

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2007

Jana Benová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA KLIENTŮ PO
AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU**

Bakalářská práce

Jméno autora: Jana Benová

Jméno vedoucího práce: Doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.

14.5.2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma: Zdravotně sociální problematika klientů po akutním infarktu myokardu vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 14.4.2007

Jana Benová

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Doc. MUDr. Věře Adámkové, CSc. za cenné rady a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práci a také za ochotu se kterou od počátku až po finální verzi sledovala její vývoj.

V Českých Budějovicích 14.5.2007

HEALT-SOCIAL PROBLEMS OF CLIENTS WITH HEART STROKE

In Czech republic on illness heart and vessels dies yearly over 55 thousand ill, which is more than number of deaths in consequence of all of others causes together thereby line among stand with highest cardio - vascular death rate. Cardio - vascular occurrence are also most frequent reason hospitalization in hospitals. Death rate on cardio - vascular disorder in Czech republic retrenched behind for the last three decennium from 30 % on roughly 5 -7 %. This disorder also to a great degree partake on morbidity, working inability and climactic expenses on health service.

Aim work is find out possibility active wiring client to the care of its health (intent on secondary and tertiary prevention).

First conjecture am determine: „ cardiac infarct is most frequent cause of death and invalidism men in working age". Alternative conjecture sounded this way: „ education population plaies significant role in occurrence cardio - vascular disorder and subconsciousness about influence style of life on hazard control rise these disorder". Both hypotheses at plotting inquiries that the fill constituency after acute myocardial infarction after a period of minimally 3 – 12 months, confirmed. On the whole am dealed 200 inquiries, informants them filled 52, economic return was then

26 %. Standardized questionnaire contained 31 question that the am tempt find out commissaryman habits, changes way of living after acute coronary occurrence, whether constituency pass bath stay, their age, materiality altitude, most often get emotion, know - how and position single clients to his health. Some way record were surprising, namely especially inequality between responses. When informants introduced, that the are well - informeds and knowledgeable about necessity changes way style of life (knowledgeable and well - informed together 92 %) that

the but disobedience to orders. Constituency be unaware of hazard relapse heart occurrence that the be connected with their irresponsible in a way style of life.

Among basic undertakings decrease incident traffic) cardio - vascular disorder belongs to prevention (prime, secondary, tertiary) and decrease risk factors (age, male sex, genetics, smoking, hypertensive, hyperlipidemie, diabetes mellitus, obesity, unhealthy dietary ways and poverty of kinetic activities).

Obsah

Obsah:

Úvod		7
1.	Současný stav	9
	1.1.1. Definice, klinický obraz a terapie akutního infarktu myokardu	9
1.2.	Psychika klientů s onemocněním srdce	11
1.3.	Psychoterapie	13
1.4.	Ucelená rehabilitace po akutním infarktu myokardu	13
1.4.1.	Fyzioterapie	14
1.4.1.1.	Lázeňská péče	17
1.4.2.	Sociální prostředky rehabilitace	18
1.4.3.	Pedagogické prostředky rehabilitace	18
1.4.4.	Pracovní prostředky rehabilitace	19
1.5.	Prevence - obecně	20
1.6.	Prevence kardiovaskulárních chorob	20
1.7.	Rizikové faktory při vzniku kardiovaskulárních chorob	22
1.7.1.	Rizikové faktory životního stylu	23
1.7.1.1.	Výživa	23
1.7.1.2.	Kouření	24
1.7.1.3.	Obezita	25
1.7.1.4.	Nedostatek pohybu	26
1.7.1.5.	Cholesterol	27
1.7.1.6.	Alkohol	29
1.7.2.	Fyziologické a biochemické faktory	29
1.7.2.1.	Arteriální hypertenze	29

1.7.2.2.	Diabetes mellitus	30
1.7.2.3.	Ateroskleróza	31
1.7.2.4.	Metabolický syndrom	32
1.8.	Nové rizikové faktory	32
1.8.1.	Psychosociální faktory	32
1.8.2.	Genetické faktory	33
1.8.3.	Hormonální substituce žen	33
1.9.	Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými	34
2.	Cíle práce a hypotézy	36
3.	Metodika	37
3.1.	Metodika	37
3.2.	Sledovaný soubor	37
4.	Výsledky	40
5.	Diskuse	71
6.	Závěr	77
7.	Seznam použitých zdrojů	78
8.	Klíčová slova	81
9.	Přílohy	82

ÚVOD

Na choroby srdce a cév umírá v České republice každoročně přes 55 tisíc nemocných, což je více než počet úmrtí v důsledku všech ostatních příčin dohromady a tím se řadíme mezi státy s nejvyšší kardiovaskulární úmrtností. Kardiovaskulární příhody jsou také nejčastějším důvodem hospitalizací v nemocnicích. Jak uvádí česká kardiologická společnost v národním kardiovaskulárním programu z roku 2000 úmrtnost na srdeční infarkt se v České republice za poslední tři desetiletí snížila z 30% na zhruba 5-7%. Srdeční příhodě tedy podlehnou asi každý dvacátý klient. Přibližně každý čtvrtý klient však po první kardiovaskulární příhodě dostane druhý infarkt či mozkovou mrtvici. Tato onemocnění se také velkou měrou podílejí na nemocnosti, pracovní neschopnosti a stupňujících se výdajích na zdravotnictví. V této souvislosti bych chtěla vyzdvihnout význam prevence (primární, sekundární i terciální), která je nesmírně důležitá a právě na ní a na dodržování zásad prevence, pravidelných návštěvách kardiologa závisí, zda se klient vyhne opakovanému infarktu.

Profesor Bureš ve své knize „Základy vnitřního lékařství“ odhaduje se, že ve vyspělých zemích zemře v prvním měsíci po koronární příhodě 27% klientů. Pod stálým dohledem praktického lékaře z důvodů onemocnění srdce s cév je 2,5 miliónů osob, tj. každý čtvrtý občan České republiky(z toho 1,5 mil. lidí trpí hypertenzí, 846 tisíc ischemickou chorobou srdeční a 281 tisíc cévním onemocněním mozku). Mezi rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění patří ovlivnitelné a neovlivnitelné faktory. K neovlivnitelným rizikovým faktorům patří věk, mužské pohlaví a genetická zátěž. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory zařazujeme kouření, hypertenzi, hyperlipidémii (celkový cholesterol ≥ 5 mmol/l, LDL cholesterol ≥ 3 mmol/l, HDL cholesterol ≤ 1 mmol/l, triglyceridy ≥ 2 mmol/l), diabetes mellitus nebo

porucha glukózové tolerance, obezitu ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), nezdravý životní styl nedostatek pohybové aktivity. Zdaleka nejčastější příčinou kardiovaskulárních onemocnění v ČR, stejně jako v ostatních hospodářsky rozvinutých zemích je ateroskleróza. Ta se pozvolna, zpravidla bezpříznakově vyvíjí po mnoho let a první symptomy se obvykle projevují až v pokročilých stádiích onemocnění. Téma „Zdravotně sociální problematika klientů po akutním infarktu myokardu“ jsem si vybrala z důvodů vysokého výskytu kardiovaskulárních onemocnění v naší populaci a také proto, že v naší rodině se onemocnění kardiovaskulárního onemocnění vyskytuje ve velmi vysokém procentu. Proto bych jí po jejím vypracování chtěla poskytnout k prostudování svým nejbližším a tím se pokusit o ovlivnění jejich životního stylu a přispět tím ke snížení rizika rozvoje kardiovaskulárních onemocnění.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. DEFINICE, KLINICKÝ OBRAZ A TERAPIE AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU

Nejčastější příčinou koronárního onemocnění je ateroskleróza. Ta je častější u lidí, kde jsou přítomny tzv. rizikové faktory. Koronární choroba je asi 4x častější u mužů v produktivním věku než u žen. Po 70 letech věku je výskyt u obou pohlaví téměř stejný. U nemocných s koronární aterosklerózou bývá akutní infarkt myokardu nejčastěji prvním příznakem koronárního onemocnění. Infarkt myokardu je ireverzibilní ložiskové poškození (nekroza) myokardu způsobené ischemií. Mortalita nemocných s prvním akutním infarktem myokardu je zhruba 5 -7 %. Zhruba polovina umírá před příchodem do nemocnice.
(3)

Klinický obraz

Subjektivně je v popředí bolest angiózního typu trvající déle než 20 minut a neustupuje po podání nitrátů. Bolest bývá doprovázena slabostí, nauzeou až zvracením, synkopou. Objektivně bývá nemocný bledý s úzkostným výrazem ve tváři, srdeční ozvy jsou oslabené, bývá tachykardie (aktivace sympatiku), ale i bradykardie (aktivace vagu). Laboratorně jsou nejcennější nálezy na EKG a biochemické ukazatele.(3)

Podle lokalizace EKG změn lze přibližně určit, která koronární tepna je poškozena. Akutní infarkt myokardu mohou doprovázet poruchy srdečního rytmu.(20)

Terapie akutního infarktu myokardu

Cíle terapie akutního infarktu myokardu:

- prevence úmrtí klienta, či postresuscitačního syndromu;
- obnovení (a udržení) průchodnosti věnčité tepny zastavit postup nekrózy (zmenšit rozsah infarktu);
- minimalizovat subjektivní potíže nemocného;
- léčit eventuelně vzniklé komplikace;
- komplexními opatřeními v rámci terciální prevence snížit riziko recidivy infarktu či pozdějšího úmrtí. (9)

Možnosti otevření uzavřené cévy

Primární perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA) – je rozrušení neprůchodných úseků koronárních tepen speciální katetrizační cévkou, dnes nejefektivnějším způsob jak otevřít uzavřenou cévu, to se podaří u více než 90% nemocných. (3)

Medikamentózní terapie

Analgetika a sedativa, antiagregancia a antikoagulancia, Beta-blokátory, ACE inhibitory, nitráty. Po přijetí na koronární jednotku je klientovi permanentně monitorováno EKG, sledována saturace kyslíku. (3)

Komplikace akutního infarktu myokardu:

- Arytmie (bradykardie, předčasné komorové stahy, tachykardie);
- Selhání levé komory;
- Perforace stěny levé komory;
- Akutně vzniklá mitrální nedomykavost;
- Akutní perikarditida;
- Poinfarktová nestabilní angina pectoris;

- Infarkt pravé komory;
- Náhlá smrt. (1)

1.2. PSYCHIKA KLIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM SRDCE

Kardiovaskulární onemocnění patří k nejčastější příčinám úmrtí. Na rozdíl od např. infekčních nemocí, kardiovaskulární onemocnění nejsou způsobeny zcela určitými viry či bakteriemi, které lze při správné diagnostice účinně ničit. Daleko výrazněji jde o onemocnění velmi úzce související se životním stylem. Ze souborů psychosociálních faktorů by měla být největší pozornost věnována zejména hostilitě (nepřátelství), agresivitě, rozmrzelosti, nadměrné závislosti, velkým ambicím, projevům vzpoury, potlačeným vnitřním konfliktům, přehnané pečlivosti, svědomitosti a odpovědnosti. Psychosomatika zde hraje nemalou roli: ohrožení vede k úzkosti a strachu. Tím se stimuluje sympatikus vegetativního nervového systému, akce srdeční se zrychluje, zvýší se i krevní tlak, krevní oběh se centralizuje. Vše je připraveno k reakci „boj nebo útěk“. Po určité době je stimulován parasympatikus. Pokud se hyperaktivita sympatiku a parasympatiku často opakuje, stává se to nebezpečné. U lidí trpících kardiovaskulárním onemocněním jsou často zjišťovány v anamnéze dlouhodobé interpersonální konflikty (v rodině, se spolupracovníky, nadřízenými atd.). Ukazuje se, že lidé volí různé druhy zvládání stresu. Někteří se uchylují k tzv. rizikovým způsobům jednání (kouření, pití alkoholu, konzumace zdravotně nevhodné potravy, drog, atd.). Tyto druhy chování jsou častější u mužů, ženy spíše inklinují ke zvýšenému příjmu potravin.(16)

A-typ chování – na počátku stáli dva internisté-kardiologové, kteří si u svých klientů všímali nejen činnosti srdce, ale i jejich chování. A-typ se vyznačuje hostilitou, vyhrocenou soutěživostí, touhou

po úspěchu, zvýšeným neklidem, necitlivostí vůči svému okolí, zvýšené napětí mimických svalů, neustálého pocitu nedostatku času.(16)

Na nové výsledky výzkumu zabývajících se spojitostí mezi hostilitou a kardiovaskulárním onemocněním upozorňují v článku časopisu Psychologie dnes, kde opouštějí od spojitosti A-typu chování a srdečním onemocněním a spíše se zaměřují na hostilitu jako faktor zvyšující riziko kardiovaskulárních potíží prostřednictvím hromadění lipidů, zvýšeného krevního tlaku, srdečního tepu a fyziologie krevních destiček. (15)

B-typ chování – byl pozorován u lidí, kteří nebyli tak častými klienty na kardiologickém oddělení. Ve své podstatě jde o opak způsobu chování lidí s A-typem (pokojný způsob života, dobré vztahy s lidmi, rozvaha, zaměření na kvalitu života). Názory na toto rozdělení nejsou jednotné. Ovšem výzkum v oblasti hostility (soupeřivý až nepřátelský postoj daného člověka k druhým lidem) ukázal, že zde existuje skutečný vztah s onemocněním srdce. Usuzuje se, že hostilita působí na organismus hormony (kortizon a adrenalin). Muži mají větší hostilitu než ženy, ale i vyšší míru kardiovaskulárních onemocnění. Sledováním míry hostility během života se ukázalo, že po 40. roku života se zvyšuje. Je vhodné soustředit se na jádro hostility a tím je zlost. Zlost je definována jako krátkodobě vzbuzená nepříjemná negativní emoce, která je doprovázená zvýšením fyziologické aktivity. Zlost vyjádřena navenek je rizikovým faktorem kardiovaskulárního onemocnění relativně nezávislým na jiných rizikových faktorech. Potlačovaná zlost je toxický prvek u KVS onemocněních. Má-li se rizikové chování lidí se srdečními obtížemi změnit, je první otázkou vnímání (percepce) tohoto rizika.

V současné době se také prokazuje rozdíl podle typu osobnosti dle pohlaví. (16)

1.3. PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie se provádí na základě psychologického vyšetření, které obsahuje seznámení klienta s účelem vyšetření, instruktáž, rozhovor s klientem v širším smyslu o rizikových faktorech ICHS, v užším smyslu o konkrétních možnostech řešení stresových a jiných životních situacích. Cílem je hledání možností dle typu osobnosti, přeskupení priorit na žebříčku životních hodnot a najítí aktivit vedoucích ke změně škodlivých návyků a nesprávného životního stylu. Podle osobnosti se indikuje přístup, který je skupinový či individuální. Do psychoterapeutických přístupů patří i relaxace. Zvláštní důraz na psychoterapii se klade u klientů v „časné fázi rehabilitace“, kde právě prodělaný kardiochirurgický zákrok nebo infarkt myokardu významně mění klientův pohled na vnímání reálného života.(12)

1.4. UCELENÁ REHABILITACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU

V roce 1994 SZO definuje rehabilitaci jako proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti. V České Republice je rehabilitace bohužel chápána stále jako léčebný tělocvik nebo myoskeletární medicína. V rehabilitaci je důležité kladení důrazu na plynulost a koordinovanost všech složek uceleného systému rehabilitace, který efektivně propojuje prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní. Předpokladem je vytvoření funkčního multidisciplinárního týmu, v němž každý odborník zaujímá specifické postavení, při maximální osobní odpovědnosti a důsledném plnění interdisciplinárních přístupů. (14)

Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebnou rehabilitaci dle norského profesora Gogstadta lze rozdělit zhruba na vertikální a horizontální. Pokud vycházíme z toho, že trvalý stav zdraví je vyjádřen vodorovnou čarou a nemoc nebo úraz způsobí pokles úrovně zdraví. Vertikální vede k obnovení původního stavu organismu. To nastane úpravou funkčních změn na úrovni orgánů a tělních systémů. Horizontální probíhá při trvalém postižení, které má závažný a chronický charakter.(22)

1.4.1. FYZIOTERAPIE

Česká kardiologická společnost se snaží, aby význam ucelené rehabilitace u klientů s kardiovaskulárním onemocněním se dostal do podvědomí široké kardiologické veřejnosti. Kardiovaskulární rehabilitace je proces, pomocí něhož se snažíme navrátit a udržet optimální fyzický, psychický, sociální, pracovní a emoční stav.(12)

Cílem léčebné rehabilitace je návrat klienta do plnohodnotného života. Léčebná rehabilitace začíná několik hodin po přijetí do nemocnice, vždy na ordinaci lékaře, kdy fyzioterapeut stanoví u daného klienta individuální cvičení, ve kterém klient pokračuje i po propuštění z nemocnice.(10)

Vytvoření pevné jizvy v místě infarktu trvá 6-8 týdnů, výsledky časné rehabilitace jsou po AIM shodné jako u tradičním klidovém režimu. Dlouhodobá imobilita má za následek dekonkreci, kdy i na malou zátěž odpovídá organismus nepřiměřeným vzestupem tepové frekvence. Postup léčebné rehabilitace se vždy přizpůsobuje aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta.(3)

1. fáze: časná rehabilitace po AIM

Snahou je zabránit dekonvalescenci, tromboembolickým komplikacím a připravit klienta na návrat do „běžného života“. Klienti jsou hospitalizováni na interní jednotce intenzivní péče a poté na standardním interním oddělení.(12)

Rehabilitace by během hospitalizace měla obsahovat:

- pohybovou rehabilitaci a určení možné zátěže po propuštění;
- detailní informace o nutné změně životního stylu (protisklerotická dieta, redukce hmotnosti, abstinence kouření, dostatek pohybu, atd.);
- psychologickou pomoc;
- poradenství sociální pracovnice.(10)

2. fáze – časná posthospitalizační rehabilitace

Obvykle začíná po propuštění z nemocnice a doba trvání je do 3 měsíců. Rozhodující je změna životního stylu a dodržování zásad sekundární prevence. Dokončuje se proces hojení srdečního infarktu. (12) Při nekomplikovaném průběhu rekonvalescence by měl klient asi do 3 měsíců nastoupit do práce. Za dva měsíce se provádí ergometrický zátěžový test, podle něj se kardiaci zařazují do příslušné funkční skupiny. (3)

Rehabilitace může mít formu lázeňského pobytu (v délce cca 3-4 týdny, tak formu organizovaných denních rehabilitačních skupin v místě bydliště, event. I jejich kombinaci, ale i cvičení individuální s daným klientem. (10)

3. fáze – období stabilizace

V tomto období zpravidla probíhá pohybová léčba bez pevné organizace, klientův stav je obvykle stabilizován. Předpokládá se, že rekonvalescent již zná možnosti své fyzické zátěže i kontroly svého organismu. Cvičením by se mělo stát klientovým návykem a tělesnou i psychickou potřebou.(1)

4. fáze – udržovací

Klient dodržuje nadále zásady předchozích aktivit s minimální odbornou kontrolou za předpokladu stabilizace zdravotního stavu. (12)

Výpočet tréninkové tepové frekvence (TTF), příklad uvádím v příloze č. 2.

