

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU MUŽŮ PO AKUTNÍM
INFARKTU MYOKARDU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.

Autor: Bc. Jana Benová

24. 5. 2010

ABSTRACT

The Czech Republic is number one in the mortality and morbidity due to cardiovascular diseases. It is evidence that the incidence of cardiovascular diseases can be influenced positively by primary prevention as to the lifestyle of the population and that the secondary prevention can improve the life quality of patients, diminish their mortality and morbidity and reduce the number of recurrences and complications.

The degree work on the subject „Change in the lifestyle of men after an acute myocardial infarct“ is in its general part concentrated on risk factors connected with cardiovascular diseases, on a self-contained system of rehabilitation, on prevention (primary, secondary, tertiary) and on the welfare system in the Czech Republic. The risk factors connected with cardiovascular diseases can be divided into influenceable ones (nutrition, smoking, lack of physical exercise, alcohol consumption, hypertension, dyslipoproteinemia, diabetes mellitus, obesity), into uncontrollable ones, (age, sex, genetic factors) and into behavioural ones, among which count psychosocial and economic factors.

The main aim of the work was to establish the extent as to the occurrence of risk factors in relation to men, who underwent an acute myocardial infarct and to determine the possibility of involving them in an active change in the lifestyle.

The research proceeded in the form of questionnaires distributed at cardiological out-patients' departments in the region of Příbram. The data collection was under way from November 2009 to February 2010. The research was quantitative, the questionnaire was anonymous, in printed form, contained 29 questions and the respondents answered in writing. One thousand questionnaires were distributed, where of 231 fully completed questionnaires came back. The return rate of questionnaires were destined only for men, who underwent an acute myocardial infarct (two fundamental identifications marks).

I arrived to two hypotheses. The first was that the education of population played an important role in occurrence of cardiovascular diseases and in awareness of

influence of the lifestyle on reducing the risks connected with the development of these diseases. The second hypothesis was that the secondary prevention of risk factors connected with cardio-vascular diseases was not effectively and rigorously applied to men, who underwent myocardial infarct. Both hypotheses of mine proved to be right.

The doctors and the learned public are doubtless well informed of the prevention and therapy as to the cardio-vascular diseases. The question is how effectively the professional information and recommendations find their way into the subconsciousness of our population. The research results show that an imaginary gap arises between recommended advices relating to the change in the lifestyle and in the positive influencing of influenceable and behaviour risk factors, the doctors give in their routine practice. It is necessary to create programmes of intervention in the lifestyle within the scope of a self-contained rehabilitation system. This system is applied on the occasion of spa care in the Czech Republic. The effect of the spa care is shortterm, lasts half a year to one year and there is no direct further contact of the patient with dietary centres and with specialized physiotherapists.

The recommendations concerning the change in the lifestyle should be popularized in the society as a whole in order to find their way into the wide subconsciousness of our population.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Změna životního stylu mužů po akutním infarktu myokardu vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 24. května 2010

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě děkuji Doc. MUDr. Věře Adámkové, CSc., za odborné vedení, cenné rady a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování této práce a také za ochotu, se kterou od počátku až po finální verzi sledovala její vývoj.

Děkuji celé své rodině za podporu, kterou mi poskytli během mého studia a zvláště mým rodičům a sestře.

V Českých Budějovicích 24. května 2010

Obsah

Obsah:

Úvod		9
1.	Současný stav	11
1.1	Prevence kardiovaskulárních chorob	11
1.1.1	Primární prevence	11
1.1.2	Sekundární prevence	12
1.1.3	Terciární prevence	12
1.1.4	Preventivní programy kardiovaskulárních chorob	13
1.1.4.1	Národní kardiovaskulární program	13
1.1.4.2	Zdraví pro všechny v 21. století	14
1.2.	Ucelená rehabilitace po akutním infarktu myokardu	15
1.2.1	Léčebné prostředky rehabilitace	16
1.2.1.1	Vliv léčebné rehabilitace na psychiku nemocného	17
1.2.1.2	Lázeňská péče	18
1.2.2	Sociální prostředky rehabilitace	19
1.2.3	Pracovní prostředky rehabilitace	20
1.2.4	Pedagogické prostředky rehabilitace	20
1.3	Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění	21
1.3.1	Faktory ovlivnitelné	21
1.3.1.1	Výživa	22
1.3.1.2	Kouření	23
1.3.1.3	Nedostatek pohybu	26
1.3.1.4	Alkohol	27
1.3.1.5	Hypertenze	27

1.3.1.6	Dyslipoproteinemie	29
1.3.1.7	Diabetes mellitus	30
1.3.1.8	Metabolický syndrom	31
1.3.1.9	Obezita	32
1.3.2	Faktory neovlivnitelné	33
1.3.2.1	Věk a pohlaví	33
1.3.2.2	Genetické faktory	33
1.3.3	Faktory behaviorální	34
1.3.3.1	Psychosociální faktory	34
1.3.3.2	Sociální a ekonomické faktory	35
1.4	Sociologie zdraví a nemoci	37
1.5	Životní způsob	38
1.6	Životní styl	39
1.7	Nemocenské pojištění	40
1.8	Zdravotní pojištění	40
1.9	Důchodové pojištění	41
1.9.1	Starobní důchody	42
1.9.1.1	Řádný starobní důchod	42
1.9.1.2	Předčasný starobní důchod	42
1.9.2	Invalidní důchody	43
1.10	Sociální péče	44
1.10.1	Dávky systému sociální péče	44
1.10.1.1	Zákon o sociálních službách	45
2.	Cíle práce a hypotézy	47
2.1	Cíl práce	47
2.2	Hypotéza I.	47
2.3	Hypotéza II.	47
3.	Metodika	48
3.1	Metodika	48
3.2	Sledovaný soubor	49

4.	Výsledky	50
5.	Diskuse	78
6.	Závěr	90
7.	Klíčová slova	93
8.	Seznam použitých zdrojů	94
9.	Přílohy	102

ÚVOD

Česká republika zaujímá jedno z předních míst v mortalitě a morbiditě na kardiovaskulární onemocnění. V roce 2008 na nemoci oběhové soustavy zemřelo 23 532 tisíc mužů. Počet zemřelých mužů v důsledku akutního infarktu myokardu poklesl oproti roku 1998 o téměř 4 000. Tento pokles je značný, nic méně stále zaujímáme přední příčky v evropských statistikách, před námi z evropských států je pouze Rusko, Maďarsko a Slovensko. Srdeční příhodě podlehnou asi každý 20 nemocný a přibližně čtvrtý člověk po akutní koronární příhodě dostane druhý akutní infarkt či mozkovou mrtvici.

Kardiovaskulární příhody jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci. Podílejí se na vysoké nemocnosti, pracovní neschopnosti. Toto vše zvyšuje náklady na zdravotní péči a systém sociálního zabezpečení občanů České republiky. Tyto informace jsou apelující a proto bych chtěla upozornit na ohromný význam prevence, ve všech jejích podobách, primární počínaje přes sekundární až po terciární prevenci. Úlohou veřejného zdravotnictví je ovlivňovat zdraví populace od útlého do vysokého věku.

Hlavní prioritou v kardiovaskulární prevenci je chránit populaci před chorobami, u nichž lze předejít úmrtí a utrpení a snížit incidenci prvních nebo recidivujících příhod v důsledku ischemické choroby srdeční, ischemické cévní mozkové příhody a ischemické choroby dolních končetin. Pozornost by měla být věnována prevenci invalidity a předčasného úmrtí. Prosperita naší společnosti se zvyšuje, což vede ke snižování úmrtnosti, prodlužování věku a tím i k nárůstu chronických onemocnění, s čímž přímo souvisí zvyšování ekonomických nákladů na zajištění péče. Cílem je zvýšení kvality života a to nejen ve stáří.

Onemocnění srdce a cév vznikají v důsledku kombinace několika rizikových faktorů. Klinické studie prokázaly, že výskyt kardiovaskulárního onemocnění lze příznivě ovlivnit primární prevencí životního stylu populace a sekundární prevencí zlepšit kvalitu života nemocných, jejich mortalitu, morbiditu, počet recidiv a komplikací.

Životní styl většinové populace je na začátku 21.století alarmující. V Evropě trpí nadváhou velká část dospělé populace (400 miliónů Evropanů má nadváhu a asi 130 miliónů Evropanů je obézních). Omezení manuální a fyzické práce díky moderní technice zvyšuje nárůst skupiny zaměstnanců, kteří u své práce celodenně sedí. Bohužel sedavý způsob života a málo aktivního pohybu se týká již dětí a mládeže. Vědecké výzkumy prokázaly, že více jak 60% onemocnění je způsobeno špatným životním stylem, zanedbáváním prevence a podceněním negativního vlivu nevhodného životního stylu. Ke změně životního stylu jsou nejčastější motivací až zdravotní problémy. Tato změna vyžaduje silnou motivaci a pevné rozhodnutí.

Téma „Změna životního stylu mužů po akutním infarktu myokardu“ jsem si vybrala z důvodů vysokého výskytu akutního infarktu myokardu v naší populaci a také proto, že onemocnění kardiovaskulárního systému se v naší rodině vyskytuje již několik generací ve velmi vysokém procentu. Proto bych práci chtěla poskytnout k přečtení svým nejbližším a fakticky podloženými daty se pokusit o ovlivnění jejich životního stylu a pokusit se snížit výskyt rizikových faktorů.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 PREVENCE KARDIOVASKULÁRNÍCH CHOROB

Základem dobře prosperujícího státu je zdravé a vzdělané obyvatelstvo. Prevence zejména primární je prioritou zdravotní politiky státu, proto je také základní pracovní metodou ve všech oblastech preventivní medicíny. Hlavním cílem je udržení zdraví ohroženého jedince. V obecné rovině se rozlišují tři základní typy prevence a to primární, sekundární a terciární(75).

V péči o zdraví naší populace je mnoho nevyřešených úkolů. Netýkají se pouze zdravotnictví a léčebně preventivních programů, ale též socioekonomických programů, které vytyčují perspektivy rozvoje životního stylu populace a ovlivňují stav a způsob výživy, úroveň vzdělání, trávení volného času, pracovní a životní podmínky. Snaha preventivní medicíny není pouze prodloužení lidského věku, ale produktivního věku a posunutí období maximální populační úmrtnosti do staří a celkové involuce organismu, ke které dochází mezi 80 až 90 lety. Hlavní účel tedy je přidat život létům a ne přidat léta životu(66).

1.1.1 Primární prevence

Prioritou primární prevence je snížení incidence onemocnění. Jedná se o upevnění obecných zásad zdravé výživy, výchovy ke zdraví, správných pohybových návyků dále prevenci užívání návykových látek(alkoholu, nikotinu, drog) a zvládání stresových situací. Primární prevence probíhá již v období dětství, mládí a ranné dospělosti, tedy v době ve které si jedinec neuvědomuje, že by ho v dospělosti mohla postihnout např. koronární příhoda(75).

1.1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je soubor opatření a postupů snižující prevalenci kardiovaskulárních onemocnění. Na základě Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi, vypracovaly české odborné společnosti pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění společné doporučení. Cílem těchto doporučení je snížit nemocnost v důsledku ischemické choroby srdeční, ischemické cévní mozkové příhody a ischemické choroby dolních končetin. Etiologie těchto onemocnění je podobná a nové studie ukázaly, že rizikové faktory jsou stejné a jejich ovlivněním lze očekávat snížení incidence prvních příhod(12).

Cílem sekundární prevence je snížit absolutní riziko kardiovaskulárních onemocnění v populaci i u individua. Absolutní riziko choroby znamená počet nových manifestací v průběhu daného časového období v definované populaci. Naproti tomu relativní riziko je pravděpodobnost choroby v dané populaci či u individua ve srovnání s referenční populací nebo individuem(66).

Vzdělání populace hraje velkou roli, mělo by probíhat v hromadných sdělovacích prostředcích, v místech kontaktů nemocných (v ordinacích, na lůžkových odděleních) s lékařem nebo prostřednictvím letáků a informačních materiálů. O příčinách a předcházení srdečních chorob by se mělo pravidelněji a intenzivněji informovat. Toto by mělo být organizováno ve spolupráci s odbornými společnostmi. Lze sem zařadit také podporu výzkumu zaměřeného na prevenci(14).

1.1.3 Terciární prevence

V obecné rovině se tato metoda zaměřuje na odstranění či zmírnění následků chorob, se snahou co nejvýrazněji zkrátit chorobný stav a zlepšit kvalitu života nemocného(75).

Pozornost je zaměřena na prevenci invalidity, recidivy onemocnění a předčasného úmrtí. Současná doporučení se zabývají změnou životosprávy, ovlivňování hlavních rizikových faktorů a podáváním některých preventivních léků. Do terciální prevence lze zařadit podporu výzkumu zaměřeného na prevenci a monitorování výskytu kardiovaskulárních rizik a chorob v populaci, k tomuto účelu pracovní skupina, která vytvořila Evropská doporučení pro prevenci kardiovaskulárních chorob, doporučuje používat vypracovaný model a tabulky SCORE(12).

Evropská kardiologická společnost vypracovala metodu SCORE, která umožňuje odhadnout 10-ti leté fatální riziko kardiovaskulárního onemocnění v ČR na základě 5 faktorů (věk, pohlaví, kouření, hodnota systolického tlaku a celkového cholesterolu). V tabulce se nejprve vybere věk a pohlaví, dále zda osoba je kuřák či nekuřák a následně hodnotu systolického tlaku a celkového cholesterolu. Riziko vyšší než 5% (tzn. pravděpodobnost úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v následujících 10 letech $\geq 5\%$) je již považováno za vysoké. Lidé s již manifestním kardiovaskulárním onemocněním nebo přidruženými onemocněními u hypertenze mají vysoké ($\geq 5\%$) nebo velmi vysoké ($\geq 10\%$) riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v následujících 10 letech(61).

1.1.4 Preventivní programy kardiovaskulárních chorob v České republice

1.1.4.1 Národní kardiovaskulární program

Národní kardiovaskulární program byl vytvořen ve spolupráci České kardiologické společnosti a České společnosti kardiovaskulární chirurgie. Jedná se o návrh koncepce péče o nemocné s kardiovaskulárními chorobami a je podkladem pro péči a koordinované úsilí všech zúčastněných lékařů a institucí. Mezi hlavní principy patří zlepšení péče o nemocné, uvědomění si zodpovědnosti každého občana za své zdraví. V programu je dále zdůrazněno právo občanů

České republiky na ochranu zdraví a adekvátní zdravotní péči. Cílem programu je vytvořit všeobecně dostupnou a vysoce odbornou péči odpovídající standardům Evropské unie s racionálním využitím finančních zdrojů, se zaměřením na snížení nemocnosti a úmrtnosti na kardiovaskulární choroby s prodloužením délky života a zlepšením jeho kvality (14).

1.1.4.2. Zdraví pro všechny v 21. století

Zdraví pro všechny v 21.století dlouhodobý program vytvořený Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organisation), který vláda České republiky projednala a schválila v říjnu 2002. Jedná se o zdravotně politický dokument ve kterém se uvádí, že zdraví obyvatelstva se řadí mezi nejvýznamnější priority vlády a týká se všech resortů. Program obsahuje 21 cílů pro 21 století. Cíl 8 se věnuje snížení výskytu neinfekčních nemocí a dílčím úkolem 8.1 je snížit počet úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob u osob mladších 65 let o 40%. V roce 2000 zemřelo v naší republice v tomto věkovém rozpětí 5755 mužů a 2302 žen, z toho vyplývá, že na konci programu v roce 2020 by měl být roční počet úmrtí na kardiovaskulární choroby o 2302 mužů a 816 žen nižší. Ke splnění dílčího úkolu 8.1. patří tyto aktivity:

- prevence kardiovaskulárních onemocnění důsledným uplatňováním společných doporučení českých odborných společností (Česká kardiologická společnost, Česká společnost pro aterosklerozu, Česká společnost pro hypertenzi, Česká internistická společnost ČLS JEP, Česká diabetologická společnost ČLS JEP, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, česká angiologická společnost ČLS JEP, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Česká obezitologická společnost ČLS JEP, zdravotní pojišťovny,
- snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění v rámci primární prevence,
- zabezpečení léčebné péče o nemocné s kardiovaskulárním onemocněním (dostatečná kapacita kardiocenter, zlepšení organizace a péče

- přednemocniční fáze, zlepšení dostupnosti revaskularizačních výkonů, zlepšení péče chronicky kardiovaskulárně nemocné),
- periodické provádění epidemiologických studií prevalence nejzávažnějších rizikových faktorů a morbidit na kardiovaskulární onemocnění,
 - zavedení registru infarktů myokardu a cerebrovaskulárních příhod (46).

1.2 UCELENÁ REHABILITACE PO AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU

V roce 2001 přijala Světová zdravotnická organizace dokument International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, MKF). V tomto dokumentu je rehabilitace definována jako obnova optimálního, nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po nemoci či úrazu nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka (76).

Rehabilitace je ve své podstatě Světovou zdravotnickou organizací definována jako ucelená, v České republice je bohužel rehabilitace často chápána jako léčebný tělocvik nebo myoskeletární medicína, proto se k pojmu rehabilitace dodává pro upřesnění ucelená. Rehabilitaci je důležité chápat jako systém, ve kterém jde o plynulé a koordinované využití uceleného systému rehabilitace k dosažení co nejvyšší funkční schopnosti člověka. Kvalita úrovně poskytované rehabilitace do jisté míry ukazuje kulturní úroveň společnosti a celospolečensky se tento proces dotýká téměř všech aspektů společenského života(68).

Státy Evropské unie přijaly klasifikaci ICF jako základní filosofii a politiku rehabilitace. Bohužel tato klasifikace není v České republice všeobecně známa, proto je potřebné se s ní seznámit a začít ji v praxi používat. Cílem této politiky je zabezpečit plnou a aktivní účast osob s určitou zdravotní kondicí na životě společnosti a pomoci jim vést co nejvíce samostatný život. Na rehabilitaci

ve zdravotnictví dále navazují prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace(67).

1.2.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebné prostředky rehabilitace se snaží o odstranění postižení a funkčních poruch a o eliminaci následků zdravotního postižení. Léčebnou rehabilitaci lze rozdělit na vertikální a horizontální. Vertikální vede k obnovení původního stavu organismu, to nastane úpravou funkčních změn na úrovni orgánů a tělních systémů. Dlouhodobá horizontální rehabilitace se věnuje poškození majících závažný a chronický charakter. Léčebná rehabilitace přímo koresponduje s vlastním léčením (74).

Kardiovaskulární rehabilitace se v posledních letech věnuje zvýšená pozornost. Pracovní skupina Kardiovaskulární rehabilitace České kardiologické společnosti se snaží informovat širokou lékařskou veřejnost o významu rehabilitace jako nezbytné součásti léčby u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. Kardiovaskulární rehabilitace je proces, jehož snahou je udržet či navrátit optimální fyzický, psychický, sociální, pracovní a emoční stav(24).

Obecným cílem léčebné rehabilitace po akutním infarktu myokardu je návrat nemocného do plnohodnotného života. Klid na lůžku je zpravidla nutný prvních 12-24 hodin, po uplynutí této doby se postupně začíná s aktivním cvičením vleže na lůžku, vše na doporučení lékaře(23).

Léčebnou rehabilitaci lze rozdělit na čtyři fáze

1. Nemocniční rehabilitace po AIM

Nemocní jsou v této fázi hospitalizováni na interní jednotce intenzivní péče a posléze na standardním interním oddělení. Snaha je zabránit dekondici, tromboembolickým komplikacím a také překonat strach z fyzické aktivity a napomáhá zvládnout vzniklou stresovou situaci (24).

Rehabilitace během hospitalizace by se měla obsahovat:

- léčebnou tělesnou výchovu na ordinaci lékaře pod dohledem fyzioterapeuta,
- informace o nutnosti změny životního stylu (nutriční sestra, lékař, fyzioterapeut),
- psychologickou pomoc,
- sociální poradenství (23).

2. Časná posthospitalizační fáze

Posthospitalizační rehabilitace začíná po propuštění z nemocnice a doba trvání je 3 měsíce. Probíhá jako ambulantně řízený trénink, individuální domácí trénink nebo formou lázeňské léčby. Stupeň zvolené zátěže a správnost cvičení je vždy nutné konzultovat s lékařem a fyzioterapeutem. V této fázi je důležité seznámit nemocného se zásadami prevence a nutnosti jejich dodržování. Tato fáze je pro rozhodující pro navození potřebných změn životního stylu(24).

Při nekomplikovaném průběhu rekonvalescence by měl nemocný nastoupit do 3 měsíců do práce(6).

3. Období stabilizace

Pohybová léčba v tomto období probíhá bez pevné organizace, stav klienta je obvykle stabilizován. Předpokládá se, že rekonvalescent již zná možnosti své fyzické zátěže i kontroly svého organismu. Klinický stav se stabilizuje a důraz se klade na pravidelný trénink a upevnění změn životního stylu(6).

4. Období udržovací

Pokud je stav nemocného stabilizován, pokračuje v dodržování zásad předchozích aktivit s minimální odbornou kontrolou. Za optimální se považuje fyzická aktivita 3-5x týdně cca 30 minut(24).

