

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Eliška Rambousková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Eliška Rambousková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY KARDIOLOGICKY  
NEMOCNÝCH**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2017



Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji oběma respondentům za poskytnutí dat k praktické části mé bakalářské práce.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Eliška Rambousková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychologické aspekty kardiologicky nemocných

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 33

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 18

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: psychologické aspekty, infarkt myokardu, prožívání nemoci, úzkost, strach ze smrti

### **Souhrn:**

V bakalářské práci je pozornost směřována k problematice prožívání stavu pacientů po infarktu myokardu. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou, kde je využito kvalitativní výzkumné šetření u nemocných po infarktu myokardu.

V teoretické části jsou popsány struktury a funkce kardiovaskulární soustavy, příznaky onemocnění srdce, nejčastější onemocnění srdce, psychologické aspekty nemocných, úzkost a strach, a také jak důležitá je role sestry.

Praktická část je věnována kvalitativnímu šetření, kde je využit standardizovaný dotazník Kvalita života po infarktu myokardu.

## **Annotation**

Surname and name: Eliška Rambousková

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Psychological Aspects of Cardiological Patients

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 33

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 18

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 27

Keywords: psychological aspects, myocardial infarction, illness experience, anxiety, fear of the death

### **Summary:**

This bachelor thesis is dedicated to experience of patients' post-myocardial infarction. This thesis includes theoretical and practical part, which is used qualitative research of patients after myocardial infarction.

The theoretical part describes the structure and function of the cardiovascular system, symptoms of heart disease, and the most common heart disease, psychological aspects of patients, anxiety and fear, and how important is the role of nurses.

The practical part is dedicated to qualitative research, where is used standardized questionnaire Quality of life after myocardial infarction.



# OBSAH

|  |    |
|--|----|
| ÚVOD.....  | 9  |
| TEORETICKÁ ČÁST .....                                | 10 |
| 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE .....                  | 10 |
| 1.1 Srdeční stěna .....                              | 10 |
| 1.2 Malý krevní oběh .....                           | 10 |
| 1.3 Velký krevní oběh.....                           | 11 |
| 1.4 Převodní systém srdeční .....                    | 11 |
| 2 PŘÍZNAKY SRDEČNÍCH ONEMOCNĚNÍ .....                | 12 |
| 3 ONEMOCNĚNÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU .....        | 13 |
| 3.1 Arteriální hypertenze .....                      | 13 |
| 3.2 Ischemická choroba srdeční.....                  | 15 |
| 3.3 Chronické formy ischemické choroby srdeční ..... | 15 |
| 3.3.1 Nĕmá ischemie .....                            | 15 |
| 3.3.2 Stabilní angina pectoris .....                 | 16 |
| 3.4 Akutní formy ischemické choroby srdeční.....     | 16 |
| 3.4.1 Nestabilní angina pectoris .....               | 16 |
| 3.4.2 Srdeční selhání.....                           | 17 |
| 3.5 Poruchy srdečního rytmu – arytmie .....          | 18 |
| 3.6 Fibrilace síní .....                             | 19 |
| 3.7 Úloha sestry v kardiologii.....                  | 20 |
| 4 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU .....                      | 21 |
| 5 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY .....                        | 22 |
| 5.1 Fáze prožívání nemoci .....                      | 22 |
| 5.2 Postoj k nemoci a psychické přizpůsobení .....   | 24 |
| 5.3 Alexithymie .....                                | 25 |

|                      |   |    |
|----------------------|---|----|
| 5.4                  | Psychologická problematika nemocných s infarktem myokardu ..... | 26 |
| 5.5                  | Úzkost a strach.....  | 28 |
| PRAKTICKÁ ČÁST ..... |   | 29 |
| 6                    | FORMULACE PROBLÉMU .....  | 29 |
| 7                    | CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                             | 29 |
| 8                    | OPERACIONALIZACE POJMŮ .....                                    | 30 |
| 9                    | DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY .....                             | 30 |
| 9.1                  | Metoda sběru dat.....   | 30 |
| 9.2                  | Výběr případu .....   | 30 |
| 9.3                  | Způsob získávání informací.....                                 | 31 |
| 10                   | ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....                                | 32 |
| 10.1                 | Respondent č. 1 .....   | 32 |
| 10.2                 | Respondent č. 2 .....   | 34 |
| 11                   | DISKUZE .....   | 36 |
| 11.1                 | Návrh k řešení v praxi .....                                    | 40 |
| ZÁVĚR.....           |   | 41 |
| SEZNAM ZDROJŮ .....  |   | 42 |
| SEZNAM ZKRATEK ..... |   | 45 |
| SEZNAM PŘÍLOH .....  |   | 46 |

## ÚVOD

I navzdory velkým pokrokům v medicíně a léčbě kardiovaskulárních onemocnění se nadále tyto nemoci staví na přední příčky příčin úmrtí a hospitalizace v České republice. Při návratu zpět zhruba o pět až deset let, zjistíme, že se za poslední desetiletí snižuje věková hranice, ve které se vyskytuje infarkt myokardu. Častěji se mezi postižené infarktem, zařazují osoby, které se věnují sportu na vrcholové úrovni a zároveň osoby, na které jsou kladeny čím dál vyšší pracovní, sociální i vzdělávací nároky.

Infarkt myokardu zaujímá přední příčky onemocnění, na které lidé současné době umírají. Podle posledních shromážděných údajů onemocněním oběhové soustavy podleho 42% mužů a 50% žen. (ÚZIS ČR, 2016)

S onemocněním srdce se spojuje i psychosomatika. Lékařští i zdravotničtí pracovníci by neměli opomínat i psychologický přístup a péči v léčbě psychosomaticky nemocných. Mezi aspekty, které ovlivňují průběh celé nemoci, patří i psycho-sociální potřeby. Psychosomatika zkoumá, jaký vztah mezi sebou mají psychické a somatické pochody. (Vymětal, s. 146)

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku kardiologicky nemocných a to z důvodu stále vysoké nemocnosti a úmrtnosti na onemocnění oběhové soustavy v České republice. Ve výběru tohoto problému mi pomohly i zkušenosti ze setkání s pacienty v nemocnici při praxi i v soukromém životě, kteří infarkt myokardu prodělali. Stěžejním bodem či cílem pro mou práci je zjištění psychologických aspektu u těchto nemocných, zvláště pak u lidí, kteří prošli úspěšnou léčbou infarktu myokardu.

U počátečních příznaků infarktu myokardu rozhodují první minuty i hodiny. Po přijetí pacienta do nemocnice je důležité jednat. Následná péče o nemocného s akutním infarktem myokardu může být nelehká, vzhledem k jeho prožívání a přijímání jeho aktuálního stavu. Proto se v své práci věnuji vlivu onemocnění na psychickou stránku nemocného.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE

Srdce je dutý svalový orgán vážící 230 – 340 g. Nachází se v dutině hrudní, za sternem v tzv. mediastinu. Je uloženo ve vazivovém vaku osrdečníku, perikardu.

Dělí se na čtyři oddíly – na levou předsíň a komoru a pravou předsíň a komoru. Na předních stranách předsíní je výběžek, ouško. Na levou a pravou část je srdce funkčně i anatomicky rozděleno přepážkami, které se nachází mezi levou a pravou předsíní i komorou. Uvnitř srdce nalezneme tzv. srdeční chlopně – cípaté a poloměsíčité. Cípaté chlopně nalezneme při odstupu aorty a plicnice ze srdečních komor. Poloměsíčité chlopně nalezneme mezi síněmi a komorami. Trojcípou chlopeň mezi pravou síní a komorou a dvojcípou chlopeň pak mezi levou síní a komorou (Příloha č. 1).

Srdce svou pravidelnou kontrakcí tzv. systolou a relaxací tzv. diastolou zajišťuje cirkulaci krve cévami po těle. Krevní oběh je uskutečněn propojením cév a srdce, rozdělujeme ho na malý a velký. (Čihák, s. 8 – 9)

### 1.1 Srdeční stěna

Srdeční stěnu tvoří tři základní vrstvy: endokard, myokard a perikard. Endokard se nachází uvnitř všech srdečních dutin a pokrývá chlopně srdeční. V levé polovině srdce je endokard silnější, taktéž i v předsíních. Myokard můžeme označit za nejsilnější vrstvu stěny srdeční, tvoří ho příčně pruhovaná svalovina srdeční. Pruhovaná svalovina je tvořena buňkami, které nazýváme kardiomyocyty. Kardiomyocyty jsou díky svým výběžkům pospojovány do vláken. Mezi výběžky se nachází mezibuněčné spoje (interkalární disky), díky kterým se umožňuje přenos vzruchu, pro jeho přenos slouží převodní systém srdeční.

### 1.2 Malý krevní oběh

V plicním oběhu proudí odkysličená krev při diastole přes horní a dolní dutou žílu, vena cava superior et inferior do pravé předsíně, atrium dextrum a z té dále přes trikuspidální chlopeň do pravé komory, ventriculus dexter, odkud se při systole přes poloměsíčitou chlopeň vlévá plicním kmenem, truncus pulmonalis a plicními tepnami, arteriae pulmonales do pravé a levé plíce. V plicích se krev okyslíčí a plicními žilami, venae pulmonales, se vrací do levé předsíně, atrium sinistrum.

### 1.3 Velký krevní oběh

V tělním oběhu proudí okysličená krev z levé předsíně přes dvojcípou, mitrální, chlopeň do pravé komory a odtud se při systole krev vypudí aortální chlopní do aorty, která ji rozvádí do celého těla. Tím dochází k zajištění přívodu kyslíku do tkání.

Aorta je tvořena několika částmi a to aortou vzestupnou - aorta ascendens, odkud vycházejí věnčité tepny - arteriae coronariae, které vyživují srdce. Následuje aortální oblouk - arcus aortae, sestupná aorta - aorta descendens, která tvoří část hrudní aorta thoracica a její větvení zásobuje okysličenou krví orgány dutiny hrudní. Následně aorta pokračuje přes bránici, v břišní část - aorta abdominalis, jejíž větvení zásobuje orgány dutiny břišní. Břišní aorta pokračuje a následně se rozděluje na dvě společné pánevní tepny - arteria iliaca communis dextra et sinistra, ty se následně rozdělují na vnitřní a vnější pánevní tepnu - arteria iliaca interna et externa. Poté vnější tepna přechází ve stehenní tepnu - arteria femoralis. (Čihák, s. 29 – 32)

### 1.4 Převodní systém srdeční

Hlavní funkcí převodního systému je rychlé šíření vzruchů v srdci. Tyto vzruchy vznikají díky, svalovým buňkám srdce, kardiomyocytům. K převodnímu systému se váží tři důležité funkce. Autonomie znamenající nezávislost na ostatních mechanismech organismu. Automacie, díky ní srdce samostatně opakuje kontrakce. Rytmicita udává rytmus, to znamená, že jsou vzruchy pravidelně vytvářené a s danou frekvencí.

Převodní systém srdeční se sestává ze sinusového uzlu (sinoatriálního uzlu - SA), síňokomorového uzlu (atrioventrikulárního uzlu – AV), Hisova svazku, levého a pravého Tawarova raménka a Purkyňových vláken. Sinusový uzel je umístěn v pravé síni, zároveň je to hlavní pacemaker, kde vzniká a dále se odtud šíří primární srdeční automacie – vzruch. Ze sinusového uzlu se vzruch šíří, do sekundárního centra automacie, do síňokomorového uzlu. Ten se nachází na spodině pravé síně, vede vzruch pomaleji a v případě porušení sinusového uzlu přebírá funkci hlavního pacemakeru.