Doporučená zátěžová tepová frekvence bývá u srdečně nemocných označována jako tréninková tepová frekvence. Nejčastěji se TTF určuje po zátěžové ergometrii, kdy se změří klidová tepová frekvence a poté frekvence po testu. (10)

Vliv rehabilitace na psychiku klienta po AIM

AIM představuje velkou psychickou zátěž, v období hospitalizace je třeba klienta uklidnit a připravit na změnu životního stylu a návyků související s tímto onemocněním. Důležitou úlohu zde má ošetřující lékař, specializovaný fyzioterapeut popřípadě psycholog. K dosažení optimálního stavu je nezbytná spolupráce s nejbližšími rodinnými příslušníky. Klient postupně v lepším případě získává kladný vztah k pohybové aktivitě a tím i snáze dodržuje zásady sekundární a terciální prevence.(12)

1.4.1.1. LÁZEŇSKÁ PÉČE

V ideálním případě ústavní lázeňská péče navazuje na hospitalizaci klienta po AIM, nejdéle by ovšem měla proběhnout do 3 měsíců po koronární příhodě. Délka pobytu je obvykle 4 týdny. Slouží k rychlé normalizaci psychického a fyzického stavu. V lázních si klienti upevňují návyky správného životního stylu a k eliminaci rizikových faktorů ischemické choroby srdeční a k potlačení stresových vlivů.(12)

Lázeňská péče pomáhá zlepšit pohyblivost hrudníku, podpořit funkci plic a zlepšení celkové kondice, pod dohledem zkušeného a kvalifikovaného personálu. Po přijetí je klientovi provedeno vyšetření kardiologem a rehabilitačním lékařem. U stabilních klientů je stanovena tolerovaná zátěž, tréninková tepová frekvence a stupeň tréninkové zátěže. Mezi nejčastější lázeňské a rehabilitační procedury, které jsou předepisovány v lázních Poděbrady jsou: inhalace, léčba bioptronovou lampou, reflexní a klasické masáže, dechová cvičení, léčebný tělocvik dle stanovené zátěže, jízda na ortopedu, chůze, elektroléčba (diadynamik, Trabertovy proudy, čtyřkomorová galvanická léčba, ultrazvuk, magnetoterapie). Z balneoterapie lázně Poděbrady nabízí: uhličitě a perličkové koupele, cvičení v bazénu, vířivky a podvodní masáže. Během pobytu jsou klienti pravidelně dle individuálního zdravotního stavu kontrolováni lékařem a zároveň se učí subjektivně hodnotit svůj zdravotní stav. Mezi nejznámější lázeňské zařízení v České republice v léčbě KVS onemocnění patří: **lázně Poděbrady, Libverda, Konstantinovy Lázně, Františkovy lázně a Teplice nad Bečvou.** (11)

1.4.2. SOCIÁLNÍ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Hlavní úlohou rehabilitace v této oblasti je přijetí klientovi životní situace a v maximální integrace do společnosti. Přidá-li se k defektu (orgánovému či funkčnímu) sociální dimenze může dojít k nežádoucí defektivitě (člověk je na společnosti závislý a společensky nežádoucí). Sociální prostředky rehabilitace jsou permanentním životním procesem, ve kterém se uplatňují metody reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením). Nedílnou součástí sociální rehabilitace je také vytváření ekonomických a materiálních podmínek pro samostatný a plnohodnotný život. (14)

Ze zákonů týkající se této oblasti je nezbytné jmenovat následující. **Zákon č. 117/1995 Sb.** O státní sociální podpoře a související **vyhláška č. 207/1995 Sb.**, kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory. V této vyhlášce je obsažena klasifikace zdravotních postižení podle stupňů, kapitola č. VI je přímo věnována onemocnění srdce a oběhového ústrojí. **Zákon 100/1988 Sb.** O sociálním zabezpečení a **vyhláška 182/1991 Sb.**, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Nový **zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách s ním související **vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (22)

1.4.3. PEDAGOGICKÉ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Představuje jednu ze čtyř hlavních složek uceleného systému rehabilitace. V socializaci člověka hraje výchova významnou roli a nelze ji vnímat pouze ve vztahu k dětství či k dospívání. Výchova

je permanentní celoživotní proces. Nalezení přesných hranic mezi vzděláním, výchovou a rehabilitací není možné. U klientů se získaným zdravotním postižením, omezením je důležitý návrat k původní linii cílevědomého rozvoje osobnosti a o pedagogické rehabilitaci je možné hovořit až do doby, kdy se člověku podaří nalézt svou vlastní identitu. (14)

1.4.4. PRACOVNÍ PROSTŘEDKY REHABILITACE

Nejedná se pouze o pracovní přípravu, ale mnohem širší proces zahrnující soustavnou péči, která je poskytována lidem se zdravotním postižením a měl aby jim umožnit uplatnit se na trhu práce. Podstatné je obnovení pracovního potenciálu u lidí se změněnou pracovní schopností, která je spojena se zdravotním postižením. Důležitost pracovní integrace je dána tím, že práce patří mezi základní potřeby člověka. Pokud není tato potřeba naplněna dochází k frustraci, či dokonce ke stresovému stavu, který je u kardiovaskulárních chorob nežádoucí a patří mezi rizikové faktory. (14)

Ze zákonů týkající se této oblasti je nezbytné jmenovat následující. **Zákon číslo 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, nařízení vlády č. 384/1991 Sb. Novelizovaný zákon o zaměstnanosti č. 167/1999 Sb.,** který závazně stanovuje povinnost zaměstnávat občany se změněnou pracovní schopností (resp. Osoby se zdravotním postižením). V tomto zákoně se též uvádí možnosti alternativního plnění (např. odběr výrobků z chráněných dílen). (19)

V oblasti pracovní a sociální rehabilitace by se měla důsledně uplatňovat sociální politika státu. Další neméně důležitou oblastí je využívání volného času, věnování se zájmové činnosti atd. V této souvislosti se jedná spíše o psychosociální rehabilitaci.

4.2. PREVENCE – OBECNĚ

Prevence je základní pracovní metodou v oblasti preventivní medicíny, jejichž cílem je trvalé udržení zdraví ohroženého jedince. Prevenci v obecné rovině rozdělujeme na tři základní typy:

1. Primární prevence

Veškerá opatření, která směřují ke snížení vzniku onemocnění (očkování, vitaminizování potravin, správné stravovací a pohybové aktivity, atd.).

2. Sekundární prevence

Jsou postupy a opatření snižující výskyt onemocnění. Snaha je co nejdříve objevit a diagnostikovat chorobu v presymptomatologické fázi a to hlavně preventivními prohlídkami, depistážními akcemi, screeningovými metodami, monitoringem, atd.

3. Terciální prevence

Terciální prevence se zaměřuje na odstranění či minimalizaci následků choroby či chorob. Cílem je zlepšit kvalitu života nemocného.(24)

4.3. PREVENCE KARDIOVASKULÁRNÍCH CHOROB

Cílem prevence kardiovaskulárních chorob je snížit incidenci prvních nebo recidivujících klinických příhod v důsledku ischemické choroby srdeční. Pozornost je zejména věnována prevenci invalidity a předčasného úmrtí.

1. Primární prevence kardiovaskulárních chorob

Jedná se o obecné zásady zdravé výživy, správných pohybových návyků, prevence kouření, alkoholu a užívání návykových látek, výchově ke zdraví, dále také naučení se zvládat stresové situace a to již v období dětství, mládí a ranné dospělosti, kdy si jedinec ještě ani neuvědomuje, že v pozdějším věku by ho mohla postihnout např. srdeční příhoda.

2. Sekundární prevence

Jsou postupy a opatření snižující výskyt KVS onemocnění. Vzdělání populace hraje rozhodující roli. V hromadných sdělovacích prostředcích je nutné informovat o srdečních chorobách o jejich příčinách a důsledcích a také jak jim předcházet. Je důležité také poskytovat informace o příznacích srdečních chorob a jak jim nejlépe předcházet. Vzdělání obyvatelstva v oblasti sekundární prevence by měla být organizována ve spolupráci s odbornými společnostmi. Sekundární prevence je zaměřena na omezení kuřáckých návyků, ovlivnění stravovacích návyků populace, podporu na zvýšení fyzických aktivit, monitoring prevalence kardiovaskulárních chorob v populaci, celkové morbidity a mortality na kardiovaskulární onemocnění. Do sekundární prevence je možné zařadit také podporu výzkumu zaměřeného na prevenci. (6)

3. Terciální prevence

Je zaměřena na klienty, kteří prodělali koronární příhodu. Dodržování zásad terciální prevence je nezbytné pro účelnou léčbu kardiovaskulárních onemocnění. Tyto zásady si můžeme rozdělit na opatření režimová a opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů

jejich léčbou. Mezi režimová opatření patří především zanechání kouření, změna stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti a zvýšení pohybové aktivity. Na uplatňování zásad terciální prevence a racionální farmakoterapie se podílejí všechny složky kardiologické péče. (6)

4.4. RIZIKOVÉ FAKTORY PŘI VZNIKU KARDIOVASKULÁRNÍCH CHOROB

Existuje asi 250 rizikových faktorů zvyšujících pravděpodobnost rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Mezi hlavní rizikové faktory patří: *hypertenze, porucha lipidového metabolismu, kouření, diabetes mellitus, obezita, nedostatek fyzické aktivity, stres, pozitivní rodinná anamnéza, mužské pohlaví, atd.* Vzniku kardiovaskulárních onemocnění zabránit zcela nelze, ale při dodržování pravidel můžeme toto riziko snížit. Je prokázáno, že ovlivněním hlavních rizikových faktorů lze riziko snížit až několikanásobně. (21)

Změna životního stylu není jednoduchá a vyžaduje dlouhodobou spolupráci, sebekontrolu a trvalý zájem o zdraví. (1) Negativní vliv rizikových faktorů se sčítá a někdy i násobí. Jeden rizikový faktor zvyšuje riziko AIM asi 2,5 krát (2 rizikové faktory 4,5 krát), tyto čísla nelze brát absolutně, některé rizikové faktory mají rozlišná rizika a některé nelze ovlivnit např. pohlaví genetickou predispozici, atd. (4)

Jak uvádí česká kardiologická společnost (6) mezi strategická opatření, jichž lze použít k zefektivnění poradenství zaměřeného na chování jedince, patří:

- vytvoření „spojenectví“ s pacientem se zaměřením na jeho léčbu;
- dbát na to, aby pacienti pochopili souvislost mezi chováním, zdravím a nemocí;

- pomoci pacientům, aby pochopili překážky stojící v cestě změnám v jejich chování;
- získat slib ze strany nemocných, že se pokusí o změnu ve svém chování;
- zainteresovat nemocné v odhalení rizikových faktorů a ve výběru těch faktorů, které změní;
- použít kombinaci strategií, včetně těch, podporujících možnosti samotného pacienta změny dosáhnout;
- vypracovat plán změny úpravy životosprávy;
- sledovat pokrok pacienta při kontrolních vyšetřeních;
- pokud možno, zahrnout i další členy zdravotnického personálu

1.7.1 RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU

1.7.1.1. VÝŽIVA

Na ovlivnění a snížení rizika KVS chorob je důležitá nabídka „zdravých potravin“. Energetický příjem by měl odpovídat energetickému výdeji. Všem klientům je nezbytné poradit s výběrem potravin a složením jídelníčku. Zdravá strava snižuje riziko několika mechanismy, např. snížením tělesné hmotnosti, snížením krevního tlaku, ovlivnění hladiny glykémie a cholesterolu. Obecná doporučení k vyvážené stravě jsou: strava by měla být pestrá na ovoce, zeleninu, celozrnné obiloviny a pečivo, mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku, rybí a libové maso. Dále by strava měla obsahovat ryby sladkovodní i mořské ryby, omega-3 mastné kyseliny v nich obsazené ochraňují před vznikem KVS chorob. Celkový příjem tuků by neměl přesahovat 30% celkového energetického příjmu. Klientům s hypertenzní chorobou, diabetem, hypercholesterolémií či jinými dyslipidemiemi by mělo být poskytnuto speciální dietetické poradenství. (6)

Mezi ochranné faktory ve výživě můžeme zařadit oleje rostlinného původu, vlákninu, antioxidanta. Mezi hlavní antioxidanta patří hlavně vitaminy A,C,E dále Se, Zn, Cu, uplatňují se hlavně antiaterogenně a antitrombogenně. (4)

Podstatná je i znalost složení rostlinných olejů. Olivový olej má až 80% nenasycených mastných kyselin, snižuje hladinu HDL cholesterolu. Řepkový olej obsahuje nejméně nenasycených mastných kyselin a nejvíce nenasycených mastných kyselin. (4)

Omezení cukrů v podobě prázdných kalorií obsažených ve sladkostech, slazených a alkoholických nápojích. (1)

1.7.1.2. KOUŘENÍ

Kouření je hlavní rizikový faktor KVS onemocnění, rakoviny plic a chronické obstrukční plicní nemoci. Nelze podceňovat ani tzv. „pasivní kouření“ tedy vdechování vzduchu nekuřáky, kdy např. nekuřák při hodinovém pobytu v zakouřené místnosti vdechne škodlivé splodiny, jako by vykouřil 1 cigaretu. Tabákový kouř obsahuje 2000-4000 chemických látek, z toho 60-100 má prokázané karcinogenní látky. Požívání tabáku je v ČR příčinou každého pátého úmrtí (ve světě je to cca 3 miliony lidí ročně). Dle statistického výzkumu v ČR kouří 30% mužů a 17% žen. Statistiky též ukazují, že z 25% se na KVS onemocnění podílí právě kouření. Toto riziko stoupá s počtem vykouřených cigaret a s roky kouření. (21)

Všem kuřákům by měla být poskytnuta pomoc v úsilí o zanechání užívání tabáku. Doporučení je uvedeno v příloze č. 3. Akutní infarkt myokardu by měl být jasným signálem, že přestat kouřit je nutnost. Pokud se klient rozhodne přestat kouřit měl by navštívit odbornou poradnu pro odvykání kouření, která se většinou nachází při Zdravotním ústavu. Mezi pomocné metody lze zařadit akupunkturu a hypnózu.

Mezi farmakoterapii patří náhradní terapie nikotinem nebo Bupropionem. Náhradní terapie je založena na principu potlačení abstinenčních příznaků (patří sem speciální žvýkačky, náplasti a nasální spreje).(21) Riziko kouření je vyšší u žen, jelikož částečně ruší projektivní vliv estrogenů na rozvoj aterosklerózy. (4)

1.7.1.3. OBEZITA

Je stav, kdy dochází k nadměrnému ukládání tělesného tuku. Příčinou nadváhy je nepoměr mezi příjmem potravy a výdejem energie. V České republice počet obézních lidí neustále stoupá, u obyvatel mezi 20 – 65 rokem je u nás asi 16% obézních mužů a 20 % obézních žen.(4) Ke snížení hmotnosti nabádáme u obézních klientů, u jedinců s nadváhou a u jedinců s abdominální obezitou. Lepších výsledků dosahují klienti, kteří vyhledají odbornou pomoc a mají silnou motivaci, kterou akutní koronární příhoda bezesporu je. V komplexní terapii se uplatňuje nízkonoenergetická dieta s omezením tuků, zvýšená tělesná aerobní aktivita a celoživotní úprava životosprávy. (6)

Statistické údaje ukazují na stoupající křivku nadváhy v populaci a s tím přímou křivku zvyšující se nemocnosti. KVS choroby patří na 1. místo. Snížení hmotnosti vede ke snížení rizikových faktorů aterosklerózy a to s hypertenzí, s poruchou přeměny tuků projevující se jako hyperlipidemie, s poruchou přeměny cukrů vedoucích k diabetes mellitus. (1)

K výpočtu ideální hmotnosti nám slouží **Body mass index= hmotnost v kilogramech se vydělí druhou mocninou výška v metrech.** Viz. příloha č. 4. Léčba spočívá tedy v dietě a režimových opatřeních. Při selhání komplexní léčby obezity se přistupuje k cílené farmakoterapii, u těžkých obezit se v dnešní době využívá chirurgické léčby ve formě bandáže žaludku.

Obezita přináší zdravotní a psychosociální problémy. Obézní jedinci mají obvykle nízké sebevědomí, trpí depresemi a úzkostnými stavy, ztrácejí motivaci k životu. (4)

1.7.1.4. NEDOSTATEK POHYBU

Tělesnou aktivitu je dobré podporovat ve všech věkových skupinách. U klientů s KVS onemocněním doporučit bezpečný způsob postupného zvyšování tělesné aktivity a tím snížit riziko recidivy tohoto onemocnění. Cílem je dosáhnout minimálně 30 minut fyzické aktivity denně. (6)

Při nedostatku pohybu postupně dochází k ochabování svalstva, zhoršení pohyblivosti kloubů, snižuje se výkonnost kardiovaskulárního aparátu a tím i celková výkonnost organismu. Adekvátně a vhodně dávkovaná fyzická aktivita má řadu blahodárných účinků. Například podstatně přispívá k ekonomickému chodu krevního oběhu, příznivě ovlivňuje svalovou sílu, koordinaci pohybů a svalové napětí, dále je to nejznámější uklidňující prostředek, který také pomáhá udržet ideální váhu a snižuje výskyt komplikací koronární aterosklerózy. (1)

Klient by měl zároveň znát důvody k přerušení či snížení tělesné aktivity a tím je neadekvátní zvýšení či snížení tepové frekvence, bolesti na hrudi, nepřiměřená dušnost, únava, bledost, pocit na omdlení a závratě. Vhodné je dodržovat kondiční program, který spočívá ve střídání různých aktivit, cvičit systematicky a pravidelně, nepodceňovat odpočinek, při obezitě preferovat cvičení bez statického zatěžování pohybového aparátu (cyklistika, plavání), necvičit při akutním onemocnění, pravidelně kontrolovat srdeční frekvenci a to na začátku, v průběhu a na konci pohybové aktivity. Vhodné je založení tzv. tréninkového deníku, do kterého klienti zaznamenávají dobu, druh cvičení a tepovou frekvenci. (21)

Za dva měsíce po prodělání akutního infarktu myokardu by se klientům měla provést zátěžová ergometre. Dle světové zdravotnické organizace jsou kardiaci dle výsledků tohoto funkčního vyšetření rozděleni do čtyř skupin. Tato klasifikace se používá pro určování funkčního stavu klientů, pro účely pohybové léčby, ale také vyhláška č. 207/1995 Sb, kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory. Klasifikace je uvedena v příloze č. 5. Rady na zvýšení pohybové aktivity uvádím v příloze č. 6.

