

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

Centrum pro kondici kardiologických klientů
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Zdeňka Pavelková

2010

Autor:
Bc. Monika Matoušková

ABSTRACT

This diploma thesis is focused on cardiac fitness and rehabilitation centres. The reason why I have made this choice for my thesis was the fact that despite all recommendations of professional associations dealing with cardiovascular disease issues, adherence to secondary prevention and treatment regimen measures is absolutely poor also in patients who had been given superior and costly care during their acute medical condition. Adherence to secondary prevention guidelines includes treatment regimens and measures to reduce risk factors. Theoretical part of the thesis lists risk factors highly involved in coronary diseases. An integral part in maintaining good physical condition of cardiac clients is residential spa treatment and following care in cardiac fitness and rehabilitation centers. Involvement of nurses in care for patients with coronary diseases would be just in the area of secondary care and regimen measure adherence. Use of their competencies and joining non-medical facilities addressing this issue could improve the gaps in secondary prevention.

The goal of this thesis was to map out the patient requirements for cardiac fitness and rehabilitation centers within secondary prevention. To determine the difference in secondary prevention effectiveness between clients visiting cardio clubs and clients living in location without any cardio club. Another goal was to research the connectivity of cardiac clients in the follow-up care after their discharge from ward departments and possibilities of cardio clubs and in cardio club management, to find out the possibility to involve a nurse in cardiac client care.

Qualitative research with semi-structured interviews and quantitative research relied on a questionnaire have been used in this study. Research group consisted of healthcare professionals and cardiac patients. Goals of the thesis have been met, research questions answered and hypotheses confirmed. The results can be served as a base for establishment of other cardiac fitness and rehabilitation centers and involvement of nurses. Output of this thesis is an encouragement for general nurses and can be used in risk factors of coronary diseases.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

.....

Bc. Monika Matoušková

Poděkování

Upřímné poděkování paní Mgr. Zdeňce Pavelkové za trpělivost, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce.

Upřímné poděkování paní Mgr. Olze Jedličkové za pomoc při statistickém zpracování dat.

Bc. Matoušková Monika

OBSAH

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Národní kardiovaskulární program a Česká kardiologická společnost.....	4
1.2 Prevence v kardiologii	5
1.2.1 Role sestry	7
1.3 Rizika kardiovaskulárních onemocnění v praxi	9
1.3.1 Nikotinismus.....	9
1.3.1.1 Realizace ošetrovatelského procesu v odvykání kouření	10
1.3.2 Fyzická aktivita	12
1.3.3 Dieta pro prevenci kardiovaskulárních chorob	14
1.3.3.1 Ošetrovatelské intervence u dietních doporučení	15
1.3.4 Životní styl a ošetrovatelské strategie v primární i sekundární prevenci ..	17
1.3.5 Obezita	18
1.3.5.1 Ošetrovatelské intervence a léčba obezity	21
1.3.6 Dyslipoproteinemie	24
1.3.7 Hypertenze jako rizikový faktor	28
1.3.7.1 Ošetrovatelské intervence při léčbě hypertenze.....	32
1.3.8 Metabolický syndrom a diabetes mellitus	35
1.3.9 Trombogenní faktory a neovlivnitelné osobní charakteristiky	37
1.3.10 Věk, pohlaví a rodinná zátěž.....	38
1.3.11 Behaviorální rizikové faktory	39
1.4 Kardiovaskulární rehabilitace.....	39
1.4.1 Pracovní skupina Kardiovaskulární rehabilitace	40
1.4.2 Kardiorehabilitační ústavy	40
1.4.3 Základní principy kardiovaskulární rehabilitace.....	41

1.4.4 Rehabilitační programy	42
1.5 Centrum pro kondici kardiologických klientů.....	43
2 CÍLE PRÁCE	46
2.1 Cíle práce	46
2.2 Výzkumné otázky.....	46
2.3 Hypotézy:	46
3 METODIKA	47
3.1 Použité metody	47
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	48
4 VÝSLEDKY	49
4.1 Rozhovory se zdravotníky	49
4.2 Rozhovory s pacienty	63
4.3 Základní grafy dat zdravotníků	74
4.4 Kategorizace dat z rozhovorů se zdravotníky v tabulkách.....	76
4.5 Základní grafy dat pacientů.....	90
4.6 Kategorizování dat z rozhovorů s pacienty v tabulkách	92
4.7 Výsledky dotazníkového šetření	99
5 DISKUSE	126
6 ZÁVĚR	137
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	139
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	149
9 PŘÍLOHY	150

Úvod

Mortalita na kardiovaskulární choroby je v České republice stále významně vyšší než v zemích západní Evropy. Veškeré snahy je tedy třeba zaměřit na snižování nemocnosti a úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění s prodloužením celkové délky života a na zlepšení jeho kvality. Primární prevence je prioritou zdravotní politiky státu. Zásadním principem je změna nevhodného životního stylu. Dodržování zásad sekundární prevence zahrnuje dodržování režimových opatření a opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů jejich léčbou. Nedílnou součástí udržení dobré kondice kardiologických klientů je ústavní lázeňská rehabilitační péče a navazující péče v kardioklubech, centrech pro kondici kardiologických klientů. Slouží k upevnění vytvořených návyků správného životního stylu, k eliminaci existujících rizikových faktorů ischemické choroby srdeční a potlačení stresových psychických vlivů.

Toto téma jsem si vybrala pro diplomovou práci, protože i přes všechna doporučení odborných společností zabývajících se kardiovaskulární problematikou, je dodržování sekundární prevence a režimových opatření naprosto nedostatečné i u nemocných, kterým byla poskytnuta velmi kvalitní a drahá péče v akutním stadiu choroby. Zapojení sester do péče o nemocné s kardiovaskulárním onemocněním by mohlo být právě v oblasti sekundární péče a dodržování režimových opatření. Využití jejich kompetencí a zapojení do nelékařských organizací, jež se věnují sekundární prevenci, by mohlo zlepšit nedostatky v sekundární prevenci.

1 Současný stav

1.1 Národní kardiovaskulární program a Česká kardiologická společnost

Přes velké úspěchy a pokroky lékařské vědy a praxe jsou nemoci oběhové soustavy nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých státech, Českou republiku nevyjímaje. Podle statistických údajů klesá od roku 1990 úmrtnost na kardiovaskulární choroby, ale stále se podílí na celkové úmrtnosti více než 50 %. Zlepšující se péče o pacienty s akutními formami kardiovaskulárních onemocněních vede k prodloužení života. Velkou část těchto pacientů však postihne srdeční selhání a jiné z nemocí oběhové soustavy, které jsou nejčastější příčinou hospitalizace. Ročně je hospitalizováno přibližně 367 000 osob s kardiovaskulárním onemocněním. Ekonomická náročnost léčby kardiovaskulárních onemocnění je vysoká (73). Souvisí se zvyšujícím se průměrným věkem dožití. Prodlužování věku a zvyšující se prosperita společnosti vede k nárůstu chronických chorob, což přináší zvyšující se finanční zátěž pro zdravotnictví (74). Nárůst počtu hospitalizací z kardiovaskulárních důvodů činí v posledních letech 25 % ze všech hospitalizací. Pro nemocné s kardiovaskulárními chorobami je nejvhodnější hospitalizace na samostatném kardiologickém oddělení s koronární jednotkou nebo v kardiologické části interního oddělení. Koncepce a organizace kardiologie byla zpracována v Národním kardiovaskulárním programu vydaném v roce 2001 Českou kardiologickou společností ve spolupráci s Českou společností kardiovaskulární chirurgie (12). Česká kardiologická společnost pracuje od roku 1929. Jejím hlavním posláním je péče o rozvoj odborné úrovně v oboru kardiologie. Ve spolupráci s odbornými institucemi se podílí na výchově a expertní činnosti v oboru kardiologie. Česká kardiologická společnost zastupuje českou kardiologii v Evropské kardiologické společnosti a ostatních mezinárodních odborných organizacích (49). V roce 2006 vznikla v rámci České kardiologické společnosti pracovní skupina Ošetřovatelství v kardiologii. Podílí se na přípravě vzdělání v oboru kardiologie, podporuje přednáškovou a publikační činnost sester, navazuje na spolupráci s Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions ESC, Rada kardiovaskulárního

ošetřovatelství a spřízněných profesí Evropské kardiologické společnosti, a Národními pracovními skupinami ošetřovatelství v kardiologii za účelem shromažďování, výměny informací a praktických zkušeností, organizování výzkumu včetně účasti na výroční jarní konferenci uvedené Evropské kardiologické společnosti (48). Národní kardiovaskulární program se nezabývá pouze koncepcí kardiologie. Hlavním tématem je snížení onemocnění a úmrtnosti na nemoci srdce a cév. Cílem programu je maximální zlepšení léčby již vzniklé kardiovaskulární nemoci a posunutí výskytu onemocnění do co nejvyššího věku. Nejeefektivnější léčbou je onemocnění předcházet. Správné poučení a práce s pacienty je základním předpokladem a nedílnou součástí prevence v kardiologii (73). Všeobecné sestry by měly využít svých kompetencí a na základě indikace lékaře poskytovat preventivní péči, tak jak jim to umožňuje vyhláška č. 424/2004 Sb, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (80).

1.2 Prevence v kardiologii

Cílem prevence v kardiologii je snížit absolutní riziko kardiovaskulárních chorob v populaci i u jedince. Nástrojem je intervence změnitelných rizikových faktorů. Jsou to kardiovaskulární rizikové faktory, mezi které patří faktory životního stylu a biochemické a fyziologické charakteristiky. Strategie prevence pro populaci má za cíl ovlivnit v celé populaci faktory životního stylu, vnějšího prostředí a jejich sociální a ekonomické dopady. To je primární prevence směrem k celé populaci (74). Nabízí se široká škála intervenčních opatření, které mohou i sestry využít. Patří sem zdravotní politika státu, výchova ke zdravému způsobu života, komunitní programy, které se zaměřují na zdravý způsob života a vyhledávání pacientů se zvýšeným rizikem v asymptomatickém stadiu (35). Prevence sekundární se zaměřuje na jedince s klinicky prokazatelným kardiovaskulárním onemocněním. Cílem je zabránit progresi choroby. Postup ovlivnění rizikových faktorů je stejný jako v prevenci primární (74). Centrum preventivní kardiologie otevřené v Praze v prostorách polikliniky Všeobecné fakultní nemocnice představuje pro klienty nové možnosti především ve větším zapojení nelékařského personálu do edukace pacientů. Vedoucí lékař zdůrazňuje nutnost

zapojení do týmu dietní sestry a vysokoškolsky vzdělaných sester v oboru životního stylu, což by se mělo stát do budoucna zajímavým tématem i pro ekonomiku zdravotnictví (5). V roce 2000 publikovala Česká kardiologická společnost ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi Společné doporučení českých odborných společností. Jedná se o doporučení, které bylo vytvořeno na základě spolupráce odborných společností pro prevenci ischemické choroby srdeční. Na základě nových poznatků bylo Evropskou kardiologickou společností ve spolupráci s odbornými evropskými společnostmi vytvořeno Evropské doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Prevence se posunuje k problematice kardiovaskulárních chorob a nesměřuje pouze k ischemické chorobě srdeční (11).

Zatím poslední společná doporučení pro prevenci kardiovaskulárních chorob byla v České republice publikována v roce 2005 a jsou dílem pracovní skupiny odborných společností. Česká republika je vzorem vytvoření aliance odborných společností. Na základě dat získaných u reprezentativního vzorku české populace byly vytvořeny barevné normogramy vycházející z projektu SCORE (Příloha 1), který provádí odhad rizika smrtelných kardiovaskulárních příhod v následujících 10 letech, specifické pro Českou republiku (10). Mezi kardiovaskulární nemoci patří všechny nemoci vznikající na bázi aterosklerózy. Aterosklerózu definujeme jako chronické zánětlivé onemocnění intimy cévy. Dochází zde k akumulaci cholesterolu, fibrózní tkáň, komponent krve a změnám v medii cévní stěny. Etiopatogeneze aterosklerózy je multifaktoriální, jde o specifickou odpověď na nespecifické poškození stěny cévní. Základem aterosklerotického ložiska je vždy low density lipoproteins cholesterol o nízké hustotě (dále jen LDL cholesterol). Protože jde o zánětlivý proces, svou roli zde hraje i imunitní systém. V infekční teorii aterosklerózy se předpokládá, že etiologickým agens vyvolávajícím zánětlivou reakci jsou chronické bakteriální a virové infekce. Tvorba imunitních komplexů pak aktivuje zánětlivý proces v cévní stěně. Teorie endoteliální dysfunkce, to je sjednocená teorie aterosklerózy, vychází z předpokladu, že došlo k poškození endotelu. Vznikne nerovnováha mezi vazoaktivními mechanismy a hemokoagulačními působky. Převáží vazokonstrikční a protrombotické pochody, dojde k adhezenci trombocytů a aktivují se zánětlivé a proliferační děje. Lipoproteiny

snáze pronikají do cévní stěny, oxidují, aktivují makrofágy a proces progreduje. Na konci procesu může být fibro-ateromová léze, ruptura nebo fisurace plátu, nasedá trombóza a obliterace postižené cévy (72).

Pomocí epidemiologické metody výzkumu se zjistilo, že všechny formy aterosklerotické vaskulární nemoci a také arteriální hypertenze, metabolický syndrom a diabetes mellitus 2. typu mají společnou multifaktoriální etiologii. Preventivní a léčebná intervence multifaktoriální choroby musí být multifaktoriální (71). Preventivní opatření jsou nejúčinnější, pokud jsou zaměřena na osoby s nejvyšším rizikem. Pacienti s již prodělaným kardiovaskulárním onemocněním mají vysoké celkové riziko následných cévních příhod. U asymptomatických jedinců je nutné preventivní opatření provádět podle celkového kardiovaskulárního rizika. Při určování kardiovaskulárního rizika se postupuje podle tabulek vycházejících z projektu SCORE (Příloha 1). Za vysoké riziko je považována hodnota větší než 5 %, je to hodnota, která udává pravděpodobnost úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v následujících 10 letech. Odhad rizika úmrtí vychází z věku, pohlaví, kuřáckých zvyklostí, hodnot systolického tlaku a celkového cholesterolu nebo poměru celkového a high density lipoproteins cholesterolu o vysoké hustotě (dále je HDL cholesterol) (11). Pokud tedy existuje možnost snížit riziko kardiovaskulárního onemocnění, měli bychom ji na základě svých kompetencí pomoci pacientům využít.

1.2.1 Role sestry

Mezi základní povinnosti každé sestry patří podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a také zmírnit utrpení. Sestra má být v očích nemocných člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí při jejich řešení. Je to právě sestra, která stráví s nemocnými a s jeho rodinou nejvíce času a to často mnohem více než lékař. Kromě profesionálních schopností poskytuje nemocnému a jeho blízkým porozumění a oporu a snaží se pečovat o jejich emocionální stav (84). Sestra je dnes chápána jako součást zdravotnického týmu, stará se o pacienty a ovlivňuje tak nepřímo jejich kvalitu života.

Její profese vyžaduje schopnost starat se nejen o fyzickou stránku pacienta, ale i o psychickou a to tak, aby byly uspokojeny všechny bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Musí umět komunikovat s rodinou, příbuznými na velmi profesionální úrovni. Sestra je také prvním článkem v komunikaci mezi pacientem, jeho rodinou a lékařem. Sestra musí být schopna odpovídat na otázky, kterými se pacient trápí, a to i za předpokladu, že se nejedná o odpovědi na otázky diagnostiky, léčby a prognózy. Ty zůstávají nadále pouze v kompetenci lékaře. Ve všech ostatních případech by měla být schopna odpovědět klientovi sama (50).

Nemocný klient vnímá sestru jako člověka, který poskytuje oporu a porozumění, je prostředníkem mezi ním a lékařem, osobou, která snižuje napětí mezi nimi, členem zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru v léčebný proces a také uklidňujícím činitelem pečujícím o emocionální stav pacienta a jeho rodiny. Zkušená sestra má snahu o to, aby vztah lékař, sestra, pacient a jeho rodina byl harmonický, operativní a sestra tak mohla plnit funkci prostředníka mezi nimi. Interpretuje pokyny lékaře a jeho činnosti vůči nemocnému, zaměřuje se na získávání pacienta i jeho rodiny ke vzájemné spolupráci. Úspěšná spolupráce celého zdravotnického týmu, rodinných příslušníků a nemocného má ohromný vliv na jeho uzdravování a velmi často je založená na správné komunikaci všech zúčastněných stran (19, 84).

Dovednost sestry komunikovat s pacientem je tedy důležitou součástí jejího profesionálního vybavení. Tato dovednost může sestře posloužit k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Úspěšná komunikace podporuje nárůst přesné diagnostiky, zvyšuje spoluzodpovědnost v rozhodovacích procesech a také úspěšnost dodržování léčebného režimu. Lidská komunikace je proces složitý, který je závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech (77).

1.3 Rizika kardiovaskulárních onemocnění v praxi

1.3.1 Nikotinismus

Diagnóza F 17 Nikotinismus je samostatným stavem v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (45). Nikotinismus patří mezi nejrozšířenější rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Důsledkem kouření je endoteliální dysfunkce, rozvoj dyslipidemie tedy nízké hladiny HDL cholesterolu, více oxidovaných LDL cholesterolů, hemodynamický stres se projeví tachykardií, přechodným vzestupem krevního tlaku, zvyšuje se koagulační pohotovost, arytmogenní pohotovost a relativní hypoxie. Kompenzačně k hypoxii se rozvíjí polycytemie, znamenající vyšší viskozitu krve a tím vyšší riziko trombotické příhody. Snižuje se tolerance k fyzické zátěži. Zvyšuje se riziko všech kardiovaskulárních komplikací, což je náhlá smrt, akutní infarkt myokardu, centrální mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin (72). Škodlivý vliv na zdraví má také pasivní kouření. Kromě nepříjemných čichových vjemů vyvolává záněty plic, zvyšuje relativní riziko rakoviny plic a snižuje plicní funkce. Děti kouřících matek mají vyšší riziko vrozených defektů.

V nekuřácké populaci očekáváme nižší výskyt malignit s kouřením spojených, chronické obstrukční choroby plicní a ischemické choroby dolních končetin. Snižuje se počet aneurismat aorty, snižuje se také mortalita na infarkt myokardu, perinatální mortalita a malformace plodů (74). Tabáková epidemie je problémem 20. století. V této době tabák usmrtil více osob než obě světové války. Česká republika patří mezi země s vysokou prevalencí kouření. Alarmující je podíl náctiletých kuřáků. Oproti roku 1993 stoupl v roce 2002 podíl chlapců z 22 % na 29 % a u děvčat z 18 % na 31 % (63). Jsou již i důkazy o vyšší vnímavosti mladých osob ke karcinogenním následkům kouření tabáku. Tyto důkazy vysvětlují výsledky epidemiologických studií, které dokumentují vyšší relativní riziko zhoubných nádorů u osob, které začaly kouřit před

dosažením plné biologické zralosti (18). Dosud u nás nebyla vyčíslena ekonomická data týkající se nákladů na léčbu nikotinismu a nemocí s ním spojených, nelze se však domnívat, že se budou lišit od jiných zemích. Zahraniční publikace uvádějí vztah k hrubému domácímu produktu. V USA jsou náklady na úrovni 0,7 % hrubého domácího produktu a Velká Británie uvádí 0,16 %. Zdravotní pojišťovny vydají 10 % z nákladů na léčbu nemocí způsobených kouřením (63). Začlenit léčbu závislosti na tabáku do zdravotních systémů, podpořit a posílit veřejné povědomí o hlavních problémech kontroly tabáku s vhodným použitím všech dostupných sdělovacích prostředků doporučuje ve svém článku 12 až 14 i Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO platná od 28. 2. 2005 (Příloha 2) (45).

Metody odvykání kouření vycházejí z principů, že kouření je zvyk, který si kuřák zafixoval a nutí ho sáhnout po tabáku při určitých situacích. Jde o sociální a psychickou závislost spolu s určitým rituálem, která vyvolává příjemné pocity a pomáhá při stresových situacích. Jde o fyzickou drogovou závislost na nikotinu, která vzniká do dvou let po zahájení kouření. V prevenci nikotinismu jde především o snížení počtu osob, které začnou kouřit a především o osoby mladší 20 let. Také o zvýšení počtu osob, které přestanou kouřit, nebo přejdou na méně škodlivé formy tabákových produktů a snížení počtu pasivních kuřáků (74). Definice závislosti na nikotinu podle WHO uvádí, že „pravidelný kuřák kouří v době šetření nejméně jednu cigaretu denně“ (45, str.328). Králíková v Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku uvádí, že „na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10 až 15 cigaret denně a první si zapaluje do hodiny po probuzení“ (45, s.329).

1.3.1.1 Realizace ošetřovatelského procesu v odvykání kouření

Pro zahájení odvykání tedy v první fázi ošetřovatelského procesu lze pro posouzení použít jednoduchý Fagestromův test (Příloha 3), skládající se ze šesti otázek (74), modifikovaný pro adolescenty (45). Sestra zjišťuje v první fázi ošetřovatelského procesu a zaznamenává do zdravotní dokumentace změny spojené s nikotinismem od návštěvy minulé. V diagnostice identifikujeme potřeby kuřáka a jeho ochotu přestat

kouřit. Postupuje se podle schématu nazvaného Algoritmus postupu (Příloha 4). Pokud je pacient stále kuřák, stanoví sestra ošetrovatelské diagnózy z domény Podpora zdraví, Zvládání zátěže a Životní principy. Plánuje společně s pacientem další postup. Při realizaci ošetrovatelského procesu intervencemi poskytne radu, důraznou formou doporučí zanechání kouření, seznámí se všemi riziky, a to nejen ústně, ale využije propagační materiály a informace. Poskytne poradenství, pokud je závislost tak vysoká, že je nutné přistoupit k léčbě a předepsat náhradní léčbu nikotinem pro zmírnění abstinčních příznaků. Během všech budoucích návštěv sestra i lékař pacienta sleduje a dotazuje se na kouření. Ptá se, zda kouření omezil nebo se zcela vzdal návyku. V případě návratu do nikotinové závislosti znovu motivuje k dalšímu pokusu o zanechání kouření. Usiluje o trvalou abstinenci (74). Krátké intervence, které může sestra aplikovat při každém setkání s pacientem jak v kardiologických poradnách, tak v rámci kardio klubů a podobných centrech jsou známé jako 5A v češtině 5P (Příloha 4). Zanechání kouření znamená pro kuřáka změnu dosavadního životního stylu i změnu denního stereotypu. Je důležité si uvědomit, kolik času stráví kuřák svým kuřáckým chováním. Vezmeme-li jako příklad kuřáka, který za den vykouří 15 cigaret, pak kuřáckým způsobem stráví asi dvě hodiny každý den. Když vezmeme v úvahu ještě počet let, která dotyčný strávil s cigaretou, je jasné, že přestat kouřit a naučit se nekuřáckému chování není lehké (18). Cílem je poskytnout podporu pro pokus přestat kouřit během celého období. Při hodnocení poskytnuté péče v ošetrovatelském procesu je nutné brát v úvahu, že trvá nějaký čas, než se kuřák stane „bývalým kuřákem“. Může být potřeba opakovaná podpora. Sestra je vždy pozitivní a zdůrazňuje pozitivní zdravotní efekty, které již dosáhl nekouřením.

V posledních letech se objevují studie, které ukazují na nutnost rozšíření přístupů k odvykání kouření. Vedle doporučovaného stanovení dne D, kdy nastupuje okamžitý zákaz kouření označovaný „naráz“, podpořen farmakoterapií nebo behaviorální psychoterapií, se osvědčuje i postupná redukce množství vykouřených cigaret v průběhu měsíců doplněna o náhradní nikotinovou léčbu (18). Existují čtyři typy náhradní nikotinové léčby. Jedná se o žvýkačku s nikotinem, transdermální nikotinovou náplast, nosní sprej a ústní inhaler. Všechny tyto preparáty obsahují

desetkrát menší množství nikotinu než cigareta. Prostředky náhradní léčby lze použít samostatně nebo je kombinovat. Léčba by měla být prováděna alespoň tři měsíce a dávka nikotinu postupně snižována (74). K náhradám nikotinu lze využít také přidání farmakologické léčby Bupropionem, Nortriptylinem a Vareniklinem. Farmakologickou léčbu předepisuje lékař v Centrech pro léčbu závislosti na tabáku. V současné době jich v České republice působí devět. 171 vyškolených lékařů působí v rámci ordinací praktických lékařů, plicních ordinací a dalších. Do 30.4. 2009 pojišťovny přispívaly na léky proti závislosti na tabáku. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku se v současné době snaží o znovuoobnovení příspěvku od pojišťoven (46). Sekce sester má za cíl vyškolení sester v prevenci a léčbě závislosti na tabáku. V České republice každý rok zkusí přestat kouřit jeden milion kuřáků, protože ale většinou přestávají bez jakékoli pomoci nebo léků, podaří se to jen asi 2 % z nich. Sestry by každého takového pacienta měly vnímat jako výzvu. Oproti lékařům mají tu výhodu, že tráví s klienty více času a často jsou s nimi v nejužším kontaktu. Jejich kompetence jim plně dovolují vést edukaci klientů s tak nebezpečnou nemocí jakou je závislost na tabáku. Záleží jen na každé z nich, jak tento prostor ve prospěch svých klientů využije. V dubnu 2007 proběhl na poliklinice pražské Všeobecné fakultní nemocnice první kurz pro zdravotní sestry věnovaný metodice a prevenci léčby závislosti na tabáku. Cílem organizátorů bylo sestřím poskytnout dostatek pro ně relevantních informací o této nemoci. Sestry se dozvěděly, jak odlišit kuřáka od nekuřáka, jak pomoci při léčbě, kam se obrátit pro odbornou pomoc, či jak důležitá je role sester při odvykání kouření (51).

Doporučovat kuřákům přestat kouřit a poskytovat podporu je aktivitou celého zdravotnického systému a měla by být součástí co nejvíce jeho oblastí. To platí jak pro nemocniční či ambulantní, tak pro komunitní péči (45).

1.3.2 Fyzická aktivita

Tělesná aktivita sama o sobě je definována jako pohyby kosterního svalstva spojené s výdejem energie. Epidemiologické studie prokázaly, že sedavý způsob života zvyšuje nemocnost i úmrtnost nejen na kardiovaskulární onemocnění, ale i na řadu

dalších chorob. Mírné zvýšení tělesné aktivity u osob středního a vyššího věku prokazatelně snižuje riziko fatálních i nefatálních kardiovaskulárních onemocnění. Tělesné a tréninkové aktivity působí prostřednictvím omezení dalších rizikových faktorů (74). Energetický výdej při pohybové aktivitě je významným činitelem pro udržení zdravé tělesné hmotnosti a v předcházení léčbě nadváhy a obezity. Tělesný pohyb podporuje tvorbu aktivní tělesné hmoty a brání tím úbytku svalové hmoty. Pohybem se posilují nejen svaly, ale i kosti, ve kterých se zvětšuje obsah minerálů. Zlepšuje se efektivita práce srdce, zvětšuje se průsvit srdečních tepen (29). Pravidelná tělesná aktivita stimuluje tvorbu kolaterál v srdečním oběhu a brání tak vzniku infarktu myokardu nebo náhlé smrti při epizodickém mimořádně vysokém tělesném zatížení (74). Podle důkazní úrovně číslo 1 (příloha 5) snižuje krevní tlak, hladinu krevních tuků kromě HDL cholesterolu. Snižuje potřebu inzulínu a stabilizuje látkovou výměnu cukrů. Fyzická aktivita také zvyšuje odbourávání tuků z tukových zásob, zvyšuje netukovou hmotu, zlepšuje dodržování dietního režimu a má pozitivní vliv na dlouhodobé udržení váhy, zlepšuje pocit celkové pohody a sebedůvěry, potlačuje úzkost a depresi, důkazní úroveň číslo 2 (příloha 5) (29, 75). Zvýšení tělesné zdatnosti vede k posílení svalové síly, obratnosti, vytrvalosti a aerobní kapacity. Zvyšují se imunitní funkce a fibrinolýza a dochází ke snížení agregace destiček. Snížení sympatické aktivity chrání myokard proti vlivu katecholaminů a brání komorovým arytmiím. Vytváří se psychologický pocit zdraví (74).

Evropská doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v praxi doporučují u zdravých osob každodenní tělesnou aktivitu 30 až 45 minut do úrovně 60 až 75 % maximální aerobní kapacity (11), nebo 60 až 75 % maximální tepové frekvence (29). Maximální aerobní kapacita vyjadřuje objem kyslíku, jenž je člověk při maximálním výkonu schopen zpracovat ke tvorbě energie. Více kyslíku spotřebovaného ve svazech znamená více energie vytvářené efektivním aerobním způsobem, méně odpadních látek a tím i vyšší výkon a oddálení únavy (78). Maximální tepová frekvence se vypočítá tak, že od čísla 220 odečteme náš věk (29). Starší osoby a jedinci s vysokým rizikem kardiovaskulárních chorob musí vycházet z komplexního klinického vyšetření včetně zátěžového testu (11).

Mezi časté ošetrovatelské diagnózy v oblasti fyzické aktivity patří riziko intolerance v důsledku arytmií. Projevuje se stížností pacienta na únavu nebo slabost, zhoršenou tolerancí námahy nebo námahovou dušností. Objektivně sestra zjistí abnormální odpověď tepové frekvence a změny na elektrokardiografu. Cílem ošetrovatelského procesu je zmírnění nebo ústup příznaků nesnášenlivosti aktivity a rozpoznání faktorů ovlivňujících nesnášenlivost a odstranění nebo omezení jejich vlivu. Sestra si všímá faktorů které se podílejí na únavě, posuzuje emoční vlivy. Zaznamenává naměřené hodnoty před námahou, během ní a po jejím skončení. Spolu s fyzioterapeutem a lékařem upravuje aktivitu, aby nedocházelo k přetěžování pacienta. Při plánování péče dbá, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek. Pacienta a jeho blízké informuje, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat příznaky vedoucí k nutnosti snížit úroveň aktivity (65).

Dnes dává většina odborníků přednost pohybovým aktivitám formou chůze, severské chůze nebo-li Nordic Walking, lyžařské turistiky, jízdou na kole, plavání a kondičních posilovacích cvičeních. Podle současných doporučení a důkazní úrovně 2 (příloha 5), by lidé bez ohledu na věk, měli mít 30 až 60 minut fyzické aktivity střední intenzity, to je rychlá chůze po většinu, ne-li všechny dny v týdnu (75). Téměř v každém větším fitness klubu existuje program s názvem Kardio trénink. Je to vytrvalostní cvičení ke kterému slouží různé typy strojů jako běžecké pásy, steppery nebo rotopedy. Do takovéto aktivity se může zapojit každý, ať už ve formě skupinové nebo s osobním trenérem. V České republice také pracuje nemnoho Center pro podporu a kondici kardiologických pacientů, která také směřují své pohybové aktivity tímto směrem a fyzická aktivita je zde v kompetenci fyzioterapeutů a rehabilitačních lékařů.

1.3.3 Dieta pro prevenci kardiovaskulárních chorob

Výzkum preventivního vlivu výživy na morbiditu a mortalitu začal na konci 2. světové války. V 50. letech Ancel Keys přesně formuloval první doporučení pro dietní prevenci, ve kterém zdůraznil, že taková dieta předpokládá především omezení spotřeby tuku a preferenci tuků rostlinných a snížení spotřeby živočišných tuků.

Postupným získáváním důkazů od 60. do 90. let se do popředí prosazuje středomořská dieta (příloha 6). To bylo umožněno hlavně rozšířením poznatků o mechanismu aterosklerózy a vlivu jednotlivých frakcí cholesterolu (60). V současné době probíhá program FLAIR-FLOW 4, podporovaný Evropskou komisí zaměřený na středomořskou dietu (příloha 6). Má pomoci odhalit vztah stravování a zdraví a je zaměřen na sledování zdravotních přínosů lokálních potravin z vybraných oblastí Středomoří z jižní Itálie, jižního Španělska a Řecka. Středomořská dieta je studována již řadu let a tyto výzkumy pomohly objasnit biochemické mechanismy působení některých přirozeně se vyskytujících látek potravin, například flavonoidů obsažených v čaji, cibuli, bobulovitém ovoci, mononenasycených mastných kyselin, které jsou v olivovém oleji. Velmi málo je však známo o vlivu regionálně pěstované zeleniny, plodin a specifických potravinářských výrobků na zdraví (27).

1.3.3.1 Ošetrovatelské intervence u dietních doporučení

V ošetrovatelských intervencích sestra spolu s nutričním terapeutem doporučuje jedincům se zvýšenou koncentrací LDL cholesterolu, soustředit se na omezení příjmu alimentárního cholesterolu (příloha 7). Znalosti o vulnerabilním, tedy zranitelném, aterosklerotickém plátu vysvětlují, že tento bezprostřední vliv snížení LDL cholesterolu se uplatní velice brzy a pravděpodobnost ruptury plátu se mění po relativně krátké změně koncentrace tohoto cholesterolu. Postupně s probíhajícími výzkumy se do popředí zájmu odborníků dostal vliv saturovaných mastných kyselin (60). Spotřeba nasycených mastných kyselin v České republice je zhruba dvojnásobná než jsou doporučené výživové dávky. Další ošetrovatelskou intervencí sestry je upozornění pacienta s kardiovaskulárním onemocněním na nutnost ovlivňování stravovacích návyků nejen jeho, ale i u jeho rodiny. Tato problematika byla uveřejněna v srpnu 2007 Niinikoskim a spol. v rozsáhlé studii zahrnující děti do 14 let. Byl definován příjem tuku kontrolované skupiny v rozmezí 30 až 35 %, přičemž nasycené mastné kyseliny tvoří maximálně jeho jednu třetinu (6). Význam omega-3 kyseliny alfa-linoleové společně s omega-6 kyselinou linolovou vyšel najevo při studiu životního stylu Eskymáků. Mezi nimi se nevyskytovaly nemoci srdce a cév, artritidy, lupénka a to

i přes vysokou konzumaci tuků v lososech a tuleních. Tuky, které jsou v nich obsaženy, jsou omega-3 mastné kyseliny. Obě patří k polynenasyceným kyselinám, organismus neumí tyto dvě kyseliny vyrobit, jsou esenciální, proto je musíme přijímat v potravě. Sestra edukuje pacienta o zdrojích omega-3, jsou to tučné ryby tuňák, losos, sardinky, olej z tresčích jater, mořské plody a zvěřina. V rostlinných zdrojích se nachází omega-3 v avokádu, cizrně, dýňových semenech, vlašských ořechách. Nadbytek omega-6 kyseliny lidskému organismu škodí, jejími nejbohatšími zdroji je červené maso, mléčné výrobky vaječný žloutek a rostlinné oleje. V současné stravě dosahuje poměr omega-6 a omega-3 až 20:1, oproti dřívějšímu vhodnějšímu poměru 4:1. Vhodný poměr se nachází pouze v Japonsku a ve Středomoří (21). Mechanismus účinku omega-3 zahrnuje komplex kardioprotektivních účinků, které se podílejí na snížení rizika náhlé smrti a rizika maligních arytmií. V rámci sekundární prevence u pacientů s prodělaným kardiovaskulárním onemocněním sestra doporučí přidávat omega-3 v doplňcích stravy a přednostně z rybích olejů (36).

Pro vyvážený příjem a výdej energie se při sestavování skladby stravy sestra soustředí spolu s pacientem na preferenci ryb a masa s nižším obsahem tuku oproti masu vepřovému, nízkotučných mléčných výrobků, z viditelných tuků upřednostní tuky rostlinné (6). Riziko kardiovaskulárních chorob snižují kromě vlákniny další složky potravy, zejména vitaminy, minerály, flavonoidy, fytoestrogeny, omega-3 mastné kyseliny. Obdobný příznivý účinek v některých studiích vykazovaly i luštěniny, a také ořechy či mandle (22). Vyvážená a pestrá strava zaručuje příjem všech důležitých nutrientů a přiměřená tělesná aktivita přispívá k celkové vitalitě. Do ošetřovatelských intervencí zahrnuje sestra poučení o nutnosti všimnout si značení a údajů na obalech. Informací o výživovém složení přibývá a stávají se přehlednější. Je potřeba si uvědomit, že za většinu civilizačních onemocnění v dnešní době odpovídají hlavně čtyři klíčové složky potravy. Vedle tukových komponent nasycených tuků a trans-izomerů mastných kyselin jsou to cukr, představující prázdné kalorie a riziko obezity, a nadměrný přívod soli, která se podílí na vzniku hypertenze (6). Mírná konzumace alkoholu má na výskyt kardiovaskulárních chorob rovněž příznivý vliv. Tento účinek se přisuzuje zejména zvýšení koncentrací HDL cholesterolu, snížení koncentrace fibrinogenu, ovlivnění

agregace destiček a protizánětlivému účinku. Určitou roli mohou hrát polyfenoly obsažené v červeném víně. Stále musí mít sestra na paměti možnost vzniku závislosti a hepatopatie (69). Současná doporučení jsou ve všech směrech opřena o dostatečné teoretické poznatky o metabolických regulacích a výsledky klinických a epidemiologických studií. Poslední dietní doporučení, která jsou přijímána po celém světě, pak zdůrazňují, že místo soustředění se na jednotlivé složky, je lepší soustředit se na konzumaci celkově zdravé diety a zdravotní životní styl po celou dobu života (60).

1.3.4 Životní styl a ošetřovatelské strategie v primární i sekundární prevenci

Všechny výše uvedené rizikové faktory patří do skupiny faktorů životního stylu. Současně se podílejí na rozložení biochemických a fyziologických faktorů. Individuální riziko je potom dáno interakcí mezi faktory životního stylu dané osoby, osobními charakteristikami a genetickými faktory (74). Některé naše i zahraniční studie ukázaly, že je možné vhodným životním stylem bez farmakoterapie významně snížit rizikové faktory u civilizačních chorob (64).

Faktor životního stylu patří do oblasti primární i sekundární prevence. V plánování ošetřovatelských strategií sestra usiluje o změnu nevhodného životního stylu pacienta. V primární prevenci se zaměří na omezení kuřáckých návyků v populaci, ovlivnění stravovacích návyků populace, podporu zvýšení fyzické aktivity, podporu výzkumu, zaměřeného na prevenci. Zapojuje se do monitorování výskytu kardiovaskulárních rizik a chorob v populaci, celkové i kardiovaskulární morbidity a důležitá je i spoluúčast ve speciálních primárně preventivních programech. V rámci ošetřovatelského procesu sestra realizuje u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním prevenci sekundární. Dodržování zásad sekundární prevence je nezbytné pro účelnou léčbu kardiovaskulárních onemocnění. Tyto zásady si můžeme rozdělit na opatření režimová a opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů jejich léčbou. Mezi režimová opatření patří zásady uplatňované v primární prevenci, dále je nutné též informovat o příznacích život ohrožujících onemocnění a o postupu v takovém případě. Na uplatňování zásad sekundární prevence a racionální farmakoterapie se podílejí všechny složky kardiologické péče (12, 35).

Nefarmakologická léčba je sice ve všech doporučeních uváděna na prvním místě, v praxi jsou však s jejím zaváděním největší obtíže. Evropská kardiologická společnost vytvořila program EuroAction, který vznikl na podkladě poznatků ze studií EUROASPIRE I a II, s cílem naučit populaci osvojit si názor, že zdravý životní styl sníží kardiovaskulární riziko a nekouření je jednou ze základních podmínek prevence (70). Dalšími ošetřovatelskými strategiemi je nutnost osvojit si zdravé stravovací návyky, pravidelně se věnovat tělesným aktivitám spojených s chůzí, znát svůj krevní tlak, cholesterol, vyrovnat se s emočními stresovými faktory, naučit se relaxovat, uvažovat pozitivně, a učit se zvládat úzkost a depresi. Tato doporučení by si zasloužila širší propagaci a hlavně programy komplexní pomoci v naší společnosti, která se s nedůvěrou dívá na jakýkoliv program organizovaný náboženskou nebo nekomerční organizací (4, 70). Přínosné by mohlo být širší zapojení sester do preventivních programů, protože sestra tráví s pacienty více času než lékař a obvykle má s pacientem i užší kontakt. Pomáhá mu při plnění jeho potřeb a nahrazuje společenské vztahy. Komunikace mezi sestrou a pacientem je řízena a vedena tak, aby vedla k identifikaci potřeb pacientů a k poznání, jak lze uspokojit potřeby způsobem, který je pro pacienta přijatelný. Sestra pracuje s nemocným jako s aktivním účastníkem týmové práce zdravotníků (35).

1.3.5 Obezita

Obezita je charakterizována zvýšeným ukládáním tukové tkáně v určitých částech těla. V mezinárodním seznamu diagnóz je uvedena pod číslem E66. Celosvětově je uznaná za nejrozšířenější metabolické onemocnění, dosahuje v rozvinutých i rozvojových zemích epidemických rozměrů, týká se nejen dospělých, ale i dětí a dospívajících. Světová zdravotnická organizace prohlásila obezitu za globální epidemii a jeden z největších zdravotních problémů současnosti (75). Je potvrzena vyšší úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění u osob s body mass indexem nad 25kg/m² a nižší fyzickou aktivitou než u osob s normální hmotností a vyšší fyzickou aktivitou (1). Americká populační studie National Health and Nutrition

Examination Survey udává 2,9násobné riziko hypertenze u jedinců s nadváhou oproti jedincům s žádoucí hmotností. Riziko obezity spojené s hypertenzí je závažnější v mladším věku. Ve framinghamské studii byl pokles hmotnosti o 15 % provázen poklesem krevního tlaku o 10 % (73). Prevalence obezity rychle roste, takže v roce 2010 lze očekávat postižení 150 milionů dospělých a 15 milionů dětí. Nadváha a obezita odpovídají u dospělých obyvatel Evropy za zhruba 80 % případů diabetu mellitu 2. typu, 35 % onemocnění ischemickou chorobou srdeční a 55 % onemocnění hypertenzí. Tyto nemoci jsou každoročně příčinou více než 1 milionu úmrtí a 12 milionů případů poškozeného zdraví. Podle odhadů je každé 13. úmrtí v Evropské unii spojeno s obezitou nebo nadváhou. To bylo základem pro vznik Evropského doporučení pro léčbu obezity dospělých. Tato doporučení se opírají o důkazy, a také zakládají jednotnější přístup k péči o obezitu v Evropě. Cílem je poskytnout lékařům, zákonodárcům, organizátorům zdravotnictví a poskytovatelům zdravotní péče základy správné klinické praxe v léčbě obezity. Doporučení vznikala po prostudování národních doporučení pro obezitu řady evropských zemí. Současně byly použity k vypracování praktických doporučení přístupy přísně založené na důkazech. Takto bylo postupováno vzhledem k dobře známým omezením obezitologické literatury ve vztahu k řešenému úkolu. Každé doporučení zahrnuje úroveň důkazů 1 až 4 a nebo stupeň A, B, C nebo D na základě Scottish Intercollegiate Guidelines Network (příloha 5) (75). K hlavním příčinám obezity patří dědičnost, která tvoří 40 až 60% podíl, to ale znamená, že nikdo není předurčen k trvalé nadváze nebo obezitě. Dalšími příčinami jsou nedostatek pohybu, nezdravá výživa, přejídání (21). Naše populace překračuje nutný energetický příjem o 20 až 30% denně (1). Mezi další příčiny patří umělá sladidla, alkohol ve vyšším množství, restriktivní diety, některé léky, porucha funkce jater, snížená funkce štítné žlázy, psychický a fyzický stres, příliš mnoho spánku, hormonální poruchy a nerovnováha, menopauza (21). Za důležité vlivy je pokládáno nižší socioekonomické postavení. Obézní jedinci mají zhoršenou kvalitu života pro řadu zdravotních a psychosociálních problémů a rizik uvedených v příloze 8. Obezita nebo nadváha, vzniklé v mladším věku, mají horší prognózu než obezita vzniklá v dospělosti.

Abdominální typ obezity, který připomíná tvarem jablko, znamená ukládání tukové tkáně v břišní dutině a na horní polovině hrudníku, je spojen s vysokým rizikem kardiovaskulárních chorob (důkazní úroveň 1 podle přílohy 5). Tento typ se také někdy uvádí jako centrální typ obezity, je spojen s inzulínovou rezistencí, bývá součástí metabolického syndromu a vede k předčasnému rozvoji aterosklerózy. Jde o typ obezity vyskytující se převážně u mužského pohlaví (74). Mezinárodní diabetické federace definuje centrální obezitu též nazývanou viscerální, androidní, u Evropanů obvodem pasu 94 cm u mužů a 80 cm u netěhotných žen (důkazní úroveň 3 uvedená v příloze 5) (75). Typická pro ženské pohlaví je obezita podobající se tvarem k hrušce. Tuková tkáň se ukládá na hýždě a stehna. Tento typ je označován jako periferní obezita a není spojen s vyšším rizikem kardiovaskulárních chorob. Pro určení typu obezity slouží index waist to hip ratio (74). Je to poměr obvodu pasu měřeného uprostřed vzdálenosti mezi horním okrajem lopaty kosti pánevní a dolním okrajem posledního žebra a obvodu boků mezi spina iliaca anterior superior. Je-li index větší než 0,85 u žen a 0,9 u mužů, lze považovat distribuci tuku za abdominální obezitu (74, 75). Nejčastěji používaný je body mass index, který definoval Belgičan A. Quetelet. Vypočítá se vydělením tělesné hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky v metrech (2). U dospělých od 18 let věku je obezita definována jako body mass index větší nebo roven 30 kg/m^2 a nadváha jako body mass index v rozmezí 25 až $29,9 \text{ kg/m}^2$. Na této definici se shodují všichni odborníci (2, 21, 57, 74, 75, 78) a důkazní úroveň 1 podle přílohy 5. Nejvýstižnější mírou obezity je obsah tukové tkáně v organismu. Nejméně polovina tuku je v podkoží a pod kůží, provádí se měření podkožního tuku na deseti kožních řasách. Mnozí lidé s nadváhou se v průběhu dalšího života stanou obézními.

Protože se jedná o nemoc, základním je vyšetření obézního pacienta. Je důležité získat podrobnou anamnézu. Základními anamnestickými informacemi je etnikum, rodinná anamnéza, stravovací návyky, vzorce jídla a možná přítomnost poruch příjmu potravy, onemocnění zahrnující záchvatovité přejídání, syndrom nočního u jídání, bulimie, přítomnost deprese a jiných poruch nálady, fyzická aktivita, faktory genetické, léky, endokrinní poruchy, psychosociální faktory, chronický stres, zanechání kouření, zdravotní důsledky obezity podle přílohy 8, očekávání pacienta a motivace ke změně.

Při tělesném vyšetření sestra zváží obézního a změří výšku pro výpočet body mass indexu (75). Změří krevní tlak přiměřeně širokou manžetou (82), změří obvod pasu a boků. Ze získaných hodnot sestra vypočítá index waist to hip ratio. Měření hmotnosti a výšky s výpočtem body mass indexu a měření obvodu pasu a boků je nedílnou součástí preventivní prohlídky u praktického lékaře, nebo by mělo být provedeno v rámci ostatních vyšetření u praktického lékaře nejméně jednou ročně (23). Hodnotí se přítomnost a důsledky nemocí spojených s obezitou. Patří sem diabetes mellitus, hypertenze, dyslipidemie, kardiovaskulární a respirační onemocnění, postižení kloubů, nealkoholické tukové postižení jater, poruchy spánku a další. Jsou to vyšetření doporučená na základě správné klinické praxe uvedené v příloze 7. Z laboratorních vyšetření provede sestra odběr glykémie nalačno, lipidový profil v séru, kyseliny močové, funkce štítné žlázy, jaterní enzymy. Při podezření na obezitu jako sekundární nemoc při hypotalamickém onemocnění nebo Cushingově syndromu se odešle klient na endokrinologické vyšetření. Ultrazvukové vyšetření jater, pokud jaterní funkční testy vykazují patologii (75).