Dále síňokomorový uzel přechází v Hisův svazek. V místě Hisova svazku přechází vzruch ze síně na komory, následuje pravé a levé Tawarovo raménko, kdy pravé raménko šíří vzruch na pravou a levé na levou komoru srdeční, poté se rozdělí na Purkyňova vlákna, která vzruch dovedou až na svalovinu – pracovní myokard komor. (Čihák, s. 32 – 37)

## 2 PŘÍZNAKY SRDEČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Každé onemocnění má svá specifika, ale všechna srdeční onemocnění spojují určité příznaky, dle kterých se dají rychleji diagnostikovat a dále podrobněji vyšetřit. V některých případech se vyskytne onemocnění srdce a probíhá zcela bez příznaků. Pokud srdeční onemocnění člověka postihne, nejčastěji u něj pozorujeme následující příznaky – dušnost, bolest na hrudi, poruchu rytmu, cyanózu, otoky a psychosomatické potíže.

Dušnost je stav, kdy nemocný nejdříve pociťuje potíže s dýcháním při velké zátěži, poté se problémy prohlubují i při menším zatížení a nakonec nastává tzv. klidová dušnost.

Bolest na hrudi (tzv. stenokardie), tato bolest se u různých forem onemocnění liší. U akutní formy (např.: infarkt myokardu) je popisovaná bolest silnější, dlouhodobá s lokalizací na hrudníku, rameni a celé horní končetině, nejčastěji je postižena levá HK. U chronické formy (např.: angina pectoris) je lokalizace bolesti stejná, jen se popisuje jako bolest vznikající po námaze.

Porucha rytmu znamená narušení v některé části převodního systému srdce. Při poruše srdečního rytmu může nastat tzv. bradykardie - zpomalení, tachykardie - zrychlení či úplná nepravidelnost. Zde rozeznáváme dvě příčiny poruchy rytmu, poruchu vedení vzruchu srdcem či poruchu tvorby vzruchu v srdci.

Cyanóza znamená nedostatečné okysličení krve, která prošla plicemi. Může nastat při míšení arteriální a venózní krve nebo při městnání v žilním oběhu (např. při selhávání pravého srdce).

Otoky (edémy) většinou vznikají na dolních končetinách při selhávání pravého srdce. Naopak plicní otok vzniká při selhávání levého srdce.

Psychosomatické potíže jako je úzkost. Nemocní popisují i stav, kdy mají strach, a to především ze smrti, například u nemocných s akutním infarktem myokardu. S onemocněním srdce se v malé míře spojují i depresivní stavy. (Sovová, s. 37 – 79)

### 3 ONEMOCNĚNÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU

Nejčastějším onemocněním v souvislosti s kardiovaskulárním systémem je v dnešní době široce zastoupená arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční (akutní forma) a poruchy srdečního rytmu.

#### 3.1 Arteriální hypertenze

Krevní tlak znamená tlak, který vyvine protékající krev na stěnu cévy. Za normální krevní tlak je považována hodnota mezi 110 a 139 mm rtuťového sloupce systolického krevního tlaku a mezi 60 a 89 mm rtuťového sloupce diastolického tlaku. Při naměření vyšších hodnot než je popisována normální hodnota, hovoříme o hypertenzi. Pro definici a hodnocení hypertenze slouží tabulky SZÚ (Příloha č. 3). (Sovová, s. 69)

Arteriální hypertenze, také zvýšený krevní tlak, je popisována jako stav, kdy jsou opakovaně naměřeny hodnoty systolického krevního tlaku nad 140 mm rtuťového sloupce a hodnoty diastolického krevního tlaku nad 90 mm rtuťového sloupce.

Nejčastější je tzv. primární (esenciální) hypertenze, zhruba 90% případů, u které není známa její příčina. V opačném případě označujeme hypertenzi sekundární, zhruba 10% případů, kdy příčina známa je. Sekundární hypertenze povětšinou doprovází již vzniklé onemocnění. Hypertenze má se zvyšujícím se věkem stoupající tendenci, u starší populace se vyskytuje až u 60 % případů. (Sovová, s. 70)

Při primární hypertenzi není známa příčina, přesto jsou určené rizikové faktory, které se s jejím výskytem spojují. Především jsou to faktory dědičné, poruchy vnitřních regulačních mechanismů a důležitou roli má i životní styl.

Hypertenzi všeobecně rozdělujeme na tři stadia. Stadium I. je popisováno jako stádium bez obtíží nebo se zde vyskytují nevýznamné a nespecifické změny jako je únava a bolest hlavy. Ve II. stádiu jsou popisovány změny na elektrokardiogramu (EKG), dochází ke zhoršení funkce LKS a jsou zde určité aterosklerotické změny na cévách. Při stadiu III. se dostavuje zhoršení až selhání LKS, významné jsou projevy na orgánech v důsledku aterosklerózy (ICHS, CMP, ICH DK). (Sovová, s. 70 – 71)

Osoby, které trpí hypertenzí, musí být dlouhodobě a odborně léčeni. Jelikož je u hypertenze zvýšené riziko vzniku dalšího onemocnění, musí být tato léčba určena individuálně každému jedinci. Výsledkem dlouhodobé léčby by měla být normalizace krevního tlaku na hodnoty nižší než 140 mm Hg systolického tlaku a 90 mm Hg diastolického tlaku. U mladších osob nebo osob léčících se s diabetem je snaha za pomoci léčby snížit krevní tlak alespoň na hodnoty kolem 130 mm Hg systolického tlaku a 80 mm Hg diastolického tlaku. (Sovová, s. 73)



## **3.2 Ischemická choroba srdeční**

Ischémie je označení pro stav, kdy se do určité části, tkáně, nedopraví dostatečné množství tepenné krve, též můžeme označit jako nedokrevnost.

Při ischemické chorobě srdeční se tento stav týká nedokrvení srdečního svalu, myokardu. Tento srdeční sval vyživují dvě tepny, které nazýváme koronární artérie. Díky těmto tepnám je nejen srdeční sval, ale i celé srdce zásobeno kyslíkem a živinami. Nastane-li stav, kdy tyto tepny začnou zužovat svůj průsvit, rozvine se následně již zmíněné nedokrvení svalu – ischémie. Pokladem pro tento stav může být příčina organická, do které zahrnujeme aterosklerotické pláty ve stěnách cév, tromby, embolie; nebo příčina funkční, kdy může nastat spazmus (sevření) věnčité tepny. K ischémii dojde při zvýšení nároků na dodávku kyslíku a tyto nároky převýší možnosti průtoku krve tepnami. Zvýšená potřeba kyslíku může být spojena s fyzickou aktivitou, ale například i tachykardií. (Štejf, s. 471 - 472)

Pro ischemickou chorobu srdeční je typickým příznakem svíravá bolest na hrudi, kterou označujeme jako stenokardii a může trvat i několik desítek minut. Bolest se může šířit i do zad, ale nejčastěji do horních končetin.

Vyšetřovací metodou první volby je EKG (využití i Holterovy metody k 24 či 48 hodinové monitoraci), echokardiografie a zátěžové testy.

Ischemickou chorobu srdeční dělíme na dvě základní formy: chronickou a akutní. (Sovová, s. 56)

## **3.3 Chronické formy ischemické choroby srdeční**

Mezi chronické formy ischemické choroby srdeční řadíme stabilní anginu pectoris, němou ischémii, stav po infarktu myokardu a srdeční selhání na podkladě ICHS.

Jednotlivé formy chronické ICHS od sebe rozpoznáváme především různými příznaky. Často je chronická forma zcela bezpříznaková, poté se první příznaky projeví už jako některá z akutních forem ICHS.

### **3.3.1 Němá ischémie**

Tato forma spočívá v pomalém zúžování tepen koronárních tepen. Tento proces probíhá zcela bez příznaků s ohledem na individuální citění jedince. Němá ischémie se může kdykoliv proměnit ve zcela jinou formu ICHS. (Sovová, s. 59)

### **3.3.2 Stabilní angina pectoris**

Stabilní angina pectoris je nejznámější popisovanou formou chronické ischemické choroby srdeční. Typickým příznakem, který je jedinci s AP popisován, je námahou vzniklá bolest na hrudi (stenokardie), tato bolest mizí v poměrně krátkém čase po ukončení námahové činnosti. Stabilní AP relativně dobře reaguje na látku, kterou nazýváme nitrát. Nitráty jsou látky, které jsou využívány především v kardiologii. Jejich využití při stabilní AP je důležité především, že jejich účinkem je rozšíření zúžených koronárních tepen při vzniklé námahové bolesti. Koronární tepny se po požití rozšíří, tím se sníží tlak a výrazně zlepši průtok krve do myokardu. (Sovová, s. 57 – 58)

Při AP se využívá klasifikace, díky níž se určují stupně její závažnosti. Klasifikace je čtyřstupňová a nese název Canadian Cardiology Society - CCS (Příloha č. 4).

## **3.4 Akutní formy ischemické choroby srdeční**

### **3.4.1 Nestabilní angina pectoris**

Nestabilní angina pectoris (NAP) se řadí mezi akutní koronární syndromy, kdy status „nestabilní“ vyjadřuje rychlé změny v klinickém stavu pacienta. Mezi nestabilní anginu pectoris se řadí zhoršení již vzniklé anginy pectoris, nově vzniklou anginu pectoris či klidovou anginu pectoris.

Pro diagnostikování NAP je podstatná anamnéza, jelikož EKG i laboratorní vyšetření nevykazují změny vypovídající o záchvatu NAP, taktéž je důležité zjistit dobu trvání bolestí. Další postup při pochybách v určení diagnózy je koronarografie, která se následně využívá i jako léčebná metoda NAP. Typická je reakce při podání nitroglycerinu sublingválně, při NAP je ústup bolestí pomalejší nebo vůbec žádný. Bolesti jsou výraznější, častějšího a dlouhodobějšího rázu. Velice těžké je rozeznání akutního infarktu myokardu od záchvatu nestabilní anginy pectoris, oba dva stavy jsou ale vážné a vyžadují hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče. (Sovová, s. 121 – 122)

Pokud je potvrzena NAP základní léčebnou metodou je snížení či úplné odstranění potíží pacienta a stabilizace nestabilního ateromatického plátu. Do léčebného procesu je důležité začlenit i farmakologickou léčbu a je-li to potřebné tak i intervenční zásah.

### **3.4.2 Srdeční selhání**

Srdeční selhání rozdělujeme dle příčiny, která ho vyvolává nebo dle časového průběhu. Dle příčiny může být selhávající levá komora, pravá komora nebo obě. Dle časového průběhu rozpoznáváme akutní a chronické srdeční selhání. Pro závažnost srdečního selhání je využívána subjektivní stupnice dušnosti dle New York Heart Association NYHA (Příloha č. 5). (Kolektiv autorů, s. 37)

Mezi nejčastější příčiny srdečního selhání (z 60%) řadíme ischemickou chorobu srdeční, arteriální hypertenzi, kardiomyopatii (z 20%), srdeční vady jak získané, tak vrozené a další postižení srdečního svalu.

Není přílišný rozdíl mezi chronickým a akutním srdečním selháním levého srdce, jediný rozdíl je v odlišné rychlosti nástupu příčiny a také jiným léčebným postupem. (Sovová, s. 37)

### 3.5 Poruchy srdečního rytmu – arytmie

Arytmie řadíme mezi nejčastější onemocnění srdce. Jejich vznik je následkem rozdílného vytváření nebo vedení elektrických vzruchů srdcem. Existují typy arytmii, kterých si jedinec ani nepovšimne a dají se odhalit dlouhodobějším monitorováním srdeční činnosti pomocí elektrokardiogramu (EKG). Na druhou stranu existuje skupina arytmii, které se projevují buď záchvatovými anebo stálými poruchami srdečního rytmu a ty mohou danému jedinci značně přitížit. Zatímco u zcela zdravého jedince arytmie nepředstavují hrozbu ohrožující jeho život, u nemocných, kteří se léčí se srdcem nebo pro již prodělaném, např. infarktu myokardu jsou arytmie hrozbou.