1.7.1.5. CHOLESTEROL

V současné době je zvýšena hladina cholesterolu v krvi považována za výrazný rizikový faktor ischemické choroby srdeční. Cholesterol byl objeven poprvé v 18. století ve žlučových kamenech. Přítomnost cholesterolu v živých organismech je nezbytná, je součástí stavby všech buněk a výchozí látkou pro tvorbu některých hormonů. Z cholesterolu vzniká vitamin D. Cholesterol je důležitý pro tvorbu žlučových kyselin, které nám pomáhají trávit.

Pokud jeho hladina v krvi stoupá, stává se nebezpečným, tím že se ukládá do cévní stěny a tím podporuje vznik aterosklerotických plátů. Místo zúžené aterosklerotickým plátem je náchylnější k usazení trombu. Tvorba a odbourávání cholesterolu je předem geneticky dáno, zásadní vliv má ale stravování (přejídání, požívání velkého množství živočišných tuků a cholesterolu). Cholesterol se také tvoří v lidském těle, v játrech.

(1)

Hladina cholesterolu v krvi je dána rovnováhou mezi jeho příjmem a tvorbou na jedné straně a jeho odbourávání na straně druhé. Tuky (cholesterol, triglyceridy a ostatní tuky) se v krvi váží na bílkoviny, vznikají lipoproteiny. Lipoproteidy dělíme na LDL (s nízkou hodnotou),

HDL (s vysokou hustotou) a VLDL (s velmi nízkou hustotou). Cholesterol obsažený v LDL je „špatný“, HDL je definován jako „dobrý“, který je přenášen a odbouráván v játrech. Hodnoty lipidů v séru jsou uvedeny v příloze č. 7. (21)

U klientů s klinicky prokázaným kardiovaskulárním onemocněním a u diabetiků by celková hladina cholesterolu neměla být vyšší než 4,5mmol/l a hodnota LDL cholesterolu by neměla přesáhnout 2,5mmol/l. (6)

Součástí snižování hladiny cholesterolu v krvi by měla být kaloricky méně bohatá strava (do 10 000kJ/den), úprava životního stylu a také farmakologická léčba. Klientům by měli být prováděny pravidelné odběry krve na sledování hladiny cholesterolu v krvi, vyšetření se provádí nalačno s vyloučením alkoholu, které je důležité pro stanovení hladiny triglyceridů. Před nasazením farmakoterapie by klient se zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi měl dodržovat dietní doporučení svého lékaře. Pokud se tímto nepodaří hladinu snížit, lékař přistupuje k farmakoterapii. (19)

Žádoucí je snaha o zvýšení tzv. „dobrého“ HDL cholesterolu. To lze dosáhnout speciální dietou, zvýšením fyzické aktivity, kontrolou tělesné hmotnosti, nekuřáctvím a malým množstvím alkoholu. Pokles hmotnosti nejen zvyšuje hladinu HDL cholesterolu, ale také snížení hmotnost o 5 -10 % vede k významnému snížení rizika ischemické choroby srdeční. Koření aktivní i pasivní snižuje HDL cholesterol. Působení alkoholu na hladinu cholesterolu není ještě zcela dokázané. Některé studie poukazují na to, že alkohol užívaný v malé míře (1 pivo, 2 dcl vína) má přímý vliv na zvyšování HDL cholesterolu. (21)

1.7.1.6. ALKOHOL

V České republice je spotřeba alkoholu velmi vysoká na občana a rok připadá 10 litrů. Stoupá i spotřeba piva, kdy průměrná spotřeba dosahuje 160 litrů na občana a rok. Jak je uvedeno výše minimální spotřeba alkoholu (1 pivo, 2dcl vína denně) zvyšuje hodnotu HDL cholesterolu a snižuje LDL cholesterol. Toto požívání alkoholu snižuje koronární mortalitu o 30 %, které se týká pouze mužů starších 40 let. Pití alkoholu se u kardiaků nezakazuje, nelze ho však ani doporučit. (4)

1.7.1. FYZIOLOGICKÉ A BIOCHEMICKÉ FAKTORY

1.7.2.1. ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE

Hypertenzi lze považovat za civilizační chorobu, vždyť v průmyslově vyspělých zemích jí trpí 15 – 20 % populace. U lidí nad 60 let se pak výskyt zvyšuje na 30 - 40 %. V ČR je zhruba 1 milion osob s hypertenzní chorobou. Hypertenze je závažný rizikový faktor ischemické choroby srdeční. Hraniční hodnota hypertenze je 140/90mmHg, která je naměřena alespoň dvakrát ze tří měření v průběhu několika týdnů. (4)

Hypertenzi lze rozdělit na hraniční s hodnotami systolického a diastolického tlaku v rozmezí 140 – 160/90 – 95mmHg, mírnou hypertenzi s hodnotami 140 – 179/90 – 105mmHg, středně těžkou hypertenzi s hodnotami 180 – 199/106 – 114mmHg a těžkou hypertenzi se systolickým tlakem větším než 200mmHg a diastolickým tlakem větším než 115mmHg. Hypertenze se dle světové zdravotnické organizace dělí na I. stadium, kdy je klient bez či s malými obtížemi, jako jsou bolesti hlavy, únava a závratě. Změny na orgánech není patrný.

II. stadium subjektivní obtíže jsou srovnatelné jako v I. stadiu, objektivně lékař může nalézt poruchu cév na očním pozadí, poruchu ledvinných funkcí, aterosklerotické změny cév a hypertrofii levé srdeční komory. III. stadium zde se objevují příznaky jako důsledek poškození nejrůznějších orgánů (srdce, ledvin, orgánové projevy aterosklerózy zhoršené hypertenzí, cévní mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin, aortové aneurysma, atd.). (21)

Zahájení léčby hypertenze závisí na hodnotách krevního tlaku, ale i na posouzení celkového kardiovaskulárního rizika a přítomnosti či nepřítomnosti postižení cílových orgánů. Farmakoterapie je indikována u klientů s vysokým normálním krevním tlakem (130 – 139/85 – 89 mmHg) po prodělané cévní mozkové nebo koronární příhodě, s manifestní ischemickou chorobou srdeční, s chronickým renálním onemocněním, u diabetiků či u osob s vysokým výskytem rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění. Antihypertenziva nesnižují pouze krevní tlak, ale musí mít i vliv na snižování kardiovaskulární morbidity a mortality. Farmakoterapie je většinou zahájena monoterapií, zpravidla v nízké dávce a nebo kombinací dvou léků. U ostatních se dosahuje normalizace hypertenze v kombinaci dvou i více antihypertenziv. (6)

1.7.2.2. DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus je onemocnění, kterým trpěli lidé již v středověku, což dokazují historické dokumenty. Klinický obraz 1. a 2. typu diabetu je způsoben odlišnými patogenetickými mechanismy. U diabetu 1. typu chybí absolutně produkce inzulínu, diabetes 2. typu je charakterizován poruchou sekrece a rezistence inzulínu. Léčba 1. typu spočívá v aplikaci inzulínu, 2. typ základní léčba spočívá v diabetické dietě, kterou musí dodržovat diabetici 1. typu a podání perorálních

antidiabetik. V České republice je 43 % diabetiků léčeno dietou, 42% perorálními antidiabetiky a asi 15% inzulínem. Diabetes mellitus 2. typu řadíme mezi civilizační choroby, vyskytuje se nejčastěji u lidí starších 40 let. (3)

Diabetes mellitus je výrazný rizikový faktor kardiovaskulárního onemocnění, která je léčitelná, ale bohužel nevléčitelná, proto je u diabetiků dvojnásob důležité snížit či vyloučit ostatní rizikové faktory, riziko ICHS u diabetiků je 2 -4 krát vyšší než v běžné populaci. (21)

U klientů s poruchou glukózové tolerance nebo se zvýšenou hladinou glykémie nalačno, může změna životního stylu předcházet plnému rozvoji diabetes mellitus nebo lze nástup tohoto onemocnění výrazně oddálit. Cílem léčby je snížení výskytu mikrovaskulárních komplikací a kardiovaskulárních příhod. Hladina glykémie by nalačno neměla přesáhnout 6 mmol/l (venózní krev) a po jídle by měla být hladina glykémie 5,0 – 7,5 mmol/l. (2)

Mortalita na akutní infarkt myokardu do 1 měsíce je 2,5 krát vyšší u klientů s DM než u „nediabetiků“, jelikož diabetici mají pokročilejší změny na koronárním řečišti. (4)

1.7.2.3. ATEROSKLEROZA

Ateroskleróza je kombinace změn arteriální infámy, ve které se místně kumulují lipidy, další složky krve a fibrózní tkáň, které později způsobují změny i v médiu cévní stěny. Cévní stěna tvrdne, ztlušťuje se, vznikají aterosklerotické pláty zužující průsvit cévy, které vedou ke zhoršení krevního průtoku. Příčina je multifaktoriální, na jejím vzniku se podílí řada rizikových faktorů (rodinná anamnéza ICHS u mužských příbuzných do 55 let a u žen do 65 let, hypertenze i úspěšně léčená, kouření cigaret, diabetes mellitus, věk u mužů >45 let,

u žen >55 let nebo předčasná menopauza bez substituce, nízké hodnoty HDL cholesterolu <0,9 mmol/l, vysoké hladiny LDL cholesterolu). (3)

1.7.2.4. METABOLICKÝ SYNDROM

Klienti s metabolickým syndromem mají obvykle vysoké kardiovaskulární riziko. Diagnóza se stanoví dle definic amerického Národního cholesterolového edukačního programu, pro určení metabolického syndromu je nutná přítomnost tří nebo více následujících hodnot:

- obvod pasu >102 cm u mužů, >88 cm u žen;
- sérová koncentrace triglyceridů;
- HDL cholesterol 1mmol/l u mužů nebo 1,3 mmol/l u žen;
- krevní tlak \geq 130/85 mmHg;
- plazmatická glukóza \geq 6,1 mmol/l. (2)

1.8. NOVÉ RIZIKOVÉ FAKTORY

1.8.1. PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Bylo prokázáno, že 15 -33% klientů po akutní koronární příhodě trpí plně vyjádřenou depresivní chorobou. Deprese může být příčinou, ale i následkem AIM. Deprese je považována za nezávislý rizikový faktor kardiovaskulárního onemocnění, který je nezávislý na somatickém stavu klienta. Úmrtí klientů dobře psychosociálně adaptovaných je nižší než u klientů depresivních. Není plně objasněno, jakým způsobem deprese působí, ale je známo že deprese vede k aktivaci autonomního nervového systému a tím ovlivňuje převodní systém srdeční a srdeční automacii. Z těchto důvodů je podstatné věnovat pozornost včasné

diagnostice a léčbě depresivních stavů. Optimální by bylo každého klienta po AIM vyšetřit psychiatrem a nasazení antidepresivní terapie. Včasná a adekvátní léčba je u těchto klientů velmi úspěšná, zlepšuje kvalitu života. (18)

Stres je reakce organismu na ohrožení. Jeho smyslem je, aby organismus v případě ohrožení vyrovnal svoji vnitřní rovnováhu. Tento systém je v člověku zakódován. Při psychické zátěži se zvyšuje tepová frekvence, stoupá krevní tlak, tím se zrychluje krevní oběh, zvyšuje metabolismus a dochází ke změnám hemokoagrace. Mobilizuje se energie zejména z tukové tkáně, to vše připravuje svaly na zvýšenou činnost. Při rozčílení, strachu či úzkosti aj. organismus reaguje stejně a uvolňuje katecholaminy z nadledvinek (adrenalin, noradrenalin). Z nezbytné reakce adaptace se stala reakce negativní. (1)

1.8.2. GENETICKÉ FAKTORY

Hrají jednu z nejvýznamnějších rolí v rizikových faktorech KVS onemocnění. Některé studie poukazují na genetické malformace koronárního řečiště, usnadňující vznik aterosklerozy na koronárních cévách. Vrozené dědičné poruchy zvyšující riziko KVS onemocnění jsou především familiární hypercholesterolemii, polygenní hyperlipoproteinemii, hypertenzi, diabetes mellitus, aterosklerozu.(4)

1.8.3. HORMONÁLNÍ SUBSTITUCE ŽEN

Dle klinických studií se ukázalo, že estrogény působí preventivně proti nemocem vznikajícím u žen v menopauze. Substituce estrogenů zlepšuje lipidové spektrum (zvyšují HDL cholesterol a snižují LDL cholesterol) a snižují fibrinogen. V obecné rovině estrogény snižují koronární relativní riziko o 44%. Ovšem není přesně vyřešen problém

související s délkou podávání substituční terapie, se kterou se zvyšuje riziko komplikací. Větší užitek ze substituční terapie je tedy u žen s vysokým koronárním rizikem. (5)

1.9. SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝMI

Přesné údaje o počtu zdravotně znevýhodněných osob v ČR neexistují. To je dáno skutečností, že není adekvátní spolupráce mezi zdravotnickými a sociálními službami. Statistiky vypracované OSN a WHO uvádějí, že na světě žije asi 500 miliónů lidí se zdravotním znevýhodněním. V České republice žije asi 1,2 miliónů občanů se zdravotním znevýhodněním. Poslední revidovaná verze Mezinárodní klasifikace zdravotních stavů a jejich následků (ICIDH-2) přijata WHO přináší podstatnou změnu v používané terminologii. Postižení (impairment) jsou definovány jako problémy na úrovni tělesných funkcí a struktur. Tyto problémy mohou být příčinou omezení v činnostech (activity limitations) na úrovni jednotlivce, ale mohou být také příčinou omezení ve společenských aktivitách (participation restrictions), čímž jsou označeny mnohem širší důsledky a to sociální. ICIDH byla a je užívána v následujících oblastech: rehabilitace, vzdělávání, statistika, demografie, politika, legislativa, sociologie, ekonomika či antropologie. Podstatná je integrace v sociálních vztazích, opakem je segregace, prevence se zaměřuje na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické vady a zamezení trvalého funkčního omezení, dále rehabilitace, vyrovnává pracovních příležitosti a princip rovných práv. Problematikou uceleného systému rehabilitace jsem se zabývala v kapitole č. 1. 4 .

Sociální důsledky zdravotního postižení jsou kompenzovány formou peněžitých příspěvků a sociálních služeb. Ekonomické a materiální podmínky pro samostatný život jsou zabezpečeny

např. přiznáním invalidního důchodu (částečného, plného) a dalšími příspěvky dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a příspěvků poskytovaných dle vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb. Mezi sociální služby poskytované zdravotně znevýhodněným občanům v ČR patří: poskytování technických pomůcek, služby osobní asistence, pečovatelská služba, chráněné bydlení, respitní (odlehčovací) služba, ústavy a domovy sociální péče pro postižené, penziony pro seniory a občany se zdravotním postižením, sociální poradenství, ranná péče, centra denních služeb. (18)

2. CÍL PRÁCE

Cílem práce je zjistit možnost aktivního zapojení klienta do péče o svůj zdravotní stav (zaměření na sekundární a terciální prevenci)

HYPOTÉZA I.

Srdeční infarkt je nejčastější příčinou smrti a invalidity mužů v produktivním věku.

HYPOTÉZA II.

Vzdělání populace hraje významnou roli ve výskytu kardiovaskulárních onemocnění a podvědomí o vlivu životního stylu na snižování rizik vzniku těchto onemocnění.

3. METODIKA

3.1. METODIKA

Sběr dat probíhal formou dotazníků (viz. příloha č. 11), které jsem rozdala v odborných kardiologických ambulancích v nemocnici Příbram a v soukromé kardiologické ordinaci MUDr. Evy Šedivé v Příbrami. Všechny ambulance jsem osobně navštívila a seznámila s dotazníkem lékaře i sestry. Dotazník v obou případech rozdávaly klientům lékařky. Dotazník byl anonymní, obsahoval celkem 31 otázek. Otázky byly uzavřené, polouzavřené i otevřené. Některé otázky byly obecné jiné konkrétnější. Správné otázky měli klienti zaškrtnout.

U některých otázek měli respondenti dopsat svou domněnku či přesný údaj. Na vyplnění dotazníku měli respondenti 1 měsíc. Vyplněné dotazníky odevzdávali respondenti zpět lékaři, kteří mi je vyplněné vrátili.

3.2. SLEDOVANÝ SOUBOR

Z celkového počtu 200 rozdaných dotazníků, které jsem rozdala v odborných kardiologických ambulancích, jich klienti vyplnili 52. Návratnost byla tedy 26 %.

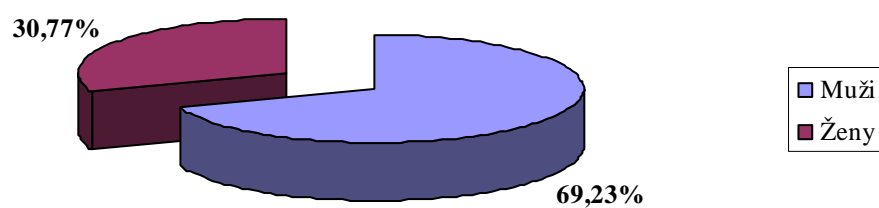
Dotazník vyplnilo 69 % mužů a 30,7 % žen. Ve věkovém rozmezí od 41 let do 71 let a více. Největší procentuelní zastoupení bylo u mužů ve věkovém rozmezí 61 -70 (33,3 %) let, poté následovala věková skupina 41 – 50 let (30,7 %). U ženského pohlaví byla nejvíce zastoupena věková skupina mezi 61 – 70-ti (62,5 %) lety, poté následovala věková skupina od 51 do 60-ti (25 %)let. Z odpovědí lze usoudit, že dotazovaní klienti po akutním infarktu myokardu jsou starší než 41 let.