1.2.1.1 Vliv léčebné rehabilitace na psychiku nemocného

Akutní infarkt myokardu představuje velkou psychickou zátěž. Podstatné je s nemocným komunikovat, uklidnit ho a připravit na změny životního stylu, které ho čekají, a které přímo s tímto onemocněním souvisí. Vzájemná spolupráce

nemocného, ošetřujícího lékaře, odborného fyzioterapeuta, psychologa a rodiny přináší adekvátní výsledek léčby. V lepším případě si nemocný postupem času utvoří kladný vztah k pohybové aktivitě, a tím i k zásadám dodržování správné životosprávy(24).

1.2.1.2 Lázeňská péče

V optimálním případě ústavní lázeňská péče přímo navazuje na hospitalizaci klienta po akutní koronární příhodě a provádí se v ústavech splňující nezbytné podmínky. Slouží k normalizaci fyzického, psychického stavu, k úpravě životního stylu a k eliminaci stávajících rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, k potlačení stresových psychických vlivů(14).

V prvních dnech pobytu, pokud je stav pacienta stabilní a léčba adekvátní, je provedeno bicyklové ergometrické vyšetření. Dle tolerované zátěže a dosažené maximální tepové frekvence se stanoví tréninková tepová frekvence a stupeň tréninkové zátěže. Z lázeňských a rehabilitačních procedur se nejčastěji používají inhalace, léčba biotronovou lampou, reflexní a klasické masáže, dechová cvičení, léčebná tělesná výchova, jízda na rotopedu, chůze po stanovených okruzích, to vše dle stanovené zátěže. Elektroléčba a balneoterapie (uhličité a perličkové koupele, vířivka, podvodní masáž) pomáhá k celkovému zlepšení zdravotního stavu i k lepší psychické pohodě. Všechny výše uvedené procedury jsou aplikovány na indikaci lékaře odborným personálem, s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocného(26).

Po lázeňském léčebném pobytu se nemocní obvykle rychle vrací k aktivnímu způsobu života včetně návratu do zaměstnání, to se podílí na zlepšení kvality jejich života(38).

V České republice patří nejznámějším lázeňským zařízením pro kardiaky lázně Poděbrady, Lázně Libverda, Konstantinovy Lázně, Františkovy Lázně a lázně Teplice nad Bečvou(26).

1.2.2 Sociální prostředky rehabilitace

Úkolem sociální rehabilitace je, aby člověk s postižením byl schopen své postižení, nemoc, poruchu či znevýhodnění přijmout a v co nejlepší možné míře se integrovat do společnosti. Rehabilitace v této oblasti se snaží zabránit defektivitě, aby člověk s defektem se nestal společností přítěží a nebyl na ní zcela závislý. Sociální prostředky rehabilitace jsou permanentním životním procesem. V tomto procesu se uplatňuje reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada poškozené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením)(28).

Jde o soubor opatření k příznivému ovlivnění zdravotního stavu a situace těchto osob. Mezi opatření patří: socioterapie, programy zvyšování sociálních kompetencí, materiálové potřeby ve formě jednorázových i opakujících se dávek(68).

Osobám se zdravotním postižením se dávky ze sociálního zabezpečení poskytují za podmínek uvedených ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 117/1995 Sb. O státní sociální podpoře a vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory. Tato vyhláška obsahuje klasifikaci zdravotního postižení dle stupňů, kapitola VI. stanovuje postižení podle rozsahu a tíže omezení kardiovaskulárního systému. Zákon 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, o sociálních službách a s ní související vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách(42).

1.2.3 Pracovní prostředky rehabilitace

Pracovní rehabilitace je soustavná péče věnovaná lidem se zdravotním postižením, směřující k získání a udržení vhodného zaměstnání, kterou na základě jejich žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené(68).

U lidí mající změněnou pracovní schopnost je prioritní snaha o obnovení pracovního potenciálu. Práce patří mezi základní potřeby člověka a pokud není tato potřeba uspokojena, dochází k frustraci nebo stresovému stavu(28).

Hodnotící proces, který vymezuje okruh vhodných zaměstnání, se nazývá pracovní rekomandace. Jedná se o bilanci pracovního potenciálu a zdravotního stavu posuzovaného jedince. Výsledkem hodnotícího procesu je pracovní doporučení , jejichž podkladem jsou informace klinické, profesografické, psychologické i socio-ekonomické. Podstatné je vyloučit faktory a vlivy , aby nedošlo k nepříznivému působení práce na zdraví občana(68).

Ze zákonů týkající se oblasti pracovní rehabilitace je nezbytné jmenovat zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, kdy část třetí se přímo věnuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením, jejich pracovní rehabilitaci a také povinnostmi zaměstnavatelů s více jak 25 zaměstnanci v pracovním poměru zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. V tomto zákoně jsou uvedeny alternativy plnění, například odběr výrobků či služeb od zaměstnavatelů zaměstnávající osoby se zdravotním postižením, odvod finančních prostředků do státního rozpočtu nebo kombinace výše uvedených možností(50).

Nedílnou součástí je využívání volného času, věnování se zájmové činnosti. V tomto případě hovoříme o psychosociální rehabilitaci(28).

1.2.4 Pedagogické prostředky rehabilitace

V socializaci člověka hraje výchova významnou roli a nepatří pouze k dětství, ale i k dospělosti. Výchova je permanentní celoživotní proces a přesné hranice mezi vzděláním, výchovou a rehabilitací lze jen obtížně určit. U osob se

získaným zdravotním postižením, omezením je důležitý návrat k původní linii cílevědomého rozvoje osobnosti. O pedagogické rehabilitace lze hovořit až do doby, kdy člověk nalezne svou vlastní identitu(28).

1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY KARDIOVASKULÁRNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Kardiovaskulární onemocnění jsou v ekonomicky rozvinutých zemích hlavní příčinou mortality a morbidity dospělých. Bylo jasně prokázáno, že prevalence a manifestace těchto chorob je v současné době dána vnějšími vlivy.

Rizikové faktory kardio- a cerebrovaskulárních chorob rozdělujeme do několika skupin.:

- faktory neovlivnitelné (věk, pohlaví, genetická výbava)
- faktory ovlivnitelné (arteriální hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus, kouření, fyzická aktivita, nutriční...)
- behaviorální (stres, osobnost)

Snižování výskytu rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob se v západních zemích ukázalo jako velice efektivní při snižování nemocnosti a úmrtnosti. Například v USA přisuzují poloviční podíl z celkového poklesu morbidity redukcí hlavních rizikových faktorů jako je hypercholesterolemie, hypertenze a kouření (29).

1.3.1 Faktory ovlivnitelné

Ovlivnitelné faktory jsou stravovací zvyklosti (zejména nutriční s vysokým obsahem nasycených tuků, cholesterolu a nadbytečným obsahem energie), kouření cigaret a tabáku vůbec, nadměrná konzumace alkoholu a nízká fyzická aktivita(13).

1.3.1.1 Výživa

Výživa hraje nezastupitelnou roli v prevenci a léčbě srdečních onemocnění. Odborná konzultace s dietologem by měla být součástí léčby nejen u jedinců s kardiovaskulárním onemocněním, ale i u osob se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem. Odborná rada o volbě vhodné stravy a diety může snížit kardiovaskulární riziko. Pestrá a energeticky vyvážená strava spolu s pravidelnou fyzickou aktivitou má významnou úlohu v zachování kardiovaskulárního zdraví. Vysokorizikové osoby by měli dostat odborné dietologické rady, doporučení by mělo být v souladu s místní kulturou a ekonomickou situací nemocného. V obecné rovině platí následující doporučení:

- strava by měla být pestrá,
- energetický příjem by měl odpovídat energetickému výdeji,
- preference příjmu ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva, ryb, libového masa a nízkotučných mléčných výrobků, sladkovodní i mořské ryby a Omega 3 mastné kyseliny,
- nasycené mastné kyseliny (živočišné tuky) nahradit nenasycenými mastnými kyselinami z rostlinných zdrojů a mořských živočichů (celkový příjem tuků by neměl přesahovat 25-35% příjmu energie),
- při zjištěné hypertenzi by se měl snížit příjem solí. (19)

Ukazuje se, že 40% civilizačních chorob je způsobeno dlouhodobě nevyhovující a nevhodnou výživou. Výživa je faktor, který máme možnost ovlivnit a využít ho pro podporu svého zdraví. Optimálním řešením je racionální (rozumová) strava. Součástí tohoto přístupu je fylogenetický pohled na člověka, jež byl vždy z biologického hlediska všežravcem, a charakteristická strava pro něj byla vždy smíšená. Pouze racionální výživa ke zdraví nestačí. Jako racionální je potřebné chápat komplexní životní styl. Racionální výživa by měla být směsicí různých výživových stylů, respektovat individuální potřeby jedince v závislosti na věku, pohlaví, fyzické aktivitě, genetickým dispozicím a aktuálnímu zdravotnímu

stavu. Moderní racionální výživa musí respektovat vědecké objevy a konzumaci moderních forem potravin a speciálních doplňků stravy(36).

Obecné zásady příjmu potravy pro prevenci kardiovaskulárních chorob:

- mononasyčené tuky by měly tvořit 20% a > příjmu energie,
- polynasyčené tuky by měly tvořit 10% a > příjmu energie,
- celkový příjem tuků by měl být 25-35% příjmu energie,
- polysacharidy mají tvořit 50-60% příjmu energie,
- bílkoviny by měly tvořit 15% celkového energetického příjmu denně,
- obsah vlákniny by měl být 23-30g denně,
- příjem cholesterolu by měl být menší než 200mg denně a Na ne více než 2,4 g za den
- celkový příjem potravy je nutno nastavit, aby se BMI pohyboval v optimálních hodnotách, tj. 19 až 25(66).

Správná výživa má významnou úlohu v primární, sekundární i terciární prevenci. Má příznivý účinek na hladinu krevních tuků v krvi a dieta má velmi dobrý efekt při léčbě kardiovaskulárního onemocnění. Studie HALE (Healthy Ageing a Longitudinal study in Europa) potvrdila, že zdravý životní styl a zdravé stravování přímo souvisí s nižší úmrtností obyvatelstva i ve vyšším věku 70-90 let. Výživu v zemích Střední Evropy je možné charakterizovat jako energeticky a nutričně nevyváženou, s velmi malou spotřebou mléka, mléčných výrobků, ovoce, zeleniny, ryb a luštěnin. Nesprávné stravovací návyky z mladšího věku přetrvávají až do stáří, proto je prevence ve všech jejích složkách nezastupitelná(29).

1.3.1.2. Kouření

Mezi nejškodlivější výplody tabákového kouře patří nikotin a oxid uhelnatý. Tyto látky urychlují kornatění tepen a přímo poškozují stěnu cév. Kouřením se aktivují stresové hormony např. adrenalin, který zrychluje srdeční činnost a dochází k vzestupu krevního tlaku. Nároky myokardu na kyslík jsou poté často neúměrně vysoké. Přílnavost krevních destiček se zvyšuje, což může

vést ke vzniku krevní sraženiny a tím i k srdečnímu infarktu. Muži kuřáci mají oproti nekuřákům 3 krát a ženy až 6 krát vyšší riziko srdečního infarktu. Celé dvě třetiny pacientů po akutním infarktu myokardu mladších 40 let kouří více než 20 cigaret denně. Nejškodlivější vzhledem k onemocnění kardiovaskulárního aparátu je kouření cigaret, při kouření doutníků a dýmek kdy není kouř přímo inhalován do plic je spíše spojováno s rakovinou dutiny ústní. Pasivní kouření je v České republice stále podceňováno, přestože byl prokázán škodlivý vliv(64).

Přestat kouřit má smysl v každém věku a v každém stadiu onemocnění. Je zřejmé, že čím dříve kuřák přestane kouřit, tím se výrazně snižuje riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění. U lehkých kuřáků (méně než 10 cigaret denně) klesá riziko za 10 let po zanechání kouření na úroveň nekuřáků a u silných kuřáků (více než 20 cigaret denně) zůstává riziko po 10 letech o polovinu vyšší než u nekuřáků(57).

Závislost na tabáku se skládá z dvou faktorů a to z psychické a fyzické závislosti na kouření. Psychická závislost vzniká po až po určité době života s cigaretou. Kuřácké stereotypy jsou velmi těžko odstranitelné. Kuřáci mají s cigaretou spojené chvíle odpočinku, příjemné posezení u kávy, zvládnání stresových situací atd. Fyzická závislost je druhá část ovlivňující potřebu kouření, která je způsobena nikotinem obsaženým ve vdechovaném kouři. Probíhající chemická reakce v mozku kuřáku je obdobná jako u jiných závislostí na návykových látkách jako je například heroin(10).

Není snadné zanechat kouření. Bohužel velká část kuřáku, kteří kouření zanechali, dříve či později opět začnou. Důležité je rozhodnout se přestat kouřit. Podstatná je motivace, srdeční infarkt, který člověk přežil je velmi silný argument(64).

MUDr. Karel Nešpor, CSc. ve své publikaci „Za plíce krásnější čili jak přestat kouřit“ uvádí soubor doporučení jak se naučit nekouřit a klade zde důraz na pozitivní přístup a odměňování se. Kuřáci by se měli stále motivovat a připomínat si výhody nekouření více než nevýhody kouření. Důležité je také

rozpoznat nebezpečné situace (zakouřená hospoda, posezení u kávy či alkoholu) a vyhýbat se jim. Při chuti na cigaretu aplikovat:

- tzv. Švédskou metodu odvykání kouření (při bažení provést několik hlubokých nádechů a výdechů nejlépe u otevřeného okna),
- chuť překonat činností, kterou nelze spojit s kouřením (sprcha, cvičení, fyzická práce),
- rozpoznávat nebezpečné myšlenky (pasivně pozorovat myšlenky, fantazie, pocity- nereagovat na ně a nechat je odejít),
- mít telefonický kontakt na přítele, který mě v nekouření podpoří,
- rozbít kuřácké stereotypy,
- jógu, cvičení, autogenní trénink,
- zlepšení životosprávy (48).

Každý lékař by měl mít v dokumentaci uvedeno, zda pacient je či není kuřák a podle toho zvolit i vhodný přístup. Měl by motivovat pacienta k zanechání kouření, vysvětlit přímou souvislost mezi kouřením a kardiovaskulárním onemocněním. Intenzivní léčba kuřáctví zahrnuje léčbu farmakologickou a nefarmakologickou. Nefarmakologická léčba obsahuje poradenství a léčbu psycho-sociální. Farmakologická léčba je náhradní terapie nikotinem a bupropionem. Tato léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu, kteří vykouří více než 10 cigaret denně a kteří si do hodiny od probuzení zapalují cigaretu. Terapie zabraňuje zejména abstinčním příznakům a nezabraňuje kouření. K tomu je podstatná změna životního stylu a rozhodnutí zanechat kouření. Náhradní terapie nikotinem (NTN) má 6 forem (žvýkačka, náplast, nosní sprej, inhalátor, tablety a pastilky). Dále po poradě s lékařem je možné užívat i léky snižující craving (bažení,touhu). Jako úspěšná léčba se hodnotí pouze dlouhodobá abstinence nejméně 6 měsíců, raději 12 měsíců(64).

Abstinční příznaky se mohou objevit při zanechání kouření a to v podobě silné nutkavé touhy po cigaretě, špatné nálady, depresí, nespavosti, podrážděnosti, frustrace, zlosti, úzkostných stavů, neschopnosti se soustředit a častá je i zvýšená chuť k jídlu(10).

1.3.1.3 Nedostatek pohybu

Sedavý způsob života má nepříznivý vliv na zdraví organismu. Jak prokázaly epidemiologické studie, zvyšuje nemocnost i úmrtnost a to nejen na kardiovaskulární onemocnění. U lidí středního a vyššího věku i mírné zvýšení tělesné aktivity prokazatelně snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. Tělesná aktivita omezuje další rizikové faktory (obezitu, snižuje hladinu cholesterolu a TAG), tím brání vzniku metabolického syndromu a inzulínové rezistence, dále stimuluje tvorbu kolaterál v koronárním oběhu(66).

Je potřebné zavádět pravidelnou tělesnou aktivitu u osob každého věku. Osoby s vysokým rizikem ICHS a starší osoby by měli pravidelně zařazovat tělesné cvičení a postupně zvyšovat jejich intenzitu. Toto je součást evropského doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi(19).

Lidé, kteří nemají dostatek pohybové aktivity po infarktu myokardu, umírají 3-4krát častěji než ti, co pravidelně cvičí(64).

Doporučení nemocným s kardiovaskulárním onemocněním musí vycházet z komplexního klinického vyšetření. Cílem je dosáhnout minimálně 30 minut fyzické aktivity většinu dnů v týdnu. Lidé by si měli uvědomit, že i mírnější aktivita je spojena se zlepšením zdraví(12).

Lidé po akutním infarktu myokardu by měli znát zároveň i důvody k přerušení či snížení aktivity jako je neadekvátní zvýšení či snížení tepové frekvence, stenokardie, nepřiměřená dušnost, bledost, únava, mdloby a závratě. Intenzita zátěže by měla být taková, aby se při ní dalo mluvit. Vhodné je dodržovat kondiční program, který je založen na střídání různých aktivit, pravidelného a systematického cvičení, nepodceňování odpočinku. Při obezitě se obecně doporučuje cvičení bez statického zatěžování pohybového aparátu (cyklistika, plavání). Při cvičení by si kardiaci měli kontrolovat tepovou frekvenci a to na začátku, v průběhu a na konci pohybové aktivity. Vhodné je také založení

tréninkového deníku, do něhož si pacienti zaznamenávají tepovou frekvenci, dobu a druh cvičení(58).

Za dva měsíce po akutním infarktu myokardu lékař naordinuje, pokud zdravotní stav pacienta dovolí, provedení zátěžové ergometrie. Dle světové zdravotnické organizace jsou kardiaci rozděleni do čtyř skupin. Tato klasifikace se používá také pro určení funkčního stavu pacientů, pro adekvátní pohybovou léčbu, ale také vyhláška č. 207/1995 Sb., která stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory(6).

1.3.1.4 Alkohol

Alkohol je odedávna oblíbený nápoj sloužící k navození relaxace a zlepšení nálady. Je to ovšem droga a požívání alkoholu je jednoznačně spojeno s řadou onemocnění, zdravotních poškození, ale i s úrazy, dopravními nehodami atd. Těžké pijáctví má za následek řadu kardiovaskulárních poruch (arteriální hypertenze, arytmie, náhlá smrt). Bylo prokázáno, že mírná spotřeba alkoholu (do 40g za den) má projektivní účinek a snižuje úmrtnost na ICHS asi o 30%. Projektivní účinek alkoholu spočívá ve zvýšení HDL a snížení LDL cholesterolu, snížení hladiny fibrinogenu, působí antiagregačně. Tento efekt je krátkodobý (24 hodin) a projevuje se pouze při pravidelném pití malých dávek ve spojení s jídlem (66).

Výskyt hypertenze a riziko krvácivé cévní mozkové příhody stoupá v závislosti na požívání alkoholu. Negativní účinky alkoholu na zdraví jedince a jeho sociální statut převažují z populačního hlediska nad jeho projektivními účinky. Proto se lidem většinou nedoporučují bezpečnostní limity konzumace alkoholu (11).

1.3.1.5 Hypertenze

Hodnoty normálního krevního tlaku v dospělosti jsou 110-139mm Hg systolického a 60-89mm Hg diastolického. Za arteriální hypertenzi se označuje

opakované naměření krevního tlaku ≥ 140 mm Hg systolického nebo ≤ 90 mm Hg diastolického krevního tlaku, minimálně při dvou návštěvách u lékaře (57).

Hodnota krevního tlaku souvisí s věkem, pohlavím, etnickou příslušností a rasou, socioekonomickou situací, životním stylem, ale také s prenatálním obdobím a s různými faktory zevního prostředí (66).

Riziko srdečního onemocnění přímo vzrůstá se zvyšujícím se krevním tlakem od hodnot považovaných za normální. Na zvyšování krevního tlaku se podílí faktory životního stylu (obezita, zejména centrální typ, vysoká spotřeba alkoholu, soli, kouření a nízká pohybová aktivita, stres), dále je krevní tlak ovlivněn genetickým pozadím a rodinnou anamnézou, hladinou celkového cholesterolu, pohlavím a řadou dalších ještě přesně nedefinovaných zevních faktorů. Rozhodnutí o zahájení léčby nezávisí pouze na výši naměřeného krevního tlaku, ale také na přítomnosti či nepřítomnosti poškození cílových orgánů (poškození srdce, mozku, ledvin, periferních cév) (12).

Léčba hypertenze spočívá v režimové léčbě a při její nedostatečnosti ve farmakologické léčbě. Nefarmakologická léčba je doporučována jako první krok u mírné hypertenze, obsahuje omezení soli, zákaz kouření, redukce tělesné hmotnosti, pravidelná tělesná aktivita, omezení alkoholických nápojů u mužů na max. 30ml etanolu/denně (64).

Farmakologická terapie hypertenze je indikovaná u osob s vysokým normálním krevním tlakem (130-139/85-89mm Hg) po prodělané cévní mozkové a koronární příhodě, s prokázanou ischemickou chorobou srdeční, s chronickým renálním onemocněním, u diabetiků či u osob mající více rizikových faktorů KVO (12).

Léky na léčbu hypertenze (antihypertenziva) musí účinně snižovat krevní tlak a zároveň snížit kardiovaskulární mortalitu a morbiditu. Pro tyto účely se používají následující skupiny léků: diuretika, betablokátory, antagonisté angiotenzinu II, blokátory kalciových kanálů a inhibitory ACE(40).