Poruchy srdečního rytmu se mohou objevit jak u srdce bez onemocnění struktur, tak u srdečního onemocnění jako je ischemická choroba srdeční (IČHS) nebo kardiomyopatie (KMP). Poruchy mohou být vyvolány i na podkladě rozvratu vnitřního prostředí nebo hormonální nerovnováhy. Vznik arytmii též podporují i léky, nejčastěji mezi riziková léčiva řadíme tricyklická antidepresiva. Arytmie dělíme dle srdeční frekvence na bradyarytmie a tachyarytmie. (Sovová, s. 79 – 80)

U tachyarytmii se může objevovat bolest na hrudi a dušnost, vzniknout může i synkopa. Postižený jedinec je unavenější, oproti normálu špatně toleruje zátěž, a pokud vznikla arytmie na podkladě srdečního selhání, může nastat i jeho následné zhoršení. Základem léčby tachyarytmii je léčba farmakologická, jejímž hlavním činitelem jsou antiarytmika. Další možností léčby jsou intervenční zásahy: katetrizační ablace, chirurgická ablace či zavedení kardiovertru defibrilátoru (ICD). ICD je indikován u jedinců, kterým hrozí vysoké riziko náhlého úmrtí ve spojení s arytmii. Tento přístroj rozeznává pomocí elektrod zavedených do srdce typ arytmie a dle toho zahájí buď stimulaci v případě závažných arytmii nebo defibrilaci v případě fibrilace síní či komor. (Sovová, s. 85 – 93)

U bradyarytmii se vyskytují pocity slabosti, nevolnosti a vertigo. Jedinec si stěžuje na malátnost, dušnost a také nevykonnost. Jelikož je u jedinců trpících bradyarytmii farmakologická léčba omezená, je indikováno zavedení kardiostimulátoru, které je buď dočasné či trvalé. Při trvalé stimulaci jsou elektrody zavedeny přes podklíčkovou žílu do srdce, kde indikují frekvenci. V případě, že srdce nevydává známky akce, elektrody tuto situaci vyhodnotí a vydají impuls. Podstatou kardiostimulace je rozeznání bradyarytmie a vyvolání impulsu, který nesprávný rytmus srovná na rytmus sinusový. (Sovová, s. 80 – 84)

Základní diagnostickou metodou je řádné odebrání anamnézy. Nejdůležitějším vyšetřením při podezření na arytmiie je elektrokardiogram (EKG). Dále se může připojit vyšetření ergometrií a při nedostatku podkladů pro stanovení diagnózy se využívá Holterovy metody. Holterova monitorace EKG je využívána většinou po dobu 24-48 hodin, dlouhodobější verze monitorace je poté zhruba 14 dní. O tom jaké vyšetření bude provedeno, rozhoduje frekvence potíží. Pokud se vyskytují obtíže častěji, je vhodné volit monitoraci Holterem, pokud se obtíže nevyskytují ve velké míře, volí se dlouhodobější varianta monitorace. Některé obtíže a s tím spojené arytmiie mohou mít příčinu i jinde než v srdci, nejčastěji je to štítná žláza. Hyperfunkce štítné žlázy je známá svými projevy, jako je bušení srdce, pocit nepravidelnosti rytmu srdce a zrychlení činnosti srdce. Pokud se vyléčí problém hyperfunkce, zmizí i arytmiie. (Sovová, s. 80)

### **3.6 Fibrilace síní**

Fibrilace síní je nejčastější arytmií. Její výskyt se zvyšuje se vzrůstajícím věkem jedinců, jen ojediněle se může objevit u mladého a zdravého člověka. U starších lidí je příčinou fibrilace síní známé srdeční selhání nebo ischemická choroba srdeční, kdežto u mladých lidí je to nejčastěji vada na chlopních, kterou lze odstranit.

Fibrilace síní vznikne tehdy, když dojde k vymizení nebo oslabení sinusového uzlu a nastane nekoordinované šíření vzruchu po srdci. Síně se přestanou pravidelně stahovat, jen se míhají a komory se tak naplňují krví. Komory se díky práci atrioventrikulárního uzlu stahují rovnoměrně, ale nepravidelně a nejsou tak silné. Při kontrole a vyhmatání tepu se vyskytují nepravidelnosti a jeho různá síla. Velkým rizikem fibrilace síní je nárazová a také častá konzumace alkoholu, ale i samotný diabetes.

Nebezpečná je fibrilace především důvodu možnosti vzniku trombu v síních, které se nepravidelně stahují. Tyto tromby se mohou poté dostat do organismu, a pokud jsou tromby větší rozměrů, snadno ucpou větší cévu a následkem je poté např.: cévní mozková příhoda.

Při fibrilaci síní je vhodné volit, kromě intervenčních technik, antikoagulační léčbu. Antikoagulační léčbou se dá předejít ucpání cév trombem a tím pádem i následné cévní mozkové příhodě. (Sovová, s. 86 – 87)

### 3.7 Úloha sestry v kardiologii

Péči v kardiologii zastupuje jak, péče ambulantní, péče na standardním oddělení, tak i péče na specializovaném pracovišti, kde sestra plní, jako v každém jiném oboru, nezastupitelnou roli. Její úloha se mění vzhledem k pracovišti, na kterém svou činnosti vykonává. Nemocní svůj první kontakt se sestrou navazují na ambulancích, pokud se nejedná o akutní stav, který je přes urgentní příjem transportován na specializované pracoviště.

V ambulantní péči může sestra plnit roli preventivní, kdy pacienta upozorňuje na možná rizika spojená například se špatným životním stylem, kouřením, obezitou. Dále plní roli edukační, kdy jsou pacientovi předány informace o správném používání pomůcek, přístrojů (například Holter EKG). Sestra dále spolupracuje s lékařem, asistuje mu při výkonech a vyšetřeních, připravuje pomůcky a vede dokumentaci.

Na odděleních se role sestry oproti té ambulantní příliš neliší. Doprovází pacienta od přijetí až po propuštění do domácí péče. Při prvním kontaktu s pacientem plní roli „informátora“, kdy pacienta seznámí s chodem oddělení. Sestrou je pečlivě odebrána anamnéza, změřeny vitální funkce a na žádost lékaře odebrán biologický materiál k zhodnocení laboratorních hodnot. Upozorňuje pacienta na možná rizika (například riziko pádu). Dále již provádí vlastní ošetrovatelskou činnost, spolupracuje s lékařem, plní ordinace lékaře a pečlivě vede dokumentaci. Ošetrovatelská péče by měla být veden formou ošetrovatelského procesu, který se skládá z: posouzení, diagnostiky, plánování, realizace péče a následného vyhodnocení péče. V závislosti na posouzení a diagnostice sestra vybere následné intervence, které provede a oblasti, které v péči bude sledovat. To jak bude péče vyhodnocena, zcela závisí na stavu nemocného. (Sovová, s. 26-27)

Při akutním příjmu pacienta sestra společně s lékařem, přebírá pacienta do péče. Pokud tak není učiněno, zajišťuje žilní vstupy, dále monitoruje vitální funkce, odebírá biologický materiál, zajišťuje následná podrobná vyšetření. Sestra, by měla být vždy nápomocná lékařům, pro dobro pacienta, je nutná kooperace celého týmu. Sestra pečuje o žilní vstupy, o potřeby nemocného, sleduje komplexně stav nemocného, informuje lékaře, aplikuje léky dle ordinací lékaře, je připravena řešit akutní situace, pečuje o přístroje a vede dokumentaci.

Sestra je v ošetrovatelské péči v roli jako sestra edukátorka, sestra manažerka a sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče.

## 4 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

Akutní infarkt myokardu je popisován jako stav, který se projevuje ložiskovou nekrózou srdeční svaloviny, která vzniká z důvodu nepoměru mezi přísunem živin a kyslíku a nároky svaloviny srdce. Vzniká na základě akutního uzávěru koronární tepny trombem, který vznikl na podkladě aterosklerózy.

Příznakem, který signalizuje AIM je dlouhodobá intenzivní bolest za sternem, většinou popisována jako pálivá, tlaková nebo svíravá, trvající více jak 30 minut a šířící se do horních končetin. Známé jsou dva způsoby vzniku AIM; vzniká náhle s prudkým nástupem nebo vzniká po předchozí stabilní angině pectoris. Zpočátku vzniku akutního infarktu je typická tachykardie a zvýšené pocení pacienta.

Při diagnostikování AIM je důležité zaměřit se na změny na EKG a v biochemickém vyšetření na zvýšení srdečních enzymů jako je troponin a kreatinkináza. Ke stanovení správné diagnózy je důležitá anamnéza, provedení fyzikálního vyšetření, EKG, biochemické vyšetření, rozbor krevního obrazu a hemokoagulace, RTG srdce a plic a echokardiografie.

Zásadním stanoviskem pro úspěšnou léčbu, minimalizování úmrtnosti ale i komplikací po AIM je zachování největší možné části tkáně myokardu, kterému napomůže včasný a rychlý zásah. Důležitým faktorem je rychlý transport do nemocnice, provedení angiografie a následné angioplastiky a nutné tišení bolesti.

První pomocí pro postiženého infarktem myokardu je okamžité podání nitrátů pod jazyk a rozkousání kyseliny acetylsalicylové, poté je nutný transport na specializované pracoviště. (Souček, s. 122-126)

## 5 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

Každé somatické onemocnění má vliv i na psychickou stránku nemocného, to poté ovlivňuje, mnohdy nepříznivě, i kvalitu jeho života. Mezi somatickou a psychickou stránkou existuje velice tenká hranice, obě složky se navzájem ovlivňují a to negativně i pozitivně. Špatný psychický stav nemocného může mít za následek zhoršování tělesných obtíží a naopak.

Aspekty každé nemoci můžeme rozdělit na sociální, psychické a somatické. Zvláštní důraz věnujeme psychickému aspektu, který se skládá ze všech emočních prožitků spojených s daným onemocněním. Závažnost dané diagnózy ovlivňuje celý proces přijímání a prožívání nemoci. Reakce a postoj nemocného k onemocnění se odvíjí od jeho osobnostních rysů. (Vágnerová, s. 75-76)

### 5.1 Fáze prožívání nemoci

Pacient prochází po sdělení diagnózy fázemi nemoci, které mají různý průběh a délku trvání. Elizabeth Kübler-Rossová tyto fáze podrobně charakterizovala. Díky vymezení fází a tím zobecněním psychické odezvy na nemoc, je zjevné, že nemocného nevnímá pouze individuálně, ale i pohledem k jeho sociálním vztahům a rodině. (Jankovský, s. 131)

**Fáze nejistoty před stanovením diagnózy.** Tělo se spojuje s různými potížemi, ty upoutávají pozornost nemocného. Člověk začne více zkoumat somatické obtíže, které přecházejí do stádia nesnesitelnosti, a vyhledává lékaře, kde tato etapa skončí diagnostikou nemoci. (Vágnerová, s. 86)

**Fáze šoku a popření.** Tato etapa nastává po stanovení diagnózy. Nemocný není schopný tak rychle zpracovat a přijmout skutečnost, proto u něj představa nějaké nemoci vyvolává úzkost. Je to typ obrany nemocného, kdy se snaží unikat do fantazií a nepřipouštět si realitu. Tento stav však není dlouhodobě udržitelný a nemocnému pouze poskytuje čas na přijetí nemoci. V této etapě nemocného o dalším průběhu neinformujeme, protože by skrze tento stav informace nepřijal. (Vágnerová, s. 87)

**Fáze generalizace negativního hodnocení.** Nemocný pomalu přijímá skutečnost, ale dochází zde ke generalizované negaci, což znamená, že je z jeho pohledu vše špatné a všechno ztratilo význam. V průběhu uvědomování si skutečnosti doprovází tento stav



smutek i hněv. Smutek a hněv v tomto případě může signalizovat, že se nemocný s tímto stavem smiřuje a má tendenci s nemocí bojovat. Deprese a smutek může značit stav, kdy nemocný rezignoval nebo se se skutečností smířil. (Vágnerová, s. 87-88)

**Fáze postupné adaptace.** Přichází fáze, kdy nemocný akceptuje léčbu, snaží se o spolupráci. Znovu se snaží najít smysl v léčbě a tím se mění i jeho postoj k ní. Důležité při sdělování lékaře o stavu je i to, jakým způsobem nemocný psychicky zpracuje informace. Pokud se nemocný necítí úplně špatně, nebude chtít informaci o závažnosti stavu přijmout a bude sdělení zpochybňovat. (Vágnerová, s. 88)

**Fáze smíření.** V této fázi již povětšinou dochází ke smíření se s nemocí i jejími důsledky. Nemocný je schopný přijmout svůj stav, vyrovnat se s ním a přizpůsobovat mu svůj životní styl. Někteří nemocní díky nemoci zkusí nalézt nový smysl života, naopak spousta nemocných si svůj stav nepřipustí a snaží se najít způsoby jak se zcela uzdravit. (Praško, s. 339)

Jednotlivé fáze prožívání nemoci mají různě dlouhá trvání a hloubku, do které nemoc člověka zasáhne. I vzhledem k rychlé a časně diagnostice a pokroku v medicíně klesá úmrtnost a mnoho nemocných přežívá a dožívá se vyššího věku. Po léčbě však u nemocných může dále převažovat pocit strachu, např. z relapsu (navrácení nemoci) a ve velké míře se u nich objevuje úzkost.