4. VÝSLEDKY

Otázka č. 1: Jste muž, žena?

Z počtu dotázaných respondentů bylo 36 mužů (69 %) a 16 žen (30,7 %).

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

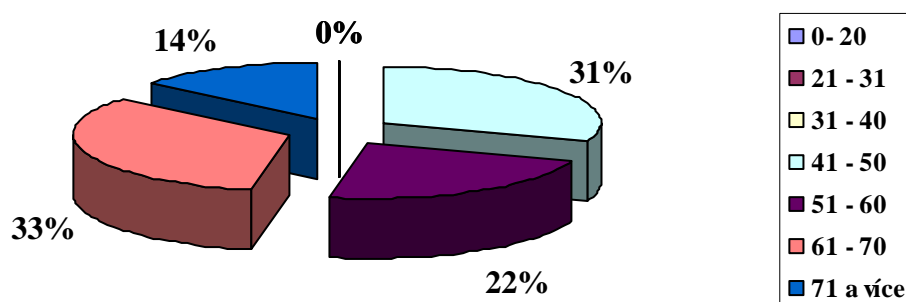
Otázka číslo 2: Váš věk?

Věk jsem rozdělila do věkových skupin dle pohlaví.

Tabulka č.1

Věkové rozhraní	Počet muži	Procento mužů
0 - 20	0	0 %
21 - 31	0	0 %
31 - 40	0	0 %
41 - 50	11	30,7 %
51 - 60	8	22,2 %
61 - 70	12	33,3 %
71 a více	5	13,8 %

Graf č. 2: Rozdělení mužů dle věku

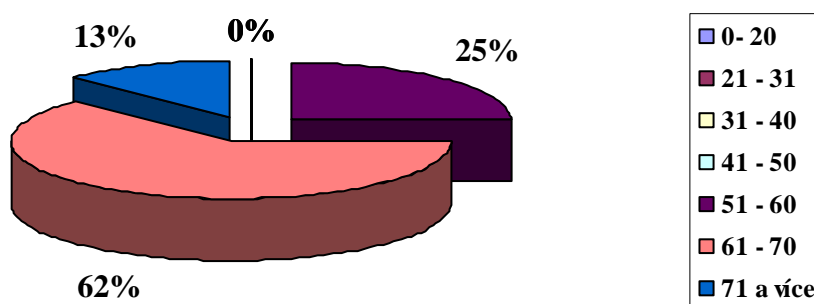


Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2

Věkové rozhraní	Počet ženy	Procento ženy
0- 20	0	0 %
21 - 31	0	0 %
31 - 40	0	0 %
41 - 50	0	0 %
51 - 60	4	25 %
61 - 70	10	62,5 %
71 a více	2	12,5 %

Graf č. 3: Rozdělení žen dle věku

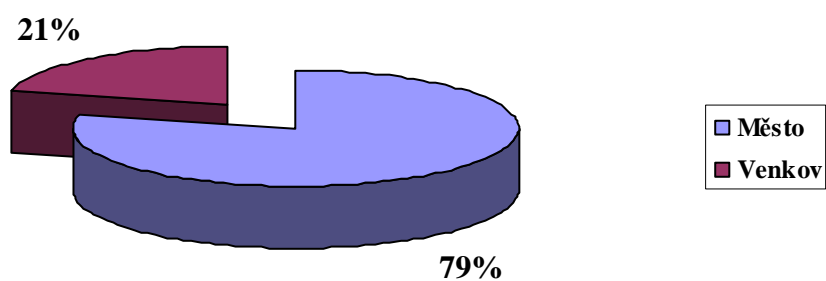


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 3: Bydliště (město či vesnice)

Odpověď na otázku je následující: 41 (78,8 %) respondentů žije trvale ve městě, zbylých 11 (21,2%) na venkově.

Graf č. 4: Bydliště dotázaných respondentů



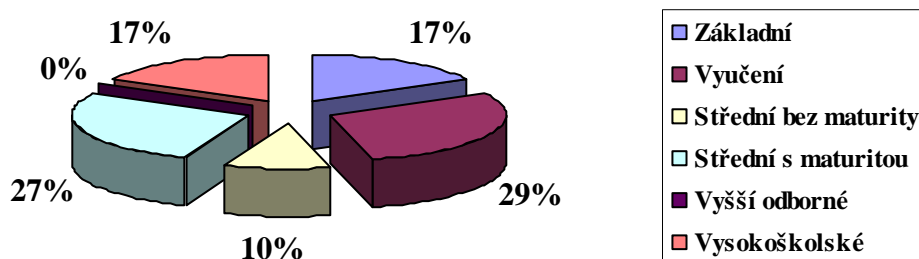
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

Tabulka č.3

Základní	9	17,3 %
Vyučení	15	28,8 %
Střední bez maturity	5	9,6 %
Střední s maturitou	14	26,9 %
Vyšší odborné	0	0 %
Vysokoškolské	9	17,3 %

Graf č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 5: Kdy jste prodělal akutní infarkt myokardu a kolik Vám v té době bylo let?

25 (69,4%) dotázaných mužů uvedlo, že akutní infarkt myokardu prodělal v roce 2006, zbylých 11 (30,5 %) pak v roce 2005. 10 (62,5 %) dotázaných žen uvedlo, že akutní koronární příhodu prodělaly v roce 2006 a 6 (37,5%) v roce 2005.

Průměrný věk mužů v době prodělání akutního infarktu myokardu je 54 let a žen je 64 let.

Tabulka č. 4

Věkové rozhraní	Muži rok 2006	Muži rok 2006 (%)	Muži rok 2005	Muži rok 2005 (%)
0 - 20				
21 – 30				
31 – 40				
41 – 50	8	32%	3	27,27 %
51 – 60	5	20 %	3	27,27 %
61 – 70	9	36 %	3	27,27 %
71 a více	3	12%	2	18,18 %

Tabulka č. 5

Věkové rozhraní	Ženy rok 2006	Ženy rok 2006 (%)	Ženy rok 2005	Ženy rok 2005 (%)
0 - 20				
21 - 30				
31 - 40				
41 - 50	0	0 %	0	0 %
51 - 60	2	20 %	2	33,3 %
61 - 70	7	70 %	3	50 %
71 a více	1	10 %	1	16,7 %

Otázka číslo 6 a 7: Hmotnost a výška.

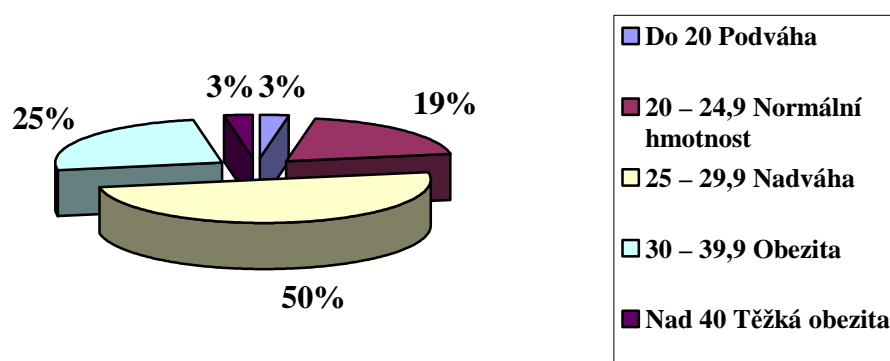
Průměrná výška dotazovaných mužů je 175,6 cm, průměrná hmotnost 87,3 Kg, průměrné BMI činí 28,3.

Průměrná výška dotazovaných žen je 167,2 cm, průměrná hmotnost je 68,1 Kg, průměrné BMI činí 28,9

Tabulka č. 6

MUŽI	BMI	Klasifikace	Počet	Procenta
	Do 20	Podváha	1	2,8 %
	20 – 24,9	Normální hmotnost	7	19,4 %
	25 – 29,9	Nadváha	18	50 %
	30 – 39,9	Obezita	9	25 %
	Nad 40	Těžká obezita	1	2,8 %

Graf č. 6 : BMI muži

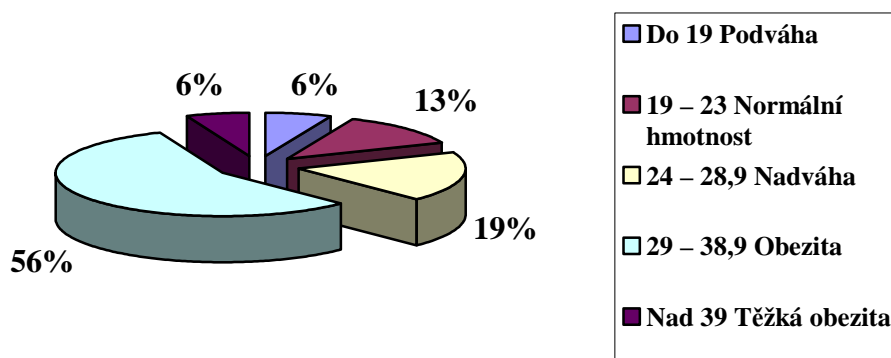


Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 7

ŽENY	BMI	Klasifikace	Počet	Procenta
	Do 19	Podváha	1	6,25 %
	19 – 23	Normální hmotnost	2	12,5 %
	24 – 28,9	Nadváha	3	18,75 %
	29 – 38,9	Obezita	9	56,25 %
	Nad 39	Těžká obezita	1	6,25 %

Graf č. 7 : BMI ženy



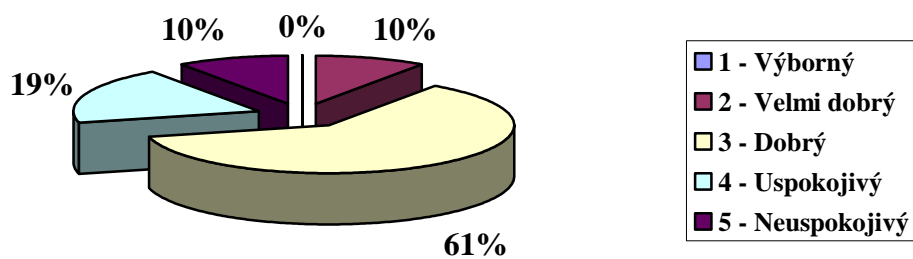
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8: Váš aktuální zdravotní stav hodnotíte jako?

Respondenti měli zaškrtnout na číselné škále od 1 do 5 (1 značila maximální spokojenost a 5 naopak nespokojenost).

Žádný z respondentů neuvedlo, že se cítí velmi dobře, 5 (9,6 %) uvedlo škálu 2, 32 (61,5 %) se cítí průměrně, 10 (19,2) uvedlo škálu 4 a 5 (9,6 %) dotázaných se necítí vůbec dobře.

Graf č. 8 : Hodnocení zdravotního stavu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 9: Které emoce prožíváte nejčastěji?

Jako nejčastěji prožívané emoce dotazovaní uvedli vztek, stres, pocit vnitřního neklidu deprese, radost, pohodu, pocit jistoty a klidu a úzkost.

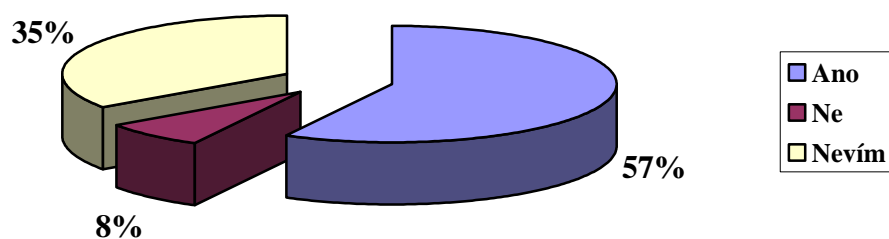
Tabulka č. 8

Emoce	Počet klientů	Počet klientů (%)
Radost	24	46,1 %
Pohodu	15	28,8 %
Pocit jistoty a klidu	15	28,8 %
Vztek	36	69,2 %
Stres	34	65,3 %
Úzkost	8	15,4 %
Deprese	29	55,7 %
Pocit vnitřního neklidu	34	65,3 %
Neprožívám žádné emoce	0	0 %
Jiné	0	0 %

Otázka číslo 9: Domníváte se, že informovanost občanů o onemocnění srdce a cév je dostatečná?

30 (57,5 %) respondentů odpovědělo, že ano, 4(7,7 %) ne a 18 (34,6) respondentů neví.

Graf č. 9 : Informovanost občanů o onemocnění srdce a cév

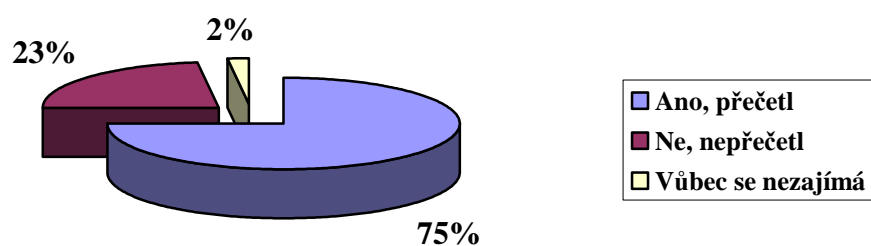


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 11: Přečetl(a) jste po akutním infarktu myokardu literaturu týkající se tohoto onemocnění?

39 (75 %) respondentů uvedlo, že si přečetlo literaturu týkající se této problematiky, 12 (23 %) nikoliv a pouze jeden respondent (1,9 %) uvedl, že ho to nezajímá.

Graf č. 10: Zájem respondentů o odbornou literaturu

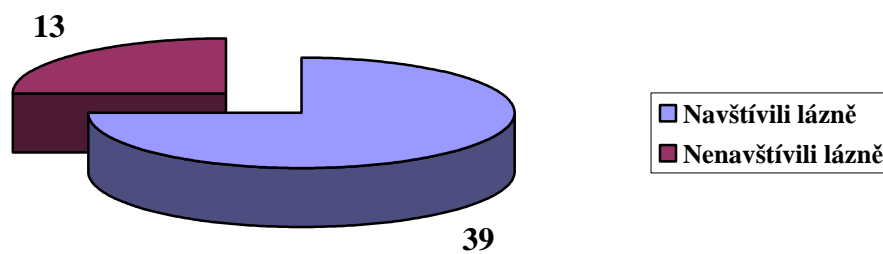


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 12: Absolvovala jste lázeňský pobyt?

39 respondentů absolvovalo lázeňský pobyt, 13 nikoliv.

Graf č. 11 : Počet klientů, kteří navštívili lázně

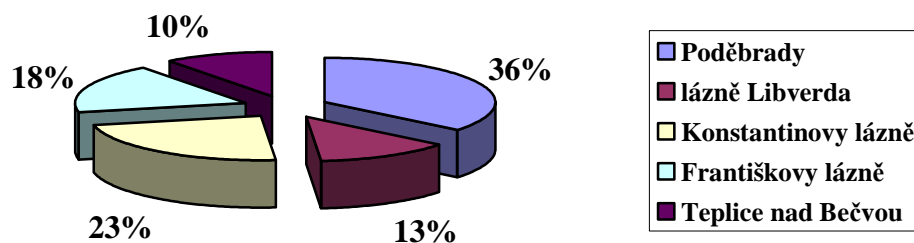


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 13: Pokud ano uveďte prosím kde a jak dlouho po akutním infarktu myokardu.

14 (35,9 %) dotázaných bylo v Poděbradech, 5 (12,82 %) v lázních Libverda, 9 (23,08 %) v Konstantinových lázních, 7 (17,95 %) ve Františkových lázních a 4 (10,26 %) v Teplicích nad Bečvou.

Graf č. 12 : Místo pobytu v lázních

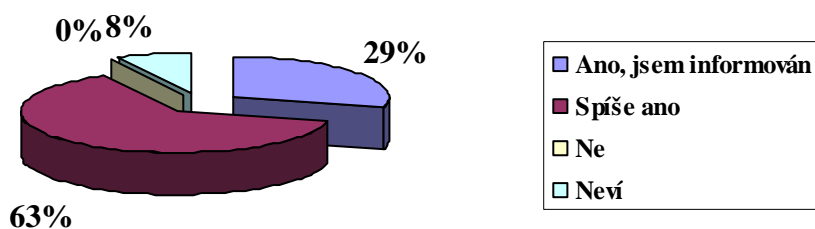


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 14: Domníváte se, že jste dostatečně informovaný(á) o nutnosti změny Vašeho životního stylu po akutním infarktu myokardu?

15 (28,8 %) respondentů uvedlo, že určitě jsou informováni, 33 (63,5 %) spíše ano, žádný respondent neuvedl, že ho nikdo neinformoval a 4 (7,7 %) uvedli, že neví.

Graf č. 13: Informovanost o nutnosti změny životního stylu

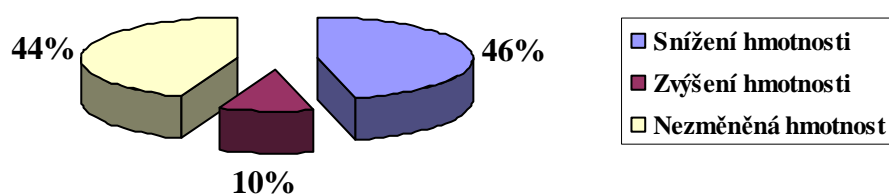


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 15: Vaše tělesná hmotnost se po akutním infarktu myokardu.

24 (46,1 %) dotázaných uvedlo, že se snížila, u 5 (9,6%) se zvýšila a u 23 (44,2 %) se nezměnila.

Graf č. 14 : Změna tělesné hmotnosti po akutním infarktu myokardu

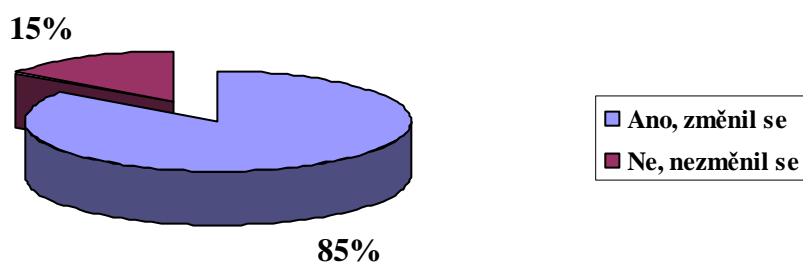


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 16: Změnil se obsah Vašeho jídelníčku?