Krevní tlak je důležité pravidelně kontrolovat. Jsou tři hlavní možnosti kontroly a to:

- kontrola TK lékařem (sestrou) v ordinaci, při zahájení léčby kontroly intenzivnější (2-3x měsíčně), při adekvátní léčbě kontrola 1x za 3-6 měsíců,
- kontrola pomocí domácích tonometrů, nejčastěji digitálních,
- 24 hodinové monitorování krevního tlaku (64).

1.3.1.6 Dyslipoproteinemie

Dyslipoproteinemie jsou metabolická onemocnění, při níž se mění koncentrace lipoproteinů v krvi. Těmito onemocněními trpí velká část naší populace, zvyšují riziko kardiovaskulárních onemocnění, zejména ischemické choroby srdeční. Ve vyspělých zemích se farmakoterapie dyslipoproteinemie stává velkým ekonomickým problémem (66).

V obecné rovině by měl mít celkový cholesterol v plazmě hodnotu 5 mmol/l a nižší a LDL cholesterol by neměl být vyšší než 3mmol/l. Ovšem u osob s prokázaným kardiovaskulárním onemocněním a u diabetiků by měli být hodnoty nižší (celkový cholesterol nižší než 4,5 mmol/l a LDL cholesterol nižší než 2,5 mmol/l). Pro HDL cholesterol a triglyceridy nejsou pevně dané cílové hodnoty, ale jejich koncentrace se využívají jako ukazatelé zvýšeného rizika (HDL-cholesterol <1,0mmol/l u mužů a <1,2mmol/l u žen a koncentrace triglyceridů nalačno >1,7mmol/l jsou považovány za markry zvýšeného rizika)(12).

Cílem léčby dyslipoproteinemii je dlouhodobá úprava hladiny krevních tuků a tím snížení rizika koronárních a kardiovaskulárních onemocnění. Léčba je opět nefarmakologická a farmakologická. Nefarmakologická opatření spočívají ve změně životního stylu (pravidelná tělesná aktivita, zanechání kouření, úprava tělesné hmotnosti, změna stravovacích návyků a omezení zvýšené konzumace alkoholu). Změna stravovacích návyků by měla obsahovat zvýšení příjmu ovoce a zeleniny, celozrnných obilnin, nízkotučných mléčných výrobků a nasycené tuky nahradit komplexními polysacharidy a nenasycenými tuky(rostlinné oleje, mořští živočichové a ryby)(64).

Při indikaci farmakologické léčby se jedná o léčbu celoživotní, léčba hypolipidemiky je určena osobám s vysokým rizikem (terciární prevence KVO, nemocní s diabetes mellitus a familiární hypercholesterolemií) a je vysoce ekonomicky náročná. Úspěšná léčba dyslipoproteinemii snižuje riziko KVO, ale nikdy jej nemůže zcela eliminovat, jelikož příčina aterosklerozy je multifaktoriální(66).

1.3.1.7 Diabets mellitus

Ameican Heart Association uznala v roce 1999 diabetes mellitus jako významný rizikový faktor kardiovaskulárního onemocnění vznikajícího na podkladě aterosklerozy. Diabtes mellitus je závažné metabolické onemocnění projevující se hyperglykemií a poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin v důsledku porušení sekrece či účinku inzulínu. U diabetiků se vyskytuje řada rizikových faktorů a to poruchy metabolismu tuků, dvojnásobný výskyt hypertenze oproti osobám bez diabetu, hyperglykémie zvyšující riziko aterosklerozy, prokoaguační stav zvyšuje riziko trombozy a ischemických příhod, abnormální metabolismus srdečního svalu. Je jasné, že diabetik potřebuje komplexní včasnou a intenzivní léčbu rizikových faktorů(66).

Kompenzace nemocných s diabetes mellitus 1. a 2. typu snižuje prevalenci a závažnost mikrovaskulárních komplikací a kardiovaskulárních onemocnění. Při Diabetes mellitus 1. typu je pro udržení normální hladiny glykémie nutná adekvátní léčba inzulínem společně s diabetickou dietou. U diabetes mellitus 2. typu je léčba první volby terapie režimová (odborné dietetické poradenství, diabetická dieta, snížení nadváhy, zvýšení fyzické aktivity). Pokud se tímto způsobem nepodaří dosáhnout normoglykémii, lékaři přistupují k farmakoterapii prostřednictvím perorálních antidiabetik, v některých případech v kombinaci s inzulínem(9).

Diabetes mellitus v současné době nelze úplně vyléčit, ale medicína ho dokáže adekvátní léčbou stabilizovat. Informace o stabilizaci onemocnění

poskytují výsledky laboratorních testů hladina glykémie nalačno, postprandiální glykémie tedy po jídle 1-2 hodiny. Tyto hodnoty ukazují aktuální stav a glykovaný hemoglobin(kompenzace v dlouhodobém měřítku cca za dva měsíce)(55).

1.3.1.8 Metabolický syndrom

Metabolický syndrom je označení pro soubor rizikových faktorů vedoucích k ateroskleroz mající pravděpodobně stejnou příčinu a to inzulinovou rezistenci (nedostatečná odpověď organismu na inzulin). Mezi rizikové faktory lze zařadit diabetes mellitus, hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, dále obvod pasu a hladina triglyceridů. Poslední uvedené faktory byly pojmenovány jako hypertriacylglycerolový pas. Je prokázáno, že metabolický syndrom je jedním z hlavních rizikových faktorů zvýšené incidence a mortality na kardiovaskulární choroby, zejména na ischemickou chorobu srdeční (55).

Metabolický syndrom se vyskytuje u predisponovaných jedinců, vyvíjí se v čase, v závislosti na životním stylu, genetických faktorech a věku. V současnosti je tkví potenciál prevence a léčby syndromu ve změně životního stylu (nekouření, nízkoenergetická strava, pohybová aktivita). O výskytu metabolického syndromu není v literatuře prozatím mnoho údajů. Z dosavadních výsledků je jasné, že prevalence stoupá spolu s věkem, liší se v různých etnických skupinách a vyskytuje se více v rozvinutých a rozvíjejících se zemích světa. Metabolický syndrom je reverzibilní, proto je nezbytné nalézt cesty k jeho zastavení ve stadiu diabetu a aterosklerozy (66).

Hlavní důraz se při terapii klade na odborné doporučení změny životosprávy a farmakoterapii k léčbě vysokého krevního tlaku, vysokých koncentrací lipidů a diabetu a dalších skupin léků (např. antiagregancia, betblokátoři, inhibitory ACE) dle ordinace lékaře.(6)

1.3.1.9 Obezita

Obezita je nejčastější v zemích rozvinutého a postupně rozvíjejícího se světa. Lidé trpící obezitou mají zhoršenou kvalitu života, protože mají řadu zdravotních a psychosociálních problémů. Obezita je spojena s vyšší úmrtností (odhaduje se, že 30-40% celkové úmrtnosti je spojenina obezitou) (66).

Světová zdravotnická organizace v roce 1997 uznala obezitu jako nemoc. Jedná se o metabolické onemocnění a zároveň rizikový faktor, zejména tzv. abdominální obezita je spojena se zvýšeným výskytem řady onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus, ischemická choroby srdeční). V České republice trpí nadváhou více muži než ženy. Muži trpí tzv. androidním typem obezity. Snaha mužů změnit nezdravý životní styl přichází často ve chvíli, kdy jsou zjištěny vážné zdravotní komplikace (39).

Nejčastější rozlišení obezity je dle indexu tělesné hmotnosti BMI (body mass index= hmotnost v kilogramech dělená druhou odmocninou tělesné výšky v metrech), měření obezity dle výšky a hmotnosti a dle velikosti obvodu pasu (centrální typ obezity, tj. maskulinní typ a periferní typ obezity, tj. feminní typ). viz přílohová část č. (64).

Další způsob posouzení obezity je dle měření množství podkožního tuku kaliperem, měří se tloušťka podkožních řas na přesně definovaných částech těla (47).

Snížení současné nadváhy nebo její prevence u nemocných s prokázaným kardiovaskulárním rizikem či onemocněním je nezbytné. Důrazné doporučení snížení hmotnosti platí u jedinců obézních (s BMI 30 kg/m²), s nadváhou (BMI 25 a <30kg/m²), také u lidí s abdominální obezitou (obvod pasu >102 cm u mužů a >88 cm u žen). Reálným cílem u obézních jedinců je snížení hmotnosti o 5-15%. Toto snížení významně snižuje kardiovaskulární a metabolická rizika(12).

Léčba musí být komplexní a obézní lidé musejí být silně motivováni a pod odborným dohledem. S úspěchem se uplatňuje dieta nízkoenergická s omezením tuků, zvýšená tělesná aktivita a behaviorální úprava životosprávy. Při selhání

komplexní léčby obezity či za účelem udržení dosažené hmotnosti lékaři přistupují k farmakoterapii. Při obezitě III. stupně, výjimečně II. stupně, po komplexním zvážení indikací lze přistoupit k chirurgickému řešení tzv. bandáží žaludku (12).

Lékař Eroglu vytvořil studii o užívání léku Subutramine, který je indikován k léčbě obezity a jeho možným spojením s akutním infarktem myokardu u 24 letých mužů. Subutramine zvyšuje krevní tlak, akci srdeční, způsobuje arytmií, která může vést k selhání srdce až smrti u jedinců s kardiovaskulárním rizikem. Spojení užívání léku a akutním infarktem myokardu se v této studii prokázalo (18).

1.3.2 Faktory neovlivnitelné

1.3.2.1 Věk a pohlaví

Věk je rizikový faktor, který nelze ovlivnit. Riziko kardiovaskulárního onemocnění poměrně rychle stoupá společně s věkem u obou pohlaví. Riziko klinické významnosti u mužů je již ve věkovém rozmezí 40-50 let u žen až po menopauze tedy o 10-15 let déle. Rizikové faktory jsou u obou pohlaví stejné, ale u mužů se s věkem rychleji zvyšují, zejména metabolický syndrom, abdominální obezita se u mužů objevují již kolem 40 let věku (66).

1.3.2.2 Genetické faktory

Genetické faktory se řadí mezi neovlivnitelné rizikové faktory, je prokázáno, že přeměnou životního stylu (screening lipidických rizikových faktorů a krevního tlaku) mohou lidé riziko svým přičiněním snížit (66).

Screening blízkých příbuzných u nemocných s předčasnou manifestací kardiovaskulárního onemocnění (muži <55 let a ženy <65let) a ostatní členy s dědičnými formami dyslipidemií, se zaměřuje na přítomnost rizikových faktorů

KVO. Také je vhodné vyšetřit příbuzné jedinců dosud symptomatických s kumulací rizikových faktorů a vysokým rizikem KVO (12).

1.3.3 Faktory behaviorální

1.3.3.1 Psychosociální faktory

Nebyla zcela jasně prokázána míra ovlivnění psychosociálními faktory mortality a morbidity u jedinců s onemocněním srdce. Studie se většinou věnovaly především těmto psychosociálním faktorům: depresivní a úzkostné stavy, chronický životní stres, osobní charakteristiky, sociální izolace. Tyto faktory je obtížné studovat odděleně, většinou se překrývají (66).

Do psychosociálních faktorů dále zařazujeme hostilitu (nepřátelství), zlost, agresivitu, rozmrzelost, nadměrná závislost, velké ambice, projevy vzpoury a potlačení vnitřních konfliktů, snaha o sebezprosažení, pak také přehnaná pečlivost, svědomitost a odpovědnost. Jádrem hostility je zlost. Hostilita je definována jako soupeřivý a nepřátelský postoj k druhým lidem a zlost jako krátkodobě vzbuzená nepříjemná a negativní emoce doprovázena zvýšením fyziologických aktivit. Zlost vyjádřená (anger-out) i potlačená (anger-in) má negativní vliv na vznik srdečního onemocnění (33).

Proběhlo několik výzkumných studií, zda deprese a negativní emoce zvyšují koronární riziko (například studie NHANES v USA, SHEP, dánská studie Barafoota a Shrollové). Tyto studie prokázaly, že depresivní symptomy zvyšují riziko vzniku infarktu myokardu. Ovšem jsou i studie, které vzájemný vztah nepotvrdily (66).

V léčbě můžou negativní emoce, deprese, zlost a hostilita představovat velkou překážku. Lékař by měl být této situace u pacienta znalý a včas ho odeslat, zvláště při přetvárajících negativních emocí k odborné konzultaci k psychologovi či psychiatrovi. Psychosociální rizikové faktory přímo nezávisí na standardních

rizikových faktorech, je důležité jim věnovat patřičnou pozornost a vést úsilí jasným směrem, tedy snížení stresu a bojovat proti sociální izolaci (12).

Stres se v poslední době, vzhledem ke stále vzrůstajícímu životnímu tempu, tlaku na výkon jedince v rozvinutých společnostech, stává součástí běžného života. Je to vlastně reakce organismu na ohrožení. Snaha organismu je v případě ohrožení vyrovnat svoji vnitřní rovnováhu, tento systém je ve člověku zakódován. To znamená, že při zátěži se zvyšuje puls, krevní tlak, metabolismus a dochází ke změnám hemokoagulace, dále dochází k mobilizaci energie z tukových tkání, to připravuje svaly na zvýšenou činnost. Při rozčlenění, strachu, úzkosti reaguje organismus stejně, uvolňuje katecholaminy (adrenalin, noradrenalin) (51).

Z pohledu výsledného působení stresu na organismus je rozhodující rozložení účinků stresů v čase a způsob řešení situace. Jednorázový, akutní stres, který je vyřešen a nastává odpočinek má pozitivní vliv na organismus. Ovšem dlouhodobě působící, nezvládnutý chronický stres je výrazným rizikovým faktorem kardiovaskulárního onemocnění (31).

1.3.3.2 Sociální a ekonomické faktory

Vzájemný vztah mezi socioekonomickým statusem a zdravotním stavem je častým zkoumaným jevem v různých populacích a adjustace (65).

V rozvinutých industriálních zemích byla prokázána vyšší nemocnost a úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění u osob z nižších socioekonomických vrstev. Postavení jednotlivce na socioekonomické škále lze určit podle vzdělání, zaměstnání, výši příjmu, majetku, bydlení atd. Osoby s nižším socioekonomickým statutem dle řady studií mají vyšší prevalenci kouření, nadváhy, obezity, nižší pohybovou aktivitu, vyšší hodnoty krevního tlaku a také častěji trpí hyperlipidemií a diabetes mellitus. Lidé z vyšších socioekonomických vrstev jsou zodpovědnější ke svému zdravotnímu stavu, mají lepší znalosti o zdravém životním stylu, výživě a jsou ochotní se jimi řídit, na druhou stranu mají lepší

možnosti. V České republice je výzkum založený na osobních sociálních datech omezen z důvodů zákona o ochraně osobních údajů. V české populaci byly popsány rozdíly podle dosaženého vzdělání, zaměstnání a materiálních podmínek. Z výsledků je patrné, že nejvíce rizikové faktory ovlivňuje vzdělání (8).

V kanadském Ontariu byl proveden výzkum na souvislost změny životního stylu po akutní koronární příhodě a socioekonomického statutu. Tento výzkum probíhal od prosince 1999 do února 2003, zúčastnilo se ho 1081 jedinců po akutním infarktu myokardu. Data byla získána z dotazníků, lékařské dokumentace a analýzy byly přizpůsobeny sociodemografické situaci. Výsledek byl jednoznačný. Lidé s vyšším socioekonomickým statutem přistupovali ke změně životního stylu zodpovědněji, bylo mezi nimi méně kuřáku a uživatelů alkoholu a po AIM začali pravidelně s fyzickou aktivitou a tím se výrazně snížila pravděpodobnost další příhody. Socioekonomicky znevýhodnění pacienti měli větší kardiovaskulární riziko, měli větší celkovou nemocnost a s menší zodpovědností přistupovali ke změně životního stylu než pacienti s vyšším socioekonomickým statutem (52).

Ve výzkumech ze sociálněekonomických faktorů jsou uváděny zejména dosažený stupeň vzdělání, výše příjmu, zaměstnání a také lokalita bydlení. Lidé, kteří zažili v dětství nepříznivé sociální podmínky, mají v dospělosti vyšší kardiovaskulární mortalitu a morbiditu. Nemocnost a úmrtnost na KV onemocnění se liší nejen podle sociálních skupin, ale také mezi státy a jejich jednotlivými regiony. Tyto výrazné rozdíly byly popsány ve studii MONICA např. Belgie (Gent-Charleroi), Velká Británie(jižní Anglie-Skotsko, Edinburgh-Glasgow) a také Česká republika(Praha, východní Čechy, jižní Morava-severní a západní Čechy). Ze studie vyplývá, že regionální rozdíly jsou způsobeny pravděpodobně různými socioekonomickými charakteristikami regionů a dostupností zdravotní péče. V ČR mortalita na KV onemocnění v jednotlivých okresech přímo souvisela s horší socioekonomickou situací, hlavně s mírou nezaměstnanosti a to zejména u mužů. Česká republika patří mezi země s nízkým

podílem osob žijících v chudobě, což je faktor příznivě ovlivňující zdravotní stav naší populace (8).

1.4. SOCIOLOGIE ZDRAVÍ A NEMOCI

Zdraví je dle WHO definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (75).

Zdraví je jev, který se nevztahuje pouze na samostatně existující individuum, ale na individuum, které je neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím a nelze ho chápat jako kategorii pouze medicínskou, ale široce humánní. Postupně odborná veřejnost přijímá názor, že zdraví i nemoc mají mnohofaktorový, bio-psycho-sociální základ. V naší moderní společnosti se vyskytuje stále více nemocí, u kterých pravděpodobně hrají hlavní roli psychické a sociální faktory (34).

Mezi hlavní negativní důsledky současného společenského rozvoje a materiální kultury lze zařadit znečišťování ovzduší, vody a půdy chemickými látkami, radioaktivitou, nebezpečné změny klimatických podmínek, nadměrný hluk, zneužívání alkoholu a psychotropních látek, málo tělesné aktivity ze sedavého způsobu života, kouření, nadměrný příjem nezdravých potravin obsahujících škodliviny a nevhodné složení, chronické stres, příliš rychlé životní tempo, pracovní podmínky a pracovní proces. Všechny uvedené faktory se podílejí na vzniku civilizačních chorob (kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, alergická onemocnění, obezita, psychické poruchy atd.)(34).

Také provedené výzkumy prokazují, že na zvýšené úmrtnosti se podílí rozličné choroby u lidí s nízkou kvalitou a kvantitou sociálních vztahů. Ukazuje se, že sociální vazby a sociální zázemí výrazně přispívají k ochraně zdraví a snížení rizika různých chorob a poškození (20).

Nemoc lze definovat ze sociologického hlediska jako poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a funkce. Nemoc má stejně jako zdraví

mnohofaktorový základ (bio-psycho-sociální). Fáze nemoci ze sociologického hlediska rozdělujeme do čtyř fází a vychází z psychických procesů, které jsou následkem, nikoliv příčinou somatických příznaků nemoci:

- 1. fáze samoléčitelství, samoléčba, samomedikace, laická péče (předchází odborné péči a má dlouhou tradici).
- 2. fáze odborná, vyhledání zdravotnické pomoci.
- 3. fáze akceptování choroby, člověk na sebe nahlíží již jako na nemocného a nepokouší se vydávat za zdravého. Je ztotožněn s rolí pacienta.
- 4. fáze, návrat k dřívějším sociálním rolím.

Zobrazení důsledků nemoci v jejích jednotlivých fázích prokázalo, že mimo biologických důsledků jsou významné i důsledky psychické a sociální. Velmi rychlá industrializace je přímo spojena nárůstem chronických onemocnění v naší společnosti. Při léčbě těchto onemocnění se někdy používá „network therapy“. Tento model spočívá ve snaze lékaře zmobilizovat a zapojit širokou síť osob, které jsou pro nemocného důležité (rodina, spolupracovníci, příbuzní, přátelé) a cílem je využít je pro dosažení nutných změn životního stylu (20).

1.5 ŽIVOTNÍ ZPŮSOB

Životní způsob je mnohem širší pojem než životní styl. Je to systém podstatných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí, které jsou typické pro daného jedince či skupinu, popřípadě i společenství coby konkrétní nositele životního způsobu (34).

Je založen na životních podmínkách, diferencí. V životním způsobu se často objevuje v dichotomiích či trichotomiích. Lze uvést rozdíly v životním způsobu dle:

- pohlaví (životní způsob mužů a žen),
- dle bydliště (městský nebo venkovský životní styl),

- podle věku a fáze životního cyklu (životní způsob dětí, dospělých, starých lidí),
- dle vzdělání (životní způsob středoškoláka, vysokoškoláka).

Diferenciace může být podrobnější např.:

- sociální struktura,
- zdravotní stav jedince,
- rodinný stav (životní způsob rozvedených, svobodných, sezdaných, ovdovělých),
- profese, povolání,
- zaměstnání.

Na životní způsob má vliv mimo faktorů životních podmínek také osobnost každého jedince (34).

1.6 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je mnohem konkrétnější na úrovni jedince nebo skupiny. Životní styl individua znamená konzistentní životní způsob jednotlivce, jednotlivé části jsou ve vzájemném souladu, vycházejí z jednoho základu se společným jádrem. Toto lze nazvat jednotný styl, který prolíná velkou část činností, vztahů, zvyklostí atd. nositele daného stylu. Životní styl skupiny znamená typické společenské rysy životního způsobu. Jsou to například profesní skupiny či obecnější skupiny, jež se vytvářejí v souvislosti s povoláním a přípravy na něj (životní styl profesionálních sportovců, lékařů, kuchařů atd.) (17).