Přiměřená úzkost, deprese a strach z návratu choroby je normální reakce v tomto období. Úzkostní pacienti vnímají signály a to i v minimální míře v těle jako je bolest či celková nepohoda jako návrat onemocnění. Těžká klinická deprese a úzkost poukazují na maladaptivní reakci. (Raudenská, Javůrková, s. 192, 193)

Pokud u člověka dojde k navrácení nemoci, prožívá znovu všech pět fází prožívání nemoci. Navíc nemocný pociťuje zklamání, také se může objevit šok, popření, hněv, úzkost a i deprese. Všechny tyto pocity řadíme do přirozených reakcí. Nemocní návrat nemoci prožívají podobně nebo stejně jako při jejím zjištění. Na rozdíl od prvního zjištění je při návratu nemoci prožívání hlubší a intenzivnější. (Raudenská, Javůrková, s. 193)

## 5.2 Postoj k nemoci a psychické přizpůsobení

Každý člověk svou nemoc prožívá zcela odlišně dle charakteru osobnosti a také v závislosti na sociální situaci, ve které se aktuálně nachází. Postoje k nemoci a i reakce na ní bývají odlišné a nemocný se se situací vyrovnává formou různých mechanismů. Jeden nemocný reaguje odlišně při různých onemocněních v závislosti na životních podmínkách a na situaci, ve které se zrovna nachází. Postoj k nemoci proto může být:

**Realistický.** Postoj, který odpovídá realitě nebo skutečným informacím, jaké lékař sdělil. Nemocný se adaptuje přiměřeně.

**Bagatelizující.** Nemocný diagnóze nepřisuzuje žádný význam, nedodrží opatření, která mu byla nařízena. To může být způsobeno přeceňováním svých možností a zároveň podceňováním zdraví jako důležité lidské hodnoty.

**Repudiační.** Postoj, kdy dochází k zapuzení nemoci, jinak ho můžeme nazvat jako nevědomou disimulaci. Pacient potlačuje myšlenky na nemoc a odkládá návštěvu lékaře.

**Nozofóbní.** Při tomto postoji je typický nepřiměřený strach z nemoci, který si nemocný naplno uvědomuje, ale nedovede se ubránit obavám. Zveličuje bezvýznamné potíže, dožaduje se různých vyšetření.

**Hypochondrický.** Člověk žije v domnění, že trpí závažnou chorobou, poddává se obtížím, nesnaží se je nijak potlačit.

**Nozofilní.** Nemocný nachází kladné stránky nemoci, např.: nemusí plnit pracovní úkoly, je o něj pečováno.

**Účelový.** Při tomto postoji se nemocný dožaduje soucitu, útěku z dané situace či získání určitých hodnot.

Všichni lékařští i nelékařští pracovníci by měli pamatovat na fakt, že postoje nemocného k dané chorobě a reakce na celkový průběh mohou být zcela odlišné. Vše však záleží na charakteru osobnosti pacienta a sociální situaci, ve které se zrovna nachází. Důležité je porozumění a zvolení profesionálního přístupu, který by měl být základem veškeré ošetrovatelské péče. Zdravotníci pracovníci by měli využívat znalostí z psychologie a komunikace. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, Littva, s. 117 – 127)

### 5.3 Alexithymie

Alexithymie, která je také označována jako emoční analfabetismus, je porucha projevující se špatným rozeznáváním a následným zpracováním emocí. Je zkoumána především vzhledem k jejímu vlivu na některá z tělesných onemocnění a mortalitu. U těchto nemocných je prožívání nemoci chudší a špatně se v něm orientují. Alexithymie je rozdělována na primární a sekundární. Primární alexithymie je řazena do souvislosti s předpokládanou konstituční vlohou, sekundární alexithymie je brána jako reakce na skutečnost přítomnosti vážnějšího onemocnění. Tato skupina pacientů často žije jednostranným životním stylem, což znamená, že jsou silně zainteresovaní prací a soustředí se na úspěch a výkon, ani by byli schopní odpočívat a dodržovat psychohygienu. Alexithymii můžeme posuzovat dle torontské alexithymické škály TAS-20 (Příloha č. 2).

Tito lidé se vyznačují určitými rysy, které nemusí být pro každou poruchu stejné, ale z každého jedince přímo vyzařují. Někteří lidé se často podřizují a nedokáží odmítnout požadavky od druhých, naopak další skupina lidí je nepřiměřeně ctižádostivá, což přináší neoblíbenost v kolektivu a špatné vztahy s rodinou.

V ohledu psychosomatických onemocnění jsou nejpočetnější skupinou lidé trpící kardiovaskulární chorobou. Pro správný přístup, vhodnou a komplexní péči je nutné porozumění psychické a emoční stránce nemocného a reakci na skutečnost přítomnosti onemocnění. (Vymětal, s. 214)

## 5.4 Psychologická problematika nemocných s infarktem myokardu

Infarkt myokardu je stále aktuální problém, jehož vznik je náhlý. Častěji se s infarktem setkáváme u mužů a čím dál častěji u lidí nižší věkové skupiny. Klinické projevy jsou již zmíněny v kapitole 4 s názvem Akutní infarkt myokardu.

Nemocní postižení infarktem myokardu trpí jako první emocionální reakcí úzkostí a strachem ze smrti. Po přijetí do nemocniční péče je snaha tuto skutečnost změnit, neboť pacienti bývají v nemocničním prostředí úzkostnější. Intenzivní péčí, přítomností zdravotnického personálu a vybavením se úzkost a strach postupem prvního dne snižuje, až zcela vymizí, poté se objeví obranné mechanismy, které jsou typu popření (kap. 5.1).

Po zhruba třech až čtyřech dnech od přijetí do nemocniční péče se popření vystřídá s obavami a depresivními náladami v souvislosti s propuštěním a navrácením do běžného života. Nemocný přemýšlí, zda jeho aktuální stav ovlivní délku života, intimní život, péči o rodinu a pracovní uplatnění a jeho smýšlení spadá k pesimismu. To, že se nemocný obrací k pesimismu je odezvou reálného stavu a projevem ohrožení sebepojetí pacienta.

Depresivní projevy u nemocného mají největší intenzitu po třech až čtyřech dnech hospitalizace, pak ustávají a navrací se při propuštění do domácího prostředí. U většiny pacientů nastoupí mechanismus popření, následně v domácím prostředí nedodrží doporučené kroky k udržení životního stylu a neporušení zakázaných činností, což znamená rizikový faktor k návratu onemocnění, zahrnujeme sem např.: kouření. To jak se nemocný s chorobou vyrovná, koresponduje s premorbiditou osobnosti a způsobem zvládání zátěže.

Podle typu reakcí rozdělujeme pacienty na typ A, a typ B.

Typem A jsou označováni lidé, kteří jsou značně ctižádostiví, netrpěliví, žijí hektickým životním stylem a často pracují v tenzi. Naopak typem B jsou označováni lidé, kteří jsou vyrovnaní, klidní, uvolnění, pracující ve svém tempu. Rozdíl mezi A typem a B je ve výskytu IM. U typu A je riziko výskytu IM podstatně vyšší a po prodělaném infarktu jsou to především typy A, kteří na svůj stav reagují popřením.

Lidé A typu jsou nejčastějšími pacienty na kardiologických odděleních. Tento typ je typický tím, že se vyznačuje hostilitou, což znamená postoj člověka vůči druhým. Stav je projevem psychologické zlosti. V knize Jara Křivohlavého Psychologie nemoci (2002), jsou zmíněny studie vztahující se k rozlišení A typu a B typu, které nepotvrzují a ani

nevyvrací souvislosti s vznikem srdečního onemocnění, je zde však určité „jádro“ a tím je důraz kladený na hostilitu. Vznikaly studie o vlivu hostility na vznik onemocnění. Po jejich dokončení se skutečně došlo k závěru, že je zde vztah mezi hostilitou a vznikem kardiovaskulárního onemocnění, mimo jiné i mezi hostilitou a celkovou úmrtností. (Křivohlavý, s. 116 – 118)

Pro přijetí skutečnosti a snížení úzkosti je důležité prostředí a vztah mezi lékařem a pacientem. Pokud se lékař k nemocnému staví psychologickým postojem, probíhá u něj akceptace a vyrovnávání se s onemocněním mnohem rychleji. V návaznosti na postoje lékaře je i postoj nemocného, který by měl být aktivní a spolupracující.

U pacientů, kteří prodělali IM, se typicky objevuje strach ze smrti, úzkost, popření, depresivní prožívání a opakující se popření.

Popření je nastavený obranný mechanismus, díky kterému je možné snižovat úzkost i strach ze smrti. Tento mechanismus má však dvě stránky – negativní a pozitivní. Negativní stránka popření se vyskytuje především v období před hospitalizací, kdy nemocný sice pocítuje první příznaky nemoci, ale nejsou takového rázu, že by ho nějak příliš omezovali v činnostech, tudíž jim nepřisuzuje váhu. První pomoc není včas přivolána a tento stav většinou končí úmrtím.

Při hospitalizaci pacientů s infarktem myokardu je důležité určité psychologické vedení, jehož dosáhneme dobrými vztahy mezi pracovníky na daném pracovišti a plnou důvěrou ze strany pacienta. Pokud se nemocný nachází v akutní fázi onemocnění a je možné s ním navázat komunikaci, musí s ním personál jednat jasně, stručně, dožadovat se objasnění jeho pocitů a aktuální situace. V tomto stavu je možná i porucha vědomí. Při následném nabytí plného vědomí je nutné nemocného klidně informovat o situaci.

Velkou roli při výskytu infarktu myokardu u nemocného hraje jeho osobnost a také životní styl, který vede. Při důkladném bádání je většinou zjištěno, že lidé postižení infarktem jsou z velké míry již zmíněného typu A. Nemocným se doporučuje změna stávajícího životního stylu, kdy se nacházeli v hektických a náročných situacích, spojených s dosahováním určitého cíle v pracovní rovině. V tomto okamžiku je doporučeno začlenit do léčby a pokusu o změnu životního stylu a odstranění náročných situací také rodinu. Doporučené je zařadit do léčebného procesu i trénink relaxace. (Vymětal, s. 216 - 219)

## 5.5 Úzkost a strach

Vymětal (2003) ve své knize uvádí, že strach je možné definovat jako nepříjemný požitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Jedince se může cítit ohrožený z vnějšího prostředí např.: z projíždějících aut na ulici nebo může pociťovat vnitřní ohrožení, kdy si není jistý sám sebou a má pocit, že na určitou činnost, úkon nestačí. Většinou se faktory vnějšího a vnitřního ohrožení spojují vlivem lidské představivosti. Rozdělujeme strach nereálný a reálný. Nereálným strachem povětšinou trpí lidé, kteří mají nějakou duševní poruchu.

Naopak u úzkosti jedinec nedokáže popsat její příčinu (předmět nebo situaci). Na rozdíl od strachu je úzkost považována za nepříjemnou a těžší, protože, když jedinec trpí úzkostí z nějaké nejasné příčiny je to horší, než když má strach z již předem známé situace. Pro člověka jsou úzkost i strach velice důležité a to hlavně pro přežití, protože to jsou obranné a signální mechanismy.