1.3.5.1 Ošetrovatelské intervence a léčba obezity

Snížení tělesné hmotnosti se doporučuje u obézních jedinců při body mass indexu větším než 30 kg/m^2 nebo u jedinců s nadváhou body mass index $25,0$ až $29,9 \text{ kg/m}^2$ i u jedinců s abdominální obezitou při obvodu pasu větším než 102 cm u mužů a větším než 88 cm u žen. Snižování tělesné hmotnosti je úspěšnější s odbornou podporou, vyžaduje i silnou motivaci ze strany jedince (11). V první fázi hubnutí dojde k rychlému snížení hmotnosti nejčastěji o 5 kg , což se pozitivně projeví na rizikových faktorech. V další fázi sestra svými intervencemi doporučí hubnutí dlouhodobě a co nejvíce, aby dosáhli obézní co nejlepšího efektu v prevenci kardiovaskulárních chorob (74). Léčba obezity se přizpůsobuje věku, stupni nadváhy a přítomnosti dalších onemocněních. Je nutné zdůraznit, že nejde jenom o krátkodobou dietu, ale o celoživotní změnu (73). Cílem ošetrovatelské péče je omezit příjem potravin s cílem redukce váhy, zvýšit pohybovou aktivitu, motivovat obézní k redukci váhy a udržet přiměřenou váhu dlouhodobě (68). Změna vyžaduje znalosti, motivaci a pevnou vůli.

Při krátkodobé dietě sestra musí svými intervencemi upozornit na nebezpečí nedostatku vitamínů, iontů a stopových prvků, které je především při velké restrikcí energetického příjmu. Prudký pokles hmotnosti je spojen s efektem rychlého návratu k výchozí hodnotě. Jedinec by měl vždy před zahájením redukce hmotnosti začít self-monitoringem. To znamená, že si vede přesné záznamy o tom, co, kdy, a kolik toho snědl (příloha 9), jak se pohyboval a zapisuje i tělesnou hmotnost (příloha 10). Takto vedené záznamy, umožňují kvalitní posouzení stravy. Na základě těchto záznamů se analyzují chyby (74). Pokud je pacient léčen v Obezitologickém centru nebo poradně, před zahájením léčby vyplňuje ještě Dotazník jídelních zvyklostí (příloha 11), Dotazník podle Becka (příloha 12) a anamnestický dotazník (příloha 13). S těmito vyplněnými dokumenty přichází do centra ke konzultaci (20). Pro sestru jsou tyto lidé náročnými pacienty, hlavně z důvodu omezené pohyblivosti. Je zde také větší nebezpečí vzniku dekubitů a opruzenin. Další intervencí bývá předepsaná redukční dieta, která je pro řadu z nich velkým problémem (68). Intervencemi upozorňuje sestra na vhodný stravovací režim, pomocí něhož lze dosáhnout snížení energetické vydatnosti stravy, zmenšení porcí, zařazení snídaně a zrušení jídla v pozdních odpoledních a nočních hodinách (75).

Ze záznamů se zjistí příjem energie. Výdej se zjistí pomocí kalorimetru, nebo výpočtem podle tabulek (příloha 14). Při redukci hmotnosti je žádoucí, aby výdej byl větší než příjem (78). Doporučený stravovací režim pro redukci hmotnosti, přizpůsobený potřebám pacienta, obvykle znamená energetický deficit 2500 kJ tedy 600 kcal/den důkazní stupeň A, B podle přílohy 5 (75). Další významné hodnoty, které je nutné sledovat je přijatý cholesterol, vláknina, vápník a vitamíny (78). Doporučení stravy s nízkým obsahem energie může vyžadovat zapojení nutričního terapeuta. 15 až 30% snížení energetického příjmu oproti zvyklému příjmu u váhově stabilního jedince je dostatečné a přiměřené (75). Sestra ošetrovatelskými intervencemi upozorní na časté zlozvyky, kterým je třeba se vyhnout. Patří sem opakované u jídla. Nutné je omezení epizod ztráty kontroly nebo nárazového přejídání. Důležitá při jídle je taktika. Není vhodné se během jídla zabývat jinou činností. Jíst se má pomalu, dlouho žvýkat a v průběhu jídla odkládat příbor. Při dostavení se pocitu sytosti je nutné s jídlem

skončit (74). Cíle redukce váhy musí být realistické, individualizované a dlouhodobé. Léčba obezity také musí přinést snížení zdravotních rizik a zlepšení zdraví (75).

Prevencí a léčbou obezity se zabývá Česká obezitologická společnost. Sdružuje lékaře, psychology, zdravotní sestry a odborníky dalších profesí. Cílem společnosti je zajišťovat pregraduální i postgraduální vzdělávání v obezitologii, podporovat výzkum v oblasti obezitologie a vypracovávat doporučení diagnostiky a léčby obezity (16).

Součástí léčby obezity je také kognitivně behaviorální terapie. Sestra pomocí těchto technik pacientovi pomáhá modifikovat jeho náhled a porozumět myšlenkám a přesvědčením, týkajících se regulace váhy, obezity a jejich důsledků. Přímo ovlivňuje chování, které musí být změněno, aby mohlo dojít k úspěšnému váhovému úbytku a jeho udržení (75). V redukci hmotnosti má nezastupitelné místo zvýšení fyzické aktivity. Redukce hmotnosti dosažená racionální dietou a zvýšenou pohybovou aktivitou vede ke zlepšení rizikových faktorů a tím snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. Čím větší je redukce hmotnosti, tím větší je efekt na kardiovaskulární nemoci (74). Při hubnutí je potřeba psychické podpory ze strany rodinných příslušníků, přátel, spolupracovníků a zdravotníků. Je možné využít skupiny a kluby pro podporu léčby obezity. Velmi rozšířená je aktivita klubu STOB obezitě působící po celé republice. Činnost klubu je poradenská, pořádají redukční pobyty, pohybové aktivity ve městech kde působí, kurzy snižování nadváhy. Pro odborníky pořádají vzdělávací akce a spolupracují s obezitology, dietology a dalšími odborníky po celém světě tak, aby mohli poskytovat i přijímat stále nové informace a praktické zkušenosti. Klub také organizuje výcvik lektorů (52).

Za součást komplexní strategie léčby je považována farmakoterapie. Indikována je u těžké obezity se zdravotními komplikacemi, či k udržení redukované hmotnosti u takového pacienta (74). Chirurgické řešení je třeba brát v úvahu u pacientů ve věku od 18 do 60 let s body mass indexem větším než 40 nebo při souběžných onemocněních, u nichž lze očekávat, že pokles hmotnosti onemocnění zlepší, například diabetes mellitus 2. typu a další metabolická onemocnění, kardiorespirační nemoci, závažné postižení kloubů a s obezitou spojené psychické problémy. Chirurgické intervence vyžadují multidisciplinární přístup. Dnes nejčastěji užívanými chirurgickými výkony

jsou operace omezující potravu to jsou restriktivní výkony, jakými jsou adjustabilní bandáž žaludku proximální žaludeční bypass a tubulizace žaludku. Operace omezující vstřebávání makronutrientů, to jsou operace omezující energetickou absorpci jako biliopankreatická diverze, kombinované operace, například biliopankreatická diverze s duodenální výhybkou nebo distální žaludeční bypass s dlouhou kličkou. Očekávaný průměrný úbytek hmotnosti a dlouhodobé udržení váhy roste s operacemi, tak jak jsou zapsány za sebou (75). Pro pacienty, kterým byla provedena operace žaludku nebo mají zájem o chirurgickou léčbu těžké obezity byl založen v srpnu 2004 Banding klub. Členové se scházejí na akcích pořádaných klubem. Jsou to setkání s odborníky dietology, chirurgy, obezitology, sestrami věnujícími se této problematice, ale i pohybové aktivity různého druhu (17).

Zhubnutí a přiměřená váha jsou spojeny s mnoha pozitivními dopady na zdravotní stav. Snížení nadváhy je doprovázeno snížením rizika předčasného úmrtí, srdečně cévních onemocnění, snížením krevního tlaku, zlepšenou pružností cév, snížením zánětu, jako faktoru aterosklerózy, zvýšenou citlivostí tkání na inzulín, zvýšeným metabolismem, a tak lepším spalováním kalorií (21). Zlepšují se i sociálně psychologické aspekty, pocit sebedůvěry, ustupuje anxiozita a deprese, zvyšuje se motivace k životu, stoupá pracovní aktivita. Podle plzeňské epidemiologické studie vedla redukce hmotnosti ke snížení hypertenze a tedy i používané antihypertenzní terapie, ke snížení cholesterolu celkového i LDL cholesterolů, glykémie a ke zvýšení HDL cholesterolu (74). Je odpovědností zdravotníků považovat obezitu za nemoc a pomáhat obézním pacientům vhodnou prevencí a léčbou. Je nezbytné postupovat v záměrech správné klinické péče a s využitím intervencí založených na důkazech. Při léčbě obezity je třeba mít na zřeteli realistické cíle a nutnost celoživotního léčení (75).

1.3.6 Dyslipoproteinemie

Dyslipoproteinemie je skupina metabolických onemocnění, charakterizována změnou koncentrace lipoproteinů tedy komplexů bílkovin spojených s tukem v krvi. Významná pro kardiovaskulární choroby je změna koncentrace cholesterolu nebo

triglyceridů nebo HDL cholesterolu (76). Lipoproteiny nízké hustoty vznikají z lipoproteinů velmi nízké hustoty, které se tvoří v játrech, jsou transportéry cholesterolu pro potřeby všech buněk. Zvýšená koncentrace je příčinou aterosklerózy. Lipoproteiny vysoké hustoty transportují cholesterol od periferních buněk do jater, tím krev očišťují a brání rozvoji aterosklerózy. Jejich hladina se zvyšuje pravidelným cvičením a při fyzické práci. Triglyceridy jsou zdrojem energie pro svalovou práci a při jejich nadbytku jsou ukládány jako zásobárna do budoucnosti (44).

Genetické faktory určují schopnost organismu udržet fyziologickou koncentraci krevních lipidů i při negativních vlivech zevního prostředí. Osoby se závažnými vrozenými poruchami metabolismu lipidů mají dyslipoproteinemii i při přísném dodržování všech zásad zdravého životního stylu. Vrozené, také nazývané familiární dyslipoproteinemie, jsou velmi závažné a pro prognózu má velký význam včasná diagnostika a léčebný zásah. Nevhodný životní styl u většiny populace má za následek rozvoj dyslipoproteinemie, i když s velkými individuálními rozdíly. Přidat se mohou i vlivy sekundární. Potom vzniká dyslipoproteinemie jako důsledek dekompenzace například u diabetu mellitu. Sekundární dyslipoproteinemii mohou způsobit i léky. Jsou to diuretika, některé beta blokátory, anabolika, gestageny, kortikoidy nebo hormonální antikoncepce. V těhotenství a do půl roku po porodu je dyslipoproteinemie fyziologická (44).

Dyslipoproteinemie je jedním z nejzávažnějších faktorů rozvoje kardiovaskulárních onemocnění, především ischemické choroby srdeční. Zvýšená koncentrace LDL cholesterolu, triglyceridů a snížená koncentrace HDL cholesterolu jsou nezávislými rizikovými faktory pro rozvoj aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění. Snížení LDL cholesterolů o 1 % sníží výskyt kardiovaskulární choroby zhruba o 1 až 2 %. Vyšší koncentrace HDL cholesterolu o 0,025 mmol/l znamená nižší riziko onemocnění o 3 % u žen a o 2 % u mužů (76). Zvýšená koncentrace tuku v krvi, která je nejzávažnějším rizikovým faktorem předčasné aterosklerózy, nemusí být ve vztahu k množství podkožního tuku. Dyslipoproteinemie není obezita, ale některé rysy životního stylu vedoucí k obezitě, mohou napomoci zvyšování koncentrace tuků v krvi. Koncentrace cholesterolu v krvi 5,2 mmol/l a vyšší znamená výrazné riziko vzniku

kardiovaskulárních onemocněních (44). Zhodnocení celkového rizika fatální kardiovaskulární příhody se provádí podle tabulek SCORE pro Českou republiku (příloha 1) (76). Denní příjem cholesterolu by neměl překročit 300 mg. V příloze 7 je uvedené množství cholesterolu v některých základních potravinách (44). Moderní klasifikace rozděluje dyslipoproteinemie do tří skupin. Izolovaná hypercholesterolemie charakterizovaná zvýšením celkového cholesterolu většinou ve frakci LDL cholesterolu, izolovaná hypertriglyceridemie jsou zvýšené triglyceridy v kombinaci s normální koncentrací cholesterolu a třetí skupinu tvoří kombinovaná hyperlipidemie, kdy je současně zvýšen cholesterol i triglyceridy (76). Používá se i dělení na primární a sekundární dyslipoproteinemii (44).

Diagnostika nespočívá pouze v laboratorním vyšetření, je nutné i komplexní interní vyšetření. Pro posouzení stavu a rozhodnutí o dalším postupu je nutné odebrat anamnézu s údaji o výskytu předčasné kardiovaskulární nemoci, či jiné klinické manifestace aterosklerózy v rodině a o výskytu dyslipidémie u nejbližších pokrevních příbuzných. Základní fyzikální interní vyšetření musí obsahovat také měření obvodu pasu, body mass indexu, krevního tlaku, případných šelestů nad velkými cévami. Při podezření na aterosklerózu doplníme vyšetření o zátěžovou elektrokardiografii (dále jen EKG), měření indexu kotník/paže, duplexní ultrasonografické vyšetření karotid k průkazu plátů, popřípadě měření tloušťky intima-medie karotid. Samotné vyšetření krevních lipidů se provádí opakovaně v rozmezí 1 až 8 týdnů ve stejné laboratoři. Následně je třeba pracovat s průměrnými hodnotami výsledků těchto měření (76). Sestra upozorní pacienta, aby byl před odběrem lačný 12 až 14 hodin, 2 dny vynechal alkohol. Před začátkem odběru sedí 10 minut v klidu. Vyšetření lipidů se neprovádí, pokud pacient krátce před odběrem krve změnil životní styl, došlo ke změně hmotnosti, při akutním infekčním onemocněním je nutné vyčkat alespoň 3 týdny. V období dekompenzace diabetu se odběr odloží za 3 týdny po kompenzaci (74).

Léčba dyslipoproteinemií je komplexní a cílem je optimalizace koncentrace LDL cholesterolu v krvi. Hlavním cílem léčby dyslipidemií je snížení rizika klinické manifestace kardiovaskulárních chorob a snížení kardiovaskulární a celkové mortality (76). Cílové hodnoty jsou vodítkem, pomocí něhož odhadujeme úspěšnost opatření.

Jsou určovány důkazy klinických studií, a proto je třeba je neustále aktualizovat, snižovat. Podle kategorie rizika usilujeme u nemocného o dosažení konkrétní úrovně krevního tlaku, hodnoty glykémie a koncentrace sérových lipidů uvedených v příloze 15 (79). O způsobu léčby nemocných v primární prevenci nerozhoduje pouze koncentrace krevních lipidů, ale především výše rizika úmrtí na kardiovaskulární příhodu. Farmakoterapie je indikována u těch skupin nemocných, jejichž riziko kardiovaskulárních chorob je podle tabulky SCORE větší než 5 %. U osob v sekundární prevenci, s diabetes mellitus a s familiární hypercholesterolemií by farmakoterapie měla být zahájena současně s režimovými opatřeními, u pacientů s akutním koronárním syndromem ještě během hospitalizace. U všech osob s dyslipoproteinemií je indikována intervence nefarmakologická (74, 44, 76).

Nefarmakologická intervence je shodná jako u všech rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob uvedená v předešlých kapitolách a je na základě indikace lékaře plně v kompetenci sester. Úprava životních návyků, změna diety, zavedení pravidelné pohybové aktivity, snížení nadměrné tělesné hmotnosti, prevence nebo kompenzace stresu. Na zanechání kouření se klade velký důraz, protože zvyšuje riziko aterosklerózy často více než samotná dyslipoproteinemie a snižuje koncentraci HDL cholesterolu (76). Dietní změny jsou uvedeny v kapitole 1.3.3 Dieta pro prevenci kardiovaskulárních chorob. Přehled doporučených a nedoporučených potravin je uveden v příloze 16. Zdravotník je povinen informovat svého pacienta o přínosu správného životního stylu v léčbě i v prevenci aterosklerózy, ale změnu nevhodných návyků musí pacient chtít sám; bez kladného přístupu nemocného nelze dosáhnout úspěchu (76). Pokud je zahájena léčba farmakologická, je často léčbou doživotní. Léky ovlivňující cholesterol jsou statiny, které blokují nitrobuněčnou tvorbu cholesterolu a pryskyřice. Nejnovějším typem jsou blokátory vstřebávání cholesterolu. Blokují transport cholesterolu ze střeva do buněk střevní sliznice. Používají se v léčbě s primární příčinou vysokého cholesterolu. Pro léčbu vysoké hladiny triglyceridů a celkového cholesterolu se používají fibráty (44).

1.3.7 Hypertenze jako rizikový faktor

Arteriální hypertenze svým vysokým výskytem v dospělé populaci v průmyslově vyspělých zemích, jde o 20–50 % obyvatel, představuje závažný zdravotní problém. Výskyt hypertenze v České republice v dospělé populaci ve věku od 25 do 64 let se pohybuje kolem 35 % se zřetelným nárůstem prevalence ve vyšších věkových skupinách. Hypertenze spolu s kouřením, diabetem, dyslipidemií a abdominální obezitou, je jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob. Metaanalýzy populačních studií ukázaly jednoznačnou závislost cerebrovaskulární a kardiovaskulární morbidity a mortality na výši krevního tlaku (82). Patogeneze hypertenze je multifaktoriální. Z hlediska genetického je onemocněním polygenním, na jehož vzniku se podílí řada genů. Působení genů k vývoji hypertenze je různé u jednotlivých rodových, geografických a etnických skupin. Faktory zevního prostředí se na patogenezi podílejí především nadměrným přívodem soli, nedostatečným přívodem draslíku, vápníku a magnesia, nadměrným kalorickým příjmem souvisejícím s vývojem obezity, nadměrnou konzumací alkoholu, stresovými situacemi a socioekonomickým stavem (74). Hluk z leteckého nebo pouličního provozu, jemuž jsou vystaveni v noční době spící lidé také zvyšuje krevní tlak. Na základě studie provedené na řecké Národní a Kapodistrianově univerzitě v Aténách byl zjištěn vzestup krevního tlaku při přeletu stroje o 6,2 mm Hg v případě systolického tlaku a o 7,4 mm Hg v případě diastolického tlaku. Hluk z letového provozu je i příčinou iritovanosti pacientů (25). Světová zdravotnická organizace uvádí hluk nad 55 dB za vážné obtěžování. V České republice je nadměrným hlukem obtěžováno zhruba 500 000 obyvatel (58). Z endogenních vlivů se spolu s centrálním a periferním sympatoadrenálním nervovým systémem uplatňuje celá řada humorálních působků a metabolických odchylek. Výzkumy ukazují, že hlavní příčinou je působení chronického stresu na nervový systém a přímo hypotalamus. Dochází k dysfunkci autonomních center a narušení činnosti srdce, cév a ledvin. Důležitý je také vztah chronického stresu, poruch autonomního nervového systému a poruch spánku. Spánkové apnoe zabraňuje nočnímu poklesu krevního tlaku a regulační systém tak

nenastaví svoje spodní limity, organismus přichází o svoje hlavní regenerační mechanismy. Současné poznatky klinického výzkumu prokázaly, že pacienti s obstrukční spánkovou apnoí mají velmi těžce korigovatelnou hypertenzi, ale také vysoké riziko závažných kardiovaskulárních chorob. Dochází k poruchám emočního chování, výskytům deprese a sexuálním dysfunkcím. Na patogenezi hypertenze se podílejí také odchylky v elektrolytových mechanismech, především defekt vylučování sodíku. Vztah mezi hypertenzí a renálním postižením je oboustranný. Renální parenchymatózní postižení vede k hypertenzi a neléčená hypertenze zhoršuje progresi renálních změn. Ve všech stádiích hypertenze hraje významnou roli tloušťka intimy a média a poměr stěny cévní k jejímu průsvitu. Cévní stěna u hypertonika má menší vazodilatační odpověď (74). Hodnocení rizika fatálního kardiovaskulárního onemocnění podle tabulky SCORE (příloha 1) vychází z hodnot systolického tlaku. Čím je systolický tlak a hodnota celkového cholesterolu vyšší, tím je vyšší i riziko. Riziko kardiovaskulární choroby se tedy zvyšuje se zvyšujícím se krevním tlakem.

Rozhodnutí o zahájení léčby však nezávisí jenom na výši krevního tlaku, ale na posouzení celkového kardiovaskulárního rizika a postižení cílových orgánů. Vysoký krevní tlak poškozuje orgány několika mechanismy. Jedná se o hypertrofii levé komory srdeční, sonograficky prokázané ztlustění arteriální stěny karotid nebo přítomnost aterosklerotického plátu a mírný vzestup sérové koncentrace kreatininu s mikroalbuminurií (11). Za arteriální hypertenzi označujeme opakované zvýšení krevního tlaku nad 140/90 mm Hg naměřené minimálně při dvou různých návštěvách. Vedle této systolicko diastolické hypertenze je nutno diagnostickou a léčebnou pozornost věnovat i izolované systolické hypertenzi, definované jako systolický krevní tlak větší nebo roven 140 mm Hg a současně diastolický krevní tlak menší než 90 mm Hg. Klasifikace jednotlivých kategorií krevního tlaku je uvedena v příloze 17 (82).

Hypertenzi rozlišujeme na primární a sekundární. U primární hypertenze známe řadu patogenetických faktorů, ale neznáme vlastní etiologickou příčinu. U sekundární hypertenze je zvýšení krevního tlaku symptomem jiného primárního onemocnění. Primární hypertenze je provázena vysokým počtem komplikací, který je podstatně větší než u sekundárních forem hypertenze. Primární hypertenzi diagnostikujeme vyloučením

příčiny sekundární hypertenze. Sekundární hypertenze tvoří 5 % hypertenzní populace. Odlišení primární a sekundární hypertenze je důležité pro léčbu (74). Dříve používané třídění podle třech vývojových stadií bylo ponecháno jako určité, avšak ne zcela přesné vodítko pro indikace lázeňské léčby a pro revizní lékaře. Česká společnost pro hypertenzi však už tuto starší klasifikaci nepoužívá (82).

U každého nemocného s nově zachycenou hypertenzí se odebere rodinná a u žen gynekologická anamnéza, provede fyzikální vyšetření včetně palpce a auskultace velkých tepen. Krevní tlak při první návštěvě se měří vestoje a vsedě na obou horních končetinách. Sestra provede základní odběry na stanovení sérové hladiny sodíku, chloridů, draslíku, kyseliny močové, kreatininu, c-reaktivního proteinu a lipidového spektra. Stanoví se hodnoty glykémie a krevního obrazu, chemický rozbor moče a sedimentu. U všech hypertoniků provedeme elektrokardiografické vyšetření. K doporučeným testům podle České společnosti pro hypertenzi dále patří echokardiografické vyšetření (67). Vzhledem k výpovědní hodnotě echokardiografie pro průkaz hypertrofie levé komory srdeční by bylo vhodné provádět toto vyšetření u všech hypertoniků. Vzhledem k výskytu hypertenze to však není v současné situaci ekonomicky únosné. Proto se doporučuje provádět echokardiografické vyšetření u pacientů se závažnější hypertenzí, hypertenzí špatně reagující na léčbu, při společném výskytu s ischemickou chorobou srdeční a při nejistých známkách hypertrofie levé komory na elektrokardiografu. Přítomnost hypertrofie nebo dysfunkce levé komory může být rozhodující při zahájení léčby (82). Další vhodná vyšetření jsou ultrazvukové vyšetření karotid a femorálních tepen, vyšetření očního pozadí a kvantitativní proteinurie v případě positivity u základního vyšetření moče. Při komplikované hypertenzi by měli být hypertonici vyšetřeni na specializovaném pracovišti s možností podrobnějších hormonálních vyšetření reninu, aldosteronu, katecholaminů a zobrazovacích metod arteriografie, magnetické rezonance ledvin a nadledvin (83). U diabetiků se vyšetří mikroalbuminurie.

Technice měření krevního tlaku věnuje sestra velkou pozornost. Měření se provádí v ordinaci u sedícího pacienta po 10minutovém uklidnění na paži. Při první návštěvě pacienta měříme na obou pažích s volně podloženým předloktím ve výšce

srdce. Jako zlatý standard se užívá stále konvenční rtuťový tonometr s přiměřeně širokou a dlouhou manžetou, při obvodu paže do 33 cm obvykle manžeta šíře 12 cm, u paže s obvodem 33 až 41 cm manžeta šíře 15 cm a u paže nad 41 cm manžeta šíře 18 cm (82). Manžetu přikládá sestra souměrně a pevně na obnaženou paži. Fonendoskop přikládá do kubitální jamky do místa zřetelného tepu na arteria brachialis na ulnární straně. Vypouštění vzduchu je plynulé a pomalé. Systolický tlak se odečítá při zachycení první Korotkovovy ozvy. Diastolický krevní tlak odečítáme u dospělých i u dětí při vymizení ozev, to je V. fáze Korotkovových fenoménů. U těhotných žen, dětí a pacientů s vysokým minutovým srdečním objemem nebo s periferní vazodilatací odečítáme při IV. fázi Korotkovových fenoménů při náhlém zeslabení ozev (65). Měření se provádí 3krát a vychází se z průměru 2. a 3. měření. Při kontrolních vyšetřeních se měří krevní tlak vždy na stejné paži, na které byl při vstupním vyšetření naměřen vyšší krevní tlak. Měření tlaku vestoje je důležité u starších nemocných a diabetiků s hypertenzí pro častější možnost ortostatické hypotenze. Měření vestoje se provádí po jedné, respektive po pěti minutách vzpřímené polohy, manžeta s tonometrem je rovněž v úrovni srdce a paže podepřena jako při měření vsedě. U mírné hypertenze se měření opakuje v rozmezí 1 až 3 měsíců, při závažné hypertenzi v kratším odstupu (82). Existuje mnoho faktorů, které naměřené hodnoty ovlivňují (příloha 18) (85).

Podle výsledků studií Centra pro výzkum, diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pouze jedna čtvrtina všech nemocných je adekvátně sledována a léčena. Tyto neuspokojivé výsledky jsou ale i v západních a dalších vyspělých zemích, kde se počet kompenzovaných hyperteniků pohybuje okolo 10 až 25 %. Právě specializovaná centra se svými možnostmi by měla přispět ke zlepšení kontroly a diagnostiky hypertenze. Kvůli multidisciplinární problematice arteriální hypertenze se na diagnostice a léčbě podílí několik specialistů v rámci Všeobecné fakultní nemocnice Kvalita poskytované péče byla v roce 2006 oceněna Evropskou společností pro hypertenzi a Centru pro výzkum, diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze byl udělen status Hypertension Excellence Centre. K získání tohoto statutu je potřeba splnit přísná kritéria odborná, personální, publikační, materiálového vybavení a mezinárodního

renomé. V České republice je držitelem tohoto statutu pouze šest Center. V Německu existují do roku 2007 čtyři Centra s tímto statutem (59).

1.3.7.1 Ošetrovatelské intervence při léčbě hypertenze

Rozhodujícími faktory pro léčbu hypertenze jsou hodnoty systolického a diastolického tlaku, celkové kardiovaskulární riziko a přítomnost či nepřítomnost poškození cílových orgánů (74). Léčba hypertenze je dlouhodobá, měla by mít minimum vedlejších účinků s ohledem na další onemocnění pacienta. Sestra provádí u hypertoniků edukaci, motivující pacienta ke spolupráci a dodržování léčby. U velké části hypertoniků se nevyskytují žádné subjektivní potíže, což vede k nedodržování léčebného režimu. Sestra aplikuje ošetrovatelské intervence, proto aby pacient znal projevy možných komplikací. Ošetrovatelskými intervencemi seznamuje sestra pacienta se základními prvky životosprávy a dietního režimu. Jedním z cílů ošetrovatelského procesu je zvýšení účasti pacienta na vlastní ošetrovatelské péči. Nejdříve sestra posoudí ochotu pacienta učit se a jeho individuální potřebu znát, co je to hypertenze. Určí s pacientem jeho priority, to je znát hodnotu krevního tlaku, rizikové faktory a správnou léčbu. Stanoví rozsah a formu edukace. Naučí pacienta, nebo jeho blízké, správnou techniku měření krevního tlaku. Zdůrazňuje jeho aktivní roli v edukaci a léčbě. Vede pacienta k posílení zdraví, předává informace o Centrech pro kondici kardiologických klientů (65).

Základem léčby hypertenze je stále na prvním místě nefarmakologická intervence (67). Nefarmakologické intervence jsou ošetrovatelské intervence zaměřené na snížení tělesné hmotnosti, dieta podle studie Dietary Approaches to Stop Hypertension, redukce příjmu soli, fyzická aktivita a úprava příjmu alkoholu. Vhodné je ovlivnit další rizikové faktory aterosklerózy, především hyperlipoproteinémií a kouření. Omezují se také léky podporující retenci soli a vody, patří sem nesteroidní antirevmatika, sympatomimetika, kortikoidy a u citlivých žen s hypertenzí steroidní antikoncepce. Velice efektivní je kontrola tělesné hmotnosti. U řady pacientů s mírnou hypertenzí může normalizace tělesné hmotnosti vést současně i k normalizaci krevního tlaku (83). U osob s normální hmotností se hypertenze vyskytuje v 8 až 10 %, u osob

s nadváhou v 15 až 17 % a u obézních v 28 až 35 % (73). Další nefarmakologickou zásadou je omezení soli. I když je známé, že ne všichni jsou citliví k vlivu soli na krevní tlak, nepřisolování jídla bez předchozího ochutnání, by mělo být samozřejmostí. Velké množství potravin má také sůl skrytou. Patří sem uzené a masové výrobky, paštiky, sýry a máslo, slané pečivo a další potraviny (57). Z metaanalýzy studií provedené v roce 2003 MacGregorem vyplývá vztah mezi velikostí restriktce soli a snížením krevního tlaku. Snížení o 3g soli denně vede k poklesu krevního tlaku o 3,6 až 5,6 mm Hg u systolického a 1,9 až 3,2 mm Hg u diastolického krevního tlaku. Autoři také uvádějí snížení výskytu cévních mozkových příhod o jednu třetinu a ischemické choroby srdeční o jednu čtvrtinu při radikálním snížení příjmu soli na 3 g denně. Autoři této metaanalýzy však opomíjejí životní kvalitu a adherenci nemocných k takové přísné restriktci (83). Současné doporučení pro redukci příjmu soli na 5 až 6 g denně má významný účinek na krevní tlak a kardiovaskulární onemocnění (2). Součástí ošetrovatelských intervencí je upozornění na omezení alkoholu na 20 až 30 g denně pro muže a 10 až 20 g u žen. Mezi konzumací alkoholu a hodnotami krevního tlaku je v populaci lineární vztah. U hypertoniků je nutné striktně omezit nadměrnou spotřebu alkoholu. Významná je i kalorická nálož spojená s nadměrným pitím alkoholu. S alkoholem je také spojena snížená účinnost antihypertenzní léčby a rezistentní hypertenze. V rámci nefarmakologické léčby hypertenze je nutné dosáhnout úpravy dyslipidémie. Účinek intervencí je přímo úměrný jejich dodržování (83).

Farmakologická léčba je zahájena neprodleně u všech nemocných se systolickým tlakem rovným nebo nad 180 mm Hg nebo diastolickým tlakem rovným nebo vyšším než 110 mm Hg bez ohledu na celkové kardiovaskulární riziko nebo poškození cílových orgánů (74). Léčbu vyžaduje i hypertenze starších osob nad 65 roků a izolovaná systolická hypertenze (2). Léčba je zahájena i u osob se systolickým tlakem více nebo rovno 140 mm Hg nebo diastolickým tlakem více nebo rovno 90 mm Hg a pokud je jejich riziko fatálních kardiovaskulárních příhod podle projektu SCORE (příloha 1) v následujících deseti letech větší než 5 %. U pacientů po prodělané mozkové nebo koronární příhodě, s manifestní ischemickou chorobou srdeční, chronickým renálním onemocněním, u diabetiků nebo osob s kumulací rizikových

faktorů je indikována farmakologická léčba při hodnotách krevního tlaku 130-139/85-89 mm Hg, tedy při vysokém normálním tlaku. Předpokladem léčby je co nejlepší kontrola krevního tlaku nižšího než 130/80 mm Hg, v přítomnosti proteinurie ještě nižší a to méně než 125/75 mm Hg. Cílovými hodnotami, kterých je třeba dosáhnout u diabetiků jsou hodnoty nižší než 130/80 mm Hg (74).

Antihypertenziva nemají pouze snižovat krevní tlak, ale mají snižovat kardiovaskulární morbiditu a mortalitu. Tuto vlastnost splňují antihypertenziva ze skupiny diuretik, beta-blokátory, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, dlouhodobě působící blokátory kalciových kanálů a sartany (11). Další skupina antihypertenziv jsou alfa-blokátory, centrálně působící látky a antihypertenziva s přímým vazodilatačním účinkem. Diuretika působí na vnitřním povrchu ledvinných tubulárních buněk a brání reabsorpci sodíku a vody. Beta-blokátory působí antiischemicky, snižují spotřebu kyslíku v srdci, zmírňují sympatickou oběhovou reakci na stres a zátěž, zlepšují uvolňování kyslíku do tkání působí antiarytmicky a antihypertenzivně (74). Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu mají vedle svého antihypertenzivního účinku i kardioprotektivní, vazoprotektivní a renoprotektivní účinek. Tlumí účinek cirkulujícího a tkáňového angiotenzinu II. Zlepšují prognózu u vysoce rizikových nemocných s ischemickou chorobou srdeční, centrální mozkovou příhodou, ischemickou chorobou dolních končetin nebo u diabetiků s dalším rizikovým faktorem. Mohou snižovat riziko nově vzniklého diabetes mellitus. Výběr antihypertenziv vždy souvisí s dalšími onemocněními (82). Stavy podporující užití správných skupin antihypertenziv jsou uvedeny v příloze 19. Nemocní často nebezpečí hypertenze podceňují. Až vznikem mozkové cévní příhody, infarktu myokardu, nebo srdeční selhání se projeví neléčená hypertenze. Tyto komplikace mohou trvale invalidizovat, nebo být smrtelné. Cílem musí být nejen normalizace krevního tlaku, ale také zabránění komplikacím (57).

1.3.8 Metabolický syndrom a diabetes mellitus

Metabolický syndrom se vyvíjí u osob s genetickou predispozicí při nevhodném životním stylu, při nadměrném energetickém příjmu a nedostatečné pohybové aktivitě. Podle definice z roku 1988 G. M. Reavena je charakterizován vyšším krevním tlakem, vyšší hladinou triglyceridů a nižší hladinou HDL cholesterolu v lačné plazmě (74). Poslední definice metabolického syndromu podle International Diabetes Federation z roku 2005 klade na první místo abdominální obezitu, s ní související obvod pasu u mužů více než 94 cm a u žen více než 80 cm, přítomnost triglyceridů hodnoty vyšší než 1,7 mmol/l nebo cholesterolu o vysoké hustotě menší než 1,0 mmol/l u mužů a menší než 1,3 mmol/l u žen, krevní tlak vyšší než 130/85 mm Hg a glukózu v žilní plazmě nalačno hodnota větší než 5,6 mmol/l (33). Parametr obvodu pasu a hladina triglyceridů se také nazývá triacylglycerolový pas. Přestože jsou shodné hodnoty krevního tlaku a glykémie pro muže a ženy hodnota obvodu pasu je rozdílná podle pohlaví i podle etnických skupin (73). Postupně byly k metabolickému syndromu řazeny přítomnost malých denzních částic cholesterolu o vysoké hustotě, hyperurikémie, mikroalbuminurie, porušená tolerance glukózy. Soubor faktorů zvaný metabolický syndrom představuje významný prozánětlivý, prokoagulační a proaterogenní stav, jehož riziko pro kardiovaskulární onemocnění je vyšší než riziko vzniklé prostým součtem jednotlivých rizikových faktorů (74). V naší populaci je prevalence metabolického syndromu ve věku 25 až 64 let u mužů 32 % a u žen 24 % (11). V současné době je největší potenciál v kompetenci sester a přístupu samotného pacienta, protože prevence a léčba metabolického syndromu spočívá ve změně životního stylu. Důležitým výsledkem sekundárně i primárně preventivních farmakologických studií kardiovaskulárních chorob je účinek inhibitorů angiotenzin konvertujícího enzymu a některých sartanů. Hlavní efekt těchto léků je v účinku na zlepšení endotelové dysfunkce a snížení tvorby angiotenzinu II, který zhoršuje citlivost tkání k inzulínu. V současné době probíhají studie DREAM a NAVIGATOR, zaměřené na kombinace léků pro prevenci vzniku diabetu mellitus a snížení kardiovaskulárního rizika u osob s metabolickým syndromem a porušenou glukózovou tolerancí (74).

Diabetes mellitus definuje Světová zdravotnická organizace, jako závažné metabolické onemocnění, které se projevuje hyperglykemií a poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin jako následek porušené sekrece inzulínu, porušeného účinku inzulínu, nebo obojího. Za posledních 20 let došlo v České republice ke zdvojnásobení počtu diabetiků. Bude-li dosavadní trend pokračovat, lze v roce 2010 očekávat v České republice kolem 800 tisíc diabetiků (14).

Proces aterogeneze začíná u diabetika dříve a probíhá rychleji. Cévní stěna je postižena difúzně a tepny jsou sklerotické více distálně. Tyto rysy znamenají horší prognózu kardiovaskulárních chorob u diabetika. Abnormální je u diabetiků metabolismus srdečního svalu. Diabetické srdce hůře toleruje ischemii, protože dochází k energetickému deficitu a iontovému rozvratu. Nemocný s diabetem bez klinických projevů aterosklerózy je považován za jedince se stejně vysokým rizikem pro kardiovaskulární onemocnění jako po infarktu myokardu (74). Narůstající počet chronických komplikací diabetu vede v mnoha případech ke zhoršenému pracovnímu uplatnění, a ke zvyšujícím se ekonomickým nárokům na péči o tuto skupinu obyvatelstva. Ekonomické důvody jsou proto jednou z významných příčin stále větší pozornosti věnované diabetu ve vyspělých zemích (14). Naprosto nezastupitelnou roli v léčbě diabetu mají nefarmakologická opatření, která zahrnují především změnu životního stylu (2). Sekce sester České diabetologické společnosti se zabývá komplexní a správně vedenou edukací, která umožňuje nemocným s diabetem mellitus realizovat pravidelný pohyb, dodržovat správnou dietu a nabídne i další praktické postupy zdravého životního stylu (15). Nefarmakologická intervence se shoduje s intervencí u všech ostatních rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob uvedených v předešlých kapitolách. Přísněji se posuzuje diabetická dieta. Týká se kvality i kvantity, zahrnuje rozložení jídla do celého dne a pitný režim. Jednoduché sacharidy je nutné u diabetiků výrazně omezovat. Složené sacharidy tvoří základ sacharidového příjmu diabetika a je stanovován podle celkové energie diety na 175 až 325g. Z jednoduchých sacharidů lze připustit pouze ovoce pro cennou dávku vitamínů a minerálů, je však nutné jeho množství omezit.

Léčba je vedena tak, aby se výsledky co nejvíce přiblížily cílovým hodnotám uvedených v příloze 20 a to vždy s průměrnou dávkou farmak při monoterapii nebo jejich kombinaci a při respektování všech kontraindikací léčby. Při léčbě se klade důraz na postprandiální glykémie, které významně ovlivňují dlouhodobou kompenzaci diabetu, a vedení léčby vyžaduje tudíž jejich znalost. Zvýšené postprandiální glykémie jsou rizikem rozvoje aterosklerotických komplikací. Cíle léčby však mají být vždy stanoveny individuálně se zřetelem ke stavu pacienta a přítomnosti přidružených nemocí (příloha 20) (13). Zahájením farmakologické léčby diabetu, hypertenze, dyslipidemie a obezity podle současných znalostí a možností se nemá oddalovat. Intervenční studie u diabetiků ukázaly, že hypolipidemická a antihypertenzní léčba snižují kardiovaskulární úmrtnost o 30 %. Samotná léčba hyperglykémie pouze o 15 % (73). Rádcem a pomocníkem pro diabetiky se kromě zdravotnických institucí stávají Svazy diabetiků, Kluby diabetiků, Dia kluby a další občanská sdružení zabývající se touto problematikou. Spolu s edukátorem nebo s lékařem je možné diskutovat otázky léčení cukrovky, kluby organizují rekondiční plavání pod dozorem cvičitelek. Mezi další akce patří každoroční Edukačně preventivní pobyty. Některé svazy pořádají výstavy a setkání, kde jsou pro diabetiky k dostání potraviny a výrobky, které jim pomáhají v jejich životě (15).

1.3.9 Trombogenní faktory a neovlivnitelné osobní charakteristiky

Mezi trombogenní faktory patří fibrinogen, který spolu s vyšší hladinou LDL cholesterolu, kouřením a vyšším věkem představuje vyšší riziko kardiovaskulárních chorob. Koagulační faktor VII spolu triglyceridy a inhibitor trombolýzy značený PAI-1 přítomný s metabolickým syndromem jsou také rizikovými faktory (72). Řadíme sem i Leidenskou mutaci faktoru V a protrombinovou mutaci faktoru II. Lidé nesoucí tuto mutaci mají zvýšené riziko rozvoje tromboembolické nemoci, dochází u nich ke zvýšené krevní srážlivosti a vzniku krevních sraženin. Proto obě mutace označujeme jako trombofilní, jsou dědičné (62). Dalším rizikovým faktorem je homocysteinémie. V případě genetického defektu metyltetrahydroxyfolát-reduktázy je nutný vysoký

příjem folátů, aby došlo k normalizaci hladiny homocysteinu. Riziko toxického působení homocysteinu na cévy se zvyšuje s jeho stoupající hladinou. Hyperhomocysteinémie zvyšuje riziko infarktu 3 až 20krát při přítomnosti dalších rizikových faktorů především nikotinismu. Neovlivitelnými osobními charakteristikami jsou faktory působící již za fetálního života a v prvním roce věku. Nízká porodní hmotnost se přičítá nedostatečné výživě matky v těhotenství a je často spojena s nikotinismem v tomto období (74).

1.3.10 Věk, pohlaví a rodinná zátěž

Kardiovaskulární choroby stejně jako většina jiných chorob mají větší výskyt ve vyšších věkových kategoriích. Je tu souvislost s postupnou akumulací vlivů nejrůznějších faktorů malého účinku. Věk je jedním ze základních nezávislých rizikových faktorů pro aterogenetický proces obecně (74). Vzestup rizika kardiovaskulárních chorob je ovlivněn pohlavím. U mužů dosahuje riziko klinické významnosti již ve věku od 40 do 50 let, u žen je tomu až po menopauze. Příčina tohoto jevu byla vysvětlována působením estrogenů, ale tato teorie nebyla studií Women's Health Initiative potvrzena. Podle American Heart Association a American College of Kardiology není vhodné podávat za účelem prevence hormonální léčbu estrogenem (26). Riziko kardiovaskulárních chorob a především ischemické choroby srdeční je u pokrevních příbuzných I. řádu, to jsou děti a sourozenci 2 až 12krát vyšší. Významnou úlohu nehrají pouze faktory pod genetickou kontrolou, ale také společné rodinné prostředí, způsob života, stravovací návyky a intrauterinní vlivy na plod. Rodinní příslušníci postiženého nemocného mohou mít z preventivního sledování mimořádný prospěch. Doporučené postupy pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění zdůrazňují nutnost vyšetřit pokrevní příbuzné osob s předčasným kardiovaskulárním onemocněním (74).

1.3.11 Behaviorální rizikové faktory

Překážkou v uskutečňování preventivních opatření u nemocných i u osob s vysokým rizikem, se kterými se sestra může při své práci setkat, mohou být negativní emoce, deprese, zlost a hostilita. Tyto překážky se zjistí pomocí jednoduchých otázek, ale často je nutné vyžádat odbornou konzultaci (11). Negativní emoce nepříznivě ovlivňují schopnost vyrovnat se s nemocí. V mužské populaci byla vedena studie, z níž pochází důkaz, že hostilita a agresivita negativně ovlivňují prognózu nemoci. V rámci studie NHANES v USA se zjistilo, že depresivní syndromy zvyšují relativní riziko fatálního infarktu myokardu o 50 % ve srovnání s osobami bez těchto symptomů. Příčinou negativních emocí je porucha v oblasti neurotransmiterů, jako je serotonin, dopamin a acetylcholin. Porušené regulace neurotransmiterů vyvolávají vzestup katecholaminů, ty se podílejí na endoteliální dysfunkci (74). K pozitivní motivaci sestra používá strategická opatření. S pacientem vytvoří spojení se zaměřením na jeho léčbu. Dbá na to, aby pochopil souvislost mezi chováním, zdravím a nemocí. Pomůže mu v pochopení překážek, které stojí v cestě ke změnám. Zainteresuje jej v odhalování rizikových faktorů a ve výběru těch, které změní. Vypracuje s ním plán změny na úpravu životosprávy. Pacient by měl dospět ke slibu k pokusu o změnu. Strategie sestra různě kombinuje, při každém setkání kontroluje pokrok kterého bylo dosaženo a zainteresuje i ostatní členy ošetřovatelského týmu (11).

1.4 Kardiovaskulární rehabilitace

Světová zdravotnická organizace definuje rehabilitaci jako souhrn intervencí nutných k zabezpečení nejvhodnějších tělesných, psychologických a sociálních podmínek pro nemocné po akutní příhodě a chronicky nemocné, aby si uchovali nebo opět zaujali jim příslušející místo ve společnosti. Jde o dosažení co nejkladnějšího tělesného, duševního a sociálního prožitku života (74). Kardiovaskulární rehabilitace je proces, pomocí kterého se u osob s kardiovaskulárním onemocněním navozuje a udržuje optimální fyzický, psychický, sociální, pracovní a emoční stav. Jedná se

komplexní přístup a důraz na dodržování zásad sekundární prevence a změny životního stylu. Tělesná inaktivita představuje závažný rizikový faktor pro kardiovaskulární choroby (42).

1.4.1 Pracovní skupina Kardiovaskulární rehabilitace

V České republice se od roku 1997 zabývá problematikou rehabilitace nemocných se srdečními chorobami pracovní skupina Kardiovaskulární rehabilitace. Pravidelně svoji činnost prezentuje na výročních sjezdech České kardiologické společnosti. Vydává doporučení nazvané Rehabilitace nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. Zasloužila se o prosazení časně mobilizace u nemocných s infarktem myokardu. Za rozhodující pro navození potřebných změn životního stylu a dodržování zásad sekundární prevence pokládá posthospitalizační fázi. V kardiovaskulární rehabilitaci dosáhla pracovní skupina nesporné úspěchy, upozorňuje také na zařazení rehabilitace do komplexní léčby nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. Stále velmi málo pracovišť se věnuje komplexní péči o kardiovaskulárně nemocné (30).

