

Akutní infarkt myokardu a míra informovanosti laické veřejnosti

Aneta Janálová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Janálová**
Osobní číslo: **H190529**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Akutní infarkt myokardu a míra informovanosti laické veřejnosti**

Zásady pro vypracování

Rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti zdravotní gramotnosti laické veřejnosti u akutního infarktu myokardu, jako je prevence, rizikové faktory a včasná léčba.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledku šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KETTNER, J., J. KAUTZNER a kol. *Akutní kardiologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. 804 s. ISBN 978-80-271-3096-2.
- SOVOVÁ, E. a J. SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
- ŠIMEK, S. Ischemická choroba srdeční – péče o pacienta po infarktu myokardu [online]. *Medicina pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 10, s. 395-399 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: <https://solen.cz/pdfs/med/2007/10/03.pdf>
- ZIPES, D. P., P. LIBBY, R. O. BONOW et al. *Braunwald's Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine*. Eleventh edition. Philadelphia: Elsevier, 2019. 2128 p. ISBN 978-0-323-46299-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

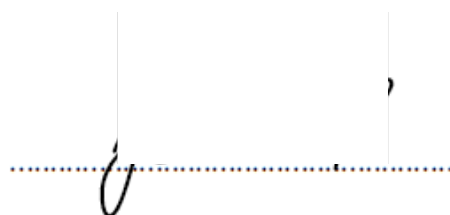
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.05.2022



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlžení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou infarktu myokardu a informovaností laické veřejnosti o infarktu myokardu. Cílem je zjistit míru informovanosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje anatomii a fyziologii srdce, infarkt myokardu, jeho příznaky, příčinu, rizikové faktory, diagnostiku, léčbu, farmakoterapii a komplikace. Praktická část byla vypracována na základě dotazníkového výzkumného šetření.

Cílem praktické části je zjistit míru informovanosti laické veřejnosti a akutním infarktu myokardu a odpovídá na otázku, jaké jsou znalosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu.

K získávání dat byla použita forma elektronického anonymního dotazníku.

Klíčová slova: Akutní infarkt myokardu, informovanost, laická veřejnost

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of myocardial infarction and the awareness of the general public about myocardial infarction. The aim is to find out the level of awareness of the general public about acute myocardial infarction. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the anatomy and physiology of the heart, myocardial infarction, symptoms, cause, risk factors, diagnosis, treatment, pharmacotherapy and complications. The practical part was developed on the basis of a questionnaire survey. The aim of the practical part is to determine the level of awareness of the general public and acute myocardial infarction answers the question of what is the knowledge of the general public about acute myocardial infarction. An electronic Anonymous questionnaire was used to obtain data.

Keywords: Acute myocardial infarction, informativeness, general public

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Jitce Hůskové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi během psaní poskytla.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE	13
1.1 PŘEVODNÍ SYSTÉM SRDEČNÍ.....	13
1.2 CÉVNÍ SYSTÉM	14
2 VYŠETŘOVACÍ METODY V KARDIOLOGII.....	15
2.1 NEINVAZIVNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	15
2.1.1 Elektrokardiografie	15
2.1.2 Echokardiografie (ECHO)	15
2.1.3 Scintigrafie myokardu	15
2.1.4 Magnetická rezonance (MR).....	15
2.1.5 Počítačová tomografie (CT).....	16
2.2 INVAZIVNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY.....	16
2.2.1 Pravostranná srdeční katetrizace	16
2.2.2 Selektivní koronarografie (SKG)	16
3 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU	18
3.1 PATOFYZIOLOGIE	19
3.2 DĚLENÍ INFARKTU MYOKARDU DLE LOKALIZACE.....	19
3.2.1 Infarkt myokardu přední stěny	19
3.2.2 Spodní infarkt myokardu.....	19
3.3 DĚLENÍ INFARKTU MYOKARDU DLE ROZSAHU ISCHÉMIE	20
3.4 TYPY INFARKTU MYOKARDU	20
3.4.1 Akutní infarkt myokardu I. typu	20
3.4.2 Akutní infarkt myokardu II. typu	20
3.4.3 Akutní infarkt myokardu III. typu.....	20
3.4.4 Akutní infarkt myokardu IV. typu	20
3.4.5 Akutní infarkt myokardu V. typu.....	20
3.5 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU ZA ZVLÁŠTNÍCH OKOLNOSTÍ.....	21
3.6 KLINICKÝ OBRAZ	21
3.7 DIAGNOSTIKA INFARKTU MYOKARDU	21
3.7.1 Fyzikální vyšetření	21
3.7.2 Diagnostika infarktu myokardu pomocí EKG	22
3.7.3 Biochemické průkazy nekrózy myokardu.....	22
3.7.4 Zobrazovací metody	22
4 LÉČBA AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU	24
4.1 PŘEDNEMOCNIČNÍ FÁZE	24
4.2 NEMOCNIČNÍ FÁZE	24

4.2.1	Aortokorární bypass – CABG	25
4.2.2	Perkutánní koronární intervence	25
4.3	PÉČE O PACIENTA PO INFARKTU MYOKARDU	25
4.4	KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE.....	26
5	KOMPLIKACE SRDEČNÍHO INFARKTU MYOKARDU	27
5.1	KOMOROVÉ ARYTMIE	27
5.2	RUPTURY MYOKARDU	27
5.2.1	Ruptura mezikomorového septa.....	27
5.2.2	Ruptura papilárního svalu	27
5.2.3	Ruptura volné stěny levé komory	28
5.2.4	Aneurysma levé komory	28
5.3	PERIKARDITIDA	28
5.4	SYSTÉMOVÁ EMBOLIZACE	28
5.5	INFARKT PRAVÉ KOMORY	28
5.6	KARDIOGENNÍ ŠOK	29
II	PRAKTICKÁ ČÁST	30
6	METODA SBĚRU DAT	31
6.1	VÝZKUMNÉ CÍLE	31
6.1.1	Dílčí cíle	31
6.2	ORGANIZACE VÝZKUMU	32
6.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	32
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	33
7.1	SOUBOR RESPONDENTŮ	33
7.2	ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU JEDNOTLIVÝM CÍLŮM	37
8	DISKUZE	89
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	94
	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	96
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	97
	SEZNAM TABULEK.....	98
	SEZNAM GRAFŮ	99
	SEZNAM PŘÍLOH.....	100

ÚVOD

K napsání této práce mě motivovala práce na koronární jednotce intenzivní péče, kde se pravidelně setkávám s pacienty po několikahodinovém prodělaném infarktu myokardu. Mnozí z těchto lidí podcení příznaky tohoto onemocnění a přicházejí pozdě do zdravotnického zařízení a navzdory tomu, že existují specializovaná kardiovaskulární centra poskytující pacientům tu nejmodernější péči dochází u těchto pacientů k nezvratnému poškození srdce. Neustále dochází ke zbytečným úmrtím díky nedostatečné edukaci a informovanosti laické veřejnosti a i přesto, že se jedná o nemoc, která je stále relativně dobře podchycena, je třeba ji neustále veřejnosti připomínat, aby se včas dostali do specializovaných center a předcházelo se tak možným komplikacím. Kardiologie prochází neustále neuvěřitelným rozvojem. I přesto, že pokroky v medicíně a zejména v kardiologii jdou neuvěřitelně dopředu a existuje nespočet informací o akutním infarktu myokardu, lidé mají minimální zájem se dobrovolně vzdělávat v této problematice. Ke snížení úmrtnosti na akutní infarkt myokardu však může přispět vyšší informovanost veřejnosti o tomto onemocnění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE

Srdce je dutý svalový orgán velký přibližně jako lidská pěst, který pod tlakem pohání krev v oběhu krevním tím, že se rytmicky smršťuje a ochabuje. Diastola je ochabnutí srdce a systola je stah srdce. Hmotnost srdce u dospělého člověka se pohybuje přibližně okolo 230 g až 340 g. Srdce je uloženo za hrudní kostí, sternem. Část srdce se nachází v levé polovině hrudníku. (Čihák, 2016)

Srdce se skládá z perikardu, epikardu, endokardu a myokardu. Perikard je vakovitý obal srdce neboli osrdečník, který má část parietální (zevní) a viscerální (vnitřní), který se nazývá epikard. Spodní část perikardu přirůstá k bránici. Tekutina, která umožňuje volný pohyb srdce při stazích srdečního svalu se nachází uvnitř perikardiálního vaku. Vnitřní endotelová vrstva, která pokrývá srdce se nazývá endokard, svalová vrstva a nejmohutnější část srdce se nazývá myokard. Srdce má čtyři oddíly: dvě předsíně a dvě komory. Do pravé předsíně přivádí horní a dolní dutá žíla odkysličenou krev vracující se z orgánů a tkání. Pravá předsíň vhání krev do pravé komory. Mezi pravou předsíní a pravou komorou se nachází trojcípá chlopeň, která brání zpětnému toku krve, tzv. regurgitaci. Z pravé komory je krev vypuzována přes plicnici do plic, kde se krev opět okysličuje. Mezi pravou komorou a aretrií pulmonalis se nachází pulmonální chlopeň. Krev proudící z pravé komory přes plíce do levé předsíně nazýváme malý krevní oběh. Do levé předsíně přitéká okysličená krev čtyřmi plicními žilami a je vpravována přes dvojčípou chlopeň do levé komory, která ji aortou vypuzuje do systémového, tzv. velkého oběhu, odkud se vrací do srdce prostřednictvím horní a dolní duté žíly. Mezi levou komorou a aortou se nachází aortální chlopeň (Fiala,Valenta et al., 2015).

1.1 Převodní systém srdeční

„Převodní systém srdeční je soubor specializovaných částí myokardu, které vytvářejí vzruchy vedoucí ke kontrakci myokardu a rozvádějí je svalovinou srdeční. Myokard proto nepotřebuje ke své rytmické činnosti nervy a těmito specializovanými částmi je sám zdrojem vzruchů ke své činnosti“ (Čihák, 2016, s. 35).

Převodní systém se skládá ze sinoatriálního (SA) uzlu a atrioventrikulárního (AV) uzlu, Hisova svazku, pravého a levého Tawarova raménka a Purkyňových vláken. Hlavní funkcí SA uzlu je udržovat spontánní sinusovou elektrickou aktivitu a lze ho tak nazvat jako primárního udavatele rytmu. Frekvence těchto impulsů je zhruba okolo 60-90 za minutu. Vzruchy se z SA uzlu šíří přes pravou a levou předsíň. Po pravé síni se šíří směrem k AV

uzlu, který funguje jako zpomalovač, a tak brání převádění vyšších frekvencí z předsíní na komory. Hisův svazek je jediným elektrickým spojením mezi svalovinou síní a svalovinou komor. Hlavním úkolem Tawarových ramének a Purkyňových vláken rovnoměrně rozvést elektrický impulz do všech oblastí pravé a levé komory (Bulava, 2017).

1.2 Cévní systém

„Cévní systém je tvořen uzavřenou soustavou trubic, která se v jednotlivých úsecích liší stavbou, vlastnostmi a propustností svých stěn. Průtok krve je regulován soustavou svěračů, jež omezují nebo zvětšují průtok krve tkáněmi. Při omezení přívodu krve do tkáně může být část krve převedena z arteriol přímo do venul krátkými spojkami. Těmito cévami protéká krev ve tkáni v případě, že je jedna nebo více tepen zásobujících některý orgán uzavřena. Pro daný orgán se tak vytváří tzv. kolaterální oběh“ (Kapounová, 2020, s. 286).

2 VYŠETŘOVACÍ METODY V KARDIOLOGII

2.1 Neinvazivní vyšetřovací metody

2.1.1 Elektrokardiografie

Jedná se o vyšetřovací metodu, která vzniká na podkladě snímání elektrických potenciálů, které jsou vytvářeny během srdeční depolarizace a repolarizace myokardu. Elektrokardiografii lze znázornit pomocí vektorů a je zaznamenáváno pomocí EKG svodů. Výsledkem je potom elektrokardiogram neboli záznam časové změny elektrického potenciálu. V dnešní době se používá 12svodové EKG, které se skládá z 6 končetinových svodů a 6 prekordiálních svodů (Táborský, Kautzner et al., 2021)

2.1.2 Echokardiografie (ECHO)

Jedná se o neinvazivní zobrazovací metodu, která využívá ultrazvukové vlny. Toto vyšetření nám umožňuje získat informaci o velikosti srdečních dutin, pohybu a změnách struktury chlopní a o změnách kinetiky levé srdeční komory (Staněk, 2020).

Echokardiografie patří mezi nejběžněji využívané komplexní vyšetřovací metody srdce. Ve srovnání s jinými zobrazovacími metodami lze ECHO provádět rychle, s minimálními riziky pro pacienta a poskytuje okamžité a klinicky relevantní informace (Braunwald, 2019).

2.1.3 Scintigrafie myokardu

Je vyšetření založené na aplikaci radioaktivního izotopu do krevního oběhu, který se vychytává v myokardu. Podle rozložení vychytaného izotopu lze posuzovat event. poruchy prokrvení srdečního svalu. Vyšetření probíhá tak, že pacient cvičí na ergometru (nebo je mu aplikována látka stimulující fyzickou zátěž) a na vrcholu námahy je mu aplikován izotop, následně se rozložení izotopu v myokardu snímá gama kamerou. Lze provést i další zobrazení perfuze v klidu (Staněk, 2020).

2.1.4 Magnetická rezonance (MR)

Jedná se o vyšetření s minimální radiační zátěží založené na měření změn magnetických momentů vodíkových jader. Největší předností MR je možnost znázornění tkáňové charakteristiky myokardu (např. zjištění rozsahu jizev, infiltrací apod.). MR nám dále umožňuje znázornit a určit velikost objemů srdečních dutin, ejekční frakce srdečních komor a srdeční nádory. Provedení MR je limitováno či kontraindikováno u pacientů s přítomností

protéz/implantátů z feromagnetických kovů (kardiostimulátory, kochleární implantáty, různé střepliny apod.) (Staněk, 2020).

2.1.5 Počítačová tomografie (CT)

Počítačová tomografie je vyšetření využívající rentgenové záření procházející při rotaci rentgenky pacientem. Umožňuje rychlé zobrazení cév a srdce. Vyšetření trvá několik sekund a pacient musí zadržet dech, jelikož dechové pohyby ovlivní kvalitu výsledného obrazu. K zobrazení srdce a jeho cév je nutno provést vyšetření s aplikací kontrastní jodové látky. Výhodou CT je jeho rychlost, dostupnost a prostorové rozlišení a zejména možnost zobrazit i okolní struktury ve vztahu k srdci. Nevýhodou, kromě radiační zátěže a aplikace kontrastní látky (alergie, renální insuficience) je horší rozlišovací schopnost v přítomnosti kalcia či blízkosti kovových předmětů (Češka et al., 2015)

2.2 Invazivní vyšetřovací metody

Invazivními vyšetřeními rozumíme zavedení koronárních katétrů do srdečních dutin a jedním z nejčastějších zákroků je selektivní koronární angiografie. Většina srdečních katetrizací se provádí při vědomí pacientů v lokálním znecitlivění. Jestliže je však pacient bezprostředně v ohrožení života, může se výkon provést tzv. z vitální indikace, kdy výsledek daného vyšetření může mít vliv na budoucí přežití nemocného. Pouze u pár pacientů je nutná lehká farmakologická sedace (Táborský, Kautzner et al., 2021)

2.2.1 Pravostranná srdeční katetrizace

Jde o metodu, která měří tlaky v pravostranných srdečních oddílech, v plicnici a nepřímou i v levé síni. Pravostranná srdeční katetrizace sama o sobě nemusí být prováděna na katetrizačním sále, ale může být prováděna na lůžku jednotky intenzivní péče. Tlaky jsou získávány pomocí Swanových-Ganzova katétru a tlakové křivky jsou zobrazeny na monitoru, který je vybaven hemodynamickým modulem. Tento výkon se provádí přes jugulární žílu lze ho však provést i přes žílu femorální, což je však spojeno s větší mírou komplikací a vyžaduje imobilizaci pacienta po výkonu (Táborský, Kautzner et al., 2021)

2.2.2 Selektivní koronarografie (SKG)

Jedná se o vyšetření, které spočívá v zavedení koronárního katétru přes arteria femoralis nebo arteria radialis do odstupe koronárních cév z aorty pod současnou rentgenovou kontrolou a nástřikem pravé a levé koronární tepny kontrastní látkou za účelem zobrazení

věncitých tepen, event. bypassů. Rovněž lze zobrazit funkci levé komory a orientačně posoudit rozměry aorty. Ke koronarografickému vyšetření jsou indikováni zejména symptomatictí pacienti s anginou pectoris (AP) III. a IV. stupně, stav po kardiopulmonální resuscitaci pro zástavu oběhu, pacienti s pozitivním zátěžovým testem, nestabilní AP, závažnou arytmií (Sovová, Sedlářová et al., 2014).

3 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

„Akutní infarkt myokardu je nekróza myokardu vznikající v důsledku prolongované ischemie při náhlém uzávěru věnčité tepny prasklým aterosklerotickým plátem a nasedající trombózou“ (Češka et al., 2015, s. 70).

Podle tiskové zprávy Fakultní nemocnice u sv. Anny ze dne 29. 9. 2017 akutní infarkt myokardu postihne v České republice ročně více než 22 tisíc lidí (FNUSA-ICRC, 2017) a i přesto, že má Česká republika jeden z nejpropracovanějších systémů kardiiovaskulární péče na světě, přesto existuje stále velké množství nemocných, kteří kontaktují zdravotnický personál pozdě. Důvodem jsou podcenění prvních příznaků a špatná informovanost laické veřejnosti o tomto onemocnění. V ČR zemře ročně přibližně okolo 51 000 lidí na onemocnění srdce a cév a nejčastěji právě na akutní infarkt myokardu. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2016 hospitalizováno s akutním infarktem myokardu 22 635 osob, z toho bylo 14 921 mužů a 7 714 žen (FNUSA-ICRC, 2017). Podle Hlinomaze (FNUSA-ICRC, 2017) *muži prodělávají akutní infarkt myokardu častěji než ženy. U žen navíc infarkt vzniká přibližně o 8 let později. Příčina je hormonální.* Informovanost o akutním infarktu myokardu v ČR je stále nedostatečná. Akutní infarkt myokardu se může kdykoliv opakovat a statistiky dokládají, že přibližně každý čtvrtý pacient po prvním prodělaném infarktu myokardu dostane druhý srdeční infarkt. (FNUSA-ICRC, 2017). Hlinomaz (FNUSA-ICRC, 2017) dodal, že *pacienti, kteří prodělají akutní infarkt myokardu s typickým nálezem EKG, který je ošetřen pomocí perkutánní koronární intervence tzv. angioplastiky, mají roční mortalitu 9 % a každým rokem se mortalita zvyšuje o 3 %. Za 6 let po infarktu tedy zemře přibližně čtvrtina nemocných.*

Podle Bulavy (Bulava, 2017, s. 15) *jsou v ekonomicky rozvinutých zemích stále zodpovědná za více než 50 % úmrtí a tuto skutečnost patrně nebude možné v nejbližších desetiletích radikálně zvrátit.* Během několika let bylo dosaženo významného pokroku ve farmakologické a nefarmakologické léčbě. Pro laickou veřejnost je však doposud velmi těžké se v problematice kardiiovaskulárního onemocnění zejména akutního infarktu myokardu zorientovat. Dnešní doba poskytuje veřejnosti nesmírné množství informačních zdrojů – časopisy, internet, sociální sítě a mnoho dalších, ale postoj veřejnosti se nadále nemění. Lidé mají minimální zájem dobrovolně získávat informace o akutním infarktu myokardu a je tedy potřeba přinášet laické veřejnosti neustále základní informace o tomto onemocnění, aby se více předcházelo komplikacím vzniklých po prolongovaném infarktu

myokardu. Na základě nalezených informací si tak laická veřejnost dokáže vytvořit představu o závažnosti tohoto onemocnění (Bulava, 2017).

Miroslav Hudec ve svém článku o akutním infarktu myokardu ze dne 22. 5. 2020 udává, že i přes pokroky moderní medicíny asi 30 % lidí postižených akutním infarktem myokardu zemře ještě před přijetím a hospitalizací v nemocnici, a proto je nutné nepodceňovat příznaky akutního infarktu myokardu a co nejdříve vyhledat lékařskou pomoc. Čím dříve se člověk s příznaky dostaví do nemocnice, tím větší šanci má na uzdravení (Hudec, 2020).

3.1 Patofyziologie

Ve většině případů je příčinou akutního infarktu myokardu ateroskleróza. Výjimečně to pak může být embolizace trombotických hmot či vegetací při infekční endokarditidě. Při stenóze dochází k poklesu průtoku krve k hodnotám, které nejsou dostatečné pro zásobování tkáně okysličenou krví při námaze nebo v klidu. O významných stenózách hovoříme tehdy, pokud zužují lumen tepny o 60-70 % a více ve srovnání se zdravým úsekem tepny. Klinicky se to projeví jako stabilní angina pectoris. Při akutním infarktu myokardu aterosklerotický plát napraskne a na této prasklině se začne tvořit trombus, který částečně nebo úplně uzavírá tepnu (Čihák et al., 2015)

3.2 Dělení infarktu myokardu dle lokalizace

Infarkt myokardu se může vyskytnout v kterékoliv části levé komory – ve stěně přední, boční, spodní a zadní, nebo může být lokalizován v mezikomorové přepážce, popřípadě přesáhnout zadní či spodní stěnu levé komory až na pravou komoru. (Vojáček, Kettner et al., 2017)

3.2.1 Infarkt myokardu přední stěny

Infarkt přední stěny vzniká zpravidla při obstrukci ramus interventricularis anterior. Laterální a zadní většinou při obstrukci ramus circumflexus (Vojáček, Kettner et al., 2017).

3.2.2 Spodní infarkt myokardu

Příčinou bývá obstrukce pravé věnčité tepny (Vojáček, Kettner et al., 2017)

3.3 Dělení infarktu myokardu dle rozsahu ischemie

1. STEMI – přítomnost elevace ST úseku na EKG. Svědčí o transmúrní ischemii postižené oblasti (Čihák et al., 2015).
2. NSTEMI – může vzniknout přechodně a bez přítomnosti elevace ST úseku na EKG. Klienti s NSTEMI jsou také indikováni k provedení koronarografického vyšetření, ale obvykle až po medikamentózní stabilizaci (Čihák et al., 2015).

3.4 Typy infarktu myokardu

3.4.1 Akutní infarkt myokardu I. typu

Jedná se o nejčastější typ infarktu myokardu, kdy dochází ke vzniku trombu z důvodu postižení koronární tepny aterosklerotickým plátem a v důsledku této obstrukce dochází k poklesu průtoku krve postiženou částí myokardu s následným vznikem nekrózy (Vojáček, 2020).

3.4.2 Akutní infarkt myokardu II. typu

Akutní infarkt myokardu II. typu vzniká při dysbalanci mezi poptávkou myokardu po kyslíku a jeho nabídkou s nástupem spasmu věnčité tepny např. při těžké hypotenzi (Vojáček, 2020).

3.4.3 Akutní infarkt myokardu III. typu

Znamená stav, kdy dochází k náhlé srdeční smrti dříve, než je možno odebrat krevní vzorky a než stihnou stoupnout srdeční biomarkery (Vojáček, 2020).

3.4.4 Akutní infarkt myokardu IV. typu

Jedná se o akutní infarkt myokardu, který vzniká v souvislosti s koronarografickým vyšetřením (nejčastěji PCI) nebo v souvislosti s trombózou v koronárním stentu (Vojáček, 2020).

3.4.5 Akutní infarkt myokardu V. typu

Vzniká v souvislosti s kardiochirurgickou revaskularizací, kdy dojde k nekróze myokardu, nejčastěji na podkladě uzávěru bypassu což detekujeme pomocí angiografického vyšetření (Vojáček, 2020).

3.5 Akutní infarkt myokardu za zvláštních okolností

Mezi infarkt myokardu za zvláštních okolností řadíme syndrom tako-tsubo, který se vyskytuje u 1-2 % pacientů katetrizovaných pro suspektní akutní koronární syndrom.

V 90 % postihuje ženy v postmenopauzální fázi věku (Vojáček, 2019).

Bývá vyvolán velkou emocionální zátěží nebo fyzickou aktivitou. O samotné etiopatogenezi syndromu se doposud vedou diskuze. Dochází k poruše hybnosti části levé komory srdeční – nejčastěji hrotu. U jedné třetiny však neznáme vyvolávající příčinu tohoto syndromu. Nemocniční mortalita je okolo 4-5 % (Vojáček, 2019) a mohou vznikat komplikace jakými jsou například kardiogenní šok nebo vznik arytmií. Dlouhodobá prognóza je u syndromu tako-tsubo dobrá, u většiny pacientů dojde ke spontánní úpravě funkce levé komory srdeční. Tako-tsubo syndrom je však spojen s nemalým rizikem rekurence (Vojáček, 2019).

Projevuje se nejčastěji bolestmi na hrudníku, na EKG dochází ke změnám ST úseku a minimálně se vyplavují kardiální enzymy (Kettner, 2021).