Při úzkosti i strachu lze dobře zanalyzovat působení psychiky na tělo. Subjektivně jedinci popisují stav, kdy se cítí neklidní, stísnění, mají pocit vnitřního napětí, sdělují svému okolí obavy a cítí se bezradní. Pokud se tento stav vystupňuje, může přecházet v paniku a děs. Mnohdy jsou úzkost i strach spojené i s různými depresivními prožitky a to především v souvislosti s vyčerpaností organismu.

Nespecifické projevy úzkosti i strachu můžeme pozorovat i ve fyziologických změnách, které se projeví na všech orgánech a funkčních systémech. Pozorujeme zrychlenou srdeční akci, zrychlené či naopak zpomalené dýchání, je zvýšený svalový tonus, jedinec se potí a má vysušené rty. (Vymětal, s. 236 – 237)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Onemocnění oběhové soustavy jsou nejčastější příčinou úmrtí, díky zkvalitnění a lepší dostupnosti léčby se jejich incidence snižuje. Značný podíl na tomto faktu nesou i změny v kvalitě života nemocných, zpravidla se jedná o úpravu životního stylu v oblasti výživy. Zjištění a následná léčba onemocnění srdce je pro nemocné zátěží spíše psychickou než fyzickou. Jelikož psychické prožívání ovlivňuje fyzickou stránku člověka, zabývám se ve své práci psychologickými aspekty u jedinců s onemocněním srdce.

Každý člověk je individualita a prožívá své onemocnění jinak. Mnoho lidí ani zdravotníků nezná dopady např. akutního infarktu myokardu na psychiku nemocného. Nehledě na fakt, že kromě nemoci způsobují psychické problémy i omezení související se stavem nemocného. Ve své práci jsem se proto zaměřila na prožitky nemocných v souvislosti s diagnózou akutního infarktu myokardu. Kvalitu života nemocného sleduji v oblasti emocionální, tělesné a sociální. Výzkumné šetření je prováděno u dvou nemocných. Na základě výpovědí nemocných vyhodnotím, jakým způsobem je infarkt myokardu ovlivnil v jejich běžném denním životě.

## 7 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat prožívání nemoci nemocného v oblasti emocionální, fyzické a sociální. Součástí je následné srovnání vyhodnocených dat u obou respondentů.

### **Dílčí cíle**

S ohledem na problematiku si stanovuji následující dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zjistit prožitky nemocného po prodělání onemocnění srdce.

Cíl č. 2: Analyzovat vliv onemocnění na každodenní činnosti.

Cíl č. 3: Identifikace souvislostí mezi rodinným zázemím a psychikou nemocného.

## **Výzkumné otázky**

1. Jak se nemocný cítil po proděláním akutního infarktu myokardu?
2. Pociťoval nemocný omezení v běžných činnostech?
3. Podporují členové rodiny nemocného po proděláním akutního onemocnění?

## **8 OPERACIONALIZACE POJMŮ**

Kardiologicky nemocný – za kardiologicky nemocného je považován člověk, který se léčí dlouhodobě s onemocněním srdce nebo se u něj nově objevil příznak akutního kardiologického problému.

## **9 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY**

Vzhledem k tématu práce a také stanoveným cílům jsem volila kvalitativní formu výzkumu. Miovský (2006, s. 159-161) uvádí, že výzkumník vytváří při jeho využití okruhy otázek, které potom bude s respondenty při rozhovoru probírat. Není však zcela vázán pouze pevnou strukturou, ale může např. měnit pořadí otázek. Změnu pořadí přizpůsobuje okolnostem, např. podle průběhu rozhovoru. Mimo jiné se dle uvedeného autora mohou přidat k základním otázkám otázky doplňující a také i nová témata. Záleží jen na tazateli, zda je považuje za vhodné ke zvolenému tématu.

### **9.1 Metoda sběru dat**

Postup ke sběru dat jsem zvolila metodu kvalitativního dotazníku MacNew u dvou nemocných. Pro zvolené téma mé práce je výhodné řešení metodou kvalitativního dotazníku, protože díky ní mohu proniknout hluboko do nitra problému a mohu touto metodou pojmut oba případy. Pro tuto metodu a sběr dat jsem tedy zvolila standardizovaný kvalitativní dotazník, který obsahuje 27 otázek, rozdělených do 3 domén.

### **9.2 Výběr případu**

Pro výzkumné šetření byli vybráni dva respondenti, muži, kteří prodělali akutní infarkt myokardu. Jejich výběr byl tedy, vzhledem k tématu práce, záměrný. V minulosti to byli relativně zdraví lidé, kteří onemocnění prodělali v nedávné době.



### 9.3 Způsob získávání informací

Informace budou získávány pomocí standardizovaného kvalitativního dotazníku MacNew – v českém jazyce známém pod názvem Kvalita života po infarktu myokardu, který obsahuje 27 otázek. Otázky v dotazníku jsou rozděleny do tří oblastí – psychická, tělesná a sociální. Každou z otázek respondenti hodnotí známkou od 1 do 7, kde se pod každou známkou skrývá slovní hodnocení. Maximum hodnocení je známka 7, minimum je známka 1. Zatímco otázky č. 1, 2, 4, 6 – 27 obsahovaly slovní odpovědi: 1 – neustále, 2 – Velmi často, 3 – Často, 4 – Někdy, 5 – Méně často, 6 – Skoro vůbec, 7 – Nikdy. Hodnocení otázek č. 3 a 5 bylo následovné: 1 – nikdy, 2 – Skoro vůbec, 3 – Méně často, 4 – Někdy, 5 – často, 6 – Velmi často, 7 – Neustále.

V úvodu budou respondenti seznámeni s faktem, že získávání dat a jejich následné vyhodnocení bude v bakalářské práci vedeno jako anonymní. Následné doplňující komentáře k odpovědím na otázky vztahující se k dotazníku budou zároveň zaznamenávány na záznamové zařízení, jejich použití a následné využití poskytnutých dat v práci, před začátkem respondenti odsouhlasili svým podpisem na informovaný souhlas.

## **10 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT**

### **10.1 Respondent č. 1**

#### **Anamnéza**

Muž, 52 let

#### **Osobní anamnéza**

Respondent byl nekuřák, po prodělání IM začal kouřit. Alkohol pije příležitostně, alergie neguje. V dětství neprodělal žádná vážná onemocnění.

#### **Rodinná anamnéza**

Matka se léčí s hypertenzí, pravidelně si vede záznamy o měření krevního tlaku, dochází na pravidelné kontroly k lékaři. Otec je zcela zdrav. Sestra je též zdráva. V rodině se nevyskytuje žádné závažné onemocnění.

#### **Sociální anamnéza**

Respondent žije s manželkou v bytě, v blízkosti bydlí dcera s rodinou. Vyučil se na Střední odborné škole, pracoval jako dělník ve výrobě skla. Po prodělání akutního infarktu myokardu absolvoval lázeňskou léčbu a to vzhledem k bolestem bederní páteře. V blízké době ho čeká návrat do zaměstnání.

#### **Kardiologická anamnéza**

Respondent trpí vysokým krevním tlakem. Před dvěma měsíci u něj v zaměstnání došlo k náhlé změně stavu. Projevily bolesti na hrudi, úzkostné pocity, jež se následně prokázaly jako akutní infarkt myokardu. Respondent byl RLP převezen do kardiocentra, kde mu bylo zprůchodněno místo uzávěru v srdeční tepně. Propuštění proběhlo po 5 dnech od přijetí.

Respondent začal vnímat zvláštní pocit na hrudi, neschopnost se kvalitně nadechnout při výkonu svého povolání. Kolegové svým rychlým jednáním a zavoláním pomoci, zajistili rychlý transport do nemocnice a následnou léčbu. Respondent popisoval jeho změnu jako situaci plnou strachu a nevědomosti co bude dál. I přes veškeré informace, které se mu již dříve dostaly od praktického lékaře, u kterého mu byl zjištěn vysoký krevní tlak, měl respondent pocit nejistoty a strachu. Bolesti, které pociťoval na hrudníku, doprovázela dušnost a stavy úzkosti.

## Vyhodnocení získaných dat – respondent č. 1

Respondent č. 1 odpovídal na otázky v dotazníku pečlivě. Doplňujícími otázkami se ujišťoval, zda správně porozuměl textu. V emocionální rovině dosáhl respondent průměrné známky 5,21, přičemž hodnotil otázky zahrnuté v této rovině známkami 5 a 6. V rovině tělesné (fyzické) dosáhl respondent průměrné známky 5,50, kdy nejčastějším hodnocením byly známky 5 a 6. Sociální rovinu ohodnotil respondent průměrnou známkou 5,38. Průměrnou celkovou známkou je vyhodnocena známka 5,37.

Největší problém respondent č. 1 shledával v oblasti fyzické a to především u otázky č. 21. Respondent zde odpověděl, že si někdy nebyl zcela jistý kolik cvičení a fyzické zátěže může vykonávat. Odpověď na otázku, okomentoval slovy, že ho nikdo z personálu, který o něj pečoval ve zdravotnickém zařízení, neinformoval o povoleném množství pohybu. Respondent nedostal ani žádný edukační letáček po prodělání akutního infarktu myokardu, což mělo vliv na nejistotu ohledně vykonávání pohybu.

U položky č. 22 respondent odpověděl, že má často pocit zvýšené až přehnané péče ze strany rodiny. Na základě vzneseného doplňujícího dotazu směrem k respondentovi bylo zjištěno, že je pro něj tato situace nepříjemná z důvodu vnitřního pocitu nedostatečné možnosti sebezpeče a soběstačnosti. Respondentova rodina trpí pocitem viny ze zapříčinění jeho stavu, nyní nastal stav, kdy se snaží kompenzovat své pocity až přehnanou péčí o svého blízkého. Příznivější by byl stav, kdy by rodina i v zájmu respondenta a jeho rehabilitační péče omezila své potřeby mu pomáhat více než je nutné. Uvítal by menší zájem a menší přísun péče ze strany rodiny.

Kromě položek č. 21 a č. 22 odpovídal respondent na otázky příznivě. Ohodnotil svůj stav kladně, dle dotazníku se cítí uvolněně, bez napětí, většinu času je velmi spokojený se svým osobním životem. Po prodělání infarktu respondent začal kouřit, odůvodnil to uvědoměním si, jak krátce žijeme, a cítil potřebu zkoušet něco nového, označila bych tuto skutečnost za **optimistický skluz**.

V psychické oblasti respondent nepocíťoval žádné ztráty. Cítil se velmi dobře, nestrádal, netrpěl úzkostmi, únavu nepocíťoval a plačtivý nebyl.

Ve fyzické oblasti respondent nestrádá. Neměl problémy se zadýcháváním při běžných denních činnostech. Bolesti na hrudi pocíťoval velmi zřídka.

V sociální oblasti pocíťoval problém pouze s přehnanou péčí ze strany rodiny. Snaží se plně zapojovat do běžných společenských aktivit a navázat tak na život, který vedl před proděláním akutního infarktu myokardu.

## **10.2 Respondent č. 2**

### **Anamnéza**

Muž, 55 let.

### **Osobní anamnéza**

Respondent je nekuřák. Alkohol pije příležitostně, trpí pylovou alergií. V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Hospitalizován byl pouze jako dítě, pro bolesti břicha, poté diagnostikováno jako obstipace.

### **Rodinná anamnéza**

Otec trpí vysokými hodnotami cholesterolu v krvi. Matka byla hypertonička, před 2 lety zemřela na cévní mozkovou příhodu. Sourozence nemá.

### **Sociální anamnéza**

Respondent je rozvedený, žije sám v menším rodinném domě. Syn žije v zahraničí, s dcerou se příliš nestýká. Respondent je vyučený jako mechanizátor zemědělských strojů. Pracoval jako řidič z povolání v mezinárodní dopravě. Nyní zaměstnán jako řidič soukromé autobusové dopravy.