1.4.2 Kardiorehabilitační ústavy

V současné době existuje úzká spolupráce vybraných lázní s kardiologickými respektive kardiochirurgickými pracovišti, kde se realizuje časná rehabilitace pacientů po srdečních operacích formou překlada z lůžka na lůžko. Odesílání pacientů však stále ještě neprobíhá úplně systematicky a je vázáno na indikační seznam pro lázeňskou léčbu a ovlivněno celou řadou dalších faktorů. I přes prokázané úspěchy stále ještě není některými lékaři lázeňská léčba akceptována, jako nezbytná součást léčby (37). Lázeňská léčba slouží k upevňování návyků správného životního stylu, k eliminaci existujících rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob a k potlačení stresových psychologických vlivů (74). Optimálním řešením by bylo zřídit síť kardiorehabilitačních ústavů a vycházet ze zkušeností a výsledků studií našich i zahraničních odborníků. Dále

zařadit kardiorehabilitaci jako následnou ústavní specializovanou péči, následnou péči vázat na kratší čas k nástupu, než je stávající doba 6 měsíců, a to maximálně 14 dnů. Vzhledem k prováděným ekonomicky náročným výkonům, je nutné, aby rehabilitace proběhla na k tomu určeném a náležitě vybaveném, jak personálně tak přístrojově, pracovišti (37).

1.4.3 Základní principy kardiovaskulární rehabilitace

Základem kardiorehabilitace je vytrvalostní aerobní trénink, při kterém zatěžované skupiny svalů mají dostatečný přívod kyslíku z dýchacího a kardiovaskulárního systému, s déletrvající dynamickou zátěží. Hlavním reprezentantem jsou vytrvalostní disciplíny. Pohybová aktivita se dělí na dynamickou a statickou. Dynamickou zátěž představuje chůze, běh, lyžařský běh, jízda na kole, plavání. Statickou aktivitou je posilovací cvičení (43, 78).

První fází kardiovaskulární rehabilitace je nemocniční rehabilitace. Jejím cílem je zabránit dekondici, tromboembolickým komplikacím a připravit nemocného k návratu k běžným aktivitám. Jedná se o kombinaci aktivních a pasivních cviků a nácvik chůze po rovině a do schodů (42). Druhá fáze je časná posthospitalizační rehabilitace, která by měla začít co nejdříve po propuštění z nemocnice, ideální je, přeložit pacienta přímo do lázeňského zařízení, nebo jiného odborného rehabilitačního zařízení. Tato fáze se pokládá za rozhodující pro navození potřebných změn životního stylu. Třetí fáze je obdobím stabilizace, které začíná v době stabilizace klinického nálezu, klade se důraz na vytrvalostní trénink a pokračuje se ve změnách životního stylu (74). Čtvrtá udržovací fáze je završením kardiorehabilitačního cyklu a neměla by být časově omezená, protože jenom soustavná a dlouhodobě prováděná rehabilitace má příznivé a trvalé účinky. Fáze druhá, třetí a čtvrtá může být prováděna skupinovou i individuální formou (42).

Ambulantní forma kardiorehabilitace by měla být dostupná všem, kteří ji potřebují. Nejedná se jen o nemocné po akutních koronárních příhodách a kardiochirurgických výkonech, ale i o chronicky nemocné s kardiovaskulárním onemocněním. Tento způsob je vhodný pro ty, kteří z nějakého důvodu nechtějí

absolvovat lázeňskou léčbu a pro ty, kteří ji absolvovali a chtějí pokračovat v účinné péči o své zdraví 43). Tréninková jednotka je rozdělena do 3 částí. Zahřívací část je důležitá jako prevence vzniku arytmií, zajišťuje zvýšení teploty ve svalech, zlepšuje stabilitu, koordinaci a pocit jistoty. Následuje vytrvalostní aerobní trénink nejčastěji na bicyklovém ergometru nebo veslovacím trenažéru. Silový trénink se zařazuje po 14 dnech aerobního tréninku. Závěrem tréninku je relaxační fáze (81). Pracoviště zabývající se ambulantní kardiorehabilitací, musejí splňovat podmínky personální i přístrojové. Všichni pacienti jsou vyšetřeni a na základě jejich klinického stavu je určena vhodná forma a intenzita kardiorehabilitace (42).

Principy kardiorehabilitace jsou bezpečnost, která je dána postupným nastavením vhodné zátěže, pravidelnost, aerobní trénink, zahřívací a relaxační část, intenzita zátěže a trvání a frekvence zátěže, která záleží na výchozím funkčním stavu nemocného (74).

1.4.4 Rehabilitační programy

Do studií, které byly uskutečněny pro posouzení vlivu účinnosti rehabilitačních programů na tělesnou výkonnost a aerobní kapacitu, byli zařazeni vždy pouze muži. V případě intervalového a kontinuálního tréninku, který trval 3 měsíce vzrostl u obou skupin maximální dosažený výkon i aerobní kapacita. Skupina s intervalovým tréninkem vykonala 2,5-3krát nižší práci, přesto byly dosažené parametry stejné. Výhodou intervalového tréninku je možnost použití u pacientů s dysfunkcí levé komory u kterých by mohla být kontinuální zátěž hůře tolerována (54). Dvanáctidenní řízené rehabilitační programy byly zaměřeny na výkonnost funkční zdatnosti. V jedné studii došlo ještě k rozdělení souboru do 2 skupin. První skupina absolvovala kombinovaný trénink a druhá skupina čistě aerobní trénink. Všechny studie skončily se závěrem, že došlo ke zvýšení aerobní kapacity i maximálního dosaženého výkonu (32, 34). Studie, která hodnotila vliv kardiiovaskulární rehabilitace na tělesnou zdatnost u diabetiků 2. typu s ischemickou chorobou srdeční, probíhala 3 měsíce a soubor byl rozdělen na diabetiky a nediabetiky. Tělesná zdatnost před tréninkem byla u diabetiků výrazně nižší,

ale po absolvování tréninku byly rozdíly statisticky nevýznamné. 3měsíční trénink vedl u obou souborů k významnému zlepšení tělesné zdatnosti i přes to, že nedošlo ke změně hmotnosti (66). Jak uvádí MUDr. Šimon (2007, s.84) komplexní rehabilitační program je poskytován pouze těm, kteří absolvují lázeňskou léčbu. Existují snahy pokračovat v komplexní péči v prevenci sekundární i primární, ale chybí zde propagace a také snad svou roli hraje nedůvěra společnosti v organizované akce a znamená pro programy často konec (70). Do budoucnosti je nutné si uvědomit, že kardiorehabilitace je proces dlouhodobý, nejlépe trvalý, a že velice dobrý efekt krátkodobého tréninku je již po jednom roce minimální (42). Hlavním objektem péče se stane chronický kardiak a je nutné se soustředit také na ženy a osamělé osoby, kterým se dostává méně pozornosti (74).

1.5 Centrum pro kondici kardiologických klientů

Kluby Kardio, Nadační fond pro srdce Hané, Sdružení pacientů s plicní hypertenzí, jsou instituce, které se zabývají populačním přístupem v preventivních opatření. Klub Kardio Tábor provozuje svou rehabilitačně sportovní a humanitární činnost od počátku roku 1991 je registrován na Ministerstvu vnitra jako nezávislé, otevřené a aktivní občanské sdružení zdravotně postižených občanů a odborných zdravotnických a dalších pracovníků se zájmem na ozdravení nemocných a jejich zapojení se do aktivního, společenského života. Činnost Klubu Kardio je zaměřena především na sportovně rehabilitační pohybové aktivity, sportovní soustředění se zdravotním programem, sportovní akce a soutěže zdravotně postižených, zdravotní osvětu. V současné době má v něm pracuje 18 odborníků ze zdravotnictví a podnikatelské sféry, zajišťujících chod Klubu. Sportovní aktivity jsou řízeny rehabilitačními lékařkami a fyzioterapeutkami. Pravidelné cvičení, plavání, míčové hry a cykloturistika se provádí dvakrát týdně po 1 hodině. Sportovně rehabilitační soustředění je pořádáno dvakrát ročně v možnostech maximální dovolené fyzické zátěže, tepové frekvence a krevního tlaku, které jsou stanovené odbornými lékaři. Na soustředěních je také část programu věnována zásadám správné výživy a zdravého

životního stylu. Pro seniory a další zájemce probíhá v prostorách Klubu výukový program základní znalosti práce s počítačem. V táborském Klubu Kardio jsou hlavními iniciátory zdravotničtí odborní pracovníci především lékaři.

Nadační fond Pro srdce Hané byl založen jako Nadace Pro srdce Hané v roce 1992 společným úsilím lékařů I. a III. interní kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci. Nadační fond se zaměřuje na posílení prevence kardiovaskulárních onemocnění, především formou aktivního vzdělávání populace, pořádá pravidelně jednou v měsíci Klub kardiaků formou naučně vzdělávacího přednáškového odpoledne pro pacienty a jejich příbuzné a přátele. Organizuje Šňůru života – to je zábavně-vzdělávací odpoledne na téma neodkladné resuscitace, s cílem výuky a šíření znalostí neodkladné laické resuscitace široké veřejnosti. V roce 2006 byla Šňůra života rozšířena na akci Zdravé srdce Hané u příležitosti Světového dne srdce. Na této akci jsou prezentovány nové preventivní programy nadačního fondu. V roce 2005 otevřel nadační fond ve spolupráci se Statutárním městem Olomouc a Krajským úřadem chodecko-běžeckou stezku v olomouckých parcích. Stezka dostala název Kroky ke zdraví – kondiční program Pro srdce Hané. Nadační fond se aktivně podílí na zajištění nákupu moderních přístrojů pro kardiolog (56). Nadační fond Pro srdce Hané začal spolupracovat s Fakultou tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci a společně se věnují zařazení nového sportovního odvětví pro zvyšování fyzické kondice do aktivity rekonvalescentů. Tato pohybová aktivita přišla z Finska a jmenuje se Nordic Walking, nebo-li severská chůze s holemi. Během severské chůze je zapojeno až 90 % svalů celého těla. Nordic Walking Klub, který z této spolupráce vznikl, aktivně pracuje a pořádá celoročně akce pro členy i další zájemce (55).

Sdružení pacientů s plicní hypertenzí vzniklo v roce 2005 při Centru pro plicní hypertenzi ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Sdružují se v něm pacienti s plicní hypertenzí, jejich rodinní příslušníci, lékaři a ostatní, kterým je problematika této nemoci blízká. Cílem Sdružení je vzájemná solidarita a psychická podpora pro pacienty a jejich okolí. Společně se snaží o zlepšení kvality života nemocných. Nabízí jim možnost zapojit se do činnosti Sdružení a pomoci tak sobě i ostatním. Sdružení vytváří prostor pro vzájemná neformální setkávání, zprostředkovává poradenskou službu

v oblasti sociálně-právní a pomáhá tak pacientům v jejich všedních starostech. Spolupracuje s ostatními patientskými organizacemi a sdruženími v České republice i v zahraničí. Uskutečňují víkendová setkání členů Sdružení pacientů s plicní hypertenzí s odborným i zábavně-poučným programem. V roce 2008 byla schválena dotace na rehabilitační cykly. Ty začínají ergometrií, při které je nastavena maximální možná zátěž. Rovněž je proveden 6 minutový test chůze. Další den proběhne 5 hodin nácviku a učení. Po ukončení každý účastník získá ukázky cvičení a doprovodnou brožuru, tepometr s nastavenou maximální tepovou frekvencí určený pro kontrolu při cvičení a chůzi, deníček na zápisky. Program se koná za účasti lékařů a fyzioterapeutek.

Tělovýchovná jednota KARDIO Liberec byla založena v roce 1980. Iniciátorem byl MUDr. Malý s několika tehdejšími pacienty, kteří cítili potřebu sdružit nemocné s kardiovaskulárními nemocemi do nějaké nejlépe tělovýchovné organizace. Byla zahájena přednášková činnost se zdravotní a osvětovou tematikou (40). Jako první z oddílů vznikl roku 1981 turistický. Pak se začaly organizovat i celodenní výlety a zájezdy. Od té doby je turistický oddíl spolu s plaváním nejnavštěvovanější a úterních vycházek se účastní i čtyřicet členů. Velká účast je i na víkendových celodenních výletech v okolí Liberce (41). Zdravotní cvičení členů Tělovýchovné jednoty KARDIO bylo zahájeno bezprostředně po založení jednoty. Cvičí se pod dohledem rehabilitační sestry. Již v roce 1981 byl uspořádán první kondiční tábor. Vybraní pacienti byli ve stavu nemocných a této skutečnosti byl podřízen i denní režim. Dalším oddílem v rámci klubu je cykloturistika, který má vypracovaný plán cyklovýletů, a to jednou za čtrnáct dnů. Tento způsob se osvědčil a od roku 2000 se kromě kratších výjezdů pořádají i několikadenní zájezdy. V zimě se věnují posilování (38). V podstatě nejmladší oddíl, který byl založen teprve v roce 2006 je lukostřelba, nevykazuje mimořádné výkony, ale zapojili se do něj i další členové (39). Klub se také účastní celorepublikových soutěží ve volejbale, které pořádají další Kardio kluby nebo podobné organizace. Idea klubů je stejná, vracet mladší lidi do pracovního procesu, sdružit starší nemocné lidi a ukázat jim, jak prožít i s nemocí plnohodnotný život. V dnešní době jsou členy nejen lidé se srdečními chorobami, což bylo v začátcích podmínkou, ale i cévaři, hypertonici a další nemocní (40).

2 Cíle práce

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat požadavky pacientů na existenci kardioklubu, centra pro kondici kardiologických klientů v rámci sekundární prevence.
2. Zjistit rozdíl v účinnosti sekundární prevence u klientů navštěvujících kardiokluby a klientů v místech, kde není kardioklub.
3. Zmapovat jaká je propojenost o kardiologicky nemocné klienty v následné péči po propuštění z lůžkového zařízení a možnostmi kardioklubů.
4. Zjistit možnost začlenění sestry ve vedení kardioklubů v péči o kardiologické klienty.

2.2 Výzkumné otázky:

Jsou nejčastěji požadavky pro klienty v kardioklubech zaměřeny na oblast sekundární péče?

Kdo je primárním zdrojem informací pro klienty v kardioklubech?

Má edukace sestrou v kardioklubech vliv na zlepšení kondice pacientů?

Jak vnímají klienti roli sestry v sekundární prevenci v rámci kardioklubů?

Účastní se činnosti kardioklubů sestry a lékaři v ambulancích mimo lůžková zařízení?

2.3 Hypotézy:

Hypotéza 1: Pacienti po prodělané KV chorobě mají zájem zapojit se do kardioklubu.

Hypotéza 2: Pacienti s kardiovaskulární chorobou nemají možnost zapojit se do kardioklubu.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumné kvalitativní šetření bylo prováděno pomocí 2 strukturovaných rozhovorů. Jeden druh rozhovoru byl vedený s 9 vybranými zdravotníky sestrami a lékaři pracujícími v oboru kardiologie. Rozhovory byly uskutečněny v Českých Budějovicích, Táboře a Liberci, v každém městě 3 zdravotníci. Druhý rozhovor byl vedený s 9 kardiologickými pacienty, členy i nečleny kardioklubů. Rozhovor s pacienty byl také z Českých Budějovic, Tábora a Liberce. V každém městě 3 pacienti.

Otázky pro zdravotníky byly rozděleny do šesti oblastí. První oblastí byly identifikační údaje. Druhá oblast byla zaměřena na požadavky klientů v kardioklubu. Ve třetí oblasti jsou otázky zjišťující zdroje informací pro klienty. Čtvrtá oblast zjišťuje informace o edukaci sestrou. Pátá oblast je zaměřena na roli sestry. V šesté oblasti byly otázky zjišťující složení odborníků v kardioklubu.

Otázky pro pacienty, členy i nečleny kardioklubů byly také v šesti oblastech. Oblasti byly shodné s rozhovorem pro zdravotníky a pacienti je hodnotili z hlediska svých potřeb.

Pro kvantitativní výzkum byla využita technika dotazníkového šetření. Osloveni byli náhodní respondenti, docházející na kontroly do vybraných kardiologických ambulancí České republiky. K vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program SPSS 16.0 a Microsoft Excel 2003. Pro výpočty byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. V programu bylo použito početní zastoupení (Frequency), absolutní procentní část ze 100 % respondentů (Percent), validní procentní zastoupení (Valid percent) a kumulativní procentní četnost (Cumulative percent). Kontingenční tabulky byly použity pro zjišťování vztahů mezi dvěma proměnnými. Získaná data byla zaokrouhlena na jedno desetinné místo, vzhledem k relativně malému výzkumnému vzorku.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořily dvě skupiny. Výzkumný soubor 1 pro rozhovor (příloha 22) tvořilo 9 zdravotníků pracujících v kardiologii. Po 3 z města České Budějovice, Tábora a Liberce. Zdravotníci byli všeobecné sestry, lékaři z ambulantních i lůžkových zařízení. Rozhovory se uskutečnili na pracovištích zdravotníků. Druhý výzkumný soubor pro rozhovor (příloha 21) tvořili pacienti, členové i nečlenové kardioklubů. Po 3 z města České Budějovice, Tábor a Liberec. Výzkum byl realizován v klubovnách kardioklubů a u nečlenů kardioklubů v kardiologických poradnách.

Výzkumný vzorek pro kvantitativní šetření tvořili pacienti docházející do vybraných kardiocenter. Jednalo se o Nemocnici České Budějovice a. s., Nemocnici Tábor a.s. a Nemocnici Český Krumlov a.s. Sběr dat probíhal v červenci 2010. Pacienti se šetření zúčastňovali dobrovolně a anonymně. Dotazníky byly rozdávány po svolení hlavních sester v čekárnách kardiologických ambulancí. Nabízeny byly sestrou v době, kdy pacienti čekali na vyšetření v odborné ambulanci. Rozdáno bylo 280 dotazníků. Navráceno bylo 234 dotazníků (83 %), z čehož bylo 9 vyřazeno pro neúplné či chybné vyplnění. K vyhodnocení bylo použito 225 dotazníků (80 %). Výzkumný soubor tedy představuje 225 respondentů (100 %).

4 Výsledky

4.1 Rozhovory se zdravotníky

Zdravotník 1

První dotazovanou byla lékařka, ve věku 41 let, pracuje ve zdravotnictví 16 let, přímo na kardiologii 8 let. Pracuje na lůžkovém oddělení střídavě na intermediální péči a na koronární jednotce.

Jako návaznou péči kardiologickým pacientům nabízí po ukončení hospitalizace lázně, zapojení se do kardioklubu a sledování v odborných kardiologických ambulancích. Lázně navrhuje a doporučuje podle platných indikací a pouze nekuřákům a lidem, kteří nejsou obézní. K zapojení do kardioklubu jsou vhodní pacienti, kteří v období před onemocněním byli fyzicky aktivní, ale to neznamená, že ostatní jsou vyřazeni. Pokud se chtějí zapojit, tak jim doporučení k zapojení se do klubu vystaví. Vzhledem k tomu, že je předsedkyní tábořského Klubu KARDIO, tak může pacientům sdělit všechny potřebné informace. V posledních letech zaznamenala také problém s přibýváním nových členů z mladších věkových skupin. Vzhledem k tomu, že se kardiovaskulární nemoci posunují do mladších věkových skupin, chápe to jako nechuť z jejich strany o změnu životního stylu. Jako důvod nejčastěji uvádějí pracovní vytížení, často jsou podnikatelé. Peníze nikdy nehrají roli, navíc klub je dobře zajištěn z dotací, takže aktivity jsou za minimální ceny. Cílem Klubu KARDIO Tábor je, jak uvádí lékařka, naučit klienty žít se svojí nemocí, aby ji přijali a dosáhli srovnatelných výsledků se svými vrstevníky a dodržování režimových opatření, které přináší změnu životního stylu.

Z oblasti sekundární prevence kladou klienti neustále otázky. Vzhledem ke vztahům, které jsou v klubu vybudované a jsou velmi přátelské, se diskutuje téměř pořád. Často vznesou otázku někdo ze členů na informaci, kterou někde přečetl a chce znát názor lékařky. Hodně diskutovaná je problematika lipidů, diety s nimi související, fyzické aktivity a stupně zatížení. V současné době je hodně diskutované téma homocysteinu a trombogenních faktorů. Chtějí znát, co pro ně znamená dodržování režimových opatření, co jim přinese. Potom je hodně přínosné, když se do diskuze

zapojí někdo, kdo se doporučenými řídí a zlepšil se jeho zdravotní stav. Všichni členové jsou nekuřáci, někteří bývalými kuřáky. Na všechny otázky se lékařka snaží odpovědět formou diskuze, pokud je téma širší domluví se na přednášce, nebo prezentaci. Ty jsou také na letních rekondičních pobytech s přizvanými odborníky, nejčastěji na téma výživy.

Informace o možnostech návazné péče předává při hospitalizaci poprvé ústně, odkazuje na nástěnku Klubu KARDIO, která je v nemocnici na všech interních jednotkách. Pro některé rizikové faktory jsou k dispozici na odděleních letáky. V rámci klubu je nejčastější forma ústního předání informací, v době rekondičních pobytů to bývají přednášky, nebo prezentace i jiných odborníků. Pro informace je větší prostor v době hospitalizace pacienta, od členů klubu ví, že v odborných ambulancích na informace o problematice sekundární prevence čas nezbývá, nebo jsou velmi okrajové, nedostačují. Při hospitalizaci předává informace sama, ale na některých odděleních jsou i sestry dobře orientované a hodně informací pacientům doplní ony. Lékařka často pacientům nějakou informaci předá a oni už podrobnější věci řeší se sestrou, podle ní to i vychází z toho, že sestry tráví s pacienty více času a jsou na oddělení pořád. Hodně s nimi mluví sama lékařka i sestry o nutnosti zanechat kouření, zhubnout, hlavně pro obézní pacienty je nutností, aby jim sestry neustále připomínali, jak velké riziko je pro ně obezita. Často slyšela také předávat informace o nutnosti sledování krevního tlaku a správného postupu při jeho měření. V kardiologické ambulanci není čas tyto věci řešit. V Klubu KARDIO často edukují fyzioterapeutky o problematice spojené s fyzickou aktivitou. Na rekondičních pobytech používají videofilmy.

Klub KARDIO nevede statistiky, vydává výroční zprávy, protože čerpá finance z dotací. Vyhodnocuje činnost z hlediska náplně, ale není vedena evidence z hlediska úspěšnosti dodržování režimových opatření. Z hlediska dodržování režimových opatření a jejich vlivu na zdravotní stav je podle slov lékařky jakákoliv aktivita velmi znát. Málo členů se vrací k rehospitalizacím a objevuje se u nich i menší množství komplikací, které způsobují ovlivnitelné rizikové faktory. Pacient, který je zapojen do skupinové aktivity dodržuje lépe a déle všechna opatření. Pacienti, kteří mají hodně rizikových faktorů, dodržují zásady sekundární prevence v době hospitalizace a bezprostředně po

ní. Ale pokud nejsou začlenění do návazné péče, tak se vrací ke svému způsobu života a opakované hospitalizace jsou toho důkazem. Ani pravidelná kontrola v kardiologických ambulancích nestačí u nich vybudovat správné a dlouhodobé návyky.

Do činnosti Klubu KARDIO se sestry nezapojují, i když jich je několik členem spolu s rodinným příslušníkem. Nevykonávají ale žádnou funkci, ani činnost odbornou. Klienti mají k dispozici kardiologa, fyzioterapeuty a lékařky rehabilitační. Pracují jak v ambulantním tak lůžkovém provozu. V době rekondičních pobytů přijíždí odborník na výživu. Toto zastoupení je zřejmě vyhovující, protože se nikdo neptal po nějaké jiné profesi nebo specializaci.

Oblastí sekundární prevence se zabývají všichni zdravotníci působící v klubu. Rehabilitační pracovníci jsou více zaměřeni na oblast pohybové aktivity a jedna z lékařek pro klub dělá supervizi. Otázkou zapojení všeobecné sestry do činnosti klubu se lékařka podle svých slov nezabývala, ale prostor pro působení by tu určitě byl.

Zdravotník 2

Druhou respondentkou byla sestra z oddělení Intermediální péče, ve věku 55 let, na oddělení pracuje jako staniční sestra a přímo na kardiologickém pracovišti 26 let.

V návazné péči po ukončení hospitalizace navrhuje pacientům s kardiovaskulárním onemocněním lázeňskou léčbu, možnost zapojení se do Klubu KARDIO, který v místě pracuje a následnou péči v odborných kardiologických ambulancích. Lázeňská léčba se doporučuje jenom u nekuřáků a pacientů, kteří nejsou obézní. Do Klubu KARDIO většinou doporučují zařazení po domluvě s lékařkou, podle zaměření pacienta, podle jeho vztahu k pohybu vůbec. Cílem kardioklubů je podle dotazované zvýšení fyzické kondice a návrat do zaměstnání. Pacientům při hospitalizaci zodpovídá dotazy zaměřené na posthospitalizační fázi. Hodně se ptají kam do lázní, na sexuální život po infarktu, to zajímá muže. Další časté dotazy jsou okolo hypertenze, hodnoty jaké mají mít, jak správně a jakým tonometrem měřit krevní tlak, pitný režim při hypertenzi, jestli mohou pít minerálky. Zajímají se o správné hodnoty lipidů a s tím spojenou dietu. Při antikoagulační léčbě jak často docházet na vyšetření srážlivosti, jaké mají být hodnoty a omezení jídelníčku. U mladších pacientů je také hodně dotazů

směřovaných na návrat do zaměstnání, je vidět jak má onemocnění vliv na jejich psychickou stránku. To jsou informace, které uvádí dotazovaná jako poskytované na oddělení, jaké informace dostávají v kardioklubu neví, protože tam nepracuje.

Informace pacientů podle ní první poskytuje lékař, ale pacienti pak podrobnosti a další návazné dotazy řeší více se sestrou. O možnostech další péče po hospitalizaci dostávají pacienti informace ústně, o Klubu je na všech stanicích nástěnka a diety a množství cholesterolu v potravinách je předáváno letákem. Další informace, které dotazovaná aktivně předává jsou: „nutnost zanechat kouření a zvýšení fyzické aktivity.“

Dodržování režimových opatření u kardiovaskulárních onemocněních je velmi nedostačující. Pacienti odcházejí ujišťující sebe i personál, co všechno změní a jak začnou se změnou životního stylu. Pokud se nezapojí do nějaké formy skupinové návazné péče, sami nevydrží dlouho dodržovat zásady a hlavně v současné době po absolvování angioplastik je návrat do zaměstnání rychlý a s tím je spojený i návrat do původního často stresujícího a nezdravého prostředí. Důkazem jsou opakované hospitalizace takových klientů a časté návštěvy v ambulancích s komplikacemi. Pokud se pacient stane členem Klubu KARDIO, nebo se zapojí třeba jako diabetik do jejich klubů na oddělení se už nevrací.

Do programu Klubu KARDIO je podle dotazované zapojeno několik fyzioterapeutek, rehabilitační lékařky a lékaři kardiologové. Sestra žádná zapojená není.

Dotazovaná se domnívá, že jako sestra by mohla vést v klubu edukační programy, měřit fyziologické funkce, které měří fyzioterapeuti před fyzickými aktivitami. Dál vidí jako přínosné zapojení nutričního specialisty a psychologa. Z hlediska poskytování informací se domnívá, že na lůžkové části při hospitalizaci je větší časový prostor, než při návštěvách odborných ambulancí.

Zdravotník 3

Třetí dotazovanou byla sestra ve věku 39 let pracující v kardiologické ambulanci. Ve zdravotnictví pracuje 20 let, celou dobu na kardiologii, v ambulanci 5 let.

Pacientům, kteří přicházejí na doporučení praktických lékařů, nebo po hospitalizaci nabízejí v poradně lázeňskou léčbu, ale jenom pro nekuřáky a nesmí být obézní. O existenci kardioklubu většinou vědí už z hospitalizace, upozorňují na jeho činnost, ty které poslal praktický lékař. Pokud se pacient léčí s dalším onemocněním a nejčastěji to bývá diabetes je odeslán do diabetologické poradny, pokud ji už nenavštěvuje. Těžkým kuřákům, kteří nedokážou sami skončit, doporučí možnost zařazení do odvykacího programu. Cílem Klubu KARDIO, který v místě pracuje, je podle dotazované hlavně zvyšování fyzické kondice. Usuzuje tak podle programu, který je hlavně zaměřený na fyzickou aktivitu. Ještě dodává, že s tím samozřejmě souvisí změna životního stylu, i když může být jenom v této jedné oblasti, i to považuje za úspěch. Informace o které se pacienti zajímají, se týkají omezení, která kardiovaskulární onemocnění přináší, diety, fyzické aktivity, hodnota krevního tlaku a cholesterolu. Mezi časté dotazy také patří lázně, hlavně jak často mohou lázeňskou léčbu absolvovat. Na podrobné rozebírání nějakého dotazu souvisejícího přímo se sekundární prevencí je v ambulancích málo času, na každého pacienta připadá asi 15 minut, které má lékař spíše pro řešení změn zdravotního stavu, komplikací, předpisu nebo změny léků. Spíše jde o upozorňování na to, co by měl dodržovat. Dotazovaná uvádí neustále se opakující pokyny shodné pro všechny pacienty: „Nekuřte, zhubněte, dodržujte dietu bez tuků, pohybujte se.“ Přímou informaci, které by byl edukací předávány nejsou, ani lékařem ani sestrou.

Na dotazy pacientů odpovídá dotazovaná ústně, pokyny k nové léčbě se řeší formou letáků od dealerů, brožurek. O možnostech péče v jiné odborné ambulanci, nebo otázku lázní řeší lékař. Ona sama uvádí, že žádné formy edukace nepoužívá, jsou to opravdu jenom základní odpovědi na dotazy pacientů.

Statistiky Klub KARDIO nevede, vydává každoroční zprávu o činnosti, tu většinou dostanou do ambulance. Dodržování režimových opatření členy klubu hodnotí jako dostatečné, je podle ní poznat na pacientech, kdo je někde aktivně zařazen a kdo nedělá pro svoje zdraví nic. U členů kardioklubu, ale i u členů klubu diabetiků je méně komplikací a většinou nemají problém s dodržováním nekuřáctví, hmotností a nějakou pohybovou aktivitou.

Do Klubu KARDIO v Táboře se sestry aktivně nezapojují, pracují zde fyzioterapeutky, lékař kardiolog a rehabilitační lékaři. Všeobecná sestra by se podle dotazované zapojit mohla hlavně v předávání informací, poskytování poradenství v oblastech výživy, správné techniky měření krevního tlaku a jeho hodnotách. V klubu by se jako další odborník mohl zapojit psycholog. Pokud má dotazovaná zhodnotit rozdíl mezi poskytováním informací na ambulanci a lůžkovém oddělení, je si vědoma, že v ambulancích je naprosto nedostatečné, z důvodu nedostatku času. Na lůžkovém oddělení je větší časový prostor na informace pacientům.

Zdravotník 4

Čtvrtou dotazovanou byla všeobecná sestra ve věku 40 let, pracující v zdravotnictví 20 let, na kardiologické ambulanci 7 let.

Klientům, kteří jsou v kardiologické ambulanci sledováni se nabízejí lázně, doporučuje se sledování v dalších odborných ambulancích, podle onemocnění a doporučuje se jim změna životního stylu. Tyto informace podává lékař, dotazovaná dá pacientovi na výběr z několika specialistů, kam se může obrátit. V místě ale nepracuje žádný kardioklub, takže jak se s tím vypořádají závisí jenom na nich. Cílem takového klubu by podle dotazované měla být především změna životního stylu a návrat do aktivního života a zaměstnání. Nejčastější dotazy od pacientů jsou směřovány na dietu při kardiovaskulárním onemocnění, ať už jde o dietu nízkocholesterolovou, nebo dietu při antikoagulační léčbě. Pacienti se ptají na příčinu svého onemocnění, na to kdy se znovu vrátí do zaměstnání. V ambulanci není prostor pro edukaci, „na dotazy odpovím, ale s aktivní edukací tu není časově počítáno,“ říká dotazovaná sestra. Opravdu strohé a základní informace podá lékař a to je všechno. Na některé nové léky jsou k dispozici letáčky s trochou edukace.

Dodržování režimových opatření u pacientů hodnotí dotazovaná jako velmi individuální. Kdo má zájem o své zdraví a přistoupil ke změně životního stylu, má málo komplikací, méně se vrací k hospitalizacím. Často tito pacienti jsou zapojeni do nějaké skupiny, ať už pod vedením ve fitness, nebo jenom skupina přátel a blízkých, kteří se k pacientovi přidali. Na první pohled je poznat pacienty, který pokračuje ve svém

nevhodném životním stylu. Krátce po nemoci, dotazovaná uvádí asi půl roku, se většina z nich snaží zhubnout, přestat, nebo omezit kouření, více se pohybovat. Po nějakém čase se vrací k původním špatným návykům. Při zjišťování proč tomu tak je, uvádějí pacienti, že je to samotné nebaví. Hodně také nedodržují režim diabetici, uvádí dotazovaná.

V našem městě nemají sestry možnost se zapojit do kardioklubu. V případě jeho vzniku, by činnost sestry mohla být poměrně široká. „Zapojit se do vedení a organizování, vést edukaci v oblasti sekundární prevence a témat, která pacienti zajímají. Zaměřit se na komplikace a nedodržování režimu hlavně u diabetiků,“ to jsou možnosti zapojení, které dotazovaná jmenuje. Z odborníků, kteří by měli pracovat, uvádí kardiologa, rehabilitační pracovníky a všeobecné sestry. Jako další by zapojila psychologa a nutričního poradce. V poskytování informací pacientům vidí jednoznačně výhodu v lůžkovém oddělení, protože je na pacienta více času, získá za dobu hospitalizace k sestře bližší vztah a může se zeptat téměř kdykoliv a ne až za půl roku jak je tomu v kardiologické ambulanci.

Zdravotník 5

Dotazovaná sestra ve věku 41 let, pracuje ve zdravotnictví 22 let a na kardiologickém lůžkovém oddělení 7 let.

Možnost návazné péče, která je pacientům nabízena jsou lázně pro nemocné po infarktu myokardu a sledování v odborných kardiologických ambulancích. Může to být ambulance preventivní kardiologie, ambulance pro ischemickou chorobu srdeční, nebo ambulance kardiologická po operacích srdce. Pro těžké kuřáky nabízíme zapojení do odvykacího programu v Centru léčby závislosti na tabáku, které pracuje přímo v nemocnici. Lázně jsou pro nekuřáky, neobězní pacienty a jsou podle indikací. „Kardioklub u nás není, takže dodržování léčebného režimu závisí na každém pacientovi“ uvádí dotazovaná. Náplní kardioklubu by podle ní mělo být právě společné úsilí o dodržování režimových opatření a zvýšení fyzické kondice. Do dodržování režimových opatření by zařadila: „nekuřáctví, boj s obezitou, problematiku lipidů.“ Jsou to oblasti o které mají pacienti zájem i při hospitalizaci. Ptají se na délku hospitalizace a

celkového léčení, jak dlouho bude trvat omezení, kdy se budou moci vrátit do zaměstnání, na dodržování diety, hodnoty cholesterolu a hodnoty při antikoagulační léčbě. Zajímá je jestli pojedou do lázní, nebo jiné možnosti rehabilitace, jak často budou docházet na kontroly a kdo jim dál poradí. První informace související s nemocí poskytuje lékař, řekne i informace o sekundární prevenci, sestry nejčastěji předávají informace o dietě při antikoagulační léčbě, nízkocholesterolové dietě, správných hodnotách vyšetřeních, krevního tlaku, nutnosti přestat kouřit a změně životního stylu. Podle dotazované jsou další informace podle dotazů pacientů. Často za nimi chodí pacienti a chtějí další informace o problému o kterém jim řekl lékař.

Všechny informace předává dotazovaná ústně, na oddělení je nástěnka s kardiologickou problematikou a na něco mají letáky. Ústní informace předává jak lékař tak sestra. Na oddělení dochází rehabilitační pracovník, ale neví zda pacienty nějak edukuje.

Dodržování režimových opatření označuje dotazovaná jako velmi individuální. Pokud pacient dodržuje zásady, nevrací se často k hospitalizacím, má méně komplikací, podaří se jim zhubnout a váhu udržet, stávají se nekuřáky a s tím souvisí i zlepšení dalších rizikových faktorů. Často jsou tito pacienti zapojeni třeba v kardio fitness programu. Pacienti, kteří se opakovaně vrací k hospitalizacím, uvádí jako příčinu nedodržování režimu, že je na to sám a nebo po návratu do zaměstnání se vrátil i k původnímu způsobu života.

Protože tu není kardioklub, sestry se nezapojují. Zapojit by se mohly jako edukátorky v oblasti sekundární prevence a pomáhat klientům při sledování fyziologických funkcí, třeba správné techniky měření krevního tlaku. Z odborníků má dotazovaná představu, že by tam měl pracovat kardiolog a sestra, rehabilitační lékař a fyzioterapeut. Doplnila by ještě psychologa, nutričního poradce a někdy diabetologa. Rozdíl mezi poskytováním informací na ambulancích a lůžkovém oddělení vidí hlavně v nedostatku času na ambulancích. U nich na lůžkovém oddělení přicházejí pacienti téměř kdykoliv a rozebírají se sestrou informace které dostali.

Zdravotník 6

Šestou dotazovanou byla sestra ve věku 34 let, pracující ve zdravotnictví 14 let a v kardiologii 10 let. V současné době pracuje na kardiologické ambulanci. V ambulanci mají rozdělené ordinační dny na Preventivní kardiologii, Ambulanci pro ischemickou chorobu srdeční, Ambulanci kardiochirurgickou a pro srdeční vady.

Jako návaznou péči zde pacientům nabízejí lázeňskou léčbu, která pro ně znamená nastartování změny životního stylu. Kardioklub v místě nepracuje a ani jiná aktivní skupina. Pro pacienty s více chorobami doporučují sledování v dalších odborných poradnách. Kuřákům doporučují zařazení do odvykacího programu. Kardiaci sami mají o sekundární prevenci zájem a na kontroly si nosí sepsané dotazy. V Ambulanci preventivní kardiologie jsou dotazy nejčastěji orientovány na lipidy, nízkocholesterolovou dietu, pohybovou aktivitu a hlavně jak to všechno ovlivňuje hodnotu cholesterolu. V posledním roce se hodně pozornosti věnuje genetickým vlivům a homocysteinu a na to se samozřejmě pacienti dotazují. V ambulanci pro ischemickou chorobu srdeční a v kardiochirurgické se ještě přidávají dotazy na antikoagulační léčbu, možnost navštívit lázně a návrat do aktivního života a do zaměstnání. Pacienti, kteří už lázeňskou léčbu absolvovali se dotazují na možnost pokračování v tréninkových aktivitách. „Pokud by tedy pracoval tady u nás nějaký kardioklub, bylo by jeho náplní pokračovat v nastartovaných změnách životního stylu a udržování fyzické kondice,“ uvádí dotazovaná. V ordinaci směřují první informace k nekuřáctví, snížení nadváhy a změně životního stylu.

Informace podává lékař i sestra. „Lékař určitě ve větší míře,“ hodnotí dotazovaná. Pacienty informují nejčastěji ústně, používají letáky a odkazy na webové stránky.

Dodržování režimu u pacientů, kteří jsou sledováni v těchto poradnách by hodnotila dotazovaná jako přiměřené a dostačující. Vzhledem k úzké specializaci a omezené možnosti kapacitní, jsou pacienti předem upozorněni na nutnost dodržování doporučení. „Ale je samozřejmě znát přístup každého jednotlivce. Pokud přestanou režim dodržovat okamžitě se to projeví na laboratorních hodnotách,“ to uvádí dotazovaná jako zkušenost. V případě existence kardioklubu by mohlo být dodržování

režimových opatření snazší, protože často si postesknou kardiaci, že jsou na to své onemocnění sami.

Pro zajištění kardioklubu zdravotnickým personálem navrhuje: „Lékař kardiolog, sestry a rehabilitační pracovníci. Doplnovat by je mohl psycholog, nutriční specialista a někdy i diabetolog.“ Jako sestra by se zapojila do organizace, zdravotnického dohledu a edukace.

Rozdíl mezi podáváním informací při hospitalizaci a v ambulanci vidí z hlediska časového výhodnější pro lůžkové oddělení. Z hlediska odborného předpokládá, že by informace měly být na stejné úrovni, snad v ambulanci orientovanější přesněji na pacienta.

Zdravotník 7

K sedmému rozhovoru jsem oslovila lékaře z kardiologické poradny pro ischemickou chorobu srdeční. Lékař ve věku 49 let, ve zdravotnictví pracuje 24 let a od začátku na kardiologii.

Pacientům, kteří docházejí do ambulance nabízí jako následnou péči lázně, další odborné ambulance, nejčastější diabetologická, podle jejich onemocněních, Tělovýchovnou jednotu Kardio a pro kuřáky je možnost odvykacího programu v Centru pro léčbu závislosti. Ve městě pracuje kardioklub, jehož náplní je vracet mladší lidi do pracovního procesu, sdružit starší nemocné lidi a ukázat jim, jak prožít i s nemocí plnohodnotný život při dodržování režimových opatření. V dnešní době jsou členy nejen lidé se srdečními chorobami, ale i cévaři, hypertonici. Dále mohou pacienti s kardiovaskulárním onemocněním využít kardio fitness programy na speciálních strojích a trenažérech. „Z oblasti sekundární prevence nejčastěji zodpovídám dotazy směřující do problematiky lipidů, možnost fyzické aktivity a nějaké zapojení se třeba po absolvovaných lázních, jsou pacienti dobře motivováni pro další pokračování. Okolo kardioklubu pacienty zajímá, jak vysokou mohou podstoupit fyzickou zátěž. V případě hypertenze hodnoty, jak často měřit, v čem se mají omezit. Za poslední roky s novými vyšetřovacími metodami je patrný zájem o homocystein a trombogenní faktory. Často řešíme i genetické vlivy,“ hodnotí lékař zájem o sekundární prevenci. I když je časový

prostor je podle dotazovaného omezený, tak s každým konzultuje jeho problémy a trable, hodně intervencí směřuje na nekuřáctví a zvyšování fyzické kondice a snižování hmotnosti. Další faktory jsou individuální, podle toho, co který pacient potřebuje, ale vždy je nutná změna životního stylu. Velký prostor pro informace je v kardioklubu, tam řeší členové při jakékoli aktivitě svoje problémy.

Pacienti v ambulanci jsou informováni nejčastěji ústně, na diety nebo obsah cholesterolu používá dotazovaná letáky a brožury. Informace předává lékař i sestra. V případě sestry jsou metody podle dotazovaného stejné. V kardioklubu předává informace i fyzioterapeut.

Dodržování režimových opatření je podle lékaře individuální: „Nezáleží na věku, ani na vzdělání, záleží pouze na přístupu pacienta k sobě samému. Pokud najde podporu v rodině, má silnou vůli, pravidelně dochází na nějaké cvičení a dodržuje nutná opatření odrazí se to na jeho zdravotním stavu velmi brzy.“ Pacienti, kteří třeba i po úspěšné lázeňské léčbě nenajdou v sobě vůli a podporu okolí, se vrací k původnímu životnímu stylu. Odrazí se to na komplikacích a dalších onemocněních, která se přidávají. Špatnou zkušenost má dotazovaný i u dodržování režimových opatření u diabetiků.

V kardioklubu vykonává příležitostně dohled a aktivně se účastní sportovních činností. Statistiku o účinnosti sekundární prevence například ke vztahu k rehospitalizacím kardioklub nevede. Jako kardiolog by mohl poskytnout své služby ještě i v rámci edukace a jistě i dalších činnostech. U sester by využil užšího vztahu s pacientem, který je často vidět v době hospitalizace. V místním klubu je zapojen kardiolog, fyzioterapeut a lékař rehabilitační. Zdravotníci jsou z lůžkových nebo ambulantních provozů. Jako další možné odborníky uvedl dotazovaný psychologa a nutričního poradce.

Zdravotník 8

Osmou dotazovanou byla sestra ve věku 53 let, ve zdravotnictví pracuje 33 let a v kardiologii 25 let. Pracuje na interním lůžkovém oddělení.

Pacientům nabízejí v rámci doléčení lázeňský program, to především po infarktech, ale jenom pro nekuřáky, a nesmí být obézní. „Po hospitalizaci pokračuje sledování pacientů v kardiologické poradně a v místě pracuje Tělovýchovná jednota Kardio, takže to představuje pro pacienty možnost zapojení a dodržování režimových opatření. Pro kuřáky je tu také Centrum pro odvykání kouření,“ uvádí dotazovaná další možnosti následné péče. Cílem a náplní kardioklubu je návrat do aktivního života, zvyšování fyzické kondice, vyměňování si zkušeností se stejně nemocnými lidmi a získávání nových informací z oblasti změny životního stylu. Pacienti, kteří jsou hospitalizováni mají zájem o informace o svém onemocnění. Ptají se na dobu léčení, možnost absolvovat lázeňskou léčbu, hodnoty cholesterolu. Také je zajímavá jaké mají být hodnoty krevního tlaku, jak správně měřit krevní tlak a kde budou dále sledováni. Po návratu z lázní se často ptají po možnosti pokračovat v započatém tréninku. U mužů směřují také otázky na sexuální aktivitu. Na oddělení dostávají pacienti informace: „O nutnosti nekouření, dodržování nízkocholesterolové diety v případě vysokých laboratorních hodnot lipidů, změně životního stylu. V případě obezity přivzeme nutričního specialistu,“ uvádí dotazovaná.

O možnostech návazné péče i o sekundární prevenci dostávají informace pacienti v průběhu celé léčby. Informace podává ošetřující lékař i sestry. Lékař poskytuje informace z oblasti léčby a dalších postupů, sestra častěji informuje o změně životního stylu. Rozdíl mezi hospitalizací a návaznou péčí v kardiologických poradnách hodnotí ve prospěch hospitalizace z časového důvodu a užšího navázání kontaktu s pacientem. Informace předávají ústně, na některé diety a k lékům jsou letáčky. Kardioklub má nástěnku.

Dodržování režimových opatření hodnotí u pacientů jako velice individuální. Pokud se necítí dobře režim dodržují a také odcházejí s tím, že ho dodržovat budou. Když následuje lázeňská léčba, je to dobrý začátek a nácvik k navození potřebných změn životního stylu. Pak je důležité, aby pokračovala soustavná a dlouhodobě prováděná rehabilitace, která má příznivé a trvalé účinky. Ať už ji pacient provádí sám nebo skupinově její efekt je výrazný. Takoví pacienti se nevrací k hospitalizacím a mají méně komplikací. S těmi, kteří se zapojili do kardioklubu se v nemocnici při

hospitalizaci téměř nesetká. „Pokud se vrátí nemocný ke svému původnímu životnímu stylu, často se dostaví komplikace a opakované hospitalizace,“ uvádí dotazovaná.

V místním kardioklubu nejsou zapojeny sestry, pouze fyzioterapeutky, je zde lékař kardiolog a rehabilitační. Mohl by zde také pracovat psycholog a specialista na výživu. Jako sestra by se mohla zapojit do edukačních programů, organizace a zdravotnického dohledu při sportovních akcích.

Zdravotník 9

Devátý rozhovor byl s fyzioterapeutkou ve věku 42 let, kardiologickou problematikou se zabývá 9 let, stejnou dobu se aktivně zapojuje i v tělovýchovné jednotě KARDIO (dále jen TJ). V profesním životě pracuje v lůžkovém provozu.