3.6 Klinický obraz

Typickým příznakem pro akutní infarkt myokardu je svíravá, palčivá, někdy až šokující bolest lokalizovaná za sternem, často s propagací do horních končetin, mezi lopatky, do krku nebo epigastria. Vzniká neočekávaně, většinou v klidu nebo po dokončení fyzické zátěže. Bolest při akutním infarktu myokardu nereaguje na podání nitroglicerinu a může trvat obvykle déle než 20 minut a často je provázena vegetativními příznaky jakými jsou pocení, nauzea a zvracení. Jedním z prvních příznaků akutního infarktu myokardu může být synkopa a náhlá srdeční smrt. Někdy však může akutní infarkt myokardu probíhat i bez specifických příznaků nebo bez bolestí, a to zejména u diabetiků se senzitivní neuropatií (Bulava, 2017).

3.7 Diagnostika infarktu myokardu

3.7.1 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření k průkazu obtíží moc nepřispívá, ale může však ukázat jiný původ bolesti na hrudníku. Fyzikální vyšetření může odhalit například zvýšení centrálního žilního tlaku nebo kongesci plic nebo může pomoci vyslovit podezření na mechanickou komplikaci-šok, šelest, plicní edém (Staněk, 2020).

3.7.2 Diagnostika infarktu myokardu pomocí EKG

EKG vyšetření je v diagnostice srdečního onemocnění považováno neustále za zlatý standard a je jedna z nejstarších pomocných metod v kardiologii, která slouží k diagnostice infarktu myokardu a lze díky němu prokázat i poruchy srdečního rytmu (Čihák et al., 2015).

3.7.3 Biochemické průkazy nekrózy myokardu

Jednou ze základních vyšetřovacích metod u akutního infarktu myokardu je laboratorní vyšetření, které nám dokáže odhalit nekrózu srdeční svaloviny pomocí biomarkerů v krvi. Hladina biomarkerů v krvi postupně stoupá během prvních hodin a poté postupně klesá. V dnešní době se považuje za optimálního ukazatele:

1. Troponin I a troponin T – nacházejí se pouze v myokardu a jsou detekovány z krve. Pokud je alespoň jedna z hodnot vyšší než 99. percentil horního limitu normy, svědčí to pro ischemii myokardu. Výše naměřené hodnoty nás pak informují o velikosti nekrózy.
2. Myoglobin – jedná se o protein obsažený v myokardu a kosterním svalu. Jedná se o vysoce senzitivní, nicméně málo specifický test, jehož vzestup je do 2 hodin a zvýšení trvá 24 hodin. V diagnostice akutního infarktu myokardu se používal dříve, nyní již byl prakticky kompletně vytlačen použitím srdečních troponinů.
3. Kreatinkináza (CK) – jedná se o enzym obsažený v kosterním svalstvu, mozku a myokardu jehož hladina stoupá během 4 hodin a do 72 hodin většinou klesá k normě. U infarktu myokardu je tato aktivita mnohonásobně zvýšena a jedná se o citlivou zkoušku k průkazu nekrózy myokardu. U infarktu myokardu se stanovuje frakce MB, která je specifická pro myokard. I tento test je ale vytlačován používáním srdečních troponinů. (Staněk, 2020).

3.7.4 Zobrazovací metody

V dnešní době lze využít mnoho diagnostických metod k průkazu ztráty viabilního myokardu z nichž dominantní roli hrají vyšetření:

1. Echokardiografie – kromě posouzení poruchy kinetiky jednotlivých částí levé (event. pravé) komory srdeční a stanovení celkové systolické funkce LK se jedná o vhodnou metodu pro diagnostiku možných komplikací u akutního infarktu myokardu

2. Koronarografické vyšetření – ve většině případů toto vyšetření umožňuje potvrdit diagnózu akutního infarktu myokardu a může identifikovat nestabilní lézi a umožňuje stanovit indikaci a typ koronární revaskularizace (Vojáček, 2020).

4 LÉČBA AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU

U pacienta s akutním infarktem myokardu rozlišujeme přednemocniční péči, nemocniční péči a péči o pacienta po infarktu myokardu.

4.1 Přednemocniční fáze

V základní přednemocniční péči je hlavním cílem:

1. Zavolat RZP.
2. Natočit EKG.
3. Vyhodnotit EKG lékařem a provést indikaci k provedení akutní koronární intervence.
4. Podávat léky dle ordinace lékaře.
5. Aplikovat kyslík a zmírnit bolest.

Při podezření na akutní infarkt myokardu je důležité co nejdříve zahájit léčbu. Základní přednemocniční péče při prvních příznacích akutního infarktu myokardu zahrnuje sublinguálně podaný nitroglycerin (tbl. nebo sprej), rozžvýkat tbl. kyseliny acetylsalicylové 200-300 mg (ASA), která inhibuje narůstání destičkového trombu a zavolat RZP. Po příjezdu RZP se natočí EKG a na základě výsledku lékař rozhodne, zda pacienta transportují do nejbližšího kardiocentra k provedení urgentní koronarografie a následně primární perkutánní koronární intervence. Vedle kyseliny acetylsalicylové lékař rozhodne o podání inhibitoru destičkových receptorů P₂Y₁₂ (nejčastěji Ticagrelor, méně často Prasugrel či Clopidogrel), který působí antiagregačně avšak jiným mechanismem než ASA a proto se toto nazývá duální antiagregace. Další lék, který lze podat před provedením koronární intervence je Heparin, který jestliže není kontraindikován podáváme po domluvě s lékařem většinou v dávce 70 – 100j/kg i.v.ve snaze o potlačení narůstání trombu. Jestliže přetrvávají stenokardie, ordinuje lékař podání opiátu, který slouží k potlačení angiózní bolesti. Na úzkost lze podat benzodiazepiny (Čihák et al., 2015).

4.2 Nemocniční fáze

Cílem hospitalizační fáze léčby je co nejdříve zprůchodnit uzavřenou tepnu. U pacientů s nízkým rizikem může lékař indikovat neinvazivní zátěžový test a podle výsledků rozhodne, zda se bude pacient katetrizovat. Na základě výsledku koronarografického vyšetření indikuje lékař perkutánní koronární intervenci (PCI), aortokoronární bypass (CABG) nebo medikamentózní léčbu (Vítovec, Špinar et al., 2020)

4.2.1 Aortokorární bypass – CABG

K CABG jsou pacienti indikováni na základě rozhodnutí tzv. kardiologů, jehož členy bývají především kardiolog, invazivní kardiolog a kardiochirurg. Společně pak v tomto týmu posuzují aktuální obtíže, klinický stav pacienta a výsledky provedených vyšetření z nichž nejdůležitější je koronarografické vyšetření. Principem CABG je tzv. přemostění stenózy či uzávěru koronární tepny pomocí štěpu – tepenného nebo žilního. Při rozhodování o způsobu revaskularizace se nejčastěji zohledňuje rozsah postižených věnčitých tepen pomocí angiografického skóre SYNTAX (Synergy Between Percutaneous Coronary Intervention with Taxus and Cardiac Surgery) (Pirk et al., 2019).

4.2.2 Perkutánní koronární intervence

Katetrizační léčba je v dnešní době hlavní metodou revaskularizace myokardu. Podobně jako u většiny jiných invazivních zákroků či vyšetření se využívá Seldingerova metoda popsaná již v roce 1953, která spočívá v několika krocích. Nejprve dochází k punkci žíly či tepny (v případě koronarografie jde o radiální nebo femorální tepnu), druhým krokem je zavedení atraumatického vodiče do cévního systému a třetím krokem je zavedení cévky (sheatu) do lumenu punktované cévy. Během koronarografie se následně přes sheat po vodičím drátě zavede dlouhý katetr až k ústí koronární tepny. PCI lze rozdělit na základní a doplňující. Základní spočívá v prosté balónkové dilataci a implantaci koronárních stentů, které jsou vyrobeny nejčastěji ze slitiny a chromu a lze je rozdělit na nepotahované a lékové, které jsou potaženy cytostatikem, které ze stentu postupně uvolňuje po dobu několika měsíců. Vedle toho existuje mnoho dalších léčebných postupů a metod, které lze nazvat jako doplňující (Vojáček, Kettner et al., 2017)

4.3 Péče o pacienta po infarktu myokardu

Po prodělaném infarktu myokardu je důležité nemocnému zdůraznit a poučit ho o nutnosti dodržování správné životosprávy a o rizicích, které mohou nastat, pokud nedojde k dodržování těchto zásad. Mezi základní příklady, které jednoznačně zvyšují riziko smrti po prodělaném infarktu myokardu jsou zejména obezita, snížená fyzická aktivita, stres, kouření a alkohol. Lékař musí informovat nemocného o tom, že ke zlepšení prognózy nestačí pouze úprava životního stylu, ale je nutná povinná medikamentózní léčba, která zlepšuje prognózu nemocných po prodělaném infarktu myokardu. Mezi základní medikamentózní

léčbu radíme především dlouhodobé užívání kyseliny acetylsalicylové (ASA), betablokátoru, statinu, ACE inhibitoru a přechodné užívání inhibitoru receptoru P₂Y₁₂. (Šimek, 2007).

4.4 Kardiovaskulární rehabilitace

Kardiovaskulární rehabilitace je jednou z nejdůležitějších nefarmakologických postupů u kardiologických pacientů a u pacientů po prodělaném infarktu myokardu. Rehabilitaci může indikovat každý ošetřující lékař, ale doporučeným lékařem je především kardiolog a kardiochirurg. Rehabilitaci provádí zkušený fyzioterapeut, který je vyškolený v problematice kardiovaskulárního onemocnění. Kardiovaskulární rehabilitace se skládá ze 4 fází. Do první fáze spadá nemocniční rehabilitace. Hlavním cílem první fáze je snaha o efektivní navrácení nemocného do domácího prostředí. Jedná se o kombinaci cviků a dechovou rehabilitaci. Po propuštění z nemocničního zařízení následuje druhá fáze posthospitalizační rehabilitace, která by měla navazovat na nemocniční rehabilitaci. Jde o rehabilitaci, která je velmi důležitá pro to, aby se pacient naučil dodržovat zásady sekundární prevence. Tato rehabilitace probíhá v rehabilitačních centrech nebo lázeňských zařízeních. V současnosti se ale můžeme setkat i s ambulantní formou rehabilitace. Třetí fáze navazuje na fázi druhou, kdy je kladen důraz na trénink a dochází k upevnění změn životního stylu. Fáze čtvrtá je zaměřena na dlouhodobý trénink, kontrolu pacienta kardiologem minimálně jedenkrát ročně. Dále dle klinické potřeby (Táborský, Kautzner et al., 2021)

5 KOMPLIKACE SRDEČNÍHO INFARKTU MYOKARDU

Srdeční infarkt jako takový může proběhnout nekomplikovaně jako příhoda projevující se bolestí, která může odeznít spontánně nebo po podání analgetik. V jiném případě mohou vznikat komplikace, které mohou být příčinou časného úmrtí nebo příčinou invalidity a zkrácení života. Mezi nejčastější komplikace srdečního infarktu považujeme poruchy srdečního rytmu, srdeční selhání, ruptury myokardu nebo perikarditida (Staněk, 2020).

5.1 Komorové arytmie

Komorové arytmie řadíme mezi časně komplikace. Komorové tachykardie, které mohou přecházet v komorou fibrilaci jsou problémem především v prvních hodinách příhody a jsou hlavní příčinou přednemocniční mortality. Hemodynamicky závažné polymorfni komorové tachykardie jsou indikací k podání defibrilačního výboje a zahájení kardiopulmonální resuscitace. Tyto arytmie pozorujeme nejčastěji během prvních čtyř hodin po infarktu myokardu. Pokud je v tomto případě pacient úspěšně resuscitován, nepředstavuje tato arytmie riziko pro pozdější arytmie (Staněk, 2020).

5.2 Ruptury myokardu

„Rupturou může být postižena volná tepna levé komory s následným vznikem hemoperikardu a tamponádou, ruptura mezikomorového septa vede ke vzniku levopřepného zkartu a ruptura papilárního svalu vede k těžké mitrální regurgitaci“ (Staněk, 2020, s. 156).

5.2.1 Ruptura mezikomorového septa

Projevy ruptury mezikomorového septa jsou především holosystolický šelest (šelest v průběhu celé systoly komor), hypotenze, srdeční selhání až kardiogenní šok. Diagnózu lze stanovit ihned pomocí echokardiografie. Pokud to stav nemocného dovolí snažíme se jej stabilizovat zavedením intraaortální balónkové kontrapulzace nebo mimotělní membránové oxygenace, často je však nutný okamžitý kardiochirurgický výkon. Většina pacientů však multiorgánově selhává dříve, než je vůbec možné kardiochirurgický výkon uskutečnit (Staněk, 2020).

5.2.2 Ruptura papilárního svalu

Ruptura závěsného aparátu mitrální chlopně patří mezi závažné komplikace akutního infarktu myokardu. Vede ke vzniku akutní mitrální regurgitace. Výsledkem je pak

levostranné srdeční selhání, plicní edém a dochází až ke vzniku kardiogenního šoku. Jediným řešením je pak kardiochirurgická operace s provedením plastiky nebo náhrady mitrální chlopně (Staněk, 2020).

5.2.3 Ruptura volné stěny levé komory

Ruptura volné stěny levé komory bývá častá u pacientů s rozsáhlým infarktem s pozdní revaskularizací. Vede k okamžité tamponádě a k zástavě oběhu (Bulava, 2017).

5.2.4 Aneurysma levé komory

Akutní infarkt myokardu většího rozsahu se hojí jako aneurysma. Aneurysma je jizevnatá přestavba a vyklenutí stěny levé komory. Průvodními jevy jsou srdeční selhání, arytmie nebo riziko náhlé smrti (Staněk, 2020).

5.3 Perikarditida

Akutní perikarditida představuje zánět perikardu nad nekrózou myokardu, projevuje se bodavou bolestí měnící intenzitu a perikardiálním třecím šelestem. Perikarditida může být dále komplikována rozvojem perikardiálního výpotku, který může progredovat až do obrazu srdeční tamponády, což je již život ohrožující stav. Diagnostika je opět echokardiografická. Léčba akutní perikarditidy pak spočívá v podávání nesteroidních antiflogistik a kolichicinu, v případě srdeční tamponády je na místě provedení perikardiocentézy (Staněk, 2020).

5.4 Systémová embolizace

Jedná se o vzácnější komplikaci, kdy se nad endokardem postiženým infarktem vytvoří trombus, který se uvolní a embolizuje nejčastěji do povodí CNS, koronární tepny, ledvin, mezenteriálního povodí tepen DKK. Diagnóza intrakardiální trombózy se provádí pomocí echokardiografického vyšetření a pacient musí užívat chronickou antikoagulační terapii. Samotnou embolizaci potom většinou potvrdí CT angiografie jako uzávěr postiženého řečiště. V případě embolizace bývá nutná embolektomie (Bulava, 2017).

5.5 Infarkt pravé komory

Infarkt pravé komory postihuje asi třetinu pacientů s infarktem myokardu spodní stěny. Při postižení myokardu pravé komory srdeční může dojít ke vzniku pravostranného srdečního selhání, které se projevuje hypotenzí a zvýšenou náplní krčních žil. Léčí se dostatečným

přísunem tekutin, aby došlo k udržení průtoku pravostrannými oddíly. Zásadní je časná revaskularizace (Bulava, 2017).

5.6 Kardiogenní šok

Kardiogenní šok u infarktu myokardu je způsoben rozsáhlým postižením levé komory srdeční nebo mechanickou komplikací a je definován jako šokový stav, který přetrvává déle jak jednu hodinu po úspěšné koronární intervenci. Kardiogenní šok postihuje většinou cca 5-10 % pacientů s akutním infarktem myokardu a přes pokroky v léčbě zůstává mortalita vysoká (Vojáček, Kettner et al., 2017)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODA SBĚRU DAT

Ke splnění cílů bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření. Jako výzkumná technika byla zvolena metoda dotazníkového šetření.

Dotazník byl určen pro laickou veřejnost a byl realizován v elektronické podobě.

Dotazník byl dobrovolný a anonymní na jehož úvodu bylo možné naleznout pokyny k jeho vyplnění. Informace organizace výzkumného šetření viz. níže.

Dotazník obsahoval 25 položek. Z toho bylo 24 uzavřených, kdy respondent vybíral jednu odpověď ze 3-4 odpovědí a 1 otevřená položka, na kterou musel respondent odpovědět slovně.

První, anamnestická část sloužila k získání základních informací o respondentovi a obsahovala položky týkající se pohlaví, věku, vzdělání.

Položky druhé části dotazníkového šetření měly zjistit, co ví laik o akutním infarktu myokardu, jaké jsou příčiny a rizikové faktory akutního infarktu myokardu a také se zaměřily k získání základních informací o fyzické aktivitě respondenta.

Třetí část dotazníkového šetření byla zaměřena na farmakologickou prevenci, první pomoc a následky, které mohou nastat při pozdní reakci na první příznaky akutního infarktu myokardu.

6.1 Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit povědomí laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu.

6.1.1 Dílčí cíle

1. Zjistit znalosti a míru informovanosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu.
2. Zjistit znalosti laické veřejnosti o rizikových faktorech a příznacích akutního infarktu myokardu.
3. Zjistit u respondentů znalost následků, které mohou nastat v důsledku zanedbání prvních příznaků akutního infarktu myokardu.
4. Zjistit u respondentů znalost v první pomoci při vzniku prvních příznaků u akutního infarktu myokardu.

6.2 Organizace výzkumu

Výzkum byl zaměřen na laickou veřejnost a dotazník byl distribuován od 1. 2. do 15. 4. 2022. Respondenti byli oslovováni pomocí sociálních sítí a dotazník byl formulován v elektronické podobě. Respondentům byla v úvodu poskytnuta informace o tom, že dotazník je anonymní a dobrovolný a že odpovědi budou použity jako podklady pro bakalářskou práci. Předpokladem pro sběr dat bylo potřeba oslovit laickou veřejnost. V úvodu dotazníku bylo zvýrazněné upozornění, že vyplnění se týká laické veřejnosti. Na 10 lidech bylo vyzkoušeno, že položkám rozumí a teprve potom došlo ke spuštění online dotazníku. Celkem bylo rozesláno 132 dotazníků v elektronické podobě. Návrat formulářů byl 100 %. Celkem 32 formulářů bylo vyřazeno pro neúplnost informací. Pro analýzu a interpretaci výsledků bylo použito 100 dotazníků.

6.3 Charakteristika respondentů

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejvíce zúčastněných tvořily ženy (80 %). Mužů se zúčastnilo 20 %. V druhé položce bylo zjištěno, že nejpočetnější zastoupenou věkovou kategorií byla skupina respondentů od 25 do 40 let. Nejpočetnější věkovou kategorií z pohledu žen byla skupina respondentek od 25 do 40 let. Stejně tomu bylo i u mužů. Při šetření vzdělávání jsem zjistila, že nejpočetnější skupinu tvořily ženy středoškolsky vzdělané. Stejně tomu bylo i u mužů.

6.4 Zpracování dat

Všechna získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Jednotlivé odpovědi byly zpracovány v absolutních (n) a relativních četnostech (r).

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

K dílčímu cíli č.1, který se týkal: Zjistit znalosti a míru informovanosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu se vztahují položky viz. níže č. 5, 6, 7, 8, 9, 17.

K dílčímu cíli č. 2, který se týkal: Zjistit znalosti laické veřejnosti o rizikových faktorech a příznacích akutního infarktu myokardu se vztahují položky viz. níže č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18.

K dílčímu cíli č. 3, který se týkal: Zjistit u respondentů znalost následků, které mohou nastat v důsledku zanedbání prvních příznaků akutního infarktu myokardu se vztahují položky viz. níže č. 19, 20, 21, 22.

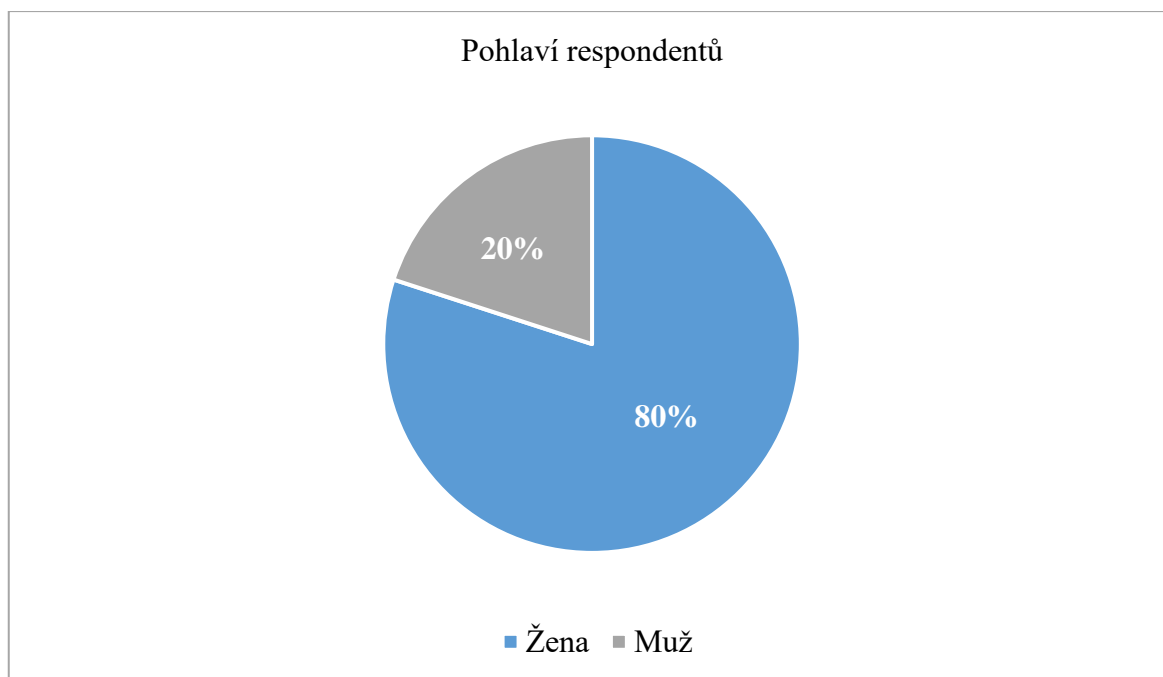
K dílčímu cíli č. 4, který se zabýval: Zjistit u respondentů znalost v první pomoci při vzniku prvních příznaků u akutního infarktu myokardu se vztahují položka viz níže č. 24.

7.1 Soubor respondentů

Položka č. 1 Jaké je vaše pohlaví?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	(n)	(r)
Žena	80	80 %
Muž	20	20 %
Součet	100	100 %

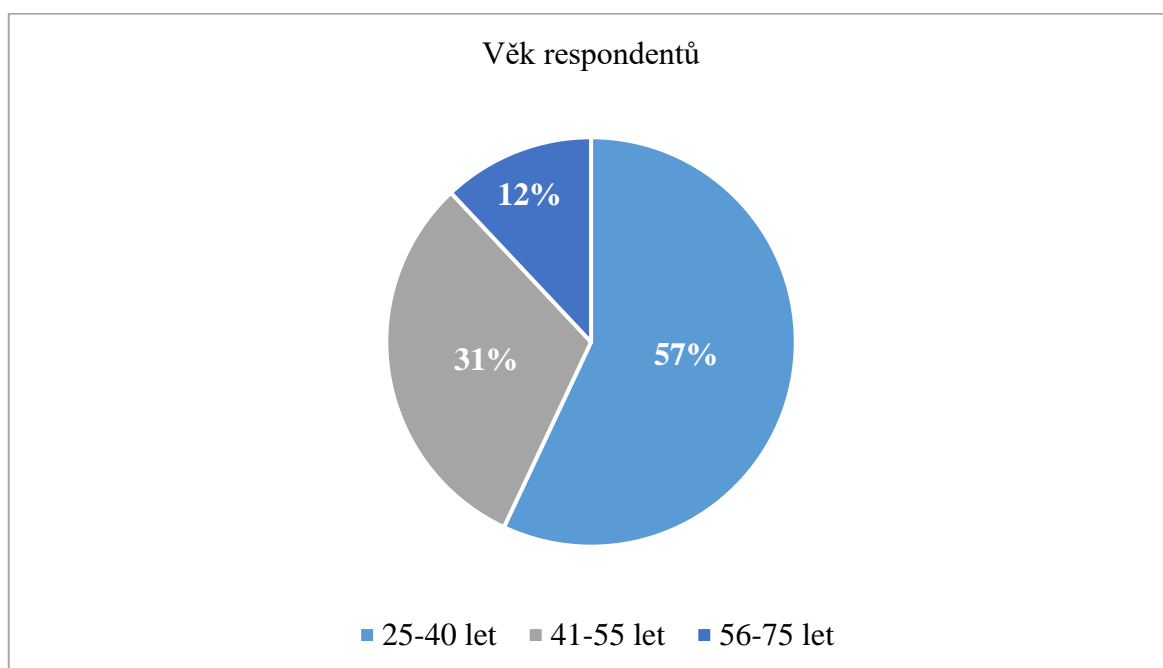


Graf 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 1 a graf 1 nám ukazují, že dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 100 respondentů. Poměr respondentů z hlediska pohlaví je 80 žen (80 %) a 20 mužů (20 %). Výzkumu se zúčastnily převážně ženy.