### **Kardiologická anamnéza**

Respondent stejně jako jeho otec trpí vysokými hodnotami cholesterolu v krvi a abdominální obezitou. Před třemi měsíci prodělal akutní infarkt myokardu. Při pocítění prvních příznaků byla přivolána pomoc a následoval zdlouhavější převoz do specializovaného centra, kde podstoupil angioplastiku, při které mu byl zaveden stent. Propuštění do domácí péče proběhlo po 8 dnech od přijetí.

Respondent zaznamenal první příznaky při práci na zahradě, po zhruba hodině neustálých bolestí na hrudi a celkové slabosti si sám přivolal pomoc. Po celou dobu velice silně pociťoval úzkost a strach. Jelikož se respondent příliš o problémy spojené s jeho dřívějším stavem nezajímal, nedokázal posoudit, z čeho mohou bolesti a slabost pramenit a nevolal proto pomoc dříve než po již zmíněné hodině. Po vyřčení diagnózy začal respondent pociťovat velký strach z pozdějšího omezení v životě a dokonce i ze smrti.

## Vyhodnocení dat – respondent č. 2

Respondent č. 2 na mne při odebrání anamnézy působil velice depresivně. Působil dojmem, že se cítí ne příliš dobře ve společnosti jiných lidí. Po vyhodnocení dotazníku dosáhl respondent v emocionální rovině průměrné známky 3,07, kdy nejčastějším hodnocením byla známka 3. V oblasti fyzické zhodnotil svůj stav průměrnou známkou 3,29, kdy nejčastěji vybíranými známkami byly známky 3 a 4, s ohledem, že respondent odmítl hodnotit otázku č. 27, týkající se intimního života. V oblasti sociální dosáhl respondent známky 3,31, u níž byla nejčastěji vybírána známka 3, a u otázky č. 25 bylo využito známky 6. Průměrná celková známka byla 3,22.

Na základě vyhodnocení dotazníku kvality života po AIM se největší problém u respondenta č. 2 vyskytl v oblasti emocionální. Téměř na všechny otázky týkajících se emocionální stránky odpovídal respondent známkou 3. Respondent se velmi často cítil otrávený, netrpělivý. Trpěl pocity bezcennosti a neschopnosti. Méně často pociťoval, že se s onemocněním a aktuálním stavem vypořádá, často se cítil sražený na kolena a bez energie. Dokonce měl někdy období, kdy mu bylo do pláče. Celkově se respondent cítil nespokojený a nešťastný v osobním životě. Trpěl nedostatkem sebevědomí, pocitem, že nedokáže splnit to, co od něj druzí očekávají. Cítil se na obtíž svému okolí.

Při vyhodnocení kvality života v oblasti fyzické, kdy respondent dosáhl průměrné známky 3,29, bylo zjištěno, že se často cítil bez energie a unavený. Respondent se zadýchával při běžných činnostech, velice často měl pocit, že není schopen zúčastnit se běžných aktivit. Během běžných denních činností občas pociťoval bolesti na hrudi, měl bolavé a unavené nohy, což ho často omezovalo i ve sportovních aktivitách. Celkově na svém těle cítil, že ho prodělaný akutní infarkt myokardu omezuje v činnostech.

Při odpovídání na položky týkající se sociální roviny, byl respondentem č. 2 zjištěn problém s poskytnutím informací v otázkách dotýkajících se rodinného stavu. Jelikož se respondent stýká pouze s otcem doplnit odpovědi v závislosti na vztahu k němu. Neměl pocit, že by se o něj rodině příliš starala, spíše měl pocit, že je otcí často na obtíž. Kvůli svému stavu respondent nechodil do společnosti a cítil se díky tomu omezený. Měl pocit, že je na někom závislý, v tomto případě na otcí. Díky této situaci se respondent cítil neschopný.

## 11 DISKUZE

Akutní infarkt myokardu zásadně ohrožuje nemocného na životě. Díky lepší informovanosti, o prvních příznacích infarktu, nemocných a kvalitním metodám v medicíně je jeho léčba úspěšná. Problém se však objevuje v psychologické stránce věci. U nemocných se stanovenou diagnózou akutního infarktu myokardu se společně se svíravými bolestmi na hrudi objevuje úzkost a strach ze smrti. Tyto pocity se snižují v momentě přijetí nemocného do péče odborníků. To vše se děje za předpokladu, že personál na určeném místě dokáže kvalitně, klidně a jasně informovat nemocného o jeho aktuálním stavu, a správně spolupracovat a komunikovat mezi sebou. Psychické rozpoložení pacienta ovlivňuje průběh léčby, délku hospitalizace a následně i dodržování opatření v domácím léčení.

V rámci výzkumného šetření byli vybráni dva respondenti, muži, jejichž výběr byl záměrný. Oba v nedávně době prodělali akutní infarkt myokardu. S oběma respondenty byly smlouveny schůzky, při kterých se od každého z nich odebrala anamnéza, a poté byly jimi vyplněn kvalitativní dotazník. Před sběrem dat od respondentů byli oba informováni o možnosti neodpovídat jak na otázky ohledně anamnézy či na otázky v dotazníku. Oba zároveň podepsali informovaný souhlas (viz příloha č. 6).

Cílem této práce bylo zjistit a poskytnout informace laikům i zdravotníkům, díky kterým by snadněji mohli proniknout do problematiky psychologického prožívání nemoci, v tomto případě konkrétně akutního infarktu myokardu, a toho jaký vliv mělo prodělání onemocnění na každodenní život nemocného. V praktické části jsem proto využila kvalitativního dotazníku a jeho vyhodnocení spojila s odebranými daty v anamnéze. Dílčími cíli zanalyzovat prožitky nemocného po sdělení diagnózy, následně zanalyzovat prožitky po prodělání akutního onemocnění a identifikovat souvislosti mezi podporou rodiny (rodinné zázemí) a psychikou nemocného.

Oba respondenti se mi při setkání jeví jako typ B, jehož popis je zmíněný v podkapitole č. 5.4.

První výzkumná otázka je zaměřena na to *jak se nemocný cítil po prodělání akutního infarktu myokardu.*

U obou respondentů se při prvních projevech akutního infarktu myokardu projevila úzkost a strach. Bolesti a stavy dušnosti vedli k prohloubení pocitu strachu, kdy se oba respondenti obávali smrti.

Následně předložený dotazník, který obdrželi oba respondenti, se skládal z otázek, které jsou rozčleněny do tří oblastí: emocionální, tělesné a sociální. Respondenti hodnotili otázky známkami od 1 do 7, v závislosti na svých pocitech, které měli v posledních dvou týdnech, v období po prodělaném infarktu myokardu. Některé odpovědi slovně okomentovali. Následné vyhodnocení, za pomoci průměrných známek, jasně ukázalo, ve které z těchto oblastí má respondent největší problém.

Z pohledu porovnání výsledků obou dotazníků se respondent č. 2 jevil jako labilnější ve všech hodnocených oblastech, s průměrnou známkou 3,22 a spadá tak do druhé podskupiny, kterou jsem určila. U respondenta č. 1 byla průměrná známka 5,37 a tím se řadí do třetí podskupiny tohoto šetření. Rozdíl v hodnocení byl průměrně o 2 známky.

U obou respondentů byla zjištěna jako problematická **oblast emocionální**. Respondent č. 1 hodnotil tuto oblast průměrnou známkou 5,21, respondent č. 2 hodnotil průměrnou známkou 3,07. Rozdíl v hodnocení této oblasti je ovlivněn především individualitou každého z respondentů, odlišným prožíváním nemoci a také dobou, kterou strávili v nemocnici.

Důvodem horšího hodnocení svého života v posledních dvou týdnech u **respondenta č. 2** je fakt, že se respondent cítí sám, zároveň ale nevyhledává společnost. Po proděláním onemocnění se často cítí otrávený, nesebevědomý, v napětí, občas je i plačtivý. Celkově je se svým nynějším životem nespokojený a necítí se šťastný. I během pokládání otázek ke sběru dat k sepsání anamnézy působil respondent poněkud depresivním dojmem. Velice pesimisticky okomentoval svou životní situaci. Má strach, že se kdykoliv infarkt může opakovat a nedokáže nad tímto faktem přestat přemýšlet.

**Respondent č. 1** je se svým životem po onemocnění velmi spokojený. Nemá stavy, kdy by o sobě pochyboval, cítil se nesebevědomý, otrávený či v napětí. Nyní se necítí vystrašený či znepokojený z chvilkové slabosti nebo přechodného pocitu únavy. Zkušenost s onemocněním mu přinesla pocit větší míry jistoty, že pokud se infarkt objeví podruhé, již bude vědět co v takové situaci očekávat a nebude pociťovat strach. Vliv na pochopení

onemocnění a snížení strachu měla i řádná edukace, kterou dle slov respondenta provedl lékař velmi jasně a srozumitelně.

Druhá výzkumná otázka, kterou jsem se zabývala, byla, zda *pocíval nemocný omezení v běžných denních činnostech*. Oblastí vztaženou k této otázce byla hodnocena **oblast tělesná**, ve které se cítil hůře respondent č. 2. Tuto oblast ohodnotil průměrnou známkou 3,29, kdežto respondent č. 1 známkou 5,50.

**Respondent č. 2** udával, že se v posledních dvou týdnech zadýchával i při běžných denních činnostech. Nebyl si zcela jistý tím, kolik fyzické zátěže může během dne vykonat, aniž by ho to mohlo ohrozit. Pocíval bolest a únavu nohou a celkově se cítil omezený. Tato fakta bych vzhledem k stavu, i prodloužení hospitalizace a rekonvalescence přisuzovala psychosomatickým projevům, kdy respondent prožívá nepřiměřený strach a stálým pozorováním si vnucuje ledajaké představy. Respondenta prodělané onemocnění v běžném každodenním životě v určité míře limitovalo.

**Respondent č. 1** se v posledních dvou týdnech cítil plný energie, téměř se nezadýchával při běžných denních činnostech, nepocíval bolesti během fyzické zátěže. Ve sportování a delší fyzické zátěži ho nic neomezovalo, do aktivit se zapojoval bez omezení. Nejprekvapivějším faktem bylo, když se mi respondent svěřil s tím, že po proděláním infarktu začal kouřit, zhruba 3-5 cigaret za den. Okomentoval to slovy, že se mu vždy po cigaretě nějak „uleví“, cítí se lépe. Zároveň si ale nepřipouští, že by mu cigarety mohli způsobit druhý akutní infarkt myokardu. V sexuálním i běžném každodenním životě ho prodělané onemocnění za poslední dva týdny skoro vůbec neomezovalo.

Poslední výzkumnou otázkou bylo zjistit, *zda členové rodiny podporují nemocného po proděláním onemocnění*. Hodnocenou oblastí byla **oblast sociální**. Horší průměrné známky zde dosáhl opět respondent č. 2. Sociální oblast hodnotil průměrnou známkou 3,31, oproti němu respondent č. 1 hodnotil průměrnou známkou 5,38.

**Respondent č. 2** za poslední dva týdny často trpěl pocitem, že je na někom více závislý, než byl před onemocněním. V tomto případě se cítil být závislý na vlastním otci, který před dvěma lety ovdověl. V souvislosti se závislostí na otci, měl zároveň pocit, že je mu na obtíž. Velmi často cítil, že není schopný vykonávat společenské aktivity. Díky faktu, že respondent kromě otce nemá žádného blízkého člověka, je rozvedený a s dcerou se příliš nestýká, neměl pocit, že by se o něj někdo přehnaně staral. Společnost skoro vůbec



nenavštěvuje. Celkově se respondent č. 2 cítil omezený, ale zároveň v závislosti na svém rozhodnutí nevede žádný společenský život.