44 (84,6 %) dotázaných uvedlo, že ano a pouze 8 (15,4 %) uvedlo, že nikoliv.

Graf č. 15 : Změna obsahu jídelníčku po prodělaném onemocnění

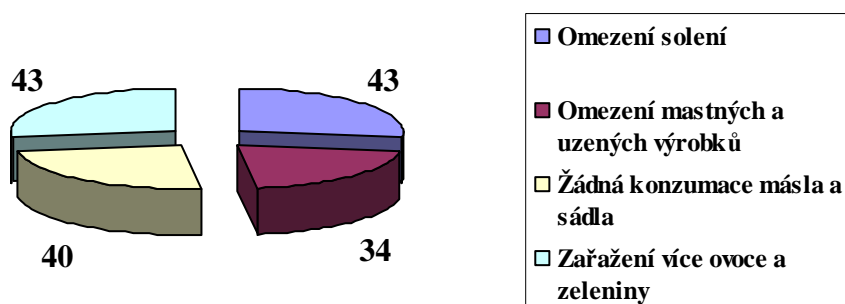


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 17: Pokud ano, napiště prosím hlavní změny ve způsobu Vašeho stravování.

Jako hlavní změny ve stravování uvedlo 44 dotázaných tyto: 43 omezili solení, 34 omezili uzené a mastné výrobky, 40 přestali užívat máslo a sádlo, 43 zařadili do jídelníčku více ovoce a zeleniny.

Graf č. 16 : Hlavní změny způsobu stravování u 43 dotázaných

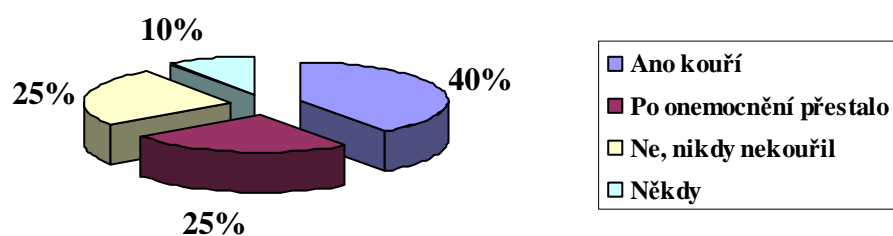


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 18: Kouříte?

13(25 %) respondentů uvedlo, že nekouří, 13(25 %) jich kouřilo a po srdeční příhodě přestalo, 5 (9,6 %) z nich kouřilo vůbec někdy a 21 (40,4 %) jich kouří dodnes.

Graf č. 17 : Kouření po prodělaném onemocnění

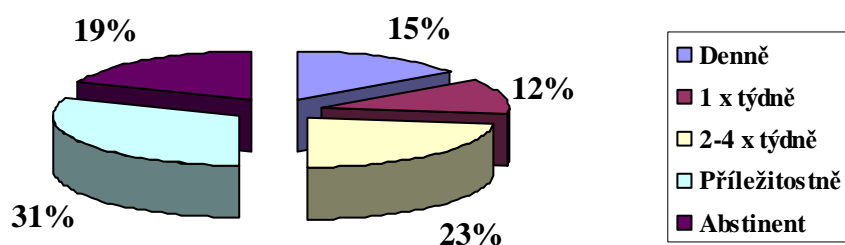


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 19: Pijete alkohol?

8 (15,4 %) dotázaných uvedlo, že alkohol pije denně, 6 (11,5 %) 1x týdně, 12 (23 %) 2-4x týdně, 16 (30,8 %) příležitostně a 10 (19,2 %) dotázaných uvedlo, že jsou abstinenti.

Graf č. 18: Pítí alkoholu po prodělaném onemocnění

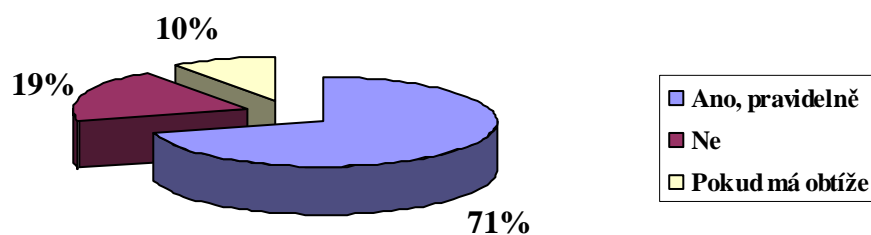


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 20: Navštěvujete pravidelně svého interního lékaře (kardiologa)?

37 (71,1 %) respondentů svého kardiologa navštěvuje pravidelně, 10 (19,2 %) nikoliv a 5 (9,6 %) respondentů chodí k lékaři pouze, pokud má zdravotní potíže.

Graf č. 19: Návštěva lékaře po akutním infarktu myokardu

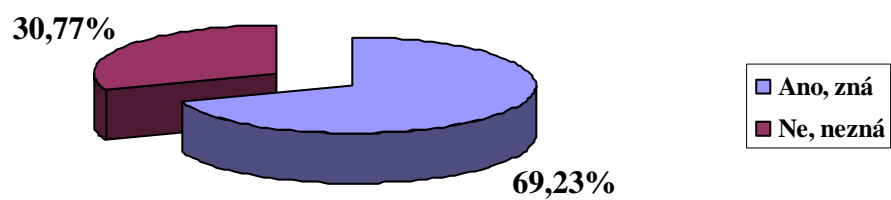


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 21: Znáte hodnotu svého krevního tlaku?

16 (30,8 %) dotázaných hodnotu svého krevního tlaku nezná, zbylých 36 (69,2 %) zná.

Graf č. 20 : Znalost hodnoty krevního tlaku



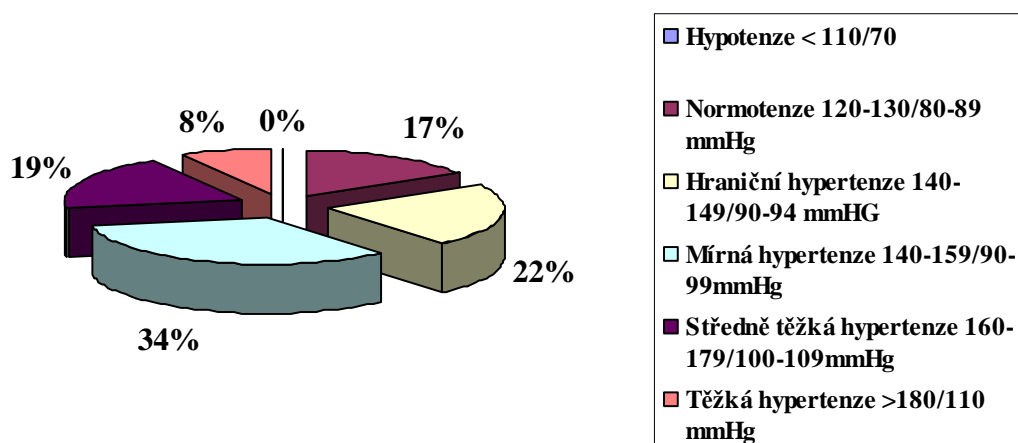
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 22: Pokud ano, napište hodnoty Vašeho krevního tlaku.

Tabulka č. 9

Klasifikace krevního tlaku	Hodnoty krevního tlaku	Hodnoty respondentů	Hodnoty v %
Hypotenze	< 110/70	0	0 %
Normotenze	120-130/80-89 mmHg	6	16,7 %
Hraniční hypertenze	140-149/90-94 mmHG	8	22,2 %
Mírná hypertenze	140-159/90-99mmHg	12	33,3 %
Středně těžká hypertenze	160-179/100-109mmHg	7	19,5 %
Těžká hypertenze	>180/110 mmHg	3	8,3 %

Graf č. 21: Hodnoty krevního tlaku

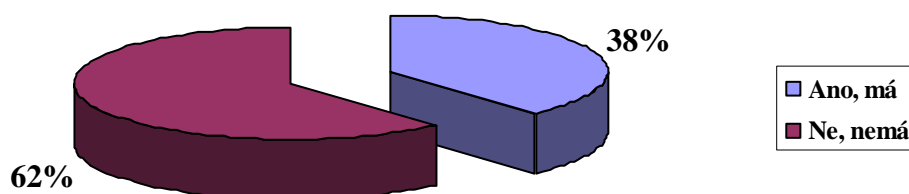


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 23: Máte zvýšenou hladinu cukru v krvi (cukrovku, diabetes mellitus)?

32 (61,5 %) respondentů uvedlo že diabetes mellitus nemá, zbylých 20 (38,5 %) tímto onemocněním trpí.

Graf č. 22 : Zvýšená hladina cukru v krvi

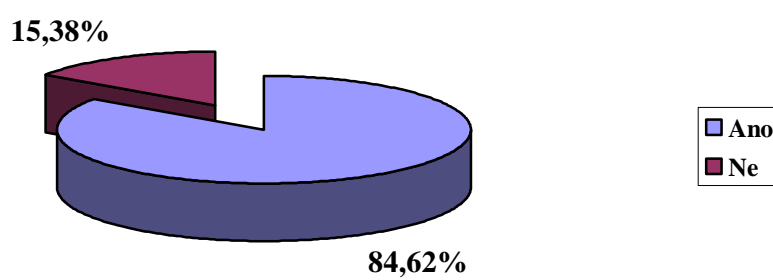


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 24: Jste v důchodu?

44 dotázaných uvedlo, že v důchodu jsou, 8 pak nikoliv.

Graf č. 23a: Důchod

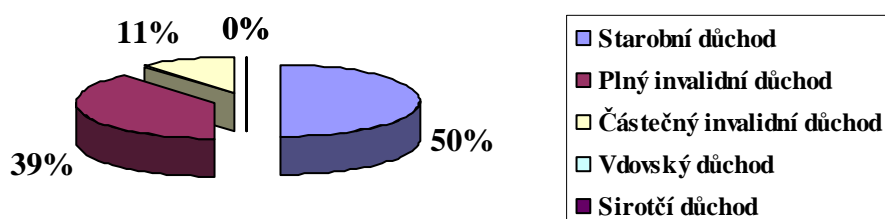


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 25 : Pokud ano, zaškrtněte prosím v jakém?

22 (50 %) dotázaných zaškrtnulo v dotazníku kolonku, že jsou ve starobním důchodu, 17 (38,6 %) je v plném invalidním důchodu, 5 (11,4 %) v částečném invalidním důchodu, žádný z dotázaných nezaškrtnl možnost vdovského či sirotčího důchodu.

Graf č. 23: Důchod

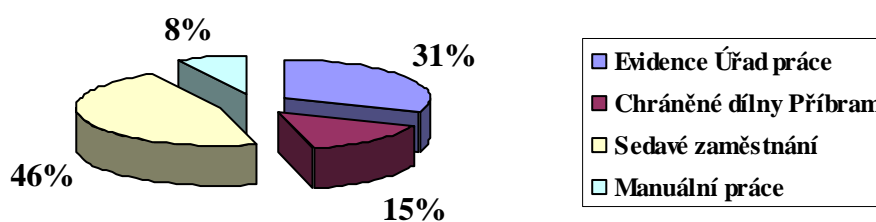


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 26: Jestliže nejste v důchodu a pracujete, uveďte Vaše zaměstnání.

4 (30,8 %) dotazovaní jsou v evidenci úřadu práce, 2 (15,4 %) pracují v chráněných dílnách v Příbrami, 6 (46,2 %) vykonává sedavé zaměstnání v kanceláři, 1 (7,7 %) pracuje manuálně.

Graf č. 24: Zaměstnání

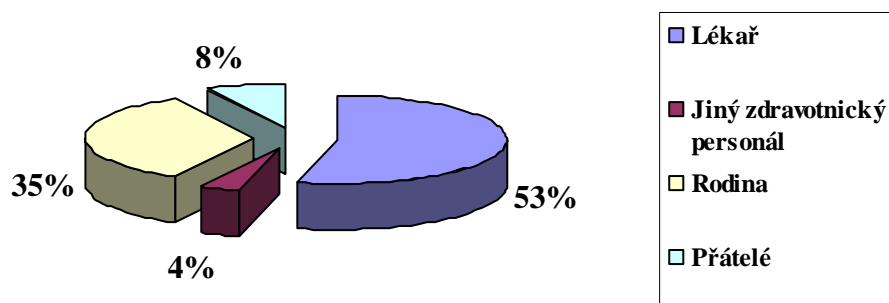


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 27: Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení problémů souvisejících s Vaší chorobou?

28 (53,8 %) respondentů uvedlo lékaře, 2 (3,8 %) ostatní zdravotnický personál, 18 –ti (34,6 %) pomáhá nejvíce rodina a 4 (7,7 %) přátelé.

Graf č. 25: Pomoc při řešení problémů s chorobou



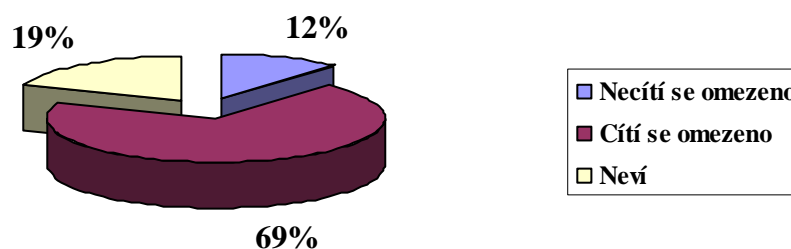
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 28: Cítíte se omezení v běžných denních aktivitách a sociálních kontaktech?

6 (11,5 %) respondentů se necítí omezeno v denních aktivitách a sociálních kontaktech, 10 (19,2 %) neví a zbylých 36 (69,2 %) se cítí omezení.

Omezení pociťují nejvíce v nemožnosti dojít delší vzdálenost, bývalí aktivní sportovci nestíhají tempu svých vrstevníků, často se setkávají s nezájmem o své potíže, jsou omezeni v turistice, atd.

Graf č. 26: Omezení při běžných denních aktivitách

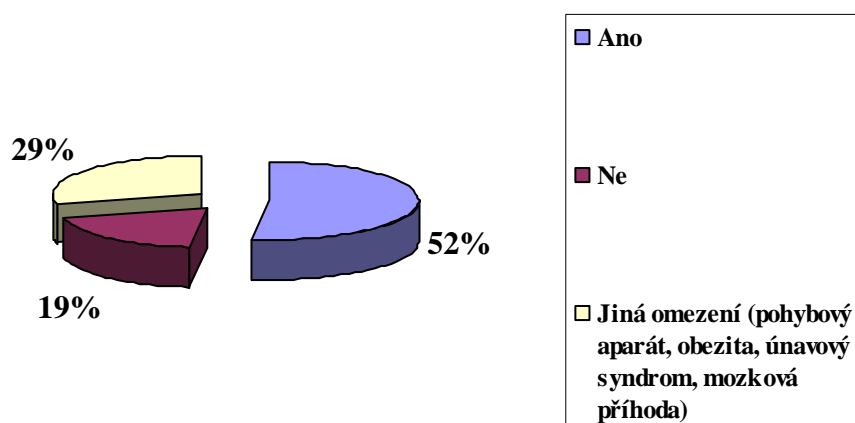


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 29: Změnil(a) jste fyzickou aktivitu po akutním infarktu myokardu?

27 (51,9 %) dotázaných odpovědělo, že ano, 10 (19,2 %) nikoliv a zbylých 15 (28,8 %) omezují jiné choroby (pohybového aparátu, obezita, únavový syndrom, stav po prodělané mozkové příhodě).

Graf č. 27: Změna fyzické aktivity po prodělaném onemocnění

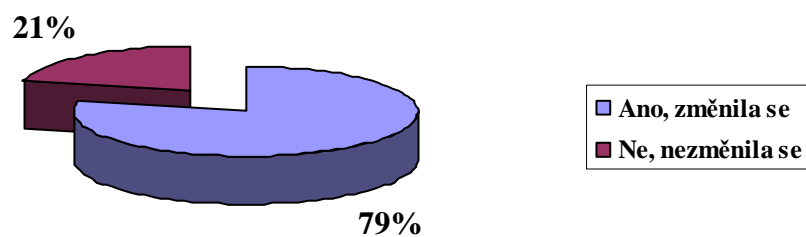


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 30: Změnila se Vaše pracovní schopnost po akutním infarktu myokardu?

41 (78,8 %) respondentů odpovědělo, že se jejich pracovní schopnost změnila a pouze 11 (21,2 %) uvedlo, že nikoliv.

Graf č. 28: Změna pracovní schopnosti po prodělaném onemocnění

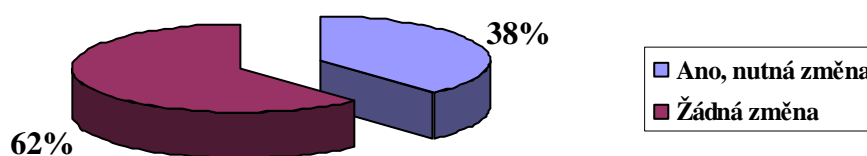


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 31. Musel(a) jste změnit zaměstnání po akutním infarktu myokardu?

20 (38,5 %) dotazovaných muselo změnit zaměstnání po akutní koronární příhodě, zbylých 32 (61,5 %) nikoliv.

Graf č. 29: Změna zaměstnání po prodělaném onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

5. DISKUSE

Dotazník vyplnilo 69 % mužů a 30,7 % žen. Ve věkovém rozmezí od 41 let do 71 let a více. Největší procentuelní zastoupení bylo u mužů ve věkovém rozmezí 61 -70 (33,3 %) let, poté následovala věková skupina 41 – 50 let (30,7 %). U ženského pohlaví byla nejvíce zastoupena věková skupina mezi 61 – 70-ti (62,5 %) lety, poté následovala věková skupina od 51 do 60-ti (25 %) let. Z odpovědí lze usoudit, že dotazovaní klienti po akutním infarktu myokardu jsou starší než 41 let.

