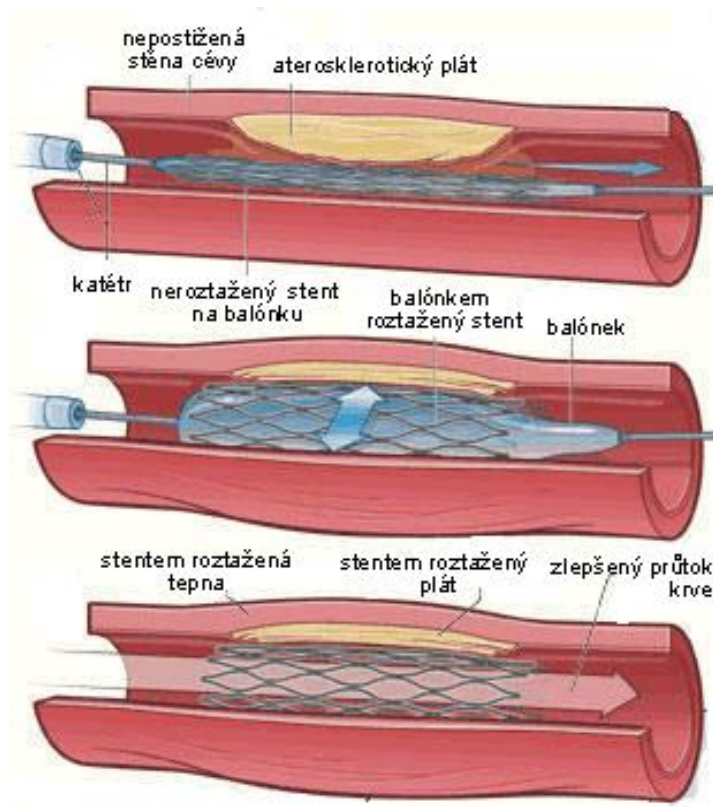
P íloha A



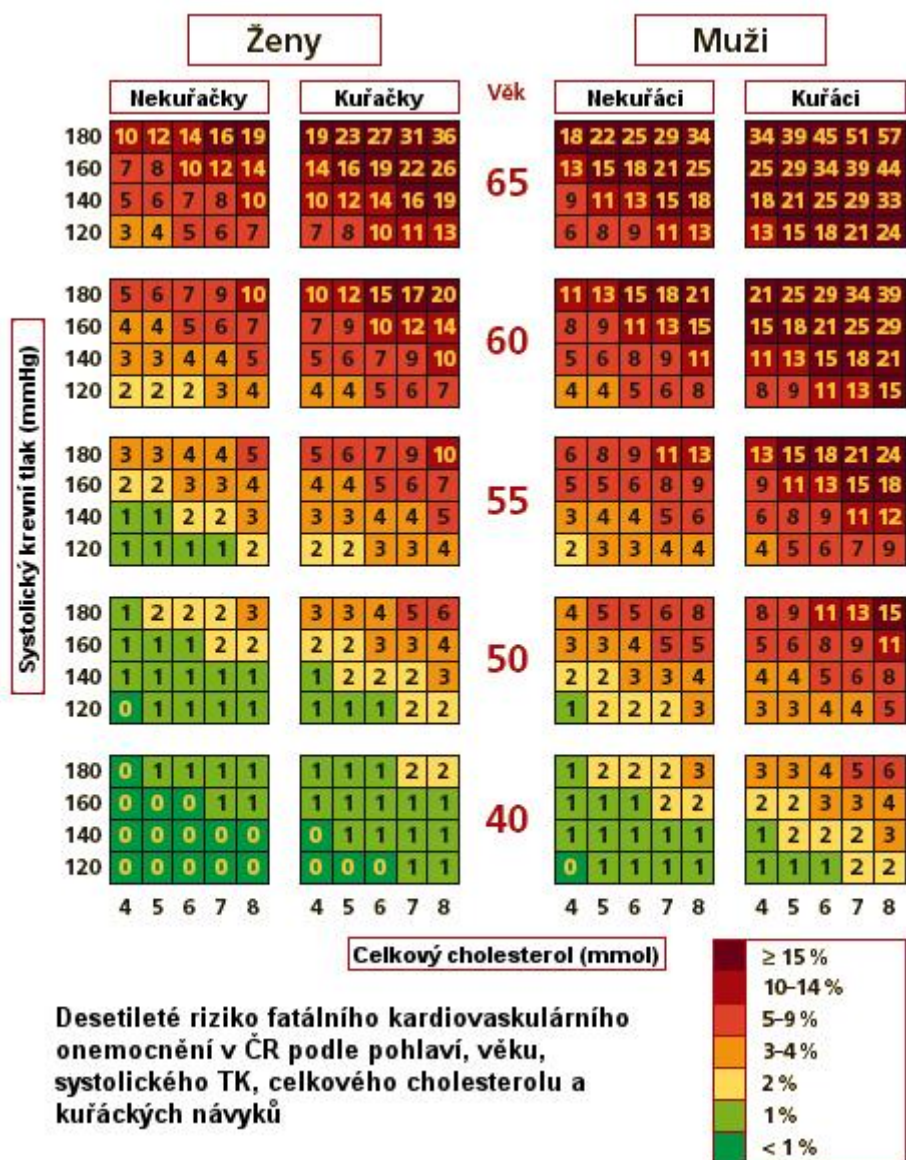
Obr. 1 Koronární ob h (www.fnol.cz)