**Respondent č. 1** oproti respondentovi č. 2 skoro vůbec za poslední dva týdny netrpěl pocitem, že by byl na někom závislý, více než před onemocněním. Téměř vůbec nepocíťoval problém v účasti na společenských aktivitách. Na rozdíl od respondenta č. 2, respondent č. 1 často pocíťoval přehnanou péči ze strany rodiny. Občas z toho až pramenil pocit, že jim je na obtíž. Respondent se za poslední dva týdny skoro vůbec necítil jako vyloučený ze společnosti. Na otázku jak často v posledních dvou týdnech nemohl navštěvovat společnost, odpověděl „nikdy“, tudíž je zřejmé, že ho onemocnění ve společenských aktivitách nelimitovalo.

Oba respondenti uvedli, že při prvních příznacích AIM jako jsou bolesti na hrudi, pocíťovali **úzkost a strach ze smrti**. V tomto ohledu shledávám shodu s odbornou literaturou. Jan Vymětal ve své knize Lékařská psychologie (2003, s. 216) uvádí, že s klinickými projevy akutního infarktu myokardu, jako jsou bolesti v krajině sternu, spojuje úzkost a strach ze smrti.

Po vyhodnocení všech tří oblastí z uvedeného dotazníku, zvláště pak po vyhodnocení oblasti emocionální, jsem do souvislosti s respondentem č. 2 dala **depresivní projevy**. Zde nacházím rozdíl mezi oběma respondenty, na rozdíl od respondenta č. 1 v emocionální oblasti příliš nestrádá a nepůsobí depresivně. V již zmíněné knize Jana Vymětala (2003, s. 216) opět nacházím shodu, kdy se zde uvádí, že se první depresivní rozlady vyskytují po třech až čtyřech dnech hospitalizace a to v souvislosti s budoucností, pak odeznívají a mnohdy se vrací při propuštění do domácího prostředí.

Pro mne velkým překvapením byl postoj respondenta č. 1, který i přes veškerá upozornění možné recidivy akutního infarktu myokardu a zdůraznění důležitosti dodržování všech opatření, začal kouřit. Kouření je jedním z rizikových faktorů vzniku infarktu myokardu. Tuto skutečnost bych hodnotila jako obranný mechanismus **popření**, kdy nemocný ignoruje doporučení lékaře. (Vymětal, s. 217)

Největší rozdíl v domácím prostředí vidím v rodinném zázemí respondentů. Respondent č. 1 má kvalitní zázemí a tím cítí podporu rodiny, což mu napomáhá k lepšímu vyrovnání se s onemocněním. Na rozdíl od něho, respondentovi č. 2 stabilní rodinné zázemí chybí, žije sám a onemocnění musí prožívat a vyrovnávat se s ním sám.

## 11.1 Návrh k řešení v praxi

Důležitým faktorem, který povede ke snížení incidence akutního infarktu myokardu, je jeho prevence. Prevence rozdělená na primární a sekundární, kdy je nutné se u nemocných, kteří již jeden infarkt prožili, zaměřit právě na prevenci sekundární. Mezi body, které by měli být zohledněny v sekundární prevenci, nesmí chybět důležitost dodržení nařízených opatření, které snižují možnost recidivy onemocnění. Mezi doporučená opatření patří omezení nebo úplně přestat s kouřením, zlepšit stravovací návyky, s tím i upravit hmotnost (u nemocných s nadváhou či obezitou), předcházení stresu. Nesmí chybět i následná informovanost o prožitcích souvisejících s diagnózou akutního infarktu myokardu.

Nejdůležitější je do prevence a edukační činnosti začlenit především lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky. Předpokladem pro správnou interpretaci informací je povědomí a dostatek znalostí o prožívání akutního onemocnění srdce. V neposlední řadě by zdravotníci do edukace měli zapojit též partnera/ku a další rodinné příslušníky, kteří poskytují nemocnému oporu a mohou tak ovlivnit jeho postoj k onemocnění a k dodržení všech doporučených opatření.

Navrhovala bych, zaměřit se na problematiku prožívání nemoci. Především k psychologické problematice prožívání akutního infarktu myokardu. V tomto ohledu by nebylo od věci zaměřit se i na míru ovlivnění psychického postoje, předchozím stresem, napětím nebo i například zaměstnáním, kde nemocný pracuje pod tlakem. V rámci prevence dokázat vysvětlit, s jakými pocity se postižený může potýkat.

Důležitost předcházení prožitků úzkosti a strachu také závisí na přístupu k nemocnému v nemocniční péči. Zdravotníci by měli znát psychologické přístupy jak mírnit a snižovat úzkost a strach. S pomocí odborné literatury (Vymětal, 2003 a Vágnerová, 2008) jsem vytvořila jednoduchý prospekt vztahující se k akutnímu infarktu myokardu.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je věnována psychologickým aspektům kardiologicky nemocných. Cílem práce bylo zjistit prožitky nemocného při diagnostice onemocnění a po prodělání onemocnění.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje pět kapitol složený z několika podkapitol. Je v ní popsána anatomie a fyziologie srdce, příznaky srdečních onemocnění, rozdělení jednotlivých onemocnění a psychologické aspekty, ve kterých je popsáno prožívání nemoci, postoj k nemoci a psychologická problematika nemocných s infarktem myokardu.

V praktické části jsem pomocí rozhovoru s respondenty získala data k sepsání anamnézy a následně využila k hodnocení jejich kvality života po infarktu myokardu v oblasti emocionální, tělesné a sociální, standardizovaného dotazníku. Vyhodnocení dotazníku je provedeno celkově a zároveň i v jednotlivých oblastech. Hlavním cílem tohoto šetření bylo zhodnotit prožitky obou respondentů při sdělení diagnózy a po prodělání onoho onemocnění. U každého respondenta jsem dotazník nejprve vyhodnotila zvlášť a poté v diskuzi využila při rozdělení vzhledem k výzkumným otázkám, položených na počátku šetření.

Po zhodnocení výsledků praktické části práce jsem dospěla k závěru, že oba respondenti prožívali první chvíle onemocnění stejně, jako je popsáno v odborné literatuře. Při vyhodnocení každé oblasti (emocionální, tělesná, sociální) zvlášť jsem objevila spojitost mezi podporou rodiny a psychikou nemocného. Respondent, který má partnerku a stabilní rodinné zázemí hodnotil svůj život celkově i v každé oblasti kladněji než respondent, který je rozvedený a nemá rodinné zázemí. Každý člověk je individualita a prožívá své onemocnění jinak, však výsledky práce se v několika bodech shodují s odbornou literaturou.

V závěru bych ráda připomněla důležitost komunikace, edukace a využití psychologického přístupu k nemocným s psychosomatickým onemocněním. V případě mé práce, přístup a řešení psychologické problematiky u nemocných s infarktem myokardu. Právě vzhledem k faktu, že je AIM jednou z nejčastějších příčin úmrtí v České republice.

## SEZNAM ZDROJŮ

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce, aneb, Nemoc není bezmoc*. Brno: Facta Medica, 2010, 152 s. ISBN 978-80-904260-7-8.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015, 742 s. ISBN 978-80-262-0617-0.
3. ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Národní kardiovaskulární program* [online]. 2013. [cit. 2017-02-18].  
Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/data/clanek/604/dokumenty/narodni-kardiovaskularni-program.pdf>.
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004, 692 s. ISBN 978-80-247-1132-4.
5. FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011, 224 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
8. *Informovanost pacientů po infarktu myokardu o sekundární prevenci* [online]. Brno, 2012 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita
9. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
10. KOLEKTIV AUTORŮ. *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*. Praha: Grada, 2013, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4083-6.

11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
12. MEDISPOT. *Medispot - Nejčastější příčiny smrti v ČR*. [Online] 2010. [Citace: 26. Listopad 2016.] Dostupné z: <http://www.medispot.cz/od-55-let/nejcastejsi-priciny-smrti-v-cr.html>.
13. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
14. NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
15. PLEVOVÁ, Ilona a Radka BUŽGOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
16. PRAŠKO, Ján a kolektiv. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 432 s. ISBN 978-80-244-2365-4.
17. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
18. SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012, 406 s. ISBN 978-80-247-3555-9.
19. SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Petr SVACINA. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. Praha: Grada, 2005, 380 s. ISBN 80-247-1367-5.
20. SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK. ed. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011, 1788 s. ISBN 978-80-247-2110-1.
21. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4823-8.

22. ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
23. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, 722 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
24. ÚZIS ČR. *Zemřelí 2015*. [online]. 2016 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/demozem2015.pdf>
25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. A přeprac. Praha: Portál, 2008, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
26. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 978-80-7117-8740-2
27. ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a Vladimír LITVA. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010, 224 s. ISBN 978-80-7368-703.

## SEZNAM ZKRATEK

|       |  |
|-------|--|
| AIM   | akutní infarkt myokardu                  |
| EKG   | elektrokardiogram                        |
| LKS   | levá komora srdeční                      |
| SZÚ   | Státní zdravotní ústav                   |
| ICHS  | ischemická choroba srdeční               |
| CMP   | cévní mozková příhoda                    |
| ICHDK | ischemická choroba dolních končetin      |
| NAP   | nestabilní angina pectoris               |
| NYHA  | New York Heart Association               |
| KMP   | kardiomyopatie                           |
| ICD   | implantabilní kardioverter- defibrilátor |
| RLP   | rychlá lékařská pomoc                    |

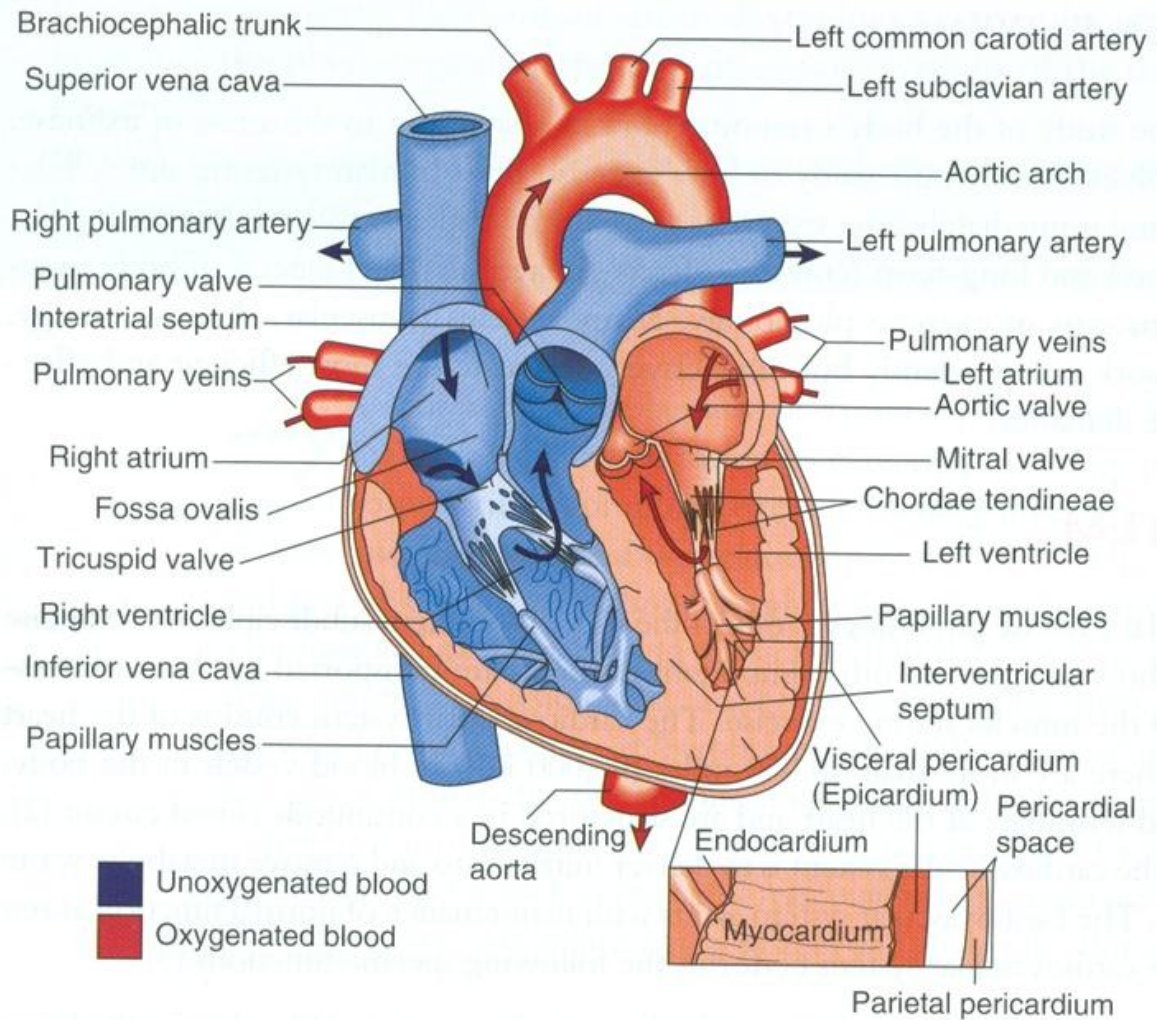
## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1** Průřez srdcem
- Příloha č. 2** Torontská alexithymická škála TAS-20
- Příloha č. 3** Kategorie krevního tlaku podle Evropské kardiologické společnosti (ECS) a Evropské společnosti pro hypertenzi (ESH)
- Příloha č. 4** Klasifikace klinické závažnosti anginy pectoris podle CCS
- Příloha č. 5** NYHA klasifikace dušnosti
- Příloha č. 6** Informovaný souhlas
- Příloha č. 7** Dotazník - Kvalita života po infarktu myokardu (Tento dotazník byl použit po obdržení licence, získané na webových stránkách [www.macnew.org](http://www.macnew.org))
- Příloha č. 8** Prospekt – Akutní infarkt myokardu