K otázce číslo 3: Cílem této otázky bylo zjistit vliv městského a venkovského života na výskyt akutního infarktu myokardu. 78,8 % dotázaných žije trvale ve městě a zbylých 21,2 % na venkově. Lze tedy předpokládat vyšší výskyt akutní koronární příhody u lidí trvale žijící v městském prostředí, k tomu zřejmě přispívá méně aktivní životní styl.

K otázce číslo 4: Touto otázkou jsem se snažila zjistit vliv vzdělání na výskyt kardiovaskulárního onemocnění. Výsledky nejsou překvapivé, vyplývá z nich, že 17,3 % dotázaných má základní vzdělání, 28,8 % jsou vyučení, 9,6 % má středoškolské vzdělání bez maturity, 26,9 % má středoškolské vzdělání s maturitou a 17,3 % dotázaných je vysokoškolsky vzdělaných. Tento výsledek mi potvrzuje mou hypotézu, že vzdělání populace hraje významnou roli ve výskytu kardiovaskulárního onemocnění.

K otázce číslo 5: Zjišťovala jsem, kdy klienti prodělali akutní infarkt myokardu a jejich průměrný věk. 69,4 % respondentů mužského pohlaví prodělalo infarkt myokardu v roce 2006, 30,5 % v roce 2005. 62,5 % žen prodělalo infarkt myokardu v roce 2006, 37,5 % v roce 2005. Průměrný věk mužů je 54 let a průměrný věk žen je 64 let. Tyto výsledky potvrzují mou druhou hypotézu, která zní „Srdeční infarkt je nejčastější příčinou smrti a invalidity mužů v produktivním věku“..

K otázce číslo 6 a 7: V této otázce jsem se respondentů ptala na výšku a váhu, z uvedených údajů jsem spočítala BMI. Průměrná výška dotazovaných mužů je 176,6 cm, průměrná hmotnost 87,3 Kg a průměrné BMI činí 28,3. U žen tvořila průměrná tělesná výška 167,2 cm, průměrná hmotnost 68,1 Kg a průměrné BMI činí 28,3. U obou pohlaví bylo vysoké procentuelní zastoupení nadváhy a obezity. Muži trpí nadváhou v 50 %, ženy 18,75 %, ženy obézní jsou v 56,25 %, což je alarmující. Varující jsou také výsledky respondentů, které lze zařadit do skupiny s normální hmotností, kterých je pouze 19,4 % mužů a 12,5 % žen.

K otázce číslo 8: Cílem této otázky bylo zjistit jak se klienti aktuálně cítí. K tomu jsem využila číselnou škálu od 1 do 5. Přičemž číslo 1 znamenalo, že se cítí výborně, 2 – velmi dobře, 3 – dobře, 4 – uspokojivě a číslo 5 označovalo, že se respondent necítí vůbec dobře. Žádný z respondentů nevedl, že se aktuálně cítí výborně, 9,6 % uvedli, že se cítí velmi dobře, nejvíce dotazovaných se cítí dobře 61,5 %, 19,2 % se cítí uspokojivě a 9,6 % se necítí vůbec dobře.

K otázce číslo 9: Cílem této otázky bylo zjistit vliv nejčastěji prožívaných emocí na vznik akutního infarktu myokardu. Výsledky potvrdily, že psychosomatika hraje významnou roli u těchto onemocnění a musím zde zdůraznit důležitost psychoterapie jako terciální prevence, tato část je velmi opomíjená a personálně a finančně tuto terapii většina zařízení u nás bohužel není schopna zajistit. Nejčastěji prožívané emoce jak je uvedli dotazovaní jsou: vztek 69,2 %, stres 65,3 %, pocit vnitřního neklidu 65,3 %, deprese prožívá 55,7 % respondentů, bohužel pohodu pociťuje pouze 28,8 %, pocit jistoty a klidu 28,8 %, úzkost 15,4 %, žádný z respondentů nezaškrtnl možnost, že neprožívají žádné emoce a ani nikdo nevedl jiné nejmenované emoce. Výsledky mého výzkumu korespondují s knihou Jara Křivohlavého, Psychologie nemoci, kdy se

autor v jedné své kapitole se zabývá vlivem psychologických faktorů na vznik kardiovaskulárního onemocnění.

K otázce číslo 10: Snažila jsem se zjistit, zda se respondenti domnívají, že informovanost občanů srdce a cév je dostatečná. 57,5 % respondentů se domnívá, že informovanost respondentů je dostatečná, 7,7 % uvedlo, že nikoliv a 34,6 % dotázaných neví.

K otázce číslo 11: Respondenti měli na výběr tři možnosti. Na první, že si přečetli literaturu týkající se kardiovaskulárního onemocnění kladně odpovědělo 75 %, záporně 23 % respondentů a pouze jeden tedy 1,9 % uvedl, že ho to nezajímá. Je možné se domnívat, že postavení občanů ke svému zdravotnímu stavu je zodpovědný.

K otázce číslo 12: Zde jsem se tázala, zda respondenti absolvovali lázeňský pobyt a jak dlouho po akutním infarktu myokardu. 75 % jich lázeňský pobyt absolvovalo, 25 % nikoliv.

K otázce číslo 13: Tato otázka navazuje na předcházející, neboť jejím cílem bylo zjistit ve kterých lázních dotazovaní byli. Nejčastějším místem lázeňského pobytu byly u respondentů Poděbrady 35,9 %, dále následovaly Konstantinovy lázně 23,08%, 17,95 % respondentů bylo ve Františkových lázních, 12,82 % v lázních Libverda a 10,26 % v Teplicích nad Bečvou.

K otázce číslo 14: Touto otázkou jsem zjišťovala zda se klienti domnívají, že jsou dostatečně informováni o nutnosti změny svého životního stylu po akutním infarktu myokardu. 28,8 % dotázaných uvedlo, že jsou určitě dobře informováni, většina 63,5 % se domnívá, že spíše ano. Žádný z dotázaných neuvedl možnost, že ho nikdo neinformoval a pouze 7,7 % uvedlo, že neví.

K otázce číslo 15: Cílem této otázky, bylo zjistit zda se dotazovaní snaží o snížení tělesné hmotnosti, jelikož výsledky otázky 6 a 7 byly alarmující. Průměrné BMI mužů činí 28,3 (nadváha) a u žen

28,3 (nadváha). 46,1 dotázaných uvedlo, že svou tělesnou hmotnost snížila, u 9,6 % se zvýšila a u 44,2 % se bohužel nezměnila.

K otázce číslo 16: Respondentů jsem dotazovala, jestli se změnil obsah jejich jídelníčku. 84,6 % změnilo obsah svého jídelníčku ve směru ke správné životosprávě, 15,4 % uvedlo, že své stravovací návyky nezměnili.

K otázce číslo 17: Tato otázka navazuje na otázku předcházející, neboť jsem se pokoušela zjistit hlavní změny ve způsobu stravování dotazovaných. Jako hlavní změny uvedlo 46 dotazovaných, že omezili solení, používání sádla a másla, mastných výrobků a zařadili do svého jídelníčku více ovoce a zeleniny. 8 respondentů uvedlo, že své stravovací návyky nezměnilo.

K otázce číslo 18: Cílem této otázky bylo zjistit, zda a v jakém procentu respondenti po akutní koronární příhodě kouří. 25 % respondentů uvedlo, že nekouří, 25 % po srdeční příhodě přestalo, 9,6 % z celkového počtu kouřilo vůbec někdy a bohužel 40,4 % jich kouří dodnes. Výsledky týkající se změn životního stylu z otázek č. 16, 17, 18, 19 nejsou v souladu s výsledky otázky číslo 14, ve které celkem 92,3 % respondentů uvedlo, že jsou dostatečně informováni o nutnosti změny svého životního stylu, je patrné, že klienti si neuvědomují, riziko recidivy srdeční příhody, které souvisí s jejich nezodpovědným způsobem životního stylu.

K otázce číslo 19: Otázka zněla „Pijete alkohol?“ 15,4 % respondentů požívá alkoholické nápoje denně, 11,5 % 1x týdně, 23 % 2 - 4x týdně, 30,8 % příležitostně a 19,2 % dotázaných uvedlo, že jsou abstinenti.

K otázce číslo 20: Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti pravidelně navštěvují svého kardiologa. 71,1 % dotázaných chodí na pravidelné prohlídky ke svému kardiologovi, 19,2 % nikoliv a 9,6 respondentů jde k lékaři pouze v případě, že má zdravotní potíže.

K otázce číslo 21: Zde jsem se dotazovala respondentů zda znají hodnotu svého krevního tlaku. 69,2 % dotázaných hodnotu svého krevního tlaku zná, zbylých 30,8 % nikoliv.

K otázce číslo 22: Tato otázka navazuje na předcházející, neboť jsem v ní zjišťovala hodnoty krevního tlaku. Normální tlak má 16,7 % dotázaných, hraničních hodnot hypertenze dosahuje 22,2 %, 33,3 % respondentů trpí mírnou hypertenzí, 19,5 % středně těžkou hypertenzí a 8,3 % těžkou hypertenzí.

K otázce číslo 23: Dotázaných jsem se ptala zda mají zvýšenou hladinu cukru v krvi. 38,5 % uvedlo, že diabetem melitus trpí a 61,5 % diabetes melitus nemá.

K otázce číslo 24: Cílem otázky bylo zjistit, zda jsou respondenti v důchodu. 84,6 % dotázaných uvedlo, že v důchodu jsou, 15,4 % pak nikoliv.

K otázce číslo 25: Pokud jste v důchodu, uveďte prosím v jakém? 50 % dotázaných jsou ve starobním důchodu, 38,6 % je v plném invalidním důchodu, 11,4 % v částečném invalidním důchodu. Žádný z dotázaných nezaškrtl možnost vdovského či sirotčího důchodu.

K otázce číslo 26: Tato otázka navazuje na předcházející, protože otázka zněla: „Jestliže nejste v důchodu a pracujete, uveďte Vaše zaměstnání?“ 30,8 % respondentů je v evidenci pracovního úřadu, 15,4 % pracují v chráněných dílnách v Příbrami, kde dávají dohromady sady pastelek firmy Stabilo, 46,2 % vykonává sedavé zaměstnání v kanceláři a 7,7 % pracuje manuálně.

K otázce číslo 27: V této otázce jsem se respondentů ptala, kdo jim nejvíce pomáhá při řešení problémů související s onemocněním kardiovaskulárního systému. Nejvíce respondentům pomáhá lékař a to v 53,8 %, 3,8 % uvedlo ostatní zdravotnický personál, 34,6 % pomáhá rodina a 7,7 % přátelé.

K otázce číslo 28: Cílem této otázky bylo zjistit, zda se respondenti po akutní koronární příhodě cítí omezení ve svých běžných denních aktivitách a sociálních kontaktech. 11,5 % dotázaných se necítí omezeno v denních aktivitách a sociálních kontaktech, 19,2 % neví, 69,2 % se cítí omezeno. Jejich omezení se týká zejména snížení fyzické kondice a také se klienti často potýkají s nezájmem okolí o jejich zdravotní obtíže. Výsledky této otázky odpovídají problematice, které se věnuje Oldřich Matoušek ve své knize „Sociální práce v praxi“ v kapitole sociální práce se zdravotně znevýhodněnými, kde uvádí, že postižení (impairment) jsou definovány jako problémy na úrovni tělesných funkcí a struktur. Tyto problémy mohou být příčinou omezení v činnostech (activity limitations) na úrovni jednotlivce, ale mohou být také příčinou omezení ve společenských aktivitách (participation restrictions), čímž jsou označeny mnohem širší důsledky a to sociální.

Otázce číslo 29: Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se klientům změnila jejich fyzická aktivita po akutním infarktu myokardu. 51,9 % se změnila fyzická aktivita, 19,2 % nikoliv a zbylých 28,8 % omezují přidružené nemoci. Nejčastěji choroby pohybového aparátu, obezita, únavový syndrom či stav po prodělané mozkové příhodě.

K otázce číslo 30: Otázka zněla: „Změnila se Vaše pracovní schopnost po akutním infarktu myokardu?“ Většina, tedy 78,8 % uvedla, že se jejich pracovní schopnost změnila a pouze 21,2 % uvedlo, že nikoliv.

K otázce číslo 31: Cílem této otázky bylo zjistit, jestli respondenti museli změnit zaměstnání po akutním infarktu myokardu. 38,5 % dotazovaných muselo změnit zaměstnání a zbylých 61,5 % nikoliv.

6. ZÁVĚR

Důležitost dostatečné informovanosti není snad ani třeba zdůrazňovat. Je také nutné, aby klienti znaly důvody proč se mají dodržovat ty či ony zásady prevence, nezůstaly klientům skryty. Doporučení mají většinou omezující charakter.

Výsledky aktuálních výzkumů jsou ale alarmující, naznačují významnou propast mezi doporučenými radami pro změny v chování a radami, které lékaři v rutinní praxi opravdu poskytují. Úprava rizikových faktorů vyžaduje profesionální přístup. Pro některé klienty je změna životního stylu obtížná. Platí to hlavně pro jedince z nižších sociálních a ekonomicky slabších skupin, kteří nemohou příliš ovlivnit nízké příjmy často z monotónní práce, kteří jsou tímto ve stresové rodinné situaci nebo ti, jež žijí osaměle bez sociální podpory. Velkou překážkou preventivních opatření je přednastavenost některých klientů k negativním emocím, depresím, zlosti a hostilitě. Psychosociální rizikové faktory nezávisí na standardních rizikových faktorech, je nezbytné jim věnovat velkou pozornost. Úsilí vydané na zmírnění stresu a boj proti sociální izolaci není marné.

Ve své práci jsem se zaměřila na zdravotně sociální problematiku klientů po akutním infarktu myokardu. Stanovila jsem si dvě hypotézy, které se mi při vyhodnocování dotazníku potvrdily.

Domnívám se, že cíl mé práce byl naplněn, neboť jsem zjistila, že aktivní zapojení klientů do péče o svůj zdravotní stav je možné, ale vyžaduje to velké úsilí nejen ze strany nemocných, ale i kardiologů.

Práce by mohla být použita v praxi jako nástin pro preventivní opatření nejen pro klienty, ale i pro osoby podílející se na péči o ně.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠOVÁ, J. *Fyzioterapie u akutního infarktu myokardu*. Příbram, 2002. 56 stran. Absolventská práce na Vyšší zdravotnické škole Příbram. Vedoucí absolventské práce Mgr. Helena Šíbllová.
2. Bufka, Václav. Deprese v kardiologii. *Lékařské listy*, 2006. Ročník 55. číslo 9. str. 3.
3. BUREŠ, Jan - HORÁČEK, Jiří. Pořadatelé. *Základy vnitřního lékařství*. 1. vydání. Praha: Galén. 2003. 870 stran. ISBN 80-7262-208-0.
4. BÝMA, SVATOPLUK A KOLEKTIV. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění*. [online]. 2004. Centrum doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře. [cit. 2007-04-18]. Dostupné http://www.svl.cz/Files/public/svl/Dp_2004/Prevence.pdf
5. CIBULA DAVID. *Hormonální substituční léčba*. [online]. 2001. [cit. 2007-04-23]. Dostupné z <<http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?id=4300>>
6. ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Národní kardiovaskulární program*. [online]. 2000. [cit. 2007-04-11]. Dostupné z <http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop_back=hledani&action_back=&id_back=&desktop=clanky&action=view&id=65>
7. ČIHÁK, RADOMÍR. *Anatomie 3*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 673 stran. ISBN 80-247-1132-X.
8. DYLEVSKÝ, IVAN. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc: Epava, 1995. 429 stran. ISBN 80-901667-0-9.
9. GREGOR, PAVEL, VIDIMSKÝ, PETR. *Kardiologie*. Druhé přepracované a rozšířené vydání. 2. vydání. Praha: Galén 1999. 595 stran. ISBN 80-7262-021-5.

10. HROMÁDKOVÁ, J A KOLEKTIV. *Fyzioterapie*. 1.vydání. Jinočany:H&H Vyšehradská. 428 stran. ISBN 80-86022-45-5.
11. IKEM. *Lázně, které a kdy?*.Klinika kardiovaskulární chirurgie. Informace pro pacienty.[online]. 2006. [cit. 2007-03-16]. Dostupné z <http://212.67.92.5/www?docid=1004247>
12. CHALOUPKA.J. Rehabilitace u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním [online]. 2006. [cit. 2007-03-14]. Dostupné z http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/73_Rehabilitace_nemocnych_s_kardiovaskularnim_onemocnenim.pdf.
13. JANÁSKOVÁ, VĚRA. *Dodržování sekundární prevence u lidí po infarktu myokardu*. České Budějovice. 2004. 102 stran. Bakalářská práce. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Ivo Mynář.
14. JANKOVSKÝ, JIŘÍ. PFEIFER, JAN. – ŠVESTKOVÁ, OLGA. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*.1. vydání. Jihočeská univerzita v českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2005. 103 stran. ISBN 80-7040-826-X.
15. KOUCKÁ, PAVLA. *Hostilita a srdeční onemocnění*. Psychologie dnes, 2007, roč. 13, č.3, s. 11. ISSN 1212-9607.
16. KŘIVOHLAVÝ, JARO. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 stran. ISBN 80-247-0179-0.
17. MOUREK, J. *Fyziologie - učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 204 stran. ISBN 80-247-1190-7.
18. MATOUŠEK, OLDŘICH A KOLEKTIV. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha. Portál. 2005. 352 stran. ISBN 80-7367-002-X
19. SAGIT. *Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.*, [online]. 2004. [cit. 2007-04-11] Dostupné z

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04435&cd=3&typ=1>.

20. SOVOVÁ, ELIŠKA. ŘEHOŘEVÁ, JARMILA. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 156 stran. ISBN 80-247-1009-9.
21. SOVOVÁ, ELIŠKA. LUKL, JAN. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. vydání. Grada Publishing. Praha. 2005. 120 stran. ISBN 80-247-1166-4.
22. *Úplné znění zákonů - sociální zabezpečení*, Ostrava: Sagit, 2007. ISBN 978-80-7208-608-5.
23. VESELKA, JOSEF. *Infarkt myokardu*. 1. vydání. Nakladatelství Vašut. 2001. Praha. 32 stran. ISBN 80-7236-241-0.
24. VOTAVA, JIŘÍ A KOLEKTIV. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze. Karolinum. 2003. 206 stran. ISBN 80-246- 0708-5.
25. VURM, VLADIMÍR A KOLEKTIV. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. MANUS Praha. 2004. 100 stran. ISBN 80-86571-07-6.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Akutní infarkt myokardu

Klient

Primární prevence

Rizikové faktory

Sekundární prevence

Terciální prevence

Výzkum

9. PŘÍLOHY

PŘÍLOHA ČÍSLO 1.