Alternativní životní styl je existence různých životních stylů a možnost vybrat si mezi nimi. Při snaze změnit životní styl je dobré si uvědomit jak, proč, k čemu, v čem chci svůj dosavadní styl života změnit. Alternativní životní styl je zejména subjektivní, dobrovolná volba (17).

1.7 NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ

System nemocenského pojištění zabezpečuje výdělečně činné občany při vzniku tzv. krátkodobých sociálních událostí (dočasná pracovní neschopnost) peněžitými dávkami nemocenského pojištění. Od 1.1.2009 platí zákon č. 187/2006Sb., o nemocenském pojištění ve znění pozdějších předpisů. Zákonem č.589/1992 Sb. o pojistném pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (70).

Účastníci na nemocenském pojištění jsou zaměstnanci, kteří jsou na nemocenském pojištění účastni povinně a osoby samostatně výdělečně činné, jsou účastni na pojištění dobrovolně. Z tohoto pojištění se poskytují 4 druhy peněžitých dávek (nemocenská, peněžitá pomoc v mateřství, ošetrovné a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství), pro tuto práci je využitelná pouze nemocenská. Právo na dávku má pojištěnec uznaný dočasně pracovní neschopný. Zaměstnancům náleží prvních 14. kalendářních dní náhrada mzdy. Osobám OSVČ náleží nemocenské do 15. dne trvání pracovní neschopnosti, musí však být účastni na nemocenském pojištění alespoň 3 měsíce před vznikem pracovní neschopnosti. Podpůrčí doba je doba, po kterou lze poskytnout dávku. Při nemocenské je podpůrčí doba vázaná na trvání pracovní neschopnosti tj. od 15 dne dočasné pracovní neschopnosti a končí jejím ukončením nebo po uplynutí maximálně 380 kalendářních dnů ode dne vzniku pracovní neschopnosti (30).

1.8 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Zdravotní pojištění je všeobecné a povinné pojištění se státní zárukou realizace. System začal v České republice fungovat od 1.1.1993. Účastníky na zdravotním pojištění jsou všechny fyzické osoby trvale se zdržující na území našeho státu. Toto pojištění je povinné a vzniká ze zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a zákona č. 592/1992 Sb. o pojištění na všeobecném zdravotním pojištění. Činnost zdravotních pojišťoven je zahrnuta

v zákoně č. 551/1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně a v zákoně č. 280/1992 Sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zdravotní pojišťovny vybírají od plátců pojistné na veřejném zdravotní pojištění a uhrazují zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních za poskytnutou péči, ale také za léky a zdravotnické prostředky(30).

1.9 DŮCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ

Důchodové a nemocenské pojištění je součástí sociálního pojištění a má v České republice dlouholetou tradici. V roce 1995 byl přijat zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, který nabyl platnosti 1.1.1996 (30).

Tento zákon ve znění pozdějších předpisů je základním hmotněprávním předpisem upravující nároky na důchodové dávky ze základního důchodového pojištění, dále stanovuje způsob výpočtu výše důchodů a podmínky pro jejich výplatu. Ze základního důchodového pojištění se poskytují tyto dávky důchodového pojištění a to přímé (důchody starobní, invalidní) a odvozené (důchod vdovský, sirotčí) (69).

Důchodové pojištění je v České republice založeno na 10-ti základních principech. Základní principy jsou jednotná úprava, povinná účast, obligatornost dávek, zajištění soudní ochrany, garance státu, zásluhovost, sociální aspekt, dynamičnost a poslední je ochrana nabytých práv. Od 1.1.2010 dochází k novelizaci a je upraven důchodový věk zákonem č.306/2008 Sb., kdy bude docházet ke zvyšování důchodového věku po 1.1.2013 až do doby, kdy bude důchodový věk činit u mužů 65 let a u žen 62-65 let dle počtu vychovaných dětí (30).

1.9.1 Starobní důchod

1.9.1.1 Řádný starobní důchod

Pojištěnec má nárok na přiznání starobního důchodu po dosažení nejméně 25 let pojištění a dosažení důchodového věku nebo 15 let doby pojištění a dosažení alespoň 65 let věku. Zákon č.306/2008 Sb., s účinností od 1.1.2010, kterým byl novelizován zákon 155/1995 Sb., zavedl postupné prodlužování dob pojištění, které je potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 roků na 35 roků a v případě kratší doby pojištění z 15 roků na 20 roků. Toto tempo prodlužování je jeden rok za každý rok účinnosti zákona (44).

1.9.1.2 Předčasný starobní důchod

O starobní důchod je možné zažádat ještě před dosažením důchodového věku. Jedná se o předčasný odchod do starobního důchodu až o 3 roky dříve, při důchodovém věku 63 let a méně. V případě vyššího důchodového věku (nad 63 let) se délka období pro přiznání předčasného starobního důchodu postupně prodlužuje až na 5 let v případě pojištěnců, jejichž důchodový věk bude činit 65 let. Stejně tak se prodlužuje také délka doby pojištění pro nárok na tento důchod, obdobně jako u řádného starobního důchodu. Při přiznání předčasného starobního důchodu zaniká nárok na řádný starobní důchod. Toto zavádí zákon č. 306/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon o důchodovém pojištění č.155/1995 Sb a je účinný od 1.1.2010 (44).

Do této novelizace platily dva typy předčasného starobního důchodu. První byl dočasně snížený starobní důchod, kdy při jeho přiznání nezanikal nárok na řádný starobní důchod, a proto poživatel mohl požádat o přiznání řádného starobního důchodu při dosažení důchodového věku. Druhý je trvale snížený předčasný důchod, viz. výše (30).

1.9.2 Invalidní důchody

Invalidní důchod je přiznán občanům z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, kteří ztratili způsobilost k práci nebo jejich způsobilost byla značně snížena (30).

Od 1.1.2010 dle zákona č.306/2008 je nově vymezená invalidita. Byla zavedena třístupňová invalidita (prvního, druhého a třetího stupně) místo plného a částečného invalidního důchodu. Pokud se jedná o důchody přiznané před 1.1.2010, považuje se plný invalidní důchod za invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně a částečný invalidní důchod za invalidní důchod pro invaliditu 2. stupně, ve výši přiznané před tímto datem. Na invalidní důchod má nárok pojištěnec, který nedosáhl věku 65 let a stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, která je odstupňována dle věku pojištěnce nebo se stal invalidním v důsledku pracovního úrazu či nemoci z povolání (43).

Invalidita se dle §39 zákona o důchodovém pojištění posuzuje dle poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35% z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu následovně:

- invalidita prvního stupně (pokles pracovní schopnosti nejméně o 35%, ale nejvíce o 49%),
- invalidita druhého stupně (pokles pracovní schopnosti nejméně o 50%, avšak nejvíce o 69%),
- invalidita třetího stupně (pokles pracovní schopnosti nejméně o 70%) (15).

Pokud poživatel starobního důchodu dosáhl věku 65 let, zaniká mu nárok na vyplácení invalidního důchodu a vzniká nárok na starobní důchod ve stejné výši jako invalidní nebo si poživatel zažádá o výpočet standardního starobního důchodu a bude mu náležet ten, který je vyšší. Žádost o všechny důchodové dávky se podávají dle §82 zákona č. 582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení na příslušnou správu sociálního zabezpečení (43).

1.10 SOCIÁLNÍ PÉČE

Sociální péče je určena fyzickým osobám které nemají v potřebném rozsahu zajištěny životní potřeby z důvodu nedostatečného příjmu, nebo neschopnosti péči o sebe (popřípadě o nezletilé děti) vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu, nízkému nebo vysokému věku či společenské nepřízpusobilosti. Obsah právních vztahů sociální péče je poskytování, respektive přijímání dávek služeb. Mezi dvě základní formy sociální péče patří dávky sociální péče a sociální služby (30).

1.10.1 Dávky systému sociální péče

Fyzická osoba má nárok na dávku sociální péče v případě splnění daných zákonných podmínek (podání žádosti o přiznání nebo vyplacení dávky). Na dávky sociální péče má nárok oprávněná osoba nebo jeho zákonný zástupce, jsou vypláceny v hotovosti nebo na účet. Dávky sociální péče lze rozčlenit do tří skupin dle situací za kterých jsou poskytovány:

- Dávky pro osoby zdravotně postižené jsou poskytovány dle vyhlášky č.182/1991 Sb. Sociální péče pro těžce zdravotně postižené zahrnuje poskytování jednorázových, resp. opakujících se peněžitých dávek či věcných dávek a bezúročných půjček při přiznání mimořádných výhod I., II., či III. stupně. Sem patří příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek an individuální dopravu, příspěvek na užívání bezbariérového bytu a garáže, bezúročné půjčky.
- Dávky systému hmotné nouze dle zákona č.111/2006 Sb. Jedná se o poskytování pomoci fyzickým osobám nacházejících se v hmotné nouzi za účelem zajištění jejich základních podmínek živobytí. Do této skupiny řadíme příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádnou okamžitou pomoc.

- Příspěvek na péči dle zákona 108/2006 Sb (70).

1.10.1.1 Zákon o sociálních službách

Zákon č.108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcí vyhláška, upravuje podmínky registrace a poskytování sociálních služeb, vymezuje požadavky na vzdělání pracovníků v sociálních službách a definuje příspěvek na péči, jedinou dávku podle tohoto zákona. Novela zákona nabyla platnosti dne 1.7.2009 (70).

Tento zákon bývá někdy mylně považován za zákon pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Rozhodně tomu tak není. Je určen pro osoby potřebující pomoc a podporu při sociálním začlenění a pro jedince ohrožené sociálním vyloučením, z důvodů nepříznivé sociální situace nebo ztrátě schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby . Podle typu sociální situace lze rozlišit služby sociální péče, sociální prevence a základní sociální poradenství (70).

Nárok na příspěvek dle zákona 108/2006 Sb. má osoba závislá na pomoci. Prostřednictvím této dávky má být zajištěna péče buď fyzickou osobou nebo registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Výše příspěvku pro osoby starší 18-ti let činí za kalendářní měsíc:

- I.stupeň 2 000Kč (lehká závislost),
- II.stupeň 4 000Kč (středně těžká závislost),
- III.stupeň 8 000Kč (těžká závislost),
- IV.stupeň 12 000Kč (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- I.stupeň 3 000Kč (lehká závislost),
- II.stupeň 5 000Kč (středně těžká závislost),
- III.stupeň 9 000Kč (těžká závislost).
- IV.stupeň 12 000Kč (úplná závislost)(30).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit míru výskytu rizikových faktorů u mužů po akutním infarktu myokardu a možnost jejich aktivního zapojení do změny životního stylu.

2.2 Hypotéza I.

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

2.2 Hypotéza II

U mužů po prodělaném infarktu myokardu není efektivně a důsledně prováděna sekundární prevence rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob.

3. METODIKA

3.1 METODIKA

Sběr dat probíhal formou dotazníků (viz. přílohová část č.), které jsem rozdala do čtyř soukromých kardiologických ambulancí na Příbramsku. Všechny kardiologické ambulance jsem osobně navštívila a seznámila s dotazníkem lékaře a zdravotní sestry. Dotazníky rozdávali pacientům lékaři a lékařky ve spolupráci se zdravotními sestrami.

Sběr dat probíhal od listopadu 2009 do února 2010. Provedený výzkum byl kvantitativní. Dotazník byl anonymní, v tištěné podobě a respondenti odpovídali písemně. Obsahoval celkem 29 otázek z důvodu velkého množství informací, které jsem potřebovala získat. Otázky byly uzavřené, polouzavřené, otevřené a dotazník obsahoval také otázku tzv. škály. Některé otázky byly v obecné rovině jiné naopak konkrétnější. Správné odpovědi měli respondenti zaškrtnávat, u 12 otázek dopisovali svou domněnku či přesný údaj.

Výzkum probíhal 4 měsíce. Vyplněné dotazníky vraceli respondenti zpět lékařům a lékařkám, kteří mi je vyplněné vrátili zpět.

Předvýzkum probíhal v roce 2007 v rámci mé bakalářské práce, na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakultě na téma „Zdravotně sociální problematika klientů po akutním infarktu myokardu“ u 50-ti respondentů. V dotazníku jsem si ověřila srozumitelnost otázek a jelikož je tato problematika stále aktuální, volně jsem navázala. Dotazník jsem rozšířila a přizpůsobila tématu „Změny životního stylu mužů po akutním infarktu myokardu“.

3.2 SLEDOVANÝ SOUBOR

Z celkového počtu 1 000 dotazníků, které jsem rozdala v odborných kardiologických ambulancích, jich vyplnilo 231 respondentů. Návratnost byla 23,1%. Výběrový vzorek byl kvótní, tedy dotazníky byly určeny pro muže, kteří prodělali akutní infarkt myokardu (dva základní identifikační znaky).

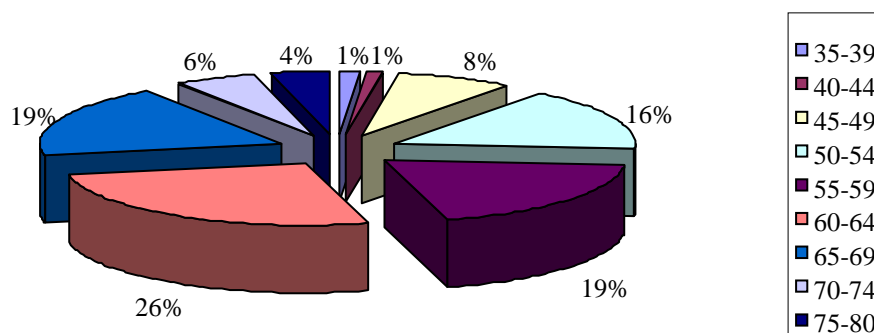
Věkové rozmezí respondentů, kteří vyplnili dotazník bylo od 35 do 80 let. Největší procentuální zastoupení bylo ve věkovém rozmezí 60 – 64 let. Z respondentů bylo 46% vyučeno, 13% mělo základní vzdělání, 30% středoškolské vzdělání s maturitou a 11% mělo vysokoškolské vzdělání.

4. VÝSLEDKY

Otázka č. 1: Váš věk?

Z počtu dotázaných respondentů byli ve věkovém rozmezí 35-39 let 3 muži (1%), 40-44 let 3 muži (1%), 45-49 let 18 mužů (8%), 50-54 let 37 mužů (16%), 55-59 let 45 mužů(19%), 60-64 let 60 mužů(26%), 65-69 let 43 mužů (19%) , 70-74 let 13 mužů (6%) a ve věkovém rozmezí 75-80 let 9 mužů (4%).

Graf č. 1: Procentuální rozdělení mužů dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Vaše bydliště (alespoň město či vesnice)

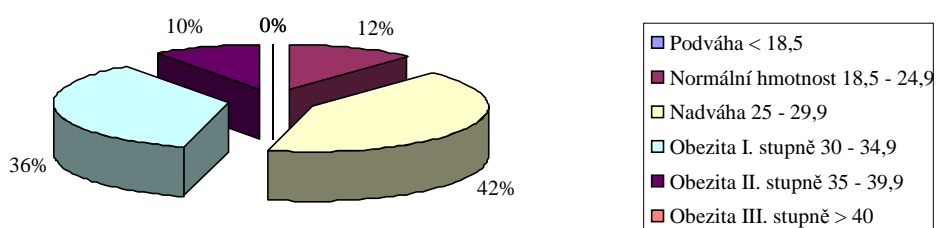
Odpověď na tuto otázku je následující: 159 (69%) respondentů žije ve městě a zbylých 72 (31%) mužů žije na vesnici.

Otázka č. 3 a 4: Vaše výška a hmotnost?

Průměrná výška dotazovaných mužů je 173 cm, průměrná hmotnost 92,5 Kg a průměrné BMI 29,6.

Podařilo se nám prokázat, že náš soubor se liší rozdělením BMI od běžné populace ($\chi^2=11,1, d.f.=5, p=0,0499$). Soubory se významně odlišují v zastoupení kategorie Normální hmotnost, kde má populace podstatně vyšší zastoupení v kategorii Obezita I. stupně, kde má naopak náš soubor vyšší zastoupení.

Graf č. 2: Četnost BMI u respondentů

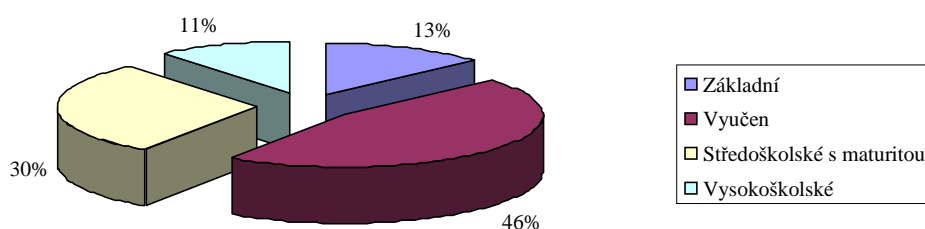


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

Vzdělání respondentů je následující: 31(13%) má základní vzdělání , 106 (46%) je vyučeno, 69 (30%) absolvovalo střední školu s maturitou a nejmenší skupinu tvoří muži s vysokoškolským vzděláním 25 (11%).

Graf č. 3: Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Kolik Vám bylo let , když jste prodělal první akutní infarkt myokardu?

Průměrný věk respondentů při prvním prodělaném akutním infarktu myokardu byl 52 let.

Nejčastěji se první akutní infarkt myokardu vyskytoval ve věkovém rozmezí 46-65 let.

Tabulka č.1 Věk respondentů při proděláním prvního akutního infarktu myokardu

Věk respondentů	Počet respondentů	%
20 – 25 let	3	1
26 – 30 let	0	0
31 – 35 let	3	1
36 – 40 let	13	6
41 – 45 let	22	10
46 – 50 let	37	16
51 – 55 let	59	26
56 – 60 let	45	19
61 – 65 let	37	16
66 – 70 let	9	4
71 – 75 let	3	1
76 – 80 let	0	0

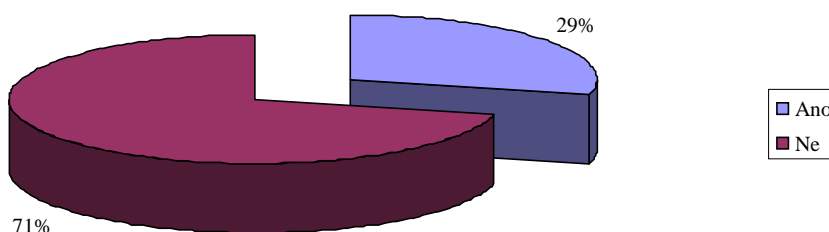
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7: Došlo u Vás k recidivě (opakování) akutního infarktu myokardu?

U 67 respondentů došlo k recidivě akutního infarktu myokardu a téměř 2/3 (164) osob k recidivě nedošlo.

Recidiva akutního infarktu myokardu nastává v 29%. Devadesáti pěti % interval spolehlivosti pro tento výskyt je (19%-31%). Tedy s vysokou pravděpodobností (95%) nebude výskyt recidivy větší než 31%, ale také neklesne pod 19%.

Graf č. 4: Recidiva (opakování) AIM



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8: Pokud ano, po jaké době?

U dotázaných mužů došlo k recidivě nejčastěji do 5 let a to u 29 respondentů což představuje 43%, dále v rozmezí 6-10 let postihla recidivující koronární příhoda 23 mužů (34%), po 11-15 letech 12 (18%) dotázaných a nejméně po uplynutí 16-20 let 3 muže (4%).

Prokázali jsme, že procento recidivy klesá v čase (chí-kvadrát=23,9, d.f.=3, $p < 0,001$). Téměř 80% recidiv se vyskytne do 10let po akutním infarktu myokardu.

Tabulka č. 2: Recidiva

Recidiva	Počet klientů	%	p-value
do 5 let	29	43	<0,001
6 – 10 let	23	34	<0,001
11 – 15 let	12	18	<0,001
16 – 20 let	3	4	<0,01

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9: Absolvoval jste lázeňský pobyt?

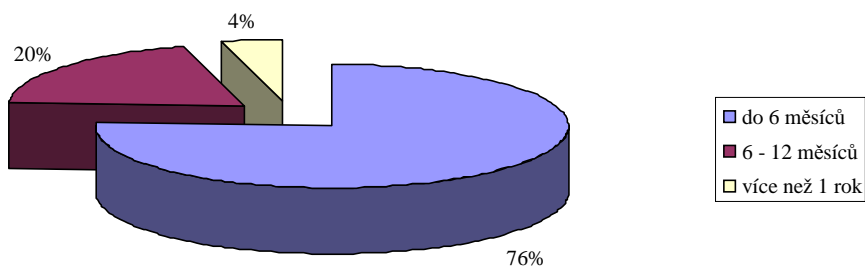
144 (62%) dotázaných absolvovalo lázeňský pobyt a 87 (38%) nikoliv.

Otázka č. 10: Jak dlouho po akutním infarktu myokardu jste absolvoval lázeňský pobyt a kde?

Nejvíce respondentů absolvovalo lázeňský pobyt do 6 měsíců po akutní koronární příhodě a to 109 (76%), v časovém rozmezí 6-12 měsíců 29 (20%) a 6 (4%) mužů bylo na lázeňském pobytu více jak po uplynutí jednoho roku od akutního infarktu myokardu.