Přílohy

**Příloha č. 1** Průřez srdcem



Zdroj: *Lecturio. The Heart: Specialised Muscle Tissue That Acts as an Autonomous Pacemaker [online]. [cit. 2017- 02-05]. Dostupné z: <https://www.lecturio.com/magazine/heart-muscle-tissue/>*

## Příloha č. 2 Torontská alexithymická škála TAS-20

| TAS-20       |  |                        |              |              |
|--------------|--|------------------------|--------------|--------------|
| Désaccord    |  | Ni accord/ni désaccord | Accord       |              |
| Complet<br>1 | relatif<br>2   | 3                      | relatif<br>4 | complet<br>5 |
| 1.           | Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.  |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 2.           | J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.  |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 3.           | J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.                              |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 4.           | J'arrive facilement à décrire mes sentiments.  |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 5.           | Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.                                   |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 6.           | Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.                        |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 7.           | Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.   |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 8.           | Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour. |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 9.           | J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.   |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 10.          | Être conscient(e) de ses émotions est essentiel.   |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 11.          | Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.  |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 12.          | On me dit de décrire davantage ce que je ressens.  |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 13.          | Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.   |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 14.          | Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.   |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 15.          | Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.                     |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 16.          | Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques.                                      |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 17.          | Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.                             |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 18.          | Je peux me sentir proche de quelqu'un pendant les moments de silence.  |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 19.          | Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.                              |                        |              | 1 2 3 4 5    |
| 20.          | Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.              |                        |              | 1 2 3 4 5    |

|   |
|---|
| <p>Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (Bagby et al., 1992)<br/> Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)<br/> Version française : M.-P. Marchand et G. Loas</p> <p>Instructions : Indiquez, en utilisant la grille, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion.</p> <p>Instructions de cotation :</p> <p>1) les items suivants sont recodés en soustrayant leur valeur de 6 : 4, 5, 10, 18, 19 ;<br/> 2) le score total de la TAS-20 est obtenu par la somme de tous les items.</p> |
|---|

Zdroj: *Alexithymie et substances psychoactives. [online]. [cit. 2017 – 03 -050].*

Dostupné z: <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-2-page-47.html#s1n2>

**Příloha č. 3** Kategorie krevního tlaku podle Evropské kardiologické společnosti (ECS) a Evropské společnosti pro hypertenzi (ESH)

| <b>Kategorie krevního tlaku</b>      | <b>Systolický tlak mmHg</b> | <b>Diastolický tlak mmHg</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Optimální                            | < 120                       | < 80                         |
| Normální                             | 120–129                     | 80–84                        |
| Prehypertenze (vysoký normální tlak) | 130–139                     | 85–89                        |
| Hypertenze (vysoký krevní tlak)      | ≥ 140                       | ≥ 90                         |

*Zdroj: Státní zdravotní ústav. Krevní tlak. [online]. [cit. 2017- 02-05].*

*Dostupné z: <http://www.szu.cz/ehes-krevni-tlak?highlightWords=hypertenze>*

**Příloha č. 4** Klasifikace klinické závažnosti anginy pectoris podle Canadian Cardiology Society

| <b>Klasifikace klinické závažnosti anginy pectoris podle CCS</b> |   |
|--|---|
| <b>Stupeň I.</b>   | Stenokardie je vyvolána jen mimořádně velkou námahou.   |
| <b>Stupeň II.</b>  | Stenokardie je vyvolána větší, ale v běžném životě obvyklou námahou, např. výstupem do vyššího než 2. podlaží, chůzí do kopce apod. |
| <b>Stupeň III.</b>   | Stenokardie je vyvolána již malou námahou, např. chůzí po rovině, výstupem do nižšího než 2. podlaží apod.                          |
| <b>Stupeň IV.</b>  | Stenokardie se objevuje při minimální zátěži nebo v klidu.  |

*Zdroj: Stabilní angina pectoris. Doporučený diagnostický a léčebný postup České kardiologické společnosti. [online]. [cit. 2017- 02-05]. Dostupné z: [http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Stabilni\\_angina\\_pectoris.pdf](http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Stabilni_angina_pectoris.pdf)*

## Příloha č. 5 NYHA klasifikace dušnosti

| <b>Třída</b> | <b>Obtíže</b>                       | <b>Aktivita</b>   |
|--------------|-------------------------------------|---|
| <b>I</b>     | Bez obtíží                          | Bez omezení aktivit, bez symptomů při běžné aktivitě  |
| <b>II</b>    | Obtíže při výrazné fyzické námaze   | Mírné omezení aktivity, bez symptomů v klidu nebo při mírné zátěži  |
| <b>III</b>   | Obtíže již při lehké fyzické zátěži | Značné omezení aktivity, bez symptomů pouze v klidu   |
| <b>IV</b>    | Obtíže v klidu (upoutání na lůžko)  | Pacienti, kteří musí být v absolutním klidu, upoutáni na lůžko nebo židli, jakákoliv fyzická aktivita vyvolá symptomy, které se vyskytují i v klidu |

*Zdroj: Lékařské klasifikace. [online]. [cit. 2017- 02-05]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/nyha>*

## Příloha č. 6 Informovaný souhlas



### INFORMOVANÝ SOUHLAS

**Student:** Eliška Rambousková

**Katedra:** Ošetrovatelství a porodní asistence

**Fakulta:** Fakulta zdravotnických studií ZČU

**Název práce:** Psychologické aspekty kardiologicky nemocných

**Vedoucí práce:** Mgr. Lenka Kroupová

Podpisem na tomto souhlasu dávám svolení k poskytnutí informací studentce pro účely vyhotovení bakalářské práce. Byl jsem srozuměn s možností neodpovídat na otázky, na které nebudu chtít, a na možnost odstoupit kdykoliv v průběhu podávání informací. Taktéž jsem byl ujištěn o zachování anonymity a o ochraně dat mnou sdělených.

V..... Dne .....

Podpis respondenta .....

*Zdroj: autor*

**Příloha č. 7 Dotazník – Kvalita života u pacientů po infarktu myokardu**

**Prosím zhodnoťte následující pocity a zdravotní obtíže za poslední uplynulé 2 týdny.**

**1. Jak často jste se cítil otrávený, netrpělivý nebo rozzlobený?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**2. Jak často jste se cítil bezcenný nebo neschopný?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**3. Jak často jste se cítil sebevědomý a jistý tím, že se se svým onemocněním zvládnete vypořádat?**

- 1 Nikdy
- 2 Skoro vůbec
- 3 Méně často
- 4 Někdy
- 5 Často
- 6 Velmi často
- 7 Neustále

**4. Kolik času celkem jste se za poslední 2 týdny cítil sražený na kolena nebo tzv. “pod psa“?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**5. Kolik času jste se cítil uvolněně a bez napětí?**

- 1 Nikdy
- 2 Skoro vůbec
- 3 Méně často
- 4 Někdy
- 5 Často
- 6 Velmi často
- 7 Neustále

**6. Jak často jste se cítil unavený nebo bez energie?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**7. Jak moc jste šťastný nebo spokojený se svým osobním životem?**

- 1 Velmi nespokojený, velmi nešťastný
- 2 Většinou nespokojen, nešťastný
- 3 Poněkud nespokojen, nešťastný
- 4 Celkem spokojen
- 5 Většinu času šťastný
- 6 Většinu času velmi spokojený
- 7 Velmi šťastný, nemohl bych být spokojenější

**8. Jak často jste se v posledních dvou týdnech cítil neklidný nebo jste měl potíže se uklidit?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**9. Jak moc jste se zadýchával při každodenních činnostech v posledních dvou týdnech?**

- 1 Příliš často
- 2 Velmi často
- 3 Celkem často
- 4 Přiměřeně
- 5 Méně často



- 6 Minimálně
- 7 Bez zadýchání

**10. Jak často jste se cítil plačtivý, nebo Vám bylo do pláče?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**11. Jak často jste za poslední 2 týdny měl pocit, že jste na někom víc závislý, než jste byl před onemocněním?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**12. Jak často jste měl pocit, že nejste schopni vykonávat vaše běžné společenské aktivity nebo společenské aktivity s Vaší rodinou?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**13. Jak často jste měl pocit, že se na Vás lidé nemohou spolehnout tak jako před onemocněním srdce?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**14. Jak často jste v posledních 2 týdnech pociťoval bolesti na hrudi během každodenní činnosti?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**15. Jak často jste se cítil nejistý nebo měl pocit nedostatku sebevědomí?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**16. Jak často Vás obtěžovaly bolavé nebo unavené nohy?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**17. Jak často Vás v posledních dvou týdnech omezovalo Vaše srdeční onemocnění ve sportování nebo cvičení?**

- 1 Příliš často
- 2 Velmi často
- 3 Celkem často
- 4 Přiměřeně
- 5 Méně často
- 6 Minimálně
- 7 Neomezovalo

**18. Jak často jste se cítil znepokojený nebo vystrašený?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**19. Jak často jste v posledních dvou týdnech měl závratě nebo byl malátný?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**20. Jak často Vás všeobecně za poslední 2 týdny omezovalo nebo limitovalo Vaše srdeční onemocnění?**

- 1 Příliš často
- 2 Velmi často
- 3 Celkem často
- 4 Přiměřeně
- 5 Méně často
- 6 Minimálně
- 7 Neomezovalo

**21. Jak často jste v posledních dvou týdnech byl nejistý v tom, kolik cvičení nebo fyzické zátěže byste měl mít?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**22. Jak často jste měl pocit, že se o Vás vaše rodina až přehnaně stará?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**23. Jak často jste v posledních dvou týdnech měl pocit, že jste ostatním na obtíž?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**24. Jak často jste se kvůli své nemoci cítil vyloučen ze společnosti?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**25. Jak často jste v posledních dvou týdnech kvůli své nemoci nemohl chodit do společnosti?**

- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**26. Jak často jste se v posledních dvou týdnech obecně cítil omezen?**

- 1 Příliš často
- 2 Velmi často
- 3 Celkem často
- 4 Přiměřeně
- 5 Méně často
- 6 Minimálně
- 7 Neomezen

**27. Jak často, v posledních dvou týdnech jste pocítoval, že Vás vaše srdeční onemocnění omezuje ve vašem sexuálním životě?**

- 0 Nechci odpovídat
- 1 Neustále
- 2 Velmi často
- 3 Často
- 4 Někdy
- 5 Méně často
- 6 Skoro vůbec
- 7 Nikdy

**Příloha č. 8** Prospekt – Akutní infarkt myokardu