Položka č. 2 Do jaké věkové kategorie se řadíte?*Tabulka 2: Věk respondentů*

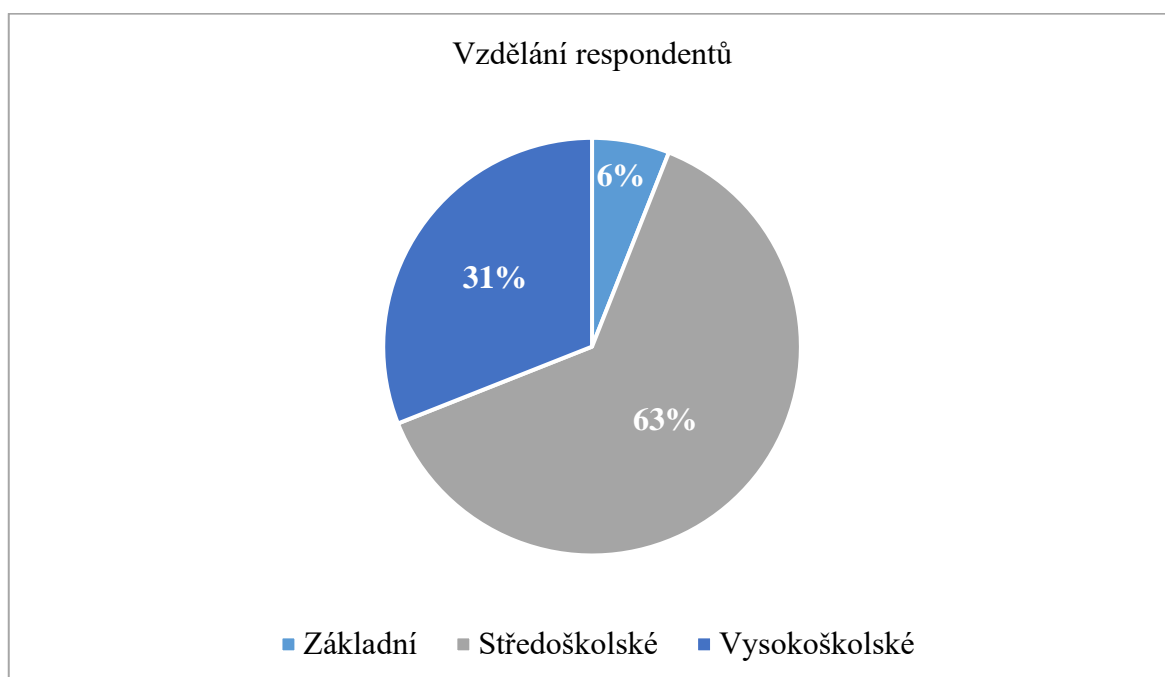
Věk	(n)	(r)
25-40 let	57	57 %
41-55 let	31	31 %
56-75 let	12	12 %
Součet	100	100 %

*Graf 2: Věk respondentů*

V tabulce 2 a v grafu 2 je znázorněno že z celkového počtu dotazovaných bylo 57 respondentů (57 %) ve věkové kategorii 25-40 let. V kategorii 41-55 let bylo 31 respondentů (31 %) a v kategorii 56-75 let bylo 12 respondentů (12 %). Největší zastoupení mají respondenti ve věkové kategorii 25-40 let.

Položka č. 3 Jaké je Vaše doposud nejvyšší dosažené vzdělání?*Tabulka 3: Vzdělání respondentů*

Vzdělání	(n)	(r)
Základní	6	6 %
Středoškolské	63	63 %
Vysokoškolské	31	31 %
Součet	100	100 %

*Graf 3: Vzdělání respondentů*

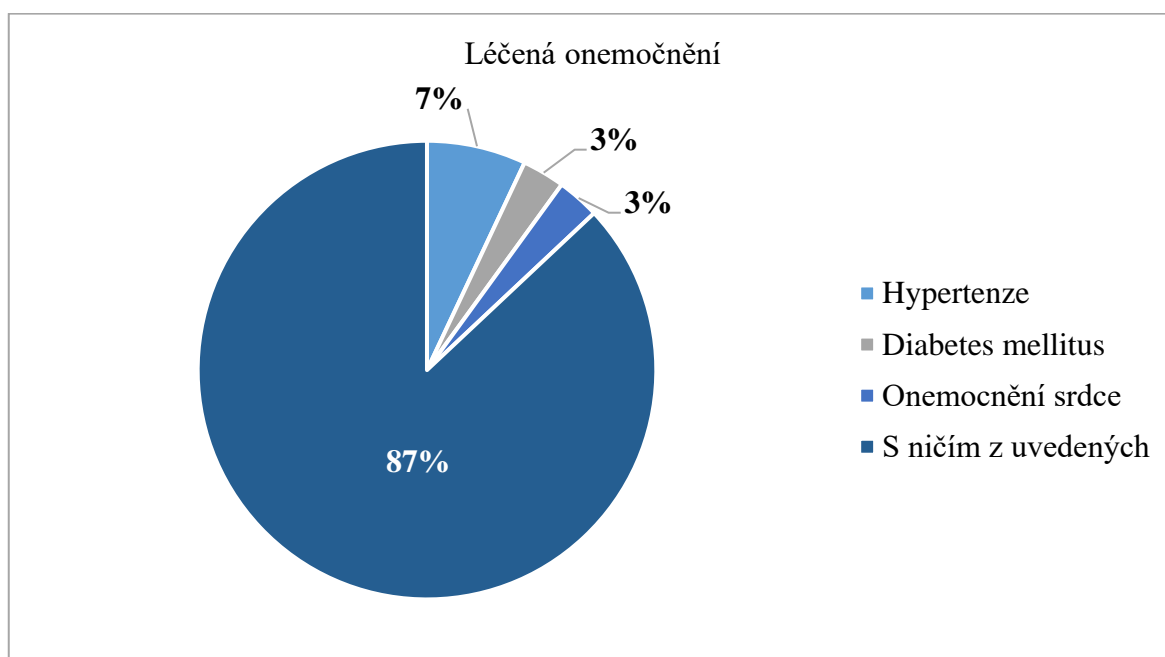
Tabulka 3 a graf 3 představuje dosažené vzdělání respondentů. 6 respondentů (6 %) označilo základní vzdělání. 63 respondentů (63 %) označilo středoškolské vzdělání a zbylých 31 respondentů (31 %) označilo vysokoškolské vzdělání. Nejvyšší zastoupení zde mají respondenti se středoškolským vzděláním.

7.2 Analýza výsledků výzkumu jednotlivým cílům

Položka č. 4 Léčíte se jedním z uvedených onemocnění?

Tabulka 4: Léčená onemocnění

Léčená onemocnění	(n)	(r)
Hypertenze	7	7 %
Diabetes mellitus	3	3 %
Onemocnění srdce	3	3 %
S ničím z uvedených	87	87 %
Součet	100	100 %



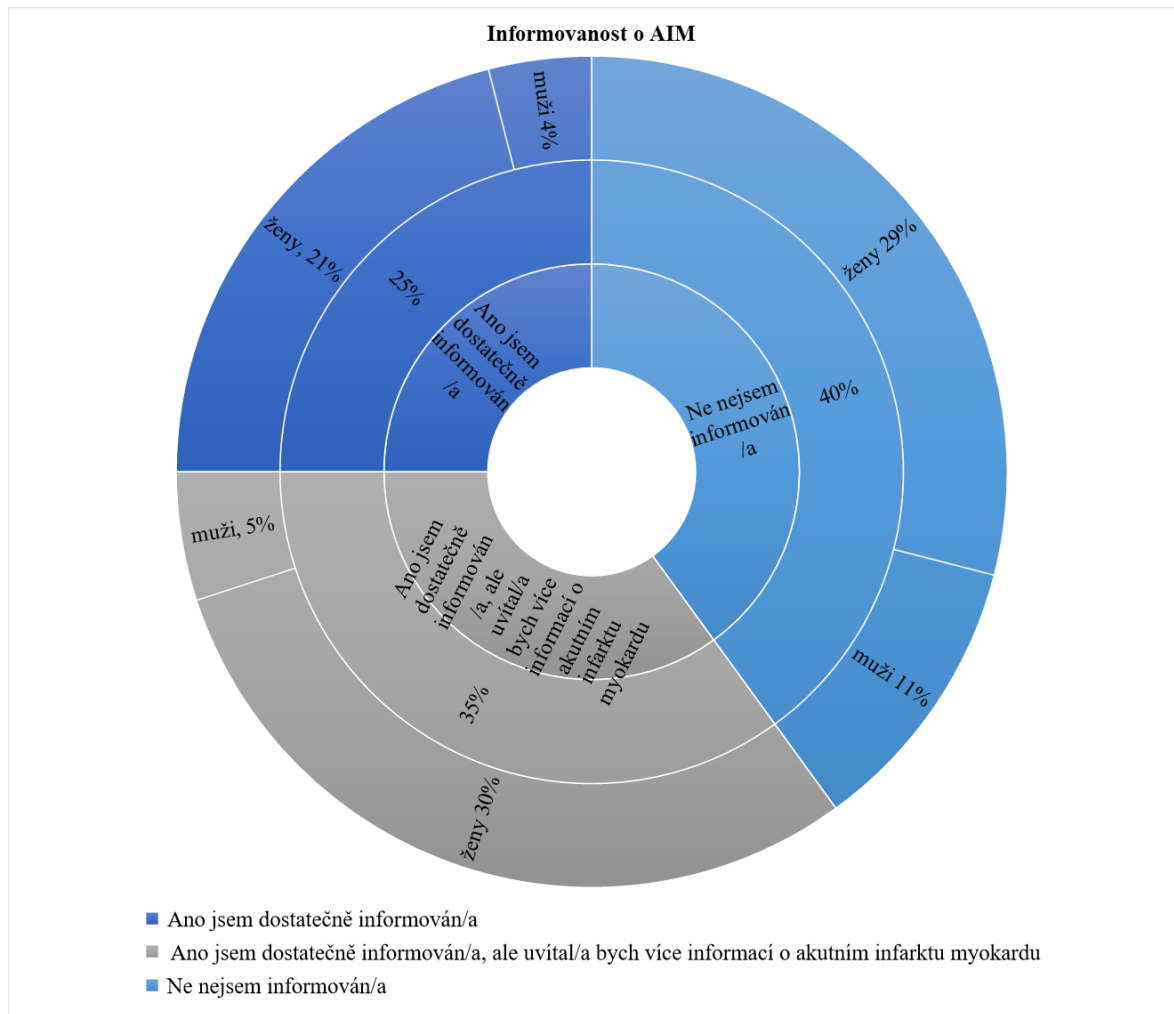
Graf 4: Léčená onemocnění

V tabulce 4 a v grafu 4 najdeme znázorněny odpovědi respondentů na otázku, zda se léčí jedním z uvedených onemocnění, které mohou značně přispívat ke vzniku akutního infarktu myokardu. 7 respondentů (7 %) uvedlo, že se léčí s hypertenzí. 3 respondenti (3 %) mají diabetes mellitus. 3 respondenti (3 %) se léčí s onemocněním srdce a zbylých 87 respondentů (87 %) se neléčí s dosud s žádným z uvedených. Převažují zde zejména ti, kteří se neléčí s žádným z uvedených onemocnění, které by mohly přispívat ke vzniku akutního infarktu myokardu.

Položka č. 5 Domníváte se, že jste dostatečně informován/a o akutním infarktu myokardu?

Tabulka 5: Informovanost o AIM

Informovanost o AIM	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Ano jsem dostatečně informován/a	25	25 %	Žena	21 %
			Muž	4 %
Ano jsem dostatečně informován/a, ale uvítal/a bych více informací o akutním infarktu myokardu	35	35 %	Žena	30 %
			Muž	5 %
Ne nejsem informován/a	40	40 %	Žena	29 %
			Muž	11 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 5: Informovanost o AIM

V tabulce 5 a v grafu 5 najdeme znázorněny odpovědi na otázku, zda jsou respondenti dostatečně informováni o akutním infarktu myokardu. 25 respondentů (25 %) je dostatečně informováno. Respondentů, kteří jsou dostatečně informováni, avšak uvítali by více informací o akutním infarktu myokardu bylo celkem 35 (35 %). Zbýlých 40 respondentů (40 %) uvedlo, že nejsou informováni vůbec. Z grafu tedy vyplývá, že více jak 1/3 respondentů je nedostatečně informováno o akutním infarktu myokardu.

Z pohledu žen uvedlo 21 respondentek (21 %) „Ano jsem dostatečně informován/a“. 30 respondentek (30 %) uvedlo „Ano jsem dostatečně informován/a, ale uvítal/a bych více informací o akutním infarktu myokardu a zbylých 29 respondentek (29 %) uvedlo „Ne jsem informován/a“.

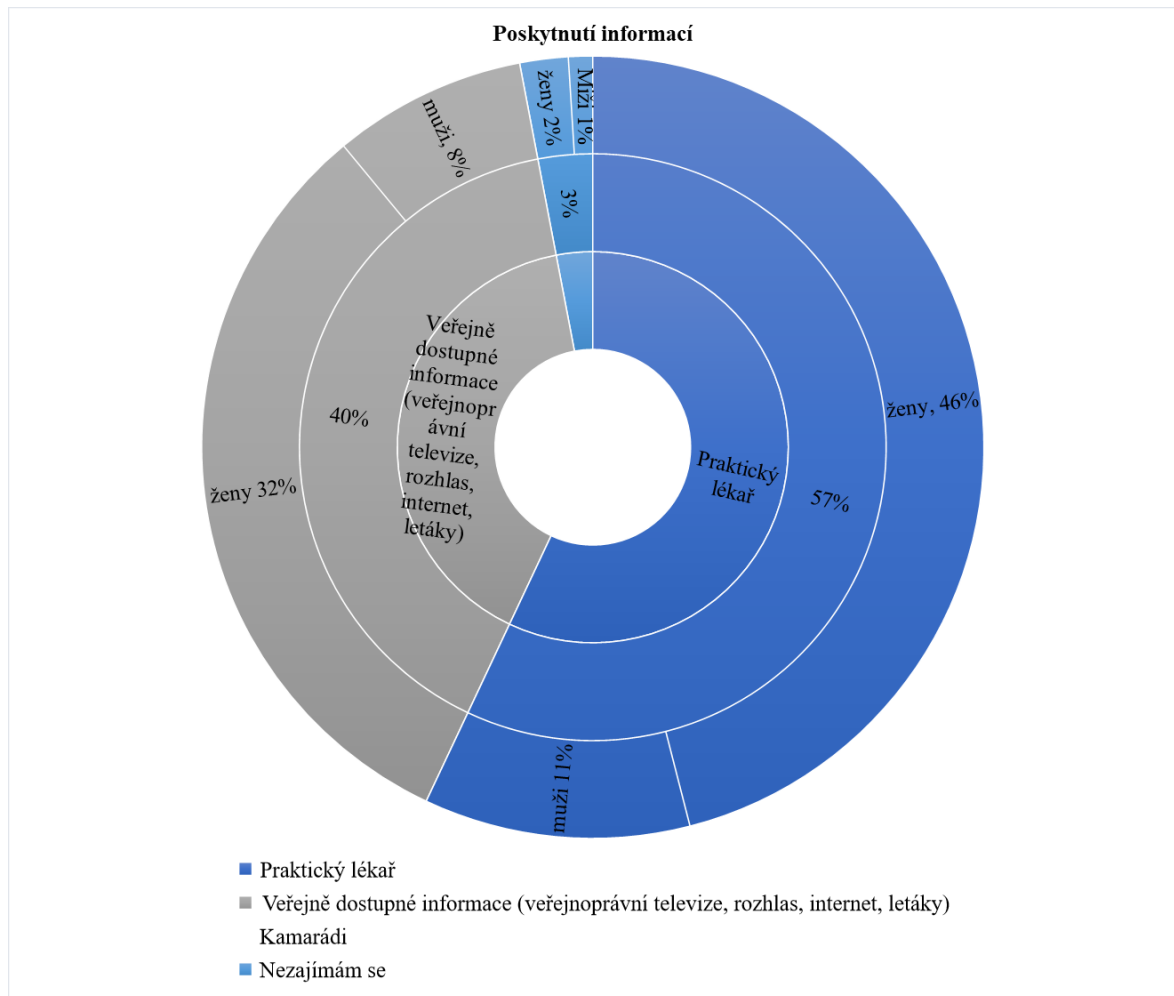
Z pohledu mužů uvedli 4 respondenti (4 %) „Ano jsem dostatečně informován/a“. 5 respondentů (5 %) uvedlo „Ano jsem dostatečně informován/a, ale uvítal/a bych více

informací o akutním infarktu myokardu a zbylých 11 respondentů (11 %) uvedlo „Ne nejsem informován/a“.

Položka č. 6 Kdo si myslíte, že by Vám měl poskytnout dostatečné informace o tomto onemocnění?

Tabulka 6: Poskytnutí informací

Poskytnutí informací	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Praktický lékař	57	57 %	Žena	46 %
			Muž	11 %
Veřejně dostupné informace (veřejnoprávní televize, rozhlas, internet, letáky)	40	40 %	Žena	32 %
			Muž	8 %
Kamarádi	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Nezajímám se	3	3 %	Žena	2 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 6: Poskytnutí informací

Tabulky 6 a grafu 6 vyplývá, že 57 respondentů (57 %) uvedlo, že podávat informace o akutním infarktu myokardu by měl praktický lékař. 40 respondentů (40 %) by uvítalo, kdyby informace o akutním infarktu myokardu získávali pomocí veřejně dostupných informací. 3 respondenti (3 %) se nezajímají. Na odpověď „Kamarádi“ neodpověděl žádný z respondentů.

Z pohledu žen na tuto otázku uvedlo 46 respondentek (46 %), že dostatečné informace o akutním infarktu myokardu by měl laické veřejnosti podávat praktický lékař a zdravotníci. 32 respondentek (32 %) uvedlo, že by informace o tomto onemocnění měly být dostupné např. ve veřejnoprávní televizi, rozhlasu, internetu nebo v letáčích a 2 respondentky (2 %) se nezajímají.

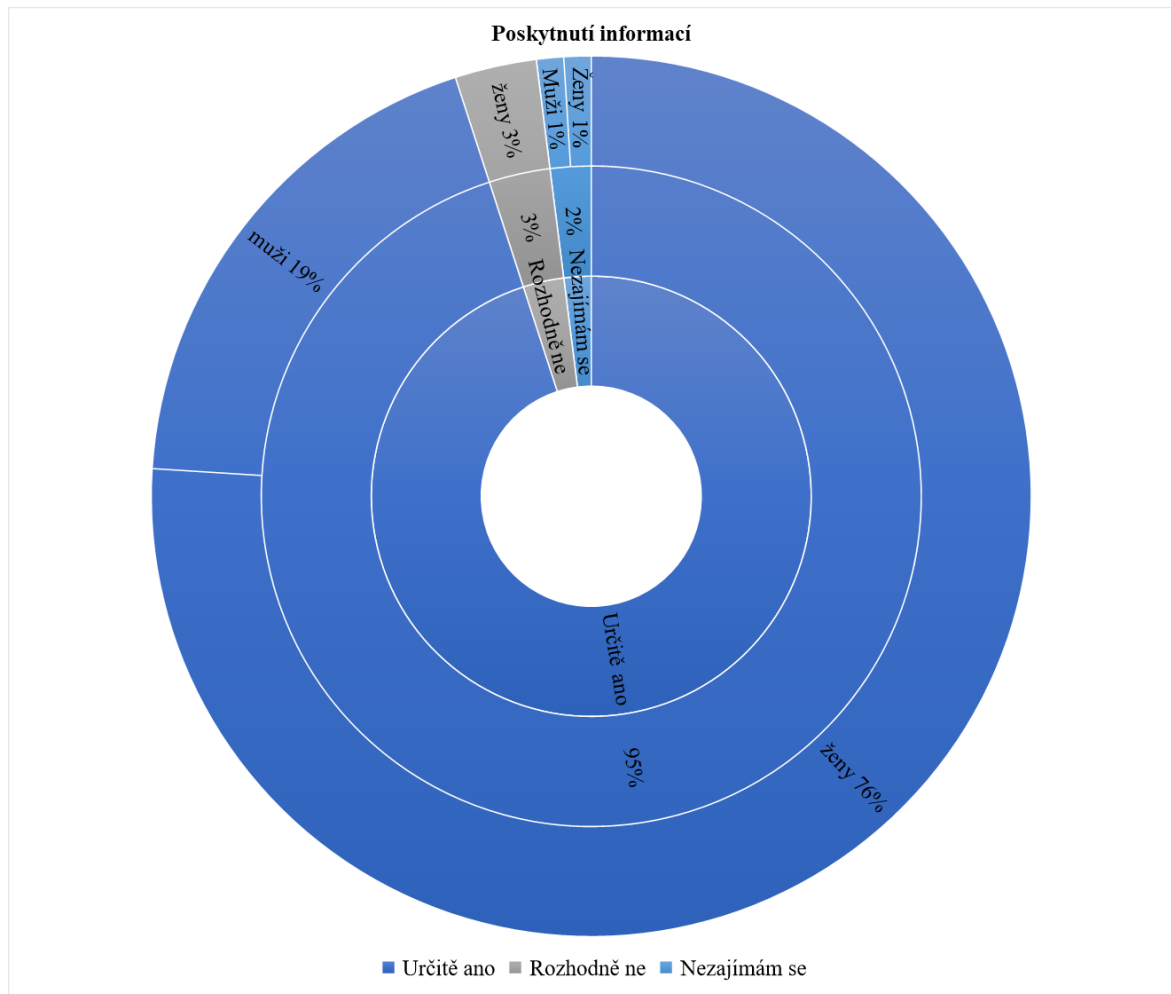
Z pohledu mužů na tuto otázku uvedlo 11 respondentů (11 %), že dostatečné informace o akutním infarktu myokardu by měl laické veřejnosti podávat praktický lékař a zdravotníci. 8 respondentů (8 %) uvedlo, že by informace o tomto onemocnění měly být dostupné např.

ve veřejnoprávní televizi, rozhlasu, internetu nebo v letácích a 1 respondentů (1 %) se nezajímá.

Položka č. 7 Myslíte si, že by se mohla zvýšit míra informovanosti o akutním infarktu myokardu, pokud by byla informace o tomto onemocnění přístupné ve veřejných prostorech (MHD, ordinace, kulturní zařízení)?

Tabulka 7: Veřejné prostory

Veřejné prostory	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Určitě ano	95	95 %	Žena	76 %
			Muž	19 %
Rozhodně ne	3	3 %	Žena	3 %
			Muž	0 %
Nezajímám se	2	2 %	Žena	1 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 7: Veřejné prostory

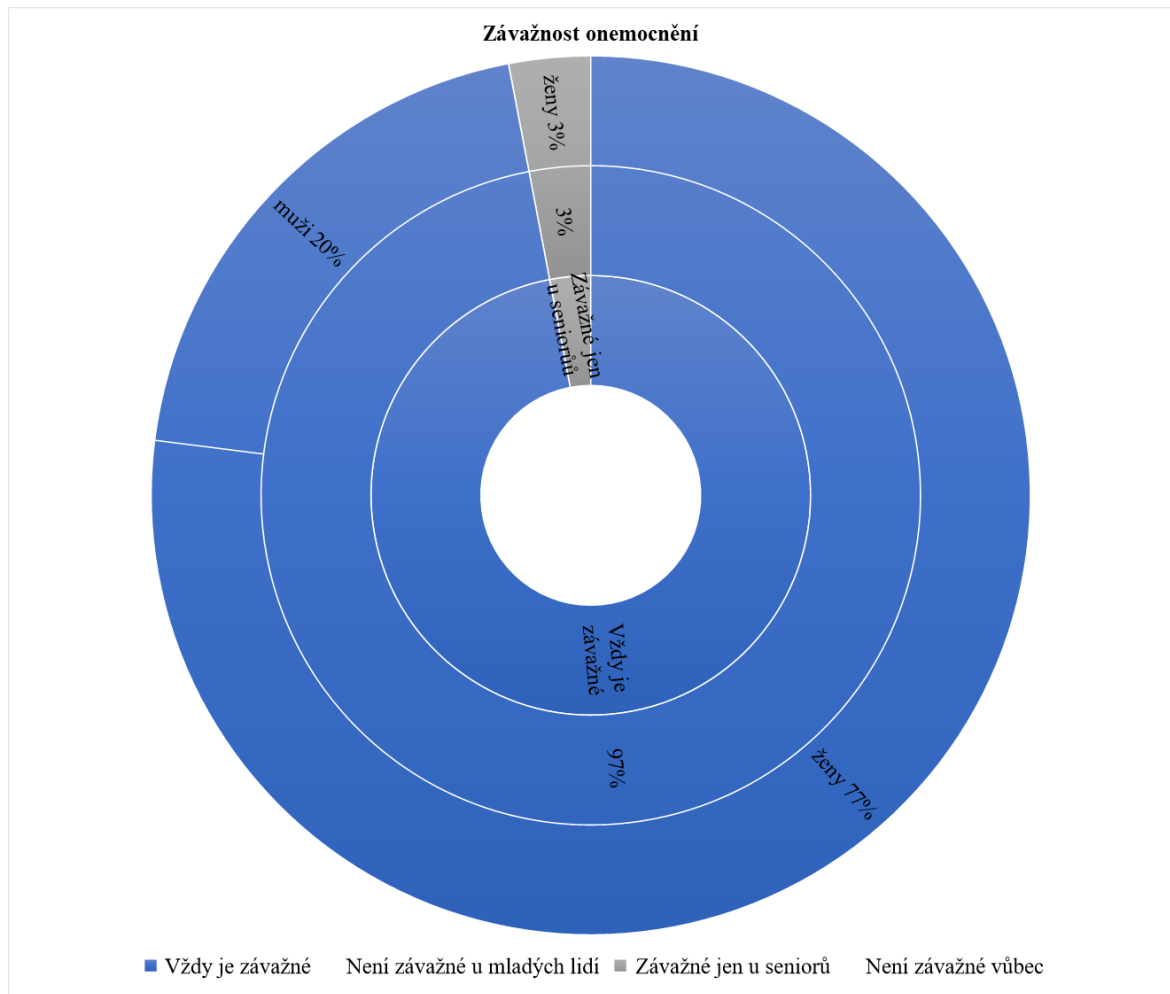
Z tabulky 7 a grafu 7 vyplývá, že 95 respondentů (95 %) uvedlo, že by se mohla zvýšit informovanost o akutním infarktu myokardu, kdyby byly informace o tomto onemocnění dostupné ve veřejných prostorech (MHD, ordinace, kulturní zařízení). 3 respondenti (3 %) uvedli, že rozhodně ne a zbylí 2 respondenti (2 %) uvedli, že se nezajímají.