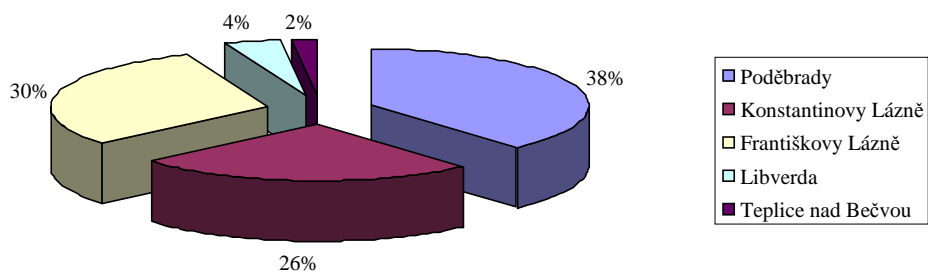
55 (38%) dotázaných bylo na lázeňském pobytu v Poděbradech, 43 (30%) ve Františkových Lázních, 37 (26%) v Konstantových lázních, 6 (4%) v Lázních Libverda a 3 (2%) respondenti absolvovali lázeňský pobyt v Teplicích nad Bečvou.

Graf č. 5: Nástup do lázní



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6: Místo pobytu v lázních

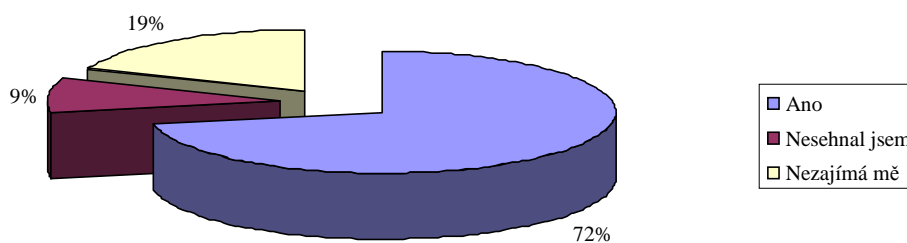


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.11: Přečetl jste po akutním infarktu myokardu literaturu týkající se tohoto onemocnění?

166 (72%) dotázaných uvedlo, že si přečetli literaturu týkající se akutního infarktu myokardu, 21 (9%) mužů neví kde má literaturu sehnat a 44 (19%) respondentů tato problematika nezajímá.

Graf č. 7: Zájem respondentů o odbornou literaturu o AIM

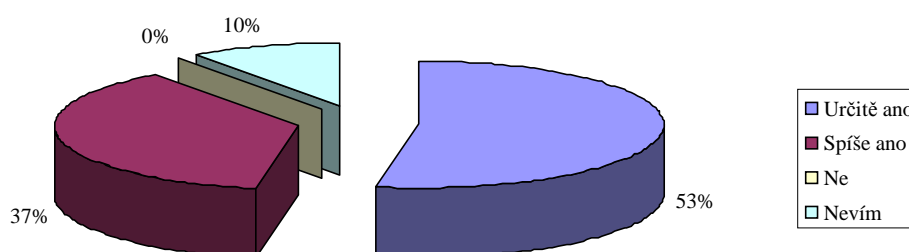


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.12:Domníváte se, že jste dostatečně informován o nutnosti změny Vašeho životního stylu po akutním infarktu myokardu?

Z 231 dotázaných uvedlo 122 (53%) že jsou plně informováni, 86 (37%) dotázaných spíše ano, žádný respondent neuvedl, že není vůbec informován a 23 (10%) mužů neví.

Graf č.8: Informovanost respondentů o nutné změně životního stylu

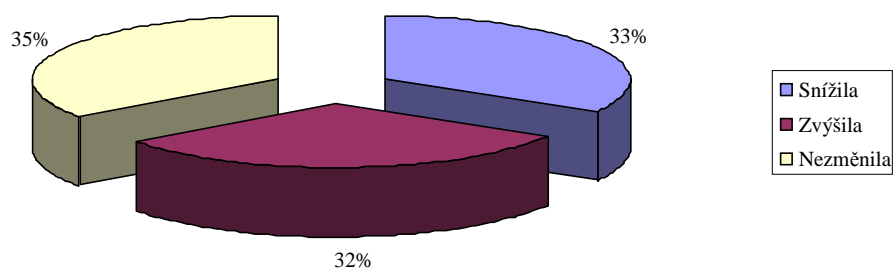


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.13: Vaše tělesná hmotnost se po akutním infarktu myokardu?

Tělesná hmotnost se snížila po akutním infarktu myokardu u 77 (33%) respondentů, zvýšila u 73 (32%) dotázaných a nezměněnou hmotnost uvedlo 81 (35%) mužů.

Graf č.9: Změna tělesné hmotnosti po AIM

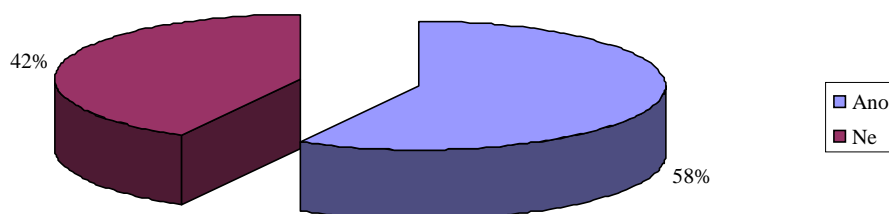


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.14: Změnil se obsah Vašeho jídelníčku?

Změnu jídelníčku uvedlo 134 (58%) dotázaných a 97 (42%) svůj jídelníček vůbec nezměnilo.

Graf č.10: Změna obsahu jídelníčku po prodělaném AIM



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.15: Pokud ano, napište prosím hlavní změny Vašeho stravování

Změnu jídelníčku potvrdilo 134 respondentů, mezi hlavní změny jídelníčku u respondentů patří následující: 63 zařadilo do jídelníčku více ovoce a zeleniny, 41 omezili smažená a tučná jídla, 28 se začalo pravidelně stravovat, 25 omezilo solení, 18 začalo preferovat pestrou racionální stravu, 8 požívá více jogurty a mléčné výrobky, 5 lidí preferuje ryby a jiné uvedlo 5 respondentů (celozrnné výrobky, vitamínové doplňky stravy).

Tabulka č.3: Hlavní změny jídelníčku

Hlavní změny stravování	Počet respondentů
Více ovoce a zeleniny	63
Omezení tučného, smaženého jídla a uzenin	41
Pravidelná strava	28
Omezení solení	25
Pestrá racionální strava	18
Více jogurtů a mléčných výrobků	8
Více ryb	5
Jiné	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.16: Kouříte, pokud ano kolik cigaret denně?

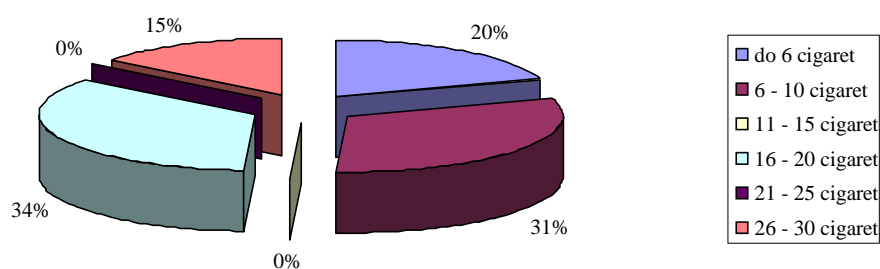
57 (25%) dotázaných po akutním infarktu myokardu přestalo kouřit, 55 (24%) kouří dál, 101 (43%) respondentů nekouří a vůbec někdy kouřilo 18 (8%) mužů.

55 (24%) respondentů kouří pravidelně, 11 vykouří maximálně 6 cigaret denně, 17 vykouří 6-10 cigaret za den, 16-20 cigaret denně vykouří 19 respondentů a 8 dotázaných vykouří za den 26-30 cigaret.

Prokázali jsme mezi kuřáctvím a věkem při prvním akutním infarktu myokardu ($\chi^2=26,3, d.f.=9, p=0,002$). V kategorii 41-50 let je pouze 18,6% nekuřáků, což se liší od kategorie 51-60 let s 51,0% i od kategorie 61-80 let s 61,2 ($p<0,01$). Pro ostatní kategorie kuřáctví odlišnost mezi věkovými kategoriemi nebyla nalezena.

Nepodařilo se nám prokázat, že ukončení kouření po akutním infarktu myokardu souvisí s věkem ($\chi^2=1,8, d.f.=3, p=6,11$)

Graf č.11: Počet vykouřených cigaret u respondentů, kteří nepřestali kouřit



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulkač. 4 : Vztah mezi kuřáctvím a věkem prvního AIM (v %)

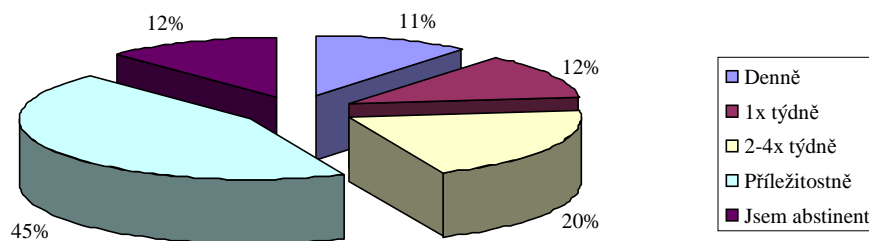
Věk respondentů při prvním AIM	Nekouří	Někdy kouřil	Po AIM přestali kouřit	Kouří	Celkový součet
20-40 let, n=19	36,8	10,5	26,3	26,3	100,0
41-50 let, n=59	18,6	11,9	33,9	35,6	100,0
51-60 l let, n=104	51,0	6,7	25,0	17,3	100,0
61-80 let, n=49	61,2	4,1	12,2	22,4	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.17: Pijete alkohol?

25 (11%) dotázaných uvedlo, že alkoholické nápoje pije denně, 47 (20%) 2-4x týdně, 28 (12%) 1x týdně, příležitostné užívání alkoholu uvedlo 103 (45%) respondentů a abstinentů je 28 (12%) z výzkumného souboru.

Graf č.12: Počet respondentů konzumující alkohol po AIM

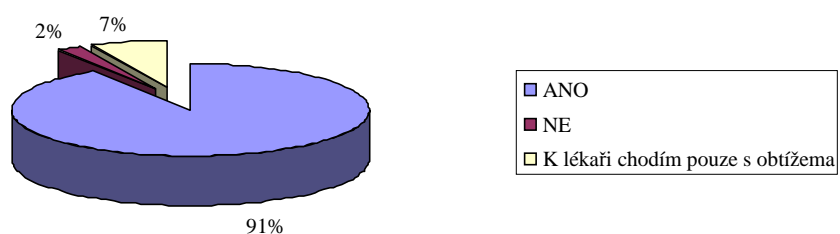


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.18: Navštěvujete pravidelně svého kardiologa(interního lékaře)?

210 (91%) respondentů pravidelně navštěvuje svého kardiologa, 5 (2%) nikoliv a 16 (7%) dotázaných chodí ke svému kardiologovi pouze pokud má zdravotní obtíže.

Graf č. 13: Návštěva kardiologa po AIM



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.19: Pokud znáte hodnotu Vašeho krevního tlaku, napište prosím hodnoty.

Hodnotu svého krevního tlaku zná 170 (74%) respondentů a 61 (26%) nezná.

Ze 170 dotázaných mají 4 (2%) hypotenzi, 59 (35%) normotenzi, 74 (44%) hypertenzi a kolísavý krevní tlak udává 33 (19%) respondentů.

Prokázali jsme souvislost mezi BMI a krevním tlakem ($\chi^2=37,6$, d.f=6, $p<0,05$), výskyt hypertenze roste s narůstajícím BMI ($p<0,05$) a kolísavý tlak je srovnatelný pro všechny tři kategorie BMI.

Otázka č. 3, 4 a 19: Výška, hmotnost a hodnoty krevního tlaku

Posouzení vztahu mezi hodnotami krevního tlaku respondentů a BMI pomocí Pearsnova χ^2 testu

Tabulka č.5 : Vztah BMI a krevního tlaku (v %)

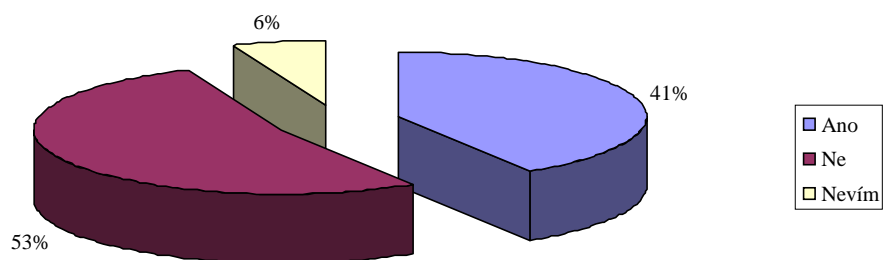
Krevní tlak	Normální hmotnost	Nadváha	Obezita
Hypotenze	20,0	1,2	0,0
Normotenze	60,0	41,5	21,9
Hypertenze	6,7	41,5	53,4
Kolísavý krevní tlak	13,3	15,9	24,7
Celkový součet	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.20: Máte zvýšenou hladinu cukru v krvi (cukrovku, diabetes mellitus)?

Diabetes mellitus má 95 (41%) dotázaných, 122 (53%) tímto onemocněním netrpí a 14 (6%) uvedlo, že neví.

Graf č.14: Diabetes mellitus u respondentů po AIM

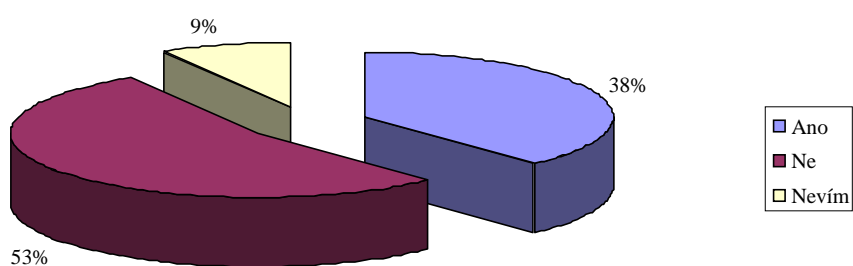


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.21: Máte zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi?

Zvýšenou hladinu cholesterolu uvedlo 88 (38%) dotázaných, 123 (53%) tímto onemocněním netrpí a 20 (9%) respondentů neví.

Graf č.15: Zvýšená hladina cholesterolu v krvi u respondentů po AIM

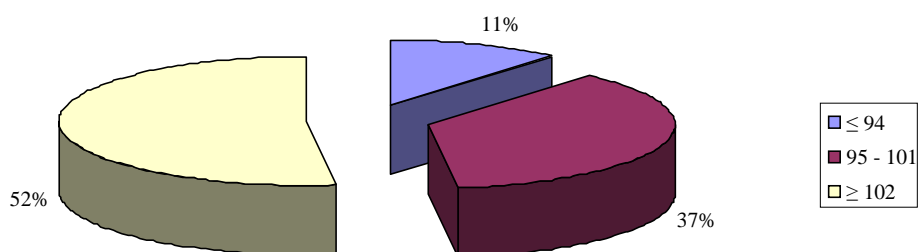


Zdroj: Vlastní výzkum

. Otázka č.22: Pokud znáte obvod Vašeho pasu, napište prosím.

Obvod svého pasu uvedlo do dotazníku 106 mužů. 12 (11%) má obvod pasu menší nebo roven 94 cm, 39 (37%) má 95-101 cm kolem pasu a 55 (52%) respondentů má více či rovno 102 cm v pase.

Graf č.16: Obvod pasu



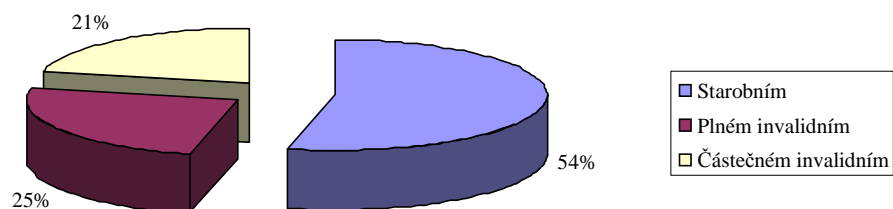
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.23: V případě že jste v důchodu, zaškrtněte prosím v jakém?

63 (27%) dotázaných zaškrtnlo v dotazníku, že nejsou v důchodu, 168 (73%) pobírá důchod.

Ze 168 respondentů je 90 (54%) ve starobním důchodu, 42 (25%) v plném invalidním důchodu a 36 (21%) v částečném invalidním důchodu.

Graf č. 17: Druh důchodu u respondentů po AIM

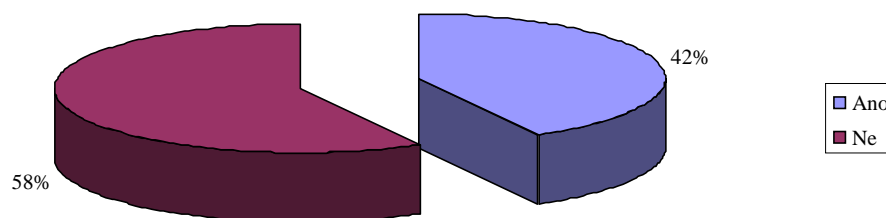


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.24: Změnila se Vaše pracovní schopnost po akutním infarktu myokardu?

Změnu pracovní schopnosti potvrdilo 97 (42%) dotázaných a vyvrátilo 134 (58%) respondentů.

Graf č. 18: Změna pracovní schopnosti po AIM



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 25: Po akutním infarktu myokardu jste odešel?

Do plného invalidního důchodu odešlo 39 (17%) dotázaných, 32 (14%) po akutním infarktu myokardu začalopobírat částečný invalidní důchod, do předčasného starobního důchodu odešlo 37 (16%) respondentů. Žádnou z předešlých odpovědí nezaškrtno 123 (53%) dotázaných.

Nenalezli jsme statisticky významný rozdíl mezi typy důchodů po prodělaném infarktu myokardu, významný počet pacientů nepřešel do žádného typu důchodu ($p < 0,01$).

Tabulka č.6: Po AIM jste odešel

Po AIM jste odešel	Počet respondentů	Procenta	p-value
Plného invalidního důchodu	39	17%	n.s.
Částečného invalidního důchodu	32	14%	n.s.
Do předčasného starobního důchodu	37	16%	n.s.
Nic z předcházejícího	123	53%	<0,01

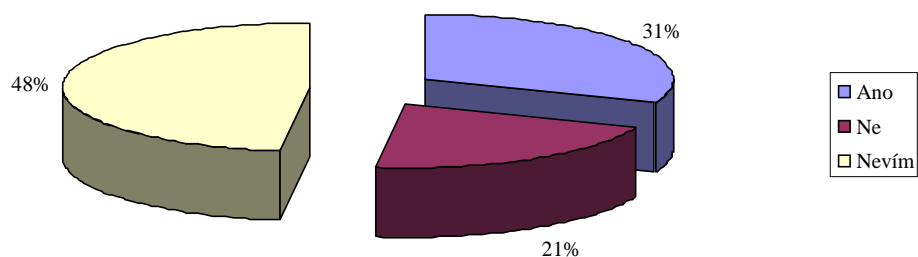
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.26: Cítíte se omezení v běžných denních aktivitách a sociálních kontaktech? Pokud ano, uveďte v jakých.

48 (21%) respondentů se necítí omezení v běžných denních aktivitách a sociálních kontaktech, 111 (48%) neví a zbylých 72 (31%) cítí omezení.

Omezení dotázaní muži pocítují nejvíce ve sportu, při zvýšené fyzické aktivitě. Při těžké práci či při delší chůzi se zadýchávají.

Graf č. 19: Omezení při běžných denních aktivitách

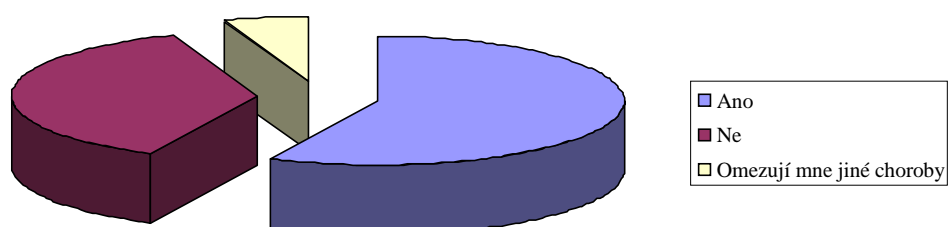


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.27: Věnujete se pravidelně pohybové aktivitě (vytrvalostní chůze, jogging, plavání, jízda na kole)?

132 (57%) dotázaných se věnuje pravidelně pohybové aktivitě, 86 (37%) se pohybové aktivitě nevěnuje a 13 (6%) omezují jiné choroby.

Graf č.20: Fyzická aktivita u klientů po AIM

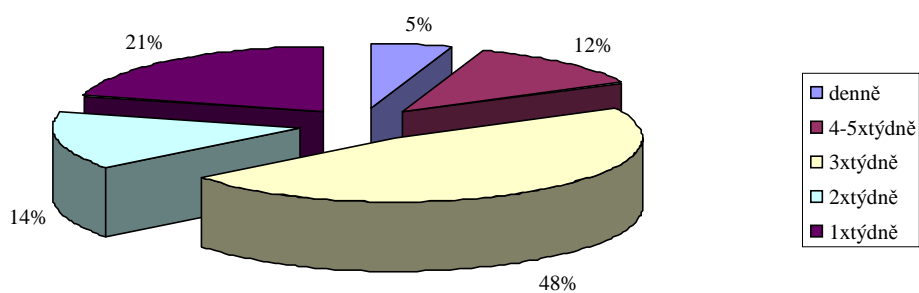


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.28: Jak často se věnujete pohybové aktivitě?