Nemocným s kardiovaskulárním onemocněním nabízí zapojení v kardioklubu, návaznou lázeňskou péči. Samozřejmostí je následné sledování v kardiologické poradně. Speciální péči je nutné věnovat i silným kuřákům.

V místě pracuje TJ, jejíž náplní je vracet mladší lidi do pracovního procesu, sdružit starší nemocné lidi a ukázat jim, jak prožít i s nemocí plnohodnotný život. V dnešní době jsou členy nejen lidé se srdečními chorobami, což bylo v začátcích podmínkou, ale i cévaři a rodinní příslušníci kardiovaskulárně nemocných. Členové TJ si aktivní sportovní činností zvyšují svoji kondici na setkáních a rekondičních pobytech se dovídají novinky z oblasti sekundární prevence, které jsou součástí změny životního stylu. Dotazovaná se v TJ zabývá fyzickou aktivitou, dohledem při různých druzích cvičení, ale i edukační činností a často relaxačními technikami.

„Z oblasti sekundární prevence se členové TJ zajímají snad o vše,“ hodnotí přístup členů dotazovaná. Mezi nejčastější dotazy patří: „Problematika nízkocholesterolové diety, hypertenze, omezení spojená s nemocí. Otázky kladené přímo na mě častěji souvisí s fyzickou aktivitou, pokračováním tréninku z lázeňské léčby, mírou možné zátěže, návratem do plného aktivního života.“ Zdravotníci zapojení do TJ odpovídají členům všechny dotazy. „Aktivně informujeme o novinkách v problematice, na rekondičních pobytech vybereme zajímavé téma a uspořádáme přednášku, nebo spíše diskuzi.“ Mezi běžně předávané informace zařadila dotazovaná

lipidy, diety nízkocholesterolové i při antikoagulační léčbě, zapojení do fyzických aktivit, vybrání nejvhodnějšího oddílu pro nového člena, nutnosti ve změně životního stylu a to hlavně nikotinismus a obezita.

Informace poskytují všichni zdravotníci, lékaři i fyzioterapeuti. Sestry v TJ aktivně nepracují, z lůžkového zařízení ví, že podávají pacientům informace o režimových opatření. Informace předávané v TJ jsou nejvíce ústní, na rekondičních pobytech používají videofilmy. Statistiky TJ nevede, vydává výroční zprávu o své činnosti. Pokud má hodnotit dodržování režimových opatření kardiovaskulárně nemocných zapojených do aktivit TJ je dostatečné. S nemocnými, kteří nezmění svůj životní styl a nezačnou aktivně na sobě pracovat, se setkává při opakovaných hospitalizacích, často se přidávají další nemoci a komplikace.

Pro zapojení všeobecné sestry by v TJ byl určitě prostor, mohla by se aktivně zapojit do dohledu při sportovních činnostech, měření fyziologických funkcí před a po tréninkových jednotkách v posilovně. Další možností zapojení je edukace. Složení odborníků v TJ předpokládá dotazovaná, že je v souladu s požadavky členů. Pracuje zde lékař kardiolog z ambulance a lůžkového oddělení, rehabilitační lékař, fyzioterapeuti. „Mohla by se zapojit ještě sestra, nutriční specialista a někdy psycholog,“ uvádí závěrem dotazovaná.

4.2 Rozhovory s pacienty

Pacient 1

Prvním dotazovaným pacientem byl muž ve věku 61 let, po dvakrát prodělaném infarktu myokardu, poprvé před 30 lety.

První informace které o sekundární prevenci dostal, byly od lékaře na lůžkovém oddělení a následně od primáře téhož oddělení. Informace z hospitalizace byly dostačující, ale po prvním infarktu se mu nedařilo je dlouho dodržovat. Dotazovaný uvádí asi půl roku dodržování režimových opatření a návštěvy kardiologické ambulance, nehodnotí jako přínosné v tomto směru. Po druhém infarktu, který následoval za rok, se začal sekundární prevencí zabývat daleko více a spolu s primářem interního oddělení a několika dalšími pacienty založili Klub KARDIO. Programem a náplní Klubu jsou letní a zimní rekondiční pobyty, rehabilitační tělocvik, plavání, volejbal, cykloturistika. Informace o rizikových faktorech předávají všichni zdravotníci, kteří jsou v klubu zapojeni. V době rekondičních pobytů uspořádají přednášku nebo prezentaci. Vždy jde o téma aktuální a zajímavé. Nejčastější dotazy jsou na problematiku lipidů, dietu s tím spojenou, fyzickou aktivitu, míru zatížení, homocystein a trombogenní faktory, správné hodnoty krevního tlaku a nekuřáctví. Sám přestal kouřit postupně, za pomoci zdravotníků z kardioklubu. „Všechny dotazy jsou vždy ochotně zodpovězeny na kterékoliv akci klubu. Někteří zdravotníci jsou s námi od začátku, tedy 20 let a vztah s nimi je přátelský,“ uvádí dotazovaný. V kardioklubu pracuje lékař kardiolog, lékařky rehabilitační a fyzioterapeutky.

Na základě informací a skupinového zapojení, které je v kardioklubu, přestal kouřit, dodržuje nízkocholesterolovou dietu a svojí fyzickou kondici hodnotí velmi pozitivně. Rozdíl mezi lékařem a nelékařem v poskytování informací vidí v jejich obsahu. Od lékařů jsou informace vztahující se k medikaci a ovlivnitelným rizikům, od nelékařů, v Klubu to jsou fyzioterapeutky, souvisí hlavně s pohybovou aktivitou. Režimová opatření dodržuje dodnes. Na dotaz zda by mohli pracovat v Klubu také všeobecné sestry odpovídá: „Ano samozřejmě, protože problematika kardiovaskulárních onemocnění je tak široká a každý ze zdravotníků na ni má jiný

pohled a všechno je pro pacienty přínosné. Sestry často mají k nemocným bližší vztah.“ Mohly by se zapojit v předávání informací, ale i v organizaci a vedení Klubu.

Na existenci Klubu KARDIO upozorňují pacienti lékaři i sestry, jak při hospitalizaci, tak v kardiologické poradně. Návaznost hodnotí dotazovaný jako dobrou, ale také vidí nechuť hlavně u mladších pacientů se zapojit a něco pro své zdraví udělat.

Pacient 2

Druhým dotazovaným byl muž ve věku 63 let, od svých 48 let léčený s Angínou pectoris, v 53 letech odhalena hypertenze a před 4 roky absolvoval trojitý by-pass.

Členem Klubu KARDIO je od operace, asi necelé 4 roky. Od svých 48 let byl léčen v kardiologické poradně, několikrát hospitalizován pro bolesti na hrudi. Při hospitalizaci ho lékař i sestry informovali a nutnosti změny životního stylu, především nutnosti přestat kouřit. Režimová opatření dodržoval vždy krátce uvádí asi několik měsíců, ale maximálně 6. V době, kdy se přidala i hypertenze měl nadváhu, kouřil 20 cigaret denně a byl velmi zaměstnán, takže na nějaké dodržování režimu a zásad sekundární prevence mu čas nezbýval. V kardiologické poradně se to vždy odbylo slovy: „Nekuřte, zhubněte, cvičte a za půl roku nashledanou.“ V té době věděl i o existenci Klubu KARDIO, protože první informace o něm dostal už při prvních hospitalizacích od staniční sestry a ošetřující lékařky. V té době býval hospitalizován i několikrát do roka. Situace se pro něj hodně změnila v okamžiku, kdy musel na operaci. „To už mi bylo jasné, že musím pokračovat v režimu započatém v láních,“ komentuje dotazovaný svůj zájem o návaznou péči. Po intervenci lékařky, která Klub vede, se rozhodl zapojit, a změnit svůj dosavadní životní styl. Zhruba tedy před 4 roky začal do Klubu docházet a zapojuje se aktivně do jeho činností. Dotazovaný uvádí, že zájem ostatních o rizikové faktory a možnost jejich ovlivnění, jeho samého vyburcovala k hledání informací. Přestal kouřit, udržuje hmotnost a jeho krevní tlak se pohybuje v normálním rozmezí. Zajímá se o informace týkající se pohybových aktivit, zvyšování kondice, hodnoty lipidů a ovlivnění hypertenze, ale na akcích Klubu se může zeptat kohokoliv ze zdravotníků na cokoliv.

Od zapojení do Klubu se mu daří dodržovat režimová opatření, spolu s ním se postupně přidala i manželka, což dotazovaný velmi pozitivně hodnotí. Rozdíl v informacích poskytovaných od lékaře a fyzioterapeutek je v tom, že fyzioterapeutky jsou zaměřeny na pohybové aktivity, ale to neznamená, že by na jiné dotazy neuměly odpovědět. Informace od lékařů jsou zaměřeny na medikamenty, hodnoty krevního tlaku, lipidů a věci lékařské. V Klubu nepracuje žádná sestra, i když některé jsou členkami, ale nezapojují se aktivně. Při sportovních akcích zajišťují zdravotnický dohled lékař kardiolog a rehabilitační a fyzioterapeutky, které také měří krevní tlak a puls.

Informace, které má dotazovaný v současné době, hodnotí jako dostatečné. Zdravotníci zapojující se do činností Klubu jsou z lůžkových i ambulantních oddělení. Rozdíl mezi nimi není. O zapojení sester ve vedení a organizaci Klubu je dotazovaný přesvědčen, že by bylo pro Klub přínosem. Z hospitalizace má dobrou zkušenost, že sestry dokázaly svým přístupem a informacemi v mnohém pomoci.

Pacient 3

Třetí dotazovaný pacient byl muž ve věku 54 let. Pacientem se stal po absolvovaných preventivních vyšetřeních. Ty u něj byly provedeny pro vysokou rodinnou zátěž z hlediska kardiovaskulárních chorob. Pokaždé když absolvoval vyšetření, ať to bylo měření krevního tlaku, natočený elektrokardiograf, odběry na cholesterol, či cukr, přibyla mu jedna nemoc. Na uvedená vyšetření šel sám, nechal si vyšetřit vše, co bylo v možnosti jeho praktického lékaře a poté byl odeslán do kardiologické ambulance. Léčí se tedy zhruba 5 let s hypertenzí a vysokým cholesterolem a stejnou dobu je i členem Klubu KARDIO. Informace a doporučení o Klubu dostal od svého kardiologa a stal se členem, protože ho problematika sekundární prevence zajímá z důvodu udržení vlastního zdraví. Dotazovaný se nejvíce zajímá o hypertenzi, správné hodnoty lipidů, dietu související s kardiovaskulárním onemocněním, o zlepšení tělesné zdatnosti a omezení vyplývající z jeho nemoci. Vzhledem k tomu, že on sám trpí genetickou poruchou související s homocysteinem, zajímá ho i tato problematika. Kouřit přestal při vstupu do Klubu, po intervenci lékařky,

kteřá tam působí. Protože byl kuřákem svátečním, nečinilo mu to velký problém. Náplň Klubu mu vyhovuje, účastní se téměř všech pohybových aktivit kromě turistiky, to dává přednost kolu. Chodí plavat, účastní se rekondičních pobytů a s dalšími členy hraje volejbal. V době rekondičních pobytů bývají i přednášky a diskuze na některá zajímavá témata z oblasti sekundární prevence. „Naše dotazy jsou kdykoliv zodpovězeny a nikdy jsem se nesetkal s nějakým odbytím ze strany zdravotníků. Pokud mohu posoudit informace z kardioklubu pro mě byly přínosnější, než informace z kardiologické ambulance a hospitalizovaný jsem zatím nebyl.“ uvádí dotazovaný.

První informace z oblasti sekundární prevence byly od lékaře v kardiologické ambulanci, ale jednalo se o upozornění, na co si dávat pozor, žádné podrobnější vysvětlení nenásledovalo, hodně si dohledával na internetu a poté získal informace v kardioklubu. Informace od sester nemá, v Klubu jsou zapojeny fyzioterapeutky, které se s nimi účastní všech pohybových aktivit a poskytují i informace ohledně pohybu. O rizikových faktorech a medikamentech informují převážně lékařky, ale není to úplně striktně rozdělené. Dodržování režimových opatření se dotazovanému daří právě díky kardioklubu.

Zapojení sester do činností i řízení Klubu by dotazovaný uvítal, jednak by mohly přinést zajímavé a nové myšlenky a jiný přístup. Nemá vlastní zkušenost z hospitalizace a sestru z ambulance nehodnotí jako zdroj informací, ale nechce je podle toho odsuzovat všechny.

Pacient 4

Čtvrtým dotazovaným byl muž ve věku 68 let. V 55 letech prodělal infarkt myokardu, byl hospitalizován v nemocnici, od té doby dochází na kontroly do kardiologické ambulance pro ischemickou chorobu srdeční. Před pěti lety zjistili při kontrolách, že má hypertenzi, asi dvakrát měl trombózu na dolní končetině. Od té doby má antikoagulační léčbu, tu mu kontroluje obvodní lékař jedenkrát za měsíc.

V průběhu hospitalizace mu ošetřující lékař i sestry podávali dost informací. Měl hlavně možnost se jich na všechno zeptat, když si na něco vzpomněl později, vždycky mu sestra poskytla informace. Nejvíce ho upozorňovali na nekuřáctví, byl v té době

náruživým kuřákem. Dotazovaný uvádí i víc než 20 cigaret denně. Sám se zajímal o návrat do práce, jaké bude mít omezení, jestli bude muset držet nějakou dietu, kvůli zvýšenému cholesterolu. Jaká bude následná péče, jestli může navštívit lázně a kde bude sledovaný. Trochu ho následně překvapilo, když zjistil jak to chodí v ambulanci. Tam se nic nerozebírá, natočí se elektrokardiograf, předepíší léky a přidají nějaký zákaz a další kontrola je třeba až za několik měsíců. Pokud ví, tak žádný kardioklub v tomto městě nepracuje, nikdo ho na něj neupozorňoval, ani mu nikdy nenabízeli žádné možnosti, kam by se mohl zapojit. Pokud má o nějaké informace zájem, děti mu je hledají na internetu.

Dotazovaný uvádí jako zdroj informací při hospitalizaci lékaře i sestru, nevzpomíná si na velké rozdíly, ale sestra na něj měla čas během celého dne, lékař nebyl vždycky přítomen. Dodržování režimových opatření je u něj hodně nárazové. Kouření omezil asi na polovinu, přestat se mu asi nepodaří, doma také všichni kouří. Po infarktu dodržoval několik měsíců nízkocholesterolovou dietu, zhubl a nějaký čas i jezdil dost na kole. Teď už se vrátil podle jeho slov: „Do starých kolejích.“ Dietu drží vždy asi týden, když jde do poradny, protože tam mu cholesterol nabírají. Hmotnost má stejnou jako měl před infarktem.

V případě, že by v místě byl kardioklub vcelku rád by se zapojil, jezdit na kole ho bavilo, ale jezdil sám, a proto přestal. Jako odborníky by dotazovaný chtěl v kardioklubu lékaře kardiologa, sestru, někoho přes výživu, ale taky někoho z rehabilitace. Roli sestry vnímá v případném kardioklubu jako organizátorku, edukátorku a pomocníka členů – pacientů.

Pacient 5

Pro pátý rozhovor se mi podařilo získat muže ve věku 69 let. První příznaky anginy pectoris u něj začaly před 4 roky. Poprvé nepocíťoval žádnou bolest, musel zpomalit, prohloubit dech a slabost rozdýchat. V té době se již 10 let léčil s hypertenzí a vysokým cholesterolem. Pomocí léků a úpravy životosprávy se mu podařilo dostat se na úroveň doporučených hodnot, ale další zlepšení nepřicházelo. Pro opakující se pocity

slabosti byl hospitalizován, došlo i na koronarografické vyšetření a byly mu navrženy 2 varianty léčby. Po zvážení výhod a nevýhod se rozhodl pro řešení chirurgické.

V nemocnici proběhla počáteční rehabilitace a byla mu doporučena kardiologická ordinace specializovaného lékaře, kde pokračoval v další rekonvalescenci s postupným zatěžováním. Zhruba do třech měsíců odjel do lázní. Pokud má zhodnotit informace, které dostal o sekundární prevenci a další rekonvalescenci rozhodně více informací dostal v kardiologické ambulanci od lékaře i sestry. Informace z období hospitalizace by zhodnotil jako nedostačující. Nejlépe hodnotí dotazovaný pětítýdenní lázeňský pobyt, protože výrazně přispěl k jeho rekonvalescenci. Získal tam poznatky a praktické zkušenosti z nového životního stylu, kterými by se měl řídit do konce svého života. Jsou to poznatky o: „Pravidelné stravě a dodržování dietního režimu, pravidelné pohybové aktivitě a tomu odpovídajícímu odpočinku, pravidelných návštěvách kardiologa a důsledné dodržování jeho pokynů a doporučení, pravidelné užívání předepsaných léků, udržování normální tělesné hmotnosti.“ Dodnes se aktivně zajímá a vyhledává informace o problematice lipidů, novinkách v oblasti zvyšování fyzické zdatnosti a dietních doporučeních.

Po návratu z lázní se zajímal o nějaký navazující program v místě svého bydliště. Po zjištění, že nic k dispozici není, rozhodl se dotazovaný sám pokračovat v tréninku. Trénink má rozdělen do třech fází, tak jak tomu bylo i v lázních. Trénink praktikuje dotazovaný pětkrát týdně. Dalšími aktivitami je severská chůze, cykloturistika a plavání. Dodržování režimových opatření a pravidelné fyzické aktivity se mu daří také díky zájmu a podpoře manželky. Opakovaně se snaží navštěvovat lázeňskou léčbu, protože mu velmi pomáhá a aktivně vyhledává nové informace s ní související.

Činnost kardioklubu by rozhodně uvítal, očekával by zde zapojení lékaře kardiologa, sester jak všeobecných, tak rehabilitačních jako doplňující odborníka navrhuje psychologa. Do náplně sestry by zařadil edukační činnost a organizaci činností klubu.

Pacient 6

Šestou dotazovanou byla žena ve věku 52 let, po prodělaném infarktu myokardu před 4 roky, léčena byla perkutánní transluminární koronární angioplastikou. Infarkt ji postihl druhý den po operaci žlučníku. Byla přeložena na koronární jednotku a v katetrizační laboratoři byl proveden zákrok.

Informace o režimových opatřeních a životosprávě, kterou má dodržovat dostala od sestřiček a ošetřující lékařky. Částečně již na koronární jednotce, tam informace předávala pouze lékařka a potom na intermediálním lůžkovém oddělení dostala poměrně dost informací od lékařů i sester. “Sestřiček jsem se mohla zeptat kdykoliv, i když to bylo trochu komplikovanější s tím žlučníkem, vždy mi odpověď na to co mě zajímalo sestřičky sehnaly,” uvádí dotazovaná. Nejvíce ji zajímalo, jak dlouho bude v neschopnosti, protože je pracující, jestli bude mít nárok na lázně a jak to bude muset být s dodržováním diety při obou onemocněních a jaké ji to přinese omezení. Později, když se vrátila z lázní sháněla se dotazovaná také po navazující péči, nějakém klubu nebo organizaci, jak je informovali v lázních. Byla by ráda pokračovala v rekondičním tělocviku, nebo i jiné aktivitě. Také informace a navedení ke zdravému životnímu stylu v lázních hodnotí dotazovaná kladně. Bohužel v místě bydliště nic takového není. Začala tedy jezdit na kole a snaží se trochu cvičit tak, že se občas zapojí v nějakém fitness centru. Je si vědoma toho, že velké mezery má hlavně v dodržování životosprávy a hmotnosti. Na kontroly do kardiologické poradny dochází asi po půl roce. Informace tam získané, by hodnotila jako dostatečné. Někdy si dohledá na internetu, co ji zajímá.

Pokud by v místě existoval kardioklub, tak by se zapojila do jeho činností. Hlavně proto, aby nemusela na svoje aktivity být sama. „Jako odborník ze zdravotnictví tam určitě musí pracovat lékař kardiolog, sestra a rehabilitační sestra,” míní dotazovaná. Jako další možnost uvádí poradce přes výživu a psychologa. Zapojení sestry vidí v organizaci, informování členů pacientů o novinkách v oblasti rizikových faktorů a jako dohled při pohybových aktivitách

Pacient 7

Sedmý rozhovor byl s nemocným po prodělané perkutánní transluminární koronární angioplastice. Zákrok podstoupil před 5 lety ve svých 60letech. Do té doby byl zcela zdravý, zastával manažerský post, je si vědom nezdravého životního stylu a stresů, které byly na denním pořádku.

Z nemocnice po zákroku si neodnášel příliš mnoho informací. Nejprínosněji z hlediska sekundární prevence a poskytování informací hodnotí lázeňskou léčbu, která následovala po zákroku a později kardioklub, do kterého se zapojil po návratu z lázní. Informaci o existenci klubu, získal dotazovaný v kardiologické ambulanci, ale už nedokáže s přesností určit jestli od sestry, či lékaře. Kardiologickou poradnu navštěvuje asi po půl roce, nebo v případě obtíží. Po možnosti se někdy zapojit se sháněl, protože chtěl pokračovat v započatých aktivitách a nastaveném tréninku. Zajímá se aktivně o všechny formy fyzické aktivity, které klub nabízí. „Největším jeho problémem je odolat řadě dobrot“ uvádí dotazovaný, proto i dieta a změna životosprávy jsou oblastí jeho zájmu. Náplní tělovýchovné jednoty je, jak už vyplývá z názvu, rekondiční a rehabilitační tělocvik, turistika a Nordic Walking, cyklistika a plavání. „V zimě vodí svoji nemoc do fitka,“ hodnotí dotazovaný svůj život s nemocí. Účastní se volejbalových klání mezi ostatními kardiokluby a novým oddílem je lukostřelba. V době rekondičních pobytů naši zdravotníci nebo i další členové připravují prezentace nových poznatků z oblasti rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob. Kdykoliv je možnost konzultovat s kardiologem nebo fyzioterapeutkami to co je nás zajímá.

Dodržování režimových opatření a vcelku zdravého životního stylu se daří dotazovanému hlavně díky zapojení se do kardioklubu a díky podpoře manželky. Vedle fyzické aktivity se dotazovaný snaží být aktivní i duševně a účastní se krátkodobých kurzů fotografování a činnost klubu pak dokumentuje. Nevnímá rozdíl jestli informace podá lékař nebo fyzioterapeutky. Nejvíce se mu daří dodržet fyzickou aktivitu a duševní svěžest, hůře již hodnotí dodržování diety.

Do činnosti klubu je zapojen kardiolog, fyzioterapeutky a rehabilitační lékař. Pro činnost sestry navrhuje dotazovaný hned několik možností zapojení: „Každý kdo se chce zapojit a pomáhat v klubu je vítán. Pomoc v organizacích a zdravotnickém

zajištění některých akcí a pobytů je pro sestru příležitostí, ale i nové edukační programy bychom uvítali.“ Jako dalšího odborníka dotazovaný uvádí psychologa a specialistu přes výživu.

Pacient 8

Osmým dotazovaným byl muž ve věku 62 let. Od prvního infarktu uběhlo 29 let a od druhého 25 let. Postupem času se ještě přidala dyslipoproteinemie a diabetes mellitus, i když jen na dietě.

Nejvíce informací o sekundární prevenci získává v Tělovýchovné jednotě Kardio, jíž je členem a stará se o webové stránky. Na kardioklub získal informace od ošetřujícího lékaře při hospitalizaci s druhým infarktem. V mezidobí obou infarktů dodržoval režimová opatření zhruba půl roku, poté co se cítil dobře se pomalu vracel k původnímu životnímu stylu. Po druhém infarktu odjel do lázní a i tam se mnohokrát zmiňovala činnost kardioklubu a jeho přínosu pro kardiaky. Po návratu se proto o klub začal zajímat a netrvalo dlouho a zcela se zapojil do činností, které klub pořádá a organizoval a zapojoval se i do nově vznikajících aktivit. „Náplní Tělovýchovné jednoty je rekondiční a rehabilitační tělocvik, turistika a Nordic Walking, cyklistika a plavání. Novými oddíly je volejbal a lukostřelba. Z zimě vyměníme kolo za posilovnu,“ uvádí dotazovaný. Na to co zajímá členy klubu odpovídají se zájmem zdravotníci, kteří jsou v klubu zapojeni, kdykoliv a kdekoliv. Na rekondičních pobytech bývají i sezení, na kterých se probírají rizikové faktory a co je nového v různých oblastech sekundární prevence. Sám dotazovaný se zajímá o cholesterol, zvyšování fyzické kondice, omezení která mu přináší diabetes, s ním související diety. Z nových poznatků ho zajímá homocystein, protože mu nabídli v kardiologické poradně vyšetření.

Pokud má uvést první zdroj sekundární prevence, byl by to zřejmě personál lůžkového oddělení, kde ležel po infarktu. Rozdíl mezi informacemi od sestry a lékaře vnímá v jejich obsahu, nikoliv kvalitě. Co se týká rozdílu v dodržování, také nedělá rozdíl jestli je to informace od sestry, v kardioklubu od fyzioterapeutky, nebo od lékaře. Dodržování režimových opatření se mu daří hlavně díky zapojení do kardioklubu.

Ze zdravotníků jsou do klubu zapojeny fyzioterapeutky, lékař kardiolog a rehabilitační. V zapojení sester by viděl pro klub přínos v oblasti edukace a mohly by se zapojit do dohledu při pohybových aktivitách, který tak vykonává většinou fyzioterapeutka, která tu danou činnost provádí.

Pacient 9

Devátý rozhovor byl s mužem ve věku 58 let. Infarkt myokardu prodělal před 18 lety, embolii plic před 12 lety po operaci kolene.

Informace o sekundární prevenci, které dostal na lůžkovém oddělení hodnotí jako dostatečné, ale příliš dlouho se jimi neřídil, pokud si vzpomíná byl to necelý jeden rok. Tenkrát mu byla doporučena i Tělovýchovná jednota Kardio, ale nezapojil se do jejích aktivit. Tělovýchovnou jednotu mu doporučoval lékař na lůžkovém oddělení a potom ještě v kardiologické poradně, kam docházel. O členství v TJ, aby mohl lépe dodržovat režimová opatření, se začal zajímat až po prodělané embolii, tedy asi před 11 lety. Informace o režimových opatřeních získal od sestry, lékaře a v kardioklubu ještě od fyzioterapeutek. Jako nejužitečnější hodnotí informace poskytnuté v kardioklubu. Kladně hodnotí i informace poskytované během lázeňské léčby, spíše to navození režimových opatření, i když tenkrát mu dlouho nevydržely.

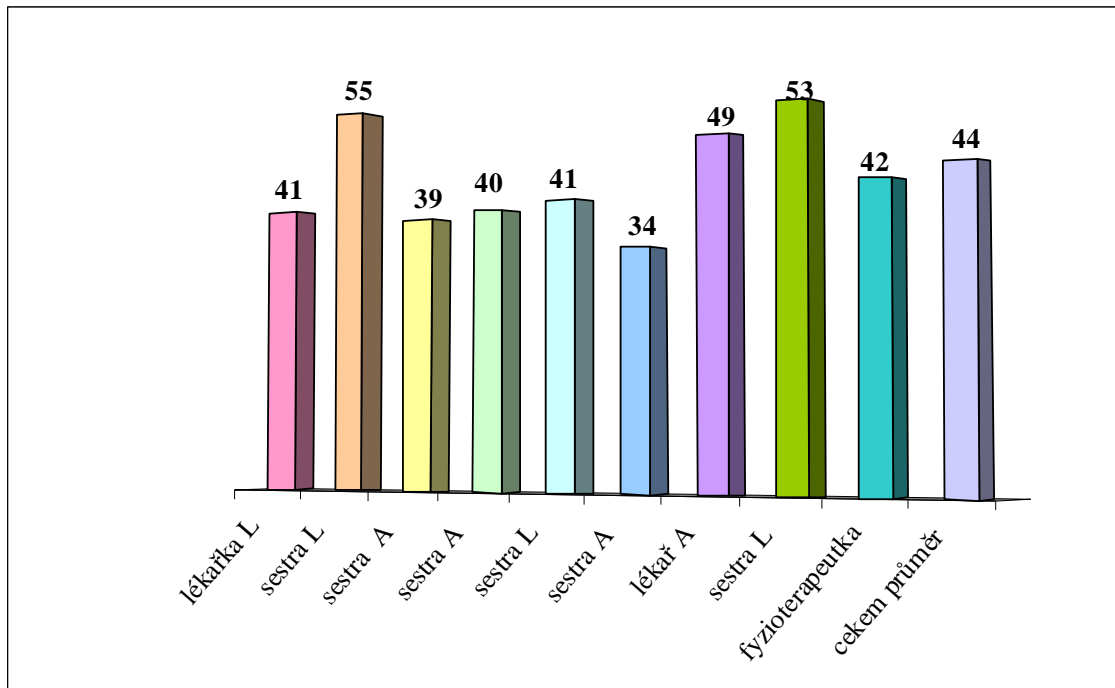
S odstupem času si myslí, že se měl dál věnovat tréninku, ale snad z pohodlnosti a protože se cítil dobře, tak asi po roce přestal. Po prodělané embolii už se sám zajímal o možnost zapojení do Tělovýchovné jednoty Kardio. Tělovýchovná jednota se věnuje rekondičnímu a rehabilitačnímu tělocviku, turistice a Nordic Walkingu, cyklistice a plavání. S volejbalovým oddílem se účastní republikových soutěží, v zimním období místo kola a turistiky chodí do posilovny. Jako velmi pozitivní vnímá, že se manželka spolu s ním účastní všech aktivit. „Všichni zdravotníci v klubu ochotně a aktivně přistupují k našim dotazům a má pocit, že žádné informace mu v současné době nechybí,“ hodnotí dotazovaný přístup zdravotníků. Sám se zajímá o dietní opatření, protože má problémy s nadváhou. Po embolii měl zjištěnou Leidenskou mutaci a enzym pro homocystein, zajímá ho tedy i tato problematika. Zajímá se i možnosti fyzické aktivity a zvyšování kondice a omezení spojená s jeho nemocí.

Od zapojení se do kardioklubu nemá problém s dodržováním režimových opatření. „Snad akorát ta hmotnost mi trochu činí problém,“ odpovídá dotazovaný na otázku, jak se mu daří dodržovat režimová opatření. Vliv kardioklubu uvádí jako bezpochyby velký.

V klubu pracuje lékař kardiolog, rehabilitační lékař a fyzioterapeutky. Sestry nejsou zapojeny přímo do činnosti, i když se někdy účastní akcí spolu s rodinným příslušníkem. Myslí si, že je škoda, že nevyužijí svoje znalosti a aktivně se nezapojí. Očekával by od nich dohled při sportovních aktivitách, podávání informací a třeba i měření tlaku. Nevnímá rozdíl mezi informací podanou od lékaře nebo od sestry, naopak ze zkušenosti z hospitalizace si myslí, že sestra dokáže podat informaci srozumitelněji.

4.3 Základní grafy dat zdravotníků

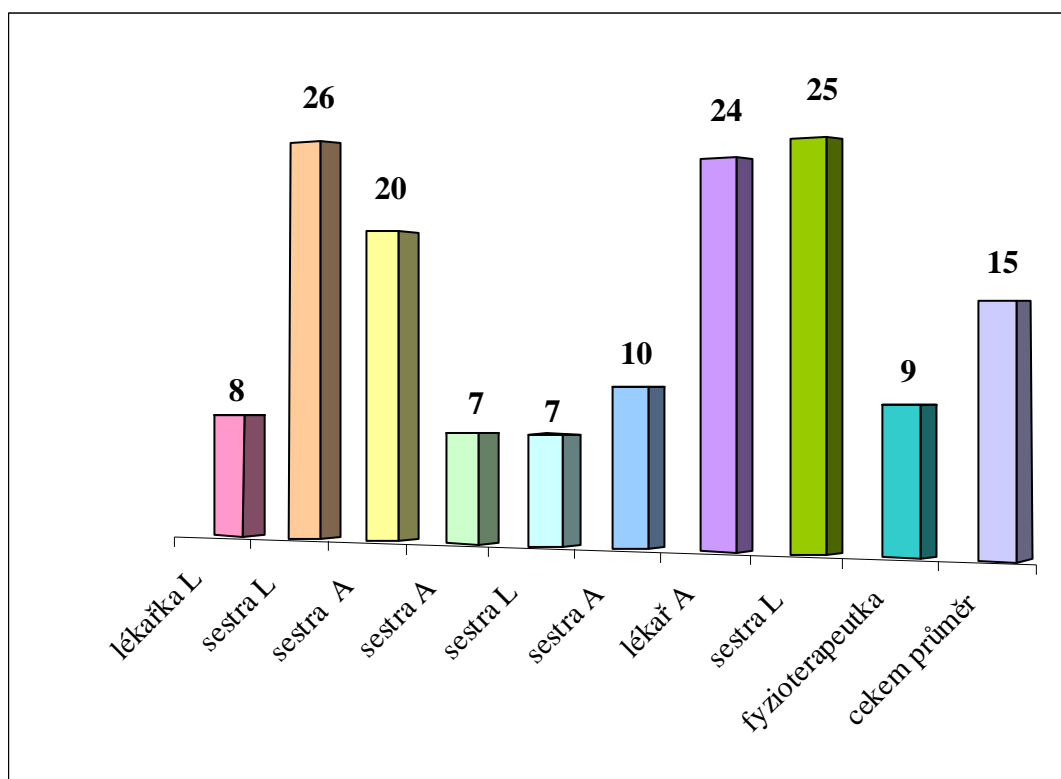
Graf 1 Věk respondentů zdravotníků



V tomto grafu uvádíme věk respondentů zdravotníků. Průměrný věk respondentů je 44 let. Věk respondentek sester z lůžkového oddělení byl 55, 41 a 53 let. Věk respondentek sester z ambulance byl 39, 40 a 34 let. Věk lékařky z lůžkového oddělení byl 41 let. Věk lékaře z ambulantního oddělení byl 49. Věk dotazované fyzioterapeutky byl 42 let.

Použité zkratky L – lůžkové, A - ambulantní

Graf 2 Počet let působení na kardiologii



Na tomto grafu prezentujeme jak dlouho pracují respondenti zdravotníci na kardiologii. Sestry pracující na lůžkovém oddělení pracovaly na kardiologii 26, 7 a 25 let. Sestry z ambulantní části pracovaly na kardiologii 20, 7, a 10 let. Lékařka z lůžkového oddělení pracovala na kardiologii 8 let, lékař z ambulance 24 let. Fyzioterapeutka pracovala na kardiologii 15 let.

4.4 Kategorizace dat z rozhovorů se zdravotníky v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

- 1) Návazná péče nabízená kardiovaskulárním pacientům (Tabulka 1)
- 2) Náplň Kardioklubů (Tabulka 2)
- 3) Informace požadované kardiaky (Tabulka 3)
- 4) Informace o sekundární prevenci podávané zdravotníky (Tabulka 4)
- 5) Poskytovatel informací o sekundární prevenci pacientům (Tabulka 5)
- 6) Forma edukace (Tabulka 6)
- 7) Dodržování sekundární prevence u pacienta zapojeného do následných aktivit, návazné péče (Tabulka 7)
- 8) Dodržování sekundární prevence u pacienta nezapojeného do následných aktivit (Tabulka 8)
- 9) Názory na pracovní obsazení kardioklubu (Tabulka 9)
- 10) Zapojení do činnosti v kardioklubu (Tabulka 10)
- 11) Možnost zapojení dotazovaných do činností kardioklubu (Tabulka 11)
- 12) Možnost zapojení dalších odborníků (Tabulka 12)
- 13) Rozdíl mezi informacemi z ambulance a lůžkové části (Tabulka 13)

Tabulka 1 Návazná péče nabízená kardiovaskulárním pacientům

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Návazná péče	celkem									
lázně	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
kardioklub	6	1	1	1				1	1	1
Kardiologická ambulance	5	1	1			1			1	1
Odborné ambulance	5			1	1	1	1	1		
Léčba tabákové závislosti	6			1		1	1	1	1	1
Kardio-fitness	1							1		
Celkový výskyt	32	3	3	4	2	4	3	5	4	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě způsoby návazné péče, které zdravotníci nabízejí kardiovaskulárním pacientům. Nejčastější kategorie odpovědi jsou lázně, uvedena celkem 9krát. Další kategorie odpovědi kardioklub byla uvedena 6krát. Kategorie léčba tabákové závislosti byla uvedena 6krát. Kategorie kardiologická ambulance a odborné ambulance byla uvedena shodně 5krát. Kategorie kardio-fitness byla uvedena 1krát. Respondent č. 7 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 5krát. Respondenti č. 3, 5, 8 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 6 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondent č. 4 odpověděl v jediné tedy 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 32.

Tabulka 2 Náplň Kardioklubů (v tabulce KK)

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Cíl a náplň KK	celkem									
↑ fyzické kondice	6		1	1		1	1		1	1
Návrat do zaměstnání	5	1	1		1			1		1
Naučit se žít s nemocí	2	1						1		
Změna životního stylu	6	1		1	1		1		1	1
Dodržování režimových opatření	3	1				1		1		
Návrat do aktivního života	4				1			1	1	1
Celkový výskyt	26	4	2	2	3	2	2	4	3	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů zdravotníků na náplň kardioklubů. Nejčastější kategorie odpovědi je zvýšení fyzické kondice a změna životního stylu, uvedeny shodně 6krát. Kategorie návrat do zaměstnání byla uvedena 5krát. Kategorie návrat do aktivního života byla uvedena 4krát. Kategorie dodržování režimových opatření byla uvedena 3krát a kategorie naučit se žít s nemocí byla uvedena 2krát. Respondenti č. 1, 7 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 4krát. Respondenti č. 4 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 2, 3, 5, 6 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 26.

Tabulka 3 Informace požadované kardiaky

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
informace	celkem									
cholesterol	7	1	1	1		1	1	1	1	
dieta	8	1	1	1	1	1	1	1		1
Fyzická aktivita	5	1		1			1	1		1
homocystein	3	1					1	1		
Trombogenní faktory	2	1						1		
lázně	5		1			1	1		1	1
Sexuální život	2		1						1	
Hodnoty krevního tlaku	5		1	1				1	1	1
Antikoagulační léčba	3		1			1	1			
Pitný režim	1		1							
Návrat do zaměstnání	6		1		1	1	1		1	1
Omezení po nemoci	4			1		1			1	1
Návazná péče	4					1	1	1	1	
Celkový výskyt	55	5	8	5	2	7	8	7	7	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi o jaké informace mají kardiaci zájem. Kategorie odpovědi dieta při kardiovaskulárním onemocnění byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědi cholesterol byla uvedena 7krát. Kategorie odpovědi návrat do zaměstnání byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi fyzická aktivita, lázně, hodnoty krevního tlaku byly uvedeny 5krát. Kategorie odpovědi omezení po nemoci a návazná péče byly uvedeny 4krát. Kategorie odpovědi homocystein, a antikoagulační léčba byly uvedeny 3krát. Kategorie sexuální život byla uvedena 2krát. Kategorie

odpovědi pitný režim byla uvedena 1krát. Respondenti č. 2 a 6 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 8krát. Respondenti č. 5, 7, 8 odpověděli v kategoriích celkem 7krát. Respondent č. 9 odpověděl v kategoriích celkem 6krát. Respondenti č. 1 a 3 odpověděli v kategoriích celkem 5krát. Respondent č. 4 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 55.

Tabulka 4 Informace o sekundární prevenci podávané zdravotníky

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
informace	celkem									
cholesterol	5	1	1			1			1	1
dieta	5	1	1			1			1	1
Fyzická aktivita	5	1	1					1	1	1
homocystein	1	1								
Trombogenní faktory	1	1								
nikotinismus	6	1	1			1	1	1		1
obezita	5	1					1	1	1	1
Informace k novým lékům	1			1						
Změna životního stylu	5					1	1	1	1	1
Aktivně žádné	1				1					
Celkový výskyt	35	7	4	1	1	4	3	4	5	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi zdravotníků jaké informace předávají pacientům s kardiovaskulárním onemocněním. Nejčastější kategorie odpovědí byl uveden nikotinismus 6krát. Kategorie odpovědí cholesterol, dieta při kardiovaskulárním onemocněním, fyzická aktivita, obezita a změna životního stylu byly uvedeny shodně 5krát. Kategorie odpovědí homocystein, trombogenní faktory, informace k novým lékům byly uvedeny shodně 1krát. Kategorie odpovědi aktivně

žádné byla uvedena 1krát. Respondent č. 1 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 7krát. Respondent č. 9 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 6krát. Respondent č. 8 odpověděl v kategoriích celkem 5krát. Respondenti č. 2, 5, 7 odpověděli v kategoriích celkem 4krát. Respondent č. 6 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 3 a 4 odpověděli v jediné kategorii tedy 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 35.

Tabulka 5 Poskytovatel informací o sekundární prevenci pacientům

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Edukátor	celkem									
lékař	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
sestra	7	1	1			1	1	1	1	1
fyzioterapeut	3	1						1		1
Celkový výskyt	19	3	2	1	1	2	2	3	2	3

V kategorii lékař odpovědělo celkem 9 respondentů. V kategorii odpovědi sestra odpovědělo 7 respondentů. V kategorii odpovědi fyzioterapeut odpověděli 3 respondenti. Respondenti č. 1, 7 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 2, 5, 6 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 3 a 4 odpověděli v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 19.

Tabulka 6 Forma edukace

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Forma edukace	celkem									
ústně	7	1	1			1	1	1	1	1
leták	8	1	1	1	1	1	1	1	1	
nástěnka	4	1	1			1			1	
přednáška	1	1								
prezentace	1	1								
www	1						1			
video	2	1								1
Celkový výskyt	24	6	3	1	1	3	3	2	3	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů zdravotníků na formy edukace. Nejčastější kategorie leták byla uvedena 8krát. Kategorie ústně byla uvedena 7krát. Kategorie odpovědi nástěnka byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi video byla uvedena 2krát. Kategorii odpovědi přednáška, prezentace a www stránky uvedli shodně 1krát. Respondent č. 1 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 6krát. Respondenti č. 2, 5, 6 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 7 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 3 a 4 odpověděli v jediné kategorii tedy 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 24.

Tabulka 7 Dodržování sekundární prevence u pacienta zapojeného do následných aktivit

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Dodržování prevence	celkem									
dostatečné	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě dodržování sekundární prevence u pacienta zapojeného do následných aktivit podle odpovědí respondentů. V kategorii odpovědi dostatečné uvedlo 9 respondentů. Všichni respondenti odpověděli (jsou řazeni) v jediné kategorii tedy 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 9.

Tabulka 8 Dodržování sekundární prevence u pacienta nezapojeného do následných aktivit

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Dodržování prevence	celkem									
nedostatečné	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Opakované hospitalizace	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
komplikace	8	1	1	1	1		1	1	1	1
Celkový výskyt	26	3	3	3	3	2	3	3	3	3

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě dodržování sekundární prevence u pacientů nezapojených do následných aktivit podle odpovědí zdravotníků respondentů. Kategorie odpovědi nedostatečné byla uvedena 9krát. Kategorie odpovědi opakované hospitalizace byla uvedena 9krát. Kategorie komplikace byla uvedena 8krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 3krát. Respondent č. 5 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 26.

Tabulka 9 Názory na pracovní obsazení kardioklubu

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
profese	celkem									
Lékař kardiolog	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
sestra	4				1	1	1	1		
fyzioterapeut	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lékař rehabilitační	8	1	1	1	1	1		1	1	1
Celkový výskyt	30	3	3	3	4	4	3	4	3	3

Tato tabulka v kategorizované formě prezentuje odpovědi respondentů zdravotníků na zapojení odborníků v kardioklubu. Kategorie odpovědi lékař kardiolog byla uvedena 9krát. Kategorie odpovědi sestra byla uvedena 4krát. Kategorie fyzioterapeut byla uvedena 9krát. Kategorie rehabilitační lékař byla uvedena 8krát. Respondenti č. 4, 5, 7 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 6, 8, 9 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 30.

Tabulka 10 Zapojení do činnosti v kardioklubu

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
zapojení	celkem									
ano	3	1						1		1
ne	6		1	1	1	1	1		1	
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě zapojení jednotlivých respondentů do kardioklubu. Kategorie odpovědi ano byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi ne byla uvedena 6krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 9.

Tabulka 11 Možnost zapojení dotazovaných do činností kardioklubu

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
Možnosti zapojení	celkem									
Edukace o sekundární prevenci	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Měření fyziologických funkce	4	1	1			1		1		
Správné techniky měření fyziologických funkcí	4	1		1		1		1		
organizace	5	1			1		1	1	1	
Komplikace - DM	3	1			1			1		
Dohled	5	1					1	1	1	1
Relaxační techniky	1									1
Vedení cvičení	1									1
Celkový výskyt	32	6	2	2	3	3	3	6	3	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi na otázku možnosti zapojení do kardioklubu. Nejčastější kategorií byla uvedena edukace o sekundární prevenci a to 9krát. Kategorie odpovědí organizace a dohled byly uvedeny shodně 5krát. Kategorie odpovědí měření fyziologických funkcí a správné techniky měření fyziologických funkcí byly uvedeny 4krát. Kategorie komplikace diabetes mellitus byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí relaxační techniky a vedení cvičení byly uvedeny 1krát. Respondenti č. 1 a 7 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 6krát. Respondent č. 9 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 4krát. Respondenti č. 4, 5, 6 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 2 a 3 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 32.

Tabulka 12 Možnost zapojení dalších odborníků

Zdravotník		Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
odborníci	celkem									
sestra	5	1	1	1					1	1
psycholog	8		1	1	1	1	1	1	1	1
Nutriční specialista	8	1	1		1	1	1	1	1	1
diabetolog	2					1				1
Celkový výskyt	23	2	3	2	2	3	2	2	3	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě možnost zapojení dalších odborníků do kardioklubu podle odpovědí respondentů zdravotníků. Nejčastější kategorie odpovědí je psycholog a nutriční specialista, tato kategorie byla uvedena shodně 8krát. Kategorie odpovědí sestra byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědí diabetolog byla uvedena 2krát. Respondent č. 9 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 4krát. Respondenti č. 2, 5 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 1, 3, 4, 6 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 23.

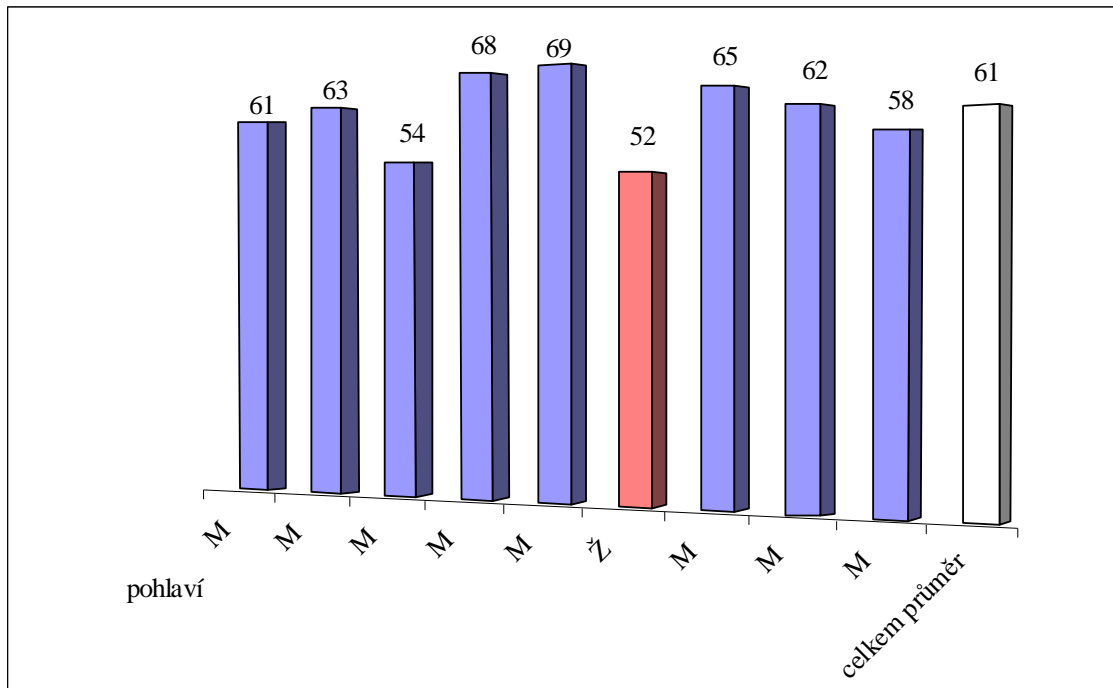
Tabulka 13 Rozdíl mezi informacemi z ambulance a lůžkové části

Zdravotník			Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9
		celkem									
ambulance	Nedostatek času	6	1	1	1	1	1			1	
lůžkové oddělení	Užší kontakt	6	1	1	1	1			1	1	
	Větší časový prostor	6	1	1	1	1	1			1	
Celkový výskyt		19	3	3	3	3	2		1	3	

Tato tabulka prezentuje odpovědi jaký vidí zdravotníci rozdíl mezi edukací na lůžkovém oddělení a v ambulanci. Kategorie odpovědí nedostatek času v ambulanci byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí užší kontakt a větší časový prostor, obě kategorie jsou v lůžkovém oddělení byla uvedena shodně 6krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 8 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 3krát. Respondent č. 5 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 7 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 19.

4.5 Základní grafy dat pacientů

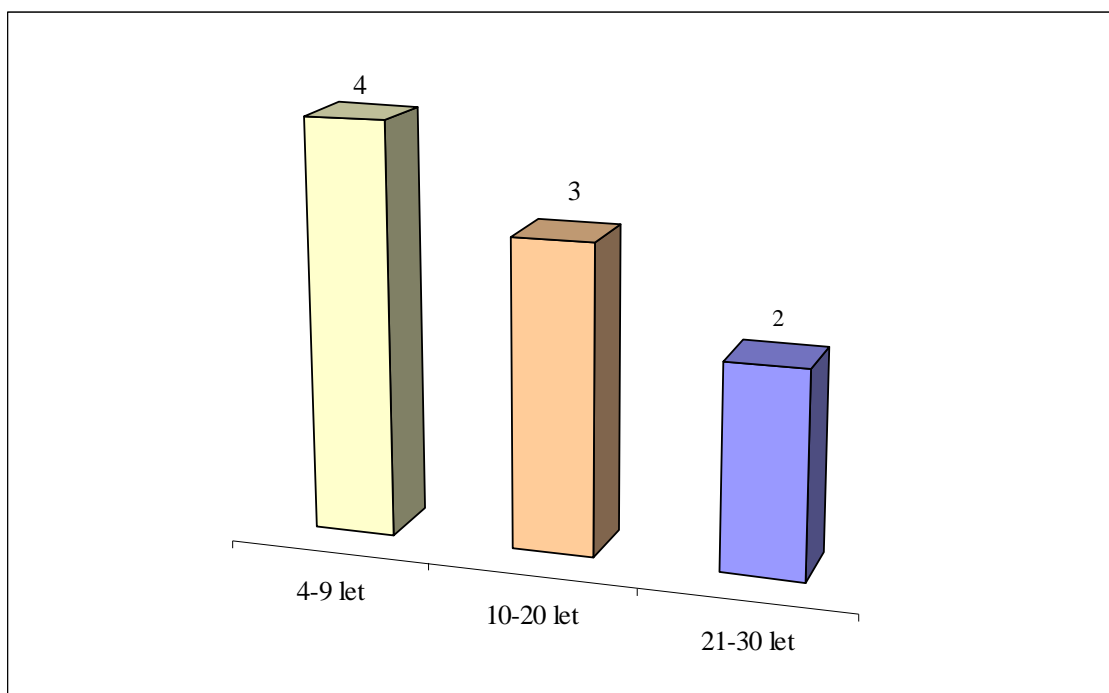
Graf 3 Věk dotazovaných



Tento graf prezentuje průměrný věk respondentů našeho výzkumu. Průměrný věk je 61 let. Respondentce ženě bylo 52 let.

Respondentům mužům bylo 61, 63, 54, 68, 69, 65, 62, 58 let.

Graf 4 Počet let s kardiovaskulárním onemocněním



Do skupiny respondentů s délkou léčby kardiovaskulárního onemocnění 4-9 let řadíme 4 (44,4 %) dotazované (4, 4, 5, 5 let). Do skupiny respondentů s délkou léčby 10-20 let řadíme 3 (33,4 %) dotazované (13, 15, 18 let). Do skupina s délkou léčby 21-30 let řadíme 2 (22, 2 %) respondenty (29, 30 let).

4.6 Kategorizování dat z rozhovorů s pacienty v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

- 1) Doporučení do kardioklubu (Tabulka 1P)
- 2) Zájem o navazující program v režimových opatřeních (Tabulka 2P)
- 3) Kladně hodnocené informace o sekundární prevenci (Tabulka 3P)
- 4) Zdroj informací o sekundární prevenci (Tabulka 4P)
- 5) Oblast zájmu kardiovaskulárních pacientů (Tabulka 5P)
- 6) Dodržování režimových opatření (Tabulka 6P)
- 7) Vliv kardioklubu na dodržování režimových opatření (Tabulka 7P)
- 8) Možnost zapojení sestry v kardioklubu (Tabulka 8P)

Tabulka 14 Doporučení do kardioklubu

Pacient		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
zdroj	celkem									
Sestra ambulance	1				0	0	0	1		
Sestra hospitalizace	2		1						1	
Lékař ambulance	3			1				1		1
Lékař hospitalizace	3		1						1	1
Celkový výskyt	9		2	1				2	2	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů pacientů odkud získali informaci o kardioklubu. Nejčastější kategorie odpovědi je lékař z ambulance a lékař z hospitalizace, obě kategorie jsou uvedeny 3krát. Kategorie sestra z hospitalizace je uvedena 2krát. Kategorie sestra z ambulance je uvedena 1krát. Respondenti č. 2, 7, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 2krát. Respondent č. 3 odpověděl v jediné kategorii tedy 1krát.

Tabulka 15 Zájem o navazující program v režimových opatřeních

Pacient		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
zájem	celkem									
Ano	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě zájem respondentů pacientů o navazující program v režimových opatřeních. Kategorie odpovědi ano byla uvedena všemi respondenty. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 9.

Tabulka 16 Kladně hodnocené informace o sekundární prevenci

Pacient		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Zdroj informací	celkem									
kardioklub	6	1	1	1				1	1	1
hospitalizace	4	1	1		1		1			
ambulance	2					1	1			
lázně	5					1	1	1	1	1
Celkový výskyt	17	2	2	1	1	2	3	2	2	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů pacientů odkud jsou informace o sekundární prevenci, které hodnotili kladně. Nejčastější kategorie odpovědi kardioklub byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi lázně byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi hospitalizace byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi ambulance byla uvedena 2krát. Respondent č. 6 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 1, 2, 5, 7, 8 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 3 a 4 odpověděli v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů byl 17.

Tabulka 17 Zdroj informací o sekundární prevenci

Pacient		P1	P2	P3	(P4)	(P5)	(P6)	P7	P8	P9
zdroj	celkem									
sestra	0									
lékař	6	1	1	1				1	1	1
fyzioterapeut	4	1	1						1	1
Celkový výskyt	10	2	2	1				1	2	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizovaných odpovědích kdo byl pro respondenty pacienty zdrojem informací o sekundární prevenci v kardioklubu. Kategorie lékař je uvedena 6krát. Kategorie sestra není uvedena. Kategorie fyzioterapeut je uvedena 4krát. Respondenti č.1, 2, 8 a 9 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 2krát. Respondenti č. 3 a 7 odpověděli v kategoriích 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 10. Pacienti 4, 5 a 6 neodpovídali, jelikož nejsou členy kardioklubu.

Tabulka 18 Oblast zájmu kardiovaskulárních pacientů

Pacient		P1 *	P2 *	P3 *	P4	P5	P6	P7 *	P8 *	P9 *
informace	celkem									
Cholesterol	6	1	1	1	1	1			1	
Dieta	8	1		1	1	1	1	1	1	1
Fyzická aktivita	7	1	1	1		1		1	1	1
Homocystein	4	1		1					1	1
Trombogenní faktory	1	1								
Krevní tlak	2	1	1							
nikotinismus	1	1								
Návrat do zaměstnání	4		1		1	1	1			
omezení	4				1		1		1	1
Následná péče, lázně	4		1			1	1	1		
Celkový výskyt	41	7	5	4	4	5	4	3	5	4

* = pacient je členem kardioklubu

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů pacientů jaké informace žádají od zdravotníků. Nejčastější kategorie odpovědi dieta při kardiovaskulárních chorobách byla uvedena 8krát. Kategorie fyzická aktivita byla uvedena 7krát. Kategorie cholesterol byla uvedena 6krát. Kategorie homocystein byla uvedena 4krát. Kategorie návrat do zaměstnání omezení, následná péče, lázně byla uvedena shodně 4krát. Kategorie krevní tlak byla uvedena 2krát. Kategorie nikotinismus a kategorie trombogenní faktory byly uvedeny 1krát. Respondent č. 1 odpověděl (je řazen) v kategoriích celkem 7krát. Respondenti č. 2, 5 a 8 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 5krát. Respondenti č. 3, 4, 6 a 9 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondent č. 7 odpověděl v kategoriích celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 41.

Tabulka 19 Dodržování režimových opatření

Pacient		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
dodržování	celkem									
Ano, člen kardioklubu	6	1	1	1				1	1	1
Ano, nečlen kardioklubu	1					1				
Částečně, nečlen	1						1			
Ne, nečlen kardioklubu	1				1					
Celkový výskyt	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů pacientů na dodržování režimových opatření v závislosti na členství v kardioklubu. Kategorie ano, člen kardioklubu je uvedena 6krát. Kategorie ano, nečlen kardioklubu je uvedena 1krát. Kategorie částečně, nečlen je uvedena 1krát. Kategorie ne, nečlen kardioklubu je uvedena také 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 9.

Tabulka 20 Vliv kardioklubu na dodržování režimových opatření

Pacient		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Vliv	celkem									
Ano	6	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Celkový výskyt	6	1	1	1				1	1	1

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi na otázku zda má kardioklub vliv na dodržování režimových opatření. Kategorie ano byla uvedena 6krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 6.

Tabulka 21 Možnost zapojení sestry v kardioklubu

Pacient		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Možnosti	celkem									
edukace	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vedení KK	7	1	1	1	1	1	1	1		
Nové myšlenky	1			1						
Pomocník	5				1		1	1	1	1
Celkový výskyt	22	2	2	3	3	2	3	3	2	2

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů pacientů na možnost zapojení sestry v kardioklubu. Nejčastější kategorie odpovědi edukace byla uvedena 9krát. Kategorie vedení kardioklubu byla uvedena 7krát. Kategorie pomocník byla uvedena 5krát. Kategorie nové myšlenky byla uvedena 1krát. Respondenti č. 3, 4, 6, 7 odpověděli (jsou řazeni) v kategoriích celkem 3krát. Respondenti č. 1, 2, 5, 8 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 22.

4.7 Výsledky dotazníkového šetření

Tabulka 22 Pohlaví respondentů (vztahující se k otázce 1 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muž	132	59,3	59,3	61,1
	žena	93	40,6	40,6	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Tabulka 22 udává pohlaví respondentů. Celkem odpovědělo 225 pacientů (100 %). Z toho 132 respondentů označilo odpověď muž (59,3 %), 93 respondentů označilo odpověď žena (40,6 %).

Tabulka 23 Věková kategorie respondentů (vztahující se k otázce 2 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40-49 let	9	3,9	3,9	5,7
	50-59 let	39	17,0	17,0	22,7
	60-69 let	118	53,2	53,2	75,9
	70 a více let	59	25,8	25,8	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

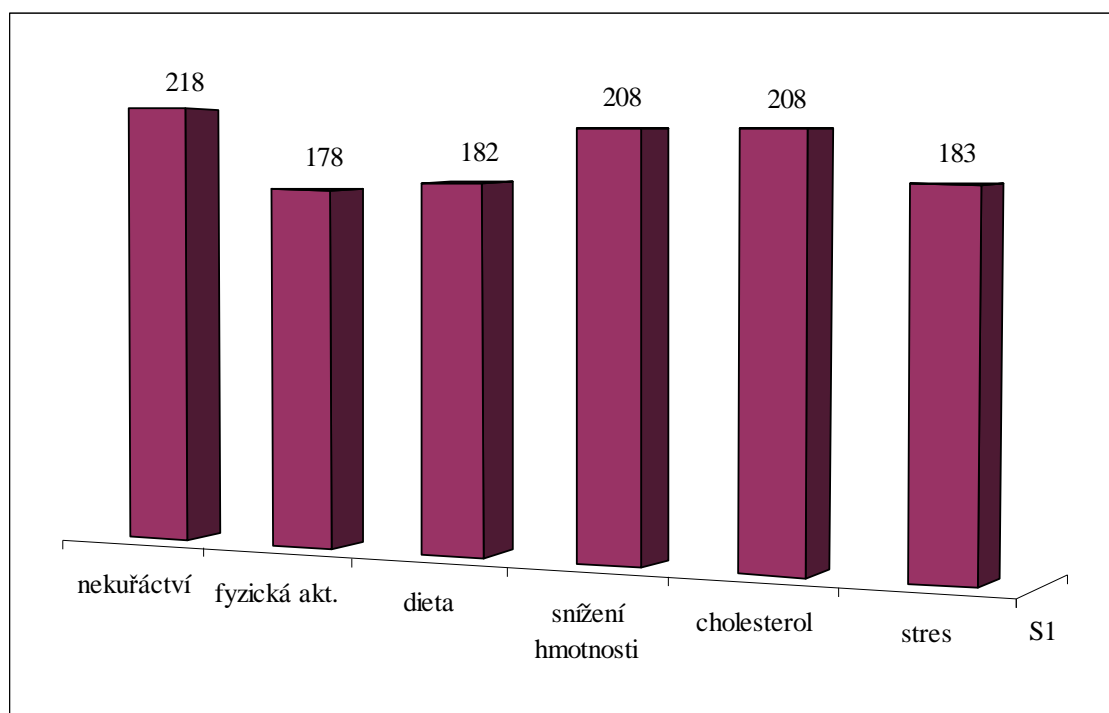
Tabulka 23 udává věkovou kategorii respondentů. Celkem odpovědělo 225 respondentů (100 %). Z toho 59 respondentů označilo věkovou kategorii 70 a více let (25,8 %), 118 respondentů označilo věkovou skupinu 60-69 let (53,2 %), 39 respondentů uvedlo věkovou kategorii 50-59 let (17 %), 9 respondentů označilo věk od 40-49 let (3,9 %).

Tabulka 24 Doba léčby s kardiovaskulární nemocí (vztahující se k otázce 3 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 let	56	24,5	24,5	26,2
	6-10 let	123	53,7	53,7	35,8
	11-15 let	22	9,6	9,6	46,7
	16-20 let	25	10,9	10,9	49,7
	21 a více let	3	1,3	1,3	100,0
	Total	229	100,0	100,0	

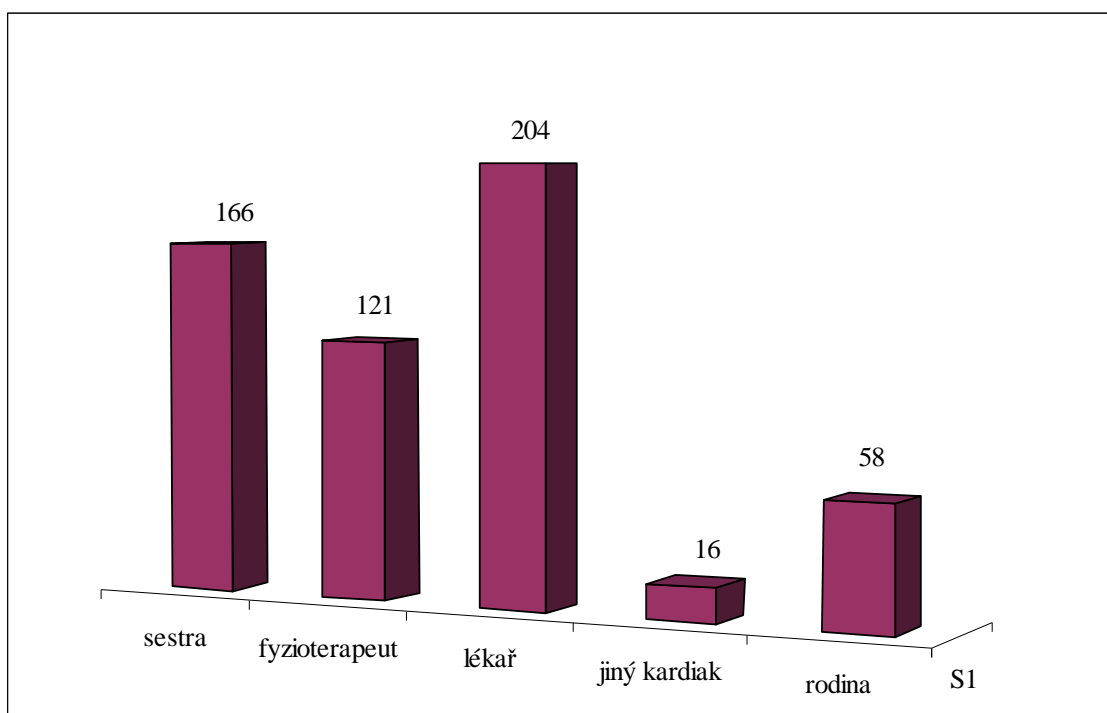
Tabulka 24 udává dobu léčby respondentů s kardiovaskulární nemocí. Celkem odpovědělo 225 respondentů. 56 respondentů se léčí 1-5 let (24,5 %), 123 respondentů se léčí 6-10 let (53,7%), 22 respondentů se léčí 11-15 let (9,6%). Dobu léčby 16-20 let uvedlo 25 respondentů (10,9%) a 21 a více let se léčí 3 respondenti (1,3%).

Graf 5 Zásady sekundární prevence, které by měli respondenti dodržovat při kardiovaskulárním onemocnění (vztahující se k otázce 4 z dotazníku pro pacienty)



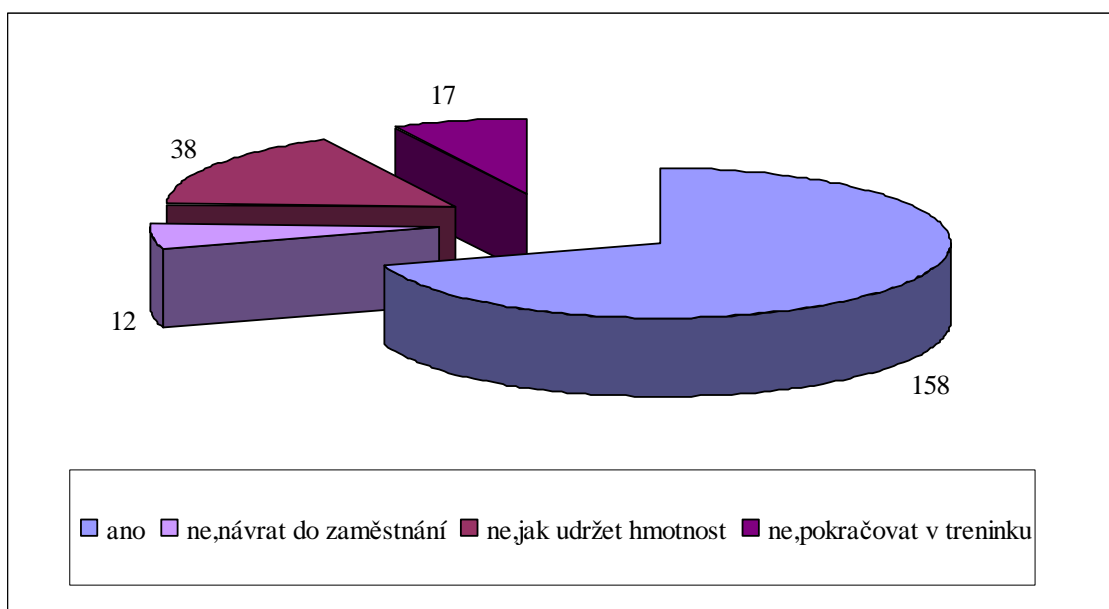
Graf 5 udává zásady sekundární prevence, které by měli respondenti dodržovat při kardiovaskulárním onemocnění. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Pacienti měli možnost označit více odpovědí. Nekuřáctví označilo 218 respondentů, fyzickou aktivitu uvedlo 178 respondentů. Dietu při kardiovaskulárním onemocnění označilo jako zásadu sekundární prevence 182 respondentů, snížení hmotnosti uvedlo 208 respondentů, omezení příjmu cholesterolu uvedlo 208 respondentů a vyvarování se stresu označilo 183 respondentů.

Graf 6 Zdroj informací o sekundární prevenci (vztahující se k otázce 5 z dotazníku pro pacienty)



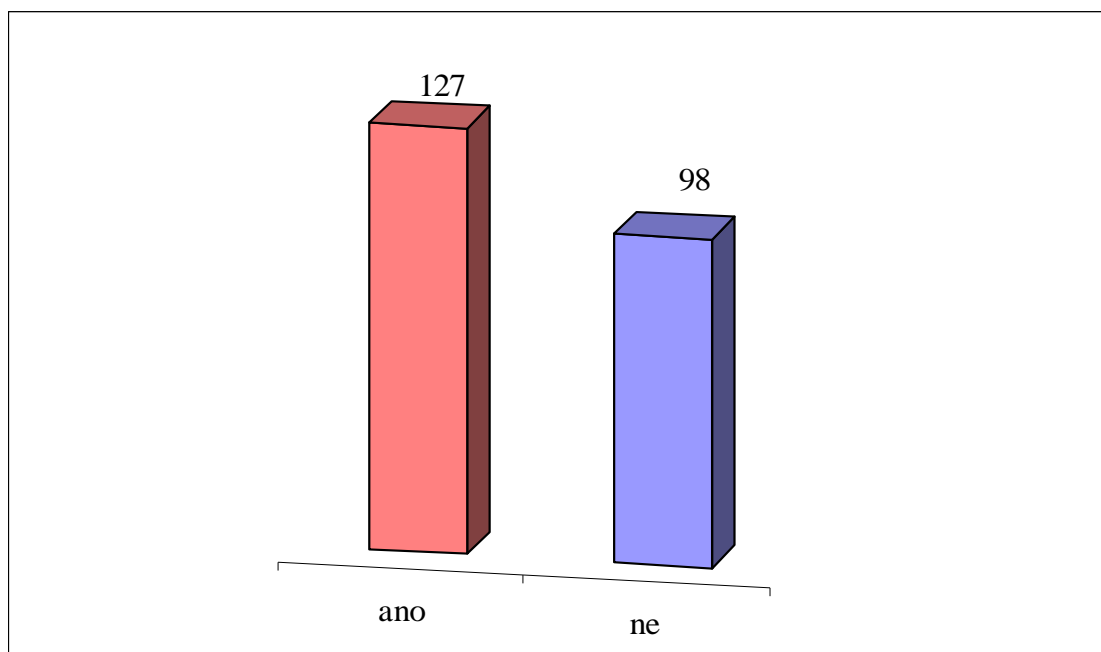
Graf 6 zaznamenává kdo informoval respondenty o sekundární prevenci při jejich kardiovaskulárním onemocnění. Respondentů odpovědělo 225, měli možnost označit více možností. 166 respondentů uvedlo jako zdroj informací sestru, 121 respondentů uvedlo fyzioterapeuta. Pro 204 respondentů byl zdroj informací lékař. Jako jinou možnost uvedlo 16 respondentů jiného kardiaka a 58 respondentů mělo zdroj informací v rodině.

Graf 7 Hodnocení informací o sekundární prevenci (vztahující se k otázce 6 z dotazníku pro pacienty)



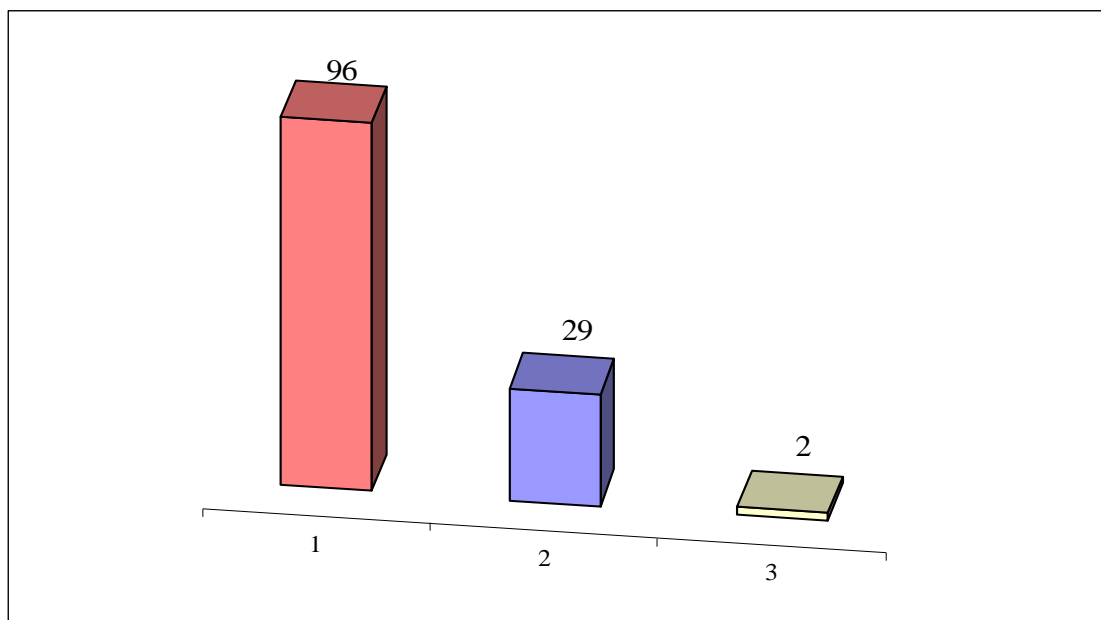
V grafu 7 je zobrazeno jak hodnotili respondenti informace, které dostaly o sekundární prevenci. Respondentů odpovědělo 225. Jako dostatečné zhodnotilo informace 158 respondentů. Pro 67 respondentů byly podané informace nedostatečné. 12 respondentů postrádalo informace o možnosti návratu do zaměstnání, 38 respondentů informace o udržení si snížené hmotnosti. 17 respondentům chyběli informace o možnosti pokračovat v kardio tréninku.

Graf 8 Absolvování lázeňské léčby (vztahující se k otázce 7 z dotazníku pro pacienty)



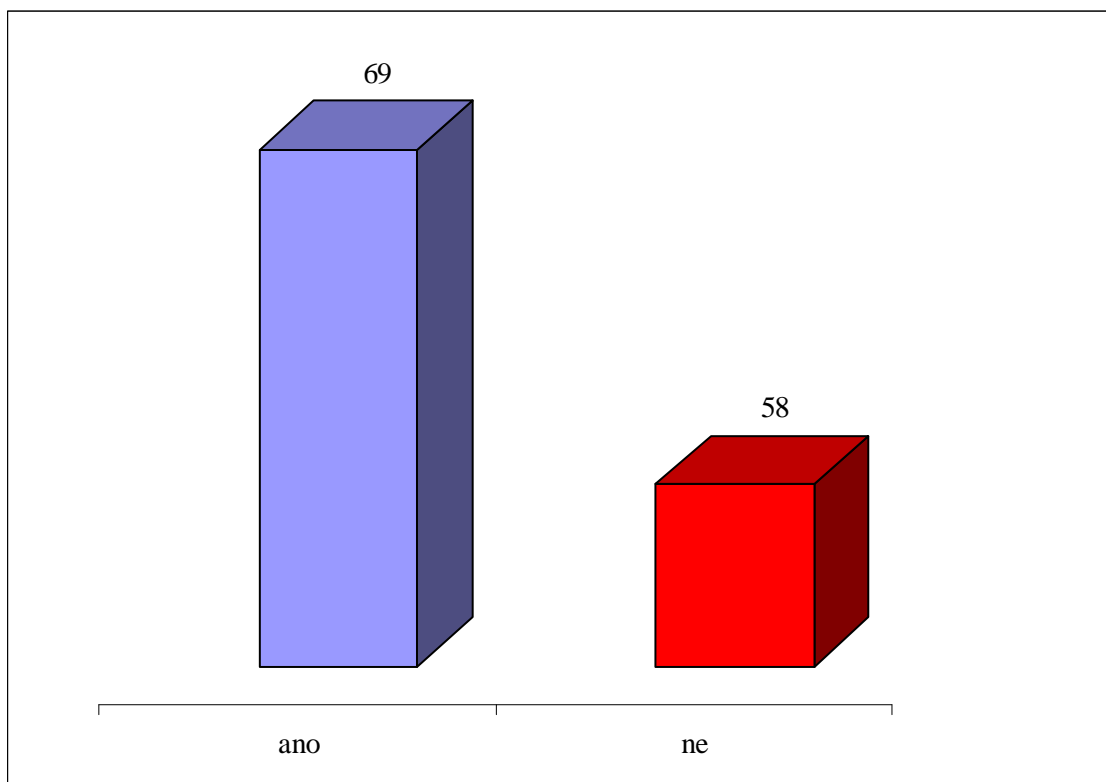
Graf 8 udává početní zastoupení respondentů, kteří absolvovali lázeňskou léčbu. Respondentů odpovědělo 225. Lázeňskou léčbu absolvovalo 127 respondentů (56 %) a 98 (44 %) respondentů lázeňskou léčbu neprodělalo.

Graf 9 Hodnocení efektivity lázeňské léčby (vztahující se k otázce 8 z dotazníku pro pacienty)



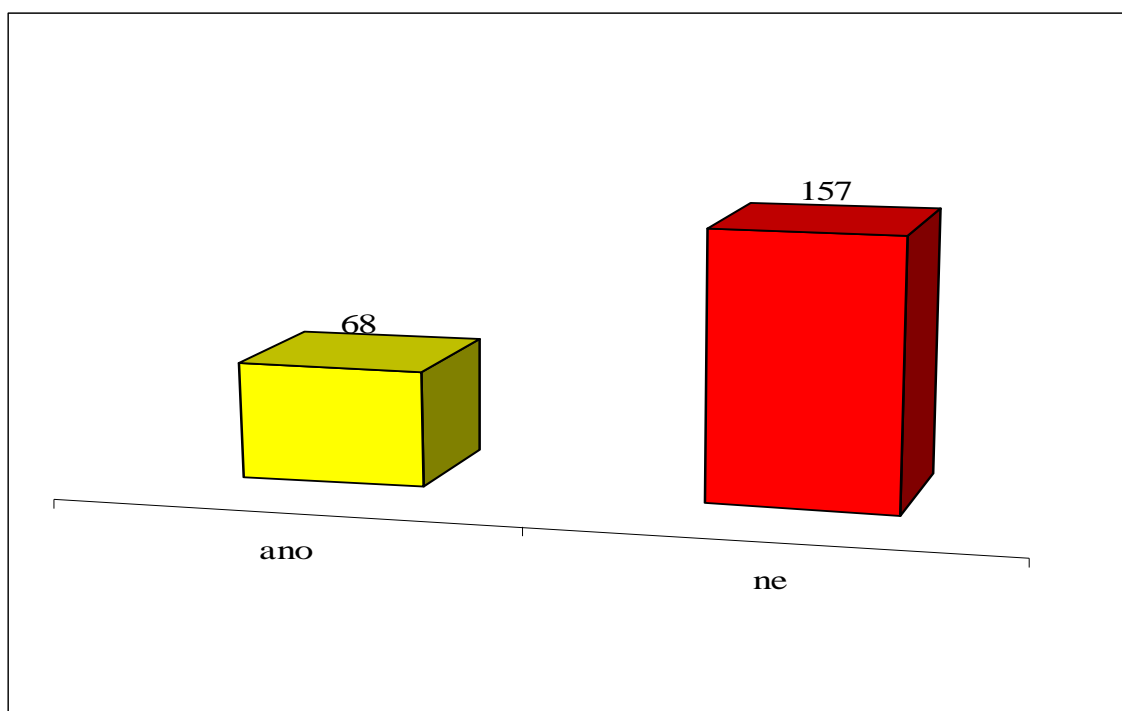
Graf 9 udává jak hodnotili respondenti efektivitu lázeňské léčby v souvislosti s osvojením si režimových opatření. Respondenti hodnotili 1 - velmi efektivní až 5 - zcela neefektivní. Celkem odpovědělo 127 respondentů. Jako velmi efektivní číslem 1 hodnotilo lázeňskou léčbu 96 respondentů. Číslem 2 - efektivní hodnotilo 29 respondentů. Číslem 3 - částečně efektivní ohodnotili efektivitu lázeňské léčby 2 respondenti.

Graf 10 Pokračování v kardiorehabilitaci (vztahující se k otázce 9 z dotazníku pro pacienty)



Graf 10 udává počet respondentů, kteří po absolvování lázeňské léčby pro kardiovaskulární onemocnění, pokračují v kardiorehabilitaci tam naučené. Celkem odpovědělo 127 respondentů. V kardiorehabilitaci pokračuje 69 respondentů a 58 respondentů nepokračuje.

Graf 11 Informace o možnosti pokračovat v kardiorehabilitaci organizovanou formou (vztahující se k otázce 10 z dotazníku pro pacienty)



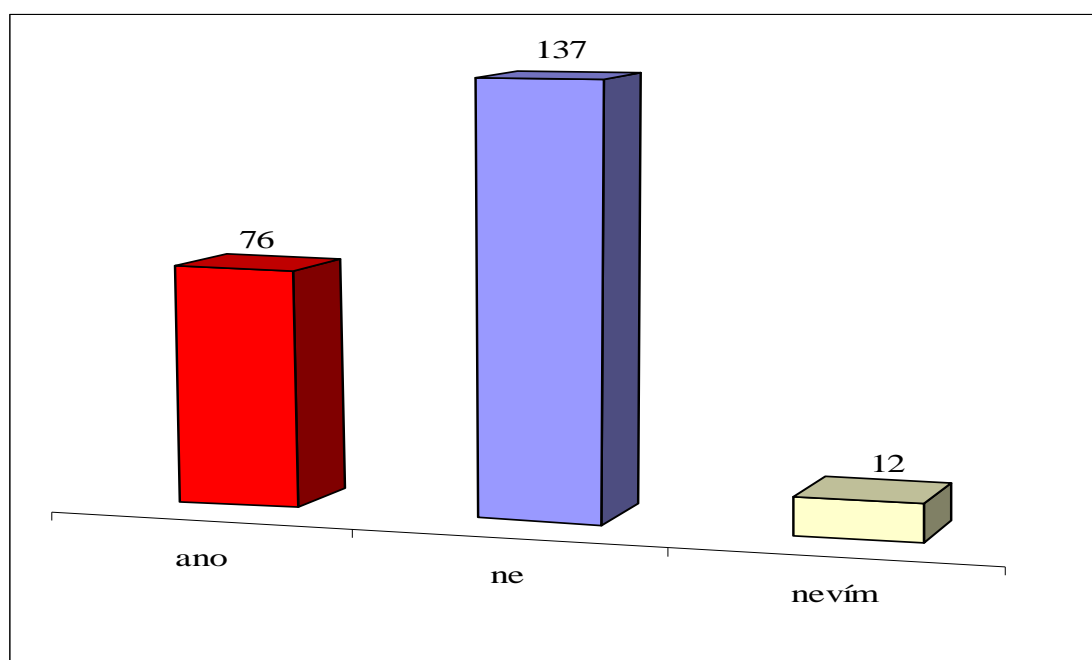
Graf 11 zobrazuje kolika respondentům poskytli zdravotníci informaci o možnosti pokračovat v organizované formě v kardiorehabilitaci. Celkem odpovědělo 225 respondentů. 68 respondentů dostalo informaci o možnosti pokračovat dále v kardiorehabilitaci organizovanou formou. 157 respondentů tuto informaci nedostalo.

Tabulka 25 Zájem respondentů zapojit se do kardioklubu (vztahující se k otázce 11 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	96	41,9	41,9	45,4
	spíše ano	73	31,9	31,9	46,3
	spíše ne	50	21,8	21,8	78,2
	ne	6	2,6	2,6	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

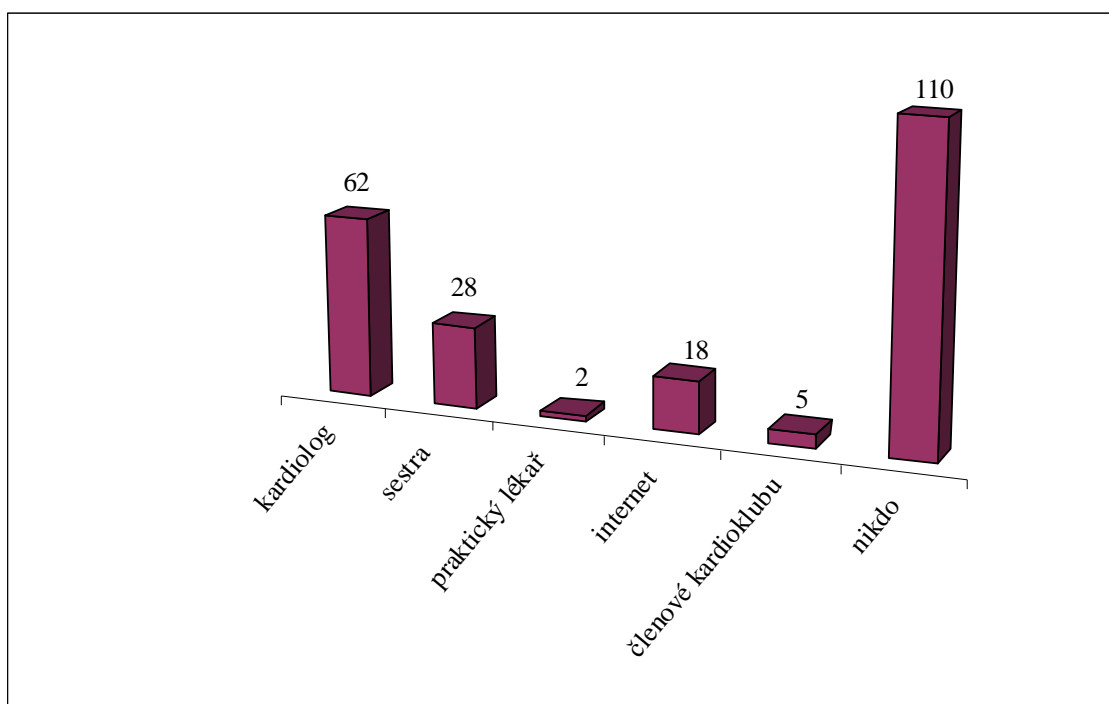
Tabulka 25 udává zájem respondentů o zapojení se do kardioklubu. Celkem odpovědělo 225 respondentů. 96 respondentů uvedlo odpověď ano (41,9%). Spíše ano odpovědělo 73 respondentů (31,9 %). Odpověď spíše ne vybralo 50 respondentů (21,8 %). Ne odpovědělo 6 respondentů (2,6%).

Graf 12 Existence kardioklubu (vztahující se k otázce 12 z dotazníku pro pacienty)



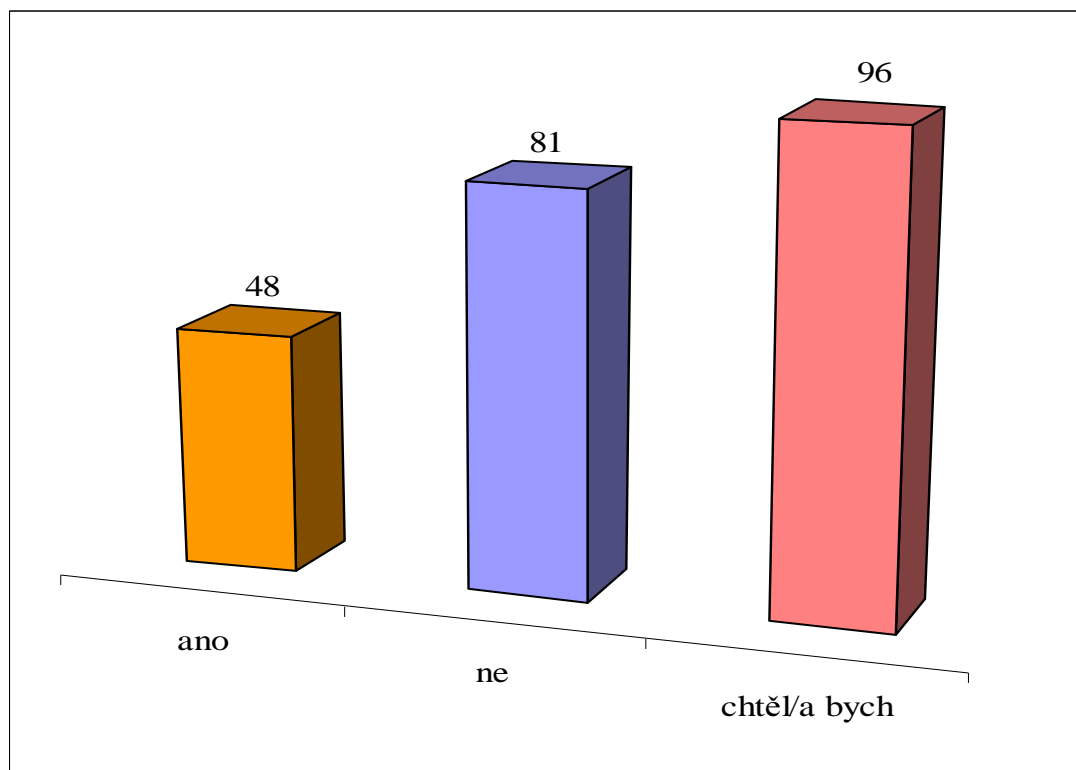
Graf 12 udává odpovědi respondentů na otázku, zda v jejich okolí existuje kardioklub, nebo jiná organizace zabývající se zvyšováním kondici kardiologických klientů. Celkem odpovídalo 225 respondentů. Odpověď ano uvedlo 76 respondentů. Odpověď ne uvedlo 137 respondentů. Nevím odpovědělo 12 respondentů.

Graf 13 Zdroj informace o kardioklubu (vztahující se k otázce 13 z dotazníku pro pacienty)



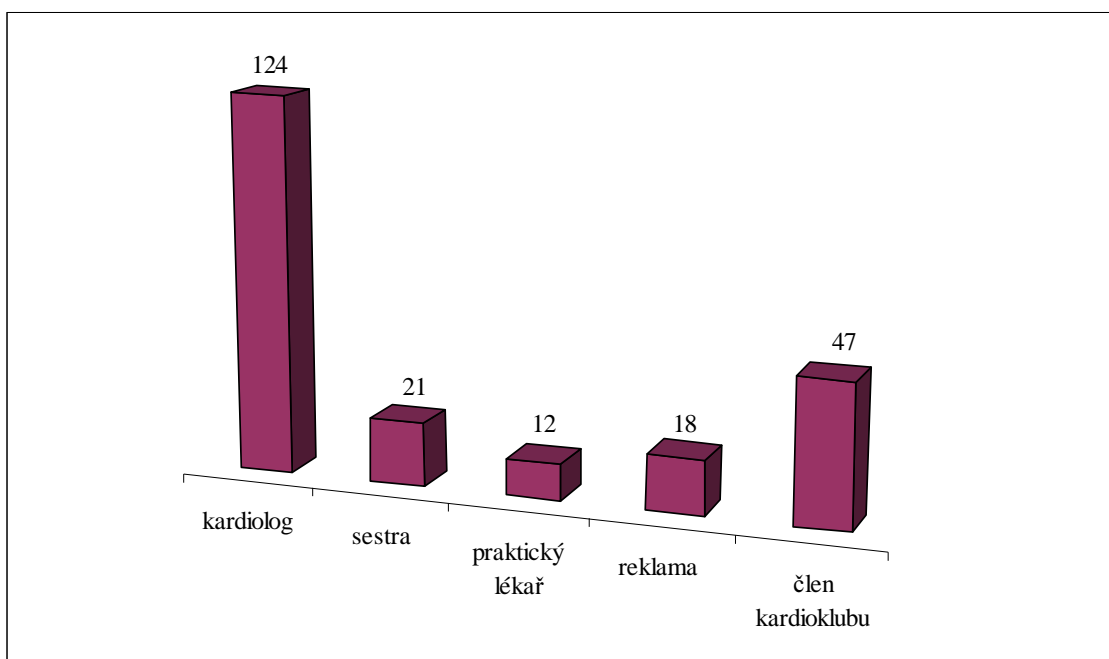
Graf 13 udává početní zastoupení odpovědí od koho dostal respondent informaci o kardioklubu. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Informaci od kardiologa dostalo 62 respondentů. Sestra informovala o kardioklubu 28 respondentů. Od praktického lékaře dostali tuto informaci 2 respondenti. Z internetu získalo informaci o existenci kardioklubu 18 respondentů. Členové kardioklubu informovali o jeho existenci 5 respondentů. 110 respondentů nedostalo informaci o existenci kardioklubu.

Graf 14 Členství v kardioklubu (vztahující se k otázce 14 z dotazníku pro pacienty)



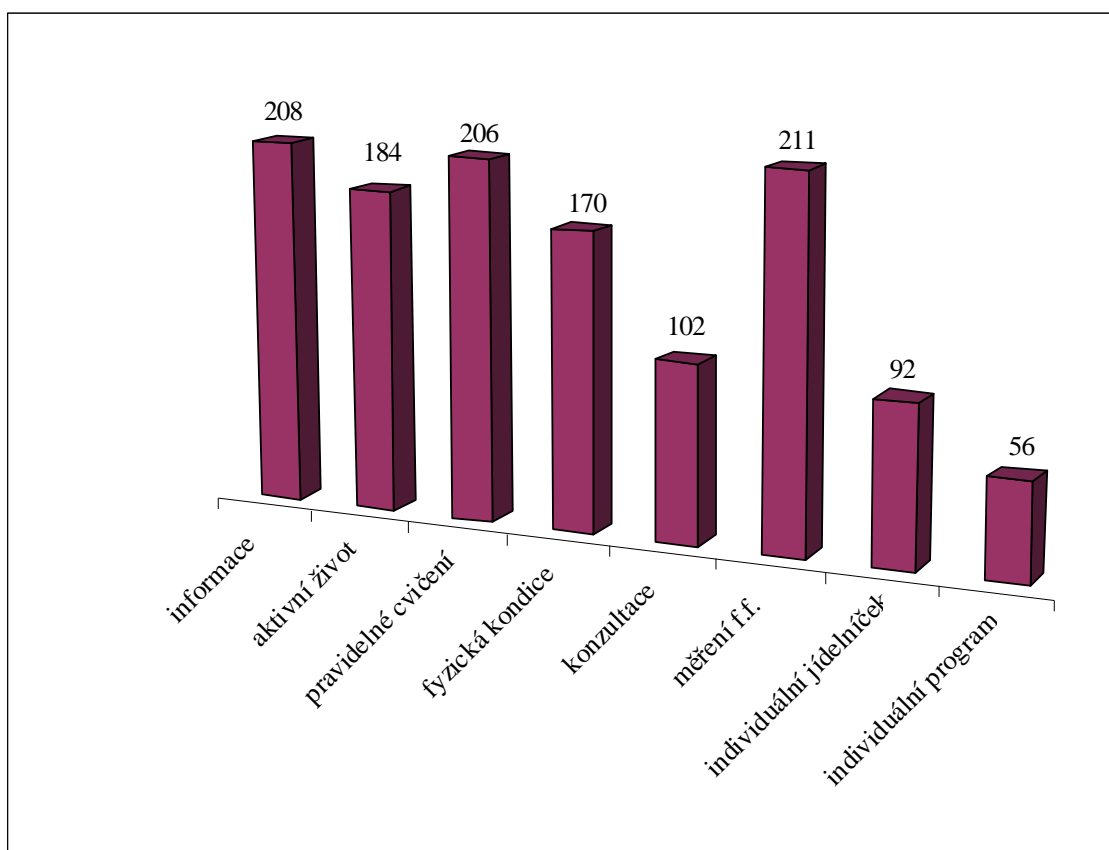
Graf 14 udává početní zastoupení respondentů v kardioklubu. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Z toho 48 respondentů je členem kardioklubu. 81 respondentů není členem kardioklubu. 96 respondentů by se chtělo stát členem kardioklubu.

Graf 15 Ovlivnění vstupu do kardioklubu (vztahující se k otázce 15 z dotazníku pro pacienty)



Graf 15 udává, kým by mohlo být, nebo bylo ovlivněno zapojení se respondenta do kardioklubu. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Z toho 124 respondentů označilo odpověď kardiolog, 24 respondentů označilo sestra. Praktický lékař označilo 12 respondentů, odpověď reklama 18 respondentů. 47 respondentů označilo odpověď člen kardioklubu.

Graf 16 Přínos kardioklubu pro respondenty (vztahující se k otázce 16 z dotazníku pro pacienty)



Graf 16 zobrazuje jaký přínos očekávají respondenti od členství v kardioklubu. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Získání více informací o svém onemocnění označilo 208 respondentů. Zapojení se do aktivního života uvedlo 184 respondentů. Možnost pravidelného cvičení uvedlo 206 respondentů. Zvýšení fyzické kondice uvedlo 170 respondentů. Individuální konzultace s kardiologem jako přínos ze členství v kardioklubu označilo 102 respondentů. Možnost měření fyziologických funkcí označilo 211 respondentů. Pomoc s vypracováním individuálního jídelníčku by bylo přínosem pro 92 respondentů a vypracování individuálního režimového programu uvedlo 56 respondentů.

Tabulka 26 Znalost zásad sekundární prevence respondentů (vztahující se k otázce 17 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	118	53,2	53,2	53,3
	spíše ano	68	29,7	29,7	53,7
	spíše ne	36	16,6	16,6	83,4
	ne	1	0,4	0,4	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Tabulka 26 udává početní a procentuální znalost zásad sekundární prevence respondentů. Odpověď ano uvedlo 118 respondentů (53,2 %). Odpověď spíše ano zvolilo 68 respondentů (29,7 %). Odpověď spíše ne uvedlo 36 respondentů (16,6%). Odpověď ne uvedl 1 respondent (0,4 %).

Tabulka 27 Dodržování zásad sekundární prevence (vztahující se k otázce 18 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	69	30,1	30,1	31,9
	spíše ano	108	48,9	48,9	37,1
	spíše ne	36	15,7	15,7	84,3
	ne	12	5,2	5,2	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Tabulka 27 udává počet a procentuální zastoupení dodržování zásad sekundární prevence. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Ano - dodržuje zásady sekundární prevence 69 respondentů (30,1 %), odpověď spíše ano zvolilo 108 respondentů (48,9 %). Spíše nedodržuje 36 respondentů (15,7 %). Odpověď ne uvedlo 12 respondentů (5,2 %).

Tabulka 28 Vliv dodržování sekundární prevence na zdraví respondentů
(vztahující se k otázce 19 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	75	33,3	33,3	33,3
	spíše ano	131	58,2	58,2	37,8
	spíše ne	9	4,0	4,0	96,0
	ne	10	4,4	4,4	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Tabulka 28 udává názor respondentů, zda dodržování zásad sekundární prevence má vliv na jejich zdraví. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Odpověď ano uvedlo 75 respondentů (33,3 %). Odpověď spíše ano uvedlo 131 respondentů (58,2%). 9 respondentů označilo odpověď spíše ne (4,0 %). Odpověď ne uvedlo 10 respondentů (4,4 %).

Tabulka 29 Dodržování informací o zásadách sekundární prevence z kardioklubu
(vztahující se k otázce 20 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	36	15,7	15,7	17,5
	spíše ano	12	5,2	5,2	94,8
	nejsem členem	177	79	79	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Tabulka 29 udává odpovědi respondentů na otázku zda se řídí informacemi z kardioklubu o sekundární prevenci. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Z toho 36 respondentů uvedlo odpověď ano (15,7 %). Odpověď spíše ano uvedlo 12 respondentů (5,2%). Není členem kardioklubu 177 respondentů (79 %).

Tabulka 30 Vliv členství v kardioklubu na dodržování zásad sekundární prevence
(vztahující se k otázce 21 z dotazníku pro pacienty)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	48	21,0	21,0	22,7
	nejsem členem	177	79	79	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Tabulka 30 udává názor respondentů o vlivu členství v kardioklubu na dodržování zásad sekundární prevence. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Odpověď ano uvedlo 48 respondentů (21,0 %). Odpověď nejsem členem kardioklubu označilo 177 respondentů (79 %).

Tabulka 31 Kontingenční tabulka Dodržování zásad sekundární prevence * člen kardioklubu Crosstabulation (vztahující se k otázce 14 a 18 z dotazníku pro pacienty)

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H0) a alternativní hypotézu (HA):

H0: Dodržování zásad sekundární prevence je nezávislé na členství v kardioklubu.

HA: Dodržování zásad sekundární prevence je závislé na členství v kardioklubu.

			člen kardioklubu			
			"ano"	"chtěl bych"	"ne"	Total
dodržování	"ano"	Count	45	20	3	68
		% of Total	93,8%	21,1%	4,6%	32,7%
	"spíše ano"	Count	3	71	28	102
		% of Total	6,3%	74,7%	43,1%	49,0%
	"spíše ne"	Count	0	1	27	28
		% of Total	0,0%	1,1%	41,5%	13,5%
	"ne"	Count	0	3	7	10
		% of Total	0,0%	3,2%	10,8%	4,8%
	Total	Count	48	95	65	208
		% of Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

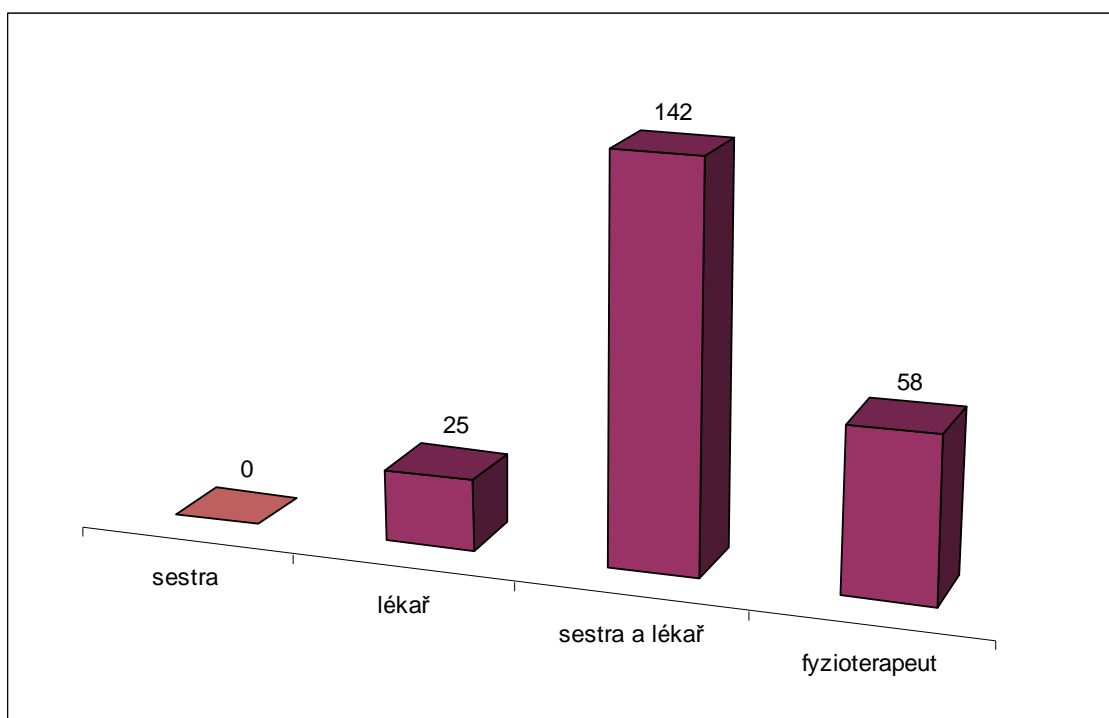
Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se dodržování zásad sekundární prevence a členství v kardioklubu.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,686E2	6	0,000

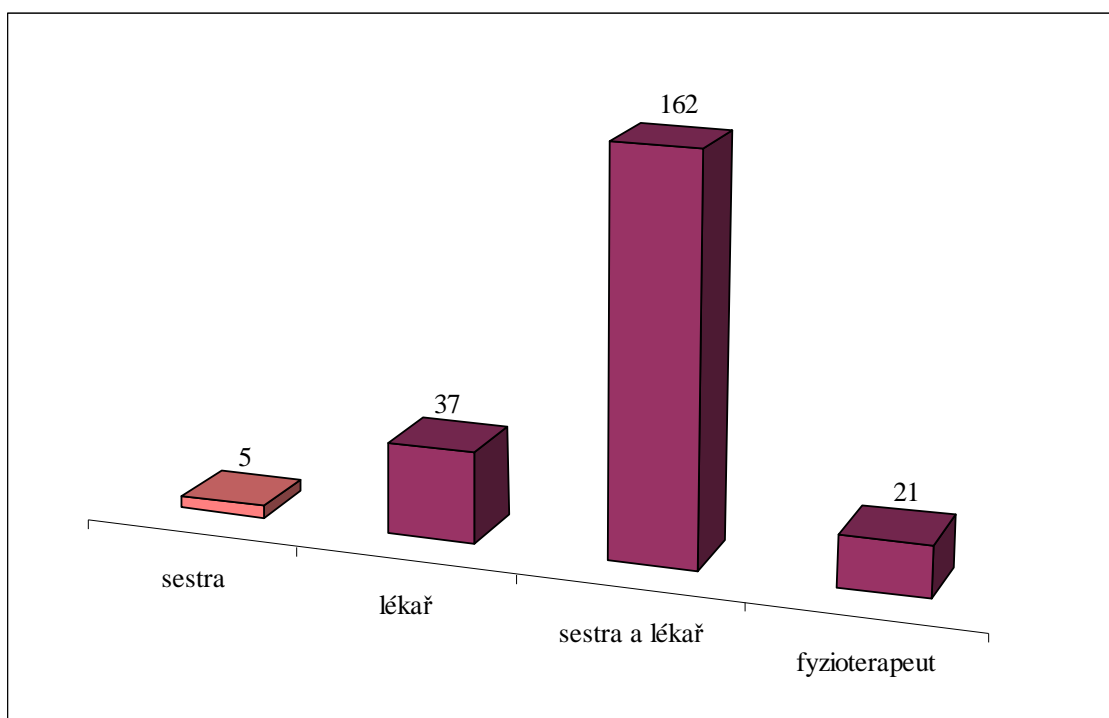
V Chí testu byla dosažena hladina významnosti $p < 0,001$ ($p < 0,1\%$), která je menší než 5%. H0 zamítáme, platí tedy HA. Potvrdilo se, že dodržování zásad sekundární prevence je závislé na členství v kardioklubu. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

Graf 17 Primární zdroj informací o zásadách sekundární prevence v kardioklubech (vztahující se k otázce 22 z dotazníku pro pacienty)



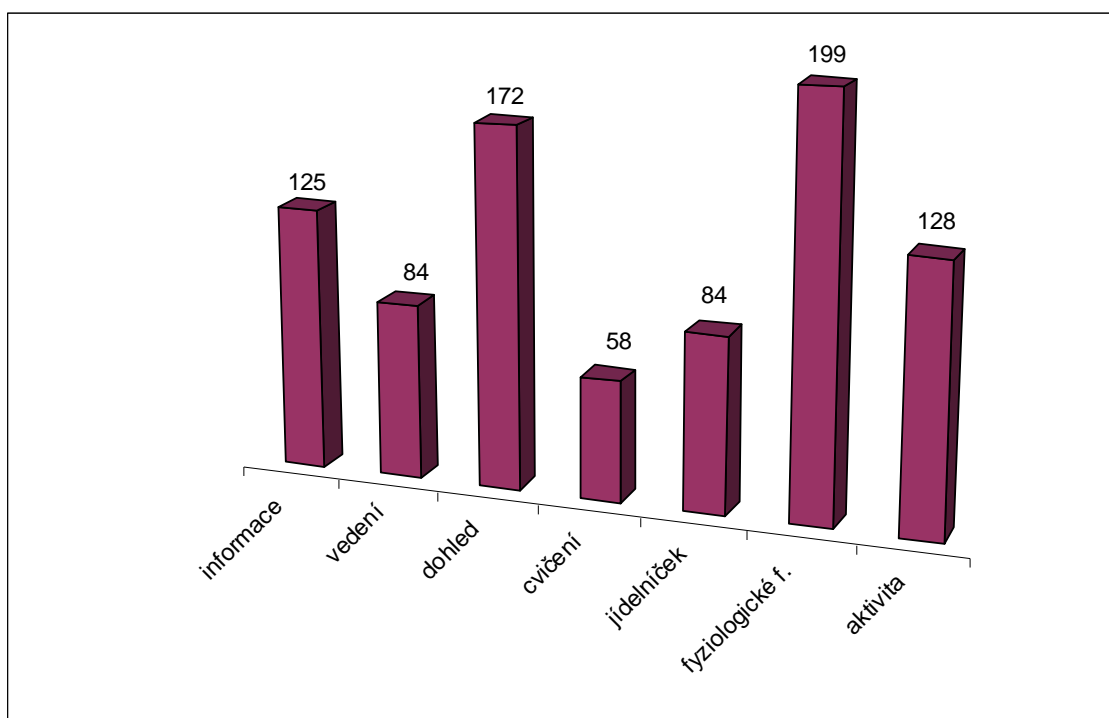
Graf 17 udává názor respondentů, kdo je primárním zdrojem informací pro klienty v kardioklubech. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Pro 25 respondentů je primárním zdrojem informací lékař. Odpověď sestra a lékař označilo 142 respondentů. Odpověď fyzioterapeut uvedlo 58 respondentů. Odpověď sestra označilo 0 respondentů.

Graf 18 Nejprínosnější informace o zásadách sekundární prevence (vztahující se k otázce 23 z dotazníku pro pacienty)



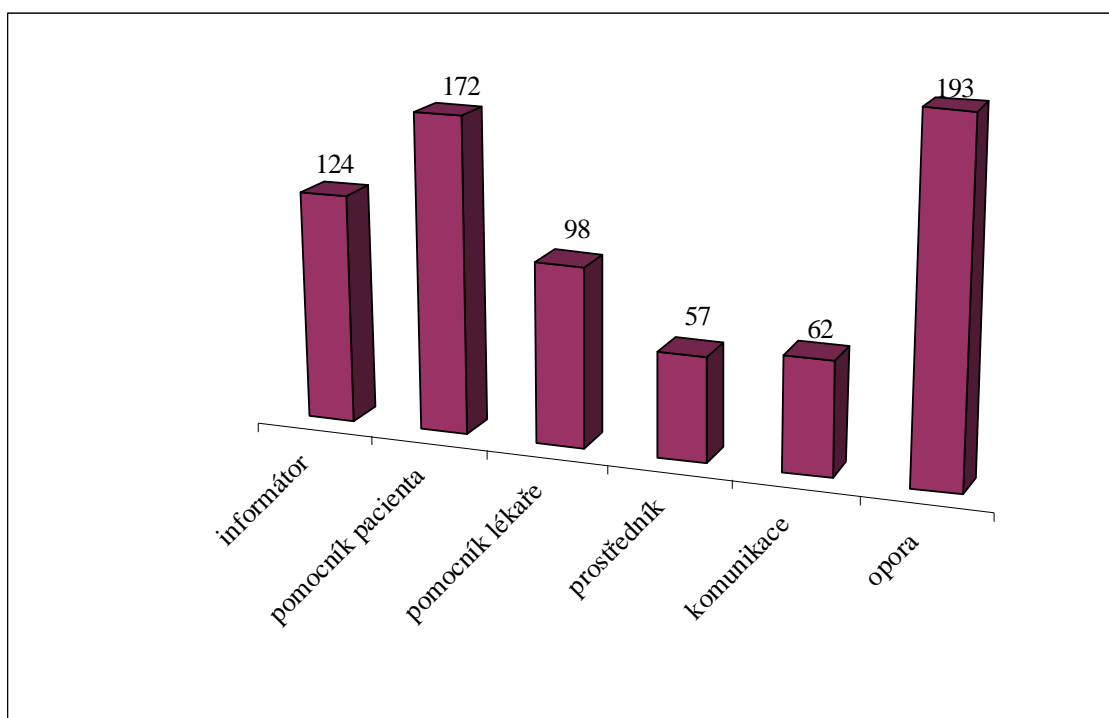
Graf 18 udává od koho jsou informace o sekundární prevenci pro respondenty nejprínosnější. Celkem odpovědělo 225 respondentů. Z toho 5 respondentů uvedlo odpověď sestra, 37 respondentů uvedlo odpověď lékař. Odpověď sestra a lékař uvedlo 162 respondentů a odpověď fyzioterapeut uvedlo 21 respondentů.

Graf 19 Činnost sestry v kardioklubu (vztahující se k otázce 24 z dotazníku pro pacienty)



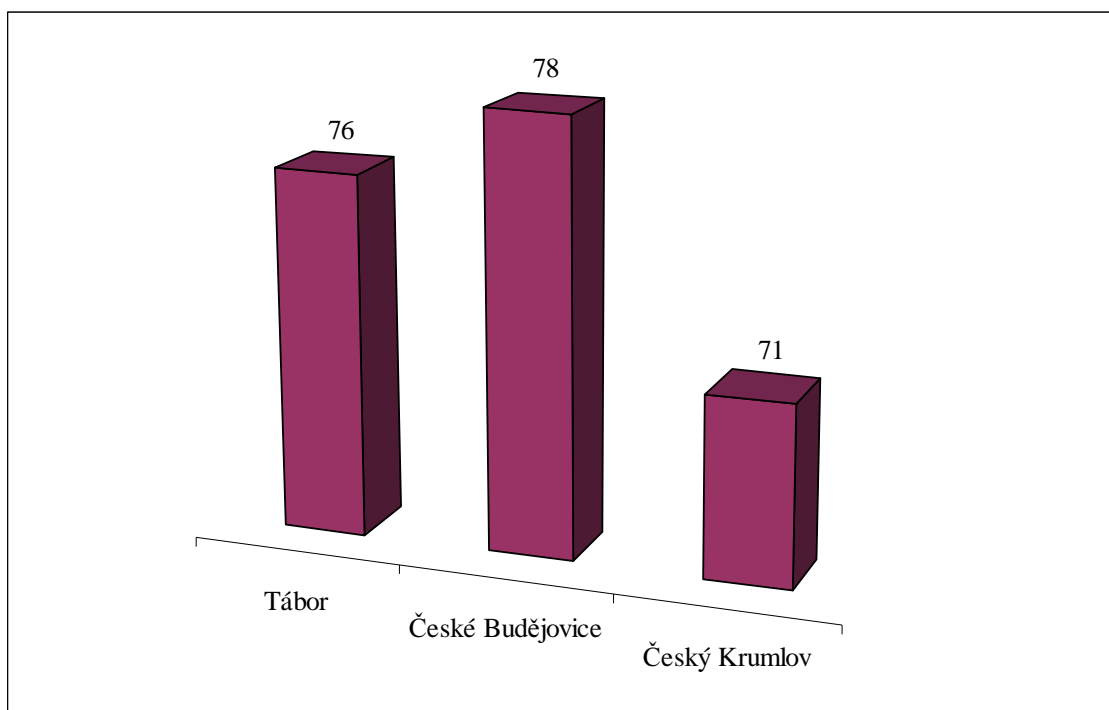
Graf 19 udává názor respondentů na činnost sestry v kardioklubu. Respondenti měli možnost uvést více odpovědí. Předávání informací o sekundární prevenci klientům kardioklubu označilo 125 respondentů. Činnost sestry ve vedení kardioklubu označilo 84 respondentů. Dohled nad klienty kardioklubu uvedlo 172 respondentů. Vedení cvičení sestrou uvedlo 58 respondentů. Individuální tvorbu jídelníčku pro klienty uvedlo 84 respondentů. Kontrolní měření fyziologických funkcí uvedlo 199 respondentů. Pomoc sestry při zapojení se do aktivního života uvedlo 128 respondentů.

Graf 20 Role sestry v kardioklubu (vztahující se k otázce 25 z dotazníku pro pacienty)



Graf 20 udává názor respondentů na roli sestry v kardioklubu. Respondenti měli možnost uvést více odpovědí. Roli informátora uvedlo 124 respondentů. Roli pomocníka pacienta uvedlo 172 respondentů. Roli pomocníka lékaře uvedlo 98 respondentů. Roli prostředníka mezi lékařem a pacientem uvedlo 57 respondentů. Komunikační roli uvedlo 62 respondentů. Oporu a porozumění uvedlo 193 respondentů.

Graf 21 Bydliště (vztahující se k otázce 26 z dotazníku pro pacienty)



V grafu 21 je zachycen okres bydliště u respondentů. Z okresu Tábor je 76 respondentů, z okresu České Budějovice je 78 respondentů a z okresu Český Krumlov je 71 respondentů.

Tabulka 32 Kontingenční tabulka Lázeňská léčba * zájem o kardioklub
Crosstabulation (vztahující se k otázce 7 a 11 z dotazníku pro pacienty)

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H0) a alternativní hypotézu (HA):

H0: Zájem zapojit se do organizované formy kardiorehabilitace (kardioklubu) je nezávislý na absolvování lázeňské léčby v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním.

HA: Zájem zapojit se do organizované formy kardiorehabilitace (kardioklubu) je závislý na absolvování lázeňské léčby v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním.

			zájem o kardioklub				Total
			"ano"	"spíše ano"	"spíše ne"	"ne"	
lázně	"ano"	Count	95	61	16	1	173
		% within	54,9%	35,3%	9,2%	0,6%	100,0%
	"ne"	Count	1	12	34	5	52
		% within	1,9%	23,1%	65,4%	9,6%	100,0%
Total		Count	96	73	50	6	225
		% within	42,7%	32,4%	22,2%	2,7%	100,0%

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se absolvování lázeňské léčby a zájmu zapojit se do organizované formy kardiorehabilitace, jakou je například kardioklub.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	97,085 ^a	3	0,000

V Chí testu byla dosažena hladina významnosti $p < 0,001$ ($p < 0,1\%$), která je menší než 5%. H0 zamítáme, platí tedy HA. Potvrdilo se, že zájem zapojit se do organizované formy kardiorehabilitace, jakou je například kardioklub je závislé na absolvování lázeňské léčby. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

Tabulka 33 Kontingenční tabulka Účinnost dodržování zásad sekundární prevence * člen kardioklubu Crosstabulation (vztahující se k otázce 18 a 21 z dotazníku pro pacienty)

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H₀) a alternativní hypotézu (H_A):

H₀: Účinnost dodržování sekundární prevence je nezávislá na členství v kardioklubu.

H_A: Účinnost dodržování sekundární prevence je závislá na členství v kardioklubu.

			účinnost		Total
			"ano"	"nejsem člen"	
Dodržování zásad	"ano"	Count	47	27	74
		% within	97,9%	15,3%	32,9%
	"spíše ano"	Count	1	112	113
		% within	2,1%	63,3%	50,2%
	"spíše ne"	Count	0	28	28
		% within	0,0%	15,8%	12,4%
	"ne"	Count	0	10	10
		% within	0,0%	5,6%	4,4%
Total	Count	48	177	225	
	% within	100,0%	100,0%	100,0%	

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se účinného dodržování zásad sekundární prevence a členství v kardioklubu.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,169E2 ^a	3	0,000

V Chí testu byla dosažena hladina významnosti $p < 0,001$ ($p < 0,1\%$), která je menší než 5% . H₀ zamítáme, platí tedy H_A. Potvrdilo se, že účinné dodržování zásad sekundární prevence je závislé na členství v kardioklubu. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

Tabulka 34 Kontingenční tabulka Bydliště * informace o kardioklubu
Crosstabulation (vztahující se k otázce 10 a 26 z dotazníku pro pacienty)

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou (H0) a alternativní hypotézu (HA):

H0: Informace o možnosti zapojit se do kardioklubu je nezávislá na bydlišti respondenta.

HA: Informace o možnosti zapojit se do kardioklubu je závislá na bydlišti respondenta.

			Informace o kardioklubu		
			"ano"	ne	Total
bydliště	"TA"	Count	68	8	76
		% of Total	30,2%	4,0%	33,7%
	"ČB"	Count	0	78	78
		% of Total	0,0%	34,7%	34,7
	"ČK"	Count	0	71	71
		% of Total	0,0%	31,6%	31,6
Total		Count	68	71	225
		% of Total	30,2%	70,1%	100,0%

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se informace o možnosti zapojení se do kardioklubu a bydliště respondenta.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,593 ^a	6	0,000

V Chí testu byla dosažena hladina významnosti $p < 0,001$ ($p < 0,1\%$), která je menší než 5% . H0 zamítáme, platí tedy HA. Potvrdilo se, že informace o možnosti zapojit se do kardioklubu je závislá na bydlišti respondenta. Lze tedy prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

5 Diskuse

V této diplomové práci na téma Centrum pro kondici kardiologických klientů jsme se snažili zmapovat požadavky pacientů s kardiovaskulárním onemocněním na existenci Center pro kondici kardiologických klientů (dále jen kardiokluby), zjistit rozdíl v účinnosti sekundární prevence u pacientů, kteří kardiokluby navštěvují a pacientů, kteří nemají možnost navštěvovat kardioklub. Dalším cílem bylo zjistit propojenost péče o kardiologicky nemocné v následné péči po propuštění z lůžkového zařízení a možnostmi kardioklubu. Také nás zajímala možnost začlenění sestry ve vedení kardioklubu v péči o kardiologicky nemocné.

Abychom získali přehled o činnosti kardioklubů a o tom, co poskytují pacientům s kardiovaskulárním onemocněním, rozhodli jsme se, začít výzkumné šetření kvalitativním výzkumem formou rozhovorů. Oslovili jsme čtyři kardiokluby, které v České republice působí. Klub KARDIO v Táboře a Tělovýchovnou jednotu kardiolo v Liberci náš výzkum zaujal a rozhodli se nám poskytnout informace o činnosti a přínosu pro kardiaky. V každém klubu s námi spolupracovali zdravotníci i pacienti. Tím jsme také zjistili, že ani v jednom kardioklubu není zapojena všeobecná sestra. Ze zdravotníků nelékařů zde pracují fyzioterapeuti. Jako velice přínosný hodnotíme rozhovor s lékařkou, která je předsedkyní tábořského Klubu KARDIO. Pomohla nám se dobře zorientovat v činnosti a organizaci kardioklubů (Zdravotník 1). Stejně přínosné byly informace od Pacienta 1, který Klub KARDIO zakládal. Kvalitativní výzkum jsme poté ještě doplnili rozhovory se všeobecnými sestrami, pracujícími v kardiologii, abychom získali na stejné otázky odpovědi od zdravotníků, kteří nejsou zapojeni v kardioklubech, ale poskytují pacientům s kardiovaskulárním onemocněním informace o sekundární prevenci (Zdravotník 2, 3, 4, 5, 6, 8). Zajímali nás také jejich názor o možnosti uplatnění všeobecných sester v kardioklubech. Oslovení zdravotníci pracují na kardiologii v průměru 15 let (Graf 2). Také jsme oslovili tři pacienty, kteří nejsou členy kardioklubů, abychom rozhovorem s nimi získali podrobnější informace o jejich dodržování sekundární prevence a jestli by využili možnost organizované formy kardiorehabilitace.

V úvodu rozhovorů se zdravotníky i s pacienty, stejně jako v dotazníku pro pacienty (Příloha 23), jsme se zaměřili na identifikační údaje (Graf 1,2,3,4; Tabulka 22, 23, 24). Nejpočetnější skupinu tvořili pacienti, léčící se s kardiovaskulárním onemocněním 6-10 let (Tabulka 24). Zjištěná data byla zpracována do grafů a tabulek v SPSS programu. Výsledky vycházejí pouze z našeho dotazníkového šetření.

Prvním cílem práce bylo zmapovat požadavky pacientů na existenci kardioklubu, centra pro kondici kardiologických klientů v rámci sekundární prevence. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza 1. Tato hypotéza, že pacienti po prodělané KV chorobě mají zájem zapojit se do kardioklubu, se nám potvrdila v kvantitativním šetření. V kvantitativním výzkumu potvrzují první hypotézu otázky 7, 11, 14, 16. K splnění cíle ještě použijeme odpovědi z kvalitativního výzkumu v Tabulce 3 a 15.

Dotazovaní respondenti pacienti měli všichni zájem o návazný program po kardiovaskulárním onemocnění (Tabulka 15). Respondenti hodnotili jako pozitivní, že nejsou na svou nemoc a dodržování zásad sekundární prevence samy (Pacient 1, 2, 3, 7, 8, 9). Tabulka 25 vztahující se k otázce 11, udává odpovědi na otázku, zda mají respondenti zájem zapojit se do organizované formy kardiorehabilitace, jakou je například kardioklub. Odpověď ano zvolilo 96 respondentů (41,9%) a odpověď spíše ano uvedlo 73 respondentů (31,9 %). Znamená to tedy, že do kardioklubu má zájem se zapojit, nebo spíše zapojit 73,8 % respondentů.

Domníváme se, že tento zájem souvisí s absolvováním lázeňské léčby v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním. Naše domněnka se plně potvrdila v kontingenční tabulce 32, kde jsme testovali nezávislost zájmu zapojit se do organizované formy kardiorehabilitace například kardioklubu a absolvování lázeňské léčby v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním. V Chí testu se nám potvrdilo, že zájem zapojit se do organizované formy kardiorehabilitace například kardioklubu, je závislý na absolvování lázeňské léčby v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním. Návyky, které se při lázeňské léčbě pacienti naučí, mají podle našeho zjištění zájem dále udržovat.

Jak uvádí Štejfa, pacienti při lázeňské léčbě získávají návyky správného životního stylu a jsou vedeni k eliminaci existujících rizikových faktorů

kardiovaskulárních chorob a k potlačení stresových psychických vlivů (74). Z výsledků kvantitativního výzkumu (Graf 8) vyplývá, že lázeňskou léčbu absolvovalo 127 respondentů (56 %). Efektivitu lázeňské léčby v Grafu 9 hodnotí 96 respondentů číslem 1 - velmi efektivní. Číslem 2 - efektivní ohodnotilo léčbu 29 respondentů a číslem 3 - částečně efektivní hodnotili lázeňskou léčbu 2 respondenti. Kladně hodnotí absolvovanou lázeňskou léčbu také respondenti, kteří se účastnili kvalitativního výzkumu. Na otázku v rozhovorech, odkud jsou informace o sekundární prevenci, které hodnotí kladně, uvedlo odpověď lázně 6 respondentů (Tabulka 16). Stejný počet respondentů tedy 6 hodnotil kladně informace o sekundární prevenci, které měli z kardioklubu. Důležitý je zde fakt, že jde o subjektivní posouzení respondentů vzhledem k jejich potřebám. Domníváme se, že lázeňská léčba je přínosem pro respondenty v rámci sekundární prevence.

Jak uvádí Šimon (2007, s.84) Metaanalýza 8940 pacientů, která shrnula výsledky 48 programů kardiální rehabilitace ukázala, že komplexní rehabilitační péči lze snížit kardiovaskulární mortalitu o 26 % (70).

Podle studie EUROASPIRE III, která objektivizovala provádění sekundární prevence v klinické praxi, je komplexní rehabilitace v této oblasti nemocným u nás jednorázově běžně poskytována pouze v případě, pokud prodělají lázeňský rehabilitační pobyt. Nebývají však dále dlouhodobě sledováni například v dietních poradnách nebo fyzioterapeutických centrech, takže účinek intervence životního stylu většinou nepřetrvává déle než půl roku až jeden rok (53). Kardiokluby právě svým zaměřením na zvyšování fyzické kondice u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním jsou podle našeho názoru možností, jak dále pokračovat v ambulantní formě kardiorehabilitace. Ta je ve čtvrté fázi časově neomezená, protože jenom soustavná a dlouhodobě prováděná rehabilitace, má příznivé a trvalé účinky (42). Svým cílem a náplní kardiokluby splňují požadavky čtvrté fáze kardiorehabilitace. Na náplň a cíle kardioklubů jsme se dotazovali respondentů v kvalitativním šetření (Tabulka 2). Nejčastější odpovědí bylo zvýšení fyzické kondice a změna životního stylu. Tato kategorie odpovědi byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi návrat do aktivního života byla uvedena 3krát, kategorie odpovědi naučit se žít se svou nemocí byla uvedena 2krát. Jde o subjektivní názory

respondentů, kteří odpovídali na otázku, čemu se kardioklub věnuje. V kvantitativním výzkumu uvedlo 208 respondentů, že očekávají od členství v kardioklubu více informací o svém onemocnění. Možnost měření fyziologických funkcí uvedlo 211 respondentů, možnost pravidelného cvičení uvedlo 206 respondentů. Zvýšení fyzické kondice by očekávalo 170 respondentů. Také možnost individuální konzultace s kardiologem by očekávalo 102 respondentů, pomoc s vypracováním jídelníčku 92 respondentů a individuální režimový program uvedlo 56 respondentů (Graf 16).

V otázce 14 (Graf 14) odpovídali respondenti, zda jsou členy kardioklubu. Odpověď ano označilo 48 respondentů. Odpověď ne označilo 81 respondentů s důvodem „není v místě“ a 96 respondentů označilo odpověď chtěl/a bych. Z odpovědí respondentů je tedy vidět zájem o pokračování v kardiorehabilitaci. Zájem o návaznou péči ze strany pacientů také potvrzují v kvalitativním šetření zdravotníci, kategorie odpovědi návazná péče byla uvedena 4krát. (Tabulka 3).

Druhým cílem bylo zjistit rozdíl v účinnosti sekundární prevence u klientů navštěvujících kardiokluby a klientů v místech, kde není kardioklub. K tomuto cíli jsme položili výzkumnou otázku „Jsou nejčastěji požadavky pro klienty v kardioklubech zaměřeny na oblast sekundární péče?“ V rozhovorech se zdravotníky jsme položili otázku, jaký je rozdíl v dodržování zásad sekundární prevence u členů a nečlenů kardioklubu. V rámci kvantitativního šetření se ke druhému cíli vztahuje otázky z dotazníku pro pacienty 18, 19, 20, 21.

Oblastí zájmu pacientů s kardiovaskulární nemocí členů i nečlenů kardioklubů udává Tabulka 18. Nejčastější kategorie odpovědí dieta při kardiovaskulárním onemocnění byla uvedena respondenty 8krát. Členové kardioklubu uvedli tuto odpověď 5krát a nečlenové 3krát. Kategorie fyzická aktivita byla uvedena 7krát, z toho členové kardioklubu ji uvedli 6krát. Kategorie cholesterol byla uvedena 6krát, z toho u členů kardioklubu 4krát. Kategorii homocystein uvedli pouze členové kardioklubů a to 4krát. Překvapivé pro nás bylo zjištění, že o hypertenzi projevíli zájem pouze 2 respondenti a o kategorii nikotinismus pouze 1 respondent. Z rozhovorů se zdravotníky vyplývá, že v informacích o sekundární prevenci, které podávají, nikotinismus nechybí. Zdravotníci uvedli tuto kategorii odpovědi 6krát (Tabulka 4). Také 6 zdravotníků uvedlo, že

poskytuje pacientům informace o Centrech pro léčbu tabákové závislosti (Tabulka 1). Můžeme se domnívat, že respondenti již kuřáky nejsou, proto informace nepotřebují, anebo nechtějí přestat kouřit a o tuto informaci se nezajímají. Pokud porovnáme ostatní informace pacienty žádané a zdravotníky poskytované není již v žádné kategorii tak velký rozdíl. (Tabulka 3, Tabulka 4). Z výsledků kvantitativního šetření můžeme konstatovat, že nekuřáctví označilo za jednu ze zásad sekundární prevence 218 respondentů (Graf 5). Respondenti pacienti v rozhovoru (Pacienti 1, 2 a 3) uvedli, že přestali kouřit po vstupu do kardioklubu.

Metaanalýza 20 studií prokázala, že zanechání kouření vede ke snížení mortality na kardiovaskulární choroby o 36 % a ke snížení nefatálního infarktu myokardu o 32 %. Pouhé omezení kouření má jen marginální význam. Přestat kouřit se snaží asi dvě třetiny všech kuřáků, úspěšná jsou však jen asi 2 % ročně (22). Ve studii EUROASPIRE III představuje doporučení zbavit se kouření nesporně první a nejdůležitější krok v sekundární prevenci; naopak pokračující kouření u pacientů kardiaků vzbuzuje přinejmenším pochybnost, nakolik mohou jakákoliv další opatření osud pacienta ovlivnit. Účinek doporučení nebo zákazu nekouřit ošetřujícím lékařem, byl stanoven jako poměrně malý, tímto způsobem přestalo kouřit jen asi 2,5 % kuřáků. Přidání náhradní nikotinové terapie v podobě žvýkaček či náplastí, zlepšuje na základě metaanalýzy absolutní účinek na 10 %. Prevalence kuřáků i po akutní koronární příhodě u nás byla 19 %. Ve srovnání s ostatními evropskými centry přesahujeme celoevropský průměr, který je 17,3 %. V souboru studie EUROASPIRE III nebyl žádnému pacientovi doporučen a předepsán dlouhodobě dostupný bupropion a náhradní nikotinová léčba byla použita zcela minimálně. Pacienti byli rovněž ve zcela mizivém procentu odesláni do protikuřáckých poraden. Potenciál léčby kuřáctví tedy zůstává i u osob s kardiovaskulárním onemocněním nevyužit (53). Všichni víme a jsme vážně znepokojeni nárůstem celosvětové spotřeby a výroby cigaret a ostatních tabákových výrobků, zejména v rozvojových zemích, a rovněž zátěží, kterou to klade na rodiny, chudé, a na národní zdravotnické systémy. Připouštíme, že vědecké důkazy jednoznačně prokázaly, že spotřeba tabáku a vystavování se tabákovému kouři způsobuje úmrtí, nemoc a invaliditu, a že existuje časová prodleva mezi kouřením a ostatním použitím

tabákových výrobků a počátkem onemocnění, která mají spojitost s tabákem. Potom bychom se také my zdravotníci měli zamyslet nad tím, kolika kuřákům i potencionálním jsme se věnovali, abychom jim z jejich závislosti pomohli, respektive aby se do ní nedostali.

Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že jsou nejčastější požadavky klientů zaměřeny na oblast sekundární prevence. Jde o důležitý aspekt, protože se domníváme, že jenom to, o co mají respondenti zájem, budou ochotni i následně dodržovat. Odpovídáme tím i na výzkumnou otázku, jestli jsou požadavky pacientů zaměřeny na oblast sekundární prevence.

V rozhovorech jsme se ptali zdravotníků, jak hodnotí účinnost dodržování zásad sekundární prevence u klientů zapojených do kardioklubů, anebo následných aktivit. Zdravotníci shodně uvádějí kategorii odpovědi dostatečné dodržování 9krát (Tabulka 7). Pokud pacient zapojen do následných aktivit není, hodnotí dodržování zásad sekundární prevence kategorií odpovědi nedostatečné 9krát (Tabulka 8). Všichni členové kardioklubu uvedli, že kardioklub má v jejich případě vliv na dodržování sekundární prevence (Tabulka 20) a všichni členové kardioklubu hodnotí kladně informace, které jim byli v kardioklubu poskytnuty (Tabulka 16). V rozhovoru s lékařkou předsedkyní Klubu KARDIO jsme zjistili, že klub vyhodnocuje činnost z hlediska náplně, ale není vedena evidence z hlediska úspěšnosti dodržování režimových opatření. Z hlediska dodržování režimových opatření a jejich vlivu na zdravotní stav je podle slov lékařky jakákoliv aktivita velmi znát. Málo členů se vrací k rehospitalizacím a objevuje se u nich i menší množství komplikací, které způsobují ovlivnitelné rizikové faktory. Pacient, který je zapojen do skupinové aktivity dodržuje lépe a déle všechna opatření. Pacienti, kteří mají hodně rizikových faktorů, dodržují zásady sekundární prevence v době hospitalizace a bezprostředně po ní. Ale pokud nejsou začleněni do návazné péče, tak se vrací ke svému způsobu života a opakované hospitalizace jsou toho důkazem. Ani pravidelná kontrola v kardiologických ambulancích nestačí u nich vybudovat správné a dlouhodobé návyky (Zdravotník 1). Lékař pracující v KARDIO Liberec také uvádí, že není u nich vedena statistika účinnosti dodržování sekundární prevence a potvrzuje vliv kardioklubu, či jiné

skupinové formy kardiorehabilitace na účinnost a také délku dodržování zásad sekundární prevence (Zdravotník 7). Tento názor uvedli všichni zdravotníci (Tabulka 7).

Podle studie EUROASPIRE III, která objektivizovala provádění sekundární prevence v klinické praxi, nebývají však kardiaci dále dlouhodobě sledováni například v dietních poradnách nebo fyzioterapeutických centrech, takže účinek intervence životního stylu většinou nepřetrvává déle než půl roku až jeden rok (53). Podobný závěr uvádí ze svého výzkumu Křečková. Z výzkumu trvajících 2 roky zjistila, že pacienti nedodržují uspokojivě doporučený dietní režim, třetina vůbec, zhublo jich pouze 41 %, naopak 54 % přibralo na váze. Po 1,5 roce trvání výzkumu dodržovalo režim 54 % dotazovaných (47).

V rámci dotazníkového šetření jsme v otázce 18 zjišťovali dodržování zásad sekundární prevence (Tabulka 27). Odpověď ano uvedlo 69 respondentů (30,1 %), spíše ano odpovědělo 108 respondentů (48,9 %). Domnívali jsem se, že zásady sekundární prevence lépe dodržují členové kardioklubů, a proto jsme pomocí programu SPSS testovali nezávislost těchto dvou proměnných (Tabulka 31). V této kontingenční tabulce je jasně vidět závislost obou proměnných, kterou také potvrdil Chí test. Členové kardioklubu v 93,8 % dodržují zásady sekundární prevence. U nečlenů převažuje odpověď dodržování zásad spíše ne 41,5 % a odpověď spíše ano 43,1 %. V otázce 19 respondenti uváděli vlastní názor, zda si myslí, že jim dodržování zásad pomáhá. Z respondentů uvedlo 75 (33,3 %) odpověď ano a 131 respondentů (58,2 %) odpověď spíše ano. Domníváme se, že tyto subjektivní názory by mohli vést kardiaky k tomu, aby zásady dodržovali. Pro zjištění účinnosti dodržování sekundární prevence, by bylo nejvhodnější provést výzkumné šetření observační studií, ale nikde ve zdravotní dokumentaci není uváděno, zda klienti navštěvují nějakou organizovanou formu kardiorehabilitace, proto opět provádíme testování nezávislosti dvou proměnných, a to dodržování zásad sekundární prevence a vliv kardioklubu na účinné dodržování zásad sekundární prevence (Tabulka 33). Vliv kardioklubu na účinné dodržování zásad sekundární prevence uvedlo 97,9 % členů kardioklubu. I když jde o subjektivní názor respondentů, toto vysoké procento nás přesvědčuje o vlivu kardioklubu na účinné

dodržování zásad sekundární prevence. V dotazníku na otázku 18 tyto členové uvedli, že dodržují zásady sekundární prevence.

Třetím cílem naší práce bylo zmapovat jaká je propojenost o kardiologicky nemocné klienty v následné péči po propuštění z lůžkového zařízení a možnostmi kardioklubů. K tomuto cíli se vztahují otázky z dotazníku pro pacienty 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15. V kvalitativním výzkumu jsme zjišťovali odpovědi na otázky v rozhovoru v oblasti 2, 3 (Příloha 22) a v rozhovoru s pacienty v oblasti 2 a 3 (Příloha 21). Ke třetímu cíli se vztahuje Hypotéza 2. Pacienti s kardiovaskulární chorobou nemají možnost zapojit se do kardioklubu.

Pacienti s kardiovaskulární chorobou jsou sledováni v kardiologické ambulanci. Tuto návaznou péči po hospitalizaci uvedlo 5 respondentů zdravotníků (Tabulka 1). V doporučení pro rehabilitaci u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním uvádí Chaloupka úlohu ambulantní kardiologie jako důslednou kontrolu dodržování zásad sekundární prevence, se snahou příznivě ovlivnit vývoj rizikových faktorů, a tak se podílet na pozitivní změně morbidit i mortality. Aktivně se podílí na udržení fyzické výkonnosti v sekundárně preventivním programu kardiaků. Formy pohybové rehabilitace se liší v závislosti na charakteru a vybavení kardiologické ordinace. Doporučená jsou ověřená skupinová cvičení nemocných za spolupráce kardiologické sestry, podle možnosti fyzioterapeuta či psychologa, pohybová rehabilitace je v těchto případech snadněji doplňována informacemi o správných dietních návycích, vhodně psychologicky podepřených. Zavedení a průběžné kontrolování deníku pohybové aktivity nemocného sestrou činnost značně usnadňuje. V případě, že lékař kardiologické ambulance není schopen výše uvedeným způsobem zajistit vedení kardiovaskulární rehabilitace, navrhne nemocnému alternativní řešení (31).

Za vhodné řešení navrhujeme kardioklub, který splňuje doporučení skupinových cvičení a edukaci v sekundární prevenci. Tuto formu organizované kardiorehabilitace v kvalitativním šetření nabídlo svým klientům 6 zdravotníků (Tabulka 1), protože v místě kardioklub působí. Respondentů pacientů dostalo toto doporučení 5 (Tabulka 14), protože bydlí v místě kde kardioklub působí. Informace o možnosti zapojit se do kardioklubu podávají jak sestry, tak lékaři, i když v kardioklubu nepracují (Tabulka 14).

Na základě otázky 5 v dotazníku pro pacienty můžeme konstatovat, že nejvíce informací o sekundární prevenci mají pacienti od lékaře 204 (Graf 6). Sestru uvedlo jako zdroj informací 166 respondentů a fyzioterapeuta 121 respondentů. Domníváme se, že by sestra měla více využívat svojí schopnost komunikace k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem pro následné předávání informací v oblasti sekundární péče. Úspěšná komunikace ulehčuje pacientovi pochopení nutných režimových opatření, zvyšuje spoluzodpovědnost v rozhodovacích procesech a také úspěšnost dodržování léčebného režimu.

V otázce 6 hodnotili respondenti, zda byly informace dostatečné. Jako dostatečné hodnotilo informace 158 respondentů a nedostatečné uvedlo 67 respondentů (Graf 7). Tito respondenti měli možnost uvést jaké informace jim chyběly. Respondentům chyběly informace o možnosti návratu do zaměstnání, informace o možnosti pokračovat v kardiotréninku a o držení si snížené hmotnosti.

Otázkou 10 jsme zjišťovali, zda pacienti dostali informaci o možnosti pokračovat v nějaké formě kardiorehabilitace. Z respondentů jich 68 odpovědělo ano a 157 respondentů nedostalo informaci o možnosti pokračovat v kardiorehabilitaci (Graf 11). Výsledky z kvalitativního šetření nás nasměrovali k provedení testu nezávislosti mezi poskytnutými informacemi a bydlištěm. V kontingenční tabulce 34 je jasně vidět, že informaci o kardioklubu dostalo pouze 68 (30,2 %) respondentů z Tábora. Ostatních 157 (70,1 %) respondentů tuto informaci nedostalo. Chí testem jsme potvrdili závislost mezi oběma proměnnými. Pokud tedy kardioklub v místě bydliště je k dispozici, informace o možnosti se do něj zapojit jsou pacientům poskytovány. Hypotéza 2 se potvrdila. Pacienti s kardiovaskulárním onemocněním nemají možnost zapojit se do kardioklubu.

Otázka 13 uvádí odpovědi na otázku existence kardioklubu v okolí bydliště respondentů. I zde je jednoznačná odpověď ano 76ti respondentů z Tábora, 137 respondentů uvedlo odpověď ne a 12 respondentů odpověď nevím (Graf 12).

V otázce 15 z dotazníku pro pacienty jsem zjišťovali, čím je/by bylo ovlivněno zapojení se do kardioklubu. Nejvíce respondentů 124 by ovlivnil lékař, 47 respondentů by bylo ovlivněno doporučením od pacientů členů kardioklubu. Pouze 24 respondentů

by ovlivnila sestra. Tuto informaci považujeme za alarmující, protože sestra stále ještě není chápána ze strany pacienta jako edukátor!

Ke čtvrtému cíli, zjistit možnost začlenění sestry do vedení kardioklubů, jsme položili výzkumné otázky. Kdo je primárním zdrojem informací pro klienty v kardioklubech? Má edukace sestrou vliv na zlepšení kondice pacientů? Jak vnímají roli sestry v sekundární prevenci v rámci kardioklubů?

V kvalitativním šetření uvedlo 6 respondentů pacientů, kteří jsou členy kardioklubu jako primární zdroj informací o sekundární prevenci lékaře. Fyzioterapeuta uvedli 4 respondenti (Tabulka 17). Tato odpověď vychází ze skutečnosti, že sestry nejsou zapojeny v činnosti kardioklubu. Stejnou otázku jsme položili respondentům kvantitativního výzkumu. Sestru a lékaře jako primární zdroj informací o sekundární prevenci uvedlo 142 respondentů. Lékaře uvedlo 25 respondentů, fyzioterapeuta 58 respondentů a odpověď sestra uvedl 1 respondent (Graf 17). Domníváme se, že tento výsledek také souvisí s tím, že 48 respondentů zná situaci v kardioklubu a ví, že sestry zde nepracují. Pozitivní je skutečnost, že pro 142 respondentů by sestra byla spolu s lékařem primárním zdrojem informací. V grafu 18 zhodnotili respondenti, od koho jsou pro ně informace nejprínosnější. Odpověď sestra a lékař zde zvolilo 162 respondentů. Odpověď na výzkumnou otázku je ale tímto zodpovězena a primárním zdrojem o sekundární prevenci pro členy kardioklubů je lékař.

Další otázku, zda-li má edukace sestrou v kardioklubech vliv na zlepšení kondice pacientů, můžeme zodpovědět na základě informací z rozhovorů se zdravotníky v klubech pracujících a z Tabulky 10. Z našich dotazovaných zdravotníků sestry nebyly zapojeny do činnosti kardioklubu. Z rozhovorů se zdravotníky pracujícími v kardioklubu jsme zjistili, že všeobecné sestry se do činnosti klubů zatím nezapojují. (Zdravotník 1, 7, 8). Nemohou tedy mít vliv na kondici pacientů. Od stejných respondentů získáváme odpověď na otázku jestli se účastní činnosti v kardioklubech sestry a lékaři z ambulantního i lůžkového oddělení. Lékaři, ale i fyzioterapeuti, kteří jsou do činnosti klubu zapojeni, jsou z ambulantního i lůžkového provozu. (Zdravotník 1, 7, 9).

Na roli sestry v kardioklubu jsme se dotazovali v rozhovorech jak zdravotníků, tak pacientů. Pacienti uvedli v tabulce 21 roli edukátora celkem 9krát. Ve vedení klubu by se měla sestra zapojit podle 7 dotazovaných, roli pomocníka uvedlo 5 respondentů a 1 respondent uvedl, že by sestra mohla přinést do kardioklubu nové myšlenky. Z dotazovaných sester uvedli jako svojí možnou roli v kardioklubu edukátor 6krát. Další role byla uvedena činnost v organizaci klubu a to 3krát Další role souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče (Tabulka 11). V tabulce 12 uvedlo 5 zdravotníků sestru jako dalšího člena týmu v kardioklubu.

V kvantitativním výzkumu jsme otázkou 25 zjišťovali jaká by měla být role sestry v kardioklubu. Oporu a porozumění uvedlo 193 respondentů. Pomocník pacienta uvedlo 172 respondentů. Roli informátora uvedlo 124 respondentů. Roli pomocníka lékaře uvedlo 98 respondentů, komunikační roli mezi členy klubu uvedlo 62 respondentů, prostředníka mezi lékařem a pacientem uvedlo 58 respondentů (Graf 20).

Tento výsledek je podle našeho názoru jasným impulsem pro sestry, aby se zapojily do činností kardioklubů a do sekundární prevence u kardiologických pacientů.

Z našich uvedených výsledků a diskuze vyplývá kladný účinek Center pro kondici kardiologických klientů, kardioklubů a tělovýchovných jednot zabývajících se problematikou kardiaků. Pacienti po prodělané kardiovaskulární chorobě mají zájem o sekundární prevenci. Sestry by měly využít své schopnosti navázat s pacienty užší kontakt a aktivně se začlenit do následných programů. Sestry jsou dnes chápány jako součást zdravotnického týmu, který se stará o pacienty a ovlivňuje tak nepřímo jejich kvalitu života. Jejich profese vyžaduje schopnost starat se nejen o fyzickou stránku pacienta, ale i o psychickou a to tak, aby byly uspokojeny všechny bio-psycho-sociální potřeby pacienta (3). Musí umět komunikovat s rodinou, příbuznými na velmi profesionální úrovni. Měly by umět reagovat především na jejich emoce, které bývají negativní důsledkem špatné adaptace. Sestra je také prvním článkem v komunikaci s pacientem (50).

6 Závěr

V naší diplomové práci jsme se zabývali problematikou možnosti zapojení kardiovaskulárních pacientů do návazných programů v rámci Center pro kondici kardiovaskulárních klientů. Pozornost jsme věnovali rizikovým faktorům a možným intervencím.

Cílem naší práce bylo zmapovat požadavky pacientů na existenci kardioklubu, centra pro kondici kardiologických klientů v rámci sekundární prevence, zjistit rozdíl v účinnosti sekundární prevence u klientů navštěvujících kardiokluby a klientů v místě, kde není kardioklub. Dalšími cíli bylo zmapovat, jaká je propojenost péče o kardiologicky nemocné klienty v následné péči po propuštění z lůžkového zařízení a možnostmi kardioklubů a zjistit možnosti začlenění sestry ve vedení kardioklubů v péči o kardiologické klienty. Pro dosažení cílů jsme stanovili výzkumné otázky a hypotézy.

Výzkumná otázka „Jsou nejčastěji požadavky pro klienty v kardioklubech zaměřeny na oblast sekundární prevence“ byla zodpovězena kvalitativním šetřením a zjistili jsme, že klienti kardioklubů se o sekundární prevenci zajímají.

Výzkumná otázka „Kdo je primárním zdrojem informací pro klienty v kardioklubech“ byla zodpovězena. Primárním zdrojem informací pro klienty kardioklubů je podle výsledků kvalitativního šetření lékař.

Výzkumná otázka „Má edukace sestrou v kardioklubech vliv na zlepšení kondice pacientů“ zodpovězena byla. Vzhledem ke skutečnosti, že všeobecné sestry v kardioklubech nepracují, nemohou mít vliv na kondici klientů.

Výzkumná otázka „Jak vnímají klienti roli sestry v sekundární prevenci v rámci kardioklubů“ jsme zodpověděli také na základě rozhovorů s pacienty. Sestry do klubů zapojeny nejsou, v případě, že by se zapojili vidí pacienti jejich roli jako edukátory, ve vedení klubu, pomocník a přínos nových myšlenek.

Výzkumná otázka „Účastní se činnosti kardioklubů sestry a lékaři v ambulancích mimo lůžková zařízení“ byla zodpovězena. Na tuto otázku jsme získali

odpověď od zdravotníků, kteří v klubech pracují. Lékaři zapojení do činnosti klubů jsou z ambulantních i z lůžkových oddělení. Stejně tak i fyzioterapeuti a rehabilitační lékaři.

Hypotéza 1 „Pacienti po prodělané KV chorobě mají zájem zapojit se do kardioklubu“ se potvrdila. V otázkách kladených v kvalitativním i kvantitativním výzkumu se nám potvrdil zájem o organizovanou formu kardiorehabilitace, jakou je například kardioklub.

Hypotéza 2 „Pacienti s kardiovaskulární chorobou nemají možnost zapojit se do kardioklubu“ se potvrdila. Kardiokluby jsou v České republice ve velmi omezeném počtu, nám se podařily zjistit celkem čtyři. Vzhledem k počtu kardiovaskulárních pacientů a na základě našeho výsledku, že je kardioklub nabízen pouze v místě, kde funguje potvrzujeme tuto hypotézu.

Výsledky naší práce bychom chtěli zveřejnit pro potřeby sester, lékařů a dalších zdravotníků pracujících v kardiologických centrech České republiky. Výsledky mohou být podkladem pro zakládání dalších center pro kondici kardiologických klientů.

Chtěli bychom vyzdvihnout nezastupitelnou roli sestry v komplexní edukaci nemocného i roli sestry jako pevného pilíře organizační struktury ambulance. Sestra by se měla stát členkou týmů, které spolupracují v programech na podporu prevence kouření a pomáhají kuřákům odnaučit se kouřit, programech poradenství o výživě, v programech na udržení tělesné kondice a všech dalších, které pomáhají pacientům v dodržování režimových opatření. Významnou úlohu podle nás má sestra v sekundární prevenci, protože si může povšimnout příznaků, které mohou být prvním projevem vznikajícího a zhoršujícího se onemocnění.

Na závěr jsme z našich výsledků shrnuli stručný návrh ošetrovatelských intervencí, které by sestry mohly použít v sekundární prevenci u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. (Příloha 24).

7 Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, Věra. Obezita a KV choroby. *Practicus*, 2005, roč. 4, č. 3, s. 128-129. ISSN 1213-8711.
2. ADÁMKOVÁ, Věra. *Úvod do problematiky epidemiologie a prevence kardiovaskulárních chorob*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2003. 42 s. ISBN 80-7040-607-0.
3. BÁRTLOVÁ, S. Zdravotní sestry v České republice. Tradice, životní úroveň a prestiž povolání. *Zdravotnictví v České republice*. 2005, roč. 8, č. 2, 64-67. ISSN 1213-6050.
4. BĚLUNEK, Pavel. *Rady pro nemocné a jejich blízké s anginou pectoris a po srdečním infarktu*. [online]. 2007 [cit.23.12.2009]. Dostupné z: <http://edukace-kardiaku.wz.cz/materialy/II_educacni_brozura/II_dil.pdf>.
5. BRADA, Tomáš. Úloha preventivní kardiologie. *Zdravotnické noviny: Lékařské listy*, 2004, roč. 53, č. 51/52, s. 18-19. ISSN 0044-1996.
6. BRÁT, Jiří. Tučky ve stravě překvapením? *Kardiologie v primární péči*, 2008, roč. 3, č. 2, s. 50-54. ISSN 1802-1379.
7. Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, *Anamnestický dotazník* [online]. 2006 [cit. 2009-12-27]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/anamn.pdf>>.
8. Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, *Dotazník podle Becka* [online]. 2006 [cit. 2009-12-27]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/beck.pdf>>.
9. Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, *Graf váhy* [online]. 2006 [cit. 2009-12-20]. Dostupné z : <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/graf.pdf>>.

10. CÍFKOVÁ, Renata. Česká republika příkladem v oblasti kardiovaskulární prevence. *MEDICAL TRIBUNE*, 2008, roč. 4, č. 14, s. KA12. ISSN 1214-8911.
11. CÍFKOVÁ, Renata. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. *Vnitřní lékařství*, 2005, roč. 51, č. 9, s. 1021-1035. ISSN 0042-773X.
12. ČERNÝ, Jan et al. *Národní kardiovaskulární program* [online]. 30.11.2000 [cit. 2009-12-27]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/51_Narodni_kardiovaskularni_program.pdf>.
13. Česká diabetologická společnost. *Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu* [online]. 2009. [cit. 2009-12-19]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/modules/Standardy/dm2_2009.pdf>.
14. Česká diabetologická společnost . Národní diabetologický program [online]. 2000 [cit. 2009-12-18]. Dostupné z: <<http://www.diab.cz/modules.php?name=NDP>>.
15. Česká diabetologická společnost.: Sekce sester [online]. 2000 , 2009 [cit. 2009-12-19]. Dostupné z: <<http://www.diab.cz/modules.php?name=Sestry>>.
16. Česká obezitologická společnost. *Poslání* [online]. 2002 [cit. 2009-12-08]. Dostupné z: <<http://www.obesitas.cz/index.php?pg=poslani>>.
17. ČIERNY, Michal. *Srovnávání výsledků různých operačních metod léčby obezity* [online]. 2005, 20.6.2009 [cit. 2009-12-05]. Dostupné z: <<http://www.bandingklub.cz/bariatric/srovnavani-vysledku-ruznych-operacnich-metod-lecby-obezity/>>.

18. ČUPKA, Jozef. Nové aspekty závislosti na tabáku. *Practicus [online]*. 2006, roč. 5, č. 8, s. 348-350. [cit. 2009-12-18]. Dostupné z: <<http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus06-08.pdf>>.
19. DAMBORÁKOVÁ, B. Význam spolupráce sestry, pacienta a rodinných příslušníků. *Moderný medicínsky management*, 2000, roč. 7, č.4, s. 23-24. ISSN 1335-2326.
20. Endokrinologický ústav. *Obezitologie [online]*. [cit. 2009-12-14]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/index.php/k-stazeni/>>.
21. FREJ, David. *Zdravé tuky omega*. 1. vyd. Praha: EB. 2004. 166 s, ISBN 80-903234-1-3.
22. GOLÁŇ, Lubor. Sekundární prevence ischemické choroby srdeční. *Farmakoterapie [online]*. [cit. 2009-12-13]. Dostupné z: <<http://www.farmakoterapie.cz/document/pdf/33.pdf>>.
23. HAINER, V., et al. Project for European Primary Care. Members Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Management of Obesity in Adults*, 2004, no. 28, s. 226-231. ISSN: 0307-0565.
24. HAINER, V.- KUBEŠOVÁ, M. *Týdenní jídelníček [online]*. 2006 [cit. 2009-12-20]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/jidelnik.pdf>>.
25. HARALABIDIS, Alexandros, et al. Acute effects of night-time noise exposure on. *European Heart Journal [online]*. 2008, vol. 29, no. 5 [cit. 2009-12-12], s. 658-664. Dostupné z: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/reprint/29/5/658?maxtoshow=&HITS=10&hits>>

=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Katsouyanni&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>.

26. HAYES, Sharonne N. CÍFKOVÁ, R. Prevence kardiovaskulárních onemocnění u žen. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, č. 1, s. 36-45. ISSN 1212-9445.

27. HEINRICH, Michael. *Healthy Mediterranean Foods on the Map* [online]. 2003 [cit. 2009-12-19]. Dostupné z: <<http://flairflow4.vscht.cz/HP84.doc>>.

28. HENDRERSON, M . Freeman, C.P.L. *Dotazník jídelních zvyklost* [online]. 2006 [cit. 2009-12-27]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/Bite.pdf>>.

29. HORAN, Petr. *Štíhlá linie zdravé srdce*. 1. vyd. Čestlice: Medica publishing, 2007. 185 s, ISBN 978-80-85936-59-9.

30. CHALOUKA, Václav. Co nového v kardiovaskulární rehabilitaci? 10 let pracovní skupiny Kardiovaskulární rehabilitace. *Cor et Vasa*, 2007, roč. 49, č. 3, s. K98. ISSN 010-8650.

31. CHALOUPKA, Václav, et al. Rehabilitace u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. *Cor et Vasa*, 2006, roč. 48, s. K 7-8. ISSN 010-8650.

32. CHLUDILOVÁ, V et al. Dvanáctidenní aerobní trénink u mužů po koronárním bypassu (CABG): vliv na aerobní kapacitu a maximální výkon. *Cor et Vasa*, 2007, roč. 49, č. 4, s. 38. ISSN 0010-8650.

33. International Diabetes Federation. Metabolic syndrome [online]. 2006. [cit. 2009-12-14]. Dostupné z: <http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf>.

34. JANČÍK, J et al. Vliv dvanáctidenního rehabilitačního programu s aerobní zátěží, kombinovanou se silovými prvky, na kvalitu života s chronickou ischemickou chorobou srdeční. *Cor et Vasa*, 2007, roč. 49, č. 4, s. 40. ISSN 0010-8650.
35. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 132 s. ISBN 80-85866-55-2.
36. JOZÍFKOVÁ, Marie. Vliv ω -3 MK a CoQ na rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Lékařské listy*, 2007, roč. 56, č.16, s.12-13. ISSN 0044-1996.
37. JURÁŇ, František et al. Kardiorehabilitační ústavy – nový trend časně rehabilitace v České republice. *Cor et Vasa*, 2008, roč. 50, č. 11, s. K222. ISSN 0010-8650.
38. JUST, Petr. *TJ Kardio* [online]. 2008 [cit. 2010-02-10]. Dostupné z: <<http://tjkardio.webnode.cz/cyklistika/>>.
39. JUST, Petr. *TJ Kardio* [online]. 2008 [cit. 2010-02-10]. Dostupné z: <<http://tjkardio.webnode.cz/lukostrelba/>>.
40. JUST, Petr. *TJ Kardio* [online]. 2008 [cit. 2010-02-10]. Dostupné z: <<http://tjkardio.webnode.cz/o-nas/>>.
41. JUST, Petr. *TJ Kardio* [online]. 2008 [cit. 2010-02-10]. Dostupné z: <<http://tjkardio.webnode.cz/turistika/>>.
42. KAREL, Ivan, SKALICKÁ, Hana. Kardiorehabilitace – účinná, ale opomíjená léčba. *Praktický lékař*, 2008, roč.88, č. 12, s. 684-688. ISSN 0032-6739.
43. KAREL, Ivan, SKALICKÁ, Hana. Význam ambulantní kardiorehabilitace. *Medical Tribune*, 2008, roč. IV, č. 7, S. A5. ISSN 1214-8911.

44. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-72620604-5.
45. KRÁLÍKOVÁ, Eva. et al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*, 2005, roč. 144, č. 5, s. 327-333. ISSN 0008-7335.
46. KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku* [online]. 2006, 2009 [cit. 2009-10-31]. Dostupné z: <<http://www.slzt.cz/odborna-doporuceni>>.
47. KŘEČKOVÁ, Markéta. Režimová opatření po kardiovaskulární příhodě. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. IV, č. 9, s. 22. ISSN 1801-1349.
48. LESO, Jiří. *Cíle a vize PS Ošetrovatelství v kardiologii* [online]. 2006 [cit. 2009-10-15]. Dostupné z: <<http://www.kardio.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=460>>.
49. LINHART, Aleš, CHALOUPKA, Václav. *Stanovy České kardiologické společnosti, o.s* [online]. 2001, 2009 [cit. 2009-10-15]. Dostupné z: <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=756>>.
50. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
51. MALÁ, Kateřina. *Úloha sestry při odvykání kouření* [online]. 2006 [cit. 2009-11-04]. Dostupné z: <<http://www.slzt.cz/sesterska-sekce>>.
52. MÁLKOVÁ, Iva. *Akce STOBU* [online]. 2009, 26.3.2009 [cit. 2009-12-06]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=102>

53. MAYER, Otto. et al. Úroveň sekundární prevence ischemické choroby srdeční u českých pacientů ve studii EUROASPIRE III. *Cor et Vasa*, 2008, roč. 50, č. 1, s. 156-162. ISSN 0010-8650.
54. MÍFKOVÁ, Lenka et al. Intervalový a kontinuální tréninky kardiiovaskulární rehabilitaci. *Vnitřní lékařství*, 2006, roč. 52, č.1, s. 44-46. ISSN 0042-773X.
55. *Nadační fond pro srdce Hané* [online]. 2007. [cit. 2010-01-05]. Dostupné z: <<http://www.srdcehane.cz/nwclub.php#nwc2009>>.
56. *Nadační fond pro srdce Hané* [online]. 2007. [cit. 2010-01-05]. Dostupné z: <<http://www.srdcehane.cz/o-nadacnim-fondu.php>>.
57. NIEDERLE, Petr, et al. *Onemocnění srdce: Rady pro kardiaky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 180 s. ISBN 80-7254-142-0.
58. NOVOTNÝ, Tomáš, ČINČURA, Jan. Noční hluk zvyšuje krevní tlak. *Medical Tribune CZ*, 2008, roč. 4, č. 6, s. A14. ISSN 1214-8911.
59. NOVOTNÝ, Tomáš. Práci Centra pro hypertenzi VFN ocenila i ESH. *Medical Tribune*, 2008, roč. IV, č. 10, s. A8. ISSN 1214-8911.
60. POLEDNE, Rudolf. Vývoj diety pro prevenci kardiiovaskulárních chorob. *Kardiologie v primární péči*, 2007, roč. 2, č. 1, s. 25-28. ISSN 1802-1379.
61. *Rámcová úmluva o kontrole tabáku* [online]. 2005 [cit. 2010-01-31]. Dostupné z: <<http://www.dokurte.cz/download/FCTC-cesky.pdf>>.

62. RAUŠOVÁ, E., HADAČOVÁ, I., MACEK, M. Hereditární trombofilie – jeden z modelů molekulární medicíny. *Klinická biochemie a metabolismus*, roč. 13 (34), 2005, č. 2, s. 68-76. ISSN: 1210-7921.
63. SKOUPÁ, Jana. Kouření a jiné možnosti léčby. *MEDICAL TRIBUNE*, 2008, roč. 4, č. 3, s. A6. ISSN 1214-8911.
64. SLAVÍČEK, Jaroslav et al. Snížení rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob životním stylem. *Cor et Vasa*, 2007, roč. 49, č. 3, s. 88-91. ISSN 0010-8650.
65. SOVOVÁ, Eliška, ŘEHOŘOVÁ, Jarmila. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 156 + 8 s. ISBN 80-247-1009-9.
66. SVACHINOVÁ, Hana et al. Vliv kardiovaskulární rehabilitace na tělesnou zdatnost u diabetiků 2. typu s ischemickou chorobou srdeční. *Cor et Vasa*. 2007, roč. 49, č. 4, s. 105. ISSN 0010-8650.
67. SVOBODOVÁ, Marta, VACKOVÁ, Marie. Arteriální hypertenze. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, s. 45-46.
68. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 212+4 s. ISBN 80-247-1777-8.
69. ŠAMÁNEK, Milan, URBANOVÁ, Zuzana. Pití vína a srdce. *Kardiologie v primární péči*, 2007, roč. 2, č. 1, s. 11-15. ISSN 1802-1379.
70. ŠIMON, Jaroslav. Osvojení zdravého životního stylu je podmínkou účinnosti léčby a prevence aterosklerotické vaskulární choroby. *Cor et Vasa*, 2007, roč. 49, č. 3, s. 83-84. ISSN 0010-8650.

71. ŠIMON, Jaroslav et al. *Základy epidemiologie kardiovaskulárních chorob. Cor et vasa*, 2008, roč. 50, č. 2, s. 87-93. ISSN 0010-8650.
72. ŠPINAR, Jindřich, et al. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 364 s. ISBN 80-247-0500-1.
73. ŠPINAR, Jiří, et al. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
74. ŠTEJFA, Miloš, et al. *Kardiologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
75. TSIGOS, Constantine, et al. *Léčba obezity dospělých: Evropská doporučení pro praxi* [online]. 2009 [cit. 2009-11-22]. Dostupné z: <http://www.obesitas.cz/download/doporuceni_lecba_obezity_dospelych.pdf>.
76. VAVERKOVÁ, Helena, et al. Doporučení pro diagnostiku. *Cor et Vasa*, 2007, roč. 49, č. 3, s. K73-K86. ISSN 0010-8650.
77. VENGLÁROVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
78. VONDRUŠKA, Vladimír, BARTÁK, Karel. *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*. 1. vyd. Hradec Králové : Agentura ERB, 1999. 27 s. ISBN 80-238-4536-5.
79. VRABLÍK, Michal. Umíme předcházet kardiovaskulárním onemocněním? *Medical Tribune CZ*, 2008, roč. 4, č. 14, s. 9. ISSN 1214-8911.

80. Vyhláška č. 424 *kteřou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096-8099.

81. VYSOKÝ, Robert, CHALOUPKOVÁ, Šárka. Seznámení s kardiovaskulární rehabilitací. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, s. 49. ISSN 1210-0404.

82. WIDIMSKÝ Jr., Jiří, et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. *Cor et Vasa*, 2008, roč. 50, č. 1, s. K5-K22. ISSN 0010-8650.

83. WIDIMSKÝ, Jiří, et al. *Hypertenze*. 2. rozš. vyd. Praha : Triton, 2004. 590 s. ISBN 80-7254-515-9.

84. ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ Jitka. *Psychologie pro zdravotnické obory (Vybrané kapitoly)*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, ZSF, 2007, 192 s. ISBN 978-80-7368-334-4.

85. ZAJÍC, Jiří. *Problematika měření krevního tlaku u seniorů* [online]. 2008 [cit. 2009-11-12]. Dostupné z: <<http://www.cggs.cz/dokumenty/ljgurask.pdf>>.

8 Klíčová slova

kardiovaskulární onemocnění

režimová opatření

rizikové faktory

sekundární prevence

kardio kluby

9 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 Tabulka SCORE

Příloha 2 Rámcová úmluva o kontrole tabáku

Příloha 3 Fagerstömův test závislosti na nikotinu

Příloha 4 Algoritmus postupu

Příloha 5 Úrovně důkazů, stupně doporučení a aspekty správné klinické praxe

Příloha 6 Středomořská dieta

Příloha 7 Obsah cholesterolu v potravinách

Příloha 8 Rizika a komplikace související s obezitou

Příloha 9 Týdenní jídelníček

Příloha 10 Graf váhy

Příloha 11 Dotazník jídelních zvyklostí

Příloha 12 Dotazník podle Becka

Příloha 13 Anamnestický dotazník

Příloha 14 Energetická náročnost pohybové aktivity

Příloha 15 Cílové hodnoty

Příloha 16 Přehled vhodných a nevhodných potravin

Příloha 17 Definice a klasifikace jednotlivých kategorií krevního tlaku (v mm Hg)

Příloha 18 Faktory ovlivňující přesné určení TK v ordinaci (v mm Hg)

Příloha 19 Antihypertenziva

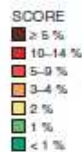
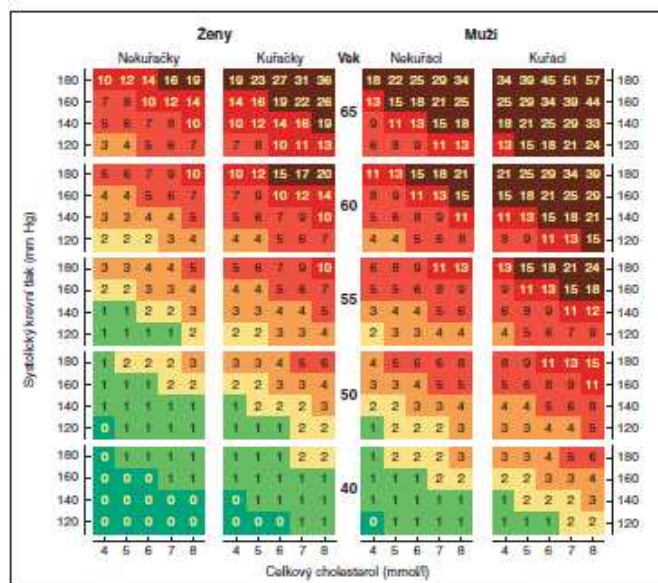
Příloha 20 Cíle léčby nemocného s diabetem

Příloha 21 Rozhovor respondent pacient

Příloha 22 Rozhovor respondent zdravotník

Příloha 23 Dotazník pro pacienty

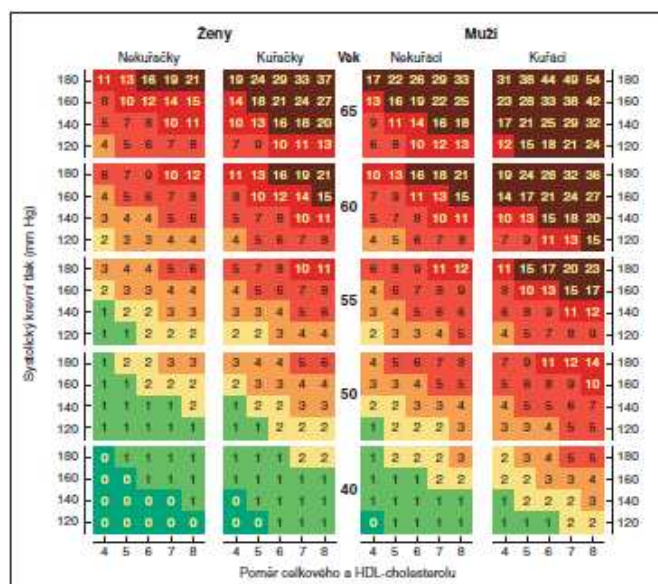
Příloha 1 Tabulka SCORE



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 aterosklerózy (jzštějšími při sonografickém vyšetření nebo při nálezů kalcifikací v tepnách či při stanovení kalciového skóre pomocí CT),
- u osob s pozitivní rodinnou anamnézou KVO (prvostupňová 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 (glykémie v žilní plazmě nalačno < 7,0 mmol/l a při orálním glukózovém tolerančním testu za 2 hod. 7,8-11,0 mmol/l),
- u osob s mírně zvýšenou koncentrací C-reaktivního proteinu (stanoveného vysokosezitivní metodou), fibrinogenu, homocysteinu, apolipoproteinu B nebo Lp(a)
- u obězních nebo fyzicky inaktivních osob

Obr. 1 10leté riziko fatálního kardiovaskulárního onemocnění v ČR podle pohlaví, věku, systolického TK, celkového cholesterolu a kuřáckých návyků



Obr. 2 10leté riziko fatálního kardiovaskulárního onemocnění v ČR podle pohlaví, věku, systolického TK, poměru celkového a HDL-cholesterolu a kuřáckých návyků

Zdroj: ČÍFKOVÁ, Renata. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku.

Vnitřní lékařství, 2005, roč. 51, č. 9, s. 1021-1035. ISSN 0042-773X

Příloha 2

Rámcová úmluva o kontrole tabáku

Článek 12

Vzdělávání, informovanost, školení a veřejné povědomí

Každá smluvní strana vhodným způsobem podpoří a posílí veřejné povědomí o hlavních problémech kontroly tabáku s vhodným použitím všech dostupných sdělovacích prostředků. K tomuto účelu každá smluvní strana přijme a provede účinná legislativní, výkonná, správní nebo jiná opatření, aby podpořila:

- (a) široký přístup k účinným a komplexním vzdělávacím programům a programům pro uvědomění veřejnosti o zdravotních nebezpečích, včetně návykového charakteru spotřeby tabáku a vystavování se tabákovému kouři;
- (b) veřejné povědomí o zdravotních nebezpečích spotřeby tabáku a vystavování se tabákovému kouři, o výhodách ukončení užívání tabáku a o výhodách životního stylu bez užívání tabáku, jak je specifikováno ve Článku 14.2;
- (c) veřejný přístup k široké řadě informací o tabákovém průmyslu, které se týkají cílů této Úmluvy v souladu s vnitrostátním právem;
- (d) účinné a vhodné školící programy o kontrole tabáku určené takovým osobám jako jsou pracovníci ve zdravotnictví, veřejní činitelé, sociální pracovníci, mediální odborníci, pedagogové, političtí představitelé, řídicí pracovníci a ostatní zainteresované osoby;
- (e) povědomí a účast veřejných a soukromých agentur a nevládních organizací, které nejsou spřízněny s tabákovým průmyslem, na rozvoji a realizaci programů a strategií pro kontrolu tabáku uvnitř sektorů; a
- (f) veřejné povědomí o informacích týkajících se nepříznivých ekonomických, zdravotních a ekologických následků tabákové výroby a spotřeby a přístup k nim.

Článek 13

Reklama, propagace a sponzorství tabákových výrobků

1. Smluvní strany uznávají, že komplexní zákaz reklamy, propagace a sponzorství by snížil spotřebu tabákových výrobků.

2. Každá smluvní strana zavede komplexní zákaz veškeré reklamy, propagace a sponzorství

tabákových výrobků v souladu se svou národní ústavou či ústavními zásadami.

Článek 14

Opatření ke snížení poptávky týkající se závislosti na tabáku a ukončení jeho užívání

1. Každá smluvní strana vypracuje a rozšíří vhodné komplexní a integrované směrnice založené na vědeckých důkazech a nejlepších praktických zkušenostech s přihlédnutím k národním poměrům a prioritám, a učiní účinná opatření pro zajištění podpory ukončení užívání tabáku a pro odpovídající způsob léčby závislosti na tabáku.

2. Za tímto účelem každá smluvní strana bude usilovat o:

(a) navržení a realizaci účinných programů zaměřených na podporu ukončení užívání tabáku především ve vzdělávacích institucích, v institucích zdravotní péče, na pracovištích a ve sportovních zařízeních;

(b) zahrnutí diagnostiky a léčby závislosti na tabáku a poradenských služeb pro ukončení užívání tabáku do programů národního zdraví a výchovy, plánů a strategií, s účastí zdravotnických pracovníků, veřejných pracovníků a sociálních pracovníků, pokud je to vhodné;

(c) zřízení programů pro diagnostiku a poradenství, prevenci a léčbu závislosti na tabáku v centrech zdravotní péče a v rehabilitačních centrech; a

(d) spolupráci s ostatními smluvními stranami při usnadnění přístupu k farmaceutickým výrobkům léčícím tabákovou závislost a jejich cenovou dostupnost v souladu s Článkem 22. Takové výrobky a jejich složky mohou zahrnovat léky, výrobky užívané k podávání léků a diagnostika.

Zdroj: Celý text:

Rámcová úmluva o kontrole tabáku [online]. 2005 [cit. 2010-01-31].

Dostupné z: <http://www.dokurte.cz/download/FCTC-cesky.pdf>.

Příloha 3

Fagerstömův test závislosti na nikotinu – FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- do 5 minut 3 body
- za 6–30 minut 2 body
- za 31–60 minut 1 bod
- po 60 minutách 0 bodu

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- ano 1 bod
- ne 0 bodu

3. Kterou cigaretu byste se nerad postrádal?

- první ráno 1 bod
- kteroukoli jinou 0 bodu

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- 0–10 0 bodu
- 11–20 1 bod
- 21–30 2 body
- 31 a více 3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- ano 1 bod
- ne 0 bodu

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- ano 1 bod
- ne 0 bodů

Orientační hodnocení:

- 0–1 bodu – žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
- 2–4 body – střední závislost na nikotinu
- 5–10 bodu – silná závislost na nikotinu

Modifikovaný Fagerstömův test závislosti pro adolescenty (Modified Fagerström Tolerance Questionnaire) (19)

Orientační hodnocení:

0– 1 bod – žádná nebo slabá závislost

2– 4 body – střední závislost

5–10 bodů – silná závislost

1. Kolik cigaret denně kouříš ?

víc než 25 3 body

6–25 2 body

1–15 1 bod

méně než 10 bodů

2. Kouříš víc během prvních dvou hodin po probuzení než pak ve zbytku dne ?

ano 1 bod

ne 0 bodů

3. Jak brzo po probuzení si zapaluješ první cigaretu?

do 30 minut 2 body

za déle než 30 minut, ale před polednem 1 bod

odpoledne nebo večer 0 bodů

4. Které cigarety by ses nejméně rad vzdal/a (která je nejdůležitější i nejvíc si ji vychutnáš ?

první ranní 2 body

kterákoli před polednem 1 bod

kterákoli odpoledne nebo večer 0 bodů

5. Je pro tebe těžké nekouřit tam, kde to nejde

ano 1 bod

ne 0 bodů

6. Kouříš, i když jsi nemocný/á a většinu dne v posteli?

ano 1 bod

ne 0 bodů

Zdroj: KRÁLÍKOVÁ, E. et al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*. Praha: 2005, roč. 144, č. 5, s. 327-333. ISSN 0008 – 7335.

Příloha 4 Algoritmus postupu

Krátká intervence („5A“ nebo česky „5 P“)

Ask: Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace, záznam aktualizovat (1. od kolika, případně do kolika let věku kouří/il; 2. co kouří, případně jiná forma tabáku; 3. kolik denně, případně týdně).

Advise: Poradit, jasně doporučit kuřákům přestat.

Assess: Posoudit ochotu přestat. Nechce-li, je možná jen motivace: Vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě (například. vzhledem k jejich klinickému nalezu, diagnóze, obtížím, prognóze). Pokud nechce přestat, intervence končí, při další návštěvě opakujeme, empaticky

Assist: Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci svých časových možností, což může znamenat nabídku podpory (předem si připravit náhradní činnost pro kuřácké situace), doporučení NRT nebo bupropionu a správnou informaci o jejich použití a účinku, eventuálně doporučení do specializovaného centra léčby závislosti na tabáku.

Arrange follow up: Plánovat kontrolní návštěvy /

Zdroj:

KRÁLÍKOVÁ, E. et al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*. Praha: 2005, roč. 144, č. 5, s. 327-333. ISSN 0008 – 7335./

Příloha 5

Úrovně důkazů, stupně doporučení a aspekty správné klinické praxe

Důkazní úroveň

1 1++ Vysoce kvalitní metaanalýzy, systematické přehledy RCT nebo RCT s velmi nízkým rizikem systémové chyby

1+ Správně provedené metaanalýzy, systematické přehledy RCT nebo RCT s nízkým rizikem systémové chyby

1- metaanalýzy, systematické přehledy RCT nebo RCT s vysokým rizikem systémové chyby

2 2++ Vysoce kvalitní systematické přehledy studií typu případ – kontrola nebo kohortních studií.

2+ vysoce kvalitní studie typu případ – kontrola nebo kohortní studie s velmi nízkým rizikem zkreslení, systémové chyby, nebo šancí a vysokou pravděpodobností, že jde o příčinný vztah

2- správně provedené studie typu případ – kontrola nebo kohortní studie s nízkým rizikem zkreslení, systémové chyby, nebo šancí a průměrnou pravděpodobností, že jde o příčinný vztah

3 neanalytické studie, popisy případu, kazuistické série 4 názory odborníků

Stupně doporučení

A nejméně jedna metaanalýza, systematický přehled nebo RCT hodnocená jako 1++ a přímo aplikovatelná na cílovou populaci; nebo systematický přehled RCT nebo soubor důkazů sestávající zásadně ze studií hodnocených jako 1+, přímo aplikovatelných na cílovou populaci a vykazujících celkovou konzistenci výsledku

B soubor důkazů zahrnující studie hodnocené jako 2++, přímo aplikovatelné na cílovou populaci a vykazující celkovou konzistenci výsledku; nebo extrapolované důkazy ze studií hodnocených jako 1++ nebo 1+

C soubor důkazů zahrnující studie hodnocené jako 2+, přímo aplikovatelné na cílovou populaci a vykazující celkovou konzistenci výsledku; nebo extrapolované důkazy ze studií hodnocených jako 2++

D důkazy úrovně 3 nebo 4 nebo extrapolované důkazy ze studií hodnocených jako 2+

Správná klinická praxe

RBP (recommended best practice), doporučená nejlepší praxe na základě klinických zkušeností skupiny, která vypracovala tato doporučení.

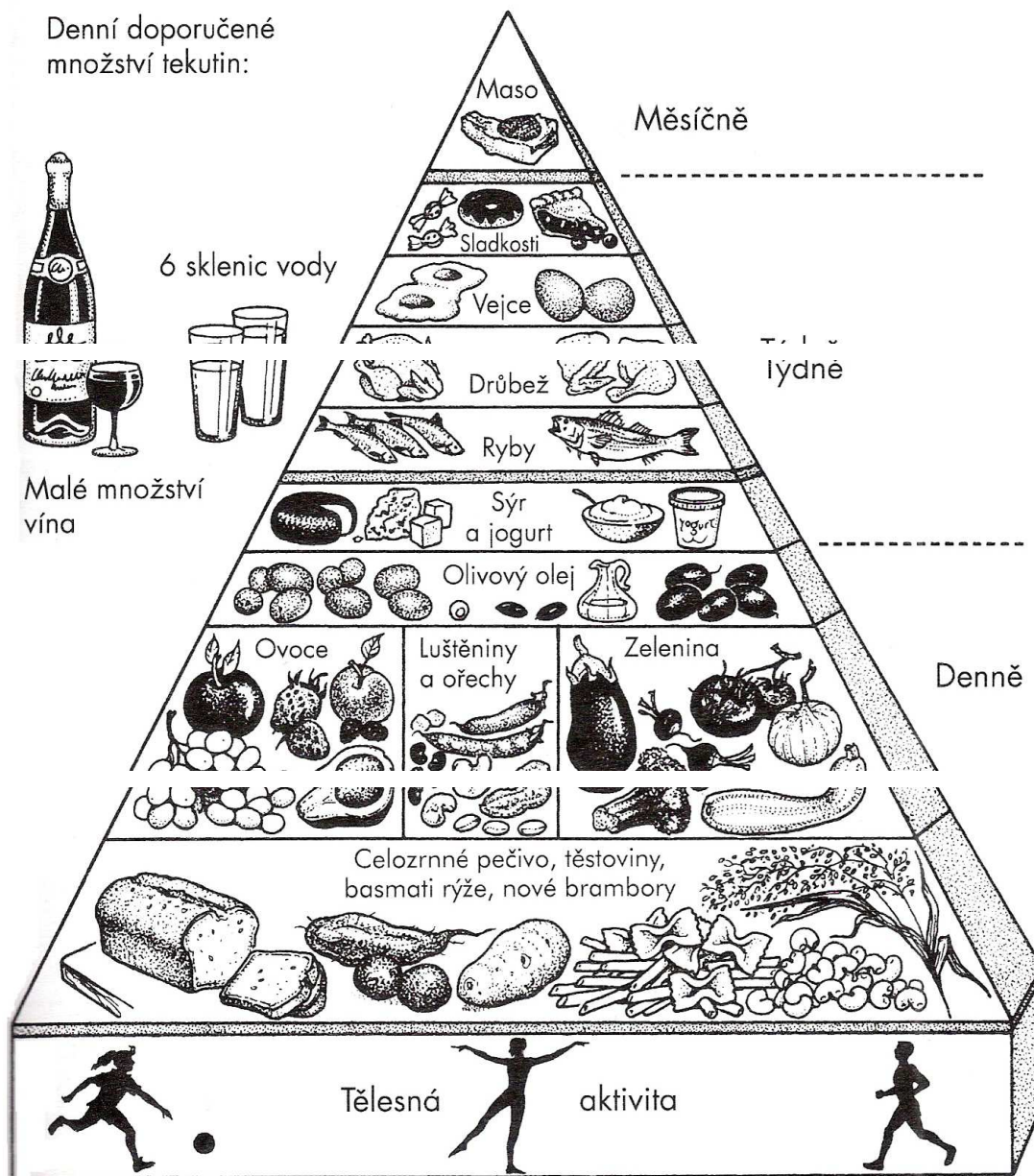
Zdroj:

TSIGOS, Constantine, et al. *Léčba obezity dospělých: Evropská doporučení pro praxi* [online]. 2009 [cit. 2009-11-22]. Dostupné z: <http://www.obesitas.cz/download/doporuceni_lecba_obezity_dospelych.pdf>

přeložil: Sucharda, Petr

Příloha 6 Středomořská dieta

Středomořská potravinová pyramida



Zdroj:

BĚLUNEK, Pavel. *Rady pro nemocné a jejich blízké s anginou pectoris a po srdečním infarktu*. [online]. 2007 [cit.23.12.2009]. Dostupné z: <http://edukace-kardiaku.wz.cz/materialy/II_educacni_brozura/II_dil.pdf>

Příloha 7 Obsah cholesterolu v potravinách

Potravina	Cholesterol v mg
Mozeček	2000
Ledvinky	400
Hovězí játra	320
Vaječný žloutek 1ks	300
Máslo	286
Srdce	200
Smetana	120
Sádlo	95
Telecí maso	90
Tučné sýry	85
Hovězí maso	70
Kapr, pstruh, sardinky, tuňák	70
Šunka vepřová	70
Rybí filé	65
Krůta, maso bez kůže	60
Kuře, maso bez kůže	60
Jogurt smetanový	27
Plnotučné mléko (3,5%)	27
Jogurt bílý	7
Odstředěné mléko	7
Rostlinné oleje a tuky	0
Veškerá rostlinná potrava	0

Zdroj:

KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-72620604-5.

Příloha 8 Rizika a komplikace související s obezitou

Metabolické komplikace	Diabetes, inzulínová rezistence Dyslipidemie Metabolický syndrom Hyperurikémie, dna Zánět nízkého stupně
Kardiovaskulární nemoci	Hypertenze Ischemická choroba srdeční (ICHS) Městnavé srdeční selhání Cévní mozková příhoda Žilní tromboembolizmus
Respirační nemoci	Astma bronchiale Hypoxémie Syndrom spánkové apnoe Syndrom hypoventilace oběžných (OHS, obesity hypoventilation syndrome, Pickwickův syndrom)
Maligní nádorová onemocnění	Karcinom jícnu, tenkého střeva, tračníku, rekta, jater, žlučníku, pankreatu a ledviny; leukémie, mnohočetný myelom, lymfom U žen: karcinom endometria, hrdla děložního, vaječníků, karcinom prsu po menopauze U mužů: karcinom prostaty
Kosterní soustava	Artróza (kolenní a kyčelní kloub) a zvýšené bolesti nosných kloubů
Gastrointestinální	Onemocnění žlučníku Nealkoholické tukové postižení jater (NAFLD) nebo nealkoholická

	steatohepatitida (NASH) Gastroezofageální reflux Hernie
Močová inkontinence	
Reprodukční zdraví	Nepravidelnosti menstruace, infertilita, hirsutizmus, polycystická ovária, Samovolný potrat Gestační diabetes, hypertenze, preeklampsie Makrosomie, fetální tíseň, malformace (tj. defekty neurální trubice) Dystocie a primární císařský řez
Psychologické a společenské důsledky	Nízké sebevědomí Úzkost a deprese Stigmatizace Diskriminace v zaměstnání, hůře přijímání kolegy, potíže se získáním zaměstnání
Různé	Proteinurie, nefrotický syndrom Kožní infekce, Lymfedém Komplikace při anestézii

Zdroj: TSIGOS, Constantine, et al. *Léčba obezity dospělých: Evropská doporučení pro praxi* [online]. 2009 [cit. 2009-11-22]. Dostupné z:

<http://www.obesitas.cz/download/doporuceni_lecba_obezity_dospelych.pdf>

přeložil: Sucharda, Petr

Příloha 9 Týdenní jídelníček

Jméno:..... Příjmení:..... Datum narození:.....

Druh práce kterou vykonáváte týden od:.....do:.....200...

TÝDENNÍ JÍDELNÍČEK – záznamový arch

(Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, V. Hainer, M. Kunešová)

Zapište prosím dobu a místo konzumace, dále co nejpřesněji zaznamenejte druh jídla (nápoje) a jeho složení. Určete jeho množství (kusy, porce)- nejlépe v gramech, nápoje v litrech nebo mililitrech. Nejlepší je, když si zapíšete, co jste konzumovali ihned po jídle, abyste na nic nezapomněli. V kolonce "Další jídla a nápoje" zapište jídlo či nápoj konzumovaný v období mimo hlavní jídla.

Kdy a kde jsem jedl/a

Co a kolik jsem jedl/a

Poznámky:

PONDĚLÍ

Snídaně od: do: hod.

kde:

Přesnídávka od:do: hod

kde:

Oběd od: do: hod.

kde:

Svačina od: do: hod.

kde:

Večeře od: do: hod.

kde:

Další jídla a nápoje během dne:

ÚTERÝ

Snídaně od: do: hod

kde:

Přesnídávka od: do: hod.

kde:

Oběd od: do: hod.

kde:

Svačina od: do: hod.

kde:

Večeře od: do: hod.

kde:

Další jídla a nápoje během dne:

STŘEDA

Snídaně od: do: hod.

kde:

Přesnídávka od: do: hod.

kde:

Oběd od: do: hod.

kde:

Svačina od: do: hod.

kde:

Večeře od: do: hod.

kde:

Další jídla a nápoje během dne:

ČTVRTEK, PÁTEK, SOBOTA, NEDĚLE

Je tento týdenní jídelníček pro Vás typický: ANO/NE – pokud nikoli, uveďte proč (dovolená, oslava aj.):

Ovlivnilo vyplňování záznamového archu jídelníčku váš navyklý způsob příjmu potravy: ANO/NE – jestliže ano uveďte jak:

.....
.....

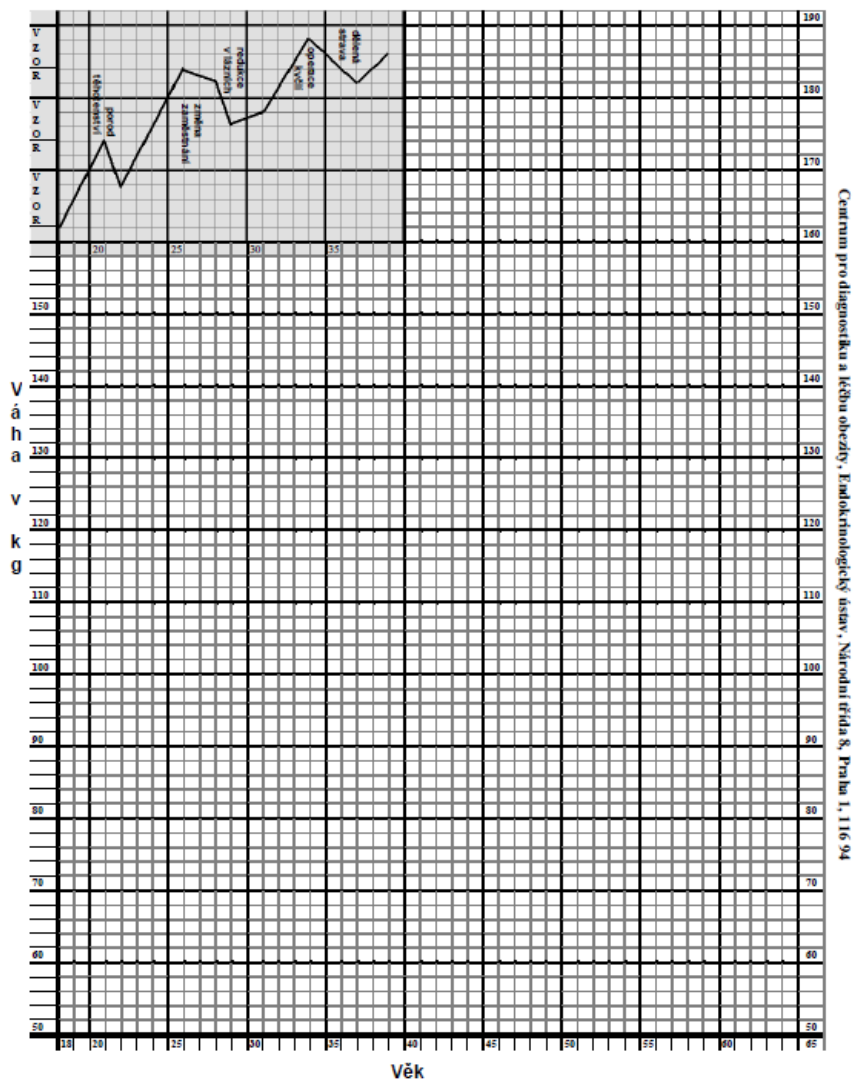
Zdroj: HAINER, V. KUBEŠOVÁ, M. *Týdenní jídelníček* [online]. 2006 [cit. 2009-12-20]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/jidelnik.pdf>>.

Příloha 10 Graf váhy

GRAF VÁHY

Jméno: Příjmení: Datum narození:
 Datum vyplnění: 200

Zakreslete prosím do grafu, jak se Vaše váha v průběhu let měnila a připište čím byla změna podmíněna (dieta, porod, farmakoterapie, úraz, změna zaměstnání, stress atd.)



Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku

Zdroj:

CENTRUM PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU OBEZITY, *Graf váhy* [online]. 2006 [cit. 2009-12-20]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/graf.pdf>>.

Příloha 11 Dotazník jídelních zvyklostí

Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Národní třída 8, Praha 1, 116 94

Jméno: Příjmení: Datum narození:

DOTAZNÍK JÍDELNÍCH ZVYKLOSTÍ

„BITE“ (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh)

M. Henderson, C. P. L. Freeman; Brit. J. Psychiatry, 150,1987 s.18-24

- | | | |
|---|----------------------|----|
| 1. Jíte denně pravidelně? | ano | ne |
| 2. Můžete vždy, kdykoliv chcete přestat jíst? | ano | ne |
| 3. Jste schopni zanechat jídla a ponechat zbytky jídla na talíři? | ano | ne |
| 4. Určuje množství jídla, které sníte, Váš pocit hladu či nasycení? | ano | ne |
| 5. Považujete své stravovací zvyklosti za správné? | ano | ne |
| 6. Dodržujete přísné diety? | ano | ne |
| 7. Máte pocit neúspěchu, přerušíte-li někdy dietní léčbu? | ano | ne |
| 8. Počítáte si energetický obsah všeho, co sníte, i když právě nedodržujete dietu? | ano | ne |
| 9. Hladovíte někdy po celý den? | ano | ne |
| 10. Jestliže ano, jak často se to stává? | | |
| | ob den | 5 |
| | 2-3x za týden | 4 |
| | 1x za týden | 3 |
| | jen občas | 2 |
| | pouze jedenkrát | 1 |
| 11. Pokusil jste se zredukovat váhu pomocí pilulek na hubnutí, diuretik (léků zvyšujících tvorbu moči), laxancií (léků na stolici) či pomocí vynuceného zvracení? | | |
| | nikdy | 0 |
| | občas | 2 |
| | jednou týdně | 3 |
| | 2-3x do týdne | 4 |
| | denně | 5 |
| | 2-3x za den | 6 |
| | 5x a vícekrát za den | 7 |
| 12. Narušuje Váš způsob stravování významně Váš život? | ano | ne |
| 13. Můžete říci, že jídlo má ve Vašem životě dominantní postavení? | ano | ne |
| 14. Stává se Vám někdy, že jíte a jíte, dokud Vás nezarazí pocit nevolnosti? | ano | ne |
| 15. Máte někdy období, že jediné, o čem můžete přemýšlet, je jídlo? | ano | ne |
| 16. Před druhými jíte s mírou, avšak v soukromí si to vynahradíte? | ano | ne |
| 17. Máte zkušenost s nepřekonatelným nutkáním jíst a jíst a jíst? | ano | ne |
| 18. Pociťujete-li úzkost, máte sklon hodně jíst? | ano | ne |
| 19. Děsí Vás myšlenky, že budete otlý? | ano | ne |
| 20. Jíte rychle velká množství potravy v období mezi hlavními jídly? | ano | ne |
| 21. Stydíte se za své jídelní zvyklosti? | ano | ne |
| 22. Obáváte se, že nejste schopni kontrolovat množství jídla, které sníte? | ano | ne |
| 23. Utikáte k jídlu abyste získal pocit pohody? | ano | ne |
| 24. Klamete jiné lidi, když hovoříte o tom, jak mnoho jíte? | ano | ne |
| 25. Sněd jste někdy naráz hltavě velké množství jídla? | ano | ne |
| 26. Jestliže ano, udělalo se Vám po takovém přejedení špatně? | ano | ne |
| 27. Velké množství jídla hltavě sporádáte jen tehdy, když jste sám? | ano | ne |
| 28. Jak často se Vám stane, že hltavě naráz sníte velké množství jídla? | | |
| | zřídka | 1 |
| | 1x měsíčně | 2 |
| | 1x týdně | 3 |
| | 2-3x týdně | 4 |
| | denně | 5 |
| | 2-3x za den | 6 |
| 29. Šel byste i velké vzdálenosti, když byste měl uspokojit své nutkání sníst najednou velké množství jídla? | ano | ne |
| 30. Máte pocit velkého provinění, když se přejídáte? | ano | ne |
| 31. Jíte někdy v tajnosti? | ano | ne |
| 32. Kolísá Vaše váha během týdne o více než 2,5 kg? | ano | ne |
| 33. Pociťujete vnitřní nutkání k jídlu? | ano | ne |

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku ☺

Zdroj: HENDRERSON, M . Freeman, C.P.L. *Dotazník jídelních zvyklostí* [online]. 2006 [cit. 2009-12-27]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/Bite.pdf>>.

Příloha 12 Dotazník podle Becka

Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Národní třída 8, Praha 1, 116 94

Jméno: Příjmení: Datum narození:
Datum vyplnění: 200.....

DOTAZNÍK PODLE BECKA (modifikace pro obézní pacienty)

Zakroužkujte v následujících prohlášeních ta, která nejlépe odpovídají tomu, jak jste se v posledním týdnu, včetně dneška cítil/a.

1. 0 Nemám smutnou náladu
1 Cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
2 Jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
3 Jsem tak smutný nebo nešťastný, že to už nemohu snést
2. 0 Do budoucna nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
1 Poněkud se obávám budoucna
2 Vidím, že se už nemám na co těšit
3 Vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
3. 0 Nemám pocit nějakého životního neúspěchu
1 Mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchů než obvykle lidé mívají
2 Podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
3 Vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel/ka apod.) v životě zcela zklamal/a
4. 0 Pociťuji uspokojení z toho, jak věci řeším
1 Nelíbí se mi způsob, jak věci řeším
2 Téměř z ničeho, co dělám, už nemám skutečný pocit uspokojení
3 Ze všeho se cítím nespokojen a zmučen
5. 0 Necítím se nijak provinile
1 Občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
2 Mám trvalý pocit viny
3 Ovládá mě pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk
6. 0 Nemám pocit, že jsem trestán
1 Mám pocit, že mohu být potrestán
2 Očekávám, že budu potrestán
3 Víím, že si zasloužím trest
7. 0 Necítím nespokojenost sám se sebou
1 Zklamal jsem se sám v sobě
2 Jsem dosti znechucen sám sebou
3 Nenávídím se
8. 0 Necítím se být o nic horší než kdokoliv jiný
1 Jsem kritický vůči svým slabostem a chybám
2 Trvale se viním ze svých neúspěchů
3 Obviňuji se za vše špatné, co se stane
9. 0 Vůbec mi nepřipadne na mysl, že bych si měl něco udělat
1 Mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
2 Často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu
3 Kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život
10. 0 Nepláči více než obvykle
1 Pláči více než dříve
2 Stále nyní pláči
3 Dříve jsem mohl plakat, ale nyní si už ani nemohu zaplakat, ačkoli bych chtěl
11. 0 Necítím se teď více podrážděný než kdykoliv dříve
1 Rozčilil jsem nyní mnohem snáze než v minulosti
2 Cítím se trvale podrážděný
3 Již mne vůbec nedráždí věci, které mne obvykle rozčilovaly

otočte ►

12. 0 Neztratil jsem zájem o druhé lidi
1 Mám poněkud menší zájem o lidi ve svém okolí než dříve
2 Ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
3 Ztratil jsem veškerý svůj zájem o druhé lidi a nechci s nikým nic mít
13. 0 Dokážu se rozhodnout v běžných situacích
1 Někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
2 Mám nyní větší potíže s rozhodováním než dříve
3 Vůbec v ničem se již nedokážu rozhodnout
14. 0 Vypadám stejně jako dříve
1 Obávám se, že vypadám staře a nepřitažlivě
2 Mám pocit, že se můj vzhled trvale zhoršil, tak že vypadám dosti nepřitažlivě
3 Jsem přesvědčen, že vypadám hnusně až odpudivě
15. 0 Jsem schopen pracovat stejně dobře jako dříve
1 Musím se nutit, abych začal něco dělat
2 Dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělal
3 Nejsem schopen jakékoli práce
16. 0 Spím stále tak dobře jako dříve
1 Spím hůře než dříve
2 Budím se o 1-2 hodiny časněji než jsem byl zvyklý a těžko opět usínám
3 Probouzím se o několik hodin dříve než jsem byl zvyklý a již nemohu usnout
17. 0 Necítím se unavenější než obvykle
1 Unavím se snadněji než dříve
2 Všechno mně unavuje
3 Únava mě zabraňuje, abych cokoli dělal
18. 0 Mám svou obvyklou chuť k jídlu
1 Mám větší chuť k jídlu než jsem mívával
2 Cítím nyní mnohem větší chuť k jídlu
3 Jsem zcela ovládnán chutí k jídlu
19. 0 Nepřibral jsem podstatně na váze za posledního půl roku
1 Přibral jsem na váze za posledního půl roku více než 3 kg
2 Přibral jsem na váze za posledního půl roku více než 5 kg
3 Přibral jsem na váze za posledního půl roku více než 8 kg
20. 0 Nemám větší potíže se svým zdravím, než jsem mívával
1 Dělán si starosti o svou fyzickou kondici, neboť nyní více trpím bolestmi, zažívacími potížemi nebo zácpou
2 Mám trvalý strach o svůj zdravotní stav, takže těžko mohu přemýšlet o čemkoliv jiném
3 Jsem zcela vyčerpán svými bolestmi a zdravotními obtížemi
21. 0 Nepozoruji, že by se změnil můj zájem o druhé pohlaví
1 Mám menší zájem o sex než jsem mívával
2 Zajímám se teď o sex mnohem méně než dříve
3 Ztratil jsem úplně zájem o sex

Zdroj: CENTRUM PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU OBEZITY, *Dotazník podle Becka* [online]. 2006 [cit. 2009-12-27]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/beck.pdf>>.

Příloha 13 Anamnestický dotazník

Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Národní třída 8, Praha 1, 116 94

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Datum: 200
R.č.: /
Pojišťovna:

Jméno: Příjmení:
Výška: cm Váha: kg Obvod pasu: cm Obvod boků: cm
Nejnižší váha (od 18 let věku): kg, ve věku: let
Nejvyšší váha (mimo těhotenství): kg, ve věku: let
Cíl hmotnostní redukce na: kg
Vaše důvody k redukci: a) zdravotní, b) společenské, c) estetické, d) jiné:

Anamnéza rodinná (uveďte ve zkratkách výskyt chorob u rodinných příslušníků otec=o, matka=m, sestra=se, bratr=b, syn=s, dcera=d)
otylost: cukrovka: hypertenze: onemocnění srdce a cév:
zhoubné nádory: jiné choroby:
Vaše choroby:
Operace, úrazy:
Léky, které nyní užíváte:

Zaměstnání: Fyzická aktivita v průběhu dne: a) malá, b) dostatečná, c) velká
Druh fyzické aktivity:
Pravidelné cvičení či sportování (ano, ne), jaké:
jak dlouho: jak často za týden:

Co děláte ve volném čase? (koničky):

V kolika letech začala Vaše váha stoupat? V letech
Čemu přikládáte význam ve vzestupu Vaší váhy? a) přejídání, b) menší pohybová aktivita,
c) těhotenství, d) mateřská, e) přechod, f) vstup do manželství, g) stresové faktory (např. rodinné či
pracovní problémy): h) nemoc:
i) léky: j) nástup či změna zaměstnání:
k) vojenská služba: l) jiné faktory:

Kolikrát denně jíte? Snídáte pravidelně? (ano, ne). Která denní porce jídla je největší?:
(ranní, polední, odpolední, večerní). V kolik hodin jíte naposledy? hod. Sladíte cukrem? (ano, ne)
Sladíte umělým sladidlem? ano, ne Jíte: a) pravidelně, b) nepravidelně, c) stejně jako druzí, d) méně
než druzí e) více než druzí, f) málo, ale stále („uždibování“)
Máte pocity hladu: a) vůbec ne, b) občas, c) stále, d) nemám hlad, ale „chutě“
V jídelničku dáváte přednost: a) masu a masným výrobkům, b) tučným jídlům, c) mléku a mléčným
výrobkům, d) sladkostí, e) moučným a pekárenským výrobkům, f) zelenině, ovoci, g) nedáváte
přednost žádnému jídlu
Nápoje, kterým dáváte přednost: a) voda, b) soda, c) minerálka, d) limonáda, e) džusy, f) káva, g) čaj,
h) pivo, i) víno, j) lihoviny, k) jiné:

Kolikrát jste dodržoval redukční režim? Skládal se z diety (ano, ne) a z cvičení (ano, ne)
Kolikrát jste byl úspěšný? O kolik kilogramů jste zhubl? při jakém denním
příjmu (KJ, kcal) a za jak dlouho Užíval jste léky na hubnutí jaké?
..... nebo jiné podpůrné prostředky (koktejly, akupunktura, ...)
..... Jiná dosavadní léčba obezity (bandáž, ...)?

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku ☺

Zdroj: CENTRUM PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU OBEZITY, *Anamnestický dotazník* [online]. 2006 [cit. 2009-12-27]. Dostupné z: <<http://web2.endo.cz/cz/wp-content/uploads/anamn.pdf>>.

Příloha 14 Energetická náročnost pohybové aktivity

Druh činnosti HABITUÁLNÍ	Výdej energie J.min-1.kg-1	Druh činnosti REKREAČNÍ	Výdej energie J.min-1.kg-1
Spánek, odpočinek na lůžku	75	Sedavá činnost (karty)	112
Sezení v klidu	90	Chůze po rovině 1,6 km/h	135
Stání v klidu, příjem jídla, ruční psaní, oprava hodinek, práce v úřadě, rýsování	105		
Psaní na mechanickém psacím stroji, řízení auta	127		
Tiskárna, kopírování, laboratorní práce, lékaři	150	Kulečnick	165
Knihářské a pekařské práce	157	Chůze po rovině 3,3 km/h, hra na hudební nástroje, kanoe 4 km/h,	
Lehké domácí práce	165	házení rybářské návnady, lehká	187
(zametání, vaření, prostrání, otírání nádobí a prachu)	187	činnost na zahrádce	210
Oprava auta, lehké obrábění dřeva, krejčí, obuvník		Jízda na jdoucím koni	
Práce ošetřujícího personálu v nemocnici, zámečnick	225	Chůze po rovině 4 km/h, odbíjená,	
Elektroprůmysl, nástrojář	332	badminton, muškaření, jachting,	
řízení nákladního auta, kombajnu a traktoru	247	lukostřelba, energická hra na hudební nástroje	262
Práce v lesní školce, tesař	262	Pomalý tanec	270
Středně těžké domácí práce (stlání, úklid, lehký nákup)	277	Jízda na kole 16 km/h, golf	277

Druh činnosti HABITUÁLNÍ	Výdej energie J.min-1.kg-1	Druh činnosti REKREAČNÍ	Výdej energie J.min-1.kg-1
Odstraňování plevelů Malování, tapetování, truhlářské práce, hrabání listů Těžká práce v domácnosti (klepání koberců, drhnutí podlahy, leštění nábytku), zemědělská práce mechanizovaná	300 322 337	Stolní tenis, bruslení Chůze po rovině 5 km/h, chůze z kopce, jízda na kole 17 km/h, tenis-čtyřhra, softbal	330 337
Poštovní doručovatel, stavební dělník, ruční umývání auta, tesařina, sečení trávy sekačkou Kopání a rytí zahrady, práce v lesní školce Tradiční zemědělská práce	382 412 420	Jízda na kole 18 km/h Chůze po rovině 6 km/h, rybaření v proudu, kanoe 6,5 km/h, bruslení 15 km/h Windsurfing, gymnastika	397 412 442
Práce v hlubinném dole štipání dříví, odhazování sněhu, sečení trávy kosou	450 487	Jízda na kole 19 km/h Chůze po rovině 8 km/h, tenis -dvouhra, rychlý tanec, lehký sjezd a běh na lyžích, skating, kolečkové brusle Jízda na kole 20 km/h	457 487 512

Zdroj:

VONDRUŠKA, Vladimír, BARTÁK, Karel. *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*.
1. vyd. Hradec Králové: Agentura ERB, 1999. 27 s. ISBN 80-238-4536-5.

Příloha 15

Sérové lipidy	Krevní tlak	Kompenzace diabetu
Celkový cholesterol < 5 [4.5] mmol/l	< 140/90	Lačná glykémie < 6 mmol/l
Triglyceridy < 1,7 mmol/l	< 130/85 u mladších osob	Postprandiální glykémie < 7,5 mmol/l
high density lipoproteins cholesterol o vysoké hustotě > 1 [1.2] mmol/l (HDL)	< 130/80 u diabetiků	HbA1C < 6,5% Odpovídá 4,5% dle IFCC
low density lipoprotein cholesterol o nízké hustotě < 3 [2.5] mmol/l (LDL)		

Zdroj: VRABLÍK, Michal. Umíme předcházet kardiovaskulárním onemocněním?. *Medical Tribune*. Praha: 2008, roč. 4, č. 14, s. 9.
ISSN 1214-8911.

Příloha 16 Přehled vhodných a nevhodných potravin

Potravina	Vhodné ke konzumaci	Omezená konzumace	Nevhodné ke konzumaci
Tuky	Rostlinné oleje, olivový, řepkový, slunečnicový, měkké margaríny	Olej kukuřičný, sójový	Kokosový olej, sádlo, máslo, slanina, lůj, přepálené oleje, tuhé margaríny, majonézy
Ryby	Sladkovodní i mořské (grilované i vařené) ryby konzervy ve vlastní šťávě, v tomatě, v rostlinném oleji	Smažené ryby	Ryby v majonéze, jikry, kaviár
Maso	Drůbež bez kůže a vnitřností, králík, telecí, drůbeží šunka, sojové maso	Hovězí a vepřové bez viditelného tuku	Tučná masa vepřová a hovězí, husa, slepice, kachna, vnitřnosti, paštiky, uzeniny, konzervy, hamburgery, jitrnice, želé
Mléčné výrobky	Nízkotučné výrobky: tvaroh, mléko, jogurt, zakysané výrobky, sýry s velmi nízkým obsahem tuku	Sýry s obsahem tuku do 30%, mléko a jogurty do 2% tuku	Sýry > 30% tuku, smetana, šlehačka, smetanové jogurty, zmrzliny, plnotučné a kondenzované mléko, tučný tvaroh

Potravina	Vhodné ke konzumaci	Omezená konzumace	Nevhodné ke konzumaci
Vejce	Vaječné bílky	1 -2 vejce za týden pro přípravu jiných jídel	Vaječné žloutky a pokrmy z nich
Pečivo a obiloviny	Pečivo celozrné, z tmavé mouky, grahamy, neslazené musli, neloupaná rýže	Netučné pečivo z bílé mouky, neslazené	Sladké tučné a máslové pečivo, loupáčky, lístkové těsto, koláče, koblihy, slazené musli včetně tyčinek
Těstoviny	bezvaječné	Tvarohové a bramborové knedlíky	Vaječné nudle a těstoviny
Luštěniny	Všechny bez omezení		
Zelenina	Čerstvá i vařená, brambory vařené		Smažené hranošky, chipsy, smažená zelenina
Ovoce	Syrové, mražené	Kompoty bez cukru, sušené ovoce	Kandované ovoce, slazené kompoty
Pochutiny, dezerty, sladkosti	Koření, želé, sorbet, pudink z odstředěného mléka, ovocné saláty, vodová zmrzlina, neslazené musli tyčky	Sušenky s nízkým obsahem tuku, med, umělá sladidla bez energetické hodnoty	Čokoláda, dorty, bonbony, pudinky z tučného mléka, moučníky, máslové krémy tučné sušenky, slazené tyčinky, cukr

Polévky	Netučné vývary, zeleninové polévky		Polévky zahuštěné jíškou, smetanou, tučné polévky
Ořechy	Vlašské, lískové, sezamové, mandle	Pistáciové, burské nesolené, kešu	Kokos, solené oříšky
Nápoje	Čaje, neslazené minerálky, stolní vody, káva překapávaná, instantní, šťávy z čerstvého ovoce, nealkoholické pivo	Nizkokalorické nápoje, lehká vína 2-3 dl/den nebo 1 pivo, ovocné džusy	Slazené nápoje, coca-cola, limonády, džusy s přídavkem cukru, čokoládové nápoje, alkohol nad 20g/den, hlavně destiláty, turecká káva

1. S výjimkou ryb omezit konzumaci živočišných výrobků;
2. Živočišné tuky nahradit rostlinnými oleji;
3. 5× denně konzumovat zeleninu, ovoce;
4. Pít dostatek nealkoholických a neslazených nápojů;
5. Při nadváze snížit množství stravy;
6. Alkohol zvyšuje koncentraci tuků v krvi, má také vysoký obsah kalorií

Zdroj:

VAVERKOVÁ, Helena, et al. Doporučení pro diagnostiku. *Cor et Vasa*. 2007, roč. 49, č. 3, s. K73-K86. ISSN 0010-8650.

Příloha 17 Definice a klasifikace jednotlivých kategorií krevního tlaku (v mm Hg)

Kategorie	Systolický tlak	Diastolický tlak
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

Pokud hodnoty systolického a diastolického tlaku téhož pacienta spadají do různých kategorií, je třeba při klasifikaci hypertenze zařadit pacienta do vyšší kategorie. Rovněž u systolické hypertenze lze stanovit různé stupně (1, 2 a 3), a to podle hodnot systolického tlaku ve výše uvedených stupních za předpokladu, že diastolický tlak je vždy nižší než 90 mm Hg.

Zdroj: WIDIMSKÝ JR., Jiří, et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. *Cor et Vasa*, 2008, roč. 50, č. 1, s. K5-K22. ISSN 0010-8650.

Příloha 18 Faktory ovlivňující přesné určení TK v ordinaci (v mm Hg)

zvyšují TK	sTK/dTK
špatně slyšitelné Korotkovovy fenomény	dTK
vypití kávy	11/5
nezachycení auskultační mezery	dTK (výrazně)
pseudohypertenze	2-98/3-49
fenomén bílého pláště	
1) vyšetření lékařem	11-28/3-15
2) vyšetření nelékařem	1-12/2-7
paretická paže	2/5
bolest, strach	výrazně
kouření	6/5
požití alkoholu	8/8
plný močový měchýř	15/10
hovor, zpěv	7/8
hlučné prostředí	dTK
netěsnící přístroj	nad 2 (dTK)
ucpané ventily manometru	2-10
zkreslení z očekávání vyšetřujícího	pod 10
špatný sluch vyšetřujícího	dTK
těsná manžeta	8-10/2-8
excentricky umístěná manžeta	4/3
manžeta přes oděv	5-50
loket příliš nízko	6
krátká doba pro uklidnění	různé odhady
záda bez opory	6-10
paže bez opory	1-7/5-11
příliš pomalé vypouštění manžety	1-2/5-6
příliš rychlé vypouštění manžety	pouze dTK
užití 4. fáze u dospělých	6 (dTK)

rychle opakované měření	1/1
chladné versus teplé období	6/3-10
snižují TK	sTK/dTK
špatně slyšitelné Korotkovovy fenomény	sTK
měření brzy po jídle	1/1-4
nezachycení auskultační mezery	10-50(sTK)
velký tepový objem	5. fáze se může rovnat 0
hlučné prostředí	sTK
dlouhá doba pro uklidnění (25 minut)	10/0
loket příliš vysoko	5/5
příliš rychlé vypouštění manžety	pouze sTK
silné přitlačení (zvonové zakončení)	nad 9 (dTK)

Zdroj:

ZAJÍC, Jiří. *Problematika měření krevního tlaku u seniorů* [online]. 2008 [cit. 2009-11-12]. Dostupné z: <<http://www.cggs.cz/dokumenty/ljjurask.pdf>>.

Příloha 19 Antihypertenziva

Skupina antihypertenziv	Stavy podporující jejich užití	Kontraindikace absolutní	Kontraindikace relativní
Diuretika (thiazidová)	Měštnavé srdeční selhání Hypertenze u starších osob Izolovaná hypertenze Hypertenze u osob afrického původu	dna	těhotenství
Diuretika (kličková)	Renální insuficience Měštnavé srdeční selhání		
Diuretika (antagonisté aldosteronu)	Měštnavé srdeční selhání Pacienti po prodělaném infarktu myokardu	Renální selhání Hyperkalemie	
Beta-blokátory	Angina pectoris Stavy po infarktu myokardu Měštnavé srdeční selhání Těhotenství tachyarytmie	Astma Atrioventrikulární blok stupeň 2 nebo 3	Chronická obstrukční bronchopulmonární nemoc Ischemická choroba dolních končetin Sportovci
Blokátory kalciových kanálů (dihydropyridinového typu)	Pacienti vyššího věku Izolovaná systolická hypertenze Angina pectoris Ischemická choroba dolních končetin Aterosklerotické postižení karotid těhotenství		Tachyarytmie Měštnavé srdeční selhání

<p>Blokátory kalciových kanálů (verapamil, diltiazem)</p>	<p>Angina pectoris Aterosklerotické postižení karotid</p>	<p>Atrioventrikulární blok stupeň 2 nebo 3 Městowné srdeční selhání</p>	<p>Kontraindikace relativní</p>
<p>Skupina antihypertenziv</p>	<p>Stavy podporující jejich užití</p>	<p>Kontraindikace absolutní</p>	<p>Kontraindikace relativní</p>
<p>Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE)</p>	<p>Městowné srdeční selhání Systolická dysfunkce levé komory Stavy po infarktu myokardu Hypertrofie levé komory srdeční Nediabetická neuropatie Neuropatie u diabetu 1. typu proteinurie</p>	<p>Těhotenství Hyperkalemie Bilaterální stenóza renálních tepen</p>	
<p>Blokátory receptoru 1 pro angiotenzin II - sartany</p>	<p>Neuropatie u diabetu 2. typu Proteinurie Hypertrofie levé komory srdeční Městowné srdeční selhání Kašel při užívání ACE</p>	<p>Těhotenství Hyperkalemie Bilaterální stenóza renálních tepen</p>	
<p>Alfa1-blokátory</p>	<p>Benigní hypertrofie prostaty</p>	<p>Ortostatická hypotenze</p>	<p>Městowné srdeční selhání</p>

Literatura: ŠTEJFA, Miloš, et al. *Kardiologie : 3.Přehracované a doplněné vydání*. 3. vyd. Praha : Grada, 2007. 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4. s.551

Příloha 20 Cíle léčby nemocného s diabetem

Ukazatel	Požadovaná hodnota
HbA1c(%)	< 4,5 (<6,0)
Glykémie v žilní plazmě nalačno/před jídlem (mmol/l)	< 6,0 (<7,0)
Hodnoty glykémie v plné kapilární krvi (selfmonitoring) nalačno/před jídlem (mmol/l)	4,0–6,0 (<8,0)
postprandiální (mmol/l)	5,0–7,5 (<9,0)
Krevní tlak (mm Hg)	<130/80
při proteinurii nad 1 g/24 u diabetu 2.typu či mikroalbuminurii u diabetu 1. typu	<125/75
Krevní lipidy	
celkový cholesterol (mmol/l)	<4,5
LDL cholesterol (mmol/l)	<2,5
HDL cholesterol (mmol/l) : muži /ženy	>1/ > 1,2
triacylglyceroly (mmol/l)	< 1,7
body mass index	<27
obvod pasu : ženy (cm) / muži (cm)	<80 / < 94
Celková dávka inzulínu/24 hodin/kg hmotnosti (IU)	<0,6
HbA1c – glykovaný hemoglobin – podle IFCC s normálními hodnotami do 4 % u nemocných s nadváhou a obezitou je cílem redukce hmotnosti o 5-10 % a následně ji udržet u diabetiků po kardiovaskulární příhodě LDL cholesterol pod 2,0 mmol/l	
Upraveno podle Společných doporučení českých odborných společností pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění V závorce jsou uvedeny doporučené hodnoty pro diabetiky s vysokým kardiovaskulárním rizikem, ale tyto cílové hodnoty je vhodné většinou stanovit individuálně.	

Zdroj:

ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu* [online]. 2009. [cit. 2009-12-19]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/modules/Standardy/dm2_2009.pdf>.

Příloha 21 Rozhovor respondent pacient

Oblast 1 data respondenta

Váš věk	
Současné Kardiovaskulární onemocnění + související (DM, dyslipoproteinemie)	
Jak dlouho jste léčen	

Oblast 2 Požadavky na kardio klub, sekundární prevenci

Jak hodnotíte informace které jste dostal o sekundární prevenci, režimových opatření jak v kardioklubu, tak při hospitalizaci, které byly pro Vás přínosnější	
Od koho jste informace získal	
Co by Vás dále zajímalo (ovlivnitelné faktory, neovlivnitelné faktory)	
Máte více info z Kardioklubu nebo z odb. ambulace, praktika, z nemocnice	
Čemu se Kardioklub věnuje – program	
Kdy máte možnost se zeptat na to, co vás zajímá	
Jak přistupují zdravotníci k Vaším otázkám (čas, odbývání, zájem)	

Oblast 3 Primární zdroj informací

Kdo vás první informoval o sekundární prevenci (nekuřáctví, fyzické aktivitě, a dalších)	
Jaké informace vám chyběly	
Odkud jste získal první informace o Kardioklubu	

Oblast 4 Vliv edukace sestrou na zlepšení kondice

Jaké informace o sek. prevenci máte od sester	
Jak se vám daří dodržovat režimová opatření – kuřák, obezita, cholesterol,	
Pocítujete rozdíl v dodržování sekundární prevence, když jste členem kardioklubu, jaký má klub na Vás vliv	
Jak dlouho jste dodržoval režimová opatření po prvním zjištění onemocnění	

Oblast 5 Role sestry v KK

Do jaké činnosti Kardioklubu jsou zapojeny sestry	
Jak by mohly Vám více pomoci,	
co byste od nich očekával, jaká by mohla být jejich role	
Jsou zapojeny do vedení – mohly by být?	

Oblast 6 Zapojení sester a lékařů

Odkud je personál zapojený do činnosti Kardioklubu (ambulance, lůžka)	
Vnímáte rozdíl mezi personálem z ambulance a z lůžkové části	
Kdo se více zabývá sek. prevencí (srovnání lůžka amb.)	

Pokud máte ještě nějaký nápad, nebo poznámku, prosím o sdělení, budu ráda.
Děkuji za Váš čas. Bc. Matoušková Monika

Zdroj: vlastní

Příloha 22 Rozhovor respondent zdravotník

Oblast 1 data respondenta

Profese	
Věk	
Délka praxe	
V kardiologii	
Ambulance x lůžková část	

Oblast 2 Požadavky klientů v kardio klubu (dále jen KK)

Jakou návaznou péči nabízíte kardiologickým pacientům (lázně, KK, kardio-fitness)	
Kam se mohou zapojit ve vašem okolí, je u vás KK	
Cíl a náplň KK	
O jaké informace mají kardiáci zájem z oblasti sekundární prevence (ovlivnitelné faktory, neovlivnitelné)	
Jaké info jim poskytuje personál KK	

Oblast 3 Zdroj informací pro klienty

Jak informujete klienty o možnostech návazné péče	
Kdy podáváte informace – při hospitalizaci, v odb. ambulancích?	
Kdo podává informace o možnostech návazné péče, KK (sestra x lékař, jiní zdravotníci)	
Jaké poskytují sestry klientům informace o sekundární prevenci?	

Oblast 4 Edukace sestrou – vliv na zlepšení kondice

Vede Kardio klub statistiky- využití, vyhodnocení	
Jak edukují sestry klienty - metody, formy, obsah – téma	
Jak byste hodnotil dodržování režim. Opatření klienty KK	
Můžete srovnat dodržování sekundární prevence u členů KK a nečlenů (kdo lépe a déle)	

Oblast 5 Role sestry v kardio klubu

Jak se zapojují sestry do programu kardio klubu	
Jak se Vy sám(a) zapojujete do činnosti KK	
Jak byste se mohl(a) zapojit	
Jakou roli má sestra v KK	

Oblast 6 Kdo se zapojuje do činnosti KK z odborníků?

Kdo se do činnosti klubu zapojuje z odborníků	
Kdo by se ještě mohl zapojit	
Rozdíl mezi zdrav. Personálem z ambulancí a lůžkové části?	

Pokud máte ještě nějaký nápad, nebo poznámku, prosím o sdělení, budu ráda.
Děkuji za Váš čas. Bc. Matoušková Monika

Zdroj: vlastní

Příloha 23 Dotazník pro pacienty

Vážená pacientko, vážený paciente,

jmenuji se Monika Matoušková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Jeho výsledky budou použity v mé diplomové práci s názvem „Centrum pro kondici kardiologických klientů“.

Prosím, přečtěte si následující otázky, a pokud není uvedeno jinak, označte křížkem Vámi vybranou odpověď.

Předem děkuji za Vaši vstřícnou spolupráci

Bc. Monika Matoušková, studentka ZSF JČU

1. Jste **žena** **muž**

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- 20-29 let 50-59 let
 30-39 let 60-69 let
 40-49 let 70 a více let

3. Jak dlouho se léčíte s kardiovaskulární nemocí?

- 1-5 let 16-20 let
 6-10 let 21 a více let
 11-15 let

4. Které ze zásad sekundární prevence byste měl dodržovat při Vašem onemocnění? (můžete označit více odpovědí)

- nekuřáctví
 fyzická aktivita
 dieta při kardiovaskulárním onemocnění
 snížení váhy
 snížení příjmu cholesterolu
 stres
 jiné – prosím, doplňte

5. Kdo Vás informoval o sekundární prevenci při Vašem onemocnění? (můžete označit více odpovědí)

- sestra lékař
 fyzioterapeut někdo jiný, uveďte kdo

6. Byly informace o sekundární prevenci dostatečné?

- ano
 ne – jaké informace z oblasti sekundární prevence Vám chyběly? Uveďte, prosím:

.....

7. Absolvoval jste lázeňskou léčbu v souvislosti Vaším kardiovaskulárním onemocněním?

- ano ne – pokračujte otázkou 10

8. Pokud jste lázně absolvoval, jak byste hodnotil efektivitu lázeňské léčby v souvislosti s osvojením si režimových opatření? (1 – velmi efektivní, 5 – zcela neefektivní)

- 1 2 3 4 5

9. Pokračujete v kardiovaskulární rehabilitaci, kterou jste se v lázních naučil?

- ano ne

10. Poskytli Vám zdravotníci informace o možnosti pokračovat v nějaké organizované formě v kardiorehabilitaci?

- ano ne

11. Máte zájem zapojit se do nějaké organizované formy kardiorehabilitace jakou je například kardioklub?

- ano spíše ne
 spíše ano ne

12. Existuje ve Vašem okolí kardioklub nebo podobná organizace, zabývající se zvyšováním kondice kardiologických klientů?

- ano
 ne
 nevím

13. Kdo Vás informoval o kardioklubu?

- Váš kardiolog
- sestra
- praktický lékař
- reklama kardioklubu v čekárnách odborných ambulancí
- informace na internetu
- ostatní pacienti – členové kardioklubu
- někdo jiný

14. Jste členem kardioklubu?

- ano
- ne – proč?
- chtěl/a bych

15. Čím je/by bylo ovlivněno Vaše zapojení se do kardioklubu?

- doporučení Vašeho kardiologa
- doporučení sestry
- doporučení praktického lékaře
- reklama kardioklubu v čekárnách odborných ambulancí
- doporučení od pacientů – členů kardioklubu

16. Jaký přínos očekáváte od členství v kardioklubu ve vztahu k Vašemu onemocnění?

- získání více informací o svém onemocnění
- zapojení se do aktivního života
- možnost pravidelného cvičení
- zvýšení fyzické kondice
- individuální konzultace s kardiologem
- možnost měření fyziologických funkcí
- pomoc s vypracováním individuálního jídelníčku
- vypracování individuálního režimového programu
- jiné

17. Znáte zásady sekundární prevence u Vašeho onemocnění?

- ano spíše ne
 spíše ano ne

18. Dodržujete zásady sekundární prevence?

- ano spíše ne
 spíše ano ne

19. Myslíte, že dodržování zásad sekundární prevence má vliv na Vaše zdraví?

- ano spíše ne
 spíše ano ne

20. Řídíte se informacemi kardioklubu o zásadách sekundární prevence?

- ano spíše ne
 spíše ano ne
 nejsem členem kardioklubu

21. Myslíte, že má Vaše členství v kardioklubu vliv na účinné dodržování zásad sekundární prevence?

- ano spíše ne
 spíše ano ne
 nejsem členem kardioklubu

22. Kdo si myslíte, že je primárním zdrojem informací o sekundární prevenci pro klienty v kardioklubech?

- sestra
 lékař
 sestra a lékař
 fyzioterapeut někdo jiný, uveďte kdo

23. Od koho jsou informace o dodržování zásad sekundární prevence pro Vás nejpřínosnější?

- sestra
 lékař
 sestra a lékař
 fyzioterapeut někdo jiný, uveďte kdo

24. Jaké činnosti by podle Vašeho názoru měla sestra vykonávat v rámci kardioklubu? (můžete označit více odpovědí)

- předávání informací o sekundární prevenci pacientům zapojeným do kardioklubu
- vedení kardioklubu
- dohled nad klienty
- vedení cvičení
- individuální tvorba jídelníčku
- kontrolní měření fyziologických funkcí (krevního tlaku, tepu...)
- pomoc se zapojením se do aktivního života
- jiné, prosím, doplňte.....

25. Jaká by měla podle Vás být role sestry v kardioklubu? (můžete označit více odpovědí)

- informátor (v souvislosti se sekundární prevencí)
- pomocník pacienta
- pomocník lékaře
- prostředník (mezi lékařem a pacientem)
- komunikační role (mezi členy klubu)
- opora a porozumění
- jiné, prosím, uveďte.....

26. Uveďte, prosím, okres Vašeho bydliště

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Bc. Matoušková Monika

Příloha 24 Ošetřovatelské intervence v sekundární prevenci

NIKOTINISMUS:

- důrazně doporučit zanechání kouření
- seznam s riziky – využij propagační materiál
- poskytni poradenství – kontakt na Centrum pro léčbu závislosti na tabáku
- ved' pacienta k rozhodnutí, že chce přestat kouřit
- posuď ochotu přestat kouřit
- motivuj k dalším pokusům přestat kouřit – souvislost se zdravotním stavem, s rodinou – dětmi
- poskytni podporu pro pokus přestat kouřit
- stanov spolu s pacientem den D
- použij behaviorální psychoterapii
- poskytni informace o náhradní nikotinové léčbě
- plánuj další kontrolní návštěvy

DIETA PRO PREVENCI KARDIOVASKULÁRNÍCH CHOROB:

- poskytni radu o možnosti ovlivnit zdravou stravou riziko několika mechanismy
- při zvýšeném LDL cholesterolu doporučit omezení jeho příjmu
- upozorni na možnou rodinnou zátěž
- snaž se ovlivnit stravovací návyky u celé rodiny pacienta
- nabídní výběr zdravých potravin – použij Středomořskou potravinovou pyramidu
- poskytni pacientovi materiál s hodnotami cholesterolu v potravinách – formou jedné přehledné tabulky
- upozorni na význam omega-3 kyseliny a seznam ho s jejími zdroji
- ved' pacienta k příjmu pestré a vyvážené stravy
- doporučit a podporuj konzumaci ovoce a zeleniny, celozrnných obilnin a chleba,
- mléčných výrobků s nízkým obsahem tuku, rybího masa a libového masa; zdrojů omega-3 mastné kyseliny

HYPERTENZE:

- posuď ochotu pacienta učit se
- urči spolu s pacientem jeho priority
- stanovte si společně rozsah a formu edukace
- motivuj k dodržování léčby a spolupráci
- seznam pacienta s projevy možných komplikací
- nauč správnou techniku měření krevního tlaku
- zdůrazni aktivní roli pacienta v jeho léčbě
- seznam se základy správné životosprávy a dietních úprav nutných při hypertenzi (nekuřáctví, nepřisolovat, omezení nebo úplný zákaz alkoholu, omezení přísunu kalorií a tuku, zvýšení fyzické aerobní aktivity)
- zkontroluj s lékařem další farmakoterapii, soustřeď se na léky podporující retenci sodíku a vody

OBEZITA

- motivuj pacienta k celoživotní změně návyků
- zvol spolu s pacientem realistické, individualizované a dlouhodobé
- cíle redukce váhy
- doporuč odbornou podporu
- upozorni na nebezpečí nedostatku vitamínů, iontů a stopových prvků
- vyplňte společně dotazník jídelních zvyklostí – Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity
- začni u pacienta self monitoringem – vedením přesných záznamů o přijaté stravě (využij Týdenní jídelníček připravený Obezitologickou společností)
- společně analyzujte chyby
- upozorni na zlozvyky, kterým je nutné se vyhnout
- spolu s nutričním terapeutem připrav stravu s nízkým obsahem energie
- nauč pacienta správnou taktiku při jídle (není vhodné se během jídla zabývat jinou činností, jíst se má pomalu, dlouho žvýkat a v průběhu jídla odkládat příbor, při dostavení se pocitu sytosti je nutné s jídlem skončit)

- použij behaviorální terapii, modifikuj náhled pacienta, snaž se porozumět myšlenkám a přesvědčením, týkajících se regulace váhy, obezity a jejich důsledků
- pracuj s pacientem na zvýšení fyzické aktivity
- snaž se o zapojení pacienta do aktivity klubu STOB obezitě

TROMBOFILNÍ STAVY

- při všech zásadách prevence vycházej ze včasného předcházení rizikovým faktorům trombózy
- upozorni na zvýšené riziko hlavně u kuřáků a obézních
- ved' pacienta k nekuřáctví (viz NIKOTINISMUS)
- u žen je nutné zvážit užívání hormonální antikoncepce
- seznam pacienta s možnými komplikacemi
- při dlouhodobé antikoagulační léčbě seznam se souvisejícími omezeními a dietou

Sekundární prevence je účinná tehdy, pokud se podaří uspokojivá kontrola rizikových faktorů.

Zdroj: vlastní