Z pohledu žen uvedlo 76 respondentek (76 %), že si myslí, že by se mohla zvýšit informovanost o akutním infarktu myokardu, kdyby byly informace o tomto onemocnění dostupné ve veřejných prostorech (MHD, ordinace, kulturní zařízení). 3 respondentky (3 %) uvedly, že rozhodně ne a zbylá 1 respondentka (1 %) uvedla, že se nezajímá.

Z pohledu mužů uvedlo 19 respondentů (19 %), že si myslí, že by se mohla zvýšit informovanost o akutním infarktu myokardu, kdyby byly informace o tomto onemocnění dostupné ve veřejných prostorech (MHD, ordinace, kulturní zařízení). 1 respondent (1 %) uvedl, že se nezajímá.

Položka č. 8 Myslíte si, že je akutní infarkt myokardu závažné onemocnění?*Tabulka 8: Závažnost onemocnění*

Závažnost onemocnění	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Vždy je závažné	97	97 %	Žena	77 %
			Muž	20 %
Není závažné u mladých lidí	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Závažné jen u seniorů	3	3 %	Žena	3 %
			Muž	0 %
Není závažné vůbec	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 8: Závažnost onemocnění

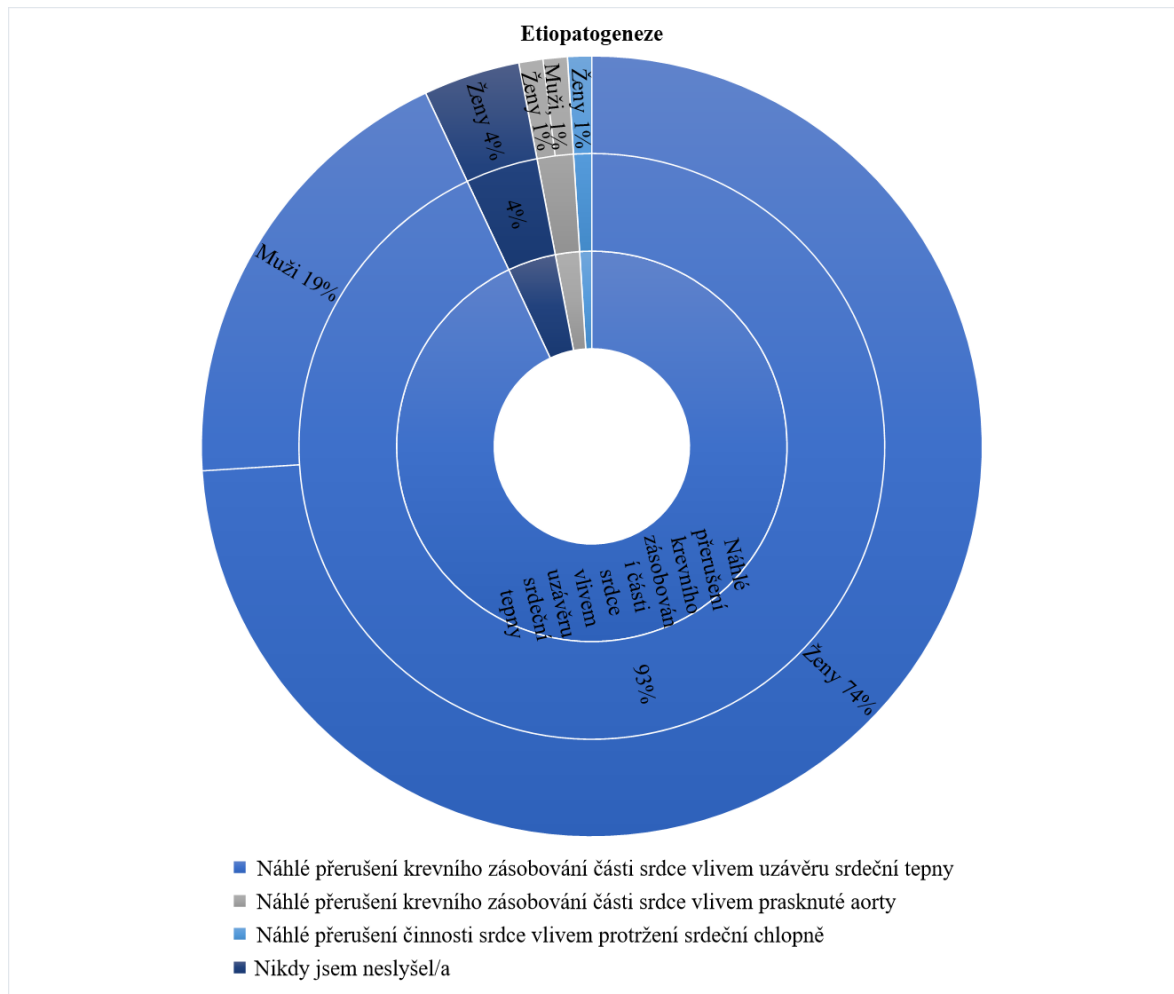
V tabulce 8 a grafu 8 jsou znázorněny odpovědi respondentů na to, zda si myslí, že je akutní infarkt myokardu závažné onemocnění. 97 respondentů (97 %) uvedlo, že akutní infarkt myokardu je vždy závažné onemocnění. 3 respondenti (3 %) uvedli, že akutní infarkt myokardu je závažný jen u seniorů. Odpověď, že není závažné u mladých lidí a není závažné vůbec nevedl žádný z respondentů. Z tabulky a z grafu tedy vyplývá, že více jak polovina respondentů si myslí, že akutní infarkt myokardu je závažné onemocnění.

Z pohledu žen uvedlo 77 respondentek (77 %), že akutní infarkt myokardu, je vždy závažné onemocnění a 3 respondentky (3 %) uvedly, že se jedná o onemocnění, které je závažné pouze u seniorů. Odpověď „Není závažné u mladých lidí“ a „Není závažné vůbec“ nevedla žádná respondentka.

Z pohledu mužů uvedlo 20 respondentů (20 %), že akutní infarkt myokardu je vždy závažné onemocnění. Odpověď „Není závažné u mladých lidí“ a „Není závažné vůbec“ nevedl žádný respondent.

Položka č. 9 Co podle Vás znamená akutní infarkt myokardu?*Tabulka 9: Etiopatogeneze*

Etiopatogeneze	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Náhlé přerušení krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny	93	93 %	Žena	74 %
			Muž	19 %
Náhlé přerušení krevního zásobování části srdce vlivem prasknuté aorty	2	2 %	Žena	1 %
			Muž	1 %
Náhlé přerušení činnosti srdce vlivem protržení srdeční chlopně	1	1 %	Žena	1 %
			Muž	0 %
Nikdy jsem neslyšel/a	4	4 %	Žena	4 %
			Muž	0 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 9: Etiopatogeneze

Tabulka 9 a graf 9 znázorňuje znalost respondentů o akutním infarktu myokardu. 93 respondentů (93 %) uvedlo, že akutní infarkt myokardu znamená náhlé přerušeni krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny. 2 respondenti (2 %) uvedli, že se jedná o náhlé přerušeni krevního zásobování části srdce vlivem prasknuté aorty. 1 respondent (1 %) uvedl, že se jedná o náhlé přerušeni činnosti srdce vlivem protržení srdeční chlopně a 4 respondenti (4 %) uvedli, že nikdy neslyšeli. Z tabulky a z grafu tak vyplývá, že více tak $\frac{3}{4}$ ví, že akutní infarkt myokardu je způsobený náhlým přerušeni krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny.

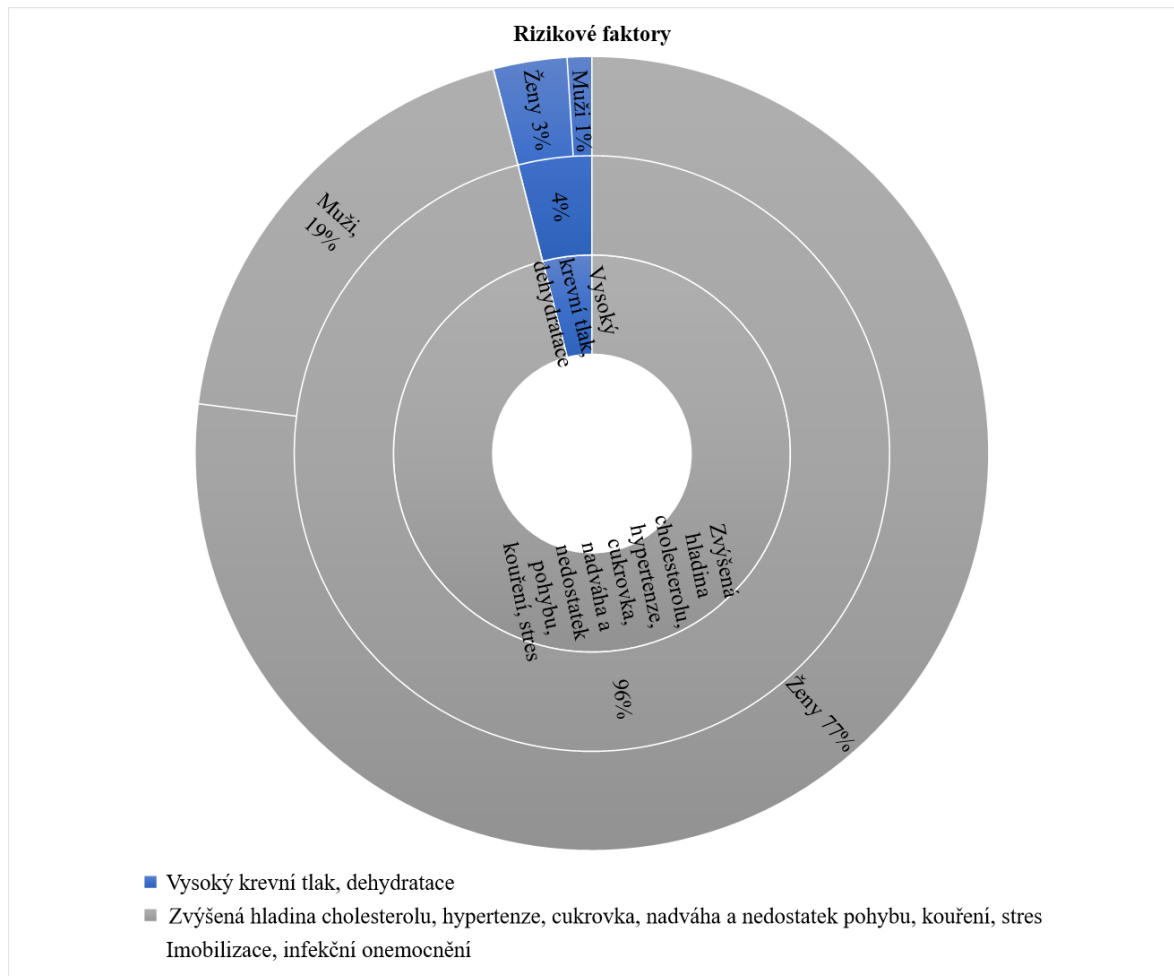
Z pohledu žen uvedlo 74 respondentek (74 %), že se jedná o náhlé přerušeni krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny. 1 respondentka (1 %) uvedla, že se jedná o náhlé přerušeni krevního zásobování části srdce vlivem prasknuté aorty. 1 respondentka (1 %) uvedla, že se jedná o náhlé přerušeni činnosti srdce vlivem protržení srdeční chlopně 4 respondentky (4 %) uvedly, že o tom nikdy neslyšely.

Z pohledu mužů uvedlo 19 respondentů (19 %), že se jedná o náhlé přerušení krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny. 1 respondent (1 %) uvedl, že se jedná o náhlé přerušení krevního zásobování srdce vlivem uzávěru části srdce vlivem prasknuté aorty.

Položka č. 10 Vyberte z níže uvedených rizikových faktorů ten, který značně přispívá pro vznik akutního infarktu myokardu.

Tabulka 10: Rizikové faktory

Rizikové faktory	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Vysoký krevní tlak, dehydratace	4	4 %	Žena	3 %
			Muž	1 %
Zvýšená hladina cholesterolu, hypertenze, cukrovka, nadváha a nedostatek pohybu, kouření, stres	96	96 %	Žena	77 %
			Muž	19 %
Imobilizace, infekční onemocnění	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 10: Rizikové faktory

Tabulka 10 a graf 10 poskytují informace o tom, že 4 respondenti (4 %) uvedli, že rizikovým faktorem pro vznik akutního infarktu myokardu je vysoký krevní tlak a dehydratace. 96 respondentů (96 %) uvedlo, že rizikovými faktory pro vznik akutního infarktu jsou zvýšená hladina cholesterolu, hypertenze, cukrovka, nadváha a nedostatek pohybu, kouření, stres. Na imobilizaci a infekční onemocnění neodpověděl žádný z dotazovaných.

Z pohledu žen uvedly 3 respondentky (3 %), že rizikovými faktory jsou vysoký krevní tlak a dehydratace. 77 respondentek (77 %) uvedlo, že rizikovými faktory, které značně přispívají pro vznik akutního infarktu myokardu jsou vysoký cholesterol, hypertenze, cukrovka, nadváha a nedostatek pohybu, kouření a stres. Odpověď „Imobilizace, infekční onemocnění“ nevedla žádná z respondentek.

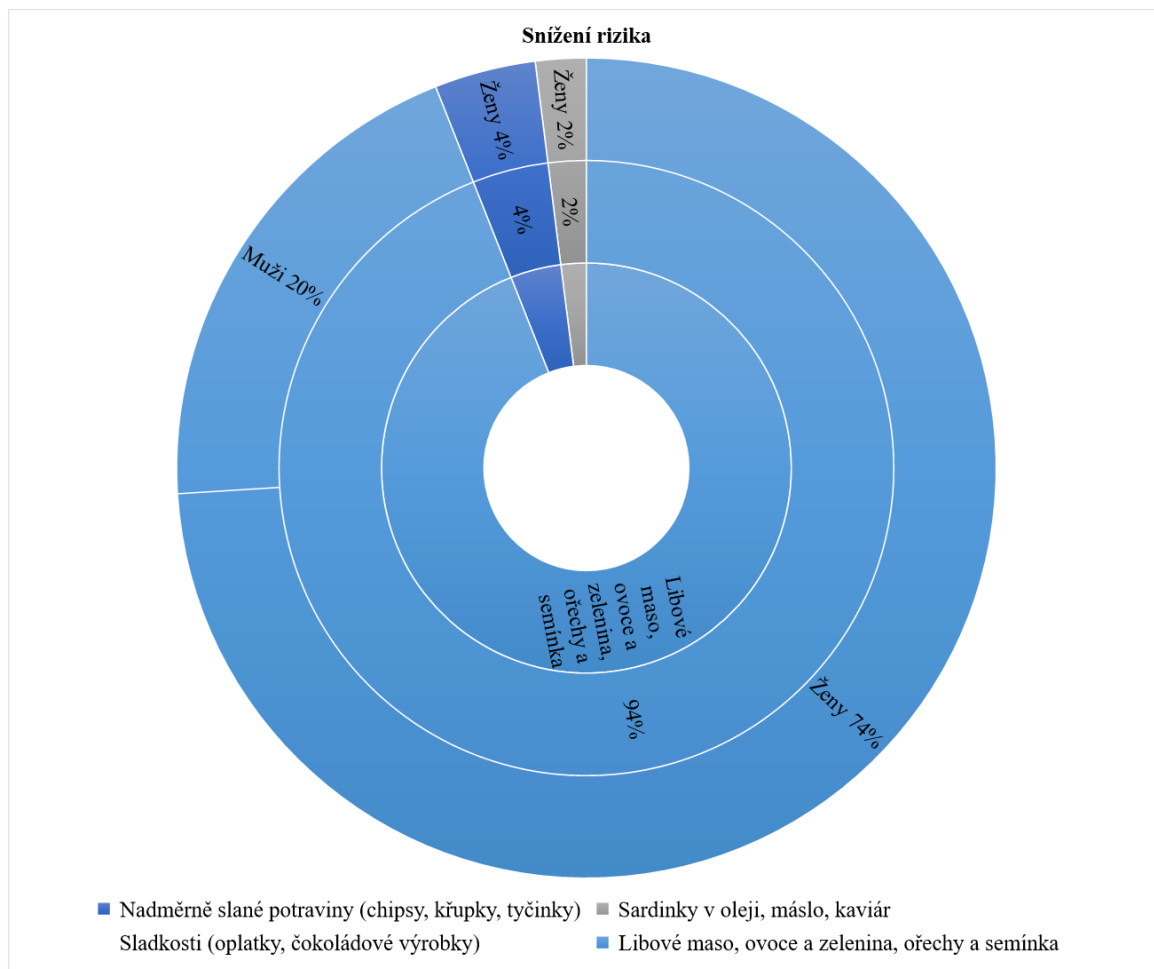
Z pohledu mužů na uvedl 1 respondent (1 %), že rizikovými faktory jsou vysoký krevní tlak a dehydratace. 19 respondentů (19 %) uvedlo, že rizikovými faktory, které značně přispívají pro vznik akutního infarktu myokardu jsou vysoký cholesterol, hypertenze, cukrovka,

nadváha a nedostatek pohybu, kouření a stres. Odpověď „Imobilizace, infekční onemocnění“ nevedl žádný z respondentů.

Položka č. 11 Mohl/a byste vybrat potraviny, které jsou vhodné k boji proti obezitě a snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu?

Tabulka 11: Snížení rizika

Snížení rizika	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Nadměrně slané potraviny (chipsy, křupky, tyčinky)	4	4 %	Žena	4 %
			Muž	0 %
Sardinky v oleji, máslo, kaviár	2	2 %	Žena	2 %
			Muž	0 %
Sladkosti (oplatky, čokoládové výrobky)	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Libové maso, ovoce a zelenina, ořechy a semínka	94	94 %	Žena	74 %
			Muž	20 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 11: Snížení rizika

Z tabulky 11 a grafu 11 vyplývá, že 4 respondenti (4 %) uvedli, že vhodnými potravinami ke snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu jsou nadměrně slané potraviny (chipsy, křupky, tyčinky). 2 respondenti (2 %) uvedli, že vhodnými potravinami ke snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu jsou sardinky v oleji, máslo a kaviár. 94 respondentů (94 %) uvedlo, že vhodnými potravinami ke snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu jsou libové maso, ovoce a zelenina, ořechy a semínka. Sladkosti (oplatky, čokoládové výrobky) nevybral žádný z dotazovaných respondentů.

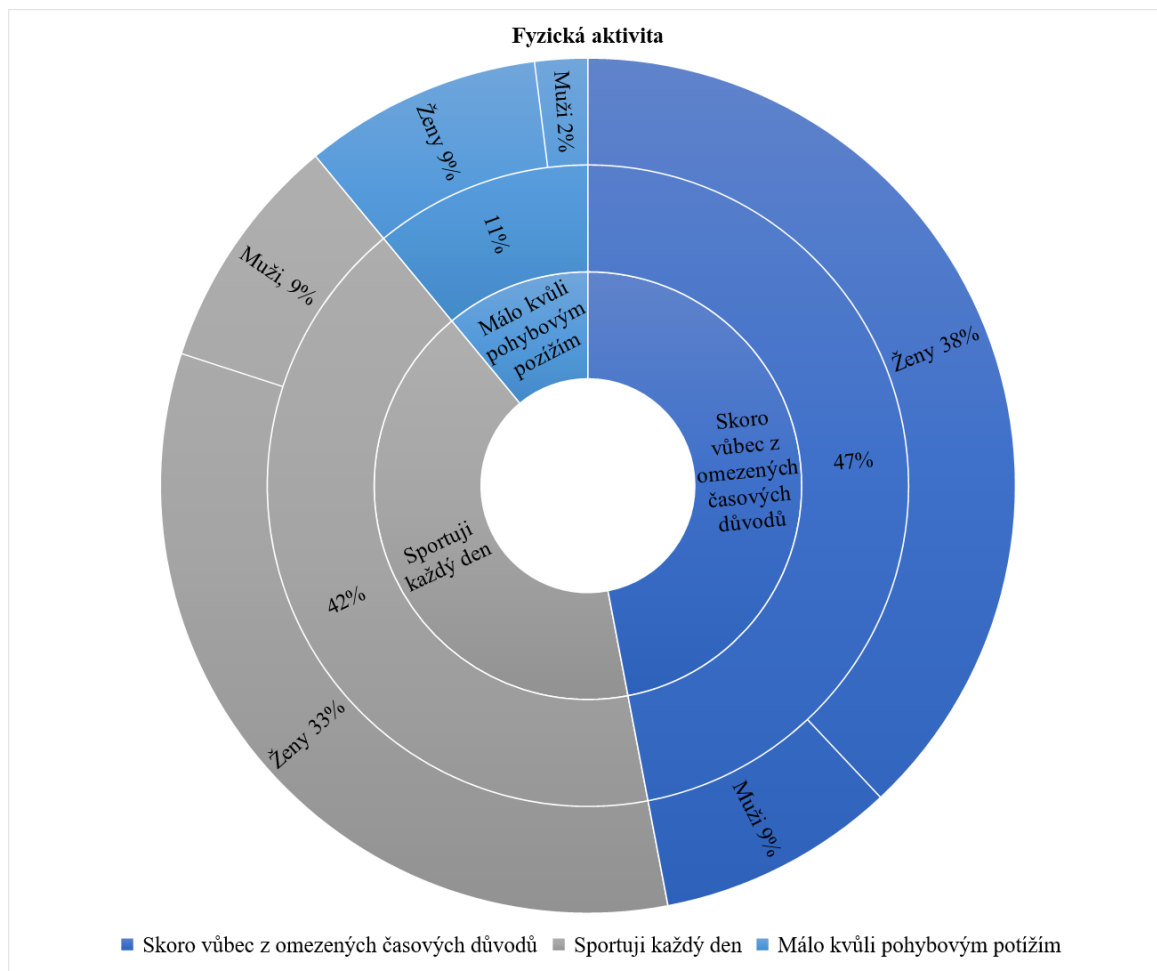
Z pohledu žen 4 respondentky (4 %) uvedly, že vhodnými potravinami ke snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu jsou nadměrně slané potraviny (chipsy, křupky, tyčinky). 2 respondentky (2 %) uvedly, že vhodnými potravinami jsou sardinky v oleji, máslo a kaviár a 74 respondentek (74 %) uvedlo, že vhodnými potravinami ke snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu jsou libové maso, ovoce a zelenina, ořechy a semínka. Odpověď „Sladkosti (oplatky, čokoládové výrobky)“ nevedla žádná z respondentek.

Z pohledu mužů uvedlo 20 respondentů (20 %), že vhodnými potravinami ke snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu jsou libové maso, ovoce a zelenina, ořechy a semínka. Odpověď „Nadměrně slané potraviny (chipsy, křupky, tyčinky)“, „Sardinky v oleji, máslo, kaviár“ a „Sladkosti (oplatky, čokoládové výrobky)“ nevedl žádný z respondentů.

Položka č. 12 Do jaké míry jste fyzicky aktivní po pracovní době (běh, chůze, jízda na kole, plavání)?