132 dotázaných se pravidelně věnuje pohybové aktivitě z toho 7 (5%) denně, 16 (12%) 4-5x týdně, 62 (48%) 3x týdně, 19 (14%) 2x týdně a 1x týdně se pohybové aktivitě věnuje 28 (21%) dotázaných.

Graf č. 21: Četnost fyzické aktivity u klientů po AIM



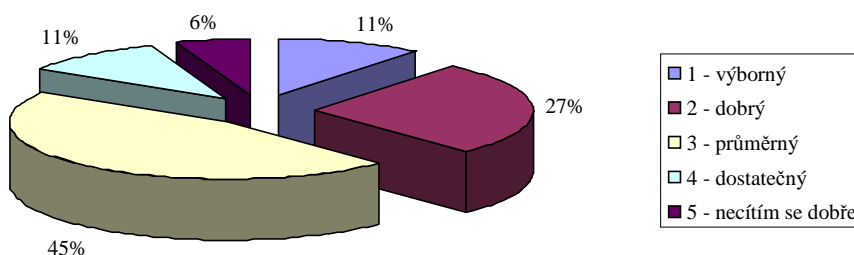
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.29: Váš aktuální zdravotní stav hodnotíte jako, zaškrtněte prosím.

Při zodpovídání této otázky respondenti zaškrtovali odpověď na škále od 1 do 5. Číslo 1 znamená hodnotím výborně, číslo 2 hodnotím chvalitebně, číslo 3 hodnotím dobře, číslo 4 dostatečně, číslo 5 svůj aktuální zdravotní stav hodnotím velmi špatně.

Výborně svůj aktuální zdravotní stav hodnotilo 25 (11%) respondentů, chvalitebně 62 (27%), dobře se cítilo 106 (45%), jako dostatečný poukázalo 25 (11%) a necítilo se vůbec dobře v době vyplňování dotazníků 13 (6%) respondentů.

Graf č. 22: Aktuální stav u respondentů po AIM



Zdroj: Vlastní výzkum

5. DISKUSE

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit míru výskytu rizikových faktorů u mužů po akutním infarktu myokardu a možnost jejich aktivního zapojení do změny životního stylu. Výzkum jsem prováděla ve čtyřech odborných kardiologických ambulancích na Příbramsku. Celkem jsem rozdala 1 000 dotazníků, plně vyplněných se jich vrátilo 231, návratnost byla tedy 23,1%. Dotazník obsahoval 29 otázek otevřených, polootevřených a uzavřených, jedna otázka byla škálová.

K otázce číslo 1: Nejčetnější skupinu respondentů tvořili muži ve věkovém rozmezí 60-64 let naopak nejmenší skupinu muži v kategorii 35-39 let a 40-44 let. Velmi malá skupina respondentů je také mezi 75 a 80 lety, lze usuzovat, že tito respondenti již nemají velkou chuť účastnit se podobných výzkumů. Tyto údaje jsem porovnála s daty zdravotnické ročenky České republiky 2008 Ústavu zdravotnických informací a statistiky, kde je počet dispenzarizovaných pacientů po akutním infarktu myokardu v evidenci praktických lékařů nebo odborných kardiologů 85 276. Ve věkovém rozmezí do 44 let pět celých tři procenta, 45-64 let čtyřicet čtyři celých dvě procenta a ve věkové kategorii nad 65 let padesát celých čtyři procenta (72).

K otázce číslo 2: Šedesát devět procent dotázaných mužů žije trvale ve městě a třicet jedna procent na venkově. Z těchto údajů lze předpokládat vyšší výskyt akutní koronární příhody u mužů trvale žijící v městském prostředí, k čemuž pravděpodobně přispívá také méně aktivní životní styl. Pokud porovnáme data z předvýzkumu (6) z roku 2007, kde sedmdesát osm celých osm desetin procenta respondentů žilo ve městě a dvacet jedna celých dvě desetiny procenta na venkově, byli zástupci městské populaci zastoupeni o 9,8% více než v tomto výzkumu.

K otázce číslo 3 a 4: Při statistickém hodnocení této otázky jsem se věnovala otázce, zda existují rozdíly v % rozdělní hodnot BMI u běžné populace a u respondentů po AIM. S 95% spolehlivostí můžeme tvrdit, že existuje v rozdělení

rozdíl tzn. procenta v jednotlivých kategoriích BMI jsou jiná u běžné populace a u respondentů po akutním infarktu myokardu .

Žádný z respondentů neměl BMI nižší než 18,5 kg/m², normální hmotnost se vyskytovala u dvanácti procent dotázaných, čtyřicet dva procent mělo nadváhu, třicet šest procent trpí obezitou I. stupně a obezitou II. stupně je postiženo deset procent respondentů. Žádný z probandů neměl v době vyplňování dotazníku BMI vyšší než 40 kg/m². Výsledky výzkumu se neshodují s výsledky kvantitativního výzkumu: „Životní styl a obezita populace 18+ v České republice“, což souvisí s rozdílnou věkovou strukturou dotazníku diplomové práce a výzkumného vzorku výzkumu Životní styl a obezita populace 18+ v České republice, kde dvě procenta probandů mělo podváhu, čtyřicet šest procent vzorku české populace spadalo do kategorie s normální hmotností, nadváhu mělo třicet pět procent, obezitu I. stupně třináct procent výzkumného vzorku, obezitu II. stupně tři procenta a obezitu III. stupně jedno procento respondentů. K vysokému zastoupení obezích v populaci více přispívají muži a starší lidé než ženy. Mezi občany naší republiky ve věku 45 let a více má normální hmotnost třicet procent lidí. Muži také nevnímají svou tělesnou hmotnost správně, častěji svou hmotnost podhodnocují, dle BMI trpí nadváhou či obezitou, ačkoliv svou váhu subjektivně vnímají jako normální(37).

K otázce číslo 5: Výsledky jsem porovnála s výzkumem na socioekonomický status a kardiovaskulární riziko v České republice publikované v roce 1999 (Socioeconomic status and cardiovascular risk factors in the Czech Republic) v časopise International Journal of Epidemiology. Bobák zde potvrdil socioekonomické rozdíly pro výskyt rizikových kardiovaskulárních faktorů v ČR, které mají obdobný charakter jako v zemích Západní Evropy a dokazují výraznou podmíněnost na vzdělání než na materiálních podmínkách. Výsledky mého výzkumu potvrdily vztah mezi vzděláním a výskytem kardiovaskulárních onemocnění (7).

Vzdělaní lidé, kteří mají často lepší socioekonomický status než lidé s nižším socioekonomickým statusem a vzděláním, u nichž se vyskytuje vyšší

prevalence kouření, nadváhy a obezity, menší pohybová aktivita, vyšší krevní tlak, častěji trpí hyperlipidemií a diabetes mellitus, jak dokazuje celá řada studií např. MONICA. Důsledkem nezdravého životního stylu dochází u sociálně deprivovaných lidí k výraznému narůstání rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Naproti tomu lidé s vyšších socioekonomických vrstev jsou lépe znalí o zdravém životním stylu, výživě a lépe tyto zásady dodržují (8).

K otázce číslo 6: Průměrný věk dotázaných při prvním prodělaném akutním infarktu myokardu byl 52 let, ve srovnání s prospektivní kanadskou studií publikovanou v červnu 2008, ve které bylo zařazeno 1210 pacientů s diagnostikovaným akutním koronárním syndromem, kde 75% tvořili muži a průměrný věk byl 62 let (54) a v studii EUROASPIRE byl průměrný věk 60,9 let (41).

Akutní infarkt myokardu se vyskytuje především u osob starších 45 let, u mladších osob je méně častý. Ve španělském registru PRIMVAC, který sleduje výskyt akutního infarktu myokardu u mladých pacientů, bylo z celkového počtu 10 231 osob šest celých osm procenta mladších 45 let. Tyto výsledky jsem porovnála s mým souborem, ve kterém bylo patnáct procent probandů mladších 45 let při prvním akutním infarktu myokardu.(35).

K otázce číslo 7: U dvaceti devíti procent respondentů našeho souboru došlo k recidivě akutního infarktu myokardu a s vysokou pravděpodobností 95% lze konstatovat, že výskyt recidivy u našeho výzkumného souboru nebude větší než 31%, ale také neklesne pod 19%. Oproti studii OAT (60) (Open Artery Trial), kde bylo sledováno 2 166 nemocných po akutním infarktu myokardu s provedenou angiografií, po dobu čtyř let. U tohoto výzkumného vzorku mělo recidivu dvanáct procent probandů. Tento výsledek se výrazně liší od výsledků našeho výzkumu.

K otázce číslo 8: K reinfarktu myokardu dochází dle mnoha studií nejčastěji do jednoho roku po akutním infarktu myokardu. Toto konstatování nesouhlasí s výsledky našeho výzkumu. V němž jsme prokázali, že riziko recidivy

klesá v čase a téměř 80% recidiv se vyskytlo spíše dříve než později a to do 10 let po akutním infarktu myokardu.

K otázce číslo 9: Nedílnou součástí lázeňské léčby je edukace nemocných se zaměřením na změnu životního stylu (zásady správné výživy, prevence obezity, kouření a pití alkoholu...) Během léčení není opomenuta snaha o zdůraznění pravidelné fyzické aktivity. Lázeňské pobyty jsou ve smyslu sekundární prevence nenahraditelné z důvodů své komplexnosti a ucelenosti. Bohužel v ČR se ucelená rehabilitace poskytuje pouze v rámci lázeňského rehabilitačního pobytu a není přímá návaznost na dietní poradny či fyzioterapeutické ordinace, aby mohl být účinek dlouhodobě podporován a sledován. Tyto nelékařská zařízení, věnující se sekundární prevenci obyvatel, v České republice prakticky chybí. Stejně jako laické nelékařské organizace ve světě např. European Heart Network nebo World Hypertension League, které by mohli ovlivnit iniciativu pacientů a zájem o zlepšení vlastního zdraví a kvality života po akutním infarktu myokardu. Účinek intervence životního stylu, prováděný v rámci lázeňské léčby, nepřetrvává déle než půl roku až rok. (41)

Lázeňský pobyt v roce 2008 dle Zdravotnické ročenky České republiky 2008 absolvovalo 33 784 dospělých občanů České republiky s kardiovaskulárním onemocněním (72).

K otázce číslo 10: Nejčastěji navštěvovaným lázeňským městem u dotázaných jsou Poděbrady a to u třiceti osmi procent, ve třiceti procentech odpovědích bylo město Františkovy Lázně, dvacet šest procent respondentů bylo v Konstantinových Lázních, čtyři procenta byli v Lázních Libverda a dvě procenta v Teplicích nad Bečvou.

V předvýzkumu v roce 2007 byli nejčastěji navštěvovány Poděbrady a to u třiceti šesti procent dotázaných, dvacet tři procent mužů bylo v Konstantinových lázních, osmnáct procent ve Františkových Lázních, třináct procent v Lázních Libverda a deset procent v Teplicích nad Bečvou. Lékaři z příbramského regionu posílají nemocné nejčastěji do Poděbrad (6).

K otázce číslo 11: Více jak ¼ respondentů si nepřečetla žádný článek či publikaci o svém onemocnění, což je alarmující číslo, zvláště v dnešní době snadného přístupu k informacím a s tím, že průměrný věk respondentů je 57 let. Přístup respondentů je velmi nezodpovědný a lhostejný. V tomto smyslu hraje velkou roli jistě vzdělání respondentů, kdy převážná většina má základní vzdělání nebo jsou vyučeni.

K otázce číslo 12: Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda se respondenti domnívají, že jsou dostatečně informováni o nutnosti změny životního stylu po akutním infarktu myokardu. Padesát tři procent uvedlo, že jsou plně informováni, třicet sedm procent spíše ano a deset procent neví. Žádný respondent nevedl, že není vůbec informován. Nabízí se zde otázka, zda lékaři u pacientů po akutním infarktu myokardu, ale také u lidí s vysokým kardiovaskulárním rizikem, které lze velmi snadno určit dle programu SCORE poskytují dostatečné a stále opakující informace o nutnosti změny životního stylu nebo zda informace od odborných pracovníků ve zdravotnictví nejsou brány tzv. „na lehkou váhu“.

Ve studii EUROASPIRE III., která byla provedena v letech 2006-2007, a které zúčastnilo dvacet zemí Evropy, byla zmapována současná úroveň sekundárně preventivní intervence. Z výsledků vyplývá, že zcela selhala intervence týkající se životního stylu. Je stále vysoká prevalence kouření, nárůst obezity a diabetes mellitus. U českých nemocných ve studii EUROASPIRE III. byla dosažena kontrola všech rizikových faktorů jen u čtyř procent nemocných(73).

K otázce číslo 13: Redukce hmotnosti je nedílnou součástí prevence, příznivě ovlivňuje lipidový a glycidový metabolismus. V našem výzkumném souboru se hmotnost po akutním infarktu myokardu zvýšila u třiceti dvou procent respondentů a snížila pouze u třiceti tří procent probandů. Snížení hmotnosti vede ke zvýšení tělesné zdatnosti a snižuje srdeční práci.

Dnešní konzumní společnost je typická vysokým kalorickým příjmem a neustálým rozšiřováním možností, jak co nejméně ve svém životě používat myoskeletární aparát k pohybu. Prevence obezity je možná změnou životního

stylu. Racionální dieta je podstatná, ovšem dobrého výsledku při redukci hmotnosti se docílí pouze kombinací s pravidelnou aerobní tělesnou zátěží. Životní styl a jeho změna se netýká pouze pacientů, ale celé jejich rodiny.

K otázce číslo 14: Změna stravovacích zvyklostí patří do sekundárně preventivních opatření, doporučuje se nízkoeneregetická strava středozevního typu tzn. dieta bohatá na ovoce a zeleninu, ryby, celozrnné obiloviny, luštěniny, nenasycené tuky, mírná konzumace alkoholu a omezená konzumace tučného červeného masa. Toto dietní opatření je úspěšné v redukci kardiovaskulárního onemocnění a hmotnosti, v redukci diabetes mellitus 2. typu. Ve spojení s pravidelnou pohybovou aktivitou lze snížit riziko kardiovaskulárních onemocnění a riziko vzniku diabetes mellitus 2. typu o 50% (53).

K otázce číslo 15: Ve studii EUROASPIRE III, která zkoumala úroveň sekundární prevence ischemické choroby srdeční u 493 českých pacientů, udalo úpravu stravovacích návyků padesát čtyři až šedesát osm procent respondentů s kardiologickým onemocněním. Nejčastěji udávaným dietním opatřením byla redukce tuků, redukce solení a redukce kalorického příjmu (41).

Výsledky studie EUROASPIRE III odpovídají výsledkům našeho výzkumu, kdy padesát osm respondentů uvedlo změnu stravovacích návyků a jako nejčastější dietní opatření uváděli více ovoce a zeleniny v jídelníčku, omezení tučného, smaženého jídla a uzenin, omezení solení a pravidelné stravování.

K otázce číslo 16: Po akutním infarktu myokardu stále kouří dvacet čtyři procent probandů, a z toho třicet jedna procent 21-25 cigaret denně. Prokázali jsme statistickou souvislost vztahu mezi věkem při prvním AIM a vztahu ke kouření ($\chi^2=26,3, d.f.=9, p=0,002$), ale nepodařilo se prokázat, že ukončení kouření po akutním infarktu myokardu souvisí s věkem ($\chi^2=1,8, d.f.=3, p=6,11$) Ve srovnání se studií EUROASPIRE III, kde byla prevalence kuřáků po akutní koronární příhodě devatenáct celých čtyři procenta aktuálních kuřáků. Po akutní koronární příhodě přestalo kouřit dvacet pět procent respondentů našeho výzkumu a ve studii EUROASPIRE zanechalo kouření

padesát procent. Prodělaná příhoda byla pro tyto probandy v obou případech zřejmě dostatečná motivace k zanechání tohoto zlovyku. U stále kouřících lze předpokládat těžkou závislost na nikotinu. Léčba této závislosti vyžaduje profesionální pomoc a podpůrnou léčbu ve specializovaných poradnách(41).

Zákaz kouření na pracovištích a veřejných místech, který se týká např. USA, Kanady, Itálie, Skotska má statisticky významný vztah k redukci incidence akutních infarktů myokardu ve víceleté perspektivě, tzn. čím déle bude zákaz kouření platný a dodržovaný, tím bude lepší zdravotní stav populace. Toto mínění potvrdily i práce prof. James Lightwood, kdy došel k závěru, že výskyt akutních infarktů myokardu v Evropě a Severní Americe začal klesat po velmi krátké době po zavedení zákazu kouření na pracovištích a veřejných místech a to po roce byl pokles o 17% a na konci třetího roku již o 36%. Velká Británie odhaduje na 17 tisíc zachráněných životů po deseti letech platných protikuřáckých opatřeních. Bohužel v České republice si politici netroufnou přijmout tzv. protikuřácký zákon, snad díky velkému tlaku z řad tabákového průmyslu(22).

K otázce číslo 17: Alkohol je poměrně často diskutovaný rizikový faktor. Je prokázáno, že mírná konzumace alkoholu má projektivní účinek a to v množství do 40g alkoholu za den (zlepšuje např. HDL cholesterol, inzulinovou senzitivitu). Tento projektivní efekt je vázán na mírnou a pravidelnou každodenní konzumaci alkoholických nápojů, účinek je krátkodobý cca 24 hodin. Proto je důležité zdůraznit, že spotřeba vyššího množství alkoholu zvyšuje nárůst kardiovaskulární úmrtnosti. Alkohol zvyšuje krevní tlak a je ho nutné brát jako návykovou látku(66).

K otázce číslo 18: Z našeho šetření vyplynulo, že devadesát jedna procent respondentů chodí pravidelně ke svému kardiologovi (tento výsledek lze přisuzovat skutečnosti, že dotazníky byly rozdány do odborných kardiologických ambulancí) a ve studii EUROASPIRE III šedesát dva procent respondentů uvedlo, že jsou trvale sledováni kardiologem, patnáct procent je v péči internisty a dvacet tři procent je sledováno praktickým lékařem (41).

K otázce číslo 19: V našem výzkumném vzorku hypertenzí trpělo čtyřicet čtyři procent dotázaných a výsledky jsou téměř shodné s výzkumem uveřejněným v článku „Mění se spektrum rizikových faktorů ischemické choroby srdeční“ v časopise *Cor et vasa* v říjnu 2009, kdy hypertenzí trpělo čtyřicet jedna procent mužů, přijatých na koronární jednotku pro nefatální akutní koronární syndrom, účastníků se tohoto výzkumu(59).

Při srovnání odpovědí ohledně BMI a hypertenze u respondentů pouze jedno procento z výzkumného vzorku uvedlo hypertenzi a zároveň normální hmotnost. Čtyřicet šest procent hypertoniků spadá do kategorie nadváhy a obezity uvedlo padesát tři procent hypertoniků.

Vzájemný vztah mezi obezitou a hypertenzí je dobře znám a úzce spolu souvisí a často se vyskytují ještě s metabolickým syndromem. Obezita a hypertenze se stává velkým problémem a je znám jejich vzájemný vztah. V našem výzkumu jsme také prokázali souvislost BMI a krevním tlakem a to, že výskyt hypertenze roste s narůstajícím BMI. Čím vyšší je tělesná hmotnost, tím vyšší je pravděpodobnost vzniku hypertenze v dalších letech. Příznivý vliv na snížení krevního tlaku má ve vhodných případech režimová léčba v kombinaci s antiobezitiky u obezných pacientů. Česká republika se řadí k zemím s nejvyšším výskytem obezity (sedmnáct procent) v Evropě a výskyt hypertenze u dospělých mužů do 65 let věku je také vysoký - čtyřicet pět celých šest procent(56).

K otázce číslo 20: Diabetes mellitus má diagnostikováno čtyřicet jedna procent respondentů, v předvýzkumu jich bylo třicet osm procent s DM. Nárůst je o tři procenta (6).

V dnešní době žije na světě 246 miliónů diabetiků a výhled do roku 2025 přepokládá nárůst na 380miliónů. Toto století je ohroženo velkou epidemií diabetu 2. typu. Pokud se tato předpověď splní, dojde opět k nárůstu nemocnosti a úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění, která se na konci 20 století více či méně snížila (53).

Ve studii EUROASPIRE III bylo 42% mělo normoglykémii, 42% mělo diagnostikován diabetes mellitus a u 16% byla zjištěna zvýšená hladina glykémie

v krvi nalačno. Výskyt diabetes mellitus v naší populaci má vzrůstající tendenci a vyšší prevalence byla nalezena pouze v Bulharsku a Maďarsku. Mezi nemocnými po akutním infarktu myokardu se toto onemocnění vyskytuje až u poloviny pacientů, což potvrzují výsledky mého výzkumu a také studie EUROASPIRE III (41)

Úmrtnost lidí s diabetes mellitus na akutní infarkt myokardu je 1,3 až 5,4 krát vyšší než ve srovnatelné skupině pacientů bez diabetu. U diabetiků jsou často příznaky akutního infarktu myokardu atypické, málo manifestní či úplně chybí (62).

K otázce číslo 21: Podvědomí o výskytu zvýšené hladiny cholesterolu prokázalo devadesát jedna procent respondentů a třicet osm procent celého výzkumného vzorku má zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Cílem léčby by mělo být dosažení hodnot LDL cholesterolu mezi 2,0 – 1,8 mmol/l. Toto by mělo být hlavním cílem u pacientů s již přítomným kardiovaskulárním onemocněním. Pokud lékař těchto hodnot dosáhne, pozitivně ovlivní jeho prognózu. Ovšem je nutné ovlivnit i další rizikové faktory např. nekouřit, dosažení obvodu pasu do 94cm, udržet BMI do 25 kg/m², dodržovat pravidelnou pohybovou aktivitu 30minut denně, krevní tlak 130/80mm Hg, kompenzovat glykémii a LDL cholesterol mezi 2,0 – 1,8 mmol/l(49).

K otázce č. 22: Obvod pasu větší než 102 cm, tzv. abdominální obezita, představuje obdobné riziko kardiovaskulárního onemocnění jako kouření a diabetes mellitus a uvedlo ho padesát dva procent respondentů. .

Z výzkumu Životní styl a obezita v ČR vyplývá, že obvod pasu do 94 cm mělo 52% mužů účastnících se výzkumu, 23% mělo kolem pasu 95-102 cm a 25% mělo obvod pasu větší nebo roven 102cm (37).

Ve studii EUROASPIRE III mělo abdominální obezitu, tedy obvod pasu větší či roven 102 cm, více než 53 % probandů (41).

Výsledky abdominální obezity z mého dotazníku odpovídají výsledkům studie EUROASPIRE III. Ve výzkumu Životní styl a obezita mělo abdominální obezitu dvacet pět procent respondentů. Poslední zmíněný výzkum byl zaměřen

na běžnou českou populaci ve věku 18+, kdy onemocnění srdce a cév uvedlo dvanáct procent dotázaných.

K otázce číslo 24: K 1.1.2010 dle zákona č.306/2008 je nově vymezena invalidita. Nově byla zavedena invalidita prvního, druhého a třetího stupně. Toto rozdělení nahradilo dosavadní plný a částečný invalidní důchod. Důchody přiznané před 1.1.2010 považují plný invalidní důchod za invalidní důchod 3. stupně a částečný invalidní důchod za invalidní důchod 2.stupně, ve výši přiznané před tímto datem. Proto jsem v dotazníku pro lepší srozumitelnost, a jelikož výzkum probíhal od listopadu 2009 do února 2010, uvedla původní rozdělení invalidních důchodů platných do 31.12.2009 (30).

Padesát tři procent respondentů, jak lze předpokládat z výsledků, již pobírali dávky důchodového zabezpečení nebo se vrátili zpět do pracovního procesu.

Dle zdravotnické ročenky ČR 2008 Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo v roce 2008 nově přiznáno plných invalidních důchodů z důvodů onemocnění oběhové soustavy 1770 u mužů a částečné invalidní důchody byli přiznáni u 1889 mužů. Nejvíce vyplácených invalidních důchodů je u mužů ve věkovém rozmezí 60-64 let. Nejčastěji přiznávané invalidní důchody u mužů v roce 2008 byly z důvodů nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (3796), dále pak novotvary (2231) a třetí nejčastější příčinou pro nově přiznané invalidní důchody jsou již zmíněné nemoci oběhové soustavy (72).

K otázce číslo 25: Změnu pracovní schopnosti uvedlo čtyřicet dva procent dotázaných ve srovnání s výsledky předvýzkumu(6) z roku 2007, kde sedmdesát devět procent účastníků výzkumného souboru uvedlo změnu pracovní schopnosti. Došlo tedy k pozitivnímu snížení hodnocení pracovní schopnosti respondentů po akutním infarktu myokardu.

K otázce číslo 26: V této otázce jsem se dotazovala respondentů, zda se cítí omezení v běžných denních aktivitách a sociálních kontaktech. Tato otázka byla polootevřená a pokud respondenti odpověděli ano, požádala jsem je o vypsání jejich hlavního omezení.

Dvacet jedna procent výzkumného souboru se necítí omezeno v běžných denních aktivitách a sociálních kontaktech a čtyřicet osm procent neví. Je možné, že respondenti otázce plně nerozuměli. Na tuto otázku v předvýzkumu (6) odpověděli respondenti následovně jedenáct celých pět deseti procenta necítí omezení, devatenáct celých dvě desetiny procenta neví a šedesát devět celých dvě desetiny procenta omezení cítí.

Postižení (impairment), je chápáno jako postižení na úrovni tělesných funkcí a struktur a tyto problémy mohou být příčinou omezení v aktivitách (aktivita limitations) na úrovni jednotlivce, ale také příčinou restringované participace, čímž jsou označeny mnohem širší důsledky zdravotního znevýhodnění a to sociální. Zlepšení kvality života je významný cíl sekundární prevence. Nejde o to přidat léta životu, ale život létům. Kvalita života je velmi složitý a obsáhlý termín je těžko definovatelná, existují dotazníky jako např. SF 36 (Short Form 36 Health Subject Questionnaire). Tento standardizovaný dotazník je velice často používán při hodnocení HRQOL (Health Related quality of Life) jak ve zdraví, tak v nemoci.

K otázce číslo 27: Pravidelná tělesná aktivita ve formě tělesného cvičení 30 minut denně, např. chůze, působí na celkový stav organismu a redukcí rizikových faktorů. Pravidelné aktivitě se věnovalo padesát sedm probandů ve srovnání s výsledky EUROASPIRE III(41), kde se pravidelné plánované pohybové aktivitě věnovalo pouze asi osmnáct procent pacientů s kardiologickým onemocněním. Je to o třicetdevět procent méně než jak uváděl náš výzkumný vzorek.

K otázce číslo 28: Pravidelná tělesná aktivita přímo i nepřímo ovlivňuje kardiovaskulární aparát. Nepřímo redukuje rizikové faktory, dochází k posílení kosterního svalstva a přispívá ke změně životního stylu. Přímo pak fyzická aktivita ovlivňuje organismus tím, že snižuje klidovou i zátěžovou tepovou frekvenci, dochází ke snížení krevního tlaku a dochází k zlepšení práce myokardu.

K otázce číslo 29: Výborně svůj aktuální zdravotní stav hodnotilo jedenáct procent respondentů, chvalitebně dvacet sedm, dobře se cítilo čtyřicet pět procent,

jako dostatečný poukázalo jedenáct procent a necítilo se vůbec dobře v době vyplňování dotazníků šest procent respondentů.

V předvýzkumu (6) z roku 2007, kde se žádný z respondentů necítil výborně, jedenáct procent výzkumného vzorku uvedlo, že se cítilo chvalitebně, šedesát dva procent se cítilo dobře, devatenáct procent se cítilo dostatečně a vůbec dobře se necítilo deset procent výzkumného vzorku.

6. ZÁVĚR

Akutním infarktem myokardu onemocnělo v roce 2008 15 357 lidí, což je o 322 lidí více než v roce 2007. Ischemická choroba srdeční je stále nejčastější příčinou nemoci a úmrtnosti v ekonomicky rozvinutých zemích. Náklady na léčbu neustále stoupají. V České republice se prodlužuje střední délka života a s tím přímo souvisí nárůst chronických onemocnění jako je diabetes melitus, kardiovaskulární onemocnění a novotvary. Náklady na léčbu se zvyšují a ekonomická zátěž díky stále se rozvíjející zdravotní péči roste všem poskytovatelům zdravotní péče.

Je prokázáno, že výskyt kardiovaskulárního onemocnění lze příznivě ovlivnit primární prevencí životního stylu populace a sekundární prevencí zlepšit kvalitu života nemocných, jejich mortalitu, morbiditu, počet recidiv a komplikací. Mezi hlavní priority léčby v oblasti životního stylu bezpochyby patří: nekouřit, zdravě se stravovat, pravidelně provozovat fyzickou aktivitu, snažit se o dosažení a udržení optimální tělesné hmotnosti s BMI menším než 25, udržovat optimální hodnoty krevního tlaku a hladinu krevních lipidů.

Lékaři a odborná veřejnost jsou jistě dostatečně informováni o prevenci a terapii kardiovaskulárních onemocnění. Jde o to, jak efektivně se odborné informace a doporučení dostávají k běžným pacientům. Výsledky výzkumů poukazují na to, že vzniká propast mezi doporučenými radami pro změnu životního stylu a radami, které lékaři v rutinní praxi poskytují. Pouhé užívání kardioprotektivních léků nestačí. Je potřebné vytvořit v rámci uceleného systému rehabilitace programy intervence životního stylu. V České republice je tento systém aplikován v rámci lázeňské péče. Bohužel účinek je krátkodobý, půl roku až rok, a přímá návaznost na dietologické poradny a odborné fyzioterapeuty chybí. Hlavní snaha by měla směřovat k nalezení způsobu, jak udržet trvale dosažený účinek. Bez přímého zapojení rodiny a blízkého okolí ve změně stávajícího životního stylu nelze očekávat trvalý účinek.

Životní styl nemocných se efektivně nedaří ovlivnit nejen u nás, ale i v ostatních evropských zemích. V populaci je stále vysoký výskyt kuřáků, obézních občanů v naší populaci stále přibývá a to zejména obezity abdominální. Stoupá také počet nemocných s diabetes mellitus a s metabolickým syndromem. Přitom prevence těchto onemocnění je možná právě změnou životního stylu.

Nemocným po prodělaném akutním infarktu myokardu je podstatné neustále zdůrazňovat nezbytnost modifikace životního stylu, aby se předešlo riziku recidivy koronární příhody a udrželi si adekvátní kvalitu života.

Cílem mé práce bylo zjistit výskyt rizikových faktorů u mužů po akutním infarktu myokardu, možnost jejich zapojení do změny životního stylu. Rizikové faktory jako jsou obezita, abdominální obezita, vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, kouření cigaret, pití alkoholu, nezdravé stravování se návyky se vyskytují poměrně vysokém procentu, jak dokládají výsledky provedeného výzkumu. Snaha o změnu životního stylu není patrná u téměř 1/5 probandů, kteří neabsolvovali lázeňský pobyt a ani si nepřečetli žádnou literaturu týkající se jejich onemocnění, i když většina z nich uváděla, že jsou od svého kardiologa informováni o nutnosti změny životního stylu. Nadváha se vyskytuje u 42% respondentů, obezita I. stupně u 36% a obezita II. stupně u 10%. Hmotnost se snížila po akutním infarktu myokardu pouze u 77 (33%) dotázaných. ¼ mužů po AIM zanechala kouření, ale téměř ¼ kouří dál. Hypertenzi trpí 74 (44%) probandů. 95 (41%) dotázaných má prokázaný diabetes mellitus a 88 (38%) zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Zde je na místě opět otázka, do jaké míry a jak efektivně a důsledně je prováděna prevence rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že sekundární prevence rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění není efektivně a důsledně prováděna. Tím se mi potvrdila hypotéza I. Potvrdila se i hypotéza II, že vzdělání populace hraje významnou roli ve výskytu kardiovaskulárních onemocnění a podvědomí o vlivu životního stylu na snižování rizik těchto onemocnění. Respondenti, kteří

mají základní vzdělání (13%) či jsou vyučeni (46%), mají vyšší prevalenci kouření, nadváhy a obezity, hypertenze, častěji mají zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi a diabetes mellitus než probandi vysokoškolsky vzdělání.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Primární prevence

Rizikové faktory

Sekundární prevence

Terciální prevence

Ucelená rehabilitace

Životní styl

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADÁMKOVÁ, VĚRA. Možnosti léčebného ovlivnění rizikových faktorů aterosklerozy. *Medical Tribune*, roč. 1, č. 2, s. 5-6. ISSN 1214-8911.
2. ADÁMKOVÁ, VĚRA. Rizikové faktory kardiovaskulárních chorob a diabetes mellitus. *Practicus*, 2006, roč. 5, č. 6, S. 242-244. ISSN 1213-8711.
3. BÁRTLOVÁ, SYLVA. MATULAY, STANISLAV. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. 1, vydání. Osveta. 2009. 242 stran. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BÁRTLOVÁ, SYLVA. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 2005. 188 stran. ISBN 80-247-1197-4.
5. BÁRTLOVÁ, SYLVIA a kol. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005. 146 stran. ISBN 80-7013-416-X.
6. BENOVÁ, Jana. *Zdravotně sociální problematika klientů po akutním infarktu myokardu*. České Budějovice, 2007. 105 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě. Vedoucí práce doc. MUDR. Věra Adámková, CSc.
7. BOBÁK, M. a kol. Socioeconomic status and cardiovascular risk factors in the Czech Republic. *International Journal of Epidemiology*. 1999 28, str. 46-52. ISSN 0300-5771.
8. BRUTHANS, JAN. Úloha sociálních a ekonomických faktorů v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Cor et Vasa*, 2008, roč. 50, č. 7-8. s. 309-312. ISSN 0010-8650.
9. BÝMA, SVATOPLUK a kol. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [on line] 2004[cit. 2010-03-10]. Dostupné

<http://www.euromise.cz/health/recommendation/GuidelinesPR/prevence.html#13>.

10. CENTRUM LÉČBY ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. *Co znamená být závislý na tabáku a jak tuto závislost léčit?* [on line].2005. [cit. 2010-03-3]. Dostupné z <http://www.clzt.cz/zav.php>.
11. CÍFKOVÁ, R. a kol. *Prevence ischemické choroby srdeční v dospělém věku. Společné doporučení českých odborných společností.* [on line] Cor Vasa 2000 [cit. 2010-03-10]. Dostupné z http://www.athero.advice.cz/user_data/zpravodajstvi/obrazky/File/pichs/prevence_ichs.pdf.
12. CÍFKOVÁ, R. a kol. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Společné doporučení českých odborných společností.* [on line].2005 [cit. 2010-02-15]. Dostupné z http://www.ikem-kardiologie.cz/data/sharedfiles/dokumenty-ke-stazeni/guidelines/49_Prevence_kardiovaskul-onemocneni.pdf.
13. CÍFKOVÁ, R. *Epidemiologie kardiovaskulárních onemocnění.* Postgraduální medicína. [on line].2006 [cit. 2010-02-17]. Dostupné z <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/epidemiologie-kardiovaskularnich-onemocneni-172591>.
14. ČERNÝ, Jan a kol. *Národní kardiovaskulární program*[on line]. 18.12.2001[cit. 2010-02-11]. Dostupné z http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/51_Narodni_kardiovaskularni_program.pdf.
15. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Invalidní důchody.* [on line] 12.2009. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>.
16. ČUPKA, JOSEF a kol. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné a praktické lékaře.* 2005. 14 stran. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 80-903573-7-7.

17. DUFFKOVÁ, JANA. *Životní způsob, styl a jeho variantnost*. [on line] 1.5.2006 [cit. 2010-03-18]. Dostupné z http://www.janaduff.estranky.cz/clanky/sociologie-zivotniho-stylu/Duffkova_zivotni_zpusob_styl_variantnost.
18. EROGLU, E. et al. Acute myocardial infarction in a 24 year old man possibly associated with sibutramine use. *International Journal of Kardiology*, 2009, Volume 137. Issue 2, October 2009, Page e43-e45. ISSN 0167-5273.
19. GRAHAM, I et al. *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. [on line]. 2007 [cit. 2010-03-1]. Dostupné z <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention-ES-FT.pdf>.
20. HEWSTON, MILES. STROEBE, WOLFGANA. *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál. 2006. 776 stran. ISBN 80-7367-092-5.
21. HINDLS, RICHARD a kol., *Statistika pro ekonomy*. 8. vydání. Praha: Professional Publishing. 2007. 440 stran. ISBN 978-80-86946-43-6.
22. HOŘEJŠÍ, JAROSLAV. Top ten v kardiologii 2009. *Cor et vasa*, roč. 52, č. 1-2, s. 91-93. ISSN 0010-8650.
23. HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. 1. vydání. Jinočany: H&H Vyšehradská. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
24. CHALOUPKA, V. a kol. Rehabilitace u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. *Cor et vasa*, 2006, roč. 48, č. 7-8, s. k127-k145. ISSN 0010-8650.
25. CHARVÁT, JIŘÍ. Prevence kardiovaskulárních komplikací u diabetiků. *Postgraduální medicína, Nová diabetologie*, 2009, roč. 11, č. 4, s. 433-437. ISSN 1212-4184.
26. IKEM. *Lázně, které a kdy* [on line]. [cit. 2010-02-11]. Dostupné z <http://www.ikem.cz/www?docid=1004245>.

27. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. 2. doplněné vydání, Praha: Triton, 2006. 176 s. ISBN 80-7254-730.
28. JANKOVSKÝ, Jiří a kol. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
29. JURKOVIČOVÁ, J a kol. *Prevalencia rizikových faktorov srdcovocievnych chorôb v populácii 65+ ročných. Životné podmienky a zdravie*. Bratislava: Ústav verejného zdravotníctva SR, 2009. s. 103-110. ISBN 978-80-7159-173-3.
30. KAHOUN, VILÉM a kol. *Sociální zabezpečení, vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Triton. 2009. 445 stran. ISBN 978-80-7387-346-2.
31. KEZBA, VLADIMÍR. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia. 2005. 263 stran. ISBN 80-200-1307-5.
32. KOZLOVÁ, LUCIE. KUBELOVÁ, VERONIKA. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
33. KŘIVOHLAVÝ, JARO. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2002. 198 stran. ISBN 80-247-0179-0.
34. KUBÁTOVÁ, HELENA. *Sociologie životního způsobu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2010. 272 stran. ISBN 978-80-247-2456-0.
35. KUBRICHT, M. a kol. *Akutní infarkt myokardu u mladé ženy. Cor et vasa*, 2009, roč. 51, č. 11-12, str. 821-823. ISSN 0010-8650.
36. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zemědělská fakulta, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
37. KUNEŠOVÁ, MARIE a kol. *Zpráva o projektu Životní styl a obezita, Kvantitativní výzkum STEM/MARK pro MZ ČR a Českou obezitologickou společnost*, 2006.

38. LÁZNĚ PODĚBRADY. *Léčení*. [on line]. [cit. 2010-02-11]. Dostupné z <
<http://www.lazne-podebrady.cz/cz/eceni.php?pageID=2083>>.
39. MÁLKOVÁ,I. *Muži s nadváhou-úvodní slovo*. [on line]. 12.1.2009 [cit.
2010-03-8]. Dostupné z<
http://www.stob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=68>.
40. MANCIA,G. et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension:The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Kardiology(ESC). *Journal of Hypertension*, 2007, Volume 25, Issue 6, Page 3-11. ISSN 0263-6352.
41. MAYER, OTTO jr. a kol. Úroveň sekundární prevence ischemické choroby srdeční u českých pacientů ve studii EUROASPIRE III. *Cor et vasa*, 2008, roč. 50, č. 4, s. 156-162. ISSN 0010-8650.
42. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální tematika*. [on line]. 2009 [cit. 2010-02-12]. Dostupné z <http://portal.mpsv.cz/soc> .
43. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Invalidní důchody*. [on line]7.1.2010 [cit. 2010-03-16]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/619>.
44. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Starobní důchody*. [on line] 6.1.2010. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/618>.
45. MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS OF THE CZECH REPUBLIC. *Quality of life in old age national program of preparation for ageing for 2008-2012*. 1. vydání. Praha: Hartpress. 2008. ISBN 978-80-86878-66-9.
46. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [on line] 14.3.2010. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

47. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vydání. Praha: Triton. 2003. 99 stran. ISBN 80-7254-421-7.
48. NEŠPOR, K. *Za plíce krásnější čili jak přestat kořit*. [on line]. 2005 [cit. 2010-03-1]. Dostupné z <http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickevyvajejic/hprevence/zavislosti/kdehledatpomoczkruhuzavislosti/15781.aspx>.
49. PIŤHA, J. Léčba (rezistentních) dyslipidemií. *Interní medicína pro praxi*. 2010. roč. 12. č. 1. str. 22-25. ISSN 1212-7299.
50. PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČESKÉ REPUBLIKY . *Zákona č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti*. [on line]. 2009. [cit. 2010-02-12]. Dostupné z http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=435%2F2004&number2=&name=&text=
51. PRAŠKO, JÁN, PRAŠKOVÁ, HANA. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum. 2004. 188 stran. ISBN 80-247-0068-9.
52. RAYMOND H.M. CHAN at al. [Influence of Socioeconomic Status on Lifestyle Behavior Modifications Among Survivors of Acute Myocardial Infarction](#). *The American Journal of Cardiology*, 2008, Volume 102, Issue 12, Pages 1583-1588. ISSN 0002-9149.
53. ROSOLOVÁ, H. Snížení reziduálního vaskulárního rizika bude hlavní cíl preventivní kardiologie ve 21. století. . *Cor et vasa*, 2010, roč. 52, č. 4, str. 209-211. ISSN 0010-8650.
54. ROSOLOVÁ, H. Význam C-reaktivního proteinu v prevenci kardiovaskulárních nemocí. *Cor et vasa*, 2009, roč. 51, č. 6, str. 389-391. ISSN 0010-8650.
55. RYBKA, JAROSLAV a kol. *Diabetologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2006. 283 stran. ISBN 80-247-1612-7.
56. SOUČEK, MIROSLAV a kol. Obézní hypertonik. *Postgraduální medicína, Obezitologie*. 2008, roč. 10, č. 6, s. 631-638. ISSN 12124184.

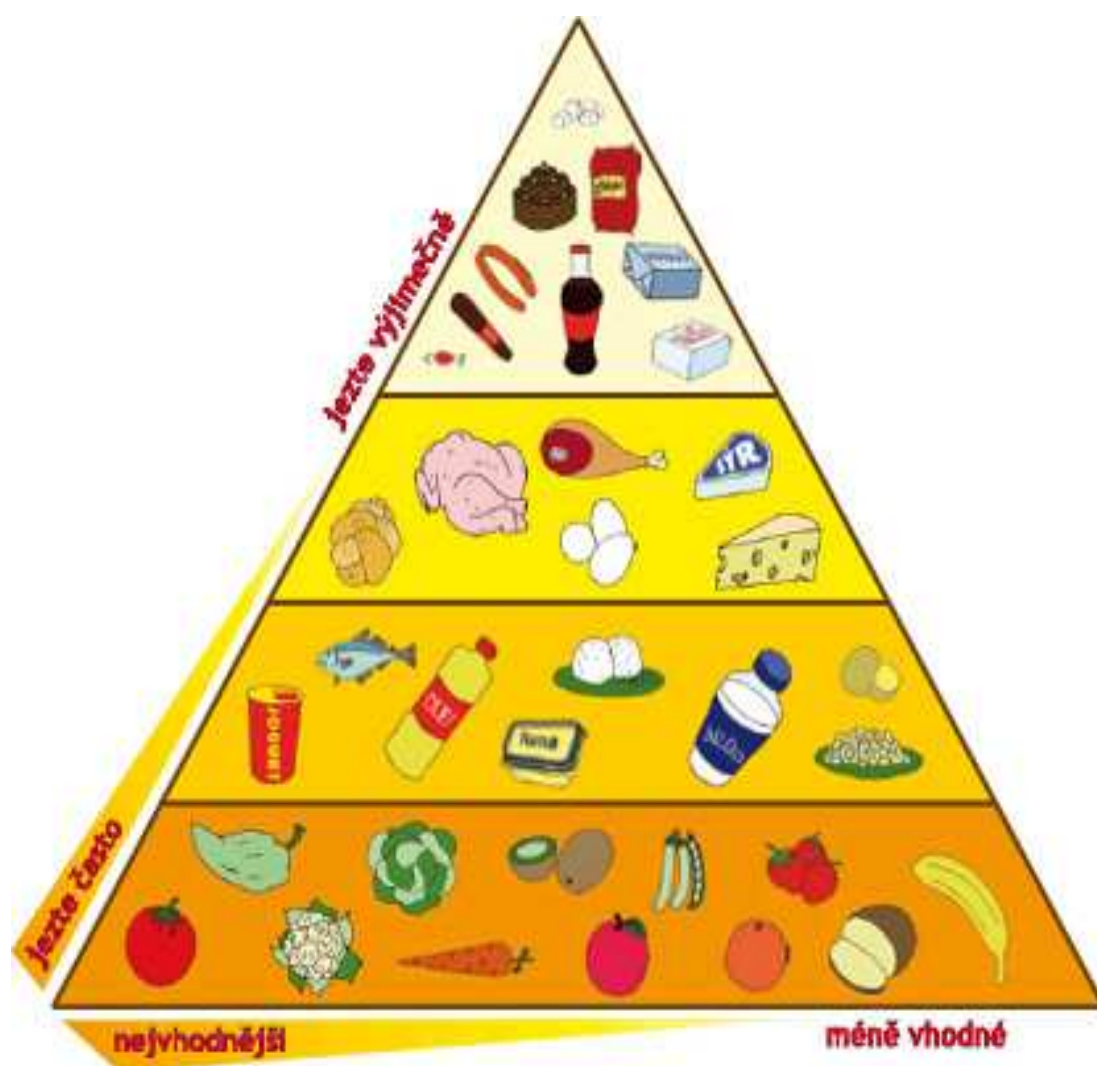
57. SOVOVÁ, E. a kol. *100+1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 150s. ISBN 978-80-247-0952-9.
58. SOVOVÁ, E. JUKL, J. *100+1 otázek pro kardiaky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2005. 120 stran. ISBN 8é-247-1166-4.
59. STANĚK, VLADIMÍR a kol. Měnící se spektrum rizikových faktorů ischemické choroby srdeční. *Cor et vasa*, 2009, roč.51, č.10, s. 685-690. ISSN 0010-8650.
60. STANĚK, V. Máme se snažit o pozdní otevření infarktové tepny? Konec jedné hypotézy. *Cor et vasa*, 2007, roč.49, č.2, s. 43-44. ISSN 0010-8650.
61. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, *Score*. [on line] 2009 [cit. 2010-03-14]. Dostupné <http://www.szu.cz/score>.
62. ŠIMEK, S. ASCHERMANN, M. Akutní infarkt myokardu u diabetiků. *Postgraduální medicína, mimořádná příloha srdce a diabetes*. 2009. roč. 11, str. 6-11. ISSN 1212-4184.
63. ŠIMON, J. a kol. Preventivní kardiologie 1995-2005. Úspěchy i zklamání (EUROASPIRE I, II, III). *Cor et vasa*, 2009, roč. 51, č. 2, s. 123-127. ISSN 0010-8650.
64. ŠPINAR, J. a kol. *Jak dobře žít nemocným srdcem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 256s. ISBN 978-80-247-1822-4.
65. ŠPLÍCHALOVÁ, A. a kol. *Ukazatele zdravotního stavu a indikátory socioekonomické deprivace v epidemiologických studiích*. Zdravotní ústav se sídlem v Ostavě. [on line] [cit. 2010-03-14]. Dostupné [zwww.zuova.cz/projekty/sesindexy/sesindexy007clanek.pdf](http://www.zuova.cz/projekty/sesindexy/sesindexy007clanek.pdf).
66. ŠTEJFA, Miloš a kol. *Kardiologie*. 3., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 722 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
67. ŠVESKOVÁ, O a kol. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO jako nástroj moderní rehabilitace*. Praktický lékař, 2008, roč. 88, č. 3, s.161-164. ISSN

68. ŠVESTKOVÁ, Olga. PFEIFER, Jan. *Obecný výkladový slovník systému pracovní rehabilitace*. Metodický materiál k realizaci poradenských programů pro osoby se zdravotním postižením.[on line]. 2009[cit. 2010-02-05]. Dostupné z http://www.edost.cz/rap/uploads/File/Obecny_vykladovy_slovník_pracovní_rehabilitace.pdf
69. ÚPLNÉ ZNĚNÍ číslo 775. *Sociální pojištění*. Zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, podle stavu k 18.1.2010. Ostrava: Sagit. 2010. 369 s. ISBN 978-80-7208-791-4.
70. ÚPLNÉ ZNĚNÍ číslo 775. *Sociální pojištění*, podle stavu k 18.1.2010. Ostrava: Sagit. 2010. 369 s. ISBN 978-80-7208-791-4.
71. ÚPLNÉ ZNĚNÍ číslo 776. *Sociální zabezpečení*. Zákon číslo 108/2006 Sb., sociálních službách, podle stavu k 25.1.2010. Ostrava: Sagit. 2010. 288 s. ISBN 978-80-7208-794-5.
72. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka české republiky 2008*. Praha: ÚZIS. 2009. 260 str. ISBN 978-80-7280-845-8.
73. VÍTOVEC,JIŘÍ. ŠPINAR, JINDŘICH. Farmakoterapie po akutním infarktu myokardu. *Cor et vasa*, 2009,roč. 51, č. 2, str. 90-91. ISSN 0010-8650.
74. VOTAVA,J. a kol.*Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání,Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
75. VURM,Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Manus,2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
76. WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. MKF. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 280 stran. ISBN 978-80-247-1587-2.

9. PŘÍLOHY

PŘÍLOHA ČÍSLO 1.

Obrázek č.1: Potravinová pyramida



Zdroj: Internet

PŘÍLOHA ČÍSLO 2

Kategorie obezity a zdravotní rizika podle WHO (World Health Organization) a IOTF (International Obesity Task Force)

Hodnocení BMI (Body Mass Index)

Výpočet BMI = Hmotnost (kg)/ výška (m²)

Tabulka č.7: BMI a zdravotní rizika

Kategorie	Rozsah BMI (kg/ m²)	Zdravotní rizika
Podváha	≤ 18,4	Vysoká
Normální váha	18,5 – 24,9	Malá
Nadváha	25,0 – 29,9 < 27 ≥ 27	Nízká Lehce zvýšená
Obezita 1. stupně	30,0 – 34,9	Vysoká
Obezita 2. stupně	35,0 – 39,9	Vysoká
Obezita 3. stupně	BMI > 40.0	Velmi vysoká

Zdroj: Jak dobře žít s nemocným srdcem

PŘÍLOHA ČÍSLO 3

Pro určení rizika vzniku kardiovaskulárního onemocnění je podstatný také obvod pasu, který souvisí s abdominální distribucí tuku, kdy se jedná o tzv. centrální (abdominální) obezitu.

Tabulka č.8: obvod pasu a zdravotní riziko

	Zvýšené riziko Obvod pasu v cm	Vysoké riziko Obvad pasu v cm
Muži	od 94 cm	nad 102 cm
Ženy	od 80 cm	nad 88 cm

Zdroj: Kardiologie, 3., přepracované vydání

PŘÍLOHA ČÍSLO 4

Fagerströmův test ke zjištění závislosti na nikotinu

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 min (3 body)
- za 6-30 min (2 body)
- za 31-60 min (1 bod)
- po 60min (0 bodů)

2. Je pro Vás obtížné nekouřit tam, kde to není dovoleno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3. Které cigarety byste se nejméně rád/a vzdal/a?

- té první ráno (1 bod)
- kterékoli jiné (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- 10 nebo méně (0 bodů)
- 11 až 20 (1 bod)
- 21 až 30 (2 body)
- 31 a víc (3 body)

5. Kouříte víc v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Po sečtení získaných bodů se hodnotí závislost na nikotinu takto:

- 0 až 2 body - žádná nebo velmi nízká
- 3 až 4 body - nízká
- 5 bodů - střední
- 6 až 7 bodů - vysoká
- 8 až 10 bodů - velmi vysoká (65)

PŘÍLOHA ČÍSLO 5

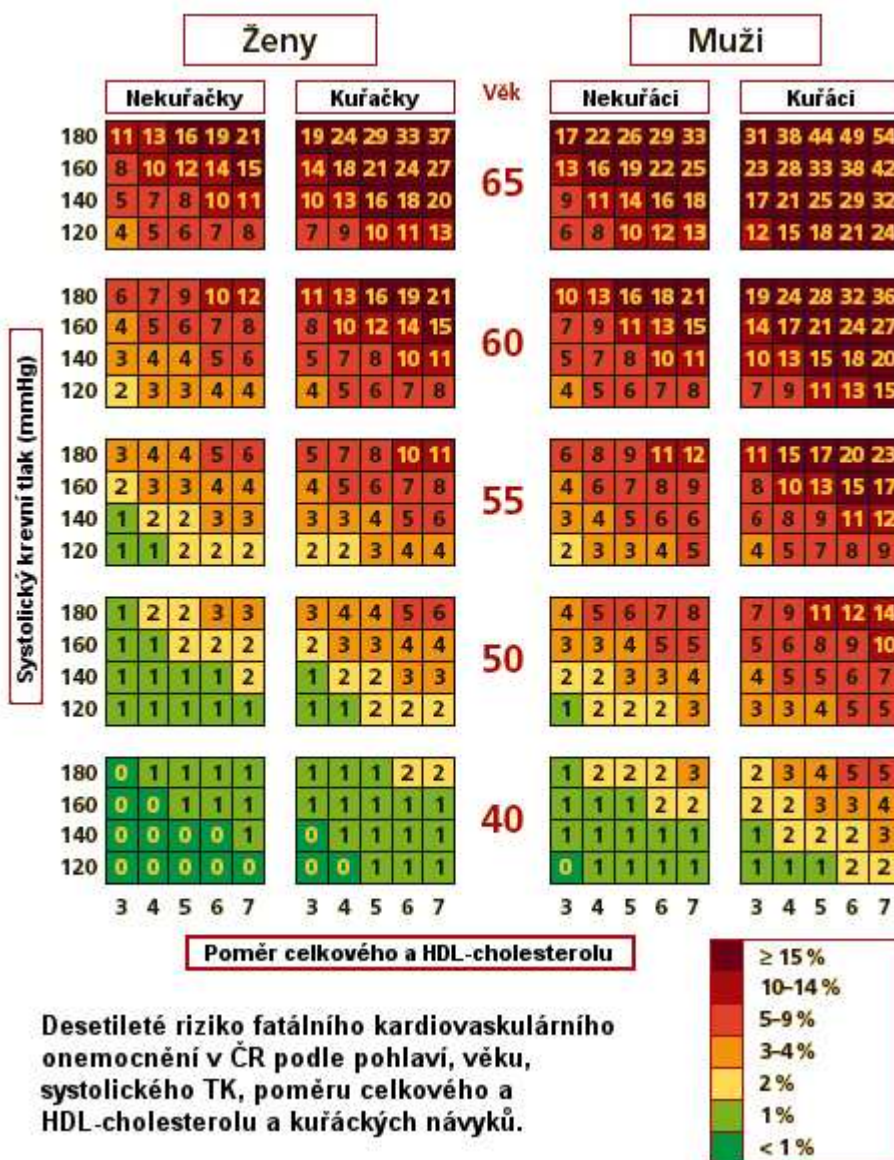
Kuřákům by měla být poskytnuta pomoc v úsilí zanechání užívání tabáku. V doporučeném diagnostickém a léčebném postupu pro všeobecné a praktické lékaře se doporučuje strategie 5P v angličtině 5 A.

1. **Ptát se (Ask)** na kuřáctví, od kolika let, popř. do kolika let, co kouří, kolik kouří, atd.
2. **Poradit (Advise)** srozumitelně, jasně, důrazně doporučit proč zanechat kouření
3. **Posoudit (Asses)** ochotu zanechat kouření. Pokud pacient nechce adekvátním způsobem ho motivovat a vysvětlit výhody nekuřáctví a nevýhody kuřáctví.
4. **Pomoci (Assist)** těm kuřákům, kteří chtějí přestat.
 - Stanovte si den kdy přestanete kouřit, vyhod'te všechny cigarety, zapalovače, popelníky.
 - Pokud jste už pokoušel neúspěšně přestat kouřit, zkuste vypátrat proč.
 - Stanovit si plán proč přestat kouřit
 - Řekněte o svém plánu svým nejbližším
 - Vyhýbejte se kuřáckým prostředím
 - Vyhýbejte se situacím které máte spojené s kouřením
 - Zaměstnejte své ruce jinak než cigaretou
 - Odměňte se za dosažené úspěchy
 - Věnujte se svým zálibám a koníčkům
 - Doporučit nikotinové náhražky či bupropionu.
5. **Poradenství (Arrange follow up)** slouží k zhodnocení a poučení se z pozitivních a negativních zkušeností z minulých pokusů abstinovat od tabáku. Naučit se rozpoznávat tzv. rizikové situace, dále je zvládnout či se jim vyhnout. K typickým spouštěčům lze zařadit negativní emoce, společnost kuřáků, stres, alkohol, craving (bažení) po tabáku.

Doporučení by dále mělo obsahovat poučení o vzestupu tělesné hmotnosti po zanechání kouření v průměru 3-5 kg za rok, kterému lze předejít snížením energetického příjmu a zvýšením pohybové aktivity.

Lékaři by měli být v pravidelném kontaktu s lidmi, kteří se rozhodli abstinovat od tabáku a doporučit jim linku pomoci kuřákům při odvykání(16).

Obrázek č. 3: kardiovaskulárního rizika podle projektu SCORE pro českou populaci



Zdroj: internet

Hodnoty absolutního rizika KVO jsou vyšší než hodnoty odečtené z tabulky SCORE:

- u osob, které se věkem přibližují vyšší věkové kategorii
- u asymptomatických osob s preklinickými známkami aterosklerozy (zjištěnými při sonografickém vyšetření nebo při nálezů kalcifikací v tepnách či při stanovení kalciového skóre pomocí CT)
- u osob s pozitivní rodinnou anamnézou KVO (prvostupňoví příbuzní ve věku do 55 let u mužů; do 65 let u žen)
- u osob s nízkou koncentrací HDL-cholesterolu ($< 1,0$ mmol/l u mužů; $< 1,2$ mmol/l u žen), zvýšenou koncentrací triglyceridů ($> 1,7$ mmol/l)
- u osob s porušenou glukózovou tolerancí (glykemie v žilní plazmě na lačno $< 7,0$ mmol/l; při orálním glukózovém tolerančním testu za 2 hod. 7,8–11,0 mmol/l)
- u osob se zvýšenou hladinou C-reaktivního proteinu (stanoveného vysoce senzitivní metodou), fibrinogenu, homocysteinu, apolipoproteinu B nebo Lp(a)
- u obézních nebo fyzicky inaktivních osob (66)

PŘÍLOHA ,ČÍSLO 7

Tabulka č 9. Cílové hodnoty celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu u dospělých

	Primární prevence KVO	Sekundární prevence KVO, vysoké riziko v primární prevenci,diabetes mellitus	Současný výskyt ICHS a DM
Celkový cholesterol	< 5,0 mmol/l ⁻¹	< 4,5 mmol/l ⁻¹	< 4,0
LDL-cholesterol	< 3,0 mmol/l ⁻¹	< 2,5 mmol/l ⁻¹	< 2,0

Zdroj: Kardiologie 3., přepracované a doplněné vydání

Tabulka č.10: Optimální hodnoty HDL-cholesterolu a triacylglycerolu u dospělých

	Primární prevence KVO	Sekundární prevence KVO, vysoké riziko v primární prevenci,diabetes mellitus	Současný výskyt ICHS a DM
Triacylglyceroly	< 2,0 mmol/l ⁻¹	< 1,7 mmol/l ⁻¹	< 1,7 mmol/l ⁻¹
HDL-cholesterol	> 1,0 mmol/l ⁻¹	>1,0 mmol/l ⁻¹ (muži) >1,2 mmol/l ⁻¹ (ženy)	>1,0 mmol/l ⁻¹ (muži) >1,2 mmol/l ⁻¹ (ženy)

Zdroj: Kardiologie 3., přepracované a doplněné vydání

PŘÍLOHA ČÍSLO 8

Tabulka č. 11 Definice a klasifikace jednotlivých kategorií krevního tlaku

Kategorie	Systolický tlak (mm Hg)	Diastolický tlak (mm Hg)
Optimální	< 120	< 80
Normální	120-129	80-84
Vysoký normální	130-139	85-89
Hypertenze 1. stupně (mírná)	140-159	90-99
Hypertenze 2. stupně (středně závažná)	160-179	100-109
Hypertenze 3. stupně (závažná)	≥ 180	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	< 90

Zdroj: Kardiologie 3., přepracované vydání

PŘÍLOHA ČÍSLO 9

Vážený pane,

jmenuji se Jana Benová, jsem studentka 2. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru „Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby“ navazující magisterské studium.

V rámci mé diplomové práce na téma „Změna životního stylu mužů po akutním infarktu myokardu“ bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku.

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

Tento dotazník je určen pouze mužům.

1. Váš věk:

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

3. Hmotnost.....kg

4. Výška.....cm

5. 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. |

6. Kolik Vám bylo let, když jste prodělal první akutní infarkt myokardu.....

7. Došlo u Vás k recidivě (opakování) akutního infarktu myokardu?

- ano
- ne

8. Pokud ano po jaké době došlo k recidivě

9. Absolvoval jste lázeňský pobyt?

- ano,
- ne.

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

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

- ano,
- ne, nevím kde ji sehnat,
- ne, nezajímá mě to.

12. Domníváte se, že jste dostatečně informován o nutnosti změny Vašeho životního stylu po akutním infarktu myokardu?

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

13. Vaše tělesná hmotnost se po akutním infarktu myokardu:

- snížila,
- zvýšila,
- nezměnila se.

14. Změnil se obsah Vašeho jídelníčku?

- ne,
- ano.

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

.....

.....

.....

.....

16. Kouříte?

- ne,
- kouřil jsem, ale po srdeční příhodě jsem přestal(a),
- kouřil jsem vůbec někdy,
- ano – kolik cigaret denně vykouříte?.....

17. Pijete alkohol?

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

18. Navštěvujete pravidelně svého interního lékaře (kardiologa)?

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

19. Pokud znáte hodnotu Vašeho tlaku, napište prosím hodnoty.....

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

- ne, nevím,
 ano .

21. Máte zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi

- ne, nevím,
 ano.

22. Znáte obvod svého pasu, pokud ano napište prosím.....

23. Pokud jste v důchodu, zaškrtněte prosím v jakém?

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

24. Po akutním infarktu myokardu jste odešel do:

- plném invalidním,
 částečném invalidním,
 do předčasného starobního důchodu,
 nic z předcházejícího.

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

- ano,
 ne.

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

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

27. Věnujete se pravidelně pohybové aktivitě(vytrvalostní chůze, jogging, jízda na kole, plavání)?

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

28. Jak často se věnujete pohybové aktivitě?

- denně 2x týdně
- 4-5x týdně 1x týdně
- 3x týdně

29. 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

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

Přeji Vám hodně zdraví.

Jana Benová