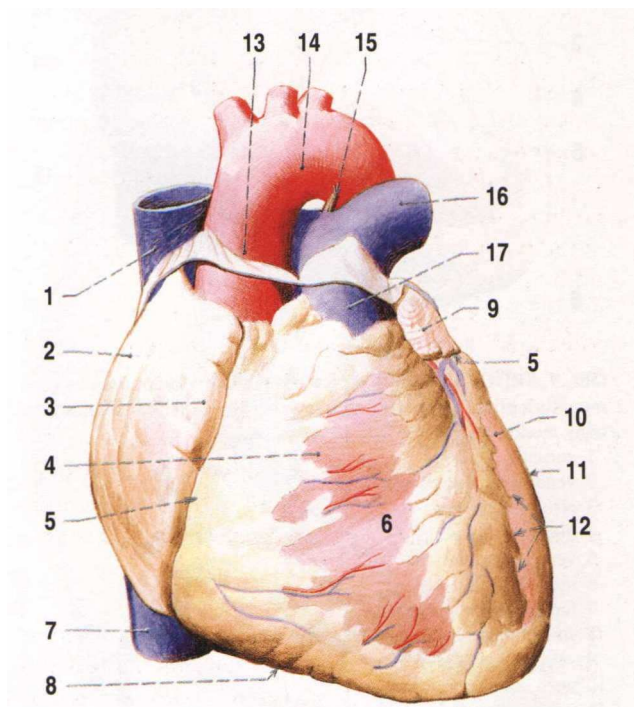
ANATOMIE SRDCE

Srdce je dutý svalový orgán, uložený v mediastinu, který pod tlakem pohání krev v krevním oběhu, tak že se rytmicky smršťuje a ochabuje. Systola je stah srdce a diastola uvolnění stahu. Uvnitř srdce jsou srdeční chlopně, které jsou upraveny tak, že při systole je krev vržena do tepen, při diastole je zabráněno zpětnému proudění a krev je ze žil nasávána do srdce. Průměrná hmotnost srdce dospělého člověk je 230 – 340g. Stěna srdce se skládá z endokardium (endokard)-tenká lesklá blána vystýlající nitro srdce, myocardium (myokard)-svalová vrstva tvořená příčně pruhovanou svalovinou a epicardium (epikard)-serozní povrchový povlak srdeční stěny. (1)

Lidské srdce má čtyři dutiny. Atrium dextrum (pravá předsíň), do které ústí vzadu vena cava superior. Mezi pravou předsíní a komorou je valva atrioventricularis dextra (trojcípá chlopeň). Ventriculus dexter (pravá komora) cípy trojcípé chlopně směřují svými volnými konci do pravé komory, mající tvar nepravidelné pyramidy. Atrium sinistrum (levá předsíň) do níž v zadní části ústí z každé plicí dvě plicní žíly. Mezi levou předsíní a komorou se nachází valva atrioventricularis sinistra (dvojcípá chlopeň). Ventriculus sinister (levá komora), stěna komory je 3x až 4x silnější než pravá komora. Přední oddíl levé komory (výtoková část) se otvírá pomocí ostium aorta do aorty. Chlopně poloměsíčité jsou umístěné na hranici výtokové části pravé i levé komory a velkého tepenného kmene, vystupujícího z výtokové části komory. Tyto chlopně zabraňují zpětnému toku krve. (2)

Systema conducens cordis (převodní systém srdeční) je soubor specializovaných částí myokardu, které vytvářejí vzruchy vedoucí

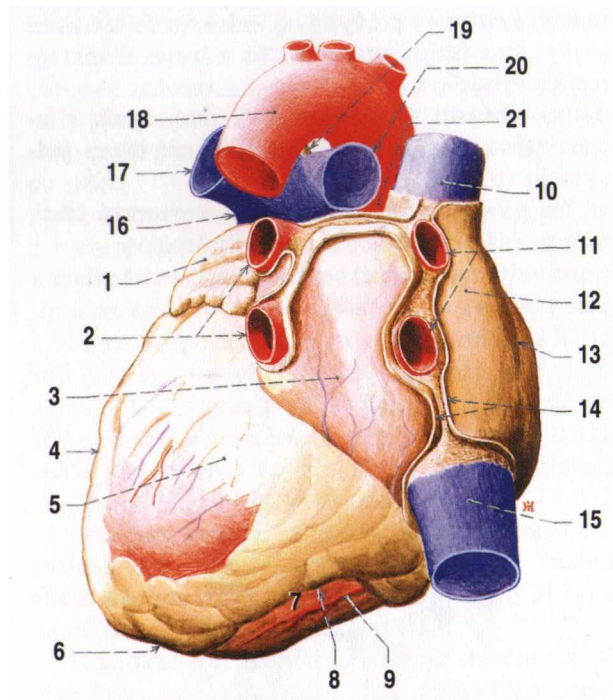
ke kontrakci myokardu a rozvádějí je srdeční svalovinou. Myokard proto nepotřebuje ke své rytmické činnosti nervy a převodní systém srdeční je sám zdrojem vzruchů ke své činnosti. Vegetativní (autonomní) nervy, tuto činnost ovlivňují zrychlením nebo zpomalením srdečního rytmu. (3)



Obr. 1. SRDCE vyjmuté z perikardu; pohled zředu

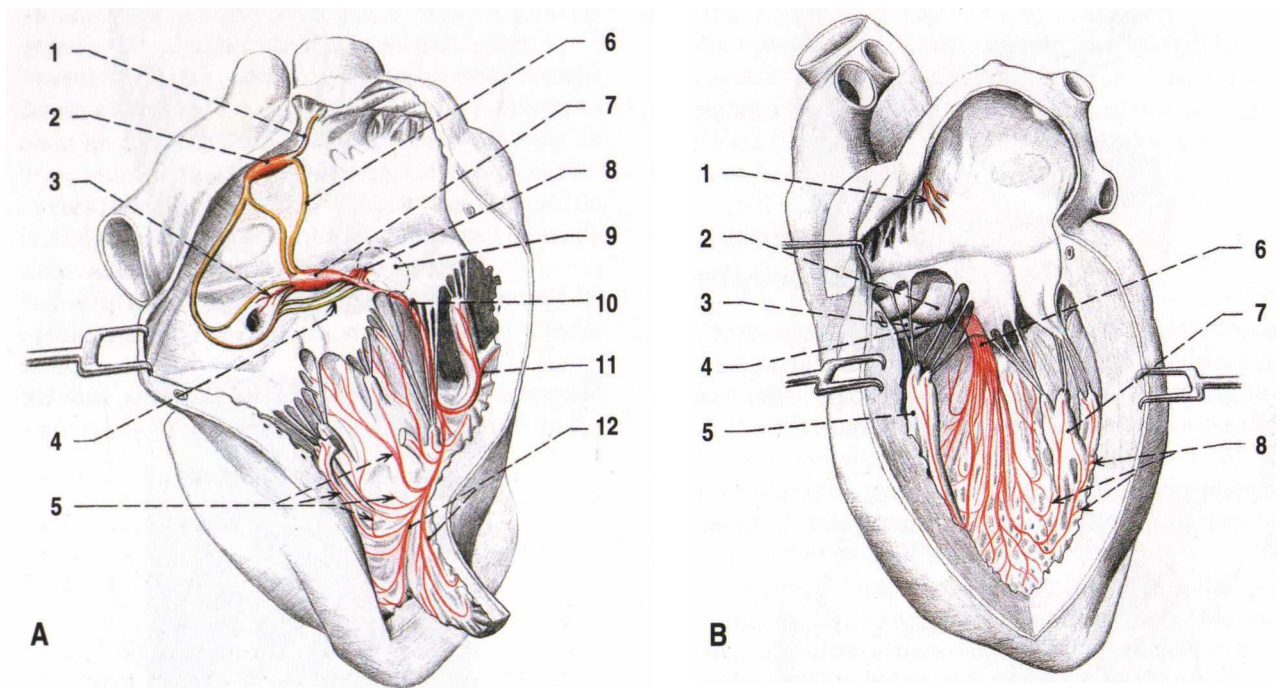
1 vena cava superior
 2 atrium dextrum
 3 auricula dextra
 4 ventriculus dexter
 5 sulcus coronarius
 6 facies sternocostalis
 7 vena cava inferior
 8 margo acutus

9 auricula sinistra
 10 ventriculus sinister
 11 margo obtusus
 12 sulcus interventricularis anterior
 13 aorta ascendens
 14 arcus aortae
 15 ligamentum arteriosum
 16 arteria pulmonalis sinistra
 17 truncus pulmonalis



Obr. 2. SRDCE vyjmuté z perikardu; pohled zezadu; truncus pulmonalis a plicní tepny vedoucí krev zbavenou kyslíku jsou znázorněny modře, stejně jako obě venae cavae.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 auricula sinistra | 12 atrium dextrum |
| 2 venae pulmonales sinistrae | 13 sulcus terminalis |
| 3 atrium sinistrum | 14 prostřížený přechod perikardu v epikard jdoucí kolem velkých žil (porta venarum) |
| 4 margo obtusus | 15 vena cava inferior |
| 5 ventriculus sinister | 16 truncus pulmonalis |
| 6 incisura apicis cordis | 17 arteria pulmonalis sinistra |
| 7 facies diaphragmatica | 18 arcus aortae |
| 8 sulcus interventricularis posterior | 19 ligamentum arteriosum |
| 9 ventriculus dexter | 20 arteria pulmonalis dextra |
| 10 vena cava superior | 21 aorta ascendens |
| 11 venae pulmonales dextrae | |



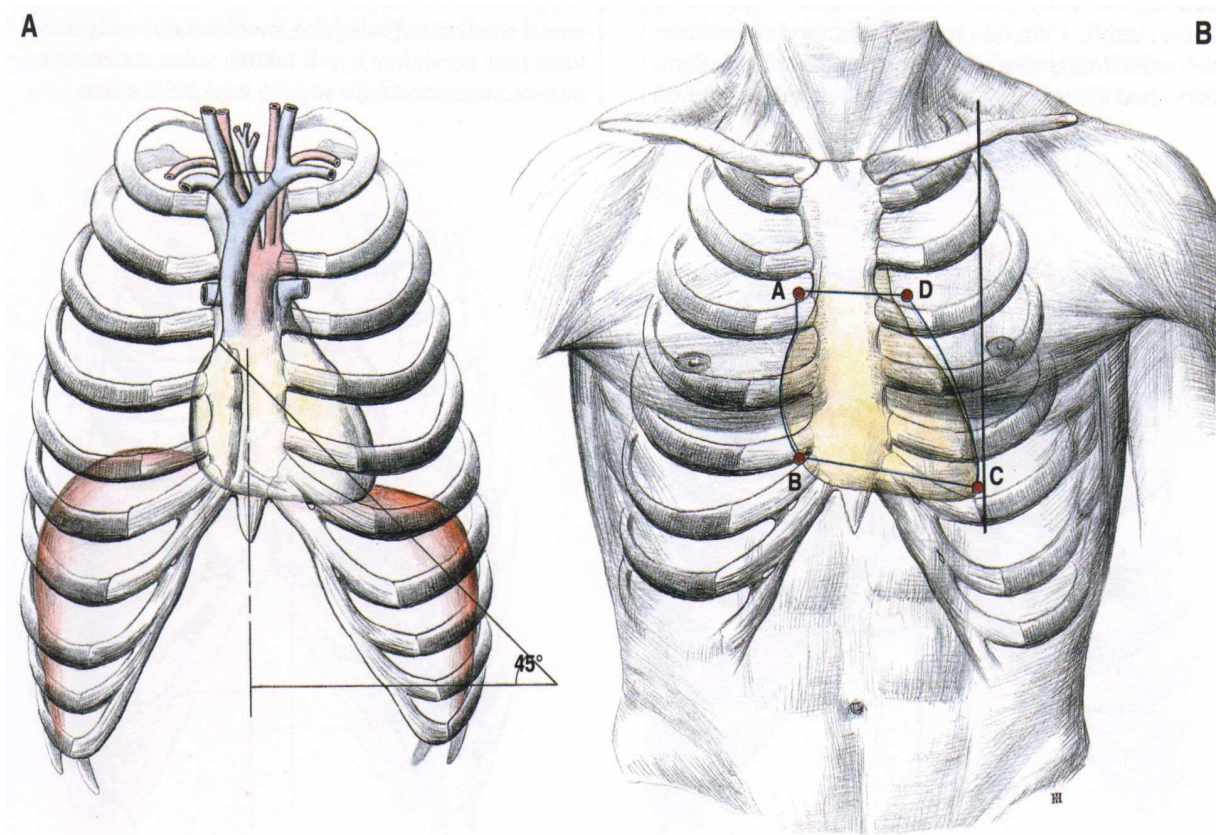
Obr. 3. PŘEVODNÍ SYSTÉM SRDEČNÍ, uložený v myokardu; schéma uložení a průběhu

A pohled zprava na předsíňové septum a do vtokové části pravé komory (pohled z řezu vedeného v margo acutus)

- 1 interatriální (Bachmannův) svazek do myokardu levé předsíně
- 2 nodus sinuatrialis
- 3 proužky nodálních myocytů z atrioventrikulárního uzlu do okolí ústí sinus coronarius
- 4 kolaterální vlákna ze zadního (Thorelova) internodálního svazku do fasciculus atrioventricularis
- 5 větvení crus dextrum v Purkyňova vlákna na stěně a do stěny komory a do papilárních svalů
- 6 přední internodální svazek, nalevo od něho střední (Wenckebachův) a zadní (Thorelův) svazek
- 7 nodus atrioventricularis
- 8 crus sinistrum fasciculi atrioventricularis
- 9 pars membranacea septi 10 crus dextrum fasciculi atrioventricularis
- 10 část crus dextrum v trabecula septomarginalis a větvení v Purkyňova vlákna
- 11 větvení crus dextrum v Purkyňova vlákna na stěnu a do stěny komory

B pohled zleva na předsíňové septum a do vtokové části levé komory (pohled z řezu vedeného v margo obtusus)

- 1 interatriální (Bachmannův) svazek z nodus sinuatrialis do myokardu levé předsíně
- 2 valvula semilunaris posterior valvae aortae
- 3 valvula semilunaris dextra valvae aortae
- 4 pars membranacea septi ve vztahu ke crus sinistrum fasciculi atrioventricularis
- 5 musculus papillaris anterior levé komory
- 6 crus sinistrum fasciculi atrioventricularis
- 7 musculus papillaris posterior levé komory
- 8 vzestupné větvení crus sinistrum v Purkyňova vlákna levé komory



Obr. 4. POLOHA A PROJEKCE SRDCE

A POLOHA SRDCE vůči střední čáře; podélná osa srdce svírá s transversální rovinou úhel kolem 45°

B PROJEKCE SRDCE na povrch hrudníku, určena čtyřmi body:

bod A - vpravo ve 2. mezižebří, 1 cm od okraje sternu
 bod B - vpravo v 5. mezižebří, těsně u okraje sternu
 bod C - vlevo v 5. mezižebří, těsně navnitř od medioklavikulární čáry
 bod D - vlevo ve 2. mezižebří, 2 cm od okraje sternu

PŘÍLOHA ČÍSLO 2.

Klidová TF se odečte od TF po zátěži, z výsledku se vypočítá 60%, které se přičtou ke klidové TF a vyjde TTF(viz. příklad). Je důležité podotknout, že je vše individuální, záleží na medikaci a subjektivních pocitech klienta a také na objektivních příznacích. Možností výpočtu tréninkové tepové frekvence je několik, pro příklad uvádím jednu možnost.

Příklad: Klidová TF je 78, po zátěži 120 $120 - 78 = 42$
60% = 25,2 $78 + 25,2 = 103,2$

103 je TTF, která se nesmí
v cvičení jednotce překročit.

PŘÍLOHA ČÍSLO 3.

Všem kuřákům by měla být poskytnuta pomoc v úsilí o zanechání užívání tabáku. Česká kardiologická společnost doporučuje strategii 5P. **P**tát se a systematicky vyhledávat kuřáky, **p**átrat a stanovit stupeň závislosti, stejně jako snahy zanechat kouření, **p**oradit a **p**omáhat kuřákům, velmi vhodná je i psychologické poradenství, nikotinových náhražek či farmakoterapie. Také **p**řipravit harmonogram návštěv.(6)

PŘÍLOHA ČÍSLO 4.

BMI se hodnotí následovně:

Muži	Ženy	Kategorie
Do 20	Do 19	Podváha
20 – 24,9	19 -23	Normální hmotnost
25 -29,9	24 – 28,9	Nadváha
30 – 39,9	29 – 38,9	Obezita
Nad 40	Nad 39	Těžká obezita

U rizika KVS onemocnění je neméně podstatný také obvod pasu, který souvisí s abdominální distribucí tuku, kdy se jedná o tzv. centrální obezitu.

Riziko ICHS	Muži	Ženy
Normální	Pod 94 cm	Pod 80 cm
Zvýšené	94 – 101 cm	80 – 87 cm
Značně zvýšené	Nad 102 cm	Nad 88 cm

PŘÍLOHA ČÍSLO 5.

IV funkční skupina kardiaků – klienti, kteří tolerují velmi malou fyzickou zátěž a to méně než 25 Wattů. Klienti mají často subjektivní potíže a objektivní nálezy již v klidu, bez pohybu. Zde se pohybová aktivita zaměřuje především na nácvik soběstačnosti.

III. funkční skupiny kardiaků – do této skupiny patří klienti mající problémy (stenokardie, dušnost) při běžné denní činnosti (mytí, oblékání, stravování, atd.). Při zátěžovém testu tolerují zátěž 25-50 Wattů.

Bez dušnosti a srdečních obtíží zůstávají při volné chůzi po rovině. Cílem pohybové aktivity je přiměřenou zátěží zlepšit či udržet funkční stav klienta a tím přispět ke zlepšení jeho psychického stavu.