Tabulka 12: Fyzická aktivita

Fyzická aktivita	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Skoro vůbec z omezených časových důvodů	47	47 %	Žena	38 %
			Muž	9 %
Sportuji každý den	42	42 %	Žena	33 %
			Muž	9 %
Málo kvůli pohybovým potížím	11	11 %	Žena	9 %
			Muž	2 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 12: Fyzická aktivita

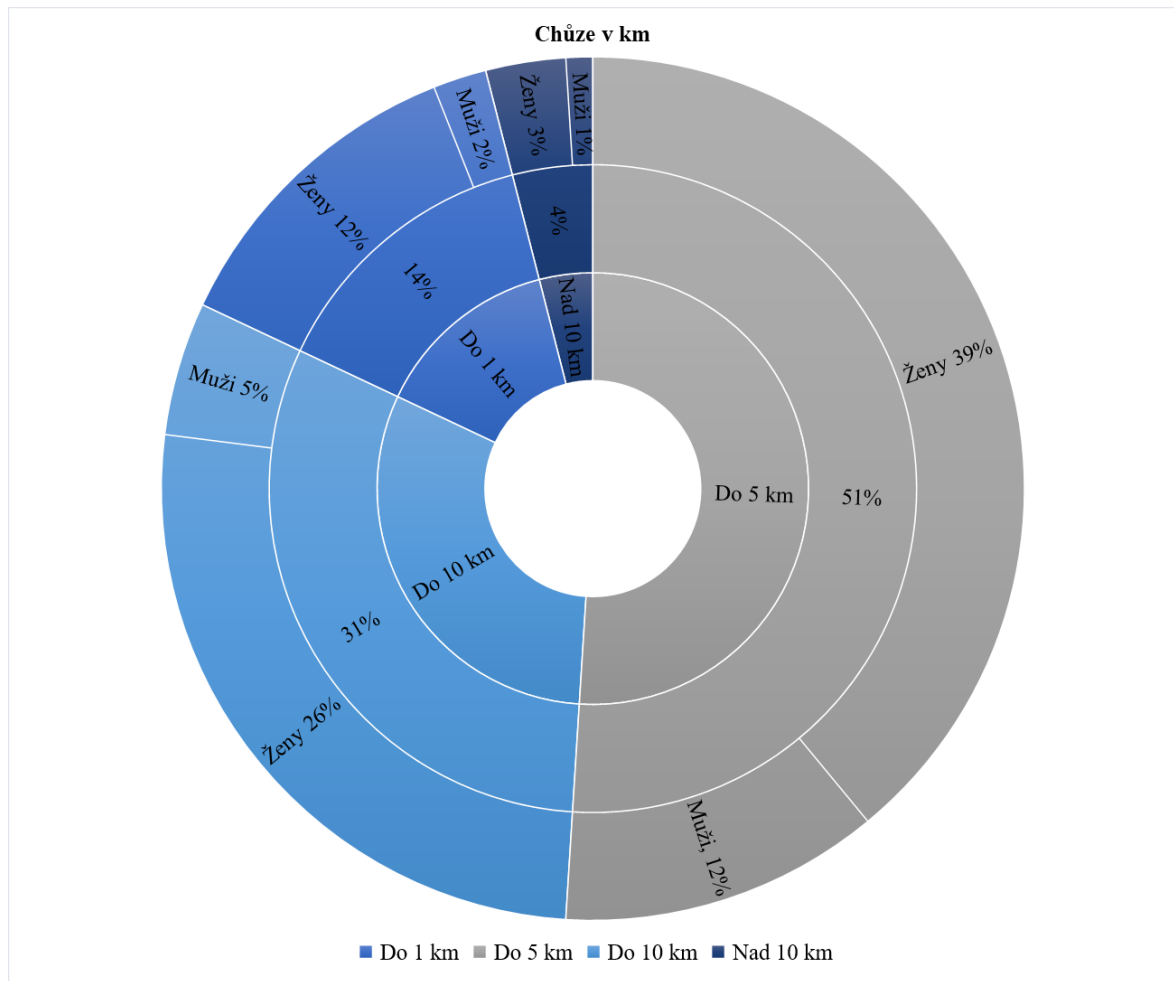
Tabulka 12 a graf 12 nám ukazují do jaké míry je člověk fyzicky aktivní po pracovní době. 47 respondentů (47 %) po pracovní době nesportuje skoro vůbec z omezených časových důvodů. 42 respondentů (42 %) uvedlo, že sportují každý den a zbylých 11 respondentů (11 %) uvedlo, že sportují málo kvůli pohybovým potížím.

Z pohledu žen 38 respondentek (38 %) uvedlo, že nejsou fyzicky aktivní skoro vůbec z omezených časových důvodů. 33 respondentek (33 %) je fyzicky aktivních každý den a 9 respondentek (9 %) uvedlo, že jsou fyzicky aktivní málo kvůli pohybovým potížím.

Z pohledu mužů 9 respondentů (9 %) uvedlo, že nejsou fyzicky aktivní skoro vůbec z omezených časových důvodů. 9 respondentů (9 %) sportuje každý den a 2 respondenti (2 %) uvedli, že sportují málo kvůli pohybovým potížím.

Položka č. 13 Přibližně kolik km ujdete za den?*Tabulka 13: Chůze v km*

Chůze v km	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Do 1 km	14	14 %	Žena	12 %
			Muž	2 %
Do 5 km	51	51 %	Žena	39 %
			Muž	12 %
Do 10 km	31	31 %	Žena	26 %
			Muž	5 %
Nad 10 km	4	4 %	Žena	3 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 13: Chůze v km

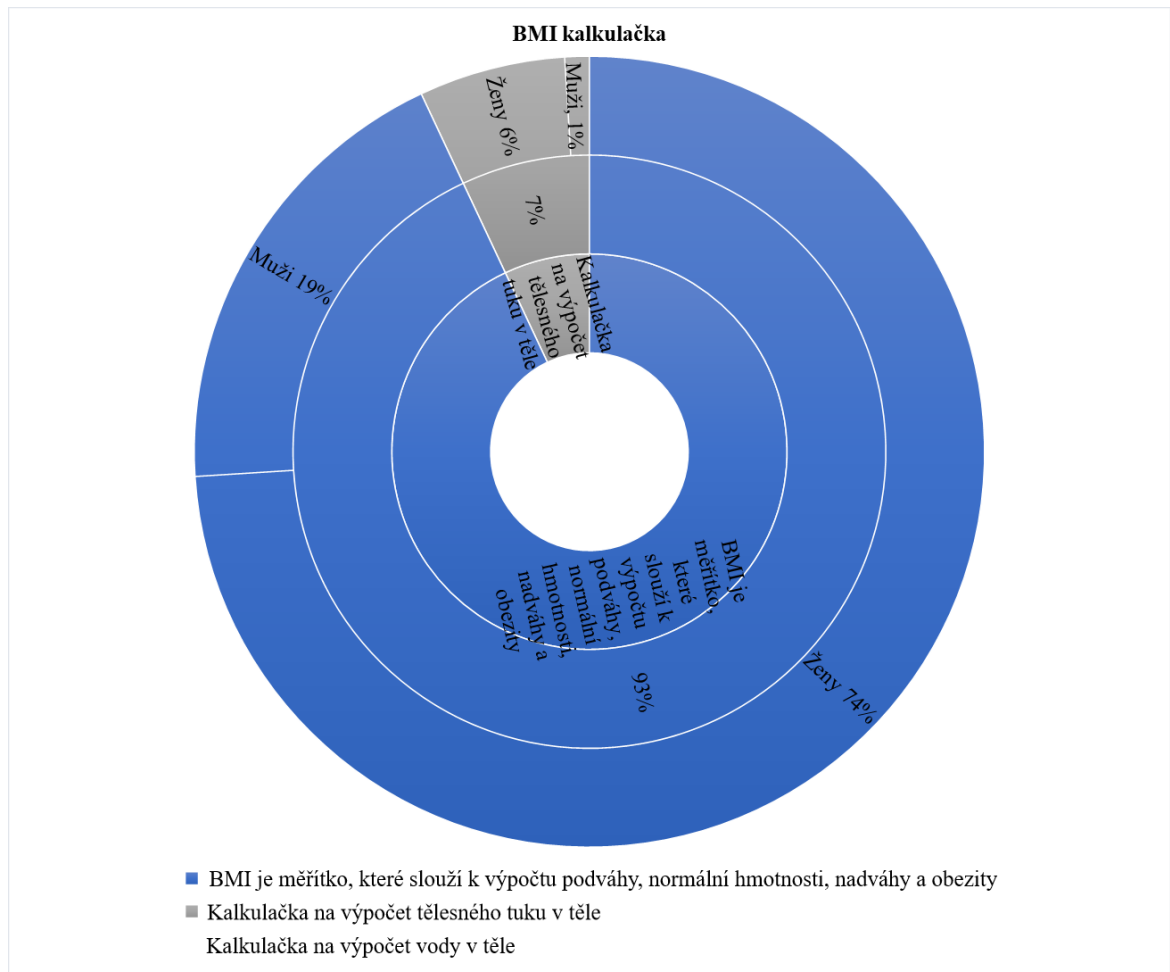
Z tabulky 13 a grafu 13 můžeme vyčíst, že do 1 km ujde celkem 14 respondentů (14 %). 5 km za den ujde 51 respondentů (51 %). Do 10 km ujde 31 respondentů (31 %) a nad 10 km ujdou celkem 4 respondenti (4 %). Z tabulky a grafu tak lze vyčíst, že více jak ½ respondentů ujde za den přibližně do 5 km.

Z pohledu žen ujde za den do 1 km 12 respondentek (12 %). Do 5 km ujde za den 39 respondentek (39 %). Do 10 km ujde za den 26 respondentek (26 %) a nad 10 km ujdou za den 3 respondentky (3 %).

Z pohledu mužů ujdou za den do 1 km 2 respondenti (2 %). Do 5 km ujde za den 12 respondentů (12 %). Do 10 km ujde za den 5 respondentů (5 %) a nad 10 km ujde za den 1 respondent (1 %).

Položka č.14 Víte, co je BMI?*Tabulka 14: BMI kalkulačka*

BMI kalkulačka	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
BMI je měřítko, které slouží k výpočtu podváhy, normální hmotnosti, nadváhy a obezity	93	93 %	Žena	74 %
			Muž	19 %
Kalkulačka na výpočet tělesného tuku v těle	7	7 %	Žena	6 %
			Muž	1 %
Kalkulačka na výpočet vody v těle	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 14: BMI kalkulačka

Z tabulky 14 a grafu 14 vyplývá, že 93 respondentů (93 %) ví, že BMI je měřítko, které slouží k výpočtu podváhy, normální hmotnosti, nadváhy a obezity. 7 respondentů (7 %) na otázku co je BMI odpovědělo, že se jedná o kalkulačku na výpočet tělesného tuku. Že se jedná o kalkulačku na výpočet vody v těle neodpověděl žádný z respondentů.

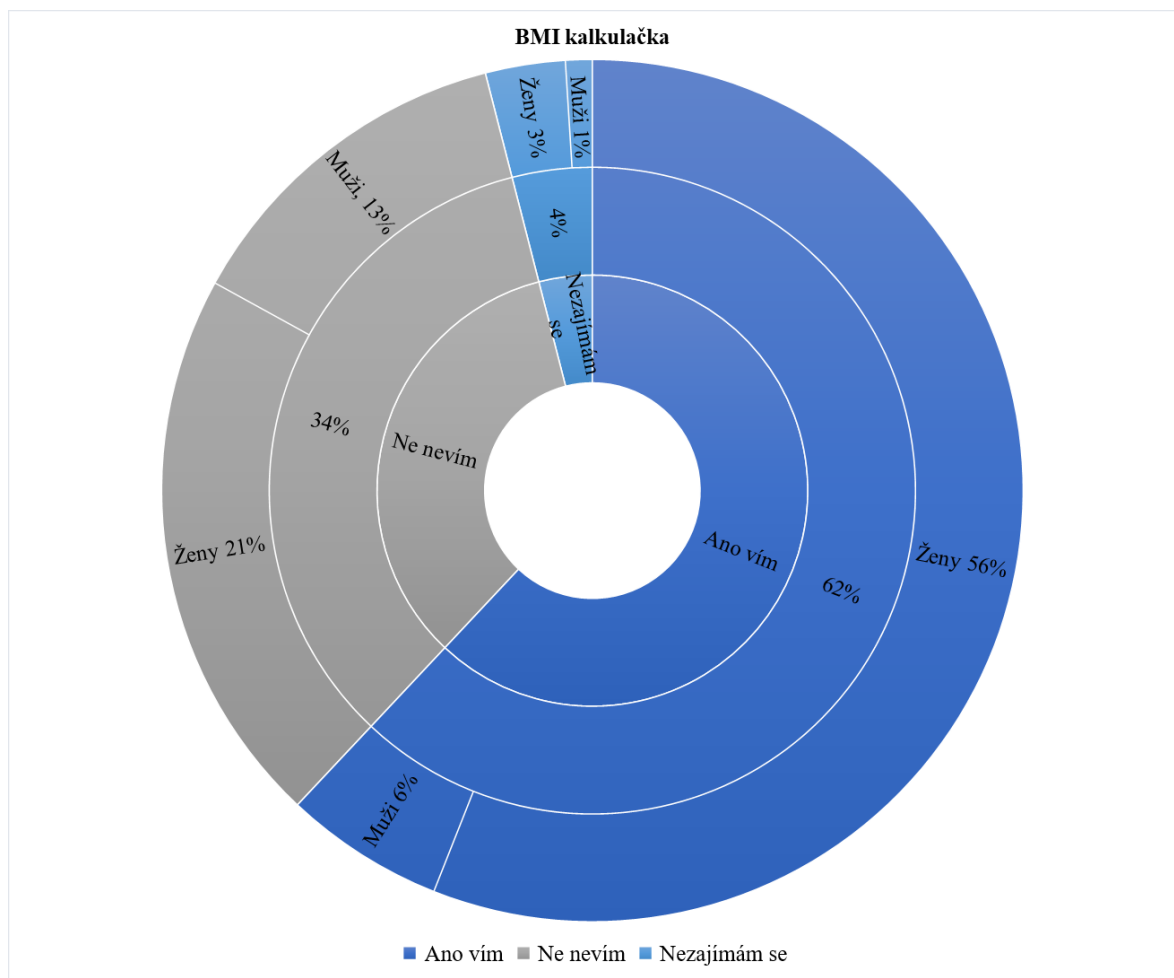
Z pohledu žen uvedlo 74 respondentek (74 %), že se jedná o měřítko, které slouží k výpočtu podváhy, normální hmotnosti, nadváhy a obezity. 6 respondentek (6 %) uvedlo, že se jedná o kalkulačku na výpočet tělesného tuku v těle. Odpověď „Kalkulačka na výpočet vody v těle“ nevedla žádná z respondentek.

Z pohledu mužů uvedlo 19 respondentů (19 %), že se jedná o měřítko, které slouží k výpočtu podváhy, normální hmotnosti, nadváhy a obezity. 1 respondent (1 %) uvedl, že se jedná o kalkulačku na výpočet tělesného tuku v těle. Odpověď „Kalkulačka na výpočet vody v těle“ nevedl žádný z respondentů.

Položka č. 15 Víte, jaké je Vaše BMI?

Tabulka 15: BMI

BMI	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Ano vím	62	62 %	Žena	56 %
			Muž	6 %
Ne nevím	34	34 %	Žena	21 %
			Muž	13 %
Nezajímám se	4	4 %	Žena	3 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 15: BMI

V tabulce 15 a grafu 15 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda respondenti znají hodnotu svého BMI. 62 respondentů (62 %) uvedlo, že vědí. 34 respondentů (34 %) uvedlo, že neví, jaká je jejich hodnota BMI a zbylí 4 respondenti (4 %) uvedli, že se nezajímají. Z tabulky a grafu vyplývá, že více jak ½ respondentů znají svou hodnotu BMI.

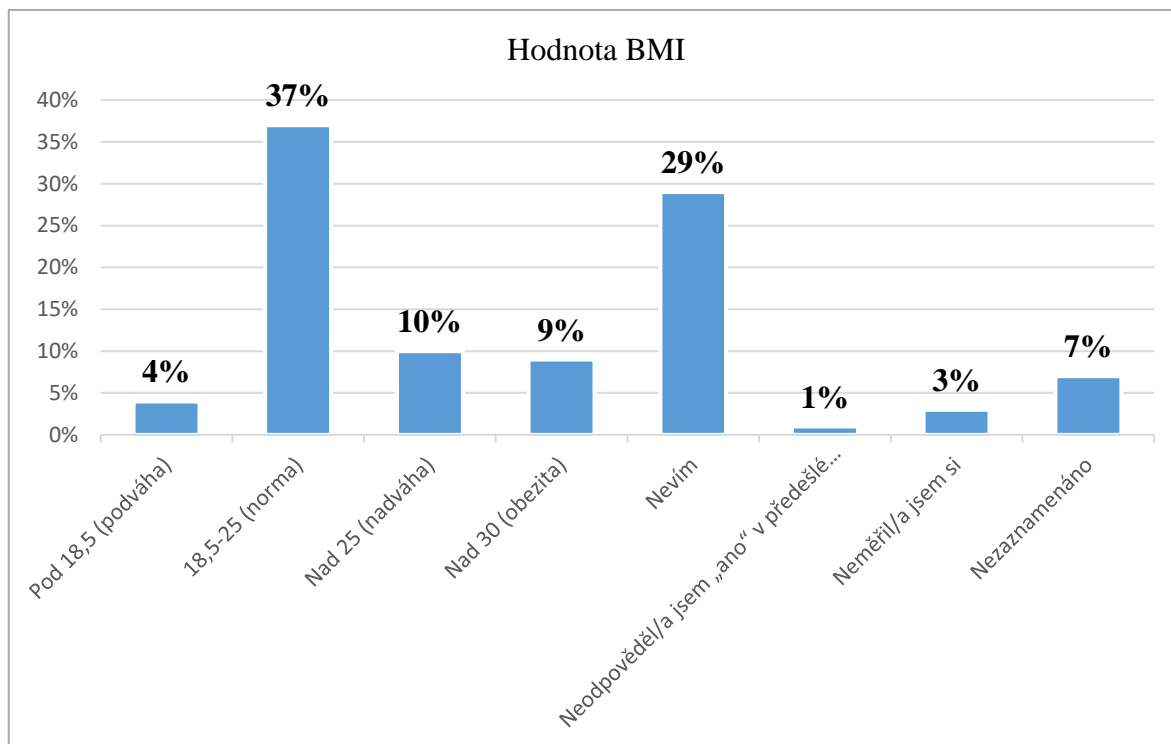
Z pohledu žen uvedlo 56 respondentek (56 %), že znají své hodnoty BMI. 21 respondentek (21 %) uvedlo, že neví, jaká je jejich hodnota BMI a 3 respondentky (3 %) uvedly, že se nezajímají.

Z pohledu mužů 6 respondentů (6 %) uvedlo, že znají své hodnoty BMI. 13 respondentů (13 %) uvedlo, že neví a 1 respondent (1 %) uvedl, že se nezajímá.

Položka č. 16 Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a ano, mohl/a byste uvést vaše BMI?

Tabulka 16: Hodnota BMI

Hodnota BMI	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Pod 18,5 (podváha)	4	4 %	Žena	4 %
			Muž	0 %
18,5-25 (norma)	37	37 %	Žena	34 %
			Muž	3 %
Nad 25 (nadváha)	10	10 %	Žena	9 %
			Muž	1 %
Nad 30 (obezita)	9	9 %	Žena	7 %
			Muž	2 %
Nevím	29	29 %	Žena	16 %
			Muž	13 %
Neodpověděl/a jsem „ano“ v předešlé otázce	1	1 %	Žena	1 %
			Muž	0 %
Neměřil/a jsem si	3	3 %	Žena	3 %
			Muž	0 %
Nezaznamenáno	7	7 %	Žena	6 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 16: Hodnota BMI

Z tabulky 16 a grafu 16 vyplývá, že z celkového počtu 100 respondentů 4 respondenti (4 %) spadají do kategorie „Podváha“. 37 respondentů (37 %) mají své BMI v normě. 10 respondentů (10 %) spadá do kategorie „Nadváha“. Obezitou trpí 9 respondentů (9 %). 29 respondentů (29 %) odpovědělo, že neví, jakou mají svoji hodnotu BMI. 1 respondent neodpověděl v předešlé otázce, zda zná svoji hodnotu BMI „ano“. 3 respondenti (3 %) si neměřili svoji hodnotu BMI a zbylých 7 respondentů (7 %) nezaznamenalo svoji odpověď.

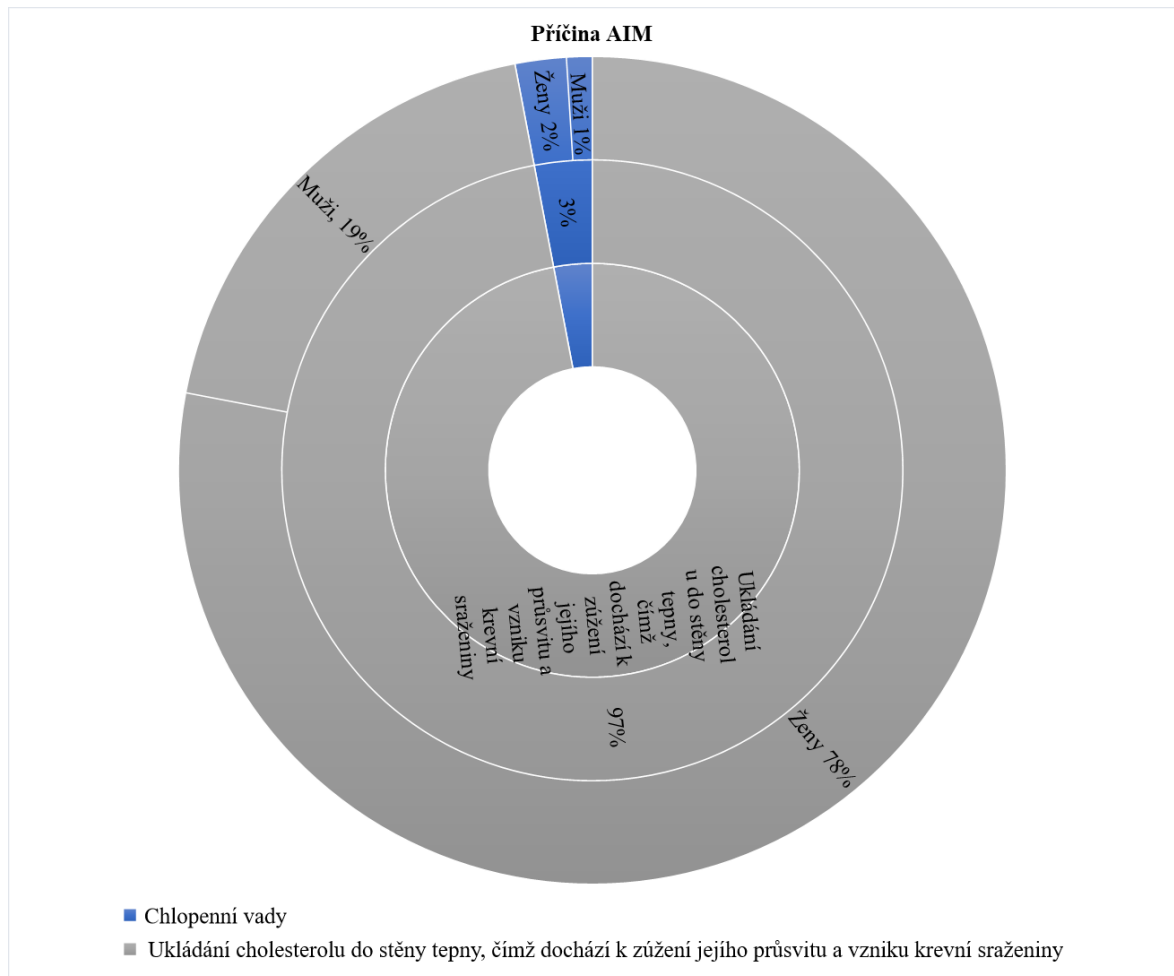
Z pohledu žen spadají do kategorie „Podváha“ 4 respondentky (4 %). 34 respondentek (34 %) má své BMI v normě. 9 respondentek (9 %) spadá do kategorie „Nadváha“. Obezitou trpí 7 respondentek (7 %). 16 respondentek (16 %) uvedlo, že neví, jakou mají svoji hodnotu BMI. 1 respondentka (1 %) neodpověděla v předešlé otázce, zda zná svoji hodnotu BMI „Ano“. 3 respondentky (3 %) si neměřily svoji hodnotu BMI a 6 respondentek (6 %) nezaznamenalo svoji hodnotu BMI.

Z pohledu mužů nespadá do kategorie „Podváha“ žádný z respondentů. 3 respondenti (3 %) má svoji hodnotu BMI v normě. 1 respondent (1 %) spadá do kategorie „Nadváha“. Obezitou trpí 2 respondenti (2 %). 13 respondentů (13 %) odpovědělo, že neví, jakou mají svoji hodnotu BMI a 1 respondent (1 %) nezaznamenal svoji hodnotu BMI.

Položka č. 17 Co si myslíte, že je hlavní příčinou vzniku akutního infarktu myokardu?

Tabulka 17: Příčina AIM

Příčina AIM	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Chlopenní vady	3	3 %	Žena	2 %
			Muž	1 %
Ukládání cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k zúžení jejího průsvitu a vzniku krevní sraženiny	97	97 %	Žena	78 %
			Muž	19 %
Nízký krevní tlak	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Nezajímám se	0	0 %	Žena	0 %
			Muž	0 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 17: Příčina AIM

Z tabulky 17 a grafu 17 vyplývá, že 3 respondenti (3 %) uvedli, že příčinou vzniku akutního infarktu myokardu jsou chlopenní vady. 97 respondentů (97 %) uvedlo, že příčinou vzniku akutního infarktu myokardu je ukládání cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k zúžení jejího průsvitu a vzniku krevní sraženiny. Na odpověď „Nízký krevní tlak“ a „Nezajímám se“ nereagoval žádný z respondentů.

Z pohledu žen odpověděly 2 respondentky (2 %), že příčinou vzniku akutního infarktu myokardu jsou chlopenní vady a 78 respondentek (78 %) uvedlo, že hlavní příčinou vzniku akutního infarktu myokardu je ukládání cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k zúžení jejího průsvitu a vzniku krevní sraženiny. Odpověď „Nízký krevní tlak“ a „Nezajímám se“ neuvedla žádná z respondentek.

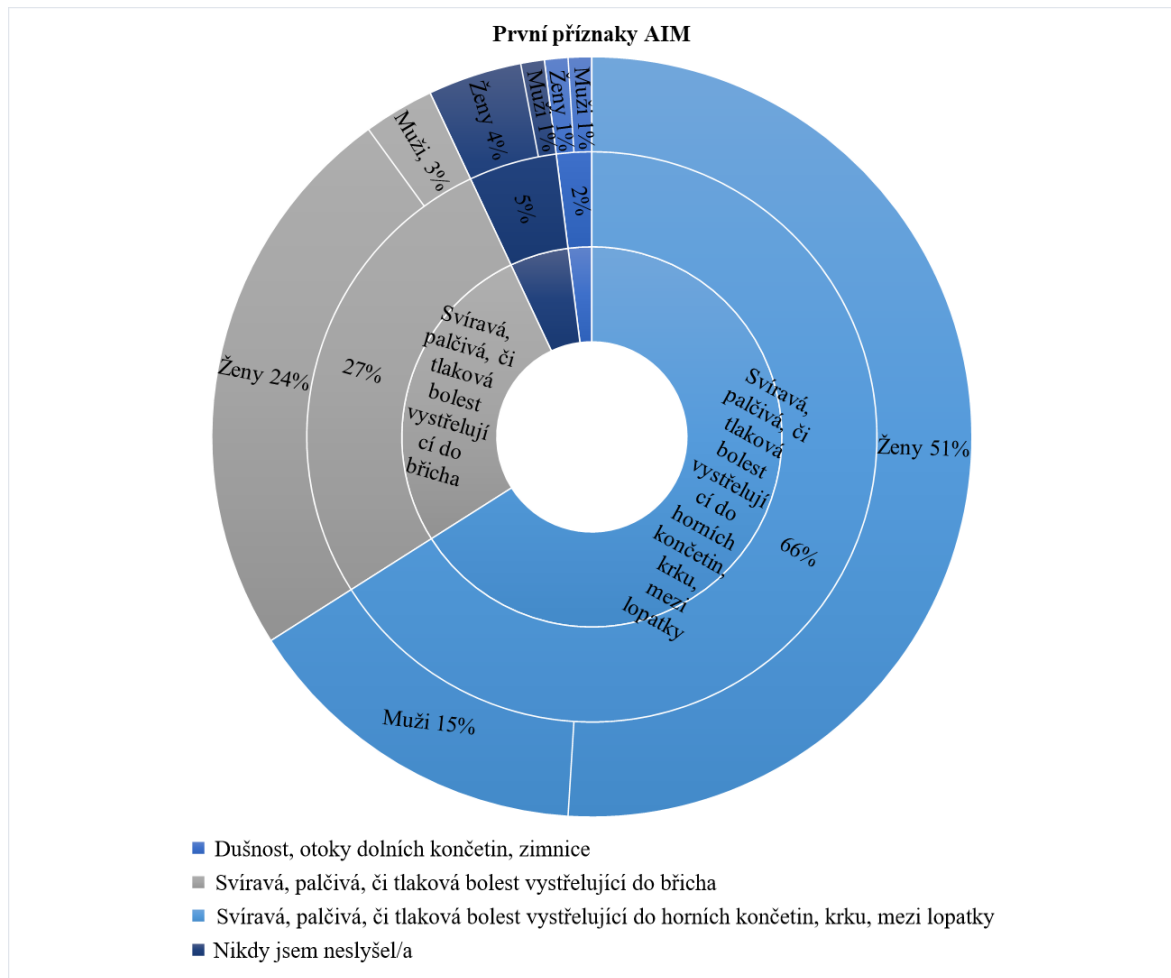
Z pohledu mužů uvedl 1 respondent (1 %), že příčinou jsou chlopenní vady. 19 respondentů (19 %) uvedlo, že hlavní příčinou vzniku akutního infarktu myokardu je ukládání

cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k zúžení jejího průsvitu a vzniku krevní sraženiny. Odpověď „Nízký krevní tlak“ a „Nezajímám se“ neuvedl žádný z respondentek.

Položka č. 18 Víte, jaké jsou nejčastější první příznaky akutního infarktu myokardu?

Tabulka 18: První příznaky AIM

První příznaky AIM	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Dušnost, otoky dolních končetin, zimnice	2	2 %	Žena	1 %
			Muž	1 %
Svíravá, palčivá, či tlaková bolest vystřelující do břicha	27	27 %	Žena	24 %
			Muž	3 %
Svíravá, palčivá, či tlaková bolest vystřelující do horních končetin, krku, mezi lopatky	66	66 %	Žena	51 %
			Muž	15 %
Nikdy jsem neslyšel/a	5	5 %	Žena	4 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 18: První příznaky AIM

Z tabulky 18 a grafu 18 vyplývá, že 2 respondenti (2 %) uvedli, že prvními příznaky akutního infarktu myokardu jsou dušnost, otoky dolních končetin a zimnice. 27 respondentů (27 %) uvedlo, že mezi nejčastější první příznaky akutního infarktu myokardu patří svíravá, palčivá, či tlaková bolest vystřelující do břicha. 66 respondentů (66 %) uvedlo, že mezi nejčastější první příznaky patří svíravá, palčivá, či tlaková bolest vystřelující do horních končetin, krku, mezi lopatky a 5 respondentů (5 %) o tom nikdy neslyšelo. Z toho vyplývá, že více jak ½ respondentů zná první příznaky akutního infarktu myokardu.

Z pohledu žen 1 respondentka (1 %) uvedla, že prvními příznaky akutního infarktu myokardu jsou dušnost, otoky dolních končetin a zimnice. 24 respondentek (24 %) odpovědělo, že nejčastějšími příznaky jsou svíravá, palčivá, či tlaková bolest za hrudní kostí vystřelující do břicha. 51 respondentek (51 %) uvedlo, že nejčastějšími příznaky je svíravá, palčivá, či tlaková bolest vystřelující do horních končetin, krku a mezi lopatky a 4

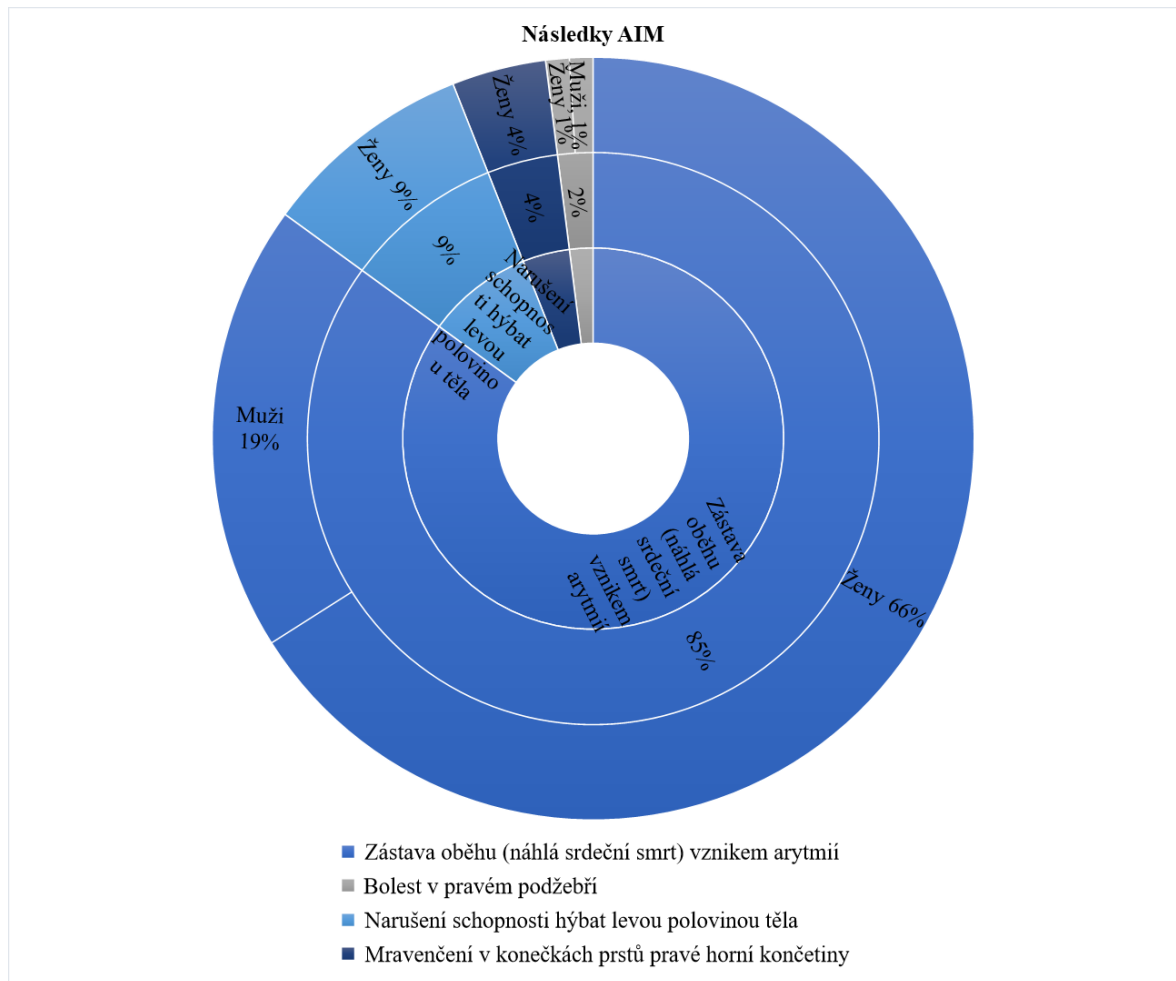
respondentky (4 %) uvedly, že o tom nikdy neslyšely.

Z pohledu mužů 1 respondent (1 %) uvedl, že prvními příznaky akutního infarktu myokardu jsou dušnost, otoky dolních končetin a zimnice. 3 respondenti (3 %) uvedli, že nejčastějšími příznaky je svíravá, palčivá, či tlaková bolest za hrudní kostí vystřelující do břicha. 15 respondentů (15 %) uvedlo, že nejčastějšími příznaky je svíravá, palčivá, či tlaková bolest vystřelující do horních končetin, krku a mezi lopatky. 1 (1 %) respondent uvedl, že o tom nikdy neslyšel.

Položka č. 19 Myslíte si, že víte, jaké mohou nastat následky při pozdní reakci na první příznaky tohoto onemocnění?

Tabulka 19: Následky AIM

Následky AIM	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Zástava oběhu (náhlá srdeční smrt) vznikem arytmií	85	85 %	Žena	66 %
			Muž	19 %
Bolest v pravém podžebří	2	2 %	Žena	1 %
			Muž	1 %
Narušení schopnosti hýbat levou polovinou těla	9	9 %	Žena	9 %
			Muž	0 %
Mravenčení v konečkách prstů pravé horní končetiny	4	4 %	Žena	4 %
			Muž	0 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 19: Následky AIM

Z tabulky 19 a grafu 19 vyplývá, že 85 respondentů (85 %) uvedlo, že následkem pozdní reakce na první příznaky tohoto onemocnění je zástava oběhu (náhlá srdeční smrt) vznikem arytmií. 2 respondenti (2 %) uvedli, že následkem je bolest v pravém podžebří. 9 respondentů (9 %) uvedlo, že následkem pozdní reakce na první příznaky tohoto onemocnění bývá narušení schopnosti hýbat levou polovinu těla a 4 respondenti (4 %) uvedli, že jako následek pozdní reakce na první příznaky akutního infarktu myokardu bývá mravenčení v konečkách prstů pravé horní končetiny.

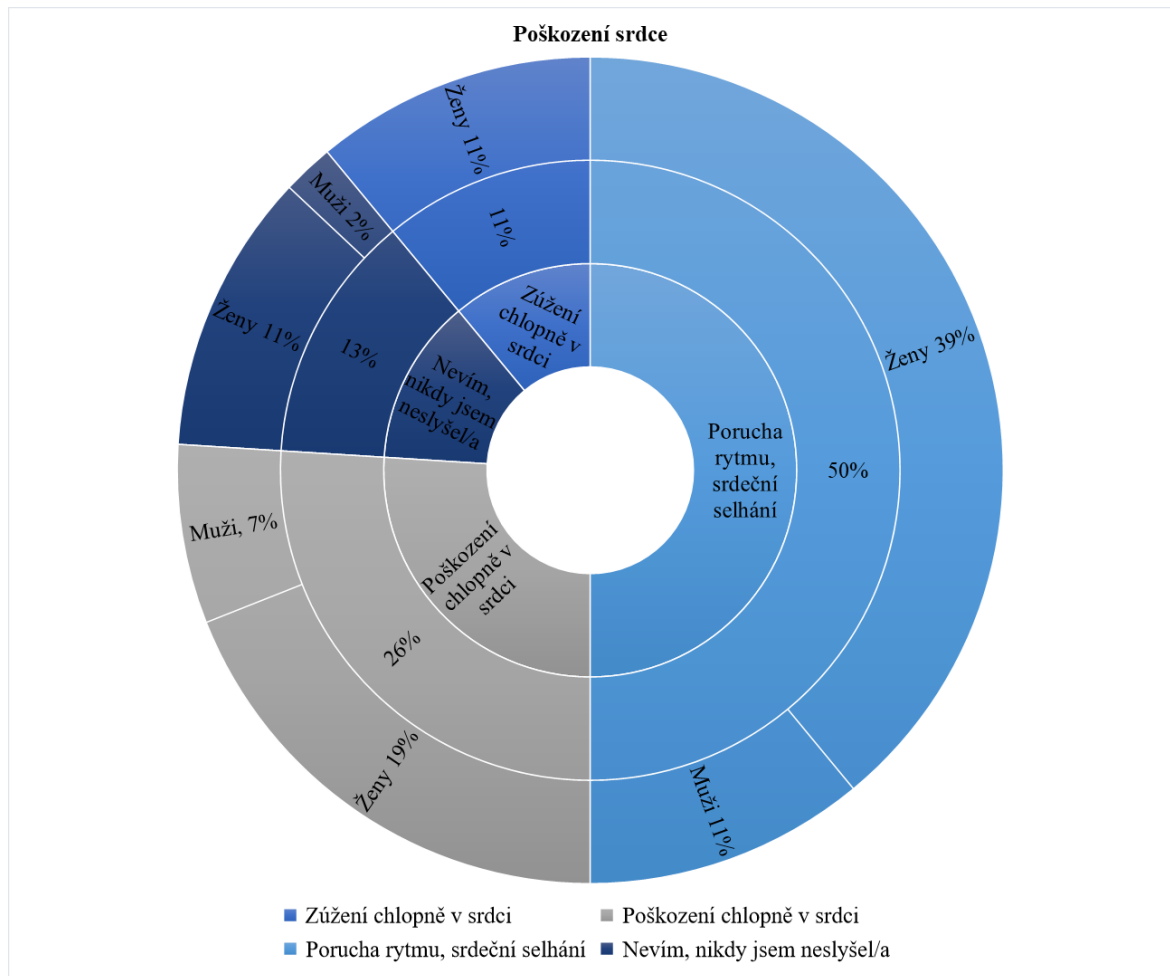
Z pohledu žen 66 respondentek (66 %) uvedlo, že následkem pozdní reakce na první příznaky toho onemocnění je zástava oběhu (náhlá srdeční smrt) vznikem arytmií. 1 respondentka (1 %) uvedla, že následkem je bolest v pravém podžebří. 9 respondentek (9 %) uvedlo, že následkem může být narušení schopnosti hýbat levou polovinou těla a 4 respondentky (4 %) uvedly, že následkem může být mravenčení v konečkách prstů pravé horní končetiny.

Z pohledu mužů 19 respondentů (19 %) uvedlo, že následkem pozdní reakce na první příznaky toho onemocnění je zástava oběhu (náhlá srdeční smrt) vznikem arytmií. 1 respondent (1 %) uvedl, že následkem vzniká bolest v pravém podžebří. Odpověď „Narušení schopnosti hýbat levou polovinou těla“ a „Mravenčení v konečkách prstů pravé horní končetiny“ neuvedl žádný z respondentů.

Položka č. 20 Věděl/a byste, jaké může vzniknout poškození srdce po prodělání akutního infarktu myokardu?

Tabulka 20: Poškození srdce

Poškození srdce	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Zúžení chlopně v srdci	11	11 %	Žena	11 %
			Muž	0 %
Poškození chlopně v srdci	26	26 %	Žena	19 %
			Muž	7 %
Porucha rytmu, srdeční selhání	50	50 %	Žena	39 %
			Muž	11 %
Nevím, nikdy jsem neslyšel/a	13	13 %	Žena	11 %
			Muž	2 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 20: Poškození srdce

Z tabulky 20 a grafu 20 vyplývá, že 11 respondentů (11 %) uvedlo, že po prodělaném akutním infarktu myokardu dochází k zúžení chlopně v srdci. 26 respondentů (26 %) uvedlo, že po prodělaném infarktu může dojít k poškození chlopně v srdci. 50 respondentů (50 %) odpovědělo, že po prodělaném infarktu myokardu může dojít k poruše rytmu a srdečnímu selhání a zbylých 13 respondentů (13 %) o tom nikdy neslyšelo.

Z pohledu žen 11 respondentek (11 %) uvedlo, že po prodělaném akutním infarktu myokardu dochází k zúžení chlopně v srdci. 19 respondentek (19 %) uvedlo, že dochází k poškození chlopně v srdci. 39 respondentek (39 %) uvedlo, že dochází k poruše srdečního rytmu a k srdečnímu selhání a zbylých 11 respondentek (11 %) uvedlo, že neví.

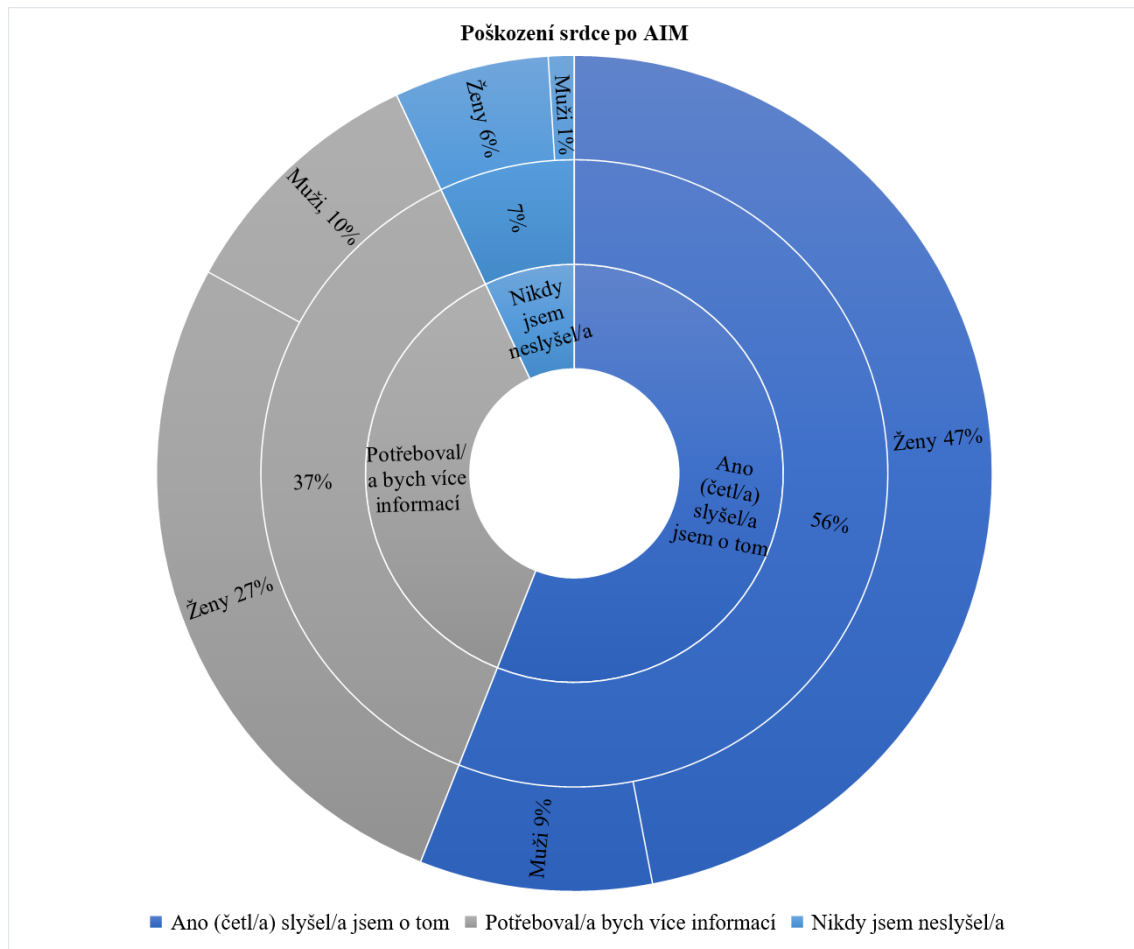
Z pohledu mužů 7 respondentů (7 %) uvedlo, že po prodělaném akutním infarktu myokardu dochází k poškození chlopně v srdci. 11 respondentů (11 %) uvedlo, že po prodělaném akutním infarktu myokardu dochází k poruchám srdečního rytmu a k srdečnímu selhání a 2

zbylí respondenti (2 %) uvedli, že neví. Odpověď „Zúžení chlopně v srdci“ neuvedl žádný z respondentů.

Položka č. 21 Víte o tom, že po prodělaném akutním infarktu myokardu je srdce trvale poškozeno?

Tabulka 21: Poškození srdce po AIM

Poškození srdce po AIM	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Ano (četl/a) slyšel/a jsem o tom	56	56 %	Žena	47 %
			Muž	9 %
Potřeboval/a bych více informací	37	37 %	Žena	27 %
			Muž	10 %
Nikdy jsem neslyšel/a	7	7 %	Žena	6 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 21: Poškození srdce po AIM

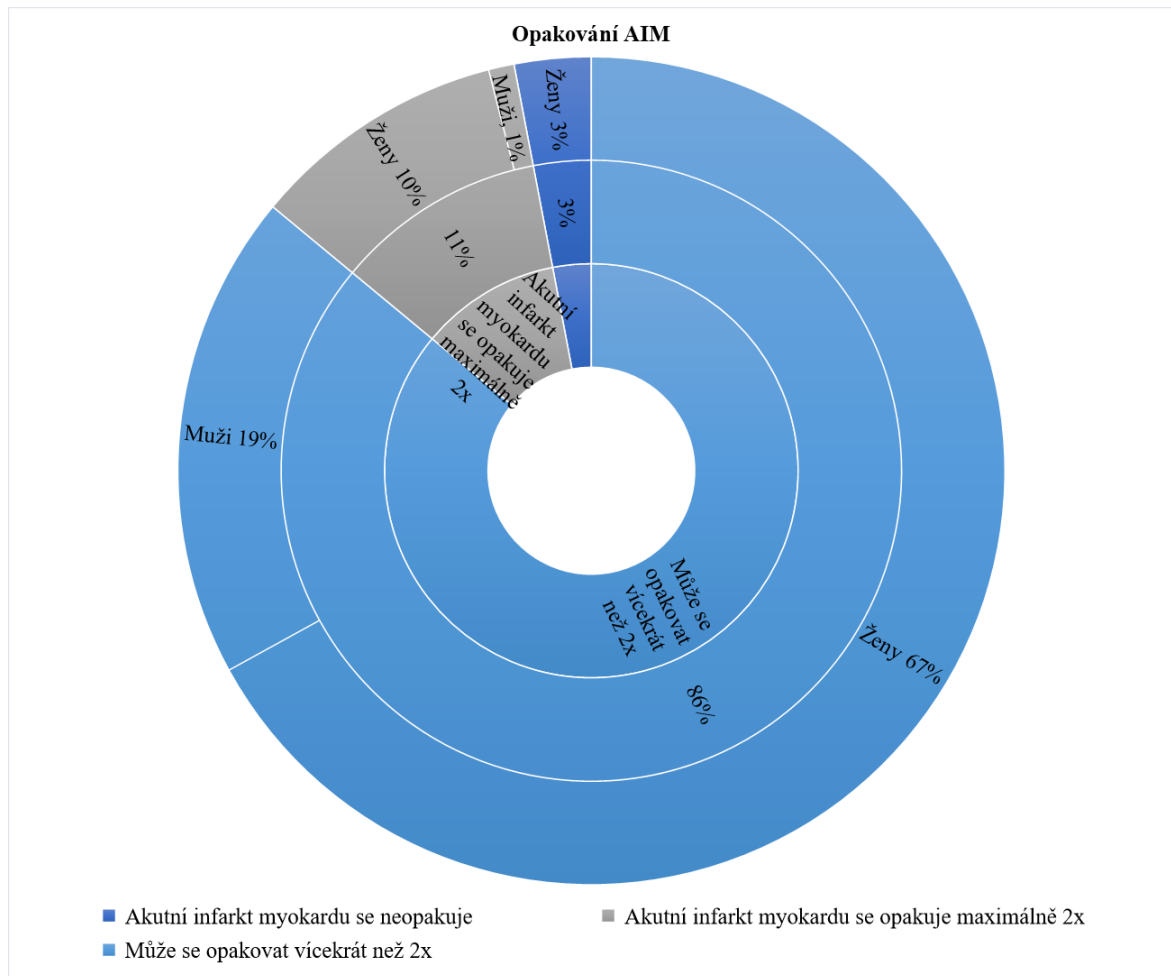
Z tabulky 21 a grafu 21 vyplývá, že 56 respondentů (56 %) slyšelo (četlo) o tom, že po prodělaném akutním infarktu myokardu je srdce trvale poškozeno. 37 (37 %) by potřebovalo více informací a zbylých 7 respondentů (7 %) o tom nikdy neslyšelo.

Z pohledu žen 47 respondentek (47 %) četlo (slyšelo) o tom, že po prodělaném akutním infarktu myokardu zůstává srdce trvale poškozeno. 27 respondentek (27 %) by potřebovalo více informací a zbylých 6 respondentek (6 %) o tom nikdy neslyšelo.

Z pohledu mužů 9 respondentů (9 %) četlo (slyšelo) o tom, že po prodělaném akutním infarktu myokardu zůstává srdce trvale poškozeno. 10 respondentů (10 %) uvedlo, že by potřebovalo více informací a 1 respondent (1 %) uvedl, že o tom nikdy neslyšel.

Položka č. 22 Myslíte si, že se akutní infarkt myokardu může opakovat?*Tabulka 22: Opakování AIM*

Opakování AIM	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Akutní infarkt myokardu se neopakuje	3	3 %	Žena	3 %
			Muž	0 %
Akutní infarkt myokardu se opakuje maximálně 2x	11	11 %	Žena	10 %
			Muž	1 %
Může se opakovat vícekrát než 2x	86	86 %	Žena	67 %
			Muž	19 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 22: Opakování AIM

Z tabulky 22 a grafu 22 vyplývá, že 3 respondenti (3 %) uvedli, že se akutní infarkt myokardu neopakuje. 11 respondentů (11 %) uvedlo, že se akutní infarkt myokardu opakuje maximálně 2x a 86 respondentů (86 %) uvedlo, že se akutní infarkt myokardu může opakovat vícekrát než 2x.

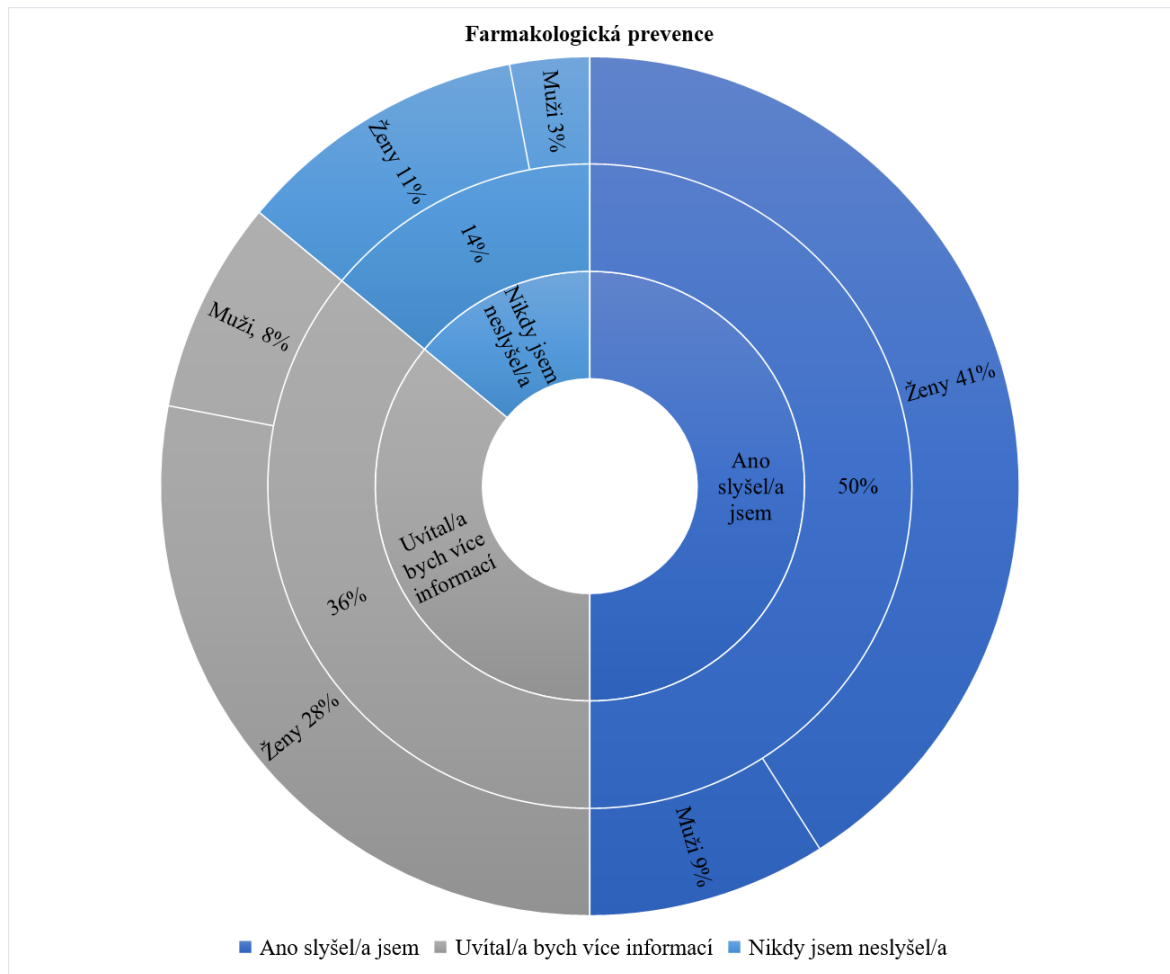
Z pohledu žen 3 respondentky (3 %) uvedly, že se akutní infarkt myokardu neopakuje. 10 respondentek (10 %) uvedlo, že se akutní infarkt myokardu může opakovat maximálně 2x a 67 respondentek (67 %) uvedlo, že se akutní infarkt myokardu může opakovat vícekrát než 2x.

Z pohledu mužů 1 respondent (1 %) uvedl, že se akutní infarkt myokardu může opakovat maximálně 2x. 19 respondentů (19 %) uvedlo, že se akutní infarkt myokardu může opakovat vícekrát než 2x. Odpověď „Akutní infarkt myokardu se neopakuje“ nevedl žádný z respondentů.

Položka č. 23 Víte o tom, že se po prodělání akutního infarktu myokardu dbá na farmakologickou prevenci, kdy se pravidelně užívají léky, které působí proti krevní srážlivosti?

Tabulka 23: Farmakologická prevence

Farmakologická prevence	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Ano slyšel/a jsem	50	50 %	Žena	41 %
			Muž	9 %
Uvítal/a bych více informací	36	36 %	Žena	28 %
			Muž	8 %
Nikdy jsem neslyšel/a	14	14 %	Žena	11 %
			Muž	3 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 23: Farmakologická prevence

Z tabulky 23 a grafu 23 vyplývá, že 50 respondentů (50 %) slyšelo tom, že se po prodělaném AIM dbá na farmakologickou prevenci, kdy se pravidelně užívají léky, které působí proti krevní srážlivosti. 36 respondentů (36 %) uvedlo odpověď, že by uvítalo více informací a 14 respondentů uvedlo odpověď „Nikdy jsem neslyšel/a“.

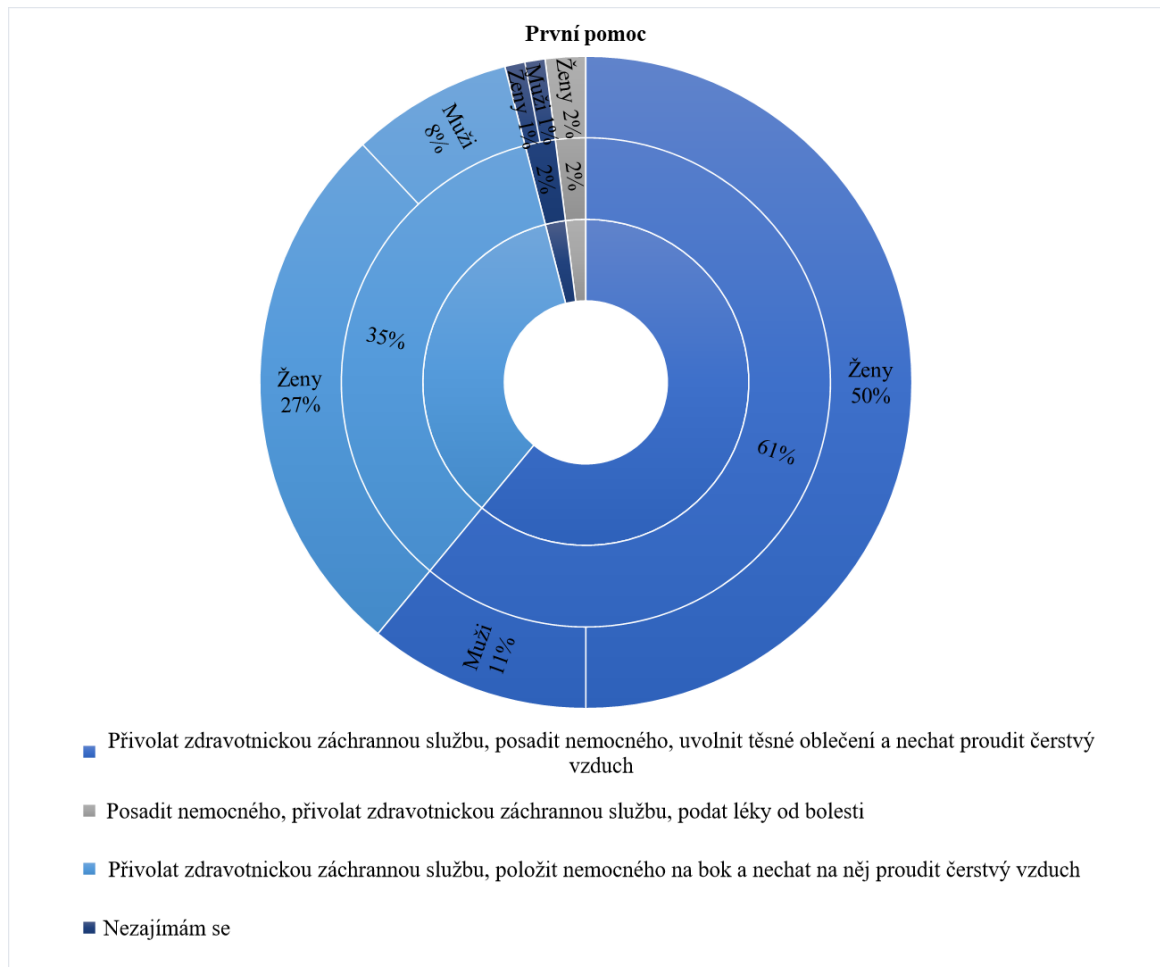
Z pohledu žen 41 respondentek (41 %) uvedlo „Ano, slyšel/a jsem“. 28 respondentek (28 %) uvedlo „Uvítal/a bych více informací“ a zbylých 11 respondentek (11 %) uvedlo „Nikdy jsem neslyšel/a“.

Z pohledu mužů 9 respondentů (9 %) uvedlo „Ano, slyšel/a jsem“. 8 respondentů (8 %) uvedlo „Uvítal/a bych více informací“ a 3 respondenti (3 %) uvedli „Nikdy jsem neslyšel/a“.

Položka č. 24 Věděl/a byste, jak zahájit první pomoc při výskytu příznaků tohoto onemocnění?

Tabulka 24: První pomoc

První pomoc	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Přivolat zdravotnickou záchrannou službu, posadit nemocného, uvolnit těsné oblečení a nechat proudit čerstvý vzduch	61	61 %	Žena	50 %
			Muž	11 %
Posadit nemocného, přivolat zdravotnickou záchrannou službu, podat léky od bolesti	2	2 %	Žena	2 %
			Muž	0 %
Přivolat zdravotnickou záchrannou službu, položit nemocného na bok a nechat na něj proudit čerstvý vzduch	35	35 %	Žena	27 %
			Muž	8 %
Nezajímám se	2	2 %	Žena	1 %
			Muž	1 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 24: první pomoc

Z tabulky 24 a grafu 24 vyplývá, že celkem 61 respondentů (61 %) zvolilo odpověď „Privolat zdravotnickou záchrannou službu, posadit nemocného, uvolnit těsné oblečení a nechat proudit čerstvý vzduch“. 2 respondenti (2 %) uvedli odpověď „Posadit nemocného, přivolat zdravotnickou záchrannou službu, podat léky od bolesti“. 35 respondentů (35 %) uvedlo odpověď „Privolat zdravotnickou záchrannou službu, položit nemocného na bok a nechat na něj proudit čerstvý vzduch“ a zbylí 2 respondenti (2 %) uvedli odpověď „Nezajímám se“.

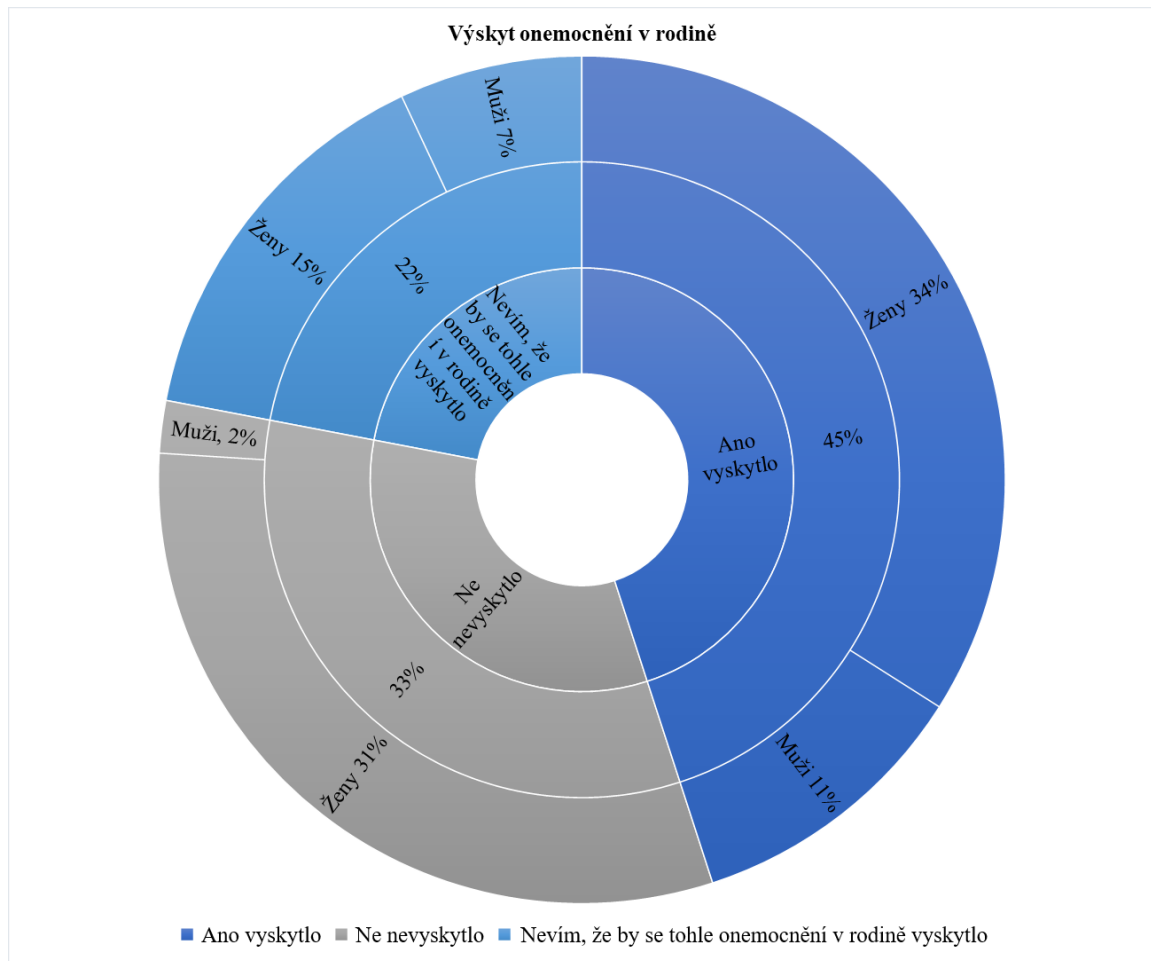
Z pohledu žen uvedlo 50 respondentek (50 %) „Privolat zdravotnickou záchrannou službu, posadit nemocného, uvolnit těsné oblečení a nechat proudit čerstvý vzduch“. 2 respondentky (2 %) uvedly „Posadit nemocného, přivolat zdravotnickou záchrannou službu, podat léky od bolesti“. 27 respondentek (27 %) uvedlo „Privolat zdravotnickou záchrannou službu, položit nemocného na bok a nechat na něj proudit čerstvý vzduch“ a 1 respondentka (1 %) uvedla, že se nezajímá.

Z pohledu mužů uvedlo 11 respondentů (11 %) „Přivolat zdravotnickou záchrannou službu, posadit nemocného, uvolnit těsné oblečení a nechat proudit čerstvý vzduch“. 8 respondentů (8 %) uvedlo „Přivolat zdravotnickou záchrannou službu, položit nemocného na bok a nechat na něj proudit čerstvý vzduch“ a 1 respondent (1 %) uvedl, že se nezajímá. Odpověď „Posadit nemocného, přivolat zdravotnickou záchrannou službu, podat léky od bolesti“ neuvedl žádná z respondentů.

Položka č. 25 Vyskytlo se ve Vaší rodině onemocnění spojené s rizikovými faktory, které vedly k onemocnění srdce?

Tabulka 25: Výskyt onemocnění v rodině

Výskyt onemocnění v rodině	(n)	(r)	Pohlaví	(r)
Ano vyskytlo	45	45 %	Žena	34 %
			Muž	11 %
Ne nevyskytlo	33	33 %	Žena	31 %
			Muž	2 %
Nevím, že by se tohle onemocnění v rodině vyskytlo	22	22 %	Žena	15 %
			Muž	7 %
Součet	100	100 %	Žena	80 %
			Muž	20 %



Graf 25: Výskyt onemocnění v rodině

Z tabulky 25 a grafu 25 vyplývá, že se u 45 respondentů (45 %) vyskytlo onemocnění, spojené s riziky, která by mohly vést k onemocnění srdce. 33 respondentů (33 %) uvedlo, že se u nich v rodině nevyskytlo onemocnění spojené s rizikovými faktory, které by mohly vést k onemocnění srdce. Zbýlých 22 respondentů (22 %) uvedlo, že neví.

Z pohledu žen na otázku, zda se vyskytlo v rodině onemocnění spojené s rizikovými faktory, které vedly k onemocnění srdce odpovědělo 34 respondentek (34 %), že ano. 31 respondentek (31 %) odpovědělo, že ne a 15 respondentek (15 %) uvedlo, že neví.

Z pohledu mužů uvedlo 11 respondentů (11 %), že ano. 2 respondenti (2 %) uvedli, že ne a 7 respondentů (7 %) uvedlo, že neví.

8 DISKUZE

Hlavní cíl práce se zaměřil na povědomí laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu. Z šetření vyplynulo, že 93 % respondentů ví, co znamená akutní infarkt myokardu. Výsledky tohoto šetření se trochu liší od výzkumu Valáškové (Valášková, 2011), která se ve své bakalářské práci zabývala úrovní znalostí laické veřejnosti o diagnóze infarkt myokardu. Uvádí, že 77 % respondentů odpovědělo správně na otázku co je to srdeční infarkt.

První dílčí cíl se zaměřil na zjištění znalostí a míru informovanosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu. Tímto dílčím cílem se zabývaly položky č. 5, 6, 7, 8, 9, 17. Z šetření vyplynulo, že si 95 % respondentů myslí, že by se mohla zvýšit míra informovanosti o akutním infarktu myokardu, kdyby byly informace o tomto onemocnění dostupné ve veřejných prostorech. Podle Krbcové (Krbcová, 2019), která se ve svém článku zabývá akutním infarktem myokardu, mají lidé minimální zájem dobrovolně získávat informace o tomto onemocnění, a proto je nutné veřejnosti tuto problematiku neustále připomínat. K prvnímu cíli se dále vztahovala položka č. 8, díky které bylo u respondentů zjišťováno, zda je akutní infarkt myokardu závažné onemocnění. 97 % respondentů uvedlo, že je akutní infarkt myokardu závažné onemocnění. Tyto výsledky se neshodují s výzkumem Poláchové (Poláchová, 2013), která se ve své bakalářské práci zabývala výzkumem infarktu myokardu a zlatou hodinou. Uvádí, že z celkového počtu 61 respondentů (100 %) se pouze 61 % respondentů domnívá, že je akutní infarkt myokardu závažné onemocnění. Na znalosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu se zaměřila položka č. 9, kdy bylo u respondentů zjišťováno, zda ví, co znamená akutní infarkt myokardu. 93 % dotazovaných správně odpovědělo, že se jedná o náhlé přerušování krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny. Položka č. 17, vztahující se k prvnímu dílčímu cíli, zjišťovala, zda respondenti vědí, co je hlavní příčinou akutního infarktu myokardu. Podle Sovové (Sovová, 2014), která ve své knize zabývá kardiologií pro obor ošetrovatelství, vzniká akutní infarkt myokardu nekrózou myokardu, jehož příčinou je vznik ruptury nebo fisury aterosklerotického plátu což má za následek zúžení tepny a může tak docházet k nasedání trombu. 97 respondentů (97 %) tedy správně odpovědělo, že dochází k ukládání cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k zúžení jejího průsvitu a vzniku krevní sraženiny. Výsledky tohoto šetření se shodují s výsledky šetření Valáškové (Valášková, 2011), která se ve své bakalářské práci zabývá úrovní znalostí laické veřejnosti o diagnóze akutního infarktu myokardu, v níž uvádí, že 72 % respondentů odpovědělo, že hlavní příčinou AIM je ukládání tukových buněk do stěn tepen.

Druhý dílčí cíl se zaměřil na znalosti laické veřejnosti o rizikových faktorech a příznacích akutního infarktu myokardu. Tímto dílčím cílem se zabývaly položky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18. Z položky č. 10 vztahující se k druhému dílčímu cíli vyplývá, že 96 respondentů (96 %) správně odpovědělo, že rizikovými faktory jsou zvýšená hladina cholesterolu, hypertenze, cukrovka, nadváha, nedostatek pohybu, kouření a stres. Lenka Krbcová (Krbcová, 2019), zabývající se ve svém článku s názvem Většina lidí s infarktem zemře jen proto, že si nezavolají záchranku píše, že existují pro veřejnost spadající do rizikové skupiny tzv. preventivní programy, díky kterým lze odstartovat včasnou diagnostiku a léčbu a tím tak lze předejít vzniku akutního infarktu myokardu. Jednou z dalších možností, jak předejít riziku vzniku akutního infarktu myokardu je dostatečná fyzická aktivita. V položce č. 12, vztahující se k druhému dílčímu cíli bylo zjištěno, že 47 % respondentů není fyzicky aktivních po pracovní době skoro vůbec z časově omezených důvodů a pouze 51 % respondentů ujde za den do 5 km. Podle Štveráčkové, která se ve své bakalářské práci zabývá pohybovou aktivitou v prevenci ischemické choroby srdeční by měl člověk ujít okolo 7 km denně, aby došlo k dosažení optimální kondice (Štveráčková, 2012). Na to navazovala položka č. 15 díky které bylo zjišťováno, zda respondenti znají své hodnoty BMI. Díky BMI se laik může rychle orientovat, zda má nadváhu (obezitu) spadající do rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku kardiovaskulárních chorob. Svačina (Svačina, 2011) ve svém článku o predikci a prevenci kardiovaskulárního rizika obezity uvádí, že riziko mortality je u osob s nadváhou vyšší o cca 20-40 %. Analýza této položky ukázala, že 62 % respondentů zná svoji hodnotu BMI a že pouze 37 % respondentů spadá do kategorie 18,5-25 (norma). 10 % respondentů pak spadá do kategorie BMI nad 25 (nadváha) a 9 % respondentů spadá do kategorie BMI nad 30 (obezita). Podle Flégové, která se ve své diplomové práci zabývá hodnocením kvality života a tělesné zdatnosti u obézních mužů s chronickou ICHS v kardiovaskulární rehabilitaci (Flégová, 2011) uvádí, že prevalence obezity v Evropě dosahuje 10-20 % u mužů a 15-25 % u žen. K druhému dílčímu cíli se dále vztahovala položka č. 18. U této položky bylo zjišťováno, zda ví, jaké jsou nejčastější první příznaky akutního infarktu myokardu. 66 respondentů (66 %) odpovědělo, že prvními příznaky jsou svíravá, palčivá či tlaková bolest vystřelující do horních končetin, krku, mezi lopatky, avšak i přesto výsledek výzkumného šetření odhaluje nedostatky ve znalostech příznaků akutního infarktu myokardu, protože až 27 respondentů (27 %) odpovědělo, že prvními příznaky jsou svíravá, palčivá či tlaková bolest vystřelující do břicha. Krbcová (Krbcová, 2019), která se ve svém článku zabývá akutním infarktem myokardu a pozdním kontaktováním záchranné služby při vzniku prvních příznaků uvádí, že většina lidí s infarktem zemře jen proto, že si

nezavolají záchrannou službu včas, a to z důvodu neznalosti a podcenění prvních příznaků AIM, a tak dochází k drtivé většině úmrtí před příjezdem zdravotnické záchranné služby.

Třetí dílčí cíl se zaměřil na znalost následků, které mohou nastat v důsledku zanedbání prvních příznaků akutního infarktu myokardu. K tomuto dílčímu cíli se vztahují položky č. 19, 20, 21. Podle Miroslava Hudce, který ve svém článku zabývá akutním infarktem myokardu (Hudec, 2020) je velmi důležité nepodceňovat příznaky akutního infarktu myokardu a vyhledat co nejdříve lékařskou pomoc, aby se předešlo možným následkům, které mohou vzniknout právě po podcenění prvních příznaků tohoto onemocnění. Položka č.19, která se vztahuje k dílčímu cíli č. 3 odhaluje, že si 85 respondentů (85 %) uvědomuje, že následkem podcenění prvních příznaků může dojít k zástavě oběhu (náhlé srdeční smrti) vznikem arytmií. K třetímu dílčímu cíli se dále vztahuje položka č. 22 díky které bylo u respondentů zjišťováno, zda si respondenti myslí, že se akutní infarkt myokardu může opakovat. Podle tiskové zprávy o akutním infarktu myokardu vydané Fakultní nemocnicí u sv. Anny ze dne 29. 9. 2017 (FNUSA-ICRC, 2017) se akutní infarkt myokardu může kdykoliv opakovat a přibližně každý čtvrtý pacient po prvním prodělaném akutním infarktu myokardu dostane druhý srdeční infarkt. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že 11 % respondentů odpovědělo, že se akutní infarkt myokardu může opakovat maximálně 2x. 86 % respondentů uvedlo, že se akutní infarkt myokardu může opakovat vícekrát než 2x a 3 respondenti (3 %) odpověděli, že se akutní infarkt myokardu nikdy neopakuje.

O tom, zda respondenti vědí, jaká je první pomoc při vzniku prvních příznaků u akutního infarktu myokardu nám může potvrdit položka č. 24 vztahující se k dílčímu cíli č. 4, kdy pouze 61 respondentů (61 %) správně odpovědělo, že by přivolalo zdravotnickou záchrannou službu, posadili by nemocného, uvolnili by těsné oblečení a nechali proudit čerstvý vzduch. 2 % respondentů by dokonce podalo nemocnému léky od bolesti. I přesto z výzkumného šetření vyplývá, že 35 % respondentů nesprávně uvedlo, že by nemocného položili na bok a nechali na něj proudit čerstvý vzduch. Výsledky výzkumného šetření se neshodují s výsledky od výzkumu Vraného (Vraný, 2011), který se ve bakalářské práci zabýval akutním infarktem myokardu v přednemocniční péči, kde udává, že 29 % respondentů volalo záchrannou službu od vzniku prvních příznaků až po 181 minutách. Podle tiskové zprávy vydané Nemocnicí u sv. Anny ze dne 29. 9. 2017 (FNUSA-ICRC, 2017) by pacienti měli volat zdravotnickou záchrannou službu ihned od počátku výrazných bolestí.

ZÁVĚR

Jak již bylo zmíněno v úvodu, velká část veřejnosti podcení příznaky akutního infarktu myokardu a přichází pozdě do zdravotnického zařízení. U těchto pacientů dochází k nezvratnému poškození srdce, navzdory tomu, že v ČR existují specializovaná kardiovaskulární centra poskytující pacientům tu nejmodernější péči (Bulava, 2017).

Cílem práce bylo zjistit povědomí laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu, zjistit znalosti a míru informovanosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu, zjistit u respondentů znalost následků, které mohou nastat v důsledku zanedbání prvních příznaků akutního infarktu myokardu a zjistit u respondentů znalost v první pomoci při vzniku prvních příznaků u akutního infarktu myokardu. Stanovený hlavní cíl i dílčí cíle s v této bakalářské práci podařilo naplnit a získat informace ze skupiny respondentů laické veřejnosti o povědomí k infarktu myokardu.

Respondenty tvořila laická veřejnost bez zdravotnického vzdělání. Prvním dílčím cílem bylo zjistit míru znalosti a informovanosti laické veřejnosti o akutním infarktu myokardu. Analýzou získaných výsledků bylo zjištěno, že by se mohla zvýšit míra informovanosti o tomto onemocnění, kdyby se informace o akutním infarktu myokardu nacházely ve veřejných prostorech, jakými jsou například MHD, ordinace, kulturní zařízení nebo sociální sítě. Až 97 % dotazovaných správně uvedlo, že akutní infarkt myokardu je závažné onemocnění a až 93 % dotazovaných správně uvedlo, že se jedná o náhlé přerušování krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny. Z výsledku výzkumu bylo zjištěno, že ženy odpovídaly v této problematice podobně jako muži. Druhým dílčím cílem bylo zjistit znalosti laické veřejnosti o rizikových faktorech a příznacích akutního infarktu myokardu. Analýzou získaných výsledků bylo zjištěno, že až 96 % respondentů uvedlo, že mezi rizikové faktory patří zvýšená hladina cholesterolu, hypertenze, cukrovka, nadváha a nedostatek pohybu, kouření a stres. Ženy opět odpovídaly v této problematice podobně jako muži. I přesto, že více jak $\frac{3}{4}$ respondentů zná rizikové faktory, které mohou přispívat ke vzniku akutního infarktu myokardu bylo zjištěno, že 47 % respondentů není po pracovní době fyzicky aktivních z omezených časových důvodů a pouze 4 % dotazovaných ujede za den trasu do 10 km. Na otázku, jaké jsou příznaky akutního infarktu myokardu odpověděla drtivá většina (97 %) dotazovaných správně, že dochází k ukládání cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k zúžení jejího průsvitu a vzniku krevní sraženiny. Třetí dílčí cíl se zaměřil na to, zda respondenti znají následky, které mohou nastat v důsledku zanedbání prvních příznaků akutního infarktu myokardu. Z výsledku výzkumu vyplývá, až 85 % zná

následky, které mohou nastat v důsledku zanedbání prvních příznaků akutního infarktu myokardu, ale pouze 56 % respondentů četlo/slyšelo tom, že po prodělaném infarktu myokardu srdce zůstává trvale poškozeno. Čtvrtý dílčí cíl se zaměřil na znalost respondentů v první pomoci při vzniku prvních příznaků akutního infarktu myokardu. 96 % respondentů by sice zavolalo zdravotnickou záchrannou službu, ale do správné polohy v sedě by postiženého posadilo pouze 61 % dotazovaných v tomto šetření.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků pro prevenci AIM u laické veřejnosti byl navržen propagační leták, který by měl pomoci laické veřejnosti seznámit se ve zkratce s problematikou akutního infarktu myokardu a zajistit tak lepší informovanost laické veřejnosti o tomto onemocnění prostřednictvím veřejných prostor (MHD, ordinace).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BULAVA, Alan, 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-271-0468-0.

ČEŠKA, Richard a kol., 2017. *Interna*. 2 vydání. Praha: Triton. 909 s. ISBN 978-7387-885-6.

ČIHÁK, Radomír, 2017. *Anatomie 3*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.

FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a kol., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

KETTNER, Jiří, Josef KAUTZNER a kol., 2021. *Akutní kardiologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing. 804 s. ISBN 978-80-271-3096-2.

PIRK, Jan a kol., 2019. *Kardiochirurgie*. Praha: Maxdorf. 278 s. ISBN 978-80-7345-568-2.

SOVOVÁ, Eliška, Jarmila SEDLÁŘOVÁ a kol., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.

STANĚK, Vladimír. *Kardiologie v praxi*. 2. vydání. Mlečice: Axonite, 2020. 424 s. ISBN 978-80-88046-21-9.

TÁBORSKÝ, Miloš, Josef KAUTZNER a kol., 2021. *Kardiologie, II. Vyšetřovací metody v kardiologii*. Praha: Grada Publishing. 360 s. ISBN 978-80-271-1439-9.

TÁBORSKÝ, Miloš, Josef KAUTZNER a kol., 2021. *Kardiologie, VIII. Preventivní kardiologie*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-271-1997-4.

VÍTOVEC, Jiří, Jindřich ŠPINAR a kol., 2020. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-271-2931-7.

VOJÁČEK, Jan, 2020. *Akutní kardiologie do kapsy*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. 183 s. ISBN 978-80-204-5576-5.

VOJÁČEK, Jan, Jiří KETTNER a kol., 2017. *Klinická kardiologie*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. 1193 s. ISBN 978-80-7345-549-1.

VOJÁČEK, Jan, Jiří KETTNER a kol., 2019. *Klinická kardiologie*. 4. vydání. Praha: Maxdorf. 1229 s. ISBN 978-80-7345-600-9.

ZIPES, D. P., P. LIBBY, R. O. BONOW, D. L. MANN, G. F. TOMASELLI and E. BRAUNWALD, 2019. *Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. Eleventh edition. Philadelphia: Elsevier. 2128 p. ISBN 978-0-323-46299-0.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

FLÉGOVÁ, Markéta, 2011. *Hodnocení kvality života a tělesné zdatnosti u obézních mužů s chronickou ICHS v kardiiovaskulární rehabilitaci* [online]. Brno [cit. 2022-05-10].

Dostupné z: [Hodnocení kvality života a tělesné zdatnosti u obeznic mužů s chronickou ICHS v kardiiovaskulární rehabilitaci.pdf \(muni.cz\)](#)

FNUSA, ICRC, 2017. *Tisková zpráva* [online]. © FNUSA Brno [cit. 2022-05-15]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/vice-nez-polovina-lidi-s-infarktem-se-dostane-do-nemocnice-pozde-cesi-infarkt-stale-podcenuji/>

HUDEC, Miroslav, 2020. *Akutní infarkt myokardu* [online]. [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: [Akutní infarkt myokardu - angis.cz](#)

KRBCOVÁ, Lenka, 2019. *Kardiolog: Většina lidí s infarktem zemře jen proto, že si nezavolají záchranku* [online]. [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: [Kardiolog: Většina lidí s infarktem zemře jen proto, že si nezavolají záchranku - Vitalia.cz](#)

POLÁCHOVÁ, Jana, 2013. *Infarkt myokardu a zlatá hodina* [online]. Zlín [cit. 2022-05-15]. Dostupné z: [Infarkt myokardu a zlatá hodina. Jana Poláchová - PDF Free Download \(adoc.pub\)](#)

SVAČINA, Štěpán, 2011. *Predikce a prevence kardiiovaskulárního rizika obezity, personalizovaná léčba obezity* [online]. *Kardiol Rev Int Med*, 13(2): s. 77-79 [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: [Predikce a prevence kardiiovaskulárního rizika obezity, personalizovaná léčba obezity | Kardiologická revue – Interní medicína \(kardiologickarevue.cz\)](#)

ŠIMEK, Stanislav, 2007. *Ischemická choroba srdeční – péče o pacienta po infarktu myokardu* [online]. *Medicína pro praxi*, roč. 4, č. 10, s. 395-399 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: [mpp_10_07_web.indd \(solen.cz\)](#)

ŠTVERÁČKOVÁ, Karolína, 2012. *Pohybová aktivita v prevenci ischemické choroby srdeční* [online]. Plzeň [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: [Bakalarska prace.pdf \(zcu.cz\)](#)

VALÁŠKOVÁ, Dana, 2011. *Úroveň znalostí laické veřejnosti o diagnóze infarkt myokardu* [online]. Olomouc [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: [00152174-906483761.pdf \(theses.cz\)](#)

VRANÝ, Michal, 2011. *Akutní infarkt myokardu v přednemocniční péči* [online]. Pardubice [cit. 2022-05-15]. Dostupné z: [Akutní infarkt myokardu \(upce.cz\)](#)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACE	Angiotenzin converting enzym
AIM	Akutní infarkt myokardu
AP	Angina pectoris
ASA	Kyselina acetylsalicylová
AV	Atrioventrikulární
BMI	Body mass index
CABG	Aortokoronární bypass
CK	Kreatinkináza
CNS	Centrální nervový systém
CT	Počítačová tomografie
DKK	Dolní končetiny
ECHO	Echokardiografie
EKG	Elektrokardiografie
LK	Levá komora
MR	Magnetická rezonance
NSTEMI	Infarkt myokardu bez elevací S-T úseku
PCI	Perkutánní koronární intervence
SA	Sinoatriální
SKG	Selektivní koronarografie
STEMI	Elevace křivky EKG v úseku S-T zapříčiněnou infarktem myokardu
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Pohlaví respondentů</i>	33
<i>Tabulka 2: Věk respondentů</i>	35
<i>Tabulka 3: Vzdělání respondentů</i>	36
<i>Tabulka 4: Léčená onemocnění</i>	37
<i>Tabulka 5: Informovanost o AIM</i>	38
<i>Tabulka 6: Poskytnutí informací</i>	41
<i>Tabulka 7: Veřejné prostory</i>	44
<i>Tabulka 8: Závažnost onemocnění</i>	46
<i>Tabulka 9: Etiopatogeneze</i>	48
<i>Tabulka 10: Rizikové faktory</i>	51
<i>Tabulka 11: Snížení rizika</i>	54
<i>Tabulka 12: Fyzická aktivita</i>	57
<i>Tabulka 13: Chůze v km</i>	59
<i>Tabulka 14: BMI kalkulačka</i>	61
<i>Tabulka 15: BMI</i>	63
<i>Tabulka 16: Hodnota BMI</i>	65
<i>Tabulka 17: Příčina AIM</i>	67
<i>Tabulka 18: První příznaky AIM</i>	69
<i>Tabulka 19: Následky AIM</i>	72
<i>Tabulka 20: Poškození srdce</i>	75
<i>Tabulka 21: Poškození srdce po AIM</i>	78
<i>Tabulka 22: Opakování AIM</i>	80
<i>Tabulka 23: Farmakologická prevence</i>	82
<i>Tabulka 24: První pomoc</i>	84
<i>Tabulka 25: Výskyt onemocnění v rodině</i>	87

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Pohlaví respondentů</i>	34
<i>Graf 2: Věk respondentů</i>	35
<i>Graf 3: Vzdělání respondentů</i>	36
<i>Graf 4: Léčená onemocnění</i>	37
<i>Graf 5: Informovanost o AIM</i>	39
<i>Graf 6: Poskytnutí informací</i>	42
<i>Graf 7: Veřejné prostory</i>	45
<i>Graf 8: Závažnost onemocnění</i>	47
<i>Graf 9: Etiopatogeneze</i>	49
<i>Graf 10: Rizikové faktory</i>	52
<i>Graf 11: Snížení rizika</i>	55
<i>Graf 12: Fyzická aktivita</i>	58
<i>Graf 13: Chůze v km</i>	60
<i>Graf 14: BMI kalkulačka</i>	62
<i>Graf 15: BMI</i>	63
<i>Graf 16: Hodnota BMI</i>	66
<i>Graf 17: Příčina AIM</i>	68
<i>Graf 18: První příznaky AIM</i>	70
<i>Graf 19: Následky AIM</i>	73
<i>Graf 20: Poškození srdce</i>	76
<i>Graf 21: Poškození srdce po AIM</i>	79
<i>Graf 22: Opakování AIM</i>	81
<i>Graf 23: Farmakologická prevence</i>	83
<i>Graf 24: první pomoc</i>	85
<i>Graf 25: Výskyt onemocnění v rodině</i>	88

SEZNAM PŘÍLOH

PI: Dotazník

PII: Informační leták

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Akutní infarkt myokardu a míra informovanosti laické veřejnosti“.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Dotazník je určen pouze pro laickou veřejnost.

Předem děkuji za spolupráci. Aneta Janálová, studentka 3. ročníku kombinované formy studia Všeobecná sestra, UTB Zlín.

Vyplněním dotazníku dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala

a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Pokud není uvedeno jinak, prosím, vyberte pouze jednu odpověď.

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž

- 2) Do jaké věkové kategorie se řadíte?
 - a) 25-40
 - b) 41-55
 - c) 56-75

- 3) Jaké je Vaše doposud nejvyšší vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Středoškolské
 - c) Vysokoškolské

- 4) Léčíte se s jedním z níže uvedených onemocnění?
- a) Hypertenze.
 - b) Diabetes mellitus.
 - c) Onemocnění srdce.
 - d) S ničím z výše uvedených.
- 5) Domníváte se, že jste dostatečně informován o akutním infarktu myokardu?
- a) Ano jsem dostatečně informován/a.
 - b) Ano jsem informován/a, ale uvítal/a bych více informací o AIM.
 - c) Ne nejsem informován/a.
- 6) Kdo si myslíte, že by vám měl poskytnout dostatečné informace o tomto onemocnění?
- a) Praktický lékař, zdravotníci.
 - b) Veřejně dostupné informace (veřejnoprávní televize, rozhlas, internet, letáky).
 - c) Kamarádi.
 - d) Nezajímám se.
- 7) Myslíte si, že by se mohla zvýšit míra informovanosti o AIM, pokud by byly informace o tomto onemocnění přístupné ve veřejných prostorách (MHD, ordinace, kulturní zařízení)?
- a) Určitě ano.
 - b) Rozhodně ne.
 - c) Nezajímám se.
- 8) Domníváte se, že je akutní infarkt myokardu závažné onemocnění?
- a) Není závažné vůbec.
 - b) Není závažné u mladých lidí
 - c) Závažné jen u seniorů.
 - d) Vždy je závažné.

- 9) Co podle vás znamená akutní infarkt myokardu?
- a) Náhlé přerušování krevního zásobování části srdce vlivem uzávěru srdeční tepny.
 - b) Náhlé přerušování krevního zásobování části srdce vlivem prasknutí aorty.
 - c) Náhlé přerušování činnosti srdce vlivem protržení srdeční chlopně.
 - d) Nikdy jsem neslyšel/a.
- 10) Vyberte z níže uvedených rizikových faktorů ten, který značně přispívá pro vznik akutního infarktu myokardu.
- a) Vysoký krevní tlak, dehydratace.
 - b) Zvýšená hladina cholesterolu, hypertenze, cukrovka, nadváha a nedostatek pohybu, kouření, stres.
 - c) Imobilizace, infekční onemocnění.
- 11) Mohl/a byste vybrat potraviny, které jsou vhodné k boji proti obezitě a snížení rizika vzniku akutního infarktu myokardu?
- a) Nadměrně slané potraviny (chipsy, křupky, tyčinky)
 - b) Sardinky v oleji, máslo, kaviár.
 - c) Sladkosti (oplatky, čokoládové výrobky).
 - d) Libové maso, ovoce a zelenina, ořechy a semínka.
- 12) Do jaké míry jste fyzicky aktivní po pracovní době (běh, chůze, jízda na kole, plavání)?
- a) Skoro vůbec z omezených časových důvodů.
 - b) Málo kvůli pohybovým potížím.
 - c) Sportuji každý den.
- 13) Přibližně kolik km ujdete za den (mimo pracovní dobu)?
- a) Do 1 km
 - b) Do 5 km
 - c) Do 10 km
 - d) Nad 10 km

14) Víte, co je BMI?

- a) BMI je měřítko, které slouží k výpočtu podváhy, normální hmotnosti, nadváhy a obezity
- b) Kalkulačka na výpočet tělesného tuku v těle.
- c) Kalkulačka na výpočet vody v těle.

15) Víte, jaké je Vaše BMI?

- a) Ano vím.
- b) Ne nevím.
- c) Nezajímám se.

16) Pokud jste v předešlé otázce odpověděl/a ano, mohl/a byste uvést vaše BMI?

17) Co si myslíte, že je hlavní příčinou vzniku AIM?

- a) Chlopenní vady.
- b) Ukládání cholesterolu do stěny tepny, čímž dochází k zúžení jejího průsvitu a vzniku krevní sraženiny.
- c) Nízký krevní tlak.
- d) Nezajímám se.

18) Víte, jaké jsou nejčastější první příznaky akutního infarktu myokardu?

- a) Dušnost, otoky dolních končetin, zimnice.
- b) Svíravá, palčivá, či tlaková bolest za hrudní kostí vystřelující do břicha.
- c) Svíravá, palčivá či tlaková bolest vystřelující do horních končetin, krku, mezi lopatky.
- d) Nikdy jsem neslyšel/a.

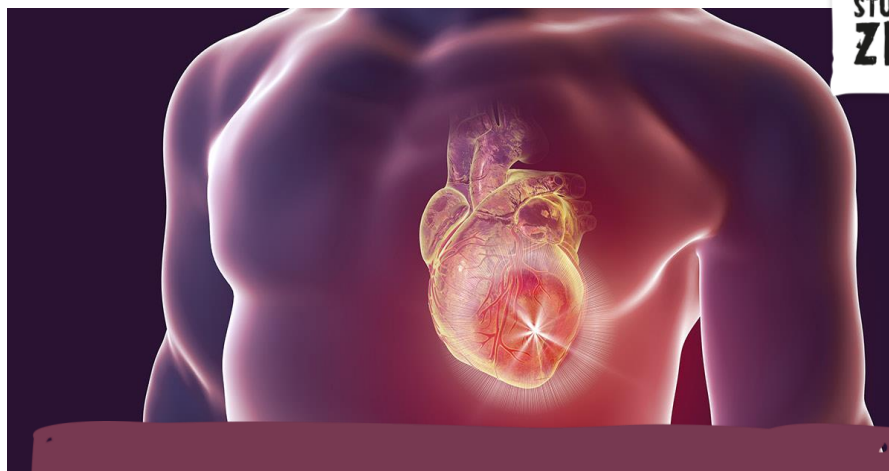
19) Myslíte si, že víte, jaké mohou nastat následky, při pozdní reakci na první příznaky tohoto onemocnění?

- a) Zástava oběhu (náhlá srdeční smrt) vznikem arytmií.
- b) Bolest v pravém podžebří.
- c) Narušení schopnosti hýbat levou polovinou těla.
- d) Mravenčení v konečkách prstů pravé horní končetiny

- 20) Věděl/a byste, jaké může vzniknout poškození srdce po prodělání akutního infarktu myokardu?
- a) Zúžení chlopně v srdci.
 - b) Poškození chlopně v srdci.
 - c) Porucha rytmu, srdeční selhání
 - d) Nevím, nikdy jsem neslyšel/a.
- 21) Víte o tom, že po prodělání akutního infarktu myokardu je srdce trvale poškozeno?
- a) Ano četl/a (slyšel/a) jsem o tom.
 - b) Potřeboval/a bych více informací.
 - c) Nikdy jsem neslyšel/a.
- 22) Myslíte si, že se AIM může opakovat?
- a) Akutní infarkt myokardu se neopakuje
 - b) Akutní infarkt myokardu se opakuje maximálně 2x.
 - c) Akutní infarkt myokardu se může se opakovat vícekrát než 2x.
- 23) Víte o tom, že po prodělání AIM se dbá na farmakologickou prevenci, kdy se pravidelně užívají léky, které působí proti krevní srážlivosti?
- a) Ano, slyšel/a jsem.
 - b) Uvítal/a bych více informací.
 - c) Nikdy jsem neslyšel/a.
- 24) Věděl/a byste, jak zahájit první pomoc při výskytu příznaků tohoto onemocnění?
- a) Přivolat zdravotnickou záchrannou službu, posadit nemocného, uvolnit těsné oblečení a nechat proudit čerstvý vzduch.
 - b) Posadit nemocného, přivolat zdravotnickou záchrannou službu, podat léky od bolesti.
 - c) Přivolat zdravotnickou záchrannou službu, položit nemocného na bok a nechat na něj proudit čerstvý vzduch.
 - d) Nezajímám se.

25) Vyskytlo ve Vaší rodině onemocnění spojené s rizikovými faktory, které vedly k onemocnění srdce?

- a) Ano vyskytlo.
- b) Ne nevyskytlo.
- c) Nevím, že by se tohle onemocnění v rodině vyskytlo.



Akutní infarkt myokardu ve zkratce

Akutní infarkt myokardu

- ❑ Akutní infarkt myokardu je nekróza myokardu vznikající v důsledku prolongované ischemie při náhlém uzávěru věnčité tepny prasklým aterosklerotickým plátem a nasedající trombózou.
- ❑ Rizikovými faktory pro vznik akutního infarktu jsou zvýšená hladina cholesterolu, hypertenze, cukrovka, nadváha a nedostatek pohybu, kouření, stres.
- ❑ Typickým příznakem pro akutní infarkt myokardu je svíravá, palčivá, někdy až šokující bolest lokalizovaná za sternem často s propagací do horních končetin, mezi lopatky, do krku nebo epigastria. Vzniká neočekávaně, většinou v klidu nebo po dokončení fyzické zátěže.
- ❑ Srdeční infarkt jako takový může proběhnout nekomplikovaně jako příhoda projevující se bolestí, která může odeznít spontánně nebo po podání analgetik. V jiném případě mohou vznikat komplikace, které mohou být příčinou časného úmrtí nebo příčinou invalidity a zkrácení života.
- ❑ Při podezření na akutní infarkt myokardu je proto velmi důležité přivolat zdravotnickou záchranou službu, posadit nemocného, uvolnit těsné oblečení a nechat proudit čerstvý vzduch.