Obr. 2 Aktivita kardiomarker u infarktu myokardu (www.pfyziollfup.upol.cz)



Obr. 3 Implantace koronárního stentu (www.infarktmyokardu.info)



Obr. 4 Odhad kardiovaskulárního rizika metodou SCORE (www.szu.cz)

P íloha B

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studentská 95, 532 10 Pardubice

DOTAZNÍK

Fenomén non-compliance u pacientů s ischemickou chorobou srdeční

2012

Petra Pokorná

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Petra Pokorná a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku, který mi bude podkladem pro vypracování bakalářské práce týkající se spolupráce pacient a zdravotník při léčbě Vašeho onemocnění s ICHS (ischemické choroby srdce). Vaše odpovědi budou pro mě velice cenné.

Tento dotazník je anonymní a Vámi vyplněné údaje budou použity pouze pro mou závěrečnou práci. Otázky prosím vyplňte postupně, Vámi vybrané odpovědi zakroužkujte, popřípadě na vyznačených místech odpovědi vypíšte. Velmi děkuji za ochotu a Vámi vložený čas.

1. Jste : a) žena,

b) muž.

2. Kolik je Vám let?

3. Vaše dosažené vzdělání? a) základní

b) vyučen/a

c) střední

d) vysokoškolské

4. Kolikrát celkem jste byl/a hospitalizován/a pro ischemickou chorobu srdce (porucha prokrvení srdce nebo srdeční infarkt) (porucha prokrvení srdce nebo srdeční infarkt)

.....

5. Považujete čas, který Vám lékař v noval, za dostatečně dlouhý?

a) ano

b) áste n

c) ne

6. Díváte se svému ošetujícímu lékaři? a) ano, plně

b) ano, áste n

c) nedíváte

7. Dodržíte doporučení Vašeho ošetujícího lékaře?

a) ano, bezvýhradně

b) převážně ano

c) áste n

d) nedodržíte

8. Používal a používá váš lékař při rozhovoru s vámi odborné termíny, kterým nerozumíte?

a) ano, často

b) ano, někdy

c) ne, nikdy

9. Co děláte, když lékař nerozumíte?

a) zeptám se lékaře ihned

b) zeptám se sestry

c) zeptám se příbuzných a známých

d) vyhledám si termín v jiných zdrojích (literatura, internet)

e) nezajímám se

10. Když jste odcházel/a domů po první hospitalizaci, považoval/a jste získané informace o své nemoci za dostatečné? a) ano

b) áste n

c) ne

d) nezajímá/a jsem se o to

11. Byly podle Vás pokyny o léčebném režimu poskytnuté zdravotníky po první hospitalizaci dostatečné? a) ano

b) áste n

c) ne

d) nezajímá/a jsem se o to

12. Jak jste získal/a nejvíce informací o své nemoci a léčbě?

a) od lékaře

b) od sestry

c) z literatury, internetu

d) nezajímá/a jsem se

e) jinak:

13. Myslíte si, že Vám sestry v nemocnici dostatečně dlouhý čas?

a) ano

b) áste n

c) ne

14. Důvěru v úroveň újím sestrám? a) ano, plně důvěřuji

b) áste n

c) nedůvěřuji jim

15. Dodrfluje te doporu ení sester? a) ano, bezvýhradn
b) áste n
c) nedodrfluji
16. Je pro Vás d leflitý názor sester? a) ano
b) n kdy
c) ne
17. Ovliv ují názory a zku-enosti p íbuzných a blízkých Va-e dodrfování lé ebných doporu ení? a) ano, pozitivn (dodrffím doporu ení)
b) ano, negativn (poru-ím doporu ení)
c) neovliv ují m
d) nemám rodinu
18. Zm nil/a jste n jakým zp sobem flivotní styl po projevení Va-eho onemocn ní srdce? a) ano, velmi
b) ano, áste n
c) ne, cht l/a bych, ale nevím jak
d) ne, nechci nic m nit
19. Co Vám d lá nejv t-í problém s dodrfováním doporu ení léka a sester? a) správná flivotospráva (nekou it, nepít alkohol...)
b) dieta
c) dostate ný pohybový reffim
d) pravidelné léka ské kontroly
e) uffívání lék
f) jiné :

20. Jste nebo byl/a jste kuřák?

- a) ano, kouřím stále
- b) ano, chci přestat, ale nejde mi to
- c) ano, přestal/a jsem na doporučení lékaře
- d) ano, ale přestal/a jsem už dávno před nemocí
- e) nikdy jsem nekouřil/a

21. Víte, co byste měli/a ve své stravě omezit předevzím?

- a) ne
- b) ano :
-
- c) nic

22. Dodržíte dietní omezení?

- a) ano
- b) zčásti
- c) ne

23. Užíváte předepsané léky dle doporučení lékaře?

- a) ano, vždy
- b) převážně ano
- c) někdy
- d) převážně ne
- e) nikdy

24. Pokud léky neúčíváte vždy přesně, proč? Pokud je účíváte vždy přesně, neodpovídejte.

- a) nechci účívat léky
- b) občas si dávku snížím nebo zvýším bez doporučení lékaře
- c) účívám léky jen přesně podle návodu lékaře
- d) občas si zapomenu lék vzít
- e) často zapomínám brát léky
- f) nedodržuji časové intervaly mezi léky
- g) občas si nevyzvednu předepsaný lék z lékárny
- h) sám/sama jsem si léky vysadil/a
- ch) jiné:

25. Co Vám na léčbě léky nejvíce vadí?

- a) nedostatek informací o správném účívání léku
- b) složitá denní dávkování
- c) velký počet tablet denně
- d) vedlejší účinky
- e) ceny léků
- f) častá změna léků
- g) nic mi nevadí
- h) jiné:

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku.

Seznam zkratek

ACD ó arteria coronaria dextra (pravá vnitřní tepna)
ACS ó arteria coronaria sinistra (levá vnitřní tepna)
AIM ó akutní infarkt myokardu
AKB ó aorto-koronární bypass
AKS ó akutní koronární syndrom
AP ó angina pectoris
AST ó aspartátaminotransferáza
CCS ó Canadian Cardiovascular Society (Kanadská kardiologická společnost)
CK ó kreatinináza
CK-MB ó izoenzym ze srdečního svalu
CRP ó C reaktivní protein
CT ó počítačová tomografie
EKG ó elektrokardiogram
HDL ó high density lipoprotein
ICHS ó ischemická choroba srdeční
IM ó infarkt myokardu
LDH ó laktátdehydrogenáza
LDL ó low density lipoprotein
NAP ó nestabilní angina pectoris
NSTEMI ó infarkt myokardu bez ST elevací
NTG ó nitroglycerin
NYHA ó New York Heart Association (klasifikace srdečního selhání)
PCI ó perkutánní koronární intervence
RC ó ramus circumflexus
RIA ó ramus interventricularis anterior
STEMI ó infarkt myokardu s ST elevací
TK ó tlak krve
ÚZIS ó Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO ó World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)