II. funkční skupina kardiaků – klienti s lehkým omezením pohybové aktivity, u nichž se srdeční obtíže (dušnost, stenokardie) objevují až při zvýšené fyzické aktivitě v denním životě, např. při krátkém běhu. Tolerují zátěž 75 Wattů bez nežádoucí symptomatologie. Cílem pohybové aktivity je udržovat a pokud možno i zvyšovat adaptaci organismu na tělesné i psychické zatížení.

I.funkční skupina kardiaků – zde jsou kardiaci bez zřetelného omezení fyzické aktivity. Mohou být i při výrazně zvýšené činnosti bez stenokardií i dušnosti. Zátěž ve Watted/min. je asi 100. Těmto kardiakům je dovoleno i rekreačně sportovat. (1)

PŘÍLOHA ČÍSLO 6.

Ráda bych uvedla pár návrhů na zvýšení pohybové aktivity:

- místo pravidelného sledování televize, zkuste pravidelně 30-45 min strávit na procházce, jízdě na kole či rotopedu,
- jakmile můžete, najděte si záminku k chůzi,
- při jízdě autobusem, metrem či tramvají vystupte o stanici dříve a dojděte to pěšky,
- omezte používání osobních automobilů,
- chod'te pěšky i po schodech,
- poříd'te si psa a chod'te s ním pravidelně na dlouhé vycházky,
- na menší nákupy chod'te pěšky,
- není jen chůze, můžete kutit, zahrádkařit, uklízet a atd. (20)

PŘÍLOHA ČÍSLO 7.

Normální hodnoty lipidů v séru

Lipidy	Normální hladiny v krvi
Celkový cholesterol	3,87 – 5,2 mmol/l
HDL cholesterol	1,25 – 2,59 mmol/l
LDL cholesterol	0 – 3,40 mmol/l
Triacylglycerol (Triglyceridy, TAG)	0,20 – 1,80 mmol/l
Aterogenní index (celk. chol./HDL)	do 3,5

PŘÍLOHA ČÍSLO 8.

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA PŘI INFARKTU MYOKARDU DLE WHO

A. V leže na zádech

1. Pomalý nádech nosem, výdech ústy,
2. skrčovat a natahovat prsty u rukou,
3. přitlačit ramena a dlaně k podložce nádech, povolit výdech,
4. přitlačit šíji a hlavu k polštáři, povolit,
5. předklon hlavy, povolit,
6. zvedat zápěstí,
7. natažené HK k pravému kolenu se zvedáním ramene a hlavy,
8. přitahovat nohy v kotnících,
9. kroužky v hleznech,
10. přitlačit obě paty a koleny k lůžku,
11. předpažením vzpažit nádech, upažením připažit, výdech,
12. spojené HK protáhnout nad hlavu, dlaně vzhůru a zpět,
13. srčit pravou DK, natáhnout,
14. přednožit pravou DK a zpět,

B. Cviky vsedě

1. střídavý předklon hlavy,
2. úklon hlavy,
3. kroužení hlavy,
4. kroužení rameny,
5. střídavá flexe a extenze v kolenních kloubech,
6. střídavě skrčovat DK k hrudníku,
7. ruce v bok, otočit trupem a hlavou vpravo a vlevo,
8. spojit ruce za zády, propnout – nádech.

C. Cviky ve stoji

1. Vzpažit – nádech
2. vzpažit pravou HK, zapažit levou HK a zpět,
3. stoj rozkročný, pojit ruce před tělem, předpažením otáčíme trup vpravo a vlevo,
4. stoj spojný, vzpažit pravou HK a zanožit levou DK,
5. stoj rozkročný, ruce v bok, úklon do stran se vzpažením HK,
6. stoj rozkročný, s úklonem přenášíme váhu,
7. pokrčit pravou DK, vytočit doprava a zpět,
8. stoj spojný, přidržit se pelesti, podřep,
9. výpad pravou DK vpřed, zpět,
10. stoj spojný, přidržit se pelesti, podřep,
11. stoj rozkročný, předpažit a otočit trup s hlavou,
12. vzpažit nádech, do mírného předklonu – výdech.

D. Chůze po chodbě a schodech.

PŘÍLOHA ČÍSLO 9.

PRAKTICKÝ PŘÍKLAD CVIČEBNÍ JEDNOTKY PRO I. FUNKČNÍ SKUPINU KARDIAKŮ

Praktické příklady cvičebních jednotek pro kardiaky jsou zásobníkem cviků, které odpovídají zátěži pro jednotlivé skupiny, ale je nutno je při pravidelných a každodenních cvičení kardiaků obměňovat, dle aktuálního stavu.

Začíná se vždy s kontrolou TF aTK.

ÚVODNÍ ČÁST

1. Chůze v kruhu,
2. volný běh v rytmu dýchání,
3. 10 klusových skoků, 10 pochodových kroků, 4 valčíkové a střídat,
4. chůze v kruhu, běh 10 sekund, 4 cvalové roky na levou stranu, 4 cvalové kroky na pravou stranu a střídat.

UVOLNĚNÍ

1. Při chůzi vydýchat.

PRŮPRAVNÉ CVIČENÍ

1. Stoj rozkročný – pravou předpažením vzpažit, předpažením připažit, vyměnit za levou,
2. stoj rozkročný – pravou předpažením vzpažit, předpažením zapažit a vyměnit,
3. stoj rozkročný – přenést váhu na pokrčenou levou DK, levou upažením kruh dovnitř a opačně,
4. stoj rozkročný – upažit skrčmo vzad, přenést váhu na pokrčenou levou DK, otočit trup vlevo, upažit, zpět do základního postavení, opakovat vpravo,

5. stoj spojný, paže v bok, unožit levou poníž, přednožit levou povýš, přednožením levé stoj spojný, opakovat s pravou DK,
6. stoj spojný – hmit podřepmo, pravou vzpažit, levou zapažit a vyměnit,
7. sed roznožný – vzpažit levou, hluboký předklon, hmit vpravo, vzpřim a opačně,
8. sed roznožný – vzpažit, předklon,
9. sed s oporou o ruce – skrčit levou DK, přednožit, zpět skrčit pravou DK, přednožit, zpět, skrčit obě, přednožit a zpět,
10. leh na zádech – roznožit, vzpažit, úklon vlevo, vpravo, vždy zpět do základní polohy,
11. leh na zádech – přednožit pravou, zpět a opačně,
12. leh na zádech – skrčit přednožmo, hrudní předklon s předpažením, zpět do základní polohy,
13. leh na pravý bok – přednožit a zanožit pravou,
14. leh na pravý bok – skrčit přednožmo, unožit, zpět do základní polohy,
15. cvik 13. na levém boku,
16. cvik 14 na levém boku,
17. klek – sed na paty, vzpažit s předklonem, zpět do základní polohy
18. v kleku sed na paty s oporou o horní končetiny, vzpor klečmo, pravou předpažit, levou DK zanožit, vystřídat.
19. klek, sed na paty, zpět do kleku,
20. sed zkřížmo – ruce v týl, otočit trup vlevo, vzpažit, zpět v týl, do základního postavení a opačně,
21. vzpor klečmo – unožit levou, zpět do základní polohy a vyměnit za pravou DK,
22. vzpor klečmo – vzpažit horní končetinu, zanožit dolní končetinu, střídat pravou a levou,
23. stoj rozkročný – upažením vzpažit, upažením připažit,

24. stoj spojný – stoj výkročný vpřed levou, vzpažit s hrudím záklonem, bočnými kruhy vpřed vzpažit, zpět do základního postavení, opačně.

UVOLNĚNÍ

1. Vydýchání, kontrola TF.

HLAVNÍ ČÁST – cvičení s tyčí

1. Stoj spojný – tyč vpřed dolů rovně, tyč rovně nad hlavu, výpon, stoj spojný, vzpří hlavy, tyč nad lopatky rovně, zpět do základního postavení,
2. stoj spojný – tyč nad hlavou rovně, přednožit levou, tyč před prsa rovně, dotknout se špičky levé DK, přinožit levou, tyč nad hlavou rovně, hmit v úklonu, vzpřim do základního postavení, opačně,
3. stoj rozkročný – tyč vpředu dole rovně, úklon vpravo, tyč nad hlavou rovně, hmit v úklonu, vzpřim do základního postavení a opačně,
4. ve dvojici přetahy tyče mezi sebou,
5. přetahování tyčí ve dvojicích v sedu,
6. v sedu nebo ve stoji vyvažovat tyče kolmo na dlani, měnit pravou a levou,
7. stoj – tyč opřena o zem, předklon dřep, zpět do základního postavení,
8. stoj – tyč opřena o zem, obě HK v předpažení, přednožit, unožit, zanožit pravou, vyměnit za levou,
9. sed – tyč dolů rovně, leh, tyč nad hlavou rovně, zpět do základního postavení.

UVOLNĚNÍ

1. Vydýchání s kontrolou TF.

CVIČENÍ NA NÁŘADÍ

1. Stoj u ripstolí čelem – zanožit levou, hmit v zanožení levou vzad, zpět do základní polohy, opačně,
2. stoj u ripstolí čelem – obě HK v předpožením položené na ripstolích, skrčit přednožmo levou, pravá zůstává ve stoji, zpět do základního postavení, opačně,
3. stoj u ripstolí zády – hmatem podél, skrčit přednožmo levou, přednožit, přinožit a opačně,
4. svis zády k ripstolím – hmatem podél, střídavě přednožit a zanožit levou, opačně,
5. svis stojmo čelem k ripstolím – dohmat ve výši ramen, dolní končetiny na druhé příčce, puštěním levé bočný kruh levou s natáčením trupu vlevo a opačně.

UVOLNĚNÍ

1. Vydýchání, kontrola TF.

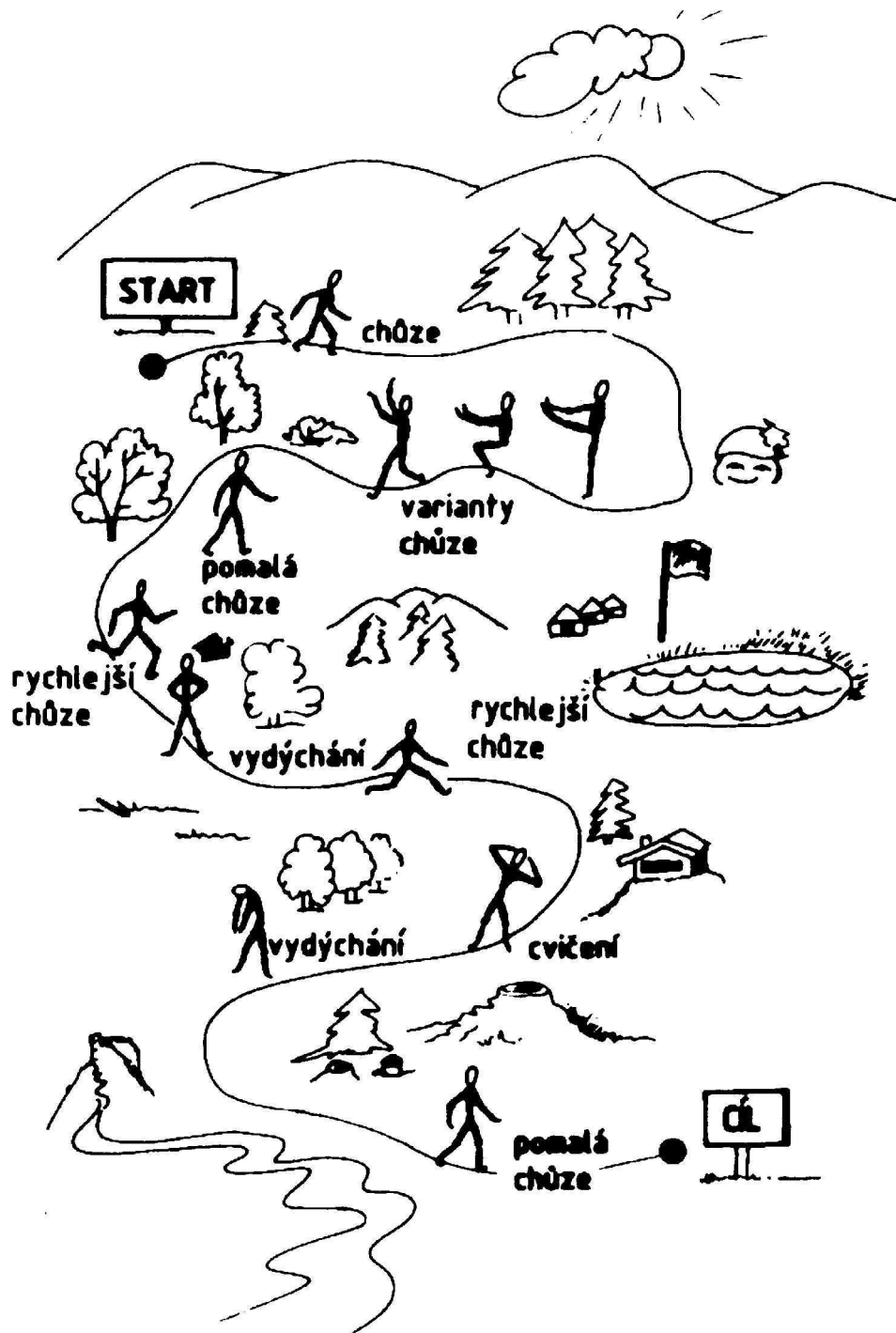
ZÁVĚREČNÁ ČÁST

1. Pochod s vydýcháním,
2. utvořit dvě družstva, dát metu s míčem, na znamení vybíhají první, oběhnou míč a zpět skákat po jedné dolní končetině,
3. utvořit dvě družstva, na znamení podávat míč nad hlavou,
4. dát cíl a na znamení do cíle házet tenisovým míčkem,
5. pochod s měněním polhy a vydýchání.

Zkontrolujeme TF a TK.

PŘÍLOHA ČÍSLO 10.

CVIČEBNÍ JEDNOTKA V PŘÍRODĚ



Obr. č. 5 . Cvičební jednotka v přírodě

PŘÍLOHA ČÍSLO 11.

Vážený pane, Vážená paní,

jmenuji se Jana Benová, jsem studentka 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru „Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby“.

V rámci mé bakalářské práce na téma: „Zdravotně-sociální problematika klientů po akutním infarktu myokardu“ bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku.

Data získaná od Vás jsou anonymní a budou použity pouze pro účel bakalářské práce.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Váš věk:

3. Bydliště (alespoň město či vesnice):.....

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> základní, | <input type="checkbox"/> střední s maturitou, |
| <input type="checkbox"/> vyučení, | <input type="checkbox"/> vyšší odborné, |
| <input type="checkbox"/> střední bez maturity, | <input type="checkbox"/> vysokoškolské. |

5. Kdy jste prodělal akutní infarkt myokardu?

- rok
- kolik Vám bylo let

6. Hmotnost.....kg

7. Výška.....cm

8. Váš aktuální zdravotní stav hodnotíte jako, zaškrtněte prosím (číslo 1 maximální spokojenost se , číslo 5 naopak nespokojenost).

Cítím se výborně

Necítím se vůbec dobře

1 2 3 4 5

9. Které emoce prožíváte nejčastěji?

radost,

úzkost,

pohodu,

deprese,

pocit jistoty a klidu,

pocit vnitřního neklidu,

vztek,

neprožívám žádné emoce,

stres,

jiné, napište

prosím.....

10. Domníváte se, že informovanost občanů o onemocnění srdce a cév je dostatečná?

ano,

ne ,

nevím.

11. Přečetl(a) jste po akutním infarktu myokardu literaturu týkající se tohoto onemocnění?

ano,

ne, nevím kde ji sehnat,

ne, nezajímá mě to.

12. Absolvoval(a) jste lázeňský pobyt?

ano,

ne.

13. Pokud ano, uveďte prosím kde..... a jak dlouho po akutním infarktu myokardu.....

14. Domníváte se, že jste dostatečně informován(a) o nutnosti změny Vašeho životního stylu po akutním infarktu myokardu?

- určitě ano,
- spíše ano,
- ne, nikdo mě neinformoval,
- nevím.

15. Vaše tělesná hmotnost se po akutním infarktu myokardu:

- snížila,
- zvýšila,
- nezměnila se.

16. Změnil se obsah Vašeho jídelníčku?

- ne,
- ano.

17. Pokud ano, napište prosím hlavní změny ve způsobu Vašeho stravování

.....
.....
.....
.....

18. Kouříte?

- ne,
- kouřil(a) jsem, ale po srdeční příhodě jsem přestal(a),

- kouřil(a) jsem vůbec někdy,
- ano – kolik cigaret denně vykouříte?.....

19. Pijete alkohol?

- denně,
- 1x týdně,
- 2-4 x týdně,
- příležitostně,
- jsem abstinent.

20. Navštěvujete pravidelně svého interního lékaře (kardiologa)?

- ano,
- ne,
- k lékaři chodím pouze, pokud mám zdravotní potíže.

21. Znáte hodnotu svého krevního tlaku?

- ne,
- ano .

22. Pokud ano, napište hodnoty Vašeho krevního tlaku.....

23. Máte zvýšenou hladinu cukru v krvi (cukrovku, diabetes mellitus)?

- ne,
- ano .

24. Jste v důchodu?

- ne,
- ano .

25. Pokud ano, zaškrtněte prosím v jakém?

- starobním,
- plném invalidním,

- částečném invalidním,
- vdovském, vdoveckém,
- sirotčím.

26. Jestliže nejste v důchodu a pracujete, uveďte Vaše zaměstnání.....

27. Kdo Vám nejvíce pomáhá při řešení problémů související s Vaší chorobou?

- lékař,
- ostatní zdravotnický personál (zdravotní sestra, fyzioterapeut, ošetřovatelka),
- rodina,
- přátelé,
- jiní (vypište).....

28. Cítíte omezení v běžných denních aktivitách a sociálních kontaktech?

- ne,
- nevím,
- ano (uveďte prosím ve kterých).....

.....
.....
.....

29. Změnil(a) jste fyzickou aktivitu po akutním infarktu myokardu?

- ano,
- ne,
- omezují mě jiné choroby (např.pohybový aparát).

30. Změnila se Vaše pracovní schopnost po akutním infarktu myokardu?

- ano,
- ne.

31. Musel jste změnit zaměstnání po akutním infarktu myokardu?

- ano,
- ne.

Děkuji Vám za čas, který jste věnoval(a) vyplnění dotazníku.

Přeji Vám hodně zdraví.

Jana